



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**LA ACCESIBILIDAD EN EVOLUCIÓN:
LA ADAPTACIÓN PERSONA-ENTORNO Y SU APLICACIÓN
AL MEDIO RESIDENCIAL EN ESPAÑA Y EUROPA**

TESIS DOCTORAL
Fernando Alonso López

Director:
Dr. Jordi Bacaria i Colom

Febrero de 2016



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Departament de Dret Públic i Ciències Historicojurídiques

Estudi de Doctorat en Relacions Internacionals i Integració Europea

Agradecimientos

Aquellos que no hacemos la tesis doctoral como un escalón previo a la carrera académica frecuentemente nos preguntamos si vale la pena este esfuerzo. No daré una respuesta. Es demasiado personal. Para mí ha sido una deuda pendiente, casi una obligación siempre postergada, pero finalmente también un placer. Un placer un poco especial porque lo que se obtiene nunca deja del todo satisfecho, y las horas perdidas, robadas a otros y a uno mismo, no se recuperan; pero bucear en el conocimiento de otros e intentar aportar algo propio es un ejercicio que da sus frutos.

Es también un proceso en el que intervienen muchas personas, algunas durante años, otras en momentos clave, puntuales. Todas son necesarias y, estén o no citadas, merecen un recuerdo agradecido.

Quiero comenzar por agradecer a Jordi Bacaria como director de esta tesis y con él a la Universidad Autónoma de Barcelona toda, a sus profesores, bibliotecarios (¡qué gran gremio!), personal auxiliar, directivos... por haberme dado la oportunidad de desarrollar este y otros trabajos durante casi 20 años de relación.

En ese tiempo, sobre todo en el que he pasado como investigador del Institut Universitari d'Estudis Europeus, muchas personas me han dado un apoyo permanente sin pedir nada a cambio. Quiero destacar aquí sobre todo a Conxi Muñoz. También a Inés Humet, como representante de la "vieja guardia" del IUEE. Y a mis amigos y colegas del Departamento de Economía Aplicada, sobre todo Oriol Roca, gran profesor y nadador empedernido.

Muchas personas también han trabajado conmigo, sobre todo la gran Montse Dinarès, Adrià Giol y muchos más. Iván Tamajón ha sido el buen hombre orquesta que me ha ayudado en esta última etapa. Como también lo ha hecho Cristina Soler, a quien reconozco su fuerza, generosidad y afecto.

Quiero también recordar a mis compañeros de ACCEPLAN, Mariano Calle, Eliana Pires, Martha Mackay, Francesco Cocco. Y con ellos a quien durante unos preciosos años nos permitieron profundizar en el campo de la accesibilidad; me refiero al IMSERSO, y sobre todo al CEAPAT. Siempre recordaré que su directora Cristina Rodríguez-Porrero fue responsable de que yo me metiera en estos temas, para bien o para mal, probablemente para ambos.

No me olvidaré de Lucía Alexandra Popartán, que tanto insistió en que me hiciera doctor de una vez. Qué poco dura todo, sobre todo lo valioso, en la era de la longevidad.

En fin, a todos, muchas gracias. A los que se me olvidan: no dudéis que pronto caeré en la cuenta y me sabrá fatal...

Con este trabajo quiero rendir homenaje al profesor Francesc Morata Tierra, que falleció durante el proceso de su elaboración. No sólo era co-director de esta tesis, sino amigo y curioso convencido del potencial académico de estos temas.

Finalmente dedico lo que haya de valor en estas páginas a mi madre, recientemente fallecida, a mis hijos Maya y Damián, y a Raquel por su coherencia, infinita paciencia y gran corazón andino.

Indice

INTRODUCCIÓN-----	11
-------------------	----

Capítulo 1: LOS CONCEPTOS

1.1. INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO -----	19
1.2. DE LAS CONCEPCIONES Y DEFINICIONES DE LA ACCESIBILIDAD-----	21
1.2.1. Una primera aproximación al término y sus dimensiones sectoriales -----	21
1.2.2. Otras dimensiones de la accesibilidad -----	26
1.2.3. La accesibilidad como bien público -----	29
1.2.4. El concepto de accesibilidad en la normativa española -----	32
1.3. LO QUE LA POBLACIÓN ENTIENDE POR ACCESIBILIDAD -----	35
1.4. OTROS CONCEPTOS VINCULADOS CON LA ACCESIBILIDAD -----	38
1.4.1. Usabilidad-----	38
1.4.2. Diseño Universal-----	41
1.5. EL ENTORNO EN EL MARCO POLÍTICO-SOCIAL Y SANITARIO DE LA DISCAPACIDAD-----	43
1.5.1. La discapacidad y el funcionamiento en el entorno -----	43
1.5.2. La CIF como base conceptual de la relación entre la discapacidad y el entorno. -----	48
1.5.3. Una revisión de los modelos médico y social de la discapacidad -----	51
1.5.4. Discapacidad e identidad: autopercepción y regulación -----	56
1.6. EL AJUSTE PERSONA-ENTORNO COMO MARCO CONCEPTUAL DE LA GERONTOLOGÍA AMBIENTAL Y LA ACCESIBILIDAD-----	59
1.6.1. El modelo de Lewin sobre conducta, factores personales y ambientales. -----	62
1.6.2. La teoría ecológica del envejecimiento (TEE) -----	64
1.7. EL ENTORNO Y LA POSIBILIDAD DE ENVEJECER BIEN -----	71
1.7.1. Identidad y autonomía como base de la relación persona – entorno. -----	73
1.7.2. Hogar y salud en el envejecimiento -----	75
1.7.3. Favoreciendo el envejecimiento en casa (<i>ageing in place</i>). -----	78
1.7.4. Materializando el ajuste persona-entorno: la adaptación de la vivienda -----	81

Capítulo 2: EL ANÁLISIS EMPÍRICO

2.1. INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO -----	87
2.2. CONTRASTANDO EL AJUSTE PERSONA-ENTORNO EN LA PRÁCTICA -----	89
2.2.1. El modelo <i>logit</i> y sus especificaciones -----	90
<u>1ª PARTE: Verificando la Adaptación Persona-Entorno en España: la Encuesta EDAD 2008 -----</u>	<u>94</u>
2.3. LA ENCUESTA EDAD 2008-----	94
2.4. VARIABLES DEPENDIENTES VINCULADAS AL COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO -----	98

2.5.	VARIABLES INDEPENDIENTES, VINCULADAS A LAS CONDICIONES PERSONALES, FUNCIONALES Y DEL ENTORNO-----	103
2.5.1.	Variables personales, de discapacidad y funcionalidad. -----	104
2.5.2.	Variables de actividad económica e ingresos del hogar -----	107
2.5.3.	Variables explicativas de características del entorno-----	112
2.6.	ESPECIFICACIONES DEL MODELO-----	114
2.7.	INTERPRETACIÓN DE LOS COEFICIENTES DE REGRESIÓN -----	117
2.7.1.	Un análisis de los coeficientes y significación de las variables personales. -----	118
2.7.2.	Un análisis de los coeficientes y significación de las variables de entorno. -----	121
<u>2ª PARTE: Verificando la Adaptación Persona-Entorno en Europa: la Encuesta SHARE W4-----</u>		<u>124</u>
2.8.	LA ENCUESTA “SHARE”-----	124
2.8.1.	Objetivos del análisis -----	128
2.9.	LA VARIABLE DEPENDIENTE: EXPLORACIÓN Y SELECCIÓN -----	129
2.9.1.	Análisis de la variable dependiente -----	130
2.10.	VARIABLES INDEPENDIENTES: EXPLORACIÓN Y SELECCIÓN -----	134
2.10.1.	Variables personales y demográficas-----	134
2.10.2.	Variables de salud y funcionales en el entorno de la vivienda -----	136
2.10.3.	Variables de renta y disponibilidad económica -----	142
2.10.4.	Variables explicativas de características del entorno-----	144
2.11.	LA REGRESIÓN LOGÍSTICA LOGIT CON SHARE W4 Y ESPECIFICACIONES DEL MODELO ----	150
2.11.1.	Análisis de los coeficientes y significación de las variables principales -----	154
<u>3ª PARTE: Conclusiones compartidas de los dos Modelos -----</u>		<u>160</u>
2.12.	REVISIÓN DE MODELOS Y RESULTADOS OBTENIDOS CON EDAD 2008 Y SHARE W4-----	160
2.12.1.	Descripción final de resultados comparados EDAD-SHARE -----	163

Capítulo 3: LAS POLÍTICAS

3.1.	INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO-----	169
3.2.	LA ACCESIBILIDAD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA NO DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD -----	171
3.2.1.	Los antecedentes: políticas de NN.UU. previas a la Convención de 2006-----	171
3.2.2.	La Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad-----	173
3.3.	MODELOS ANGLOSAJONES DE PROTECCIÓN LEGAL DE LA DISCAPACIDAD.-----	176
3.3.1.	Un precedente de la legislación europea: el <i>Americans with Disabilities Act</i> .-----	177
3.3.2.	Normativa legal sobre discapacidad en Australia, Gran Bretaña, y Canadá.-----	179
3.4.	NUEVOS MODELOS DE GOBERNANZA SOBRE DISCAPACIDAD Y ACCESIBILIDAD EN EUROPA 181	
3.4.1.	<i>Soft Law</i> , un instrumento clave en las políticas de discapacidad de la UE -----	181
3.4.2.	Dispersión sectorial e intervención multinivel en la UE-----	183
3.5.	EL MARCO SOCIAL Y POLÍTICO DE LA PROTECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA UE-----	187
3.5.1.	Una primera impresión de las políticas de la UE sobre discapacidad.-----	187

3.5.2.	Los tratados y la génesis de una política sobre discapacidad en la UE-----	190
3.5.3.	Política social y política de discapacidad en la UE: cronología y estrategia-----	192
3.5.4.	La Consolidación de la política europea de discapacidad-----	197
3.5.5.	Presente y futuro: la Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020-----	199
3.6.	LA ACCESIBILIDAD EN LAS POLITICAS DE LA UE-----	201
3.7.	LA ACCESIBILIDAD AL ENTORNO CONSTRUIDO EN LAS POLÍTICAS EUROPEAS-----	206
3.7.1.	Vivienda y políticas de accesibilidad en la UE-----	206
3.7.2.	Políticas nacionales de accesibilidad en Europa-----	207

Capítulo 4: LOS INSTRUMENTOS

4.1.	INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO-----	217
4.2.	CARACTERIZANDO LA INTERVENCIÓN SOBRE EL ENTORNO URBANO RESIDENCIAL-----	218
4.2.1.	Tipos de instrumentos para el ajuste persona-entorno en el medio residencial-----	220
4.2.2.	Modos de intervención persona-entorno en el medio urbano residencial-----	224
4.3.	LA REGULACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL ENTORNO CONSTRUIDO EN ESPAÑA-----	225
4.3.1.	Marco legislativo y reglamentario estatal sobre accesibilidad-----	225
4.3.2.	Marco legislativo y reglamentario autonómico sobre accesibilidad-----	231
4.4.	CASO 1: EL ITINERARIO PEATONAL ACCESIBLE (IPA), UN INSTRUMENTO “PRESCRIPTIVO” PARA FAVORECER EL AJUSTE PERSONA-ENTORNO:-----	234
4.5.	CASO 2: LOS AJUSTES RAZONABLES, UN INSTRUMENTO “FINALISTA” PARA PROMOVER LA ADAPTACIÓN DE EDIFICIOS EXISTENTES-----	239
4.5.1.	Origen y evolución del concepto de ajuste razonable-----	240
4.5.2.	La difícil implementación de los ajustes razonables y la carga desproporcionada-----	244
4.5.3.	La aplicación de los ajustes razonables en EE.UU.: casos y recomendaciones-----	246
4.5.4.	El papel del análisis coste-beneficio en la determinación de los ajustes razonables-----	248
4.5.5.	Los ajustes razonables en la normativa europea-----	250
4.5.6.	Los ajustes razonables en el entorno construido: el caso de España.-----	252

CONCLUSIONES -----	261
LA ACCESIBILIDAD EN EVOLUCIÓN-----	261
RECOMENDACIONES. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN-----	277

REFERENCIAS -----	283
--------------------------	-----

ANEXOS 305

ANEXO 1: PRODUCCIÓN LEGAL Y TÉCNICA DE LA UE VINCULADA CON LA ACCESIBILIDAD-----	305
ANEXO 2: NORMATIVA AUTONÓMICA SOBRE ACCESIBILIDAD EN ESPAÑA-----	311

Abreviaturas utilizadas

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ADA	Americans with Disabilities Act
AFV	Adaptación Funcional de la Vivienda
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AODA	Accessibilty for Ontarians with Disabilties Act
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CDPD	Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad
CESUE,	Comité Económico y Social de la UE
CIDDM.	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
DDA	Disability Discrimination Act
DRC	Disability Rights Commission
EDAD	Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situación de Dependencia
EMV	Estimador de Máxima Verosimilitud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAC	Método Abierto de Coordinación
NA	Nivel de adaptación
NN.UU.	Naciones Unidas
OM	Orden Ministerial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OR	Odds Ratio
PCD	Persona con Discapacidad
P-E	Persona-Entorno
PMR	Persona de Movilidad Reducida
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
TEE	Teoría Ecológica del Envejecimiento
TFUE	Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
UE	Unión Europea

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de accesibilidad y de adaptación persona-entorno hacemos referencia a la necesidad de utilizar con normalidad los espacios construidos, los bienes y los servicios con independencia de la condición física, edad o habilidades de cada persona. Puede parecer un objetivo sencillo y razonable, pero entraña distintos equilibrios y conocimientos que tienen implicaciones en muchos órdenes de la vida social y privada. Una primera manera de entender la relevancia de ese objetivo es mirar a las grandes cifras con que está relacionado.

Esas cifras muestran el creciente peso de la urbanización y el envejecimiento poblacional como grandes fenómenos globales. Por ejemplo, en 2050 está previsto que el 67 % de la población mundial sea urbana, gracias a que estas zonas-principalmente en el mundo en desarrollo¹-ganarán 2.600 millones de habitantes mientras las zonas rurales perderán 300 millones. Paralelamente, debido a las transiciones demográficas y epidemiológicas, el proceso de envejecimiento global se irá incrementando hasta que en 2050 un 22% de la población mundial tenga 60 años o más², lo que hará que el número de limitaciones funcionales y discapacidades también aumente más allá del 15% de la población mundial según estima³ la OMS (2011).

La conjunción de estos dos procesos, urbanización y envejecimiento-discapacidad, marcará buena parte de la agenda de grandes temas globales en los próximos años, en la medida que el medio físico urbanizado determina muchos aspectos del bienestar y el orden social y económico para el conjunto de la población, y tiene un gran impacto para aquellas que son más frágiles, como las personas de tercera edad o discapacitadas.

¹«World Urbanization Prospects: The 2011 Revision» (Perspectivas de urbanización mundial: revisión de 2011), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas/División de Población, Nueva York 2012.

²UNFPA and HelpAge International 2012, Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge, UNFPA; www.unfpa.org/public/op/edit/home/publications/pid/11584

³ La prevalencia de la discapacidad no es una consecuencia inevitable del cambio demográfico, sino el resultado de una relación compleja y dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales por lo que la propia OMS reconoce que las cifras dependen mucho de la metodología de medición.

Precisamente, una de las consecuencias de ese envejecimiento poblacional es que la edad y las limitaciones funcionales ya no sean sólo una cuestión personal, sino de organización social y contexto cultural (Buffel et al 2012), por lo que sus consecuencias, dependen del equilibrio entre procesos, estructuras o normas, pero también de actitudes y deseos particulares. Cada individuo tiene unas capacidades específicas –físicas, psíquicas, sensoriales- y cada vivienda, edificio o barrio plantea unas exigencias funcionales distintas de acuerdo a su diseño y las barreras de acceso existentes. El grado en que aquellas capacidades se pueden adaptar a estas exigencias –y viceversa- tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas. Este impacto se hace evidente cuando envejecemos, pero también cuando tenemos una enfermedad o limitación, permanente o temporal, o cuando portamos niños pequeños u objetos de un cierto tamaño. En estas ocasiones precisamos un entorno menos exigente, más “facilitador” que nos permita funcionar –desplazarnos, realizar actividades de la vida diaria- de la manera más adecuada posible. Así, algunas personas tienen problemas graves de desajuste con el entorno durante largos periodos de su vida, o a lo largo de toda ella, mientras otras van percibiendo estos problemas en su proceso de envejecimiento o ante circunstancias concretas de la vida, como tener un accidente.

Lo que se considera condiciones residenciales adecuadas o aceptables se construye socialmente (Mandic & Cirman, 2012), como consecuencia de diferentes procesos y políticas. La configuración de los entornos urbanos y habitacionales a lo largo de los siglos ha respondido a criterios defensivos, económicos o de otro tipo, en función de grandes necesidades que son bien diferentes a las de las sociedades que ahora conocemos. Las necesidades de minorías o grupos considerados no productivos, como las personas ancianas o con necesidades especiales no se han tenido en cuenta en la concepción de nuestras ciudades o viviendas, y solo de manera muy reciente se empiezan a contemplar. En las sociedades democráticas y en proceso acelerado de envejecimiento, como las europeas, el ajuste funcional entre la persona y su entorno y los derechos de acceso y participación, así como la mejora de calidad de vida han ido adquiriendo peso desde sólo hace unas décadas, pero se espera que sufrirán un acusado aceleramiento en las próximas a juzgar, no solo por los rápidos cambios sociales y demográficos, sino por los compromisos legales y políticos ya en curso.

La tesis parte de este contexto general en que la accesibilidad a los entornos resulta expresión de la necesidad de provocar una mejora funcional en el marco de la relación persona-entorno. Para ello se utiliza una perspectiva supra disciplinar, en el sentido de que en ella se transgreden los límites de cualquiera de las disciplinas implicadas y se produce lo que Kötter y Balsiguer (1999) llaman “colaboración científica” que busca resolver de forma conjunta cuestiones que no pueden ser resueltas por una sola de ellas. El motivo es la escasa arquitectura teórica y la novedad de la temática abordada de la que se derivan políticas e instrumentos que requieren una correcta conceptualización, inevitablemente interdisciplinar, pero no reñida con la profundidad ni la concreción.

Aunque existen distintas aproximaciones al concepto de accesibilidad, su conceptualización teórica como aplicación de las teorías de ajuste persona-entorno se ha hecho hasta ahora de forma parcial y con enfoques más próximos al ámbito de la salud y la psicología, como se muestra en el Capítulo 1: LOS CONCEPTOS. En el terreno de la práctica, distintas disciplinas han ido abordando la temática

desde sus distintas perspectivas. Como señalan Iwarsson y Stahl (2003) la creciente atención a los temas de accesibilidad, investigación empírica y aplicaciones para diferentes tipos de usuarios, está involucrando a numerosos actores, entre los que cita a arquitectos, ingenieros, planificadores, usuarios, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la atención y la salud. Por ello se hace imperativo, de cara a implementar soluciones eficientes, un mayor conocimiento de las relaciones entre la persona y el entorno, tanto en la teoría como en la práctica.

Una de las disciplinas claves en este avance de la accesibilidad es la gerontología, en la que se ha generalizado en las últimas décadas, sobre todo a partir de los estudios de Powell Lawton, la preocupación por los temas relacionados con los entornos, espacios y lugares, lo que ha dado lugar a un número creciente de estudios que, a menudo en colaboración con otras áreas de conocimiento, se centran en el impacto de la vivienda y el barrio sobre la calidad de vida y bienestar de las personas mayores. El Capítulo 2 de esta tesis: EL ANÁLISIS EMPÍRICO, es una aplicación de este enfoque; en él se contrasta, a partir de dos grandes operaciones estadísticas, el cumplimiento de uno de los supuestos básicos en las teorías de ajuste persona-entorno, la llamada “ecuación de Lewin”, cuyo origen se remonta a 1935 y sobre la que se fundamenta la existencia de comportamientos o conductas adaptativas para reducir el “gap” entre las condiciones personales (fundamentalmente las prestaciones funcionales) de las personas y las características del entorno en que se sitúan. Incidimos así sobre la identificación e interpretación de las “conductas adaptativas” de los individuos respecto a su entorno, como consecuencia del envejecimiento y la discapacidad. En el proceso podremos analizar cuáles son estas medidas y qué factores de tipo personal y del entorno las explican.

Las dos operaciones estadísticas utilizadas para el análisis empírico son la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, EDAD del año 2008, realizada en España y la encuesta panel sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, SHARE, que se desarrolla en oleadas desde el año 2004. Ambas se analizan de forma descriptiva y a ellas se aplican técnicas de regresión logística binaria para verificar la existencia de comportamientos adaptativos respecto a la vivienda y el entorno construido inmediato de la muestra encuestada.

Pero más allá de los comportamientos adaptativos individuales, lo que fundamenta e impulsa la transformación de los entornos para fomentar su accesibilidad es la existencia de políticas y regulaciones específicas. El análisis de estos mecanismos de intervención es lo que ocupa la segunda parte del trabajo. El Capítulo 3: LAS POLÍTICAS, aborda un primer análisis de los grandes modelos de intervención sobre la discapacidad, comenzando desde la escala mundial, a través de la Convención de NN.UU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, hasta los modelos de intervención en la UE y España para la promoción de la accesibilidad. El papel de la accesibilidad en el marco de las políticas europeas se canaliza sobre todo a través de las políticas y condiciones de gobernanza de la discapacidad en Europa, mientras en España y otros países ya se ha comenzado a producir su plasmación en estándares de tipo técnico.

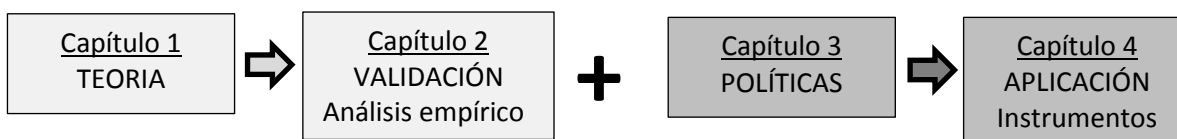
El análisis realizado en este capítulo es una panorámica de las estrategias seguidas para promover la mejora de accesibilidad, como respuesta para la promoción de derechos de las personas con discapacidad en España y en Europa, pero no pretende su fundamentación política o jurídica. Estas

estrategias utilizan distintos instrumentos, de tipo técnico y jurídico que se abordan en el Capítulo 4: LOS INSTRUMENTOS. Aquí se revisan las políticas aplicadas específicamente en el ámbito del diseño, construcción y adaptación de entornos edificados. Y como muestra de ello se han escogido dos instrumentos que, en sus respectivos campos se han considerado clave para la evolución del ajuste persona-entorno en el futuro. Se trata, en primer lugar, del llamado “Itinerario Peatonal Accesible”, un concepto técnico para articular la accesibilidad y movilidad peatonal en los espacios públicos, que toma carta de naturaleza en la OM 561/2010 de 2 de febrero. Y, en segundo lugar, del mecanismo de los “ajustes razonables”, una figura jurídica “indeterminada”, creada para dotar de flexibilidad a la resolución de los conflictos de ajuste persona-entorno en el ámbito laboral y que solo se concreta a través de la jurisprudencia y la resolución práctica de casos.

En conjunto, los trabajos de esta tesis pretenden ofrecer una conexión teórico-práctica del problema de la accesibilidad, verificar cómo y por qué se desarrollan comportamientos adaptativos ante esos desajustes, es decir, mejoras de accesibilidad, tanto entre la población con discapacidades como entre la población de edad avanzada, y revisar cuáles son las estrategias políticas y normativas desarrolladas para hacer frente al problema.

Podemos concluir que el principal objetivo de esta investigación ha sido contribuir a caracterizar la accesibilidad física al medio construido como una expresión de las teorías de ajuste persona-entorno y comprobar su relevancia en las decisiones de los hogares de la población de tercera edad o con discapacidad. Y que en segundo lugar se ha querido analizar cómo éste enfoque teórico se ha plasmado en las políticas y normativas de accesibilidad, así como las características de los instrumentos que se han desarrollado para su promoción.

Estos objetivos se pueden vincular con cada capítulo, pues se han concebido de manera independiente pero relacionados entre sí. Un esquema simple de la estructura de la tesis se muestra gráficamente a continuación:



El esquema muestra los dos grandes bloques de investigación, uno de tipo teórico y experimental y el otro de análisis de políticas e instrumentos. El primer bloque constituye en esta tesis la justificación del segundo, pues proporciona una visión integral y conceptual sobre la temática abordada que permite verla como un todo, así como valorar el diseño de los instrumentos para su promoción.

La tesis se ha denominado LA ACCESIBILIDAD EN EVOLUCIÓN porque en el trasfondo de los capítulos presentados hay un hilo temporal, que incluye la evolución de los enfoques teóricos, de las políticas y normativas y de la aplicación práctica. Este hilo muestra un proceso de evolución que a lo largo de

pocas décadas ha llevado a articular un conjunto de respuestas multidimensionales ante el reto del desajuste entre la diversidad funcional de las personas y los entornos físicos en que se desenvuelven. Gracias a ello disponemos de una mejor comprensión de sus necesidades y hemos desarrollado un conjunto de instrumentos que, de forma progresiva, van ganando espacio en las políticas sectoriales.

Por mucho que la tarea de adaptación de los entornos a las necesidades crecientes de la población sea técnicamente compleja y económicamente costosa, las principales dificultades siguen siendo de índole social y política, motivo por el cual el mayor impulso de las intervenciones recientes procede del ámbito de la promoción de los derechos humanos y el llamado “Modelo Social de la Discapacidad”. Éste camino, que ha fomentado los grandes cambios de las últimas décadas ha demostrado también sus limitaciones, al estar insuficientemente respaldado por medidas de fomento, formación y control, además de fomentar la identificación con las justificadas demandas y derechos de una parte de los beneficiarios. Este trabajo puede contribuir a mostrar que el alcance de la accesibilidad, o la relación persona-entorno, va más allá de conseguir la equiparación de derechos, así como profundizar en su fundamentación y en el estudio de nuevas fórmulas para fomentar su implementación en los entornos residenciales.

CAPÍTULO 1: LOS CONCEPTOS

La accesibilidad a los entornos edificados y el marco de las teorías de ajuste persona-entorno.

Capítulo 1: LOS CONCEPTOS

1.1. INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

El objetivo de este capítulo es posicionar, definir y discutir el concepto de accesibilidad, (a menudo referenciada en los ámbitos normativos como “accesibilidad universal”), entendida en el sentido de *la posibilidad de desenvolverse autónomamente, con facilidad y seguridad, en un lugar o en el uso de un servicio o tecnología por parte de personas que tienen distintas capacidades funcionales*. Nos estamos, por tanto, refiriendo a las condiciones ambientales (físicas, sensoriales, cognitivas) que permiten o habilitan a las personas, en cualquier condición funcional, a realizar una actividad específica: desde poder entrar en un edificio o utilizar un medio de transporte, hasta disfrutar de una actividad cultural o poder leer los contenidos de una página web.

En este trabajo existen dos factores que determinan el interés por analizar de una forma amplia el alcance de la palabra “accesibilidad”: las diversas acepciones y aplicaciones del término, que remite a la interrelación entre las características de la persona y las del entorno, y su impacto sobre el conjunto de la población, y especialmente sobre colectivos específicos como las personas con discapacidad y las personas de elevada edad. Si bien es cierto que los sectores técnicos y administrativos vinculados con las características del entorno inmediato, tales como la vivienda o los espacios públicos y comunitarios, han ignorado tradicionalmente el tema (Wahl et al 2012), actualmente existe un amplio consenso entre la literatura de salud pública, gerontológica y discapacidad respecto a la importancia del entorno para la calidad de vida, salud y envejecimiento de las personas, (White et. al 2010), así como su impacto sobre la salud (Beard et al., 2009).

De hecho el tema ha recibido en las últimas décadas una creciente atención y plasmación en distintos instrumentos legales, consecuencia fundamentalmente del interés por promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad⁴. El interés por el análisis de la relación entre la

⁴ También se puede conceptualizar como una forma de prevenir y eliminar los obstáculos que ponen problemas a las personas con discapacidades en el uso de productos, servicios e infraestructuras. El hecho de que se identifique habitualmente como una respuesta frente a las barreras que experimentan las personas con

persona y el entorno en que ésta se desenvuelve surge desde la constatación de la discapacidad como una realidad largamente ignorada o evitada, en sus distintas perspectivas o dimensiones. El propio concepto de discapacidad ha ido variando y adquiriendo progresivamente una mayor relación con los aspectos sociales y del entorno, frente a los de tipo médico-sanitario, lo que indudablemente ha repercutido sobre el peso que ha adquirido la accesibilidad, como expresión de integración o -en su caso- segregación social de estos colectivos.

El presente capítulo desarrolla las distintas perspectivas con que se aborda la relación persona-entorno, partiendo de los dos ámbitos naturales: la discapacidad y la vejez, como condición ésta en la que se da mayor prevalencia de aquella. La literatura científica sobre discapacidad ha incidido de forma reiterada sobre la necesidad de la supresión de barreras y la accesibilidad para la integración e igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, pero no ha ocurrido de la misma manera en la literatura gerontológica. Y ello a pesar de que autores como Lawton y Namehow ya incidieron sobre este aspecto hace cuatro décadas, resaltando que era en la última fase de la vida humana en donde se producía una gran dependencia y sensibilidad respecto a las condiciones de la relación entre la persona y el medio físico en que se desenvuelve.

Al igual que el conjunto de la tesis, el análisis se centra sobre los aspectos referidos a la accesibilidad física al entorno construido, centrándose en dos ámbitos principales, la vivienda y el espacio público. Se presentan sus fundamentos teóricos y las limitaciones de su escaso desarrollo académico, siempre desde una perspectiva transdisciplinar, con el objeto de comprender cuáles son sus bases de aplicación en las políticas públicas.

1.2. DE LAS CONCEPCIONES Y DEFINICIONES DE LA ACCESIBILIDAD

1.2.1. Una primera aproximación al término y sus dimensiones sectoriales

La formación de conceptos y la formulación de teorías van codo con codo en la ciencia (Kaplan, 1962). Precisamente una de las características distintivas de un modelo teórico es una buena definición de conceptos y la descripción de relaciones entre ellos. Idealmente los conceptos dentro de un modelo deben ser mutuamente excluyentes y quedar definidos dentro de un proceso en el que a través de las preguntas científicas y los resultados empíricos se introduzcan nuevos significados. (Iwarsson y Stahl, 2003). Pero a menudo las ideas teóricas que guían la investigación sólo quedan reveladas por las creencias, supuestos y decisiones implícitas en la selección de sus métodos de investigación y en la interpretación de sus resultados. En la práctica la teoría está oculta mientras las normas y criterios técnicos van por delante y guían la toma de decisiones y la acción.

La Real Academia de la Lengua Española⁵ define “accesibilidad” como “cualidad de accesible”, y ésta como “de fácil acceso o trato”. Aparentemente es un término que tiene muchas acepciones diferentes, pero como indica Gould (1969), se trata de “una noción escurridiza, uno de esos términos comunes que todo el mundo usa hasta que se encuentra con el problema de definirlo y medirlo”. Algo que Iwarsson & Stahl (2003) destacan al afirmar: “como muchas otras palabras, accesibilidad tiene un significado común, cotidiano, así como significados específicos en distintos contextos”.

Del mismo modo Toegankelijkheidsbureau v.z.w. (2001) destaca que el término “accesible” aplicado a edificios, otras construcciones o el entorno físico en general tiene muchas interpretaciones, y también muchos intérpretes. Diferentes profesiones, parlamentos y gobiernos de distintos estados miembros de la UE usan el término en formas diferentes de acuerdo a sus propias tradiciones y en función de propósitos o situaciones específicos.

En las décadas más recientes el término se ha extendido en aplicaciones en la ingeniería, la economía espacial y otros campos académicos transversales dando lugar a expresiones muy diversas, tales como “accesibilidad a la vivienda” (capacidad de compra) o accesibilidad a la ciudad (tráfico o tiempo de acceso).

El sustantivo accesibilidad, o la cualidad de accesible se pueden referir en las acepciones relacionadas con esta investigación a todo tipo de entornos (espacio urbano, edificaciones, medios de transporte, productos de uso...) que puedan favorecer o dificultar el funcionamiento de las personas. Dado que las personas más fácilmente afectadas por las barreras de acceso son aquellas caracterizadas como “discapacitadas”, la primera acepción de la accesibilidad surge desde una idea previa: la necesidad de “supresión de barreras” que limitan la participación de aquellas. Este concepto de supresión de barreras parte de la constatación de la falta de igualdad de oportunidades de acceso para las personas por causa de discapacidades o limitaciones funcionales y, por tanto, de que existen barreras a suprimir.

⁵<http://rae.es/rae.html>. Accessed 28.02.2013

Es posible que la diversidad de acepciones y contenidos del concepto de accesibilidad, y su confusión con un paradigma de “supresión de barreras” dirigido fundamentalmente a personas con grandes discapacidades físicas haya podido actuar como factor limitador de una mayor consideración en ámbitos donde resulta de una gran necesidad y trascendencia. La normalización de la participación de personas con discapacidades pasaría por habilitar soluciones específicas de eliminación de obstáculos previamente creados. Pero esta perspectiva ha de ser complementada con la necesidad de crear lo nuevo sin barreras “para el máximo número de personas posible”, que es el objeto del denominado Diseño Universal (Mace, 1985) o Diseño para Todos. Entre otras cosas, porque desde una perspectiva particular lo que presenta barreras para un colectivo, como el de personas de movilidad reducida, puede tenerlo para otras, como las personas ciegas o sordas. Pero también porque la accesibilidad no solo abordaría la eliminación de barreras, sino también su prevención y en relación con productos, servicios e infraestructuras.

Kovacs (2010) en su glosario de términos previo a una investigación de publicaciones científicas sobre legislación de EE.UU. y Canadá, establece el concepto separando de forma sencilla lo que corresponde a los aspectos técnicos de los que se dirigen específicamente al objetivo de la integración de las personas con discapacidad.

Acceso físico y de comunicación relativo a un edificio, vivienda, transporte y tránsito (incluyendo aceras y vados), sitios web u ordenadores, e información. Incluye las aproximaciones y estándares utilizados para permitir un fácil acceso a los equipamientos por parte de las personas con discapacidad.

La Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CNUDPD) aprobada en 2006 pone énfasis en la importancia de la accesibilidad (centrada en este caso en la plena inclusión social de este colectivo):

A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;*
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.*

Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Cap. 9

A fin de recoger esta diversidad de objetivos y amplitud de ámbitos de aplicación de la accesibilidad se ha añadido en muchas normativas, el adjetivo “universal” dando lugar al concepto de “accesibilidad universal”, que no presenta un sustento teórico adicional, pero representa el objetivo

de conseguir que ningún entorno, producto o servicio resulte discriminatorio para personas con cualquier tipo de limitación funcional.

En cuanto a las dimensiones sectoriales del término, como hemos señalado, pueden surgir diferentes concepciones de accesibilidad según el enfoque profesional con que se aborden. Entre los colectivos profesionales involucrados en conseguir entornos accesibles podemos citar de forma preeminente a los arquitectos y urbanistas, pero también a ingenieros, así como a profesionales socio sanitarios. En distinto grado y con diferentes contenidos para todos estos profesionales y entidades resulta imperativo disponer de conocimientos de las condiciones de accesibilidad o de la relación (o ajuste) entre la persona y el entorno (Iwarsson & Stahl, 2003). Los términos utilizados no sólo se diferencian entre profesiones, sino entre países y zonas geográficas.

Una perspectiva geográfica

Algunas de las acepciones de esta palabra son de carácter geográfico, como la “capacidad de acceder” o el tiempo de acceso entre un punto y otro. De hecho el concepto toma carta de naturaleza en el ámbito de la planificación en los años 20 del siglo pasado y según Batty (2009), citado por Geurst et al. (2012) su primer uso se produce en las teorías de la localización y de la planificación económica regional. Así, el término se utiliza durante la primera mitad del SXX para señalar las medidas de relativa cercanía o proximidad de un lugar o una persona a otros lugares o personas, desde una perspectiva basada en la física (la noción de potencial). Posteriormente se intenta plantear como un índice compuesto para medir la facilidad o dificultad de conexión de un punto a todos los demás. Y es a través de su aplicación en la planificación del transporte, cuando el concepto adquiere mayor importancia, especialmente en Norteamérica, donde se asocia con las redes de transporte y pautas de distribución de recorridos.

La accesibilidad, entendida en sentido amplio, es una importante característica de la geografía (Church y Marston 2003), ya se refiera a una pequeña área (p.ej., elementos dentro de un edificio) o una gran región (p.ej. elementos dentro de un área metropolitana). Normalmente es un objetivo en el planeamiento del transporte, de la planificación territorial y del diseño de edificaciones (Church 2003). Una medida de accesibilidad es la que permite estimar el nivel de acceso a una actividad partiendo desde una localización determinada a uno o más destinos donde se localiza esta actividad, dadas unas restricciones de modo de viaje, distancia, tiempo y coste.

Según Handy and Niemeier (1997), desde la perspectiva geográfica la accesibilidad está determinada por:

- La distribución de destinos potenciales,
- La facilidad de alcance o acceso y
- La magnitud, calidad y carácter de las actividades desarrolladas

Cuanto mayor el número de destinos potenciales dentro de un rango de tiempo de desplazamiento o distancia, mayor la accesibilidad. La expresión más simple comprende contabilizar el número de lugares en los que se puede desarrollar una actividad para un modo, distancia, tiempo o coste de

viaje desde una localización (Wachs and Kumagai 1973). Las personas no eligen necesariamente ir al punto más cercano cuando pueden elegir. El tamaño o atractivo del lugar, la distancia y el tipo de modos de transporte juegan un rol en la elección⁶.

Pero, como señalan Church y Marston (2003), raramente este concepto de accesibilidad se ha traducido en medidas concretas que sirvieran para evaluar las políticas y las limitaciones que se plantean como consecuencia de ignorar las diferencias entre las características físicas y de movilidad de las personas y la incidencia de las barreras estructurales en tales casos. Factores que determinan los tiempos de viaje e incluso la posibilidad o no de realizarlo para muchas personas. Hansen (1959) define la accesibilidad como “el potencial para la interacción”, y ahí debemos encuadrar la trasposición del lenguaje del transporte a otros, como el de acceso al trabajo o a los servicios.

Una perspectiva arquitectónica

De forma similar al ámbito geográfico, en el mundo de la arquitectura, diseño y planeamiento, la accesibilidad se entiende como la simplicidad con que se pueden desarrollar las actividades, tanto por parte de ciudadanos como empresas comerciales o servicios públicos, lo que se puede entender en ocasiones en términos de distancia y tiempo, como hemos visto, y no en términos de capacidad humana (Iwarsson y Stahl, 2003).

Para hacer frente a la diversidad conceptual existente entre países a la hora de hablar de accesibilidad para las distintas condiciones funcionales de las personas, la Comisión Europea planteó en 1987 la necesidad de desarrollar una perspectiva común, un Concepto Europeo de Accesibilidad. Para ello se estableció un equipo de expertos de distintos países de la UE al que se encargó llevar a cabo una síntesis actualizada del concepto. El documento resultante (CCPT, 1996) vio la luz en 1996. En él se afirma que

La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar las casas, tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se ha concebido el entorno construido.

CCPT (1996) Concepto Europeo de Accesibilidad, pág. 7

Esta concepción de la accesibilidad adquiere una forma dinámica y multidisciplinar en este documento al reconocer que “lo que hace falta en la práctica diaria del diseño, gestión y reestructuración del entorno construido es una propuesta universal de accesibilidad” y que el objetivo es “permitir a todos desenvolverse igualmente y en la forma más independiente posible”.

⁶Uno de los modelos que más se han utilizado para distribuir viajes entre distintos destinos es el modelo gravitatorio que permite estimar la interacción entre una localidad y otra.

Una perspectiva gerontológica

Los grandes avances recientes en este campo proceden del campo de la gerontología ambiental, a través del desarrollo de modelos teóricos que analizan las relaciones entre las capacidades individuales y las demandas del entorno provocando problemas de comportamiento y funcionamiento (Iwarsson 2012).

El entorno comprende aquí tanto el contexto físico (la vivienda, las ayudas técnicas que se utilizan...), como el social (la ayuda formal e informal, las oportunidades de realización de actividades sociales, etc.). Este énfasis dual, propio de la psicología, indica que las conductas, actitudes y bienestar vienen determinados por la persona y el entorno en que se sitúa. El estrés surgiría así del desencuentro entre ambas.

Mucha gente, de acuerdo a esto –no solo los segmentos más frágiles de la sociedad- se pueden beneficiar de un diseño que compense o prevea las deficiencias funcionales. Aplicando esta noción de relación entre la persona y el entorno, la accesibilidad se puede ver como un concepto relativo que comprende tanto la componente personal como la componente ambiental. Y además, implicaría que la accesibilidad se puede conseguir –teóricamente- para todos los ciudadanos, cualesquiera que sean sus condiciones funcionales, si las demandas ambientales se reducen de manera suficiente (Slaug et al. 2011).

Para ello, cualquiera que sea el uso del concepto de accesibilidad, su aplicación se deberá basar en información válida y fiable en tres niveles (Iwarsson & Stahl, 2003):

- 1- La componente personal: descripción de la capacidad funcional del individuo o grupo de referencia, basado en el conocimiento sobre el funcionamiento humano.
- 2- La componente ambiental: descripción de barreras que presenta el entorno de referencia, y en relación con las regulaciones y estándares correspondientes.
- 3- Una yuxtaposición de los dos niveles anteriores, que es propiamente la descripción de los problemas de accesibilidad.

El hecho de que la perspectiva con que se aborda el concepto sea individual o de grupo también introduce diferencias en el análisis y la intervención. En el primer caso se suele interpretar con una perspectiva de rehabilitación, como la que caracteriza la relación paciente-terapeuta en la que la componente subjetiva debe primar sobre la objetiva puesto que las necesidades específicas de la persona deben tomarse en consideración en primer lugar. Tal es el caso, por ejemplo, de la planificación de la adaptación de una vivienda individual. En cambio, desde la perspectiva de grupo o población, las propuestas y decisiones sobre accesibilidad se deben basar en un conocimiento sobre diversidad humana; tal como, en la prevalencia de limitaciones funcionales entre diferentes grupos.

1.2.2. Otras dimensiones de la accesibilidad

Accesibilidad absoluta y relativa

La accesibilidad es un término que cubre categorías o parámetros que influyen sobre el comportamiento humano en relación al entorno de forma distinta según las condiciones personales. No obstante, el análisis y la planificación de intervenciones se deben fundamentar en datos agregados a nivel de población, en un conocimiento epidemiológico en base a las condiciones y necesidades funcionales y de salud generales de la población. La accesibilidad adquiere así un carácter absoluto en el que se debe discriminar por ejemplo, si hay acceso o no lo hay, si se dan las condiciones para la aproximación y entrada a un edificio desde una silla de ruedas, o bien si un baño está adaptado a su uso para una persona con determinada limitación funcional, o no lo está.

Esta concepción absoluta es la que se usa como aproximación para definir los estándares de accesibilidad (Church y Marston, 2003), cuando lo que se pretende es garantizar mediante un estándar o reglamento que se cumpla el objetivo de permitir el acceso a determinado segmento de población. El problema aquí es poder dotar de accesibilidad absoluta en relación a las distintas discapacidades y circunstancias cada vez que existe una necesidad de acceso o inclusión. En la medida en que haya al menos una solución accesible para una actividad concreta en una localización dada, la perspectiva absoluta de accesibilidad resulta social o legalmente aceptable. La lógica es que no todos los elementos tienen que ser accesibles, sólo el mínimo requerido, simplificando de esta forma su verificación⁷. En la práctica, estas normas que definen las condiciones objetivas de accesibilidad lo que revelan es la ambición de inclusión y accesibilidad presente en cada sociedad (Iwarsson y Stahl, 2003), y han conducido, de hecho, a aumentar de forma notable las condiciones objetivas de accesibilidad respecto a la situación preexistente⁸.

Las exigencias legales de accesibilidad se basan sólo hasta cierto nivel en investigaciones realizadas a nivel de la población y sus necesidades concretas (Helle et al., 2011) por lo que en ocasiones son voluntaristas pero poco efectivas. Un problema adicional es cómo determinar los parámetros que puedan garantizar el cumplimiento de la accesibilidad en todos los casos o para todas las personas. Las condiciones de accesibilidad, objetivamente establecidas dependen en buena medida de la capacidad de medida, de la existencia de medios fáciles y viables de medición de su cumplimiento. Por otra parte, en pocas ocasiones se ha traducido el término en medidas por las que se puedan evaluar las políticas aplicadas (Handy and Niemeier 1997), por lo que suele ser complicado comparar alternativas.

⁷ La accesibilidad y sus requerimientos son definidas, por ejemplo, como un conjunto de estándares en el contexto de la Ley Americana de Personas con Discapacidad (ADA rules 1990):

*At least one accessible route within the boundary of the site shall be provided **from** public transportation stops, accessible parking, and accessible passenger loading zones, and public streets or sidewalks to the accessible building entrance they serve. The accessible route shall, to the maximum extent feasible, coincide with the route for the general public. (section 4.3.2 under the title of "Accessibility Guidelines for Buildings and Facilities")*

⁸ Aunque no existen muchos estudios longitudinales que comparen las condiciones objetivas de accesibilidad en poblaciones, regiones o países, existe suficiente evidencia empírica sobre los avances en campos como el espacio público urbanizado o el transporte, como para poder afirmar que las exigencias normativas han producido avances muy significativos en las condiciones de accesibilidad. Ver Alonso (2002).

En esta líneas de análisis, una crítica a la concepción absoluta de la accesibilidad, como la que se deriva de normas y estándares, es que no recoge la importancia de elementos cualitativos de calidad de uso, tales como su ubicación concreta o la facilidad de uso, que condicionan en gran medida a quienes han de utilizar ese espacio. El estándar sólo pretende asegurar que se produce el acceso en su sentido absoluto, sin valorar mucho la calidad de ese acceso, esto es el impacto o las consecuencias efectivas que tiene la intervención. Por ello, se suele considerar que, por ejemplo, dotar a un edificio de una segunda ruta de acceso accesible no cuenta con un valor especial, siempre que la primera haya cumplido el estándar, o se considera que una ruta trasera accesible constituye una solución más adecuada que una entrada principal que lo sea. Medir el acceso sólo en términos de acceso absoluto pasa por alto el hecho de que persisten disparidades de acceso significativas entre aquellas personas con una deficiencia o limitación de movilidad y el usuario estándar⁹. Por ejemplo, una rampa en la entrada trasera de un edificio obliga a salir del itinerario habitual de entrada a todas las personas que usan silla de ruedas.

La accesibilidad relativa, en cambio, hace referencia a las diferentes formas de acceso que tienen grupos específicos de usuarios, y ayuda a entender lo que supone tener una dificultad física o de otro tipo de cara a superar los obstáculos que plantea el entorno, tales como las escaleras o escalones. De este modo se incorpora al concepto el elemento cualitativo por el cual no es lo mismo acceder por la puerta delantera que por la trasera, ni acceder recorriendo 20 metros o 100. De esta forma, cuanto mayor la disparidad entre rutas entre las personas ambulatorias y las que tienen discapacidades, mayor la diferencia en acceso relativo.

La accesibilidad relativa se puede utilizar para ayudar a entender los impactos de diferentes soluciones de diseño en edificios y espacios públicos. Supongamos que un edificio tiene ya una rampa de acceso y, por tanto, resulta accesible desde un punto de vista absoluto, tiene también un aseo accesible, teléfono público, etc. En este contexto la accesibilidad absoluta no cambiará si se añade la adaptación de un segundo aseo para hacerlo accesible. En cambio, la mejora en términos de acceso relativo puede ser considerable. Consecuentemente, el concepto de accesibilidad relativa es una buena medida para determinar el impacto de la eliminación de barreras en el entorno construido.

Como señalan Church & Marston (2003), aunque la accesibilidad se base en normas y estándares, no es un fenómeno constante, pues las demandas sociales y deseos cambian con el tiempo, por lo que la componente ambiental no es consistente ni estable. Todas estas razones confieren sentido, por tanto, para usar también otras medidas complementarias a las de accesibilidad absoluta a fin de medir la efectividad de planes de adaptación de viviendas, diseño urbano o nuevos diseños de edificación.

⁹Sabemos que las disparidades en el acceso seguirán existiendo, pero a medida que se gasta el dinero en la renovación, remodelación, y la eliminación de barreras en el paisaje urbano, la atención debe dirigirse hacia la toma de decisiones rentables, decisiones que ayudarán a que la mayor mejora en la accesibilidad global. Hemos propuesto que una medida relativa de acceso se puede utilizar en combinación con la medida más tradicional de acceso absoluta para ayudar a hacer dichas decisiones. Nosotros sostenemos que la accesibilidad no debe ser sólo el objetivo en términos de cumplimiento del ADA, sino también que se debe medir en términos de medidas de acceso absolutas y relativas (Church & Marston, 2003)

Beneficiarios de la accesibilidad

La doble perspectiva de la accesibilidad, como un objetivo centrado en las necesidades específicas de la discapacidad o con un alcance más amplio está presente en distintas políticas e instrumentos de alcance internacional, nacional y local.

Así, el primer Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012 redactado en España (IMSERSO 2003) plantea un cambio de enfoque con estas palabras:

Los valores de este nuevo paradigma fundamentan los objetivos de este plan y conducen la accesibilidad hacia una nueva cultura en la que las necesidades vinculadas con la discapacidad –aun siendo la guía y la principal motivación– dejan de ser el centro y razón absoluta de la acción. Todas las personas son susceptibles de tener limitaciones o condicionantes en determinados momentos, por ello la idea del Diseño para Todos es pensar para aquellos con mayor necesidad y, de esta forma, beneficiar a todos.

I Plan Nacional de Accesibilidad. IMSERSO 2003:22

Mediante estas estrategias se pretende incluir en la corriente principal de las políticas una intervención sobre los entornos que resulte más fácil de implementar en la medida que se perciba como un beneficio general. Tal es el planteamiento que guía al propio Plan Nacional:

El Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012 es un marco estratégico de acciones para conseguir que los entornos, productos y servicios nuevos se realicen de forma accesible al máximo número de personas (Diseño para Todos) y que aquellos ya existentes se vayan adaptando convenientemente.

Este cambio de paradigma y estrategia requiere también un cambio de actores, una mayor implicación de colectivos y profesionales relevantes en el proceso de generalización de la accesibilidad pero que previamente no alcanzaban a estar involucrados más que a través de una minoría “sensibilizada”. Sólo así se explica la escasa presencia de la accesibilidad en los programas formativos, en el análisis técnico o las publicaciones de estos técnicos.

Sin embargo, al amparo de la nueva visión sobre los derechos de las personas con discapacidad y la asunción de facto del “modelo social de la discapacidad”, producida tras el Tratado de Ámsterdam de 1997, la UE ha centrado la concepción de la accesibilidad como parte específica de las políticas de no discriminación. De este modo, la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 define accesibilidad de una forma más restrictiva a los documentos citados como “el acceso de las personas con discapacidad, en las mismas condiciones que el resto de la población, al entorno físico, al transporte, a las tecnologías y los sistemas de la información y las comunicaciones (TIC), y a otras instalaciones y servicios”.

Estas definiciones de la normativa española presentan en su mayoría una visión de la accesibilidad como concerniente a toda la población, y como un elemento básico de calidad y seguridad para todos. Así figura también en normativas de otros países, que pueden incluso ser más explícitas en este sentido, como en este caso de Uruguay.

La accesibilidad refiere a "todas las personas", asociada a una realidad esencial: la diversidad característica entre los seres humanos en cada instante y la diversidad de las situaciones, limitaciones o condiciones de cada persona durante el ciclo de su vida, situaciones específicas de edad o actividad, situación particular permanente o eventual, casos de lesiones severas o discapacidades complejas que requieran una atención particular o individual. Es importante considerar que la seguridad es un aspecto esencial e implícito en el concepto de accesibilidad. Una solución que no sea segura no es accesible.

Instituto Uruguayo de Normas Técnicas UNIT 200:2010. Accesibilidad de las personas al medio físico - Criterios y Requisitos generales de diseño para un entorno edificado accesible

En cambio, en el caso de la Unión Europea, el enfoque de los documentos de la Comisión, está muy centrado en la lucha contra la discriminación (como se deduce de la autorización competencial que podemos ubicar en el Tratado de Ámsterdam), como muestra este extracto:

Por «accesibilidad» se entiende el acceso de las personas con discapacidad, en las mismas condiciones que el resto de la población, al entorno físico, al transporte, a las tecnologías y los sistemas de la información y las comunicaciones (TIC), y a otras instalaciones y servicios.

*Comunicación de la Comisión COM (2010) 636 final
Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020:
un compromiso renovado para una Europa sin barreras*

El mismo documento señala que *la accesibilidad es una condición previa a la participación en la sociedad y en la economía*. De hecho, el potencial económico de la mejora de accesibilidad en todos los ámbitos constituye, junto al enfoque de derechos de las personas con discapacidad el argumento principal de los documentos y acción europea en este campo.

En resumen, podemos entender con Iwarsson & Stahl (2003) que hay muchas dimensiones y perspectivas de la accesibilidad. Comprende tanto aspectos personales como ambientales, y se puede considerar una integración de ambos. Pero incluso si la palabra es de uso común, el desconocimiento de su significado en cuanto a las relaciones entre persona y entorno es importante, no existiendo una definición no ambigua que resuma los distintos componentes y consideraciones necesarias.

1.2.3. La accesibilidad como bien público

Otro aspecto que habitualmente incide sobre la aplicación y el grado de accesibilidad es el factor económico, fundamentalmente el balance coste-beneficio de implementar medidas de supresión de barreras (ver Alonso, 1999 para una estimación aplicada al mercado de la vivienda). La dimensión económica de la accesibilidad no es menos importante que cualquiera de las otras que se abordan. A pesar de ser un bien que se presenta como atributo de otros, la accesibilidad es un bien, un bien económico. Y lo es porque tiene un coste y porque es escaso. La disposición de la cantidad óptima del bien accesibilidad se ve condicionada por múltiples factores, la mayoría derivados de las

características del mercado en que se ofrece. En este caso nos referiremos al de la vivienda en el que se integra, de acuerdo a características como las siguientes:

- La accesibilidad es atributo de un bien heterogéneo, como es la vivienda, que reúne otros atributos sobre los que el consumidor también establece preferencias. La decisión de consumo implica un compromiso de compra¹⁰ de cantidades variables de todos ellos.
- La vivienda es un bien básico, que cubre una necesidad humana primaria, cual es el resguardo. Es para muchas personas el concepto de gasto más importante en sus vidas.
- La dotación de accesibilidad en cada vivienda es casi invariable (aunque la tecnología y la innovación están rompiendo esta rigidez). Las necesidades de consumo, por el contrario, son cambiantes con el tiempo y la composición familiar.
- El mercado de la vivienda es estrecho. Las posibilidades de elección de los consumidores y los oferentes son escasas (se trata de un mercado escasamente competitivo), por lo que es improbable que encuentren la vivienda ideal. Esto determina la existencia de incentivos para adaptar posteriormente la vivienda a los gustos particulares de sus consumidores.
- Elevada durabilidad del bien. El stock de edificios se renueva a escasa velocidad.
- Dificultades para la movilidad residencial por los elevados costes de transacción y búsqueda, poca transparencia del mercado.
- La accesibilidad es un bien con características mixtas público-privadas, pero de provisión privada (los promotores son mayoritariamente agentes privados.)
- Su provisión conlleva externalidades: la existencia de accesibilidad beneficia a más personas que a los propietarios o quienes han invertido en ella. El ámbito del bien alcanza los espacios comunes del edificio o comunidad de vecinos además de los privativos (de puertas a dentro).
- Está sometido a regulación, consecuencia de su consideración como bien social o público que sufre una deficiente asignación por el mercado y por la elevada rigidez de la oferta.
- Asimetrías de información entre comprador y vendedor: dificultad para conocer los niveles de accesibilidad ofrecidos y requeridos.

En concreto el problema de la asimetría de información sobre los elementos de calidad en la vivienda se analiza así por Paricio y Sust (1996):

Uno de los puntos negros en la compra de una vivienda es, muy frecuentemente, la dificultad o la imposibilidad de conocer principalmente: la calidad de sus componentes no visibles y de las instalaciones que no se pueden poner en marcha por falta de suministros; los gastos de calefacción para conseguir un confort adecuado; los gastos futuros de mantenimiento que requerirá la edificación; el confort acústico alcanzable, la calidad de sol recibido en distintas épocas del año; y la posibilidad de ser ocupadas con comodidad por personas con discapacidades físicas transitorias o crónicas.

De lo que están hablando estos autores es precisamente de lo que denominamos “fallos de mercado”, que constituyen en la teoría económica la justificación de la necesidad de regulación y, en

¹⁰ Cuando hablamos de compra no estamos haciendo referencia exclusiva a la compra de vivienda, sino a la adquisición, por tiempo limitado o no, del derecho de uso de un espacio edificado

ese caso, justifican la intervención en el mercado de la vivienda para promover una mayor dotación de accesibilidad

La accesibilidad es un bien que provoca confort y seguridad a las personas, mejorando las condiciones de uso y habitabilidad de los edificios. El nivel de dotación inicial de accesibilidad en una vivienda condiciona definitivamente su uso futuro, pues establece unos límites generalmente muy costosos de superar con obras de adaptación, a posteriori, y como señalaban Paricio y Sust no es posible conocer, o el consumidor no está preparado para interpretar ese nivel de dotación. De esta forma los límites están frecuentemente muy por debajo de las necesidades de consumo de una gran parte de la población, sobretodo de aquellas personas que tienen discapacidades físicas, denotando la ineficiencia de los mecanismos de provisión de accesibilidad.

Estos fallos de mercado son una consecuencia del carácter mixto que tiene este bien. Para entender las diferencias entre bien público o social y bien privado o individual, recurriremos a una cita del economista Howard R. Bowen (1943):

Los bienes económicos son de dos tipos: bienes individuales y bienes sociales. Ambos se asemejan en que sirven para satisfacer las necesidades de las personas y en que sólo se pueden producir mediante el uso de recursos escasos, y se diferencian en el carácter de su demanda. Los bienes individuales se caracterizan por su divisibilidad. Pueden ser divididos en pequeñas unidades sobre las que las personas particulares pueden ejercer su posesión exclusiva. Estos bienes se adaptan a la demanda individual y a la libre elección del consumidor. El consumo de cada individuo se puede ajustar a sus gustos particulares. Los bienes sociales, por el contrario, no son divisibles en pequeñas unidades que puedan ser poseídas por individuos. Tienden a ser parte del entorno, disponibles para todas las personas de ese entorno (p.ej., la educación, protección contra enemigos externos, mejoras del paisaje, control de inundaciones). Consecuentemente, estos bienes no se pueden vender fácilmente a consumidores individuales y las cantidades disponibles para los diferentes individuos no se pueden ajustar de acuerdo a sus respectivos gustos. La cantidad del bien debe ser establecida mediante una única decisión aplicable conjuntamente a todas las personas. Los bienes sociales están sujetos a la colectividad o a la política, más que a la demanda individual.

Como se deduce de las palabras de Bowen, los bienes públicos no son provistos por el mercado o si lo son será en cantidad insuficiente. Esto se debe a que tienen dos características fundamentales:

1. No exclusión: las condiciones de accesibilidad de un edificio afectan a todos los usuarios con independencia de su número. Si está disponible para uno lo está para todos al mismo coste.
2. No rivalidad: los beneficios de la accesibilidad se difunden más allá de su consumo privativo. La accesibilidad es utilizable de forma simultánea por muchos usuarios. Un usuario no agota su consumo para otros.

A partir de estas reflexiones consideramos que la accesibilidad está situada en la amplia frontera entre los bienes individuales y los sociales. De acuerdo a la sensibilidad de la colectividad o de la política -como diría Bowen-, podemos encontrar áreas donde el carácter social de la accesibilidad prevalece más que el individual dando paso, habitualmente, a normativas exigentes que la regulan.

Sin embargo, la provisión de viviendas se realiza por parte de múltiples agentes, fundamentalmente privados, que ven su producto como un bien de demanda perfectamente divisible, individual. Venden a personas, no a la colectividad. Sus criterios son de mercado, su oferta se ciñe a lo que a un menor coste consideran satisface su demanda. En consecuencia, si no perciben claramente una demanda específica de accesibilidad, buscarán eludir los aspectos más exigentes de la normativa y construir como siempre lo han hecho.

1.2.4. El concepto de accesibilidad en la normativa española

En la mayoría de países existen leyes que definen de cierta forma la accesibilidad, casi siempre en el contexto de la discapacidad y como una forma de garantizar los derechos y la integración social de estas personas. En España, es la Constitución Española de 1978 la que insta en su artículo 49 a los poderes públicos a realizar una política de integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, para que puedan disfrutar de los mismos derechos que todos los ciudadanos.

Desde la aprobación de la Constitución de 1978 el desarrollo de normativas específicas dirigidas a la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad ha sido constante. Existen dos grandes hitos en este proceso: la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración de los minusválidos (LISMI) y la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU). Ambas han sido recientemente derogadas por el 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.

La accesibilidad se plantea originalmente en la normativa como dirigida de forma específica y exclusiva a los colectivos de “minusválidos”, como queda de manifiesto en la propia Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración de los minusválidos (LISMI):

Artículo cincuenta y cuatro.

Uno. La construcción, ampliación y reforma de los edificios de propiedad pública o privada, destinados a un uso que implique la concurrencia de público, así como la planificación y urbanización de las vías públicas, parques y jardines de iguales características, se efectuará de forma tal que resulten accesibles y utilizables a los minusválidos.

Esta consideración queda sin embargo en la LISMI restringida cuando la intervención sobre los inmuebles sea debida a motivos de “higiene, ornato y normal conservación... así como obras de reconstrucción y conservación...”, que se plantean como ajenas a la intervención de mejora de accesibilidad:

Dos. Quedan únicamente excluidas de la obligación anterior las reparaciones que exigieran la higiene, el ornato y la normal conservación de los inmuebles existentes, así como las obras de reconstrucción o conservación de los monumentos de interés histórico o artístico.

La concepción de accesibilidad actual tiene su desarrollo específico en la normativa autonómica que surge a consecuencia de la asunción de competencias específicas sobre esta materia. Así la Ley Foral 4/1988, de 11 de julio, sobre Barreras Físicas y Sensoriales, de Navarra establece en su exposición de motivos una concepción muy avanzada del desde el punto de vista de su alcance:

La posibilidad de acceso y utilización por parte de los afectados por cualquier minusvalía orgánica o circunstancial, de los bienes y servicios enmarcados en los ámbitos y competencias enunciados [se refiere a ordenación del territorio, urbanismo y vivienda, así como radiodifusión y televisión] no sólo es una reivindicación de las asociaciones de minusválidos, sino que actualmente aparece como una condición para mejorar la calidad de vida del conjunto de los ciudadanos.

Y la Ley 20/1991 de 25 de noviembre de promoción de accesibilidad y supresión de barreras de Cataluña establece:

Art. 3º. Definiciones:

1. *A los efectos de la presente Ley se entiende por accesibilidad la característica del urbanismo, la edificación, el transporte o los medios de comunicación que permite a cualquier persona su utilización*

El resto de Comunidades Autónomas, que legislan a lo largo de los años 90 no hacen sino reproducir de forma similar estos criterios. El concepto de accesibilidad que manejan las comunidades autónomas en sus normativas está menos condicionado por la vinculación con la discapacidad que el que manejan las normativas estatales. Esto responde, lógicamente, a las competencias a las que sirven cada una de estas normas.

Existe un número muy importante de Leyes y Decretos autonómicos, que se han sumado ya al acervo de normas estatales, básicamente a partir de la década de los 90. De hecho, gran parte de la normativa autonómica en materia de accesibilidad es anterior, en el tiempo, a la estatal. No es anterior a la trascendente Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.

Todas las Comunidades Autónomas han hecho uso de sus competencias para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y, particularmente, de las personas con movilidad reducida o cualquier otra limitación, en cumplimiento del mandato constitucional del principio de igualdad y en desarrollo y complemento de la legislación estatal al respecto. En los correspondientes Estatutos de Autonomía se reconocen, de un lado, la obligación de los poderes públicos de promover y hacer efectivo el principio de igualdad, removiendo los obstáculos que impidan su consecución, y de otro, las competencias autonómicas para promover la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas, así como, en otros casos, la no discriminación (de la Cruz, 2010).

Así, por ejemplo, la Llei D'Accessibilitat de Catalunya aprobada en 2013 señala que "Correspon a la Generalitat de Catalunya exercir les competències per implementar les condicions d'accessibilitat adequades per fer efectiva la igualtat de les persones".

Las definiciones de accesibilidad presentes en las normas autonómicas hacen mención específica a los ámbitos sectoriales, de su competencia, en los que se deberá poner en práctica las medidas.

También recogen una perspectiva de la accesibilidad más próxima al concepto de “accesibilidad universal” que al de “supresión de barreras”, y más centrado en el conjunto de la población, en su diversidad, que en el beneficio específico de un colectivo como el de las personas con discapacidad. A continuación listamos algunos ejemplos:

Accesibilidad: conjunto de características de las infraestructuras, del urbanismo, los edificios, establecimientos e instalaciones, el transporte o las comunicaciones que permiten a cualquier persona su utilización y disfrute en condiciones de seguridad y de autonomía.

DECRETO 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. Art. 3.1

Conjunt de característiques que han de reunir els entorns, processos, productes i serveis així com els objectes o instruments, eines i dispositius, per ser comprensibles, utilitzables i practicables per a totes les persones amb condicions de seguretat i comoditat i de la forma més autònoma possible.

Llei d'Accessibilitat de Catalunya 2013. Art. 4

La presente ley tiene por objeto garantizar la accesibilidad del entorno urbano, de los espacios públicos, de los edificios, de los medios de transporte y de los sistemas de comunicación para su uso y disfrute de forma autónoma por todas las personas y en particular por aquellas con movilidad reducida, dificultades de comunicación o cualquier otra limitación psíquica o sensorial, de carácter temporal o permanente.

LEY 20/1997 de la Comunidad Autónoma del País Vasco, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad. Art 1. Objeto

La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se ha concebido este entorno. Para garantizar las mismas posibilidades de participación, todas las personas cualesquiera que sea su edad y su posible discapacidad deben de tener la posibilidad de entrar en cualquier parte del entorno construido y utilizarlo con la mayor independencia posible.

DECRETO 68/2000, de 11 de abril de la Comunidad Autónoma del País Vasco, por el que se aprueban las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación. Art. 2 c

El Estado justifica su intervención en el campo de la accesibilidad a partir de lo que establece el artículo 149.1.1.ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales. A las Comunidades Autónomas les compete también la tarea de complementar o terminar de delimitar el ámbito normativo de las condiciones básicas que garanticen la igualdad y cuyos límites, tanto para el Estado, como para ellas mismas, ha fijado ya de forma clara la jurisprudencia constitucional.

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) es el gran hito en la definición del marco normativo estatal del siglo XXI, no sólo por su ambición y contenido, sino por el hecho de haber sido aprobada por unanimidad. Esta ley introduce un nuevo impulso a la generalización del concepto y a

su concepción como resultado del ajuste entre condiciones de la persona y del entorno. La ley establece en su Exposición de Motivos que “es preciso diseñar y poner en marcha estrategias de intervención que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales. En esta perspectiva se mueven dos estrategias de intervención relativamente nuevas y que desde orígenes distintos van, sin embargo, convergiendo progresivamente. Se trata de la estrategia de «lucha contra la discriminación» y la de «accesibilidad universal»”. La LIONDAU introduce el concepto de accesibilidad universal en estos términos:

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.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

Definición que ha dado pie a una conceptualización que se mantiene a lo largo de las muchas leyes, decretos u órdenes ministeriales posteriores que van perfilando los distintos aspectos sectoriales que inciden sobre las condiciones de accesibilidad, y que se analizan con detalle en el capítulo 3.

1.3. LO QUE LA POBLACIÓN ENTIENDE POR ACCESIBILIDAD

Las acepciones normativas pueden generar confusión, bien por una excesiva amplitud en su definición, bien por su vinculación exclusiva con el también difuso concepto de discapacidad. El interés por la comprensión de la accesibilidad y su importancia relativa viene siendo un tema de interés e investigación del propio autor de esta tesis. Así en un trabajo sobre Economía y Cultura de la Accesibilidad (Alonso y Kuschick, 1999) ya se investigó esa limitada comprensión del término accesibilidad mediante una encuesta realizada a domicilio a 2.011 “responsables de hogar” (o cabezas de familia, de cualquier sexo) en 13 ciudades españolas¹¹.

La pregunta, se planteó a continuación de otra destinada a identificar las potenciales discapacidades de las personas del hogar, y su texto –leído por el encuestador- era el siguiente:

■ *A causa de estas discapacidades que le he leído, las personas afectadas tienen, a menudo, problemas de accesibilidad en sus hogares. Pero, ¿qué entiende Vd. por accesibilidad?*

1. *La capacidad económica para comprar una vivienda*
2. *Las ayudas que otorga el Estado para este tipo de personas*
3. *Los aparatos y ortopedia que se usan para corregir las discapacidades*

¹¹Bilbao y Bilbao Metropolitano (Baracaldo, Portugalete, Guetxo y Leioa), Cartagena, Orense, Valladolid (ciudades con más de 100.000 habitantes), y Carmona, Teruel, Plasencia, Gandía y Reus (con menos de 100.000 habitantes).

4. Las facilidades para entrar, salir o moverse por el edificio
5. La atención médica que reciben las personas afectadas
6. Ns/Nc

Las opciones de respuesta planteadas eran deliberadamente simples a fin de que fueran de fácil comprensión en el contexto de la encuesta y fáciles de discriminar entre sí. La Tabla 1.2 resume las respuestas dadas en cada municipio de encuesta y el total de todos ellos.

La respuesta correcta, la nº 4 de la lista fue señalada por el 61,5 % de los encuestados. La segunda más veces respondida es la nº 6, la de aquellas personas que reconocen desconocer el significado del concepto, totalizando el 15,3 % de la muestra. Sigue la nº 1, que en realidad corresponde aproximadamente con un concepto de ‘accesibilidad económica’. Esta respuesta tendría sentido en otro contexto, pero no en el que se establece en la pregunta. Las restantes respuestas son ya bastante minoritarias y responden a una idea de ‘accesibilidad’ muy alejada de la realidad.

Hay que señalar también que esta pregunta, en el contexto del cuestionario, iba precedida de una descripción de discapacidades con ejemplos relativos a los problemas que generan en las viviendas, por lo que el “escenario” de respuesta estaría previamente delimitado.

Tabla 1.2. Respuestas sobre el concepto de Accesibilidad
Encuestas en 13 ciudades españolas. Respuestas en porcentajes. N = 2011.

	BilM	Bilba	Vall	Carta	Or	Reus	Gand	Plas	Teru	Car	Total
Cap. Económica	15,1	12,5	9,5	10,9	9,5	14,3	11,3	8,5	11,5	6,5	10,9
Ayudas Estado	4,5	2,5	1,5	2,0	10,6	1,0	9,9	9,0	5,0	4,5	5,0
Ortopedia	2,5	1,2	1,0	6,9	1,5	4,9	2,5	1,5	2,0	2,0	2,6
Facilidad mov.	62,8	72,5	82,5	71,3	63,8	42,9	59,6	37,3	69,0	53,8	61,5
Atenc. Médica	6,0	2,0	1,0	2,5	4,0	8,4	3,4	5,0	3,0	8,5	4,4
Ns/Nc	9,0	9,0	4,0	6,4	10,6	28,6	13,3	38,8	9,5	24,6	15,3
SUMA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

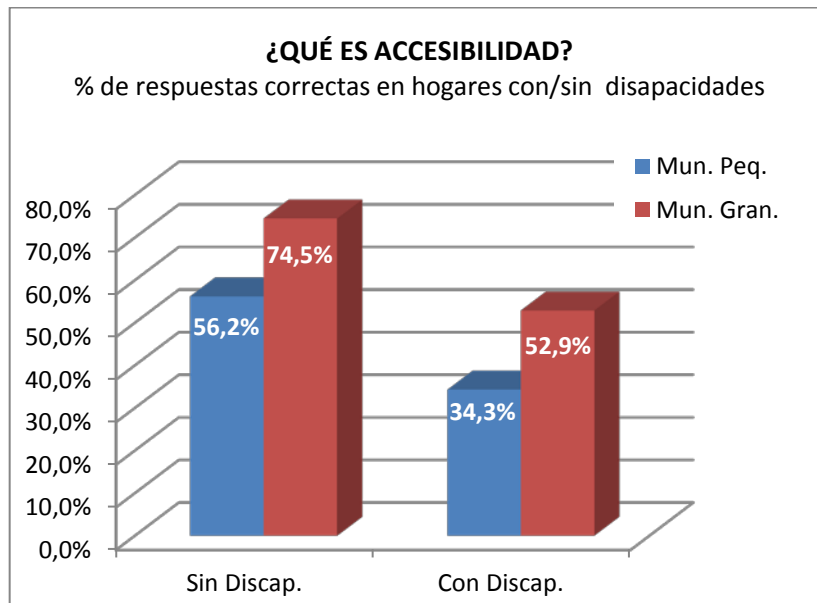
Fuente: Alonso y Kuschick, 1999

El análisis comparativo entre los municipios es muy revelador. Una simple revisión de los datos obtenidos, ordenados según varios criterios, nos ofrecen conclusiones interesantes. Las diferencias entre poblaciones de mayor y menor tamaño son notables. Hay una gran correlación entre el tamaño de la población y el porcentaje de aciertos. Los casos extremos son Valladolid con un 82,5 % de aciertos, frente a Plasencia con un 37,3 %. Estas mismas poblaciones respondieron No sabe/No contesta en el 4 % y el 38,8 % de los casos, respectivamente.

Para el análisis se establecieron grupos de más o menos de 100.000 habitantes. El conocimiento de la Accesibilidad resulta ser netamente superior en las poblaciones grandes (70,5 %) que en las pequeñas (52,2 %). Y si vinculamos estas diferencias con el nivel de estudios vemos que también se da una –esperable- relación lineal entre este y la proporción de respuestas correctas. Por otra parte, también se verifica que a igualdad de estudios se da una mayor proporción de aciertos de los municipios más grandes para todos los niveles.

Resulta llamativo que sean los hogares más afectados, aquellos que cuentan con miembros discapacitados, precisamente los que más desconocen el concepto de Accesibilidad, especialmente si son residentes en ciudades de menor tamaño, como se deduce del gráfico siguiente.

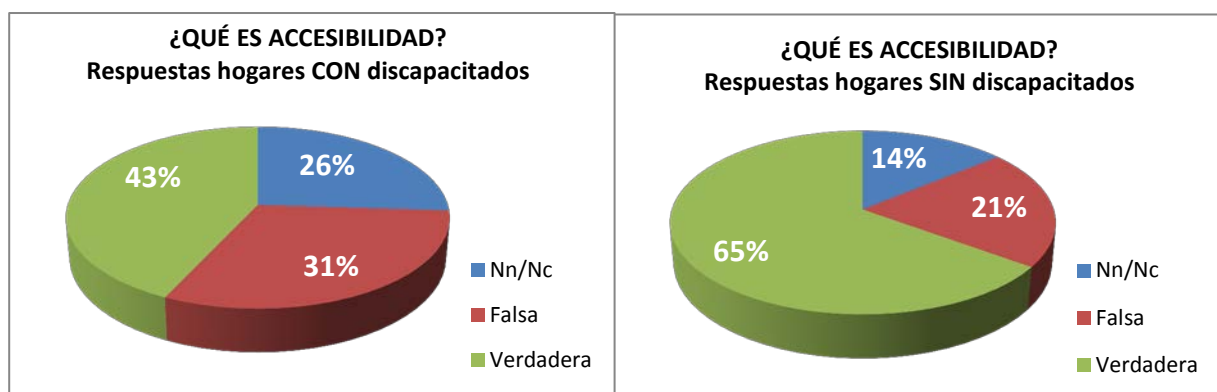
Gráfico1.2. Respuestas a la pregunta ¿Qué es la accesibilidad? Municipios pequeños y grandes
Encuestas en 13 ciudades españolas. Respuestas en porcentajes. N = 2011.



Fuente: Alonso y Kuschick, 1999

Si se analizan separadamente las respuestas de hogares con o sin discapacidad estas diferencias aparecen muy claras (ver gráfico), pues un 22% más de hogares sin personas con discapacidad son capaces de responder de forma acertada a la pregunta planteada.

Gráfico1.3. Respuestas a la pregunta ¿Qué es la accesibilidad? Hogares con/ sin discapacidad
Encuestas en 13 ciudades españolas. Respuestas en porcentajes. N = 2011. Fuente: Alonso y Kuschick, 1999



Es indudable que estos efectos (edad, discapacidad, educación, conocimiento de la accesibilidad) están correlacionados: las personas con discapacidad de la muestra son fundamentalmente personas mayores, de escasa educación y que desconocen en gran parte el significado de la accesibilidad. Hay un efecto de marginalidad en los hogares con discapacidad que se muestra no sólo en los estratos

superiores de edad, dónde responde a la lógica de una población más anciana y menos educada, sino en cualquiera de los rangos de edad analizados.

Este tipo de resultados podría poner en cuestión hasta donde debe llegar el papel de los usuarios a la hora de intervenir en el diseño de políticas. Al respecto, Iwarsson & Stahl (2003) señalan que, aunque actualmente considerado como políticamente correcto, la consideración y participación de los usuarios no es en si misma suficiente. Estos autores destacan el problema de considerar una premisa el que cualquiera que tenga una discapacidad tiene conocimiento o experiencia en lo que se refiere a la accesibilidad o el diseño universal. En muchos casos, los representantes de estos colectivos representan una visión que refleja su propia y específica situación, más no una visión global de las necesidades de la discapacidad o de lo más conveniente socialmente.

Afortunadamente, la perspectiva de las relaciones entre la persona y el medio en que ésta se desenvuelve adquieren en la literatura científica un carácter mucho más amplio y de aplicación tanto a la población con discapacidades como a la población en general. Las relaciones persona-entorno muestran una gran diversidad de aplicaciones y se concretan en distintos ámbitos de estudio, tales como la adaptación del puesto de trabajo, la ergonomía, la usabilidad, el diseño para todos o diseño universal, la accesibilidad específica al mundo de las TIC.

1.4. OTROS CONCEPTOS VINCULADOS CON LA ACCESIBILIDAD

El concepto de accesibilidad se vincula estrechamente con otros términos que recogen aplicaciones teóricas o desarrollos de aspectos importantes de la relación persona-entorno. Conocer su significado, aplicaciones e implicaciones es una necesidad para poder enfocar de forma completa el concepto de accesibilidad. Estos términos son: usabilidad y diseño universal.

1.4.1. Usabilidad

Según Bevana et al (1991), el término usabilidad se acuñó en los primeros años 80 para reemplazar las connotaciones vagas y subjetivas de expresiones como “de uso amigable” (“user friendly”) o “diseñado ergonómicamente” que intentaban recoger la facilidad de uso de los productos y su adaptabilidad a las distintas condiciones de los usuarios.

Aunque informalmente se puede, como hemos visto, entender y describir el término usabilidad, lo cierto es que las palabras *usable* o *usabilidad* no aparecen en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española y no existe una definición comúnmente aceptada. La traducción de la primera sería “utilizable”, y de la segunda “capacidad de ser utilizada”; es decir, estamos hablando de la adecuación al uso, de la funcionalidad, de la capacidad de ajustarse a las necesidades de uso, en relación con un objeto, producto o servicio.

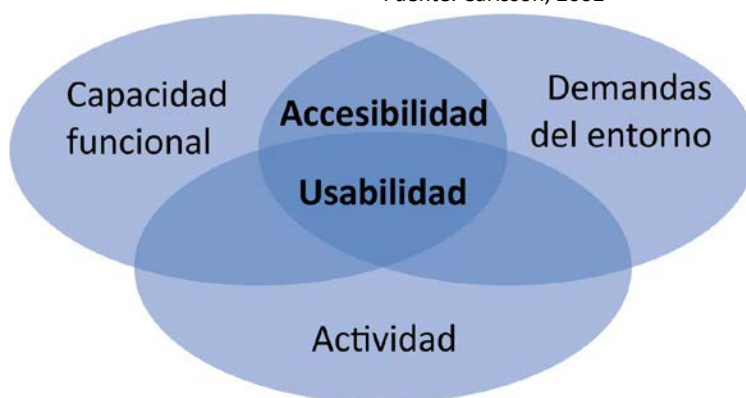
La organización internacional de estandarización, ISO, define usabilidad como “la efectividad, eficiencia y satisfacción con que los usuarios específicos pueden alcanzar objetivos específicos en entornos concretos” (ISO DIS 9241-11¹²). Esta definición deja claro que al hablar de usabilidad no nos referimos sólo a una propiedad de un producto, sino de algo que depende de quien lo use, sus objetivos y el entorno en que se esté utilizando. Es, por tanto, una propiedad de la interacción entre un producto, el usuario y la tarea o grupo de tareas que está intentando realizar. Sólo podrá ser medido de forma precisa mediante la valoración de las prestaciones que recibe el usuario, su satisfacción y aceptación.

Así, podríamos decir que se trata de un término que remite a la funcionalidad más que al acceso físico, justificado porque éste no es suficiente en si mismo. El comportamiento (behaviour) es una función de la persona y del entorno, basada en la consideración de la necesidad de realizar una actividad. De este modo, la relación transaccional y dinámica entre persona, entorno y actividad parecen claramente vinculadas con el concepto de usabilidad (Iwarsson y Stahl, 2003).

Por otra parte, usabilidad es un término utilizado a menudo en paralelo con el de accesibilidad, al incorporar las condiciones personales de actividad a la relación entre capacidades y demandas del entorno que definen a aquella (Gráfico 1). La diferencia con el concepto de accesibilidad se derivaría de una mayor aproximación a las necesidades específicas del individuo, a los “factores personales”(Steinfeld y Danford, 1999), condicionados por factores psicosociales (como la propia imagen, la motivación, las expectativas, las exigencias sociales) que inciden sobre la interpretación del grado en que el entorno restringe o apoya la satisfacción de los propios objetivos y deseos, a menudo sin relación con el cumplimiento de normas o directrices oficiales (Iwarsson y Stahl, 2003).

Gráfico 1.1. Accesibilidad y usabilidad en contexto

Fuente: Carlsson, 2002



En términos aplicados, se puede decir que la usabilidad comprende las percepciones sobre el grado en que el diseño del entorno facilita el funcionamiento, el rendimiento y bienestar desde la perspectiva del usuario. Consecuentemente, cualquier cambio en las características del producto o sistema, del usuario, tarea o entorno provocará un cambio en

la usabilidad, pues un producto no es de por si usable o no usable, sino que tiene atributos que determinarán su usabilidad para un usuario particular, tarea y entorno. Un producto usable para una persona no necesariamente lo será para otro.

¹² ISO 9241-11:1998. Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDTs) -- Part 11: Guidance on usability

Bevana et al (1991) señalan que las diversas definiciones existentes de usabilidad se relacionan directamente con la forma de medirla, distinguiendo tres perspectivas principales:

- La perspectiva orientada al producto: la usabilidad se puede medir en relación con los atributos ergonómicos del producto.
- La perspectiva orientada al usuario: se puede medir de acuerdo al esfuerzo mental y la actitud del usuario.
- La perspectiva de prestaciones: se puede medir de acuerdo a cómo el usuario interactúa con el producto, poniendo especial énfasis en la facilidad de uso o su aceptabilidad (si el producto se va a usar en entornos reales).

Para determinar el grado de usabilidad de un producto en la mayoría de casos los criterios dependerán de requisitos específicos del usuario, tarea y entorno de uso, con unos mínimos criterios tales como:

- resultados obtenidos (p.ej. precisión y efectividad),
- tasa de trabajo (p.ej. productividad y eficiencia),
- adquisición de conocimiento (p.ej. tasa de aprendizaje) y
- operatividad (p.ej. tasa de error y uso).

Estos requisitos son difíciles de determinar con antelación, por ello se utiliza la comparación con otros productos o formas de desarrollar la misma tarea, especificando que la efectividad, eficiencia y satisfacción deben ser tan buenas o mejores que las de los métodos existentes. La elección de valores de los criterios depende en este caso del juicio de expertos pues no existe una racionalidad objetiva para su selección.

Otra técnica que puede contribuir a la usabilidad es requerir que el producto cumpla con requisitos y directrices, tales como las que establecen los requisitos de la ISO 9241¹³; aunque, el cumplimiento del estándar no puede asegurar la usabilidad del producto en la medida que puede tener deficiencias de ergonomía no cubiertas por el estándar o ser utilizable por solo una parte de los usuarios para determinadas tareas. Podría, de hecho, haber diseños alternativos, todos ellos de acuerdo a los requerimientos pero con grandes diferencias de usabilidad. Algunas características pueden ser predictores de lo fácil o difícil que un producto sea de utilizar para una persona (Jordan 2001): la experiencia, la discapacidad, la edad y género, la capacidad de aprendizaje, el potencial del sistema (efectividad, eficiencia y satisfacción) o su reusabilidad (pérdida de prestaciones por no usar en periodos largos de tiempo)

Jordan (2001) señala que dada la gran competencia y escasos márgenes para obtener ventajas competitivas en cuanto a calidad de fabricación o ahorro de costes, la usabilidad puede ser una de las pocas áreas donde aún resulta posible ganar una ventaja comercial. Entre los factores implicados en el proceso de creación de producto, los aspectos relativos a la usabilidad podrían estar entre los más significativos para promover su éxito comercial.

¹³ ISO 9241-(2007-2015): Ergonomics of human--system interaction.

1.4.2. Diseño Universal

Los cambios demográficos, legales y sociales comienzan a provocar la demanda de productos, viviendas y entornos de trabajo más accesibles para personas de todas las edades, tallas y habilidades. Y esto está creando cambios importantes en los requerimientos de diseño, tanto impulsados por las normativas como por los propios mercados, creando nuevos dilemas a los diseñadores, pero también facilitando su tarea en muchos casos.

El concepto de Diseño Universal fue introducido por el arquitecto Ron Mace en EE.UU. (Mace, 1985), y es equivalente al llamado “Diseño para Todos” en algunos países de Europa. Se basa en el principio de que sólo existe una población, comprendida por individuos que tienen características y habilidades diferentes, en contraste con enfoques de la accesibilidad basados en la diferenciación entre individuos “normales” y aquellos que se separan de esa normalidad, como las personas con discapacidad. Por ello es posible diseñar la mayoría de objetos manufacturados o elementos de la edificación para ser utilizables por un rango amplio de seres humanos, incluyendo niños, personas mayores, personas con discapacidad o personas de diferentes medidas en lugar de limitarse a responder a las demandas de mínimos establecidas por leyes que requieren características específicas para las personas con discapacidad (Mace, Hardie & Place, 1991).

El diseño universal promueve entornos construidos que benefician a todos, previenen la estigmatización y aumentan la facilidad de participación en las actividades de la vida diaria (Story 1998). Los espacios diseñados con esta perspectiva son de acceso y utilización por un amplio espectro de población sin adaptaciones especiales, por ello este concepto tiene pleno sentido económico. Las características de universalidad o adaptabilidad no implican generalmente un mayor gasto que las tradicionales si se incorporan por el diseñador en la programación y fases de conceptualización (Carr et al 2013). Se puede, por tanto, definir así:

***Diseño Universal** significa simplemente diseñar todos los productos, edificios y espacios exteriores para ser utilizables por todo el mundo hasta la mayor extensión posible. Se trata de una manera sensata y económica de reconciliar la integridad artística de un diseño con las necesidades humanas en el entorno.*

Mace, Hardie & Place, 1991

Un concepto clave del diseño universal es el de proveer accesibilidad sin estigmatización mediante la integración de características de accesibilidad de modo que beneficien a todos los usuarios sin que apenas se perciba la diferencia. Los entornos que han sido diseñados o modificados cuidadosamente para acomodar distintas habilidades tienen el potencial de reducir la discapacidad y promover la participación en actividades sociales y productivas en la tercera edad. (Carr et al 2013)

Basado en el trabajo de un grupo de expertos en diseño universal, el Centro para el Diseño Universal (Centre for Universal Design) desarrolló en 1997 los siete principios que rigen el diseño universal (ver Tabla 1.1), cuyo propósito era articular el concepto de forma exhaustiva y de modo que pudiera ser

aplicado a todo tipo de entornos, productos y comunicaciones (Iwarsson y Stahl, 2003). A partir de estos siete principios se propone la integración de la accesibilidad y la usabilidad desde el principio, eliminando cualquier estigma y obteniendo como resultado la inclusión de la mayor diversidad de usuarios posible.

Tabla 1.1. Los 7 Principios del Diseño Universal

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso equiparable</i> (para personas con distintas capacidades). Ej.: puertas que se abren de forma automática. • <i>Uso flexible</i> (con amplio rango de preferencias y habilidades). Ej.: Cajero automático con botones separados para ser presionados con facilidad y precisión • <i>Simple e intuitivo</i> (fácil de entender cualquiera que sea la experiencia, conocimiento, nivel de concentración o habilidades lingüísticas del usuario). Ej.: Instrucciones de montaje mediante ilustraciones claras en lugar de texto. • <i>Información perceptible</i> (comunica eficazmente la información necesaria en condiciones ambientales diversas o para usuarios con distintas habilidades sensoriales). Ej.: Software que ofrezca información a través de texto, figuras o iconos y audible. • <i>Tolerante al error</i> (que reduce riesgos o acciones involuntarias) Ej.: Pasillos o recorridos que vuelven a conectar con áreas comunes o de encuentro, en lugar de en puntos muertos. • <i>Con poca exigencia de esfuerzo físico</i> (pueden ser usados de manera eficiente y confortable con un mínimo de fatiga). Ej.: Tapones de botella que se pueden agarrar fácilmente y sólo requieren escasa movilidad y fuerza para su uso. • <i>Tamaño y espacio adecuados para el acceso y el uso</i> (Tamaño y espacio que permiten la aproximación, alcance, manipulación y uso, con independencia del tamaño corporal, la postura o la movilidad) Ej.: Componentes montados en la pared que son visibles, fáciles de alcanzar y fáciles de usar para manos de distinto tamaño y habilidad.
--

Fuente: Adaptado de Story, 1998

Otras concepciones similares al Diseño Universal han recibido diferentes nombres y descripciones, en correspondencia con enfoques matizadamente diferentes. Tal es el caso del Diseño Inclusivo: “El diseño inclusivo se orienta a un resultado particular, garantizar que los productos y servicios responden a las necesidades de la mayor cantidad de público posible” (Reed & Monk, 2010). Está fundamentado en una orientación de “capacidades”, en lugar de uno de “discapacidades”; es decir, su lenguaje está deliberadamente orientado a lo que las personas pueden hacer, en lugar de a lo que no pueden hacer. El Diseño Inclusivo Incluye una aproximación ergonómica y de participación en el proceso de diseño mediante la comprensión de las preferencias, accesibilidad y apropiación. Pretende cambiar la mentalidad y actitudes de los diseñadores de productos y servicios favoreciendo su información y la presentación de casos de negocio para definir de la forma más amplia el conjunto de usuarios efectivos, y no sólo potenciales.

Lo que se deduce del análisis y aplicación de estos conceptos es la dificultad para transmitir la verdadera universalidad que tanto la idea de diseño *universal* como la de accesibilidad *universal* comportan. Es decir, su proyección más allá de las necesidades específicas de la discapacidad. Como indica críticamente Bringolf (2008) el diseño universal es un concepto, pero se ha convertido en un producto, un producto de la discapacidad. Por ello según su visión crítica, si fundimos las nociones de discapacidad, accesibilidad y diseño universal podemos obtener una asociación inevitable que podríamos llamar “cosas para gente con una discapacidad”.

1.5. EL ENTORNO EN EL MARCO POLÍTICO-SOCIAL Y SANITARIO DE LA DISCAPACIDAD

Al hablar de la accesibilidad en el marco de la relación persona-entorno es preciso revisar el concepto de “entorno” desde las especialidades que más han analizado esa relación, particularmente la gerontología ambiental.

Según Peace et al (2006 p.8) el entorno es “tanto el lugar como el espacio que engloba a la persona y afecta su comprensión de ella misma y la cultura en que vive”. Entender este significado de “lugar” ha atraído especial interés de la comunidad académica por sus implicaciones en el proceso de envejecimiento. La concepción de entorno para la persona se puede ver como el espacio físico y social donde uno vive o interactúa, fundamentalmente en la propia vivienda y el barrio, incluyendo lugares como los parques, tiendas o calles. Lugares que adquieren particular importancia en el proceso de envejecimiento, a buena cuenta del aumento de tiempo empleado en ellos durante la tercera edad (Gitlin, 2003).

El rol del entorno y de las barreras ambientales se entiende mejor cuando se considera en conjunción con la capacidad funcional de la persona. Medir las barreras ambientales sin consideración respecto a qué persona y cómo se produce su interacción o ajuste específico, resulta poco útil para explicar la variabilidad de los efectos sobre las personas que tienen algún tipo de discapacidad (Wahl et al. 2009).

1.5.1. La discapacidad y el funcionamiento en el entorno

Aunque todos tenemos una idea propia de lo que es la discapacidad y lo que es una persona discapacitada (o “con discapacidad”, como se suele referir en la actualidad), se trata de un concepto que admite distintas interpretaciones y que ha sufrido cambios notables en su conceptualización a lo largo de los años (Jiménez Lara, 2007: 177 y sigs.). No cabe duda de que las personas con

discapacidad, mayores o no, constituyen uno de los grupos sociales más marginalizados y socialmente excluidos¹⁴.

Si bien la idea de discapacidad se vincula con la existencia de una deficiencia, enfermedad o patología, su conceptualización resulta compleja por cuanto la idea de capacidad es relativa y referida al entorno en que se sitúa. Dice la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS 2001) que la capacidad refleja la habilidad ajustada en función del ambiente del individuo, y que éste viene en buena medida determinado por el contexto social. De este modo la idea de “discapacidad” adquiere un carácter que va mucho más allá de las consideraciones sobre funcionamiento o funcionalidad del individuo.

El Consejo de Europa en su Recomendación a la Asamblea Parlamentaria 1185 (1992) definió discapacidad como “una restricción causada por obstáculos físicos, psicológicos, sensoriales, sociales, culturales, legales u otros que impiden a las personas con discapacidad integrarse y tomar parte en la vida familiar y la comunidad en las mismas condiciones que los demás”

Las políticas públicas a favor de la protección a las personas discapacitadas ya se habían implantado en España en los años 60, especialmente a partir de la creación del IMSERSO. Pero no es hasta los años 90 que comienza a aplicarse una visión basada en derechos. Esto es, que las personas con discapacidad son titulares de los mismos derechos que el resto de la población, un derecho a la plena ciudadanía y a la no discriminación, así como al principio de autodeterminación. Es un proceso que arranca desde una realidad de segregación y protección paternalista, evoluciona hacia la compensación y conduce hasta reconocer que las personas con discapacidad son expertas en su propia vida y tienen derecho a decidir sobre ella (Roulstone & Prideaux, 2012).

Las leyes sobre discapacidad se centran en la posibilidad de discriminación, más que en las condiciones de salud o funcionalidad de la persona. En cambio, las que se utilizan para regir las políticas sociales como la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (la llamada “Ley de Dependencia”) son más restrictivas, dado que se utilizan dentro de procesos que asignan o dirigen recursos escasos hacia aquellos cuyas necesidades han sido reconocidas (Brunel University 2002), generalmente tras un periodo de acreditación o evaluación de la situación personal.

La perspectiva legal de la discapacidad tiene, como decimos, otro tipo de enfoques. Las definiciones utilizadas en la legislación anti-discriminación son normalmente muy amplias e incluyen potencialmente a personas con discapacidades menores. Así, el *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* define discapacidad de la siguiente manera:

¹⁴Hay una creciente tarea de investigación que muestra que se da una correlación positiva entre discapacidad y pobreza, siendo ambas indistintamente causa y consecuencia de la otra (ver Lang et al. 2011 para referencias). Los que son más pobres tienen más probabilidades de tener enfermedades crónicas, pues viven en condiciones sanitarias y ambientales peores, con trabajos más peligrosos e insanos, peor acceso a agua y comida segura y de calidad, y en definitiva, mayor riesgo de accidentes (Lang 2011).

Discapacidad: es 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.

De Lorenzo y Cayo (2007, pág. 71) señalan que la novedad en las últimas décadas, frente a siglos de concepción de la discapacidad como una característica estrictamente individual y negativa es su consideración como el producto de la interacción entre:

Por un lado, cuerpos y mentes humanas que difieren de la normalidad estadística y, por otro la manera en que se ha configurado el acceso a instituciones y bienes sociales (...) destacando la necesidad de identificar y eliminar los diversos obstáculos que impiden la igualdad de oportunidades y la plena participación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida.

Verbrugge y Jette (1994) ilustran con ejemplos completos el proceso de la discapacidad y sus diferentes conceptos; de ellos vamos a seleccionar dos:

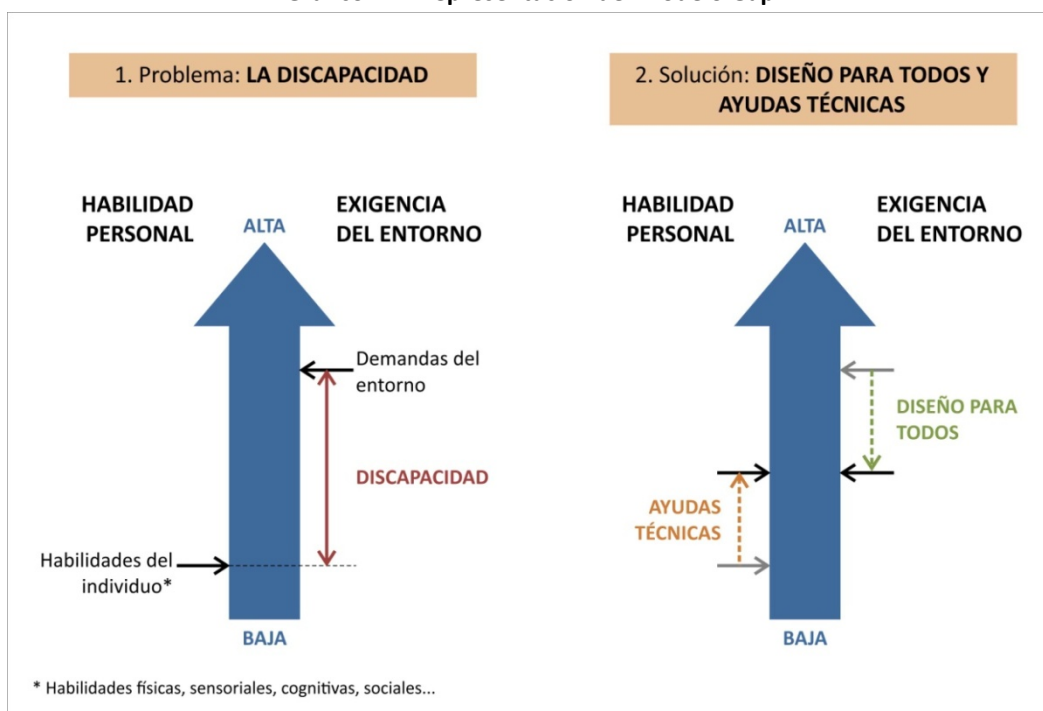
1. Una mujer de 74 años con osteoartritis en ambas manos (patología) tiene agarre limitado y la flexión de los dedos restringida (deficiencias), lo que le causa dificultad para coger y rotar objetos (limitación funcional) y como consecuencia no puede abrir tarros o puertas (discapacidad).
2. Un hombre con 52 años con enfisema agudo (patología), tiene la capacidad pulmonar muy restringida y se siente permanentemente cansado (deficiencias). No puede subir escaleras o caminar por más de algunos minutos (limitaciones funcionales). Finalmente es forzado a dejar su trabajo como capataz (discapacidad).

La discapacidad, por tanto, resulta una característica de la persona, pero no es inherente a ella. De hecho, denota una relación entre la persona y su entorno, de modo que ocurre para una actividad determinada cuando existe una brecha (gap) entre la capacidad personal y la demanda de la actividad o del entorno.

El modelo gap de la discapacidad

La discapacidad crea una incongruencia o brecha entre las habilidades de la persona y las demandas del entorno. Esto es lo que recoge el llamado “modelo gap”, que en realidad es poco más que un ideograma que se puede representar de distintas maneras. El Gráfico 1.4 presenta este ideograma como la brecha que existe desde un punto de vista funcional, entre las exigencias que plantea el entorno, ya sean de tipo físico, psicológico o social, y las habilidades de la persona en estos mismos campos. Cuando no existe una correspondencia entre ambas, sino que las demandas superan a las capacidades funcionales de la persona, se da la discapacidad.

Gráfico 1.4. Representación del Modelo Gap



Fuente: Alonso (1999a)

De acuerdo a este modelo la discapacidad puede ser abordada desde ambos extremos: potenciando las capacidades (“habilidad personal” en el gráfico) o reduciendo la demanda del entorno (“exigencia del entorno” en el gráfico). Desde la esfera médica y de salud pública el énfasis se pone en la rehabilitación, mejorar o mantener la capacidad del individuo, que se puede intensificar mediante tecnologías y ayudas técnicas. De acuerdo a algunos autores (Oswald et al., 2007) el declive o la pérdida funcional es la causa primordial de los problemas de accesibilidad por lo que la intervención sobre el entorno debe ser un objetivo de cualquier intervención. Desde el entorno se puede reducir la exigencia o demanda del entorno mediante la supresión de barreras o “diseño para todos”.

Estos distintos enfoques respecto a la causa prioritaria de la discapacidad y la estrategia para evitarla es lo que da lugar a considerar dos modelos principales de acción frente a la discapacidad: el modelo médico y el modelo social (ver aptdo. siguiente).

Esquemas conceptuales de la discapacidad en relación al entorno

Desde la perspectiva de investigación se ha partido de dos esquemas conceptuales en el análisis de la discapacidad (Verbrugge y Jette, 1994), que han caracterizado las discusiones e investigación sobre la discapacidad: la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM de la OMS, desarrollada paralelamente a la Clasificación Internacional de Enfermedades, y el modelo desarrollado por el sociólogo Saad Nagi, que no contempla un interés taxonómico, como el anterior, sino un marco de análisis e investigación.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM (Organización Mundial de la Salud, OMS 1980) fue la primera formulación conceptual compartida internacionalmente (traducida a 13 idiomas) y el primer sistema internacional que clasifica las consecuencias de las enfermedades. Fue presentada en la 29ª asamblea de la OMS en mayo de 1976 y comenzada a aplicar en 1980. Su objetivo era analizar, describir y clasificar las consecuencias de las enfermedades o patologías, distinguiendo esas consecuencias de acuerdo a los niveles de experiencia y conciencia individual, entre deficiencias, discapacidades y minusvalías. La aparentemente ineludible vinculación que el modelo establecía entre la patología y la desventaja del individuo, como una consecuencia lineal y necesaria, generó importantes críticas entre los movimientos de representación de las personas con discapacidad que lo veían como el establecimiento de una base para una mayor discriminación (Masala y Petreto 2008). No sólo establecía una división artificial entre personas con o sin deficiencias, entre las que podía considerarse el embarazo o la homosexualidad, sino que la discapacidad venía caracterizada por aspectos como “incapacidad para llegar puntual al trabajo o falta de interés en aspectos locales o nacionales” (Barnes, 2011). No obstante, la introducción del término “hándicap”, o minusvalía, que implicaba una desventaja socio-económica suponía la asignación, por primera vez, de una componente social al imperante enfoque sanitario de la discapacidad.

El modelo de Nagi (1965), se basó en cuatro conceptos centrales: patología activa, deficiencia, limitación funcional y discapacidad. Toda esta terminología está sujeta a enredos semánticos. Los conceptos de limitación funcional y discapacidad cubren esencialmente el mismo ámbito que la discapacidad definida en la CIDDM, no existiendo un concepto parejo al de minusvalía. Dado que todos esos conceptos se utilizan respecto a habilidades y limitaciones, Nagi reduce el debate a una cuestión de “habilidad” o “inhabilidad”.

Cada individuo vive en un entorno en el que se le requiere desarrollar ciertos roles y tareas. La habilidad o inhabilidad de las personas se entiende referida y estimada sólo en cuanto a la realización de estos roles y tareas. Decir que alguien es “incapaz” resulta una descripción incompleta mientras no se resuelva la cuestión “¿incapaz, para qué?”. Desde este punto de vista, la cuestión de la habilidad-inhabilidad constituye una valoración de la capacidad de funcionamiento del individuo dentro de un entorno

Nagi (1979)

Y concluye que la inhabilidad puede ser resultado tanto de un factor individual, de un factor ambiental o de la combinación de ambos.

Se puede afirmar que mientras los primeros modelos conceptuales se fijaban en las características del individuo (sus patologías y deficiencias) los conceptos posteriores fueron atribuyendo un rol creciente al entorno (Masala y Petreto 2008). Hasta que ya en el S XXI la OMS recoge buena parte de los modelos elaborados con anterioridad, y de sus revisiones, llevadas a cabo en los años 90 para elaborar una nueva clasificación: la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF* (OMS 2001), que define las condiciones de salud y los estados asociados con ella. Las condiciones de salud se definen aquí como un término paraguas que comprende aspectos ambientales.

1.5.2. La CIF como base conceptual de la relación entre la discapacidad y el entorno.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF (OMS, 2001), como se ha explicado anteriormente, es el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud, una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados y expande el concepto de salud al incorporar los factores ambientales (ambiente físico, social y de actitudes en el que las personas conducen sus vidas). Abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos “funcionamiento” y “discapacidad”, que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales.

El modelo de entendimiento del funcionamiento humano como una experiencia universal –según el modelo CIF–, es también la base de caracterización de la discapacidad en la Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada en 2006 en Nueva York (Fernández-López et al 2009). En su Preámbulo la convención señala que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

El objetivo principal de esta clasificación es brindar ese lenguaje común y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella. Es decir, la CIF ha pasado, de ser una clasificación de consecuencias de la enfermedad, a una clasificación de los componentes de la salud. Se basa en la idea de que la salud y el comportamiento o funcionamiento social están influidos por complejas interacciones entre factores ambientales y funciones y estructuras corporales, así como actividades y participación.

En la CIF se introducen, como opuestos, los conceptos de discapacidad y funcionamiento. La *discapacidad* es la interacción entre el individuo, con sus condiciones de salud concretas, y el entorno, tomado en sentido negativo, es decir, relativo a los problemas o limitaciones que resultan de su interacción. El concepto de *funcionamiento* se refiere a la misma interacción, pero en sentido positivo. De este modo, la CIF describe el funcionamiento humano y sus limitaciones como el resultado de la interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales. La CIF recoge también parcialmente aspectos del “modelo social de la discapacidad”, desarrollado desde los movimientos a favor de los derechos de las personas con discapacidad.

Según señala el Colectivo Ioé (2012: 23) *la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, de OMS de 2001:*

Incluye como las dos caras de la misma moneda tanto los aspectos positivos como negativos en relación con los estados de salud y hace expresa referencia en todo momento a los factores contextuales que influyen en la realización de las personas, cualesquiera que sean sus condiciones de salud.

Las alteraciones duraderas de la salud, en términos de funcionamiento, se siguen llamando discapacidades y abarcan tres niveles, que recuerdan la clasificación anterior:

- el corporal (deficiencias en la estructura corporal),
- el individual (limitaciones en la actividad del sujeto) y
- el social (restricciones a la participación social en términos de igualdad con las personas del entorno).

Lo que supone esto en términos de cambio respecto al enfoque precedente lo explica también el Colectivo Ióe (2012):

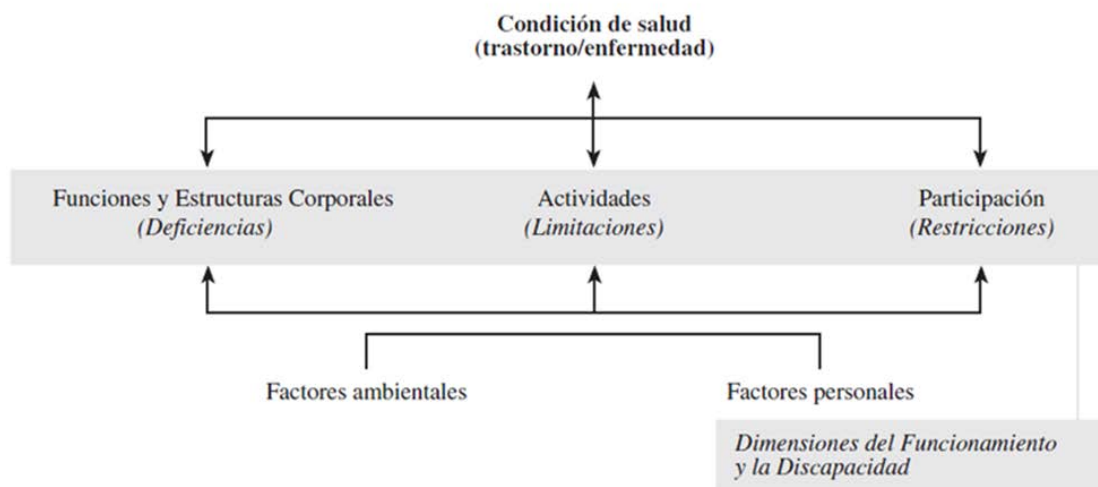
Sin embargo, la gran novedad es que los factores contextuales (ambientales y personales) están presentes y son decisivos para explicar el grado de funcionamiento o discapacidad de las personas en todas las etapas. Se introduce una dialéctica entre ambos planos de manera que si existe funcionamiento (desempeño y participación en las actividades de la vida diaria), no existe discapacidad (limitaciones en la actividad y restricciones en la participación). Se supera así el antiguo planteamiento que etiquetaba a las personas de por vida al determinar que existía discapacidad al margen de que dispusieran o no de los recursos, técnicas y apoyos necesarios para desempeñar la actividad correspondiente.

Como señala la OMS (WHO 2002) la CIF parece una simple clasificación de salud, pero puede ser utilizada para muchos propósitos. El más importante es como instrumento para la planificación y el diseño de políticas. Antes de esta clasificación la discapacidad comenzaba cuando terminaba la salud, de modo que una vez que la persona se convertía en discapacitada pasaba a formar parte de una categoría separada. Para separarse de este tipo de enfoque, la CIF se plantea como una herramienta versátil para medir el funcionamiento en la sociedad, con independencia del origen de las deficiencias de las personas. Se trata de un cambio notable, que pone el foco sobre el estado de salud más que en el grado de discapacidad. De este modo, reconoce que cada individuo, no sólo una minoría, puede experimentar una pérdida de salud y, por tanto, experimentar la discapacidad. Al poner el foco sobre el impacto más que la causa, iguala las condiciones de salud permitiendo su comparación con una métrica estandarizada de uso en el campo científico.

Como muestra el Gráfico 1.9, la CIF consta de tres componentes esenciales:

- El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como *deficiencias* en las funciones y las estructuras.
- El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las *limitaciones*.
- El tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las *restricciones*.

Gráfico 1.9. Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF



Fuente: OMS, 2001

Los tres componentes están integrados bajo los términos *funcionamiento* y *discapacidad* y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. *Discapacidad* es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Así lo reconocen recientes operaciones estadísticas, como la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia del INE (EDAD 2008) donde la discapacidad se define como toda limitación importante para realizar una actividad que dure o que se prevea que dure más de un año y tenga su origen en una deficiencia. Por el contrario, *funcionamiento* es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción.

Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales. Los factores contextuales pueden ser externos (*ambientales*) o internos (*personales*). Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc. Personales son la edad, el sexo, la biografía personal, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el estilo, el carácter, etc. El impacto de los factores contextuales es tan importante que respecto al *funcionamiento* pueden actuar como facilitadores o como barreras.

En resumen, la CIF –como marco de la OMS para la salud y la discapacidad–, es la base conceptual para la definición, medición y formulación de políticas de salud y discapacidad. Abarca la mayoría de los aspectos del funcionamiento, la discapacidad y la salud relevantes para los pacientes y que son objetivos de la intervención sanitaria y social. Asimismo, como base esencial para la estandarización de datos mundiales, relacionados con el funcionamiento y la discapacidad, constituye la clasificación universal de referencia para su uso en el campo de la salud y los sectores relacionados.

Para ello, la introducción del factor ambiental en la clasificación permite la identificación de barreras de entorno y facilitadores de capacidades y tareas en la vida diaria. Este esquema de clasificación se

puede utilizar tanto a escala individual o para poblaciones y crear instrumentos para evaluar el grado de propensión a la creación de barreras según el tipo y grado de discapacidad. Teóricamente, al menos, con esa información será más práctico desarrollar criterios de diseño universal y otras reglamentaciones ambientales que permitan extender el margen de funcionamiento de las personas con discapacidad a lo largo de las actividades que realicen (WHO 2002)

Al aplicar la definición de discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF) como un término paraguas de la interacción entre la persona y sus factores contextuales, la palabra accesibilidad se vuelve más compleja. Un primer supuesto, en esta perspectiva, es que un entorno accesible es aquel en el que un individuo con cualquier deficiencia puede “funcionar independientemente”. Otro supuesto es que hay un nivel de funcionalidad que se puede llamar “mínimamente aceptable”. Según esto, lo accesible debe responder a las habilidades de una persona o grupo (Iwarsson & Stahl, 2003).

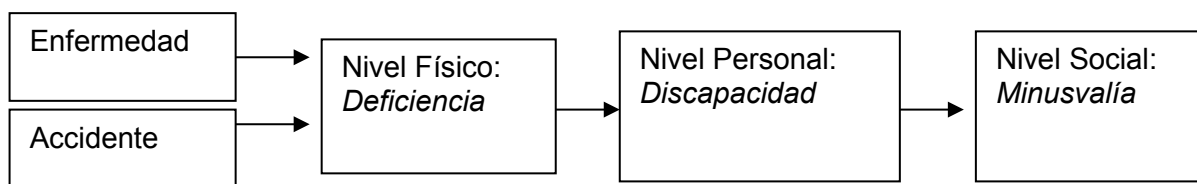
1.5.3. Una revisión de los modelos médico y social de la discapacidad

Existen diferencias sobre cómo interpretar las consecuencias, fundamentalmente de salud y sociales que la discapacidad incorpora, y como repercuten o se identifican con la integración y reconocimiento hacia estas personas. No es nuestro interés entrar a fondo en la descripción de todos esos condicionantes y evolución, para lo cual existe otra bibliografía (ver, por ejemplo, Lorenzo y Cayo, coord., 2007, Puga y Abellán, 2004), pero sí contextualizar el planteamiento de esta investigación, incidiendo sobre todo en los principales conceptos que se utilizan, su significado e implicaciones.

Desde una perspectiva social, el término discapacidad cubre todas las consecuencias de las limitaciones funcionales, cognitivas o emocionales para el funcionamiento y la participación del individuo en el medio físico y social en el que desarrolla su vida (Puga y Abellán, op. cit., pag. 13). En cambio, un enfoque tradicional o “médico” de la discapacidad entiende ésta *en* o *dentro* del individuo, relegando o ignorando la relevancia de los factores sociales o del medio.

Los modelos médico y social se corresponden con distintas visiones de la persona que presenta deficiencias o problemas funcionales que son causa de discapacidad. El modelo médico está centrado sobre la problemática biomédica del individuo y su tratamiento tiende a contemplar la discapacidad como una anomalía o enfermedad a corregir, de modo que la intervención para su integración está más centrada en mejorar el output funcional del individuo que en realizar cambios en la sociedad o el entorno en que éste se desenvuelve. El problema de la discapacidad resulta, por tanto, un problema fundamentalmente individual, que está causado por una deficiencia y su resultado es una restricción a la participación social.

Gráfico 1.5. El Modelo Médico de la Discapacidad



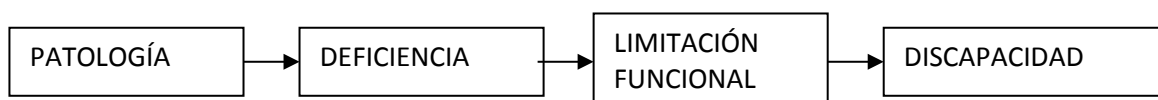
Fuente: Elaboración propia a partir de Pengelly 2006: 46

A partir del planteamiento conceptual del sociólogo S. Nagi (citado por Puga y Abellán, 2004: op. cit., pag. 15) el énfasis de la discapacidad se sitúa en que ésta es un producto o resultado de la interacción de la persona con el medio, con su medio físico y social: la cantidad de discapacidad que una persona experimenta está en función de la interacción de esa persona con el entorno en que se desenvuelve.

Las restricciones o consecuencias de la deficiencia para el funcionamiento físico, mental o social son las “limitaciones funcionales”. La limitación funcional es una restricción para ejecutar las acciones físicas o mentales fundamentales de la vida diaria correspondientes a la edad y sexo de la persona (Verbrugge y Jette, 1993). Se refiere a acciones genéricas, habilidades del cuerpo (movilidad general y parcial, resistencia, visión, audición....) y la mente (funciones cognitivas y emocionales, tales como memoria, habla inteligible, atención, orientación en tiempo y en espacio...). En definitiva, las acciones físicas y mentales que constituyen la interacción básica entre una persona y el medio físico y social en el que realiza sus actividades diarias, sin referencia a los requerimientos de actividad o contexto social en que se desarrollan. A diferencia de la discapacidad no se trata de un proceso con patrones de actividad –o falta de actividad- como consecuencia de la pérdida de capacidades. La limitación funcional y la discapacidad se refieren a conductas diferentes. Así, por ejemplo la discapacidad es la incapacidad para peinarse, mientras limitación funcional es la falta de habilidad para el alcance y movilidad que son necesarios para hacerlo.

El proceso que va desde la patología de origen hasta la situación de discapacidad del individuo se puede resumir como muestra el gráfico 1.6.

Gráfico 1.6. El proceso de la discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de Puga y Abellán, 2004: 17

Entendiendo por “patología” a toda anomalía bioquímica o psicológica que es detectada y médicamente etiquetada como enfermedad, lesión o condición congénita o de desarrollo y por “deficiencia” a una disfunción o anomalía estructural significativa en sistemas corporales específicos.

Podemos finalmente entender la discapacidad como la expresión de una limitación funcional, o de otro tipo, en un contexto social. Surge así el llamado *modelo social* de la discapacidad que distingue entre la deficiencia – el déficit o diferencia mental o física- y discapacidad –la respuesta social a las personas con deficiencias (Oliver 1990). Este modelo entiende que es la sociedad la que falla al no poder atender las necesidades de la persona con discapacidad, segregándola o no ofreciéndole las mismas oportunidades que a los demás. Por tanto, el modelo social de la discapacidad ve a esta como un problema creado socialmente y no un atributo del individuo (WHO 2002). No es que no se tome en consideración la deficiencia de la persona, pero ésta se da por hecha, como una consecuencia innata, una condición de la especie humana, que no puede justificar una restricción en la participación en la sociedad.

Discapacidad, de acuerdo con el modelo social, es todo lo que impone restricciones a gente discapacitada; que van desde el perjuicio individual a la discriminación institucional, desde edificios inaccesibles a los sistemas de transporte no utilizables, desde la educación segregada a lugares de trabajo excluyentes y así sucesivamente... (Oliver, 1996: 33, en Priestley 2007)."

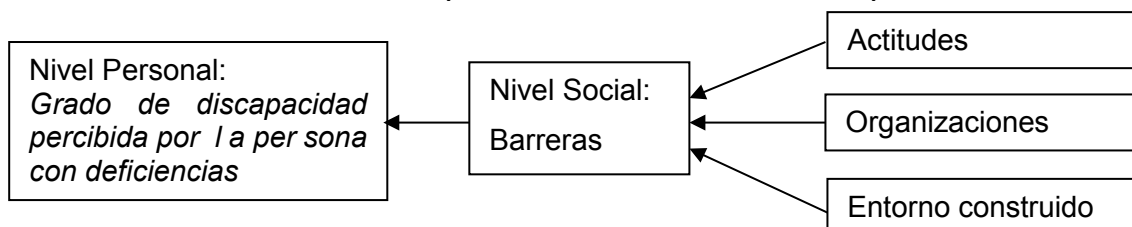
De acuerdo con esta perspectiva sociopolítica, el movimiento asociativo de apoyo a las personas con discapacidad ha desarrollado intensamente campañas para disociarse de la salud y promover una nueva ola de legislación nacional antidiscriminación (Shakespeare 2012, Degener2005), tomando el modelo social de la discapacidad como su pilar básico. En lugar de ver a la persona con discapacidad de acuerdo a su condición médica, en lugar de que sean los doctores los expertos en la discapacidad, en lugar de pensar en términos de tratamiento o cura, la sociedad debe eliminar las barreras y aceptar que la deficiencia es parte de la diversidad humana.

El modelo social ve la discapacidad no como un atributo inherente sino como un producto del contexto social y el entorno, incluyendo su estructura física (diseño de edificios, sistemas de transporte, etc.) y sus construcciones sociales y creencias (Brunel University, 2002).

Así distingue tres tipos de barreras sociales que discapacitan a las personas (Gráfico 1.7):

- Actitudinales: prejuicio y discriminación
- Organizacionales: segregación y menos oportunidades en educación, empleo, vivienda, etc.
- Del entorno construido: construido para los cuerpos “capaces”.

Gráfico 1.7. Aplicación del Modelo Social de la Discapacidad



Fuente: Pengelly 2006: 47

Según señala Shakespeare (2014: 11) “El término “modelo social” ha devenido en sinónimo de una aproximación progresista a la discapacidad, en cambio “modelo médico” resume todo lo que es retrógrado y reaccionario”. El modelo social identifica una estrategia política que Shakespeare (ibid:

12) compara con el feminismo de los años 70, que diferencia entre sexo (una condición biológica y universal), equivalente a deficiencia, y género (una condición social) asimilable a la discapacidad. De este modo, lo que siempre se había considerado como natural era realmente el resultado de relaciones y convenciones sociales.

En tales condiciones, antes de buscar una estrategia de cura o rehabilitación sería mejor perseguir una estrategia de transformación social. Se sustituye así el tradicional enfoque de la discapacidad como un déficit por otro de opresión social.

En términos aplicados, los dos modelos vistos -médico y social- cuyo origen se corresponden con distintas épocas pero que podemos considerar coexistentes, siguen condicionando en buena medida la forma de enfocar las intervenciones para la integración de las personas con discapacidad. En concreto, el tipo de soluciones o intervenciones ante los problemas que limitan la funcionalidad de la persona son bien diferentes de relación entre la persona y su entorno como muestra la Tabla 1.3:

Tabla 1.3. Ejemplos de los enfoques médico y social

Problemas en el Modelo Médico	Tipo de solución en el Modelo Social
Manos doloridas, incapaces de abrir recipientes o puertas...	Tapas mejor diseñadas, puertas automáticas
Dificultad para permanecer de pie	Más asientos en lugares públicos
Incapacidad para subir escalones	Rampas y ascensores en todos los edificios
Incapacidad para trabajar	Cambio de mentalidad de los empleadores (concienciación) y adaptación del puesto de trabajo

Fuente: Sala y Alonso (2006)

Entender la discapacidad desde una perspectiva socio-política frente a una política biomédica tiene un impacto significativo en las relaciones laborales familiares, sociales, etc. (Pengelly, 2006¹⁵). Las desigualdades y experiencias previamente consideradas como consecuencias inevitables de una deficiencia se pueden considerar hoy como una discriminación inaceptable a la que se enfrentan los colectivos de personas con discapacidad reclamando su igualdad de derechos: serían las barreras institucionales y sociales lo primero que se ha de cambiar para alcanzar la pretendida igualdad de oportunidades.

La Organización Mundial de la Salud (WHO 2002) aboga por una visión combinada de ambos modelos (“médico” y “social”) de la discapacidad. Según la OMS por si mismo ningún modelo es plenamente adecuado, aunque los dos son parcialmente válidos. La discapacidad es siempre una

¹⁵ Pengelly, Sue (2006) The social model and clinical reasoning en Clutton, Sylvia, Grisbrooke, Jani: Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations. Whurr Publishers.

interacción entre características de una persona y características del contexto global en el que esa persona vive. Algunos aspectos son casi enteramente internos, mientras otros son casi enteramente externos.

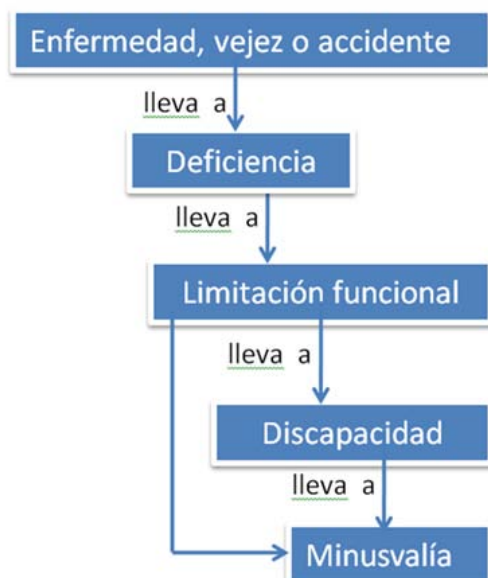
El enfoque social ha tenido grandes éxitos, quizá el más importante sea la propia Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006. La des-medicalización de la discapacidad ha sido liberadora para muchas personas con discapacidad: en lugar de verse como inválidos o disminuidos, las personas con discapacidad han podido construir su identidad como víctimas de la discriminación y el prejuicio (Shakespeare, 2012). Pero este modelo no parece capturar la complejidad de la vida de las personas con discapacidad, pues para muchas personas con discapacidad, sus cuestiones mentales o físicas juegan una parte importante de su propia imagen y explican muchas de las limitaciones que experimentan (Shakespeare, 2006). Sin considerar el derecho a la salud o la rehabilitación, los demás derechos se hacen inaplicables.

Por otra parte, una aplicación estricta del modelo social en las políticas sociales plantea dificultades importantes (Brunel University, 2002), fundamentalmente porque éstas deben marcar límites entre la población con o sin discapacidad, y distinguir entre éstas por su tipo y severidad, para lo que se debe acudir a las referencias médicas o clasificadoras de la situación del individuo.

Así lo reconoce también la Clasificación Internacional del Funcionamiento¹⁶, de la Discapacidad y de la Salud, CIF (OMS, 2001), al basarse tanto en el “modelo médico” como en el “modelo social” de la discapacidad, y concebir que “el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se

entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (factores ambientales y personales)” (OMS, op. cit., pag. 20). Por tanto la CIF recoge entre otras características diferenciales respecto a la CIDDH de 1980 la consideración de la discapacidad como una relación y no como una característica personal, y al hacerlo pone mayor énfasis en los aspectos ambientales (más acorde al modelo social) que en las características de la persona (más próximo al modelo médico), lo que viene avalado por la creciente evidencia del papel que juega el entorno donde la persona vive sobre su salud (Beard et al., 2009).

Gráfico 1.8. Modelo de la Discapacidad de la OMS 2001



Fuente: OMS 2001

¹⁶«Funcionamiento” es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación

Esta clasificación de la OMS de 2001 amplía el concepto de discapacidad a cualquier alteración en la condición de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias. El bienestar incluye múltiples dominios, uno de los cuales es la salud, en la que se inscriben los conceptos complementarios de funcionamiento y discapacidad (Gráfico 1.8).

Como señala Naue (2010) la distinción entre deficiencia (entendida como "biológica") y discapacidad (como "social / cultural") es problemática. La discapacidad no se puede reducir a la deficiencia, y es mucho más que un tema de salud, pero no se puede ignorar que esas deficiencias contribuyen a las desventajas y dificultades experimentadas por las personas con discapacidad.

Al poner el foco sobre el envejecimiento de la población se comprueba que es imposible ignorar los efectos de las deficiencias en las personas con discapacidad cuando se habla de políticas de discapacidad. Las políticas públicas se centran cada vez más en los aspectos del envejecimiento y la discapacidad relacionados con la deficiencia (por ejemplo, envejecimiento como la última fase de la vida, la demencia o las pruebas genéticas para diversas formas de discapacidad) y es necesario para adaptarse a estos contextos cambiantes (Naue 2010). Esto no significa aceptar la comprensión del envejecimiento o discapacidad como pérdida, dependencia o déficit, pero sí destacar el aspecto relacional de ambos, envejecimiento y discapacidad, que muy por el contrario muestra que es imperativo eliminar barreras- sociales, actitudinales y ambiental pero al mismo tiempo centrarse en el individuo

Un modelo mejor de discapacidad podría ser, en definitiva, el que sintetiza lo que es válido de ambos modelos sin cometer el error de cada uno de ellos al reducir la compleja noción de discapacidad a uno de sus aspectos. Este modelo más útil de discapacidad es lo que se podría denominar como modelo "biopsicosocial", que es el que fundamenta la CIF ofreciendo una visión coherente de distintas perspectivas: la biológica, la individual y la social (WHO 2002).

1.5.4. Discapacidad e identidad: autopercepción y regulación

Una cosa es la presencia de discapacidad y otra la conciencia de discapacidad. A menudo la diferencia entre ambos conceptos da lugar a interpretaciones erróneas sobre las necesidades y modalidades de atención o políticas públicas destinadas a las personas que presentan pérdida funcional. Hay que tener en cuenta que la consideración o no como persona con discapacidad se suele obtener, no tanto por su autopercepción, sino como resultado de definiciones y categorías sobre salud y limitaciones en la vida diaria. Aunque lo ideal sería poder analizar el funcionamiento de la persona en su medio a partir de la observación directa, en la práctica resulta difícil, especialmente en relación con las actividades realizadas fuera del hogar. Por ello la discapacidad se suele derivar de encuestas a la propia persona o sus allegados. Estas concepciones se vuelcan en cuestionarios que se aplican para clasificaciones y estadísticas, de acuerdo a estándares previamente establecidos.

Las circunstancias bajo las que las personas se consideran a si mismas como discapacitadas no se han investigado mucho, pero es claro que la imagen social de la discapacidad y cómo se construye son

factores clave para la intervención pública, ya sea desde la perspectiva de salud pública, de mejora de entornos o de servicios.

Uno de los grandes impulsores del Modelo Social de la Discapacidad (Oliver, 1996, p. 5) ve a las personas con discapacidad como identificadas por tres elementos clave:

- La presencia de una discapacidad
- La experiencia de restricciones impuestas externamente
- El auto reconocimiento como persona discapacitada.

A partir de la mediana y tercera edad la incidencia de las deficiencias discapacitantes se acumula (multimorbilidad), pero no lo hace necesariamente la autopercepción como persona con discapacidad, ni la identificación con los objetivos y postulados de sus organizaciones representativas. De este modo se produce el efecto de que técnicamente la mayoría de la población con discapacidad está en la tercera edad, pero no se identifica como tal. Un estudio de Watson (2002) aborda este tema de la autopercepción en la discapacidad y realiza entrevistas a una pequeña muestra donde plantea directamente el tema de la auto identificación. La mayoría de los miembros de su muestra de personas con deficiencias muestran una resistencia considerable a adoptar la identificación como “persona discapacitada”. Los entrevistados se asimilaban con identidades sociales no dominadas por sus deficiencias: identidades como miembros de familias o grupos de amistades, como individuos con plenas habilidades y que llevan vidas “normales”. De hecho, como señala Shakespeare (2014:99), la mayoría de las personas con discapacidad no se identifican con el modelo social ni con una perspectiva identitaria de la discapacidad. Y es que parece lógico que las personas puedan desarrollar y escoger su propia identidad, no tener una identidad impuesta por una condición, y menos aún por una limitación.

Desde el punto de vista de las condiciones sociales, sanitarias o ambientales, una consecuencia de esta disonancia es que a menudo se estudia de forma diferenciada a las poblaciones mayor y discapacitada, más como si se tratara de conjuntos disjuntos, que como dos grandes grupos que comparten pertenencia e intereses. En términos de políticas sociales se manejan distintos conceptos de discapacidad en los países de Europa y en relación a las distintas políticas. Se pueden encontrar definiciones que diferencian quien es y quien no es discapacitado en cuanto a aspectos legales y regulatorios, en campos como el empleo o la Seguridad Social. Por ejemplo, el concepto de discapacidad puede variar entre políticas anti-discriminación o políticas de apoyo social. Diferentes instituciones con distintos valores y supuestos están involucradas en administrar las dos esferas de intervención. Las personas pueden ser designadas como discapacitadas para una política y no para otra, y a menudo se utilizan tablas que determinan los porcentajes de discapacidad correspondientes a condiciones médicas específicas o lesiones, para determinar beneficios sociales derivados de una incapacidad laboral, pensiones, cuotas laborales, etc.

Una consecuencia de todo ello es que los grandes instrumentos estadísticos de donde se obtienen las cifras de discapacidades en la población no pueden obtener éstas mediante una observación directa o una declaración por parte de la persona, sino derivar el carácter y tipo de discapacidad indirectamente a través de un proceso deductivo a partir de diversas preguntas. Tal es el caso de la encuesta EDAD2008, como veremos más adelante.

Los intentos de utilizar la misma definición a lo largo de un rango de políticas diferentes pueden, de hecho, derivar en el uso de definiciones con escasa relevancia y políticas mal orientadas a un objetivo (Brunel University 2002). En estas ocasiones puede no ser necesario distinguir entre las personas con discapacidad y otras con necesidades similares, pues la política social debe abordar necesidades, por ejemplo, derivadas de falta de ingresos, siendo difícil determinar la causa que lo produce: si la discapacidad, la falta de mercados locales de trabajo o la escasa especialización.

Según Ligget (1988) la identidad se construye según relaciones de discurso y poder, y en el caso de la discapacidad esta viene introducida a través de los regímenes regulatorios. Algunas definiciones de discapacidad en las normas legales españolas dan cuenta de la diversidad de enfoques:

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos

En esta norma no aparece el término discapacidad en ningún momento, en cambio aún se utiliza el término “minusválido”, posteriormente relegado. Incluso diferencia en su artículo 1 entre “disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales” y “disminuidos profundos”.

En su artículo 7.1 señala:

A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválidos toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidos como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

LEY 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Aunque define explícitamente el término “accesibilidad”, no hace lo propio con el de discapacidad, pero sí se señala en su Exposición de Motivos lo siguiente:

...Las personas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país.

...hoy es sabido que las desventajas que presenta una persona con discapacidad tienen su origen en sus dificultades personales, pero también y sobre todo en los obstáculos y condiciones limitativas que en la propia sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, se oponen a la plena participación de estos ciudadanos.

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:

Discapacidad: es 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.

Esta última definición parece abrazar el modelo social y alejarse de la concepción de la CIF al centrar el concepto de discapacidad y sus consecuencias de manera exclusiva en los aspectos contextuales.

Este doble carácter como fenómeno identitario, para unos, y como consecuencia de una deficiencia, para la mayoría, determina una dificultad de delimitación del ámbito de estudio y sus consecuencias, que hace más recomendable para los aspectos más técnicos del estudio la utilización del más objetivable, científicamente delimitado y simple concepto de limitación funcional.

Cuando la limitación funcional se convierte en discapacidad, desde un punto de vista de categorización oficial, vendrá determinada por un umbral que admite diferentes definiciones según momentos y países (ver Brunei University, 2002). Podemos decir, por tanto, que la discapacidad es, por un lado un concepto identitario, político y administrativo, y por otro -desde el punto de vista de la ciencia social, la medicina o la salud pública- un conjunto de consecuencias indeseadas caracterizadas por la restricción a la participación del individuo. De este modo, deficiencias, tales como la artritis, la elevada tensión arterial, el asma, la pérdida de audición o la migraña, o lo que Naciones Unidas (2013: 43) ha denominado los “cuatro gigantes de la geriatría”: pérdida de memoria, incontinencia urinaria, depresión y caídas o inmovilidad, generalmente no se identifican con la discapacidad pese a que pueden ser elementos tan discapacitantes, como lo son la lesión medular o la ceguera, bajo determinadas condiciones ambientales.

1.6. EL AJUSTE PERSONA-ENTORNO COMO MARCO CONCEPTUAL DE LA GERONTOLOGÍA AMBIENTAL Y LA ACCESIBILIDAD

Frente a un enfoque analítico de la interacción persona-entorno centrado en de la discapacidad, la equiparación de derechos, o la identidad, también se ha abordado esa interacción de otras formas. En ellas la población objeto de estudio pasa a ser, fundamentalmente, población de edad avanzada, y las disciplinas académicas más interesadas en entender esa relación entre persona y entorno la psicología y la gerontología, y también la sociología, epidemiología, geografía y antropología (Smith 2009, Beard et al., 2009).

Una de las consecuencias del progresivo envejecimiento poblacional es que la edad ya no es sólo una cuestión personal sino de organización social y contexto cultural. Es decir, que el envejecimiento sólo se puede entender en el contexto del entorno social (Buffel et al 2012), y esto implica que sus consecuencias, los resultados del proceso natural y orgánico del envejecimiento, dependen del equilibrio entre procesos sociales, estructurales, culturales....

En este contexto, la perspectiva persona-entorno en la investigación gerontológica surge de la idea de que la vejez es un periodo del desarrollo adulto profundamente influenciado y conformado por el entorno, dada la vulnerabilidad ante las demandas de éste por parte de un organismo que envejece.

Wahl (2006) señala que los orígenes de la gerontología ambiental y sus teorías vinculadas se pueden ubicar en los años 1920s y 1930s en la Chicago School of Urban Sociology. Se comenzó entonces a considerar que los entornos realizados por el hombre, tales como los distritos urbanos marginales podían ser negativos para la existencia humana, su salud y bienestar.

Si la gerontología ha estudiado las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento, la gerontología ambiental abarca la descripción, explicación y modificación u optimización de la relación entre la persona mayor y el entorno en que se sitúa (Wahl & Weisman 2003: 616), dando lugar a diferentes aproximaciones y teorías entre las que subyace el concepto de accesibilidad. La premisa fundamental de este área de investigación es que existen unas condiciones de comportamiento y acciones que deben ser cubiertas de manera favorable para poder mantener una vida independiente (Wahl & Lang, 2004). El primer objetivo de la investigación en la gerontología ambiental es comprender las muchas facetas de la relación dinámica existente entre la persona que envejece y los entornos físicos en que se sitúa como una forma de optimizar la calidad de vida en la última parte de la vida (Wahl & Weisman, 2003; Wahl, 2003). El equilibrio entre la “competencia” individual y la presión ambiental es especialmente inestable en la vejez avanzada (lo que denominaríamos “la cuarta edad”). Entendemos por competencia en ese caso la “adecuación y suficiencia para responder a todos los requerimientos de un entorno” (Polatajko, 1992). Es decir, que frente a algunos conceptos de autonomía o independencia manejados en el ámbito de la rehabilitación, el concepto de competencia estaría necesariamente ligado con el entorno (Rousseau et al., 2001).

Este desequilibrio entre competencia y presión ambiental se puede deber al hecho de que la capacidad adaptativa disminuye con la edad, lo que subraya la necesidad de que cuando se investiga la salud en la vejez se analicen las características de ese equilibrio o ajuste persona-entorno por encima de los aspectos personales y ambientales individualmente considerados (Oswald et al. 2007). La influencia de los requerimientos o demandas ambientales para el desarrollo de una vida autónoma es mayor en la última etapa de la vida como consecuencia de las pérdidas funcionales (Faletti, 1984; Lawton & Nahemow, 1973; Lawton, 1990).

A lo largo del tiempo ha ido cambiado la manera de abordar y explorar esta relación persona-entorno, pero según Wahl et al (2012) existe consenso dentro de la literatura gerontológica actual respecto a la importancia de los recursos, tanto personales como ambientales, para envejecer bien.

No se puede hacer referencia a la relación entre los entornos y la persona sin hacer referencia a los trabajos de M. Powel Lawton, psicólogo estadounidense especialista en comportamiento y gerontólogo. A su muerte en 2001, dejó un legado de trabajos que siguen siendo la referencia y punto de arranque de la investigación académica actualmente. El nacimiento de la gerontología ambiental como especialidad se debe fundamentalmente a los seminales trabajos de Lawton y su Teoría Ecológica del Envejecimiento (TEE), también conocida y desarrollada como *modelo de ajuste persona-entorno*. Esta teoría desarrollada por Lawton y Nahemow (1973) y su modelo de competencia¹⁷ (desarrollado con sucesivas aportaciones de Lawton) es, con diferencia, el marco

¹⁷ Polatajko (1992) describe la “competencia” como “adecuación, suficiencia, que responde a todos los requerimientos de un entorno”.

teórico más referenciado, interpretado y aplicado de los que han examinado la interrelación entre los individuos y sus entornos (Golant, 2003).

La gerontología ambiental ha aumentado la presencia e interés de los aspectos espaciales y ambientales dentro de la gerontología. Es así que se ha producido un rápido crecimiento de la literatura e investigación empírica sobre la relación entre las personas mayores y su barrio o vivienda. La inclusión de los temas ambientales en las operaciones estadísticas longitudinales, como el proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe¹⁸) ofrecen un claro síntoma de ese creciente interés.

Según Lawton (1990a) los espacios afectan muchos aspectos de la vida diaria, por ejemplo el bienestar físico y mental, el sentido de seguridad y confort y el sentido de independencia y apoyo social. La conexión emocional con esos espacios muestra la presencia de factores psicológicos, además de los físicos, especialmente en la tercera edad:

Si pudiéramos diseñar casas con menos barreras, barrios con mejores equipamientos o instituciones con cualidades más estimulantes podríamos mejorar el nivel de funcionamiento de muchas personas mayores, de forma más que proporcional. (Lawton, 1986, p.15)

El propio Lawton (1999) clasificó el entorno en cinco grandes clases: el entorno físico, el personal, el de pequeños grupos, el supra personal y el social (Tabla 1.4), aunque posteriormente introdujo una segunda dimensión transversal a las anteriores, que incluye las dimensiones objetiva y subjetiva

Tabla 1.4. Clases de entorno

Tipo	Definición	Ejemplo
Entorno físico...	...objetivo: lo que puede ser contado, medido en centímetros, gramos y segundos, y en consecuencia, evaluado. ...subjetivo: evaluación del entorno existente mediante significado, rasgos destacados o evaluación atribuidos personalmente	Déficits de la vivienda, disponibilidad de sitio para sentarse, distancia de un equipamiento hasta la vivienda, Subjetivo: satisfacción con la cocina, con el vecindario, seguridad percibida, importancia de los equipamientos físicos
Entorno personal	Relaciones uno a uno: amigos, familia y redes de apoyo	Número de amigos cercanos, número de hijos, relación con personas que conviven y presencia de pareja o persona de confianza
Entorno de pequeño grupo	Dinámicas que determinan las relaciones entre la gente en un pequeño grupo en el que todos los miembros tienen alguna relación o interacción uno-a-uno	Residentes en una vivienda compartida, empleados de un pequeño negocio grupo que comparte afinidades.
Entorno supra personal	Características de las personas en proximidad geográfica	Mezcla de edades en un edificio de apartamentos, rango de salud en los internos

¹⁸ La operación estadística SHARE, nacida en 2002, registra mediante sucesivas oleadas, datos de la población de 50 o más años en Europa, con el propósito de analizar las condiciones del proceso de envejecimiento de las generaciones europeas del baby-boom. Los tamaños muestrales y su representatividad corresponden a cada país de forma independiente, no homogénea. El número de personas encuestadas en cada ola oscila entre 30.000 y 60.000 personas, aproximadamente. Está prevista su continuación hasta el año 2024.

		de una residencia de ancianos, características ecológicas de un bloque residencial (edades, raza, ingresos, grado de delincuencia, etc.)
Entorno <i>social</i>	Carácter de la organización, normas sociales, valores culturales, sistema legal, regulaciones, ideología y medio psicosocial.	Códigos de vestido, normas de presencia personal, diferencias en el sistema judicial, normativa ADA, capitalismo liberal, cohesión vs. conflicto

Fuente: Lawton (1999)

Otra perspectiva espacial de la gerontología es la que aborda la gerontología geográfica, que se basa en el estudio de los aspectos espaciales de la población y la localización y movilidad de las personas mayores y de los prestadores de servicios asociados (Warnes, 1981). Esta joven rama de la Geografía carece aún de suficiente identidad y de una base de análisis consensuada. De hecho algunos autores (Harper & Laws, 1995) han criticado el excesivo empirismo sin explicar la naturaleza, causas y procesos sociales implícitos en la segregación de los mayores y su marginalización. Reclaman la adopción de perspectivas más próximas a la teoría social y la interdisciplinariedad, abordando campos como el envejecimiento y distribución geográfica de las personas mayores, el envejecimiento en casa, la representación de la vejez saludable, salud y cuidados o tipos de entornos residenciales.

Pero, a pesar de sus limitaciones Andrews et al (2007) consideran que la geografía gerontológica ha florecido y se ha diversificado, sobre todo a nivel macro, y aunque es poco probable un plan de desarrollo comúnmente acordado, existirán muchas agendas de investigación y direcciones de avance.

1.6.1. El modelo de Lewin sobre conducta, factores personales y ambientales.

La Teoría Ecológica del Envejecimiento conceptualiza la interacción entre la persona mayor, con recursos funcionales limitados, y el medio físico en que se inserta, enfatizando la naturaleza dinámica y adaptativa de los procesos que se producen. Pero el origen de esta visión se debe buscar más atrás, en los escritos teóricos de uno de los padres de las ciencias sociales modernas, el psicólogo alemán Kurt Lewin (1890-1947).

Si bien el modelo de Lewin surge en el campo de la Psicología, hay autores que lo identifican y utilizan como punto de partida para explicar las dinámicas de ajuste persona-entorno y sus desarrollos, tales como la Teoría Ecológica del Envejecimiento, TEE (Lawton & Nahemow, 1973; Iwarsson & Stahl, 2003) y la Hipótesis de Docilidad Ambiental, que podemos considerar como un fundamento científico de la investigación en accesibilidad, como veremos a continuación.

Lewin establece las bases para considerar que los hechos, emociones y relaciones sociales son tan o más importantes para el análisis científico que los de carácter físico o fisiológico a la hora de explicar el comportamiento humano. Toda conducta se concibe como un cambio de cierto estado de un campo en una unidad de tiempo dada.

Profundiza así en lo que se denominará la “teoría de campo” (Lewin, 1951)¹⁹, según la cual todo acontecimiento, y más el comportamiento humano, es resultante de una multitud de factores interdependientes. El campo es el “espacio vital” del individuo, su persona, su estado psicológico, y de modo similar se podría aplicar a un grupo o a la sociología. Según esta teoría todo acontecimiento es resultante de una multitud de factores, de modo que difícilmente “puede calificarse como correcta o incorrecta de la misma manera que una teoría en el sentido usual del término” (Lewin, 1988, pag. 54), y sigue: “Probablemente la mejor manera de caracterizar la teoría del campo sea manifestando que se trata de un método, es decir, un método de análisis de las relaciones causales y de elaboración de constructos científicos” (ibíd. pag. 55). Incluso afirma que “lo importante en la teoría de campo es su procedimiento analítico... la teoría del campo encuentra útil, como norma, caracterizar la situación en su totalidad” (pag. 70). Y ofrece un sencillo ejemplo:

“el éxito en un determinado deporte depende de una combinación de fuerza muscular, velocidad de movimiento, capacidad de tomar decisiones rápidas y percepción precisa de dirección y distancia. Un cambio en cualquiera de estas cinco variables alterará el resultado hasta cierto punto. Pueden representarse estas cinco variables como las cinco dimensiones de un diagrama. La resultante de cualquier constelación posible de estos factores para la cantidad de éxito puede ser marcada como un punto en el diagrama. La totalidad de estos puntos será, entonces, una representación diagramática de esta dependencia, en otras palabras, de una ley empírica.” (ibíd. Pag.54)

Para Lewin la comprensión de la conducta humana es como un conjunto de factores determinantes tratados como parte de un campo único interdependiente, de modo que los fenómenos tradicionalmente asignados a “disciplinas” diferentes deben ubicarse en un único y coherente sistema de constructos (ibíd., pág. 11).

A partir de estas ideas, fundamentadas en la física teórica y aplicadas al campo de la psicología, Lewin influyó de manera notable en el pensamiento de las ciencias conductuales y sociales. Y entre sus proposiciones teóricas planteó que la conducta individual se manifiesta de acuerdo con la combinación de factores que influencia su “espacio vital” en ese momento y será el resultado de la interacción entre las características de la persona y el ambiente en que se sitúa (pag.221).

Los escritos teóricos desarrollados durante los años 30 y 40 (ver Lewin, 1951 para una revisión general) promovieron la idea de dependencia conductual respecto a la persona y su entorno. Según ella la conducta (B) depende tanto de las cualidades de la persona, sus experiencias y condiciones (P) como del entorno, o ambiente físico y psicológico (E), que el reconoció no eran estables en el tiempo, aunque no lo introdujo en su formulación. Esto es lo que ha pasado a conocerse como la *ecuación de Lewin*:

$$B = f(P,E)$$

¿Qué entendía Lewin por cada uno de estos conceptos? El entorno, en ese “espacio vital” se refiere a la situación en la que la persona tiene percepciones y actúa. Se trata de una medida totalmente

¹⁹Lewin (1988) ofrece una compilación en castellano de sus escritos sobre la Teoría del Campo en la ciencia social, a partir del original de 1951

subjetiva en cada contexto, pues no depende tanto de la situación objetiva como de las características personales. La persona aparece caracterizada por sus propiedades o características (necesidades, creencias, valores, habilidades), pero también por su percepción de las relaciones con el entorno que ella percibe. Así si una persona sufre cambios en su cuerpo o cambia su imagen de sí misma, se produce una desestabilización de su “espacio vital”, y una inestabilidad de la persona.

En cuanto al comportamiento, se trata de una acción de la persona de acuerdo a la totalidad de factores coexistentes. Estos constituyen un “campo dinámico”, de modo que el estado de cualquier parte de ese campo depende del resto de partes. Esto incluye los campos mentales y físicos, pero también las fuerzas naturales, como el magnetismo o la gravedad. A pesar de que desde pequeños nuestro desarrollo supone abrirse a nuevos espacios desconocidos, un adolescente que entra en un nuevo espacio social o “espacio vital”, está entrando en un campo cognitivamente inestructurado, por lo que le resulta difícil saber cuál debe ser su comportamiento adecuado.

En la ecuación de Lewin la persona y su entorno se deben ver como variables mutuamente dependientes, pues ambas están relacionadas como una “constelación” de factores interdependientes, lo que él denomina el “espacio vital”, que es preciso considerar para entender o predecir el comportamiento de la persona y su entorno. Así, como señala Nahemow (2000), para Lewin la persona y su situación están conectadas de manera inextricable, tanto la persona es función del entorno, como este de aquella. Y este proceso de ajuste persona-entorno se ha conceptualizado en su sentido más general como la congruencia, encaje o correspondencia entre la persona y el entorno en que ésta se desenvuelve.

A este respecto tanto la ecuación de Lewin como la TEE se pueden aplicar a individuos de cualquier edad, aunque la teoría se ha desarrollado con las personas mayores en mente. Éstas requieren más tiempo para alcanzar un nivel de adaptación, pues requieren más tiempo para hacer cualquier actividad dado que su nivel de competencia es más bajo.

Resulta difícil poder confirmar de forma empírica que una relación tan simple como la sugerida por Lewin, aplicada a los comportamientos adaptativos en el entorno, se cumple, y más hacerlo desde la reducida información estadística existente de la que se pueda inferir la existencia de tales comportamientos. Hasta el momento la investigación en accesibilidad, entendida ésta a la manera de Iwarsson y Stahl (2003), es decir, la relación entre la persona y su medio, ha estado fundamentalmente dirigida a analizar la incidencia de las características del entorno sobre las personas y cómo integrar su diversidad funcional, pero no en verificar que se dan los comportamientos adaptativos y cuál es la naturaleza de éstos. A este objetivo se dedica el capítulo 2 de esta tesis.

1.6.2. La teoría ecológica del envejecimiento (TEE)

La capacidad de adaptación es el concepto clave en ecología. Un modelo ecológico, es aquel que enfatiza la interacción entre los dominios biológico, de comportamiento y de entornos que da lugar a unas condiciones de salud y bienestar. El entorno representa el contexto o ámbito de la vida diaria,

pero de acuerdo a los modelos de ajuste persona-entorno no puede considerarse o evaluarse aisladamente, sin la consideración de su relación con la persona y sus necesidades, que determinarán en cada caso cómo puede contribuir a esa salud y bienestar (Lien, 2013).

Los individuos tienden a adaptarse a estímulos externos de tal forma que, después de un periodo de tiempo el estímulo existente no sea percibido de forma ni fuerte ni débil; cuando esto ocurre el nivel de adaptación (NA) se ha conseguido (Nahemow 2000). Podemos esperar que la mayoría de la gente alcance un NA en muchos entornos, pero la adaptación de algunos de ellos es casi imposible. Para determinadas personas la adaptación es más dificultosa y requiere un entorno “benigno” para poder alcanzar su nivel de adaptación óptimo. Las personas mayores requieren más tiempo para alcanzar un NA más elevado como consecuencia de cambios en su entorno.

La TEE contribuye a explicar esta interacción enfatizando la naturaleza dinámica y adaptativa de los procesos que se producen, comenzando por los trabajos de Lawton y Nahemow (1973), continuados después por autores como Kahana (1982) o Carp y Carp (1984) que, en todos los casos intentan encontrar la forma como esa interacción entre la persona y su entorno contribuye a definir el comportamiento resultante. La TEE parte de la ecuación de Lewin: $B = f(P,E)$

Lawton (1975) revisó el modelo simple de Lewin al sugerir que no se trata sólo del individuo y del entorno, sino también de la interacción singular entre ambos

El modelo inicial se expande al incorporar la competencia funcional de las personas, tanto física (salud biológica, capacidades motoras, sensoriales y perceptuales) como psicológica y cognitiva, como determinante de los resultados de la interacción (Lawton, 1986). Básicamente establece que el comportamiento es el resultado de la competencia del individuo, condicionada por la pérdida sensorial, de movilidad física o declive cognitivo debidos a la edad, para responder a las demandas del entorno caracterizadas por los estándares de diseño de vivienda, las condiciones del barrio o del transporte público (Wahl et al 2012). La perspectiva persona –entorno requiere de la consideración de las barreras presentes en el hogar y alrededores, pero su influencia es escasa sobre el desempeño de las personas con discapacidad si no consideramos paralelamente y coordinadamente las capacidades funcionales de la persona (Wahl et al 2009). Debe considerarse tanto la perspectiva objetiva como la percepción subjetiva para obtén un retrato completo de la dinámica persona-entorno y su impactos sobre los resultados vinculados con la discapacidad.

$$B = f(P,E,(P \times E))$$

El modelo ecológico de Lawton establece así una estructura de análisis que delimita a la persona de acuerdo con sus competencias funcionales y al entorno en función de sus demandas, lo que se denomina como “demanda o presión ambiental”, término introducido en 1938 por, el investigador americano Murray como indicativo de la existencia de fuerzas externas que influían sobre los niveles de crecimiento personal percibidos objetiva o subjetivamente por los individuos.

Por otra parte, en los entornos para un buen envejecimiento, también resulta fundamental el papel de la tecnología, y su interacción, algo que ya fue reconocido por Lawton (1998). Desde esta

perspectiva, el enfoque del problema de las conductas adaptativas respecto al entorno tendría un neto carácter multidisciplinar, sería más un conjunto de métodos y soluciones de carácter tanto “analítico” como “empírico”. Pero hay que decir que el propio Lawton (1999) reconoce que este modelo ecológico no ha conducido a una plasmación productiva de esa “presión ambiental”. La demanda del entorno se puede traducir en términos como las barreras físicas, un hogar en el que el mantenimiento requiera gran energía física, o un vecindario con una elevada tasa de crimen...

La teoría establece, por tanto, tres conceptos principales para conceptualizar la interacción dinámica entre los individuos mayores y los entornos: *Competencia individual*, *Presión ambiental* y *Nivel de Adaptación* (Stoeckel, 2011)

Competencia individual. Definida por Lawton & Nahemow (1973) como el rango de habilidades innatas a la persona, pueden variar según el área de referencia, y también a medida que ocurran cambios en las condiciones de salud y funcionalidad. Pueden ser relativas a la inteligencia, habilidad motriz o perceptual, sociabilidad, etc. Estas habilidades internas influyen sobre las habilidades individuales para interactuar con los entornos físicos próximos. Pueden ser elevadas o bajas según los “recursos” de que disponga la persona (de salud, pero también económicos)

Presión Ambiental. Conceptualiza los aspectos del entorno que se añan con una necesidad personal para provocar una reacción, un comportamiento, por parte del sujeto (Lawton & Nahemow (1973). Recoge, por tanto las demandas ambientales y los esfuerzos correspondientes requeridos de los individuos para interactuar con los entornos físicos (Lawton, 1986).

Nivel de Adaptación (NA). Es el cruce entre la competencia personal y la presión ambiental, donde se da un balance óptimo en la transacción (Lawton & Nahemow, 1973). Los individuos alcanzan el nivel de Adaptación cuando las demandas ambientales coinciden con los niveles de competencia, es decir, cuando se puede construir una respuesta (competencia) adecuada al nivel de presión ambiental, lo que se podría considerar como una situación de equilibrio. En el nivel de adaptación el valor de un estímulo se percibe como neutral. Un aspecto clave de nuestra capacidad de afrontar las tareas de la vida es la capacidad de no percibir activamente nuestro entorno auditivo, visual, térmico, etc. para poder concentrar nuestra atención en tareas que requieren atención activa. . La mayor parte del tiempo nos encontramos en el nivel de adaptación respecto a nuestro entorno.

La Hipótesis de Docilidad Ambiental

Lawton y Simon (1968) desarrollaron un componente central del modelo de la TEE que se ha denominado Hipótesis de Docilidad Ambiental y según la cual la influencia del entorno sobre el comportamiento aumenta a medida que la competencia del individuo disminuye. Como señala Lawton (1990a, p345):

Una competencia personal reducida conduce a una mayor probabilidad de que la conducta o el estado subjetivo estén determinados por factores ambientales, o alternativamente, que para aquellos con menor competencia, una mayor proporción de la explicación de sus resultados o acciones personales se deberá a la influencia del entorno.

Debido a la pérdida de competencia que se suele producir con la elevada edad, algunas personas tienen dificultad para alcanzar su nivel de adaptación, NA. Cuanto menos competente (en términos de funcionalidad) es un individuo, mayor es el impacto de los factores ambientales sobre él. O dicho de otra forma, las prestaciones de una persona con escasa competencia funcional se explican en una mayor proporción como consecuencia de la influencia que recibe del entorno. Una pérdida de capacidades funcionales o un aumento de la presión ambiental –debido a barreras o peligros– compromete ese ajuste persona-entorno.

Según esta hipótesis el máximo confort y prestación funcional se alcanza cuando las competencias de una persona se alinean dentro de un rango de niveles de presión ambiental determinados. De esta forma, existe la posibilidad de conseguir un equilibrio entre la competencia de los individuos y la presión (demanda) ambiental mediante el cambio en uno u otro componente, o en ambos (Slaug et al. 2011). Pero, como consecuencia, se da la paradoja de que las intervenciones de mejora ambiental, que suponen un apoyo general podrían, para determinadas personas llegar también a aumentar su discapacidad (Díaz Moore y Ekerdt, 2011).

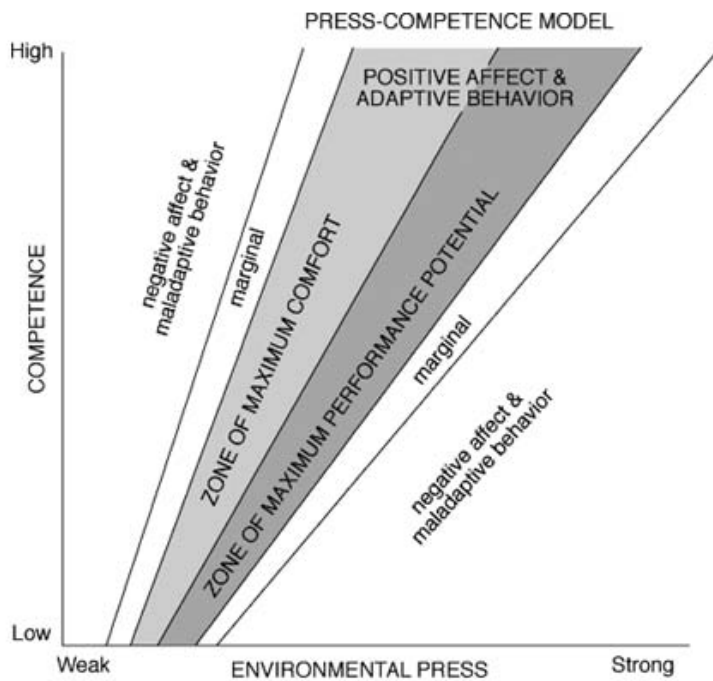
Esta doble perspectiva también fue formulada por Lawton y Nahemow (1973: 26) con las siguientes palabras:

Cuanto más competente el organismo –en términos de salud, inteligencia, autoconfianza, capacidad social o evolución cultural, menor será la proporción de varianza en su comportamiento atribuible a objetos físicos o condiciones en su alrededor. Con un alto nivel de competencia, en lenguaje común, estará por encima de su entorno. Sin embargo, una reducción de competencia, o un estado de debilidad, aumenta su dependencia conductual respecto de las condiciones externas.

La formulación de esta hipótesis se basó en evidencias empíricas, algunas muy poco relacionadas con los entornos físicos, como comprobar que cuando los residentes mayores en apartamentos son mujeres, o inmigrantes, o tienen poca salud, su inclinación a elegir como amigos a vecinos más cercanos es mayor que cuando se trata de hombres, nacidos en el país o personas saludables. Algo que vieron confirmado con las investigaciones de Rosow (1967) según las que los mayores de clase trabajadora eran más dependientes de sus vecindarios locales para la interacción social y ayuda que las personas mayores de clase media.

La hipótesis fue graficada por los autores como se muestra en el Gráfico 1.10. La competencia individual podría ser representada como variable continua en el eje de ordenadas y el rango de demanda ambiental en el de abscisas.

Gráfico 1.10. Presión y competencia ambiental en la hipótesis de docilidad ambiental y adaptación



Fuente: Lawton y Nahemow, 1973.

La línea que separa las dos zonas de máximos (confort y potencial) es el nivel óptimo de adaptación, NA, o zona teórica de los individuos de distinto nivel de competencia que interactúan con su entorno de modo que aquellos con un nivel dado de competencia estarían distribuidos a derecha e izquierda de ese NA. El nivel bajo de presión ambiental puede ser aquel en el que se da una privación sensorial, no hay estímulos, mientras el nivel superior puede ser aquel en el que hay mucho estrés como consecuencia de un exceso de estímulos.

La forma de las líneas muestra la hipótesis de que el rango de

presión ambiental al que una persona se puede adaptar es mayor para aquellos con una elevada competencia y disminuye (se estrecha) a medida que esta competencia se ve comprometida. Todo el mundo tiene un nivel de presión o demanda ambiental a partir del que ya no se puede adaptar pero también tiene un bajo nivel de demanda que actúa como un suelo por debajo del cual se potencia su limitación funcional; por ejemplo, la falta de demanda del entorno hace que sus habilidades se atrofien²⁰ (Díaz Moore y Ekerdt, 2011). La adaptación es un mecanismo para familiarizarse con los cambios en el entorno, pero si la misma estimulación continúa la adaptación gradualmente va contrarrestando sus efectos y su calidad se convierte en neutral (Helson, 1964, p.43, citado por Nahemow, 2000)

Como ya hemos destacado, esta demanda no sólo depende de aspectos físicos (barreras), sino también de otros componentes ambientales, como los servicios disponibles, las relaciones sociales y familiares o el nivel de delincuencia del área.

Analizamos el Gráfico 1.10 de forma más detallada. La línea central entre las dos partes sombreadas, que podemos denominar como “nivel óptimo de adaptación” señala los puntos en que la presión

²⁰ Un ejemplo evidente de ello es el aumento de prevalencia de enfermedades cardiovasculares y obesidad derivada –no sólo– de pautas de sedentarismo y falta de ejercicio físico inducidos por entornos con menor demanda funcional. Es interesante la aparición de nuevos paradigmas para compensar este efecto, como el Active Design, desarrollado en Nueva York recientemente (New York City, 2010).

ambiental es intermedia para cualquier nivel de competencia del individuo. Es en esos puntos donde se produce un ajuste persona-entorno óptimo, pues las capacidades personales son consistentes con las demandas y oportunidades en ese entorno. El rango de presión ambiental adyacente a ese NA óptimo es donde las personas con ese nivel de competencia experimentan un sentimiento de bienestar en relación con su entorno y en donde su comportamiento es adaptativo. Cuanto mayor la competencia mayor el “rango de presión” en el que esa persona puede funcionar positivamente (ensanchamiento de la zona gris por arriba). Para la persona de elevada competencia la zona de adaptabilidad es suficientemente grande por lo que raramente saldrá de la zona sombreada. Si incrementamos moderadamente la presión ambiental por encima del nivel óptimo, la conducta permanece adaptativa, la persona puede adaptarse a esa nueva demanda, pero a medida que esta aumenta llega un punto en que supera la competencia potencial del individuo, el comportamiento, y los resultados se vuelven negativos, la persona percibe malestar. Por muy alta que sea la competencia del individuo, hay un momento en que la presión ambiental deteriora la conducta de cualquier persona.

Según vamos bajando en la escala de competencia la zona central se estrecha, al igual que la zona de “tolerancia marginal”, lo que significa que para individuos con escasa competencia el impacto que perciben de los factores ambientales es mayor, de modo que una variación acusada de la presión ambiental los sacará de la zona donde encuentran una sensación de acomodo. Cuanto más frágiles son las personas, más vulnerables son a las demandas del entorno. Es aquí donde se produce, por ejemplo, el auto encierro de las personas mayores, que se niegan a salir de casa por miedo a sufrir un accidente, un asalto, etc.

Y estas diferencias en la presión ambiental es lo que modela la hipótesis de docilidad ambiental. Sabemos que la prevalencia de enfermedades, deterioro de los sistemas sensoriales –tiempo de reacción, tiempo de procesado de información, etc.- tienden a aumentar con la edad, lo que revierte en mayores dificultades para desenvolverse en entornos (vivienda, por ejemplo) convencionales. No obstante, hasta un cierto punto, si la competencia funcional del individuo se deteriora, la capacidad para realizar actividades se puede mejorar disminuyendo las demandas que el entorno plantea.

Por el lado opuesto, la disminución excesiva de la demanda o presión del entorno también produce efectos negativos. La ausencia de incentivos y oportunidades para la interacción social puede derivar en falta de estímulo, privación sensorial y aburrimiento. Si el entorno ofrece pocos estímulos el individuo se adapta volviéndose aletargado y operando por debajo de su propia capacidad. Tal es el caso de muchas personas que ingresan en el ambiente hiperprotegido de una residencia de ancianos, por ejemplo, tras la muerte de su pareja. Al principio el cambio puede producir cierto alivio y sensación benigna, pero su excesiva simplicidad –desde el punto de vista de la demanda ambiental- acaba provocando pasividad y aburrimiento.

Este caso se reproduce en distintas situaciones para la gente mayor, su entorno va reduciendo su complejidad, van abandonando actividades y responsabilidades, también por la sobreprotección de hijos, familiares, etc., y esta falta de estrés o exigencia del entorno acaba reduciendo su competencia personal. La intervención en el ambiente tiene pleno sentido en este caso.

En definitiva, como señala Lawton (1986, p.11) la contribución esencial del modelo es que indica que la conducta adaptativa puede resultar de una gran variedad de combinaciones de competencias individuales y presión ambiental. Esta “hipótesis de docilidad ambiental”, que es uno de los fundamentos de la TEE, justifica que todas las personas, y no solo las que tienen menor competencia funcional, están sujetas a los problemas de ajuste persona-entorno derivados de la presencia de estrés o exigencia del entorno. Esta exigencia del entorno es lo que en esta tesis se asimila a las limitaciones o barreras que plantea el entorno. Como dice Nahemow (2000) “podemos esperar que la mayoría de la gente alcance un *nivel de adaptación* en la mayoría de entornos. No obstante, hay entornos a los que es casi imposible adaptarse, y hay alguna gente que se adapta con dificultad y requiere entornos benignos para alcanzar su nivel de adaptación”

Esta hipótesis se ha criticado como determinista y reduccionista porque se centraba demasiado sobre demandas negativas del entorno y establecía un papel muy pasivo para el individuo sin considerar las posibilidades de jugar un papel activo en su transformación o en la mejora de la propia competencia (Carp & Carp, 1984, Rousseau et al. 2001). El modelo básico de Lawton sufrió variaciones por parte del propio autor ante estas críticas de determinismo al plantear una visión muy pasiva de la persona y no abordar las necesidades y preferencias individuales. Lawton (1998) respondió con una hipótesis de “proactividad ambiental” según la cual según aumenta la competencia, aumenta el número de elementos ambientales con los que la persona puede interactuar, lo que da lugar a diferencias, de modo que los menos competentes estarían en una situación pasiva frente a los más competentes, que ostentarían la capacidad de controlar el entorno (ibíd., pag. 4).

La crítica principal de esta teoría sigue siendo que los aspectos personales y ambientales aparecen como independientes, cuando el ajuste entre las competencias y necesidades personales y las condiciones del entorno son la clave para entender las relaciones persona-entorno en el proceso de envejecimiento (Iwarsson, 2005, Stahl 2013). Otras críticas han abundado en el hecho de que la presión ambiental es dinámica, los entornos y la presión cambian como consecuencia del tiempo pasado en esos entornos. Todo entorno nuevo requiere un aprendizaje y ajuste a sus demandas.

Pero en conjunto, el modelo ha sido muy utilizado por los gerontólogos ambientales para demostrar que el entorno importa, como señalan Cvikovich y Wister (2001), quienes destacan que el modelo original de Lawton se ha convertido en el paradigma aceptado por la investigación gerontológica para justificar las dinámicas de la relación entre la persona y el entorno a pesar de que apenas se ha investigado sobre cuándo se cumplen los efectos previstos por el modelo y cuando no (Lawton 1990a: 348). La aplicación al campo de la salud también ha sido destacada, pues se da una creciente evidencia científica de que el nivel de presión ambiental también influye sobre aquella (Beard et al., 2009), sobre todo para las personas con una capacidad funcional reducida, que son más vulnerables.

La conceptualización de la relación persona- entorno y la presión que ejerce éste sobre el individuo, realizadas por Lawton, se puede considerar un modelo inacabado (Scheidt & Norris-Baker, 2003:44) que deja muchas cuestiones abiertas, así como muchas direcciones en las que continuar evolucionando. Especialmente se debe profundizar en las formas para crear conexiones entre tipos de entornos y fórmulas para que las dimensiones objetivas y subjetivas puedan resultar un continuo,

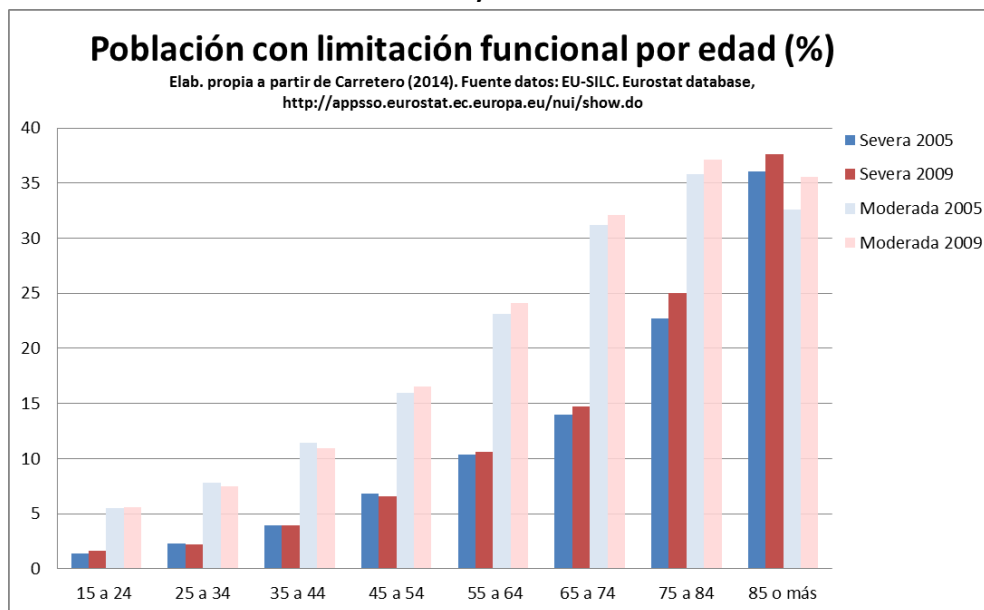
así como visiones más holísticas de la caracterización subjetiva de los entornos. De hecho, el propio Lawton (1999: 94-95) reconoció que el modelo ecológico no ha conducido a plasmaciones productivas de la presión ambiental.

1.7. EL ENTORNO Y LA POSIBILIDAD DE ENVEJECER BIEN

Las transiciones demográficas y epidemiológicas que experimentan los países europeos desde el comienzo del siglo 20 están aumentando el número de mayores europeos con limitaciones funcionales. A los estados miembros les resulta difícil mantener una calidad suficiente de la vida de más personas de edad, y, al mismo tiempo, ser más eficientes con sus recursos económicos y humanos. De hecho, el número de europeos de 65 o más años de edad, y en particular los de más de 80, que se ven afectados por las condiciones crónicas que limitan su independencia y afectan la vida de sus familiares, es cada vez mayor. Las previsiones nos dicen que las personas mayores (65+) representarán el 30% de la población total de la UE-27 en 2060, frente al actual 17%, eso supone 65 millones de personas más. Las personas ancianas (80 +) que necesitarán cuidados de larga duración se triplicarán durante las próximas dos décadas (Andor, 2014, Carretero 2014). Así, mientras que en 2005, las personas mayores dependientes representaron del 52% a 62% de las personas que necesitan cuidados a largo plazo, en el año 2050, esta cifra será del 70% al 78% (Grammenos, 2005).

A este envejecimiento demográfico se superpone la pérdida progresiva de salud que se deriva del aumento de limitaciones funcionales en los últimos años de la vida, como muestra el Gráfico 1.11 en relación con la Unión Europea.

Gráfico1.11: Evolución de la relación entre edad y limitaciones funcionales en la UE entre 2005 y 2009



Fuente: Carretero (2014)

Un componente específico de envejecer bien se refiere a cómo los adultos mayores se manejan a ellos mismos y su entorno, desde las perspectivas física, social y psicológica (Lien 2013). Carretero (2014) señala que a medida que envejecemos, somos más propensos a ser afectados por varias enfermedades crónicas que limitan nuestra capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Y cita como principales causas de pérdida de la independencia en la vejez a la artritis y en especial la osteoartritis, la demencia, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad coronaria, los problemas sensoriales, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La incidencia de los entornos sobre la calidad de vida en la vejez está muy justificada en la literatura. En el último medio siglo distintos investigadores desde distintas disciplinas han generado conceptos teóricos, estructuras y datos sobre esa relación entre la persona que envejece y su entorno físico, social y económico (Smith, 2009, p.9). Algunos estudios (Wahl et al., 1999) y en Suecia (Iwarsson, 2005; Iwarsson, Isacsson, & Lanke, 1998) demuestran que una mayor dependencia para la realización de actividades de la vida diaria está significativamente relacionado con bajos grados de accesibilidad en la vivienda (Iwarsson & Stahl, 2003). Distintos programas públicos se han puesto en marcha para favorecer esa accesibilidad (Beard & Petitot, 2010). Algunos de estos programas están relacionados con la mejora de la vivienda u hogar de las personas mayores, dado que identificamos la noción de hogar como algo físico y tangible, pero también como un fenómeno compuesto por significados y experiencias vinculados con un escenario físico concreto (Gitlin 2003). Las personas mayores, aun viviendo en hogares modestos, o incluso inadecuados para sus necesidades, perciben en su mayoría a sus hogares como confortables, tranquilos y seguros, existiendo múltiples datos y evidencias que confirman el deseo mayoritario de permanencia en el propio hogar (Rioux, 2005). Esto no obsta para que la satisfacción con la vivienda disminuya al producirse la discapacidad. Según Grammenos (2013) en la UE, el 85% de las personas sin discapacidad declara estar satisfecha con su vivienda, cantidad que baja al 82% cuando se tiene discapacidad moderada y al 79% cuando esta es severa. Parecidas diferencias se registran igualmente en todos los Estados miembros de la UE.

Durante el proceso de envejecimiento la propia vivienda adquiere una importancia mayor en buena medida debido a estos tres factores:

- Es el lugar deseado para pasar los últimos años de la vida y donde se consume la mayor parte del tiempo en la vejez,
- La evidencia empíricamente sustentada sobre el carácter reparativo del hogar (mantenimiento, estimulación y apoyo)
- La evidencia de que el hogar es el contexto de los cuidados de larga duración y que el número de servicios (formales e informales) que se prestan en él irá en aumento, especialmente a causa del envejecimiento de las generaciones del baby-boom.

Pengelly (2006) señala que en ningún sitio como en el propio hogar es más fundamental el derecho de las personas con discapacidad a participar plenamente en la sociedad. El papel del hogar en la calidad de vida es mayor para los colectivos con mayores limitaciones físicas o de otro tipo. Y esto, lógicamente, incluye a las personas de edad. El bienestar “ambiental”, o con el entorno vital de la persona, está fuertemente relacionado con la satisfacción con el hogar; así como con el vecindario y

el nivel de integración o conexión con el entorno residencial (Rousseau y Dubé, 1993), la socialización, el ocio y el cuidado de la salud (Binstock y Cluff, 2000), algo que ocurre de igual manera en viviendas individuales o multifamiliares.

1.7.1. Identidad y autonomía como base de la relación persona – entorno.

Para entender los comportamientos en relación con la vivienda y el entorno podemos revisar el trabajo de la psicología en este campo²¹, pues los aspectos psicológicos son muy importantes en relación con las necesidades residenciales de los mayores (Houben, 1987). Por ello algunos autores (Wahl & Oswald, 2010) han partido del modelo ecológico de Lawton y lo han redefinido desde un enfoque psicológico para distinguir entre los aspectos objetivos de la relación con el entorno (agencia) y los subjetivos o vinculados con las emociones y el sentido de pertenencia (pertenencia). Se denomina “agencia” a la definición de las propias metas de forma autónoma y a actuar a partir de ellas, lo que enfatiza el rango de conductas objetivas, autónomas o dirigidas a objetivos concretos relacionados con el entorno en que se sitúa la persona y su control. Esto se precisa para seguir un principio de autodeterminación en la medida en que uno es “agente” de cambio en la propia vida. Así, para mantener la independencia y evitar la institucionalización las personas mayores desarrollan cambios ambientales (p.ej. mudarse) u otras conductas adaptativas (p.ej. modificaciones en el hogar). Los procesos de agencia se vinculan, por tanto con teorías como la de “hipótesis de la docilidad ambiental” o la “teoría ecológica del envejecimiento” (Oswald et al. 2006). Y también incluyen la intención, el propósito, por lo que es más que una conducta o decisión, pues incorpora metas, objetivos, obligaciones... y, en un sentido más amplio, lo que la persona entiende por lo correcto, el bien (Sen 1985).

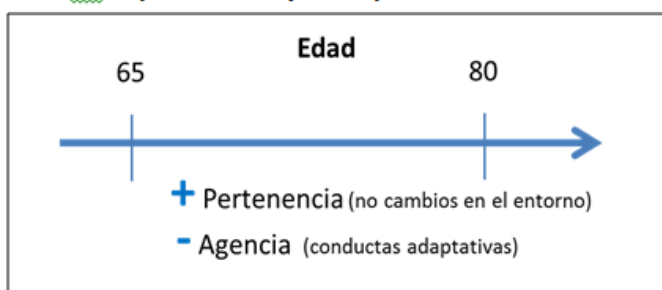
Los procesos de “pertenencia”, en cambio, se refieren a las experiencias subjetivas, aspectos cognitivos y emocionales positivos en relación con otras personas y con el entorno (Wahl, 2012). En relación al hogar se vincula con la familiaridad, los lazos emocionales y la rutina. Engloba tanto la evaluación subjetiva como la interpretación de los lugares (Oswald et al 2006) y da lugar a conceptos o enfoques como el de la “satisfacción residencial” o de “significado de hogar”. Las relaciones persona-entorno son centrales para estos fenómenos de agencia y pertenencia.

Esta doble dimensión entre *agencia* y *pertenencia* es particularmente aplicable al caso de la concepción de hogar: en el primer caso se refiere a los aspectos funcionales y observables del entorno residencial, mientras en el segundo se trata de los aspectos subjetivos, experienciales, que se manifiestan en satisfacción residencial, apego al lugar y su significado (Rowles, 2006). El proceso

²¹ Hay una considerable cantidad de trabajos de investigación sobre la relación o ajuste entre la persona y el entorno aplicados al puesto de trabajo y sus consecuencias, incluyendo distintos enfoques, tales como el ajuste entre las necesidades de la persona y las prestaciones asociadas a un entorno, el ajuste entre lo que requiere el entorno y las habilidades de la persona y entre los valores de la persona y los de la organización y sus miembros (Edwards 2007, *Saks and Ashforth, 1997, Schneider, 2001*). El análisis de ajuste persona-entorno en estos casos conduce a una mejor elección o asignación del puesto de trabajo, de la productividad, compromiso con la organización, ganancias y bienestar psicológico y físico. En la psicología de la organización ajuste persona-entorno se define como la compatibilidad que se da cuando las características del entorno de trabajo del individuo están correctamente ajustadas, por lo que se aplica a la adaptación del/al puesto de trabajo. Los modelos de encaje persona-entorno siempre han sido un tema prominente en el campo de la psicología industrial y de la organización..

de agencia, y sus conductas adaptativas (ajuste persona-entorno o proactividad en relación al entorno) son predominantes en la primera fase de tercera edad, mientras que a medida que aumenta la vejez van adquiriendo mayor importancia los procesos de pertenencia (Gráfico 1.12), en los que se rechazan los cambios en el entorno (Wahl et al 2012). La pertenencia, a pesar de no estar orientada a objetivos de intervención es también instrumental en la vida diaria, en la medida que el hogar está cognitivamente representado como “dentro” de la persona lo que incide en el diseño de rutinas, actividades y organización efectivas (Oswald et al 2006). Carp y Carp (1984) distinguen, entre unas “necesidades básicas” orientadas hacia el mantenimiento de la autonomía personal en relación con las actividades de la vida diaria y las competencias del día a día y otras “necesidades mayores” que reflejan aspectos más subjetivos y orientados a dominios como la privacidad, el confort, la familiaridad, las actividades personales.

Gráfico 1.12. Evolución de la pertenencia y agencia en la persona mayor respecto a la vivienda



. Fuente: Elaboración propia

A pesar de la perspectiva imperante en los modelos de ajuste P-E el peso de las medidas objetivas de las características del entorno para el proceso de adaptación, hay estudios (Wister 1989) que demuestran que puede ser superior la influencia de las valoraciones subjetivas sobre las objetivas y que los mayores siguen un proceso psicológico de adaptación superior a la disposición a cambiar las características físicas o

sociales de su entorno. Así hay otros modelos que profundizan en la capacidad de decidir y en los factores cognitivos, volitivos o de habituación en las conductas de las personas mayores. Kielhofner (1995), que también parte de la idea de competencia de Lawton, se basa en el concepto de ocupación propio de la terapia ocupacional (Polatajko, 1992; Law et al, 1996), e introduce de forma explícita el entorno a través de círculos concéntricos jerárquicamente establecidos: objeto, tarea, grupo y cultura, poniendo en perspectiva la influencia recíproca de la persona y el medio.

También desde la perspectiva ocupacional Heywood (2005) identifica los principales aspectos que determinan el sentido de “hogar”, donde se evidencia la interrelación y dificultad para separar los fenómenos de “agencia” y “pertenencia” en relación con los entornos para el envejecimiento. Estos aspectos son:

- Seguridad primaria
- Privacidad
- Control sobre las propias decisiones
- Libertad de acción
- Imagen propia /logros personales
- Lugar para promover las relaciones personales
- Un punto nodal, desde el que salir y retornar
- Un lugar donde establecer raíces.

El significado de la propia vivienda, entorno y barrio según Díaz Moorey Eckerdt (2011) Scheidt y Windley (2006, p.122) no sería algo que surge de forma inmediata sino que se construye a lo largo del tiempo como consecuencia de factores individuales (intenciones, acciones, experiencias), factores físicos (características y atributos) y el “programa” del lugar (sentimientos, expectativas o comportamientos que ocurren en él):

Entre las personas mayores la sujeción a un lugar se desarrolla desde las experiencias vitales que generan una sensación de identidad (quién es uno en el mundo) y también sobre culturas compartidas en relación con el desarrollo de la vida.

Scheidt y Windley (2006)

La experiencia del lugar es un aspecto crítico del ajuste P-E y todos sus aspectos (organizativos, psicológicos, arquitectónicos) son un elemento importante de la experiencia (Iwarsson et al 2007, Oswald & Kaspar, 2012), por lo que la creación de espacios bien adaptados a las necesidades de las personas mayores requiere una aproximación que incorpore los aspectos físicos, sociales y psicológicos. El apego al lugar conduce a una resistencia a su abandono, porque de una forma casi literal, “abandonarlo es abandonarse a sí mismo” (Rowles & Ravidal, 2002, p 88). Distintas investigaciones de Rowles (1978, 1980, 1993) muestran que las personas mayores que han vivido en una localidad por un tiempo prolongado desarrollan un apego físico y psicológico a ese entorno, y esto se pronuncia más cuando la edad es muy avanzada o se producen problemas de salud. A medida que envejece la persona mayor se vuelve más vulnerable a las demandas del entorno (Wahl 2006) como consecuencia de la pérdida funcional, que de forma acumulativa se va produciendo a lo largo de toda la vida y se manifiesta de forma más evidente en la vejez o con la aparición de la discapacidad.

En resumen, estos procesos y experiencias, el de pertenencia, dominado por la experiencia personal, y el de agencia, dominado por la conducta, nos ayudan a entender e integrar las interrelaciones persona-entorno en el proceso de envejecimiento. En el trasfondo de estas relaciones permanece el *modelo ecológico del envejecimiento* como la piedra angular que fundamenta toda la gerontología ambiental (Scheidt & Norris-Baker, 2003) y que se plasma en buena medida en relación a las nociones de lugar y hogar. En los distintos modelos de análisis se destaca la importancia de la interacción persona-entorno, el deseo de entender a la persona en relación a su entorno. Pero ninguno identifica y desarrolla plenamente el contenido de esta interacción; en ellos se comprueba que la percepción del entorno y la propia personalidad pueden ser procesos interactivos, pero no se analiza cómo interactúan, lo que dificulta su aplicación práctica.

1.7.2. Hogar y salud en el envejecimiento

Más allá de los procesos psicológicos y la voluntad de adaptación propia de los modelos P-E están los procesos de salud en el envejecimiento. Hay buenas razones para argumentar que la salud y calidad de vida en la tercera edad, en términos de independencia, bienestar e integración en su comunidad,

están cada vez más relacionadas con el hogar y su entorno a medida que las personas envejecen (Oswald & Wahl 2004, Oswald et al., 2005).

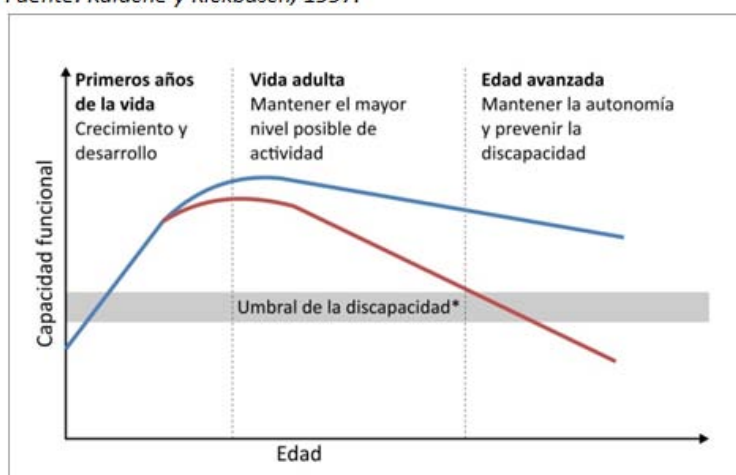
El factor fundamental de ocurrencia de discapacidad es la propia edad. Las limitaciones de movilidad vienen definidas por la deficiencia o limitación de movimientos y afectan entre un tercio y la mitad de los mayores de 65 años [Webber et al 2010], además de las personas más jóvenes con limitaciones funcionales. Las limitaciones en la movilidad pueden afectar la salud de un individuo a través de una serie de vías; la falta de actividad física en las personas mayores puede conducir a la pérdida de masa muscular, la pérdida de la densidad ósea, y un aumento de la materia grasa (Di Pietro, 2001).

Por otro lado, el aislamiento y la pérdida de lazos sociales que resultan de la movilidad reducida pueden llevar a la depresión y otros resultados adversos de salud mental. La falta de acceso a recursos tales como alimentos frescos y atención médica que puede resultar de una limitación en la movilidad pueden tener efectos negativos sobre la salud. Las personas con limitaciones de movilidad tienen también mayor propensión a la utilización de servicios de salud y riesgo de institucionalización. En última instancia, de la movilidad reducida pueden resultar una mayor fragilidad y discapacidad y un mayor riesgo de mortalidad prematura (Rosso 2011).

Este proceso de pérdida funcional con la edad se esquematiza en el Gráfico 1.13 al mostrar cómo la capacidad funcional (por ejemplo, la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y rendimiento cardiovascular) aumentan en la infancia y llegan al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando a continuación. El ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta, con factores externos y medioambientales. La pendiente del declive puede

Gráfico 1.13. Mantenimiento de la capacidad funcional en el ciclo vital.

Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997.



esperar vivir relativamente libres de discapacidad.

Nuevas investigaciones confirman que la discapacidad no es un resultado inevitable de la edad (Fukukawa et al, 2004), aunque las limitaciones en las actividades de la vida diaria representan la

llegar a ser tan inclinada que dé lugar a una discapacidad prematura. Sin embargo, se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como de salud pública (*maleabilidad* del proceso de envejecimiento). Aunque con la edad se produce una cierta pérdida de funcionalidad, las personas mayores que no tienen problemas de salud pueden

consecuencia más adversa de los problemas de salud que típicamente padecen las personas al envejecer: fragilidad, artritis, diabetes, osteoporosis, problemas de memoria, tendencias depresivas o problemas de corazón. Estas limitaciones son la mayor amenaza a la calidad de vida y la posibilidad de envejecer en casa (Gitlin 2006).

Por otro lado, en el Gráfico 1.13 no se contempla que los cambios en el entorno también pueden provocar cambios en este esquema, al reducir el umbral de discapacidad hacia abajo, provocando como consecuencia que la autonomía de las personas se pueda mantener durante más tiempo al reducir la demanda del entorno y disminuyendo así el número de personas con discapacidad en una comunidad dada.

El ajuste persona-entorno también es un componente importante de envejecer bien en la medida que la existencia de entornos acogedores y que prestan apoyo cuando se produce la disminución de la capacidad funcional ayudan a mantener la salud en general, la independencia y el bienestar en la vejez (Iwarsson, Horstmann, & Slaug, 2007; Oswald et al., 2007; Wahl et al., 2012). Lawton ya señaló ciertas ventajas en salud y bienestar que son provistas por la vivienda: mantenimiento, estimulación y apoyo. El *mantenimiento* se refiere a la constancia y predictibilidad del entorno. El hogar lo ofrece a través de su contexto familiar y no restrictivo, patrones, significado personal y autonomía. La *estimulación* es muy importante dada la cantidad de tiempo que las personas mayores pasan en el hogar. Finalmente la capacidad de *apoyo*, se refiere a la capacidad del entorno del hogar para ayudar a compensar por la pérdida o reducción de capacidades.

En definitiva las limitaciones a la participación pueden ser consecuencia de las barreras en el entorno (Helle 2012), lo que no hace sino confirmar lo que ya la ICF (WHO 2001) mostraba sobre el efecto del ambiente en la salud y el bienestar. Desde una perspectiva de salud pública la vejez es muy sensible a los entornos residenciales y además la inestabilidad residencial es particularmente estresante para los mayores (Colsher & Wallace, 1990, Schulz & Brenner 1977).

Pero este conocimiento no obsta para que aún no se entienda bien cuáles son las características específicas del entorno que afectan a la salud en general y, en concreto al bienestar de los adultos mayores (Wahl et al., 2012). Existen trabajos de investigación, pero como ya se ha comentado resultan solo incipientes para la relevancia de la temática. Por ejemplo Newman (2003) sugiere tres vías por las que la vivienda ordinaria puede afectar a la salud de las personas mayores:

1. La vivienda y el barrio pueden incidir sobre la posibilidad de incorporar servicios de atención domiciliar de calidad
2. Las condiciones físicas objetivas de la vivienda pueden provocar riesgos a sus residentes (especialmente los mayores vulnerables, que no tienen capacidad física o cognitiva para realizar el adecuado mantenimiento o reparaciones, ni conseguir realizar adaptaciones), lo que contribuirá a exacerbar su proceso de discapacidad.
3. Las características del barrio, incluidos sus recursos disponibles (tiendas, transporte, seguridad, posibilidades de socialización, etc.), la tasa de crímenes, disponibilidad de transporte y el acceso a oportunidades sociales.

Este último aspecto, el papel del entorno urbano, de su diseño y las condiciones de los espacios urbanos edificados, se reconoce cada vez como más importante para la salud y participación de las personas con elevada edad, enfermedades o discapacidad (Wahl et al, 2009, Oswald et al 2005). Hay un creciente cuerpo de investigaciones que indican que los patrones de actividad física en la población de edad, particularmente el hecho de caminar, vienen determinadas por las condiciones del entorno construido (Satariano et al. 2012). Así, la decadencia o abandono en los barrios se asocia con menor actividad en la calle, y la reducción de su uso para caminar. Por el contrario, el uso de medidas de seguridad y protección frente al tráfico, o la existencia de parques pueden estar positivamente correlacionados con salir a caminar por parte de los vecinos (Rosso, 2011).

Esta asociación entre aspectos del entorno construido y la movilidad de las personas mayores se suele estudiar a partir de medidas objetivas del entorno construido, pues resulta más difícil tomar en cuenta las percepciones individuales o subjetivas, que comprenden factores psicosociales y conductuales. El cumplimiento de estándares y condiciones de diseño, que deben cumplir los entornos (espacios públicos y viviendas accesibles), resulta crucial para las personas con limitaciones funcionales, pues permiten su movilidad y el uso de entorno como un medio para la participación en un amplio rango de actividades diarias.

En definitiva, hay buenas razones para argumentar que la calidad de vida y la salud en la tercera edad, en términos de independencia, bienestar e integración en su comunidad, están cada vez más relacionadas con el hogar y su entorno a medida que las personas envejecen (Oswald & Wahl 2004, Oswald et al., 2005).

1.7.3. Favoreciendo el envejecimiento en casa (*ageing in place*).

El hogar de las personas mayores está de manera creciente convirtiéndose en el contexto de cuidados de larga duración, pues la gran mayoría de personas mayores vive en casas ordinarias, no en viviendas o establecimientos especializados (Oswald et al 2005). Estas personas disfrutan comparativamente de un mayor nivel de bienestar que las que no lo hacen, porque consideran que toman sus decisiones de forma independiente, y por tanto perciben tener un control sobre sus vidas (Rioux 2005). Las personas mayores, aun viviendo en hogares modestos, o incluso inadecuados para sus necesidades, perciben en su mayoría a sus hogares como confortables, tranquilos y seguros. De hecho Iwarsson & Wilson (2006)) encontraron que a pesar de haber identificado barreras en el 100% de sus hogares, el 96% de la muestra de personas mayores encuestadas estaban contentos con su vivienda actual e incluso un 35% pensaba que eran accesibles frente a posibles necesidades futuras.

Pero las limitaciones funcionales están, asociadas con la necesidad de una mayor asistencia personal²². Y aunque muchas personas mayores, cada vez más, pueden vivir solas con buena salud,

²²El Barómetro del CIS de Mayo de 2006 recogía el dato de que un 15,3% de la población encuestada reconoce convivir con una persona que por discapacidad, enfermedad crónica o por ser mayor necesita ayudas para realizar las actividades de la vida diaria. De ellos sólo un 10% recibe ayuda de su C.A., 8,9 % de la administración central, y 5,2% del ayuntamiento.

las cohortes de mayor edad afrontan una creciente dependencia, empeoramiento de salud y aislamiento social como resultado de la inadecuación de sus viviendas. La propia idea de discapacidad como un resultado de factores potencialmente modificables y que por tanto pueden ser minimizados nos conduce a entender la importancia que la vivienda y sus barreras adquieren (Gitlin, 2006) como causa del agravamiento de las limitaciones funcionales del individuo. Entre las personas mayores el bienestar e independencia percibidos respecto a su vivienda está relacionada con los aspectos de diseño y accesibilidad. Oswald et al. (2007) demostraron que aquellos mayores que residen en viviendas más accesibles y que perciben su casa como adecuada y útil resultaban ser más independientes y mostraban mayores niveles de bienestar. La generalización de la accesibilidad en la vivienda es fundamental si se pretende que el envejecimiento en casa (*ageing in place*) en condiciones adecuadas sea una realidad..

Por otra parte, es sabido que las personas mayores tienen una gran estabilidad residencial (ibíd.), por lo que la accesibilidad de la vivienda convencional es fundamental para evitar que éstas, o cualquier otra en caso de discapacidad, se puedan ver constreñidas a opciones residenciales determinadas por su tipo de deficiencia, y sin consideración de otras necesidades, por ejemplo en relación con el empleo o las necesidades de los otros miembros de la familia. Si al minimizar las barreras minimizamos la discapacidad o sus efectos resulta evidente la importancia que tanto el diseño accesible, como la adaptación adquieren para todas aquellas personas que presentan deficiencias discapacitantes.

Buffel et al (2012) identifican cuatro aproximaciones a por qué “el lugar importa” a la gente en su proceso de envejecimiento, y en concreto, en relación con el barrio en que se vive:

1. El tiempo pasado en el propio barrio. Las personas mayores, así como los niños de 4 a 12 años y las madres con bebés tienden a utilizar sus barrios más intensamente.
2. Los lazos establecidos con el lugar. La vinculación con el entorno local tiende a incrementarse con la edad, y está asociada con una sensación de bienestar y de identidad así como de control o independencia en un entorno cambiante
3. Envejecer en casa, como la estrategia residencial que más personas mayores prefieren, incluso cuando necesitan cuidados, tienen dificultades económicas o viven en viviendas inadecuadas o zonas con carencias.
4. Redes sociales locales: el barrio residual. Este concepto refleja la hipótesis de que el barrio es una forma alternativa de socialización para las personas que no tienen acceso a redes más amplias, algo que se da especialmente entre la población anciana.

En este contexto, el concepto de “envejecimiento en casa” se basa en la comprensión del proceso de envejecer en un ambiente familiar, uno al que la persona esté acostumbrada y reconozca como propio. Esto se complementa con el conocimiento sobre significado del espacio, lugar o casa en el proceso de envejecer (“place in ageing”), con sus procesos y factores físicos, emocionales o psicológicos que convierten a la persona, en mayor o menor medida, en un agente de cambio en el entorno. Este cambio, no obstante, no parece llegar suficientemente a los ámbitos de decisión, por lo que las perspectivas de transformación de la corriente principal en la forma de concebir las viviendas para hacerlas más amigables con los mayores se demuestran como poco probables en el corto plazo.

El “ajuste persona-entorno”, o la relación interactiva entre la persona y su entorno se plantea por los autores citados como una condición necesaria para poder envejecer bien en casa, lo que comporta la posibilidad de que las personas adapten sus comportamientos -o su respuesta afectiva, según Lawton (1982)- de acuerdo a la interacción entre sus condiciones funcionales y el medio en que se desenvuelven. De acuerdo a la edad del mayor esta perspectiva persona-entorno tiene diferentes expresiones:

- Mayores en edad laboral (51-60 años): raramente se plantean cuestiones de vivienda para el envejecimiento; grado limitado de ajuste persona-entorno pues la pérdida de competencias respecto a la superación de barreras ambientales es baja
- Mayores próximos a la edad de retiro o recientemente retirados (61-70 años). Muchas decisiones importantes sobre vivienda se toman en estos años, incluyendo la de quedarse o mudarse (Oswald y Rowles 2005). La evaluación del ajuste p-e se debe hacer analizando con cuidado la situación residencial y sus cambios. Las características del barrio pueden adquirir gran importancia.
- El grupo de 71 a 80 se enfrenta de manera creciente a las limitaciones funcionales y las barreras ambientales. Y las condiciones básicas del hogar y los apoyos adquieren mucha más importancia.
- Más de 80 años. Se requieren cuidados, los deseos de cambio en las condiciones residenciales disminuyen

En cuanto a la adaptación o arraigamiento a la comunidad de residencia, el grado de calidad de vida alcanzado puede ser parcialmente explicado por el ajuste persona-entorno, que se refleja en la querencia de la persona a su barrio y vivienda. No es la edad, la salud o la antigüedad residencial per se sino la habilidad para establecer un ajuste entre las necesidades vinculadas a la vivienda y las condiciones de la vivienda lo que contribuye al arraigamiento a un distrito particular. (Oswald et al 2005); este ajuste es denominado por Lawton (1985, p.508) como “estado de conocimiento residencial” (*state of residential knowing*), y lo describe como “un conocimiento íntimo de las idiosincrasias de la propia vivienda.... uno llega a conocer cómo encontrar los recursos necesarios en el barrio, cómo usar el transporte, y quienes son sus amigos y sus vecinos”.

Comprender el papel del hogar en el proceso de la prestación de cuidados es importante para desarrollar estrategias de apoyo a las familias, prestar apoyo a decisiones de adaptación y reducción de riesgos asociados con los cuidados y la permanencia en el hogar, como las caídas, el aislamiento, la desnutrición, etc. Desde el punto de vista del diseño, por ejemplo, y a diferencia de los diseños de las residencias o instituciones para mayores, el interior de las viviendas apenas cuenta con regulaciones específicas ni diseños estandarizados, los hogares se caracterizan precisamente por su elevada individualización, falta de regulación, variabilidad e impredecibilidad, lo que aún añade mayor complejidad cuando introducimos los factores de edad de construcción, variaciones locales o regionales, etc. “Cada casa es un mundo” se podría decir, y por ello, la individualización del proceso de envejecimiento en este proceso es máxima (Gitlin 2003).

1.7.4. Materializando el ajuste persona-entorno: la adaptación de la vivienda

Es conocido que la población mayor y con discapacidad ocupa las viviendas con menores niveles de accesibilidad, lo que se explica por tratarse de viviendas de peor calidad y más antiguas (Alonso, 2008). Y este contexto o “tormenta perfecta” de la población más frágil ocupando las viviendas funcionalmente más demandantes tiene enormes implicaciones para la salud de estos colectivos. Precisamente la salud en la vejez es muy sensible a los entornos residenciales y la inestabilidad residencial es particularmente estresante para los mayores (Colsher & Wallace, 1990, Schulz & Brenner, 1977), pues el hogar no es sólo un espacio edificado; es un ámbito en el que se proyectan emociones, apoyos, identidad... Las personas necesitan personalizar su espacio, salvaguardar su intimidad y mantener un reducto de libertad y autonomía, por ello las viviendas han de responder en la mayor medida a las necesidades de sus residentes (Alonso, 2008), particularmente cuando estos se ven “discapacitados” por su propio hogar:

En cualquier país donde el stock de viviendas incluya escaleras, pasos estrechos de puerta, baños y aseos inaccesibles o habitaciones demasiado pequeñas o frías para ser usadas por personas cuya movilidad está disminuida por enfermedad, accidente o edad avanzadas, éstas se sentirán discapacitadas por su propio hogar. (Heywood, 2004)

Como una alternativa frente a esta situación surge la posibilidad de adaptar la vivienda, que constituye una de las claves para “envejecer bien” y así es reconocido en los grandes estudios gerontológicos y de terapia ocupacional que se vienen desarrollando desde los años 90.

El propósito de la adaptación de la vivienda es promover la realización de actividades de la vida diaria y mejorar la accesibilidad de la vivienda y la usabilidad eliminando barreras físicas en el hogar (Fänge e Iwarsson, 2005).

El objetivo fundamental de la adaptación es, reducir las demandas que presenta el entorno físico interior y el entorno exterior inmediato de esa vivienda para facilitar la realización de las tareas cotidianas y promover las habilidades de sus residentes de modo que puedan llevar una vida independiente. Según Nahemow (2000) su aplicación en la vivienda resulta lógica en la medida que el hogar es el espacio donde más tiempo se consume y, en particular, las personas de avanzada edad. Como señalan Liu y Lapane (2009) las modificaciones residenciales y los productos de apoyo previenen la discapacidad al reducir la demanda de actividad o tareas necesarias para el funcionamiento diario, las llamadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD's)²³ en las últimas etapas de la vida. Por ejemplo, citan estos autores, una persona de edad avanzada que tiene dificultad para salir de la bañera puede ser considerada discapacitada, pero el mismo individuo puede no ser considerado discapacitado si la instalación de una barra de agarre le permite

²³ Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): 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. Art. 2.3 LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

desarrollar esta actividad sin dificultad. Según la ley sueca sobre ayudas a la adaptación de viviendas establece (Boverket2000) la siguiente definición²⁴:

Una adaptación de vivienda es una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potencial la realización de actividades de la vida diaria.

La oficina del primer ministro británica (ODPM, 2004) identifica otros objetivos más explícitos a conseguir mediante la adaptación, tales como: privacidad, confianza y dignidad para las personas afectadas y sus familias, y señala a continuación:

No es por tanto, prioritariamente, un asunto de trabajos de construcción, de provisión de equipamiento o de modificación de una vivienda, si no de proporcionar una solución individualizada a los problemas de la gente que vive en un entorno discapacitante.

Fänge e Iwarsson (2005) resaltan la importancia de que la adaptación de la vivienda (o *adaptación funcional de la vivienda*, AFV) esté basada en un juicio profesional sobre las capacidades funcionales de la persona y sus restricciones de autonomía. Juicio profesional que habrá de considerar tanto los aspectos objetivos de la situación, como los subjetivos o deseos y condicionantes individuales del usuario.

Algunos de los factores que se han de tener en cuenta a la hora de comprender la relevancia o necesidad de la adaptación de viviendas son (a partir de Lansley et al., 2005):

- Las barreras del entorno (en la vivienda), tanto internas como externas no resultan aparentes hasta que un residente tiene una discapacidad (Clutton et al, 2006:142)
- Aunque existen viviendas especializadas o tuteladas, preparadas para atender las necesidades de personas mayores o con discapacidad, muchas personas no pueden (dada su escasez o su elevado precio) o no desean acceder a ellas y optan por permanecer en su hogar mientras puedan.
- Muchas personas mayores o discapacitadas no desean residir en viviendas o comunidades destinadas en exclusiva a estos colectivos.
- De hecho tampoco parece existir un mercado suficiente de viviendas con elevado grado de adaptación o adaptabilidad, lo que se sustenta en su elevado precio, la elevada resistencia al cambio residencial y en la disposición de ayudas familiares o profesionales de ayuda en el hogar.
- El concepto de cómo debe ser una vivienda cambia con el tiempo, las necesidades varían con las épocas, y el proceso de renovación del parque de viviendas es muy lento.
- Siempre habrá viviendas más adaptables que otras, toda vivienda tiene unos límites en cuanto a su capacidad de ser transformada de acuerdo a unas necesidades concretas. Estos límites no sólo son arquitectónicos o constructivos, sino funcionales y económicos.

²⁴Este concepto está adaptado de lo que establece la legislación sueca al respecto pág. 12 ENABLE-AGE Project, Update Review. Nacional Report Sweden, The ENABLE-AGE Consortium 2004

Las soluciones de AFV no son universales, no responden a la idea de Accesibilidad Universal, sino a las necesidades concretas de cada individuo concreto. Tan sólo aquellas intervenciones de “supresión de barreras” que afectan a los elementos comunes de la edificación se sujetarán en buena parte de los casos a los criterios generales de accesibilidad. En cambio, los aspectos subjetivos y simbólicos de la vivienda deberán ser tenidos en cuenta a la hora de intervenir en las áreas privativas, lo que puede conducir a soluciones subóptimas, desde un punto de vista estrictamente racional, pero que preservan aspectos familiares y de proyección subjetiva, que son de gran importancia para las personas mayores. Como señalan Sixmith et al (2014):

Claramente, es importante para las personas mayores lograr algún tipo de equilibrio entre los dominios simbólicos y prácticos; un entorno de vida totalmente inadecuado puede conducir a una ruptura de la independencia. Sin embargo, al considerar las intervenciones de vivienda también es importante respetar los valores que las personas mayores asocian a su hogar.

Se puede identificar en la práctica la adaptación de la vivienda con la tarea del ergonomista que tiene que prever, investigar y desarrollar soluciones para adaptar un lugar de trabajo (Benedict et al., 2006); en ambos casos lo que se ha de buscar es un entorno seguro, confortable, práctico y satisfactorio para el usuario. Según O’Brien (2006) estos principios de lo que se ha llamado diseño centrado en el usuario fueron desarrollados por Stephen Pheasant, un ergonomista del Royal Free Hospital de Londres., quien elaboró los ocho principios generales que se relacionan a continuación (Pheasant 1996:13):

1. Es empírico: basa las decisiones de diseño en datos relativos a las características físicas y mentales de las personas, su comportamiento y sus experiencias. Rechaza las grandes teorías y los juicios intuitivos.
2. Es iterativo: es un proceso cíclico en el que la fase de investigación va seguida de la fase de diseño, y las soluciones generadas pueden ser evaluadas empíricamente.
3. Es participativo: busca incorporar al usuario final del producto como participante activo del proceso de diseño.
4. Es no-procrusteo : busca adaptar el producto al usuario y no al revés.
5. Toma en cuenta la diversidad humana: busca el mejor ajuste/adaptación para el máximo número de personas.
6. Toma en cuenta la tarea que realiza el usuario, reconociendo que la tarea es específica para cada usuario
7. Tiene un enfoque sistémico: la relación entre el usuario y el producto tiene lugar en un contexto social, técnico, económico, político y ambiental.
8. Es pragmático: reconoce que puede haber límites para lo que realmente sea práctico en cada caso y busca el mejor resultado dentro de esos límites.

Por otra parte, no se puede separar la adaptación del hogar de una persona, del equipamiento especial necesario que la complementa, esto es, las Ayudas Técnicas (AT) o Productos de Apoyo.

La norma ISO 9999²⁵ define como Ayudas Técnicas a todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente, o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

Una definición más abierta es la de Laloma (2005): *las ayudas técnicas son aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían realizar o requerirían un mayor esfuerzo.*

Esta definición tan amplia permite considerar como AT un gran número de elementos puestos a disposición de las personas con discapacidad y mayores. En nuestro caso el interés va dirigido a aquellas AT cuyo objetivo sea facilitar las “actividades de la vida diaria” o AVD.

La Ayuda Técnica o Producto de Apoyo, por tanto, debe permitir salvar o aminorar la deficiencia que presenta una persona, o la discapacidad generada por esta en el ámbito de la vivienda. Adaptaciones tales como rampas, ensanchamiento de puertas o duchas a ras de suelo junto a productos de apoyo tales como asientos de ducha, ayudas para vestirse o comer, etc. sirven para, conjuntamente, compensar las limitaciones funcionales del individuo provenientes del envejecimiento, accidente, enfermedad o discapacidad.

Hasta el momento la investigación en accesibilidad, ha estado fundamentalmente dirigida a analizar las características del entorno que mejor pudieran albergar la diversidad funcional, así como su incidencia sobre las personas. La adaptación es un mecanismo para provocar cambios en el entorno (Nahemow 2000) y su aplicación al campo de la vivienda parece lógica en la medida que el hogar es el espacio donde más tiempo se consume y, en particular, las personas de avanzada edad. Para verificar esta relación se requiere, en primer lugar, la existencia de una información estadística de la que se pueda inferir la existencia cierta de ese tipo de comportamientos de adaptación o modificación del entorno como consecuencia de características personales y ambientales determinadas.

²⁵ UNE-EN ISO 9999. Productos de apoyo para personas con discapacidad.

CAPÍTULO 2: EL ANÁLISIS EMPÍRICO

Verificando el comportamiento adaptativo persona-entorno mediante dos operaciones estadísticas: EDAD 2008 y SHARE2011

Capítulo 2: EL ANÁLISIS EMPÍRICO

2.1. INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

Como se ha visto en el capítulo anterior nadie pone hoy en duda el papel crítico que juega el hogar para envejecer bien, aunque en la práctica no resulta fácil determinar y medir las variables concretas en las que se plasma la existencia de un buen ajuste persona-entorno en la vivienda, o en cualquier otro entorno. Esta información resulta clave para conocer si las capacidades funcionales de una persona concreta determinan limitaciones de interacción con ese entorno residencial. Los equipos de gerontología ambiental de las universidades de Lund, Heidelberg, Milwaukee y Philadelphia son los que han marcado las pautas de investigación en este campo en las últimas décadas (Scheidt & Windley, 2006), pero siguen faltando herramientas realmente efectivas y científicamente fundamentadas con las que poder medir aspectos clave de la relación persona-entorno en la vivienda y cómo esta determina la posibilidad de “envejecer bien”.

Una clara comprensión de esta relación interactiva permite identificar y contrastar que intervenciones pueden favorecer efectivamente un envejecimiento de calidad en casa (*ageing in place*), la posibilidad de vida autónoma para una correcta asignación de soluciones y recursos, tanto para las personas afectadas como sus familias y los servicios sociales. Entendemos que de acuerdo a las teorías vistas, el ajuste persona-entorno dependerá de las condiciones funcionales de la persona y sus condiciones de vida, el entorno en que se desenvuelve y la interacción entre ambos mediante variables e indicadores multidimensionales (Lien 2013). Algo que el psicólogo Lewin ya sugirió al formular su hipótesis de que la “conducta” de una persona se puede explicar como el resultado de

una relación funcional entre las condiciones personales y del entorno en que se sitúa ($B = f(P,E)$), hipótesis que fue trasladada al campo del envejecimiento por parte de Lawton y Nahemow mediante la Teoría Ecológica del Envejecimiento y que ahora aplicamos en este capítulo al caso de la adaptación de su vivienda por parte de las personas que tienen alguna limitación funcional (discapacidades, fragilidad o ancianidad).

Si bien se han desarrollado algunos métodos²⁶ que exploran la relación persona-entorno para obtener un diagnóstico de situación a partir del cual identificar soluciones o estrategias de adaptación de la vivienda, éstos no permiten, en cambio, verificar si se produce una respuesta proactiva por parte de la persona; esto es, si esta realiza modificaciones y mejoras para adaptar el entorno del hogar a sus necesidades específicas. Esto es lo que se pretende en este capítulo al ir más allá de los modelos que realizan un diagnóstico de situación, introducir la variable “comportamiento” para verificar si los desajustes persona-entorno dan lugar a conductas adaptativas. En definitiva se verificará la hipótesis expresada en la ecuación de Lewin mediante un modelo construido con datos y variables que permitan responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿Existe un comportamiento adaptativo en relación a su vivienda por parte de las personas con limitaciones funcionales?

¿Cuáles son los factores personales y de entorno que determinan la existencia o la voluntad de realizar adaptaciones en la vivienda?

El capítulo consta de una descripción del análisis a realizar, dos que contienen la aplicación de modelos de regresión logística LOGIT a los datos procedentes de las encuestas EDAD2008 y SHARE-W4, y un análisis conjunto final con la discusión de hallazgos y conclusiones.

Una vez introducida cada una de las encuestas analizadas, su universo y muestra utilizada, se procederá a identificar de entre las preguntas de sus cuestionarios, aquella variable dependiente que exprese de forma efectiva la existencia de comportamientos adaptativos. Esto no es una tarea obvia, pues las encuestas utilizadas no aportan información directa sobre las intervenciones de los encuestados en sus viviendas.

A continuación pasaremos a escoger y describir las variables independientes que recogen las componentes personales y espaciales que, de acuerdo al modelo deberían explicar la conducta adaptativa. Con ellas se conformarán las distintas especificaciones del modelo a las que aplicar la regresión logística hasta lograr una combinación óptima, la mejor especificación posible. Esta será identificada por reunir variables relevantes y significativas de los principales aspectos a considerar, de acuerdo a la teoría, y mostrar un grado de ajuste y robustez adecuados. Finalmente se analizarán los resultados de cada modelo a partir de los coeficientes, significatividades y probabilidad de las

²⁶ El más característico y avanzado es el Método Enabler desarrollado por Iwarsson e Isacson (1999) a partir de Steinfeld et al. (1979) y que cuenta con múltiples aplicaciones empíricas en el campo de la evaluación persona-entorno.

variables. En la tercera parte del capítulo se reunirán los resultados obtenidos en los modelos previos, para tener un estudio comparado y las conclusiones globales.

2.2. CONTRASTANDO EL AJUSTE PERSONA-ENTORNO EN LA PRÁCTICA

La variable dependiente en el modelo de Lewin es el *comportamiento o conducta (behaviour)*, que entendemos aquí como acción que revierte en una mejora del ajuste entre la persona y su entorno. En este caso se trata de comportamientos que faciliten o permitan que la persona con discapacidad o limitación funcional pueda “funcionar” de manera adecuada en su vivienda, en su edificio y en el entorno urbano inmediato a ese edificio, lo que se corresponde con la Teoría Ecológica del Envejecimiento y su conceptualización de la relación presión-competencia (Lawton & Nahemow, 1973). Según ella el mayor confort y funcionalidad se consigue cuando las competencias de la persona se alinean con un nivel apropiado de presión ambiental y por ello una pérdida de capacidad funcional o un aumento de la presión ambiental –debido a barreras o peligros– comprometen el ajuste. Así, cuando existen barreras ambientales, todas las personas, independientemente de su capacidad funcional están sujetas a la necesidad del ajuste persona-entorno posibilitando el “envejecimiento en casa” o “vida independiente”, pues facilita la superación de las barreras que impiden la autonomía personal.

Un impedimento significativo para verificar la relación de Lewin es su ambigüedad; no es fácil identificar qué indicadores pueden servir para medir la interacción entre capacidades personales y entornos, pues en ella se superan los campos disciplinares que abordan la parte física, social o psicológica de la persona y de su entorno (Lien 2013). El ajuste persona-entorno es una función tanto del entorno físico y psicológico como un producto de las condiciones y experiencias, corrientes, pasadas y futuras, por lo que resulta difícil conocer cuáles son los determinantes o “detonantes” de la acción adaptativa. Recurrimos para ello a la idea de “adaptación” de Lawton & Nahemow que conciben el nivel de adaptación NA como el punto de cruce entre la competencia personal y la presión ambiental donde se produce un balance óptimo en la transacción, es decir, donde las demandas ambientales coinciden con los niveles de competencia. A través de datos estadísticos obtenidos mediante encuesta intentaremos verificar si esos comportamientos adaptativos se dan efectivamente, si las poblaciones encuestadas realizan adaptaciones para buscar ese equilibrio, ese NA, es decir, para reducir el gap o desajuste existente entre sus capacidades funcionales y lo que le demanda el entorno físico de la vivienda que habitan.

El objetivo es, por tanto, encontrar evidencias empíricas que manifiesten esa conducta adaptativa en la práctica y los factores o covariables de tipo personal (incluidas las de tipo demográfico, funcional, geográfico o económico) y de entorno (incluidas las características de su vivienda, la disposición de tecnologías o equipamientos, etc.) que la explicarían.

Para verificar esta relación se requiere encontrar la información estadística de la que se pueda inferir la existencia cierta de ese tipo de comportamientos de adaptación o modificación del entorno como consecuencia de características personales y ambientales determinadas. Esta información se debería encontrar en dos grandes encuestas que recogen datos sobre salud, deficiencias o patologías vinculadas a la discapacidad y el envejecimiento, una en clave española y la otra en clave europea, una dedicada al fenómeno de la discapacidad y la otra al fenómeno del envejecimiento. Son las denominadas:

- *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008 del Instituto Nacional de Estadística*
- *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), oleada 4, de 2011*

La encuesta EDAD busca conocer las características y situación de las personas con discapacidad en España, mientras SHARES es una encuesta longitudinal cuyo universo son las personas mayores de 50 años (aunque los análisis se han segmentado a grupos de mayor edad) de gran parte de los países de Europa, y que cuenta ya con 5 oleadas realizadas desde 2001. Ambas se explican con detalle más adelante.

El hecho de realizar un doble análisis, aplicado a universos y cuestionarios tan diferentes, nos va a permitir complementar los resultados obtenidos de cada encuesta individualmente para obtener una buena aproximación conjunta a esas conductas adaptativas, pues la información que ofrecen sobre el entorno residencial de las personas encuestadas y las adaptaciones realizadas es muy escasa.

Suponemos que el comportamiento adaptativo que siguen las personas con limitación funcional en relación a su entorno inmediato es lo que hemos denominado “adaptación de la vivienda” en el capítulo anterior; esto es, el proceso de ajuste y alteración de una estructura o edificio y/o su entorno para ajustarse o cumplir nuevas condiciones de acuerdo a las necesidades funcionales de sus residentes. E igualmente, que las personas con limitaciones que habitan viviendas adaptadas o realizan gastos para modificar su entorno o adquirir Ayudas Técnicas lo hacen como expresión de una conducta adaptativa consciente y voluntaria.

Por tanto interpretaremos los comportamientos identificados a través de las encuestas como resultado de una voluntad de adaptación del entorno de la vivienda, a pesar de que somos conscientes de que puedan existir otras causas que los produzcan. Entendemos que los propios resultados del modelo revelarán si los supuestos planteados son aceptables.

2.2.1. El modelo *logit* y sus especificaciones

Para validar la hipótesis de que se cumple la relación de Lewin en relación con la adaptación de la vivienda, propondremos varios modelos explicativos utilizando la regresión logística binaria *logit*. Se trata de un *método estadístico para valorar la contribución de diferentes factores en la ocurrencia de*

un evento simple²⁷, es decir, que permite describir la relación entre varias variables independientes y una variable dicotómica dependiente.

El uso de la regresión logística es necesario en nuestro caso pues una regresión lineal tradicional no es adecuada para el caso de una variable categórica cuyos resultados son binarios (sí-no o 1-0). En nuestro caso esta variable toma el valor 1 si se *Manifiesta una conducta adaptativa* y 0 en caso contrario. Y verificaremos si una u otra cosa se pueden explicar mediante un conjunto de covariables personales y de entorno.

La función logística describe la fórmula matemática en que se basa el modelo de regresión logística.

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

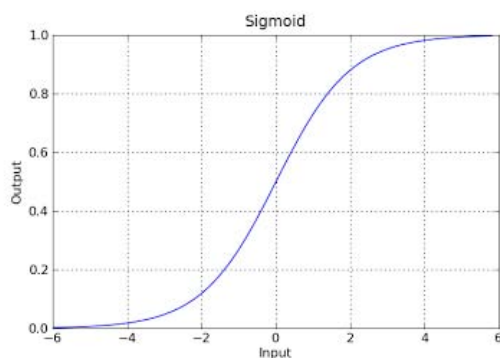
La variable z puede variar entre $-\infty$ y $+\infty$ pero el valor de $f(z)$ siempre estará entre 0 y 1.

El modelo logístico resulta de considerar que en la función logística el evento z es una combinación lineal de diferentes variables independientes, x

$$z = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$$

Los términos α y β representan parámetros desconocidos que precisamos estimar de acuerdo a los datos obtenidos sobre las variables x y z de acuerdo a los datos disponibles.

Donde $p = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_i x_i)}}$



El modelo se puede utilizar así para describir probabilidades, p , tales como en nuestro caso la probabilidad de realizar adaptaciones en el hogar. En la función logística, esta probabilidad toma la forma de una curva sigmoide, como la que se muestra en el gráfico adjunto.

El modelo logístico se puede transformar en modelo *logit* para relacionar de forma lineal la probabilidad del suceso con el vector de

covariables en escala logarítmica.

$$\text{logit}(p) = \log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \log(p) - \log(1-p) = \beta_0 + \beta_i x_i$$

²⁷ De la Fuente Fernández, Santiago: "Regresión Logística". Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Autónoma de Madrid. 2011.
<http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/CUALITATIVAS/LOGISTICA/regresion-logistica.pdf>

De este modo la exponencial de los coeficientes β_i de las covariables, es decir e^{β_i} nos permitirá obtener el odds ratio o razón de probabilidades de la variable, es decir, la proporción de incremento de probabilidad de tener conducta adaptativa por cada unidad adicional de x_i supuesto constante el efecto de todas las demás covariables.

En lugar de la transformación logit se podría haber utilizado un modelo probit, que en vez de asumir una distribución logarítmica toma una distribución normal de la probabilidad, de modo que el cálculo se debe hacer por integración. La única diferencia entre ambas a nivel de resultados se observa en muestras pequeñas, por lo que aquí se utiliza logit por ser de uso más habitual.

Nuestro modelo logit será construido por un procedimiento de máxima verosimilitud iterativo que automáticamente desarrolla el software especializado SPSS. El programa se iniciará con valores arbitrarios de los coeficientes de regresión y construirá un modelo inicial para la predicción de los datos observados. A continuación, evaluará los errores de tal predicción y cambiará los coeficientes de regresión con el fin de hacer que la probabilidad de los datos observados sea mayor bajo el nuevo modelo. Este procedimiento se repite hasta que el modelo converge - es decir, hasta que las diferencias entre el modelo más nuevo y el anterior son triviales.

En cuanto a la especificación de modelos específica para nuestro caso, también utilizaremos un proceso iterativo de introducción de covariables obteniendo diferentes formulaciones de acuerdo a lo que establece la teoría a validar, es decir, utilizando variables descriptivas de las condiciones personales y del entorno que sean particularmente importantes y significativas. Estas especificaciones responden a lo que podríamos denominar **“modelo de ajuste persona-entorno aplicado a la disposición de elementos de accesibilidad en la vivienda de las personas mayores según la encuesta EDAD2008 y SHARE W4”**. La especificación presentada es aquella en la que la contribución de las variables independientes a los resultados del modelo se maximiza, en términos de significatividad y ajuste del modelo, además de cumplir los siguientes criterios de selección:

1. Se escogen variables que resultan más significativas en el modelo estimado y que no reducen el tamaño muestral de forma significativa, dado que hay preguntas en las encuestas citadas que no se han realizado en todos los casos, países u oleadas.
2. Las variables incluidas son estadísticamente significativas dentro del modelo.
3. Los valores de ajuste del modelo (verosimilitud y R^2 mejoran con la introducción de las variables a pesar de que en datos cross-section como los utilizados este descriptor tiene escasa relevancia.
4. Las variables no están muy correlacionadas, no presentan multicolinealidad elevada, esto es:
 - a. Pequeños cambios en los datos o en la especificación NO provocan grandes cambios en las estimaciones de los coeficientes.
 - b. La estimaciones de los coeficientes NO presentan signos distintos a los esperados NI magnitudes poco razonables

Entre los objetivos clave del análisis de regresión se encuentra pronosticar nuevas observaciones, lo que en este caso sería la probabilidad de disponer de adaptaciones de acuerdo a los valores escogidos

para las variables independientes. Pero no es nuestro objetivo en este caso, de modo que sólo nos centraremos en los valores de las relaciones entre variables y su capacidad explicativa del fenómeno de las adaptaciones.

1ª PARTE: Verificando la Adaptación Persona-Entorno en España: la Encuesta EDAD 2008

2.3. LA ENCUESTA EDAD 2008

El INE ha realizado ya tres macro-encuestas sobre discapacidad: en 1986, 1999 y 2008. Se trata de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM1986), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES1999) y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008). En ellas se sistematiza el estudio sobre la extensión y características de las discapacidades en España, las condiciones sociales, barreras y percepciones de las personas con limitación funcional y sus hogares.

Como señala el INE en su página web²⁸: “Estas encuestas cubren buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España”.

El objetivo de la última encuesta sobre discapacidades, EDAD2008 es, además, atender la demanda de información para el Sistema Nacional de Dependencia, proporcionando una base estadística que permitiese guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia.

De acuerdo a los criterios establecidos por el INE en esta encuesta, y una vez aplicados los factores de elevación correspondientes, ofrece el resultado de que en 2008 había en España 3,8 millones de personas con discapacidad, un 8,34% de la población.

La encuesta aplica su propio concepto de Discapacidad, diferente al que la OMS estableció en 2001 con la CIF (ver cap.1). En la CIF es difícil distinguir entre “actividades” y “participación” y por ello la clasificación facilita una única lista de actividades/participación dejando al usuario la decisión, en función de sus propios criterios operativos, de diferenciar entre ambos conceptos. Aunque la CIF engloba bajo el término discapacidad el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, en la EDAD2008 el concepto de discapacidad se ha identificado como “toda limitación importante para realizar una actividad que dure o que se prevea que dure más de un año y tenga su origen en una deficiencia” (INE 2010:13). Hay que tener en cuenta que las personas pueden realizar un sinnúmero de actividades, pero en EDAD2008 sólo se han caracterizado un número limitado de ellas, concretamente 44 (ver lista más adelante).

²⁸<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>. Visitada el 4 de octubre de 2014

La EDAD-2008, lo mismo que las dos macro encuestas anteriores, sólo recoge con precisión el momento inicial (enfermedad, accidente o trastorno de la salud) y las dos primeras secuencias de la clasificación (deficiencias y discapacidades) sin apenas incluir elementos de la tercera (minusvalías). De este modo, el recuento de deficiencias y discapacidades permite establecer una clasificación objetiva y jerarquizada en el plano del individuo, pero sin incluir los factores sociales (ambientales y personales) implicados en el proceso, especialmente las estrategias adoptadas por el sujeto afectado, por su familia y demás agentes e instituciones para asumir y abordar la discapacidad (Colectivo Ióé, 2012:23)

El trabajo de campo de EDAD 2008 duró 4 meses (noviembre 2007- febrero 2008) mediante muestreo bietápico estratificado a partir de una clasificación de municipios en 9 rangos de tamaño. Las secciones se han seleccionado de forma equiproporcional en cada rango y con muestreo aleatorio dentro de ellas.

Para cubrir los objetivos de la encuesta de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad al nivel nacional, de Comunidad Autónoma y provincial, y teniendo en cuenta la precisión de los resultados obtenidos en la anterior encuesta de discapacidades realizada en 1999, se determinó un tamaño muestral inicial de 88.725 viviendas distribuidas en 3.550 secciones censales, siendo 25 el número de viviendas en las que se realizó entrevista en cada sección. Para atender las necesidades de algunas Comunidades Autónomas de obtener datos más desagregados, el tamaño se fue incrementando hasta alcanzar un tamaño de muestra final de 96.075 viviendas y 800 centros residenciales.

El resultado es que la muestra de EDAD2008 recaba datos de más de 250.000 individuos, de los que extrae el grupo específico de interés, las personas con discapacidad (cerca de 23.000), a las que aplica cuestionarios específicos, que incluyen preguntas relacionadas con las características personales: educación, vivienda, trabajo, asistencia personal, etc.

La encuesta contó con tres cuestionarios relativos a la discapacidad y un cuarto sobre cuidadores/as principales. La persona representante del hogar que ha respondido al menos el primer cuestionario (Hogar) debía aportar información sobre cada uno de los miembros y si éstos pudieran tener dificultad en realizar alguna de esas actividades (sin ayudas técnicas externas ni ayudas personales), en cuyo caso esa persona sería considerada una persona con discapacidad y sería aplicado el segundo cuestionario (Discapacidad). De forma más concreta, el contenido de los cuestionarios es el siguiente:

- **Cuestionario de HOGAR.** Es el cuestionario genérico realizado a toda la muestra en una primera fase en la que se ha intentado captar a las personas del hogar que tienen alguna discapacidad. La encuesta se ha pasado a la persona de referencia del hogar, su cónyuge o pareja u otra persona que en ese momento estuviese en el hogar, y que estuviese suficientemente informada. Incluye una serie de preguntas que trataban de determinar las discapacidades que pudiera tener cada persona residente en el hogar, así como recoger información sobre características sociodemográficas de sus miembros y otros datos del hogar.

Para ello se ha considerado un *hogar* a la persona o grupo de personas que residen habitualmente en una vivienda familiar y comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. La persona de referencia del hogar es aquella que, residiendo habitualmente en ese hogar, es la que más aporta periódicamente al presupuesto del hogar. Como norma general, el informante debe ser la persona de referencia del hogar, pudiendo ser sustituida por otros miembros de su familia o de su hogar en caso necesario.

El método de recogida de información para este cuestionario es el de entrevista personal, complementada cuando fuera necesario mediante entrevista telefónica

- **Cuestionario de DISCAPACIDAD.** Es el cuestionario que responden los individuos, mayores de 6 años, que habían afirmado tener discapacidad de cualquier tipo en el cuestionario genérico. Este cuestionario debía ser respondido, siempre que fuese posible, por la persona objeto de entrevista. No obstante, se admite la respuesta de otra persona (cónyuge o pareja, madre, padre, hijo, hija, persona cuidadora) en determinados casos.
- **Cuestionario de LIMITACIONES.** Es aquel dirigido a la población menor de 6 años que en el cuestionario Hogar resultase tener alguna limitación de las investigadas, debía ser respondido por los padres o tutores del menor. No será utilizado en este estudio
- **Cuestionario de CUIDADORES/AS PRINCIPALES:** destinado a obtener información de las características demográficas y sociales de las personas cuidadoras; del grado de profesionalización, del tiempo dedicado y tipos de cuidados, etc. No será utilizado en este estudio.

Para el análisis se han utilizado los microdatos, descargables desde la página web del INE, que han sido tratados mediante el paquete estadístico SPSS v. 20.

La población encuestada sobre la que se centrará nuestro análisis está constituida por aquellos individuos que se han identificado como personas con limitaciones o discapacidades en el primer cuestionario aplicado, "Cuestionario de Hogar", y que son mayores de 6 años. Estas personas, que –a continuación- han respondido al "Cuestionario de Discapacidad" son un 9 % de la población sobre la que se recoge información en el "Cuestionario de Hogar". A través de las preguntas de ambos cuestionarios se extraerá la información relativa a las características funcionales de la persona y de su entorno físico, especialmente las características de su vivienda, que serán utilizadas en el estudio.

Los resultados se trabajan a nivel de la muestra recogida en EDAD2008, por lo que algunos datos agregados podrían diferir de los que se obtendrían al ponderar de acuerdo a los coeficientes multiplicadores que ofrece el INE, y que permiten elevar los resultados para obtener representatividad a nivel del universo de estudio. Se debe tener presente que en este trabajo no se pretende derivar un análisis de representación territorial de los resultados de EDAD2008, excepto a los efectos de los objetivos parciales y comparativos planteados.

La Tabla 2.1 incluye los tamaños muestrales de la población comprendida en la encuesta, aquella sobre la que se ha recabado información (258.187), y de la que se ha extraído la submuestra de personas con discapacidad, a la que se ha aplicado un cuestionario específico (22.795).

Tabla 2.1. Comparativa entre las diferentes muestras: Cuestionario "Hogar" y cuestionario "Discapacidad"²⁹

Cuestionario	N	Hombres	Mujeres	Media de edad (años)
"Hogar"	258.187	49,0%	51,0%	40,58
"Discapacidad"	22.795	40,0%	60,0%	65,97

Fuente: Elaboración propia. EDAD2008. INE

Como vemos, la mayor prevalencia de discapacidad se da entre las mujeres, lo que a su vez se explica en buena medida por su mayor longevidad. La condición y grado de discapacidad de las personas del hogar se puede extraer, en una primera instancia, de la siguiente pregunta realizada a la persona representante en relación con cada uno de los miembros del hogar:

■ *¿Se ha visto limitado/a para realizar las actividades que la gente habitualmente hace, debido a un problema de salud o discapacidad? Conteste Sí sólo, si esta limitación ha durado o prevé que dure más de 1 año.*

1. Sí, gravemente limitado
2. Sí limitado pero no gravemente
3. No

Los resultados principales de esta pregunta se presentan en la siguiente tabla

Tabla 2.2. Respuestas a la pregunta C.7. Cuestionario Hogar

¿Limitado por salud o discapacidad?	N	%
Sí, gravemente	8.690	3,4
Sí, pero no gravemente	16.717	6,5
No	232.551	90,1
No contesta	229	0,1
Total	258.187	100

Fuente: Elaboración propia. EDAD2008. INE

Pero no todas las personas sobre las que se ha respondido afirmativamente en este cuestionario se han considerado personas con discapacidad a efectos de la encuesta y de nuestro trabajo, pues en tal caso el tamaño de esta categoría dependería del testimonio del representante del hogar y no de criterios unificados de acuerdo al diseño de la encuesta. Para este cálculo se incluyen aquellas personas que en el recuento de discapacidades concretas, mediante el Cuestionario de Discapacidad, presentan al menos una de las 44 analizadas. Éstas suman en total 23.176 personas, que constituyen un 8,98% de la muestra válida. A partir de los criterios establecidos por el Instituto Nacional de Estadística, al elevar estos resultados muestrales a la población total se llega a la cifra de 3,8 millones de personas con limitación o discapacidad en España, lo que supone una *tasa de prevalencia* del 8,34% respecto a la población total del país.

Hay que considerar, por otra parte, que el número de personas con discapacidad recogidas es bien diferente del de aquellas personas que figuran oficialmente registradas como tales (o *minusválidas* según las denomina el cuestionario). El número de éstas se obtiene mediante la siguiente pregunta:

■ *Por motivo de alguna discapacidad, problema de salud o enfermedad, ¿dispone del certificado de minusvalía con grado igual o superior al 33%?*

La pregunta fue respondida por los representantes de hogar de forma positiva en relación con un 4,7 % de las más de 258.000 personas investigadas. Es decir, aproximadamente la mitad del número de personas que declaran tener alguna discapacidad están oficialmente consideradas como tales.

Para verificar la hipótesis inicial de que esta población con discapacidades manifiesta conductas adaptativas de acuerdo con sus condiciones personales y de entorno, debemos comenzar por identificar las variables que configuran ambos lados de la función, esto es, la variable o variables con las que vamos a representar el comportamiento adaptativo (variable dependiente) y las variables personales y de entorno (variables independientes o covariables) que lo van a explicar. Partiremos para ello de las preguntas que se plantean en la encuesta y según las distintas especificaciones del modelo que podamos considerar.

2.4. VARIABLES DEPENDIENTES VINCULADAS AL COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO

Se debe intentar identificar dentro del cuestionario de EDAD2008 una variable que pueda recoger un tipo de comportamiento que entenderemos como conducta adaptativa, y que de acuerdo a los supuestos vistos en el apartado 2.1 se corresponde con un *proceso de ajuste y alteración de una estructura o edificio y/o su entorno para ajustarse o cumplir nuevas condiciones de acuerdo a las necesidades funcionales de sus residentes*.

Una variable idónea sería aquella que recogiera la realización efectiva de adaptaciones funcionales en la vivienda o su entorno por parte de los miembros del hogar, pero ninguna pregunta recoge directamente esta información en la encuesta, por lo que deberemos recurrir a alguna otra variable que nos sirva de *proxy* para deducir ese tipo de conducta o comportamiento. Entre los conceptos que consideramos que podrían ayudar a identificar la adaptación estarían:

1. la recepción de servicios específicos que se pudieran considerar dirigidos a la adaptación
2. la compra de ayudas técnicas personales,
3. la realización de gastos destinados a mejoras y equipamientos en el hogar.

Entendemos que cualquiera de esos comportamientos estarán dirigidos a reducir el “gap”³⁰, estrés o desajuste que se deriva de las necesidades de la persona con limitaciones funcionales y las condiciones de su vivienda o entorno inmediato. Y estos comportamientos sí que se pueden deducir de los cuestionarios de Hogar y Discapacidad de la encuesta.

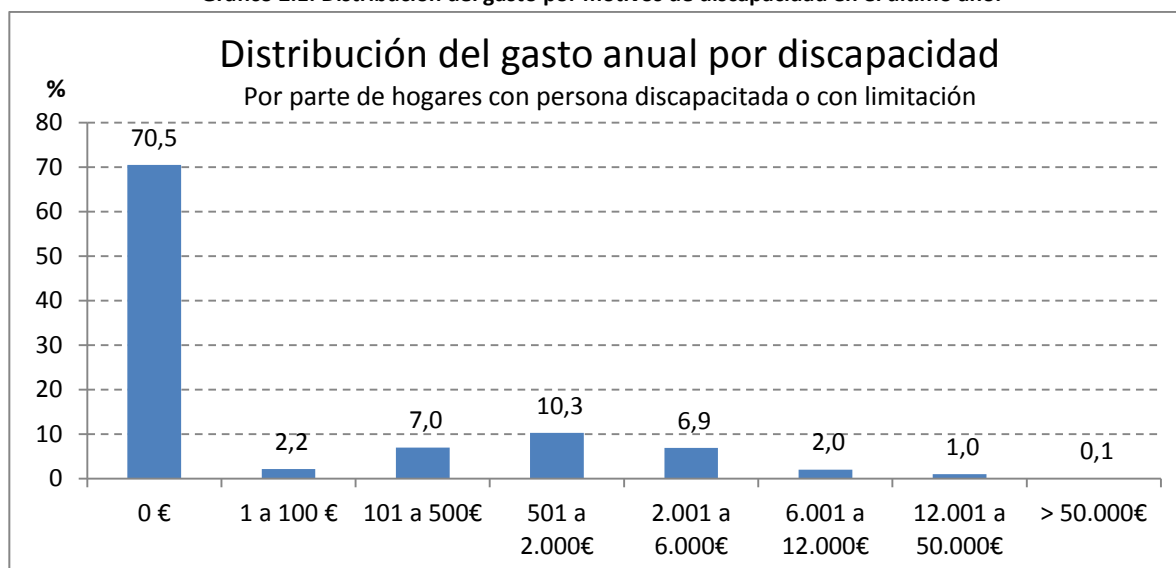
Un primer comportamiento adaptativo se podría derivar del tipo de gasto realizado en aquellos hogares que han respondido una cantidad superior a 0 en la pregunta 1 del Módulo "Gasto debido a Discapacidad" página 24 del cuestionario Hogar:

■ *Por favor, ¿cuánto dinero ha gastado su hogar en los últimos 12 meses de su propio bolsillo (es decir, sin ayuda económica), debido a las discapacidades o limitaciones de los miembros de su hogar?*

Un 29,5%³¹ de las 23.176 personas de la muestra identificadas con discapacidad o limitación residen en hogares donde se ha realizado ese tipo de gasto con fondos propios. El otro 70,5% no habría realizado ningún gasto específico o la persona que responde lo desconocería. La distribución por clases de las respuestas dadas a esta pregunta se muestra en el Gráfico 2.1.

La media aritmética del gasto, incluyendo aquellos cuyo gasto es 0, es de 865,53 euros. El nivel de gasto máximo recogido asciende a 180.000 €, y la desviación típica es de 3.917,35 euros. Los percentiles 25 y 50 coinciden con el valor 0, mientras que el percentil 75 coincide con el valor 500.

Gráfico 2.1. Distribución del gasto por motivos de discapacidad en el último año.



Fuente: Elaboración propia. EDAD2008. INE

Aunque estos gastos se realizan como consecuencia de la discapacidad, es evidente que sólo una parte de ellos estará específicamente asociada a la mejora funcional o del entorno, como para poder

³⁰ Ver “modelo gap” en Cap. 1

³¹ Sin considerar un 8% de “valores perdidos”

ser representativos del “comportamiento” buscado. Por ello debemos complementar la información de gasto con el propósito a que éste ha ido destinado, para lo cual disponemos de la Pregunta 2 del Módulo "Gasto debido a Discapacidad", página 25 del cuestionario Hogar:

■ *De la siguiente lista de gastos, ¿cuáles son los tres en los que se ha realizado en los últimos 12 meses un mayor gasto monetario debido discapacidades o limitaciones?*

1) Ayudas técnicas

2) Adaptaciones

3) Asistencia personal

4) Tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores, rehabilitadores

5) Fármacos

6) Transporte y desplazamiento

7) Escolarización, formación, aprendizaje, adiestramiento

8) Vivienda

9) Equipamiento y suministros del hogar

10) Ropa, útiles personales de uso común

11) Defensa de derechos, protección legal

12) Protección (previsión) económica

13) Trámites, gestión, administración

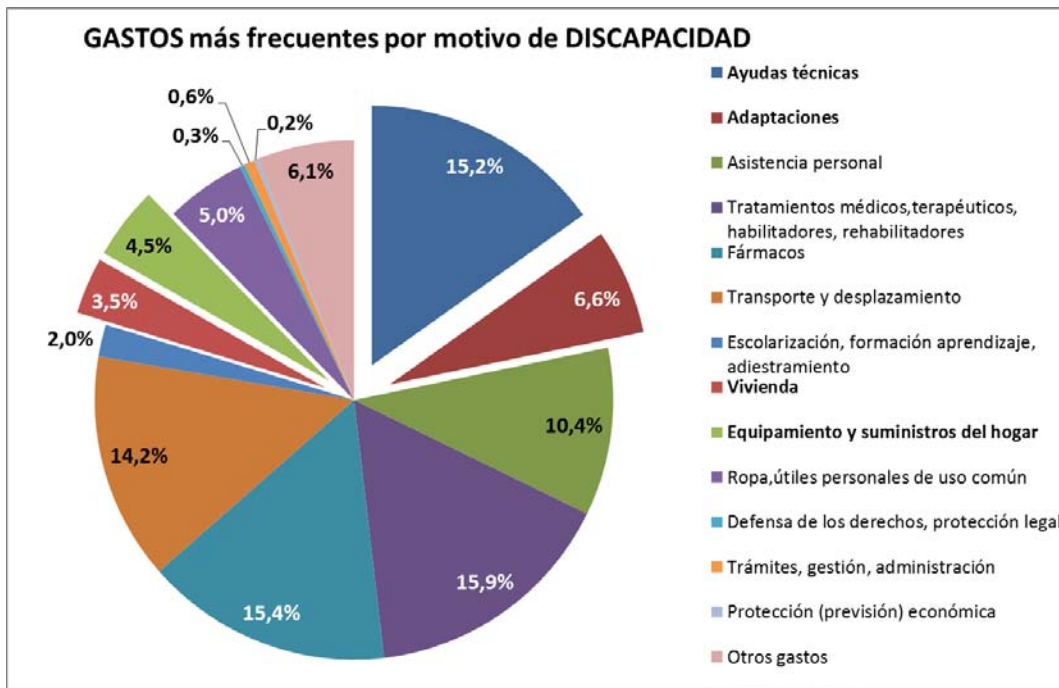
14) Otros gastos

Se han identificado (resaltados en negrita) los cuatro ítems que hemos considerado como vinculados con comportamientos adaptativos: *la compra de ayudas técnicas (1), la realización de adaptaciones (2)*, los destinados a *vivienda (8) y a equipamiento y suministros de hogar (9)*, siempre vinculados de manera específica con la discapacidad que tiene la persona, pues como indica la pregunta se trata de gastos cuyo origen es “debido a estas discapacidades o limitaciones”.

De acuerdo al texto de la pregunta, los encuestados debían escoger tres de entre la lista de catorce en los que habían realizado mayor gasto en el último año, pero sin identificarlos de manera ordenada. Debido al diseño del cuestionario no es posible obtener el gasto correspondiente a cada uno de los 14 ítems individualmente, pero podremos diferenciar a los hogares que al menos citan uno de los gastos seleccionados como indicadores de actitudes o conductas adaptativas. Los sectores extraídos del círculo corresponden a los cuatro que se van a considerar en el modelo, y que de ahora en adelante consideraremos como gastos vinculados a conductas adaptativas. Las respuestas que incluyen alguno de estos gastos suman un 29,8% del total.

Como muestra el Gráfico 2.2, los gastos dedicados a tratamientos médicos y fármacos son los más veces citados, con un 15,9% y 15,4%, respectivamente, seguidos de cerca por el primero de los seleccionados para nuestro estudio: el gasto en ayudas técnicas, con un 15,2% del total de respuestas. A continuación y a mucha mayor distancia, los gastos en adaptaciones (6,6%), en equipamientos y suministro del hogar (4,5%) y la “vivienda” (3,5%). No se debe olvidar que se trata de gastos específicos y diferenciados para atender las necesidades de la discapacidad, por lo que un pago de alquiler o por compra de vivienda no estará considerado en esta partida.

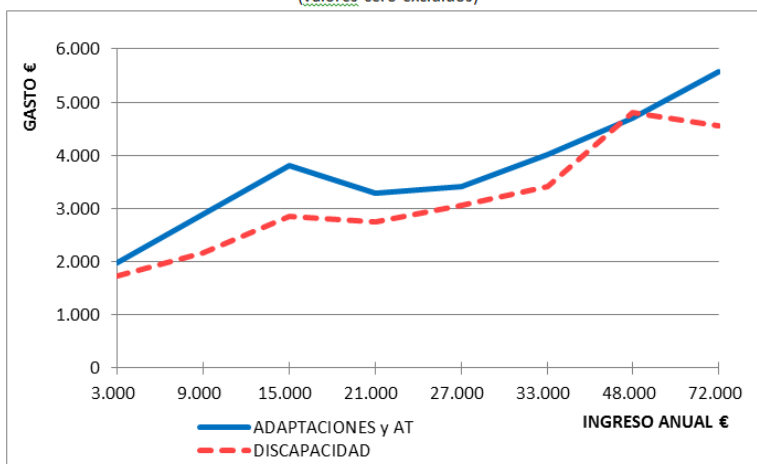
Gráfico 2.2. Tipología de gastos por motivo de discapacidad en el último año.



Fuente: Elaboración propia. EDAD2008. INE

Si analizamos el nivel de gasto de acuerdo a la renta familiar (en aquellos casos que los encuestados han respondido valores superiores a cero) obtenemos la líneas que muestra el Gráfico 2.3. De ellas se deduce en primer lugar que la proporción de renta destinada a este tipo de gasto se mueve en una horquilla de entre 2.000 y 5.000€, aproximadamente, para cualquier nivel de renta, lo que implica que la proporción de ésta destinada a la discapacidad es muy elevada, particularmente en hogares de rentas bajas.

Gráfico 2.3. Gastos por motivo de discapacidad según niveles de ingreso familiar
Medias de gastos totales vs. gastos que incluyen adaptaciones/ayudas técnicas (valores cero excluidos)



Fuente: Elaboración propia. EDAD2008. INE

En segundo lugar, aquellos hogares que realizan algún gasto en alguno de los cuatro tipos de gasto seleccionados como “comportamientos adaptativos” (línea azul en Gráfico 2.3) muestran para cualquier nivel de renta un valor medio mayor que el conjunto (línea de puntos roja). Esto demuestra que el gasto adaptativo es de gran importancia para los hogares y su contribución al gasto total por discapacidad es siempre superior a la media.

De cara a la composición del modelo comenzamos por identificar todas las personas en cuyos hogares se produce al menos uno de los gastos seleccionados, lo que utilizaremos como primera variable dependiente. Esta variable dummy, que denominaremos "**CONGASADAP**", recoge literalmente *si el hogar que tiene una o más personas con discapacidad ha declarado realizar algún gasto de los cuatro señalados (1,2,8,9 de la lista) en primera, segunda o tercera opción*. En tal caso este hecho será indicativo de que en el hogar de la persona con discapacidad se ha gastado una cierta cantidad en mejorar su "funcionamiento"³² en relación con el entorno en que vive o, lo que en términos de esta tesis denominaríamos *mejorar el ajuste persona-entorno*. La variable toma valores 1 o 0 según la persona que responde haya citado o no alguno de los gastos considerados:

- **Valor 1:** Hogar que ha señalado haber realizado gasto en al menos uno de los 4 ítems (1, 2, 8, 9) en la pregunta 2 del Módulo "Gasto debido a Discapacidad" página 25 del cuestionario Hogar.
- **Valor 0:** Hogar que no ha señalado ninguno de los ítems seleccionados en ninguna de las tres respuestas solicitadas, y por tanto hacemos el supuesto de que no ha realizado gasto en ellos.

El resumen de estas categorías principales recogidas en la encuesta se ve en la Tabla 2.3 (variable **CONGASADAP**). En ella se comprueba que hay 6.290 hogares (27,1%) que han realizado algún gasto por motivo de discapacidad. De ellos, aproximadamente la mitad (13,5%) han realizado parte o todo el gasto en alguno de los ítems citados, 1, 2, 8 o 9.

A partir de esta variable **CONGASADAP** se ha segmentado la muestra entre los hogares cuyo gasto en los ítems seleccionados supera ciertos umbrales, pues hemos considerado que los gastos de adaptación que implican mejoras en la vivienda normalmente tienen un coste elevado. Por ello hemos seleccionado como umbrales las cantidades de 500 y 2.000€ para construir dos nuevas variables dummy dependientes: **CONGASADAP500** y **CONGASADAP2000**

- **CONGASADAP500.** *Se ha realizado (o no) un gasto de 500€ o más al año en al menos uno de los ítems seleccionados: 1,2,8 o 9. Gasto que denota un comportamiento de adaptación de una cierta entidad económica. Es un gasto que, como se ve en la Tabla 2.3, realiza un 10,35% de la muestra.*
- **CONGASADAP2000.** *Se ha realizado (o no) un gasto de 2000€ o más al año en al menos uno de los ítems seleccionados: 1,2,8 o 9. Gasto importante, que denota un comportamiento adaptativo de mayor relevancia, y que realiza un 5,9% de la muestra.*

Utilizaremos **CONGASADAP500** y **CONGASADAP2000**, segunda y tercera variables dependientes en el análisis para determinar qué relación existe entre ellas y los factores relevantes que determinan una decisión de gasto o "comportamiento adaptativo" de un nivel más elevado. Los principales valores que toman las tres variables dependientes del estudio se muestran en la Tabla 2.3:

³² Utilizamos la terminología de la CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001)

Tabla 2.3: Valor límite de gasto en las variables dependientes y número de casos

*La diferencia en casos perdidos resulta de que algunos encuestados responden a los ítems pero no a la cantidad gastada

Gasto en:	CONGASADAP Gasto por discapacidad superior 500€			CONGASADAP500 Gasto por discapacidad superior 500€			CONGASADAP2000 Gasto por discapacidad superior a 2000€		
	valor 1 > 0 €	valor 0 = 0 €	Perd.	1 ≥ 500 €	0 < 500 €	Perd.	1 ≥2000 €	0 <2000 €	Perd.
algún ítem	6.290	15.027	1.859	4.555	16.762	1.859	2.446	18.871	1.859
Ítems 1,2,8 o 9	3.131	18.795	1.250	2.207	19.478	1.491	1.287	20.436	1.453
% en Ítem 1,2,8,9	13,5%			10,35%			5,9%		
N	23.176			23.176			23.176		

Fuente: Elaboración propia. EDAD2008. INE

La Tabla 2.3 nos permite comprobar cómo el número de personas que ha realizado gastos a causa de discapacidad disminuye de 6.290 a 4.555 y luego 2.446 según incrementamos el volumen de gasto mínimo considerado, primero a 500 y después a 2.000€. En todos los casos al comprobar el gasto realizado sólo en las cuatro variables (o ítems) considerados como vinculados a la adaptación, éste se reduce aproximadamente a la mitad.

Por otra parte, un dato que no aparece en la tabla es el monto medio del gasto realizado por las familias con motivo de discapacidad o limitación. Éste asciende a 2.933,3€ si consideramos todos los tipos de gasto, pero aumenta hasta 3.628,6€ si sólo consideramos aquellos que incluyen algún gasto de los que hemos considerado como “adaptativos” (ítems 1,2,8 o 9), lo que confirma la importancia de éstos conceptos específicos de gasto para las familias con personas discapacitadas.

2.5. VARIABLES INDEPENDIENTES, VINCULADAS A LAS CONDICIONES PERSONALES, FUNCIONALES Y DEL ENTORNO

Ya hemos señalado que las variables independientes o explicativas de nuestro modelo –realizado a partir del de Lewin- son las características personales (P) y características del entorno (E). Se han identificado en EDAD2008 distintas variables que representan estas categorías P y E que pudieran servir para explicar el comportamiento adaptativo:

1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES (P):
 - Variables personales y demográficas (Aptdo. 2.5.1)
 - Variables de salud y uso de apoyos (Aptdo. 2.5.1)
 - Variables de renta y disponibilidad económica (Aptdo. 2.5.2)

2. CARACTERÍSTICAS DE ENTORNO (E):
 - Variables de vivienda y condiciones del entorno (Aptdo. 2.5.3)

Para verificar nuestra hipótesis las variables seleccionadas dentro de cada uno de estos grupos deben explicaren un modelo de regresión logística, al menos parcialmente, la variable dependiente del modelo, esto es la realización de adaptaciones en el contexto del entorno físico (vivienda y alrededores) de la persona encuestada. El primer paso será realizar un breve análisis descriptivo de estas variables.

2.5.1. Variables personales, de discapacidad y funcionalidad.

La muestra está constituida en su mayoría por mujeres (más del 60%); de hecho, la prevalencia de discapacidad en las mujeres es 3 puntos superior a la de los hombres (de 9,9% a 6,8%) en esta encuesta. La edad del colectivo de personas con discapacidad es muy elevada; en términos agrupados, los mayores de 60 años representan el 67 % de la muestra, y casi un 41% tiene 75 o más años, siendo la edad media de la muestra de 64,9 años, 25 más que la población general.

La tasa de discapacidad, que hemos visto es el 8,98% de la muestra aumenta a 14% entre 65 y 75 años; y a 28% entre 75 y 85, y a partir de los 85 años la prevalencia asciende al 58% de la población (Colectivo IOÉ, 2012: 37). Esta población con discapacidad convive en pareja en más de la mitad de casos (52,4%) y en su mayoría (76,7%) no dispone de estudios o éstos son solo primarios.

En cuanto al tipo de características funcionales que identifican la relación persona-entorno, podemos diferenciar en el cuestionario entre preguntas dirigidas a caracterizar funcionalmente a la persona y las que identifican sus dificultades percibidas en el uso del entorno.

1. Grupo de variables de limitación

El apartado B del Cuestionario de Discapacidades recoge las preguntas relativas a los 44 tipos de limitación o discapacidad incluidos en la encuesta. Se entiende que la limitación es relevante para este estudio, es decir, para la consideración como deficiencia o discapacidad cuando:

1. La limitación haya durado o esté previsto é que dure más de un año (por ejemplo, quedarían descartados pequeños accidentes como lesiones menores superadas en meses), y
2. El origen de la limitación o dificultad sea un problema de salud o discapacidad

De la lista de discapacidades o limitaciones solo las relacionadas con la visión, audición, comunicación y movilidad nos interesan de cara a analizar su posible vinculación con la cantidad de gasto efectuada en los ítems 1,2,8 y 9. La Tabla 2.4 presenta estas variables agrupadas por tipo de limitación y una variable dummy creada como síntesis para cada grupo. En esta se *otorga valor 1 a los individuos que* contestan de forma afirmativa al menos a una pregunta (deficiencia o dificultad) de las incluidas y valor 0 cuando todas las respuestas son negativas, es decir, cuando la persona no tiene ninguna limitación relativa a la función analizada. Éstas dummies son las que se utilizarán en el

modelo: LIMITVIS para las limitaciones visuales, LIMITAUD para limitaciones acústicas, LIMITCOM para las limitaciones de comunicación y LIMITMOV para las de movilidad.

La Tabla 2.4 incluye el número de respuestas positivas obtenidas en cada caso lo que permite ver el grado de incidencia de cada limitación en la población con discapacidades. Un primer análisis de ésta permite destacar la elevada prevalencia de limitaciones relacionadas con la movilidad en la muestra, particularmente para salir y moverse por el exterior de la vivienda y para usar los medios de transporte. Lógicamente la incidencia de las limitaciones se hace mayor fuera del hogar y entorno más próximo. Esto puede estar relacionado con el tipo de gasto, y en concreto con el hecho de que exista un gasto elevado en ayudas técnicas, pues según Laloma (2005: 133) las discapacidades relacionadas con el desplazamiento acumulan por sí solas el 59% de la demanda de ayudas técnicas satisfecha.

Tabla 2.4: Construcción de las variables de síntesis sobre limitaciones funcionales

VARIABLE de síntesis	DEFICIENCIA o DIFICULTAD planteada	Nº respuestas positivas	% respecto a Total PCD o limitación
	Es ciego o sólo distingue la luz y la oscuridad	367	1,6
	Tiene dificultad importante para ver la letra de un periódico	4.077	17,6
	Tiene dificultad importante para ver la cara de alguien al otro lado de la calle	4.072	17,6
	Tiene alguna otra dificultad importante de visión	2.217	9,6
LIMITVIS	∑ Visión	5.964	25,7
	Es sordo/a	370	1,6
	Tiene dificultad importante para oír una alarma, una sirena u otros sonidos fuertes sin ayudas	2.588	11,2
	Tiene dificultad importante para oír una conversación con varias personas sin audífono u otro tipo de ayuda para oír	6.076	26,2
LIMITAUD	∑ Audición	6.619	28,6
	Tiene dificultad importante para hablar de manera comprensible o decir frases con sentido sin ayudas	2.450	10,6
	Tiene dificultad importante para comprender el significado de lo que le dicen los demás sin ayuda de otras personas	2.208	9,5
	Tiene dificultad importante para comprender o expresarse a través del lenguaje escrito	2.710	11,7
	Tiene dificultad importante para comprender o expresarse a través de gestos, símbolos, dibujos o sonidos	1.540	6,6
	Tiene dificultad importante para mantener un diálogo o intercambiar ideas con una o más personas a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo de lenguaje	2.443	10,5
	Tiene dificultad importante para utilizar el teléfono sin ayudas y sin supervisión	3.214	13,9
LIMITCOM	∑ Comunicación	4.445	19,2
	Tiene dificultad importante para cambiar de postura sin ayudas y sin supervisión	6.578	28,4
	Tiene dificultad importante para mantener el cuerpo en la misma posición sin ayudas y sin supervisión	6.927	29,9
	Tiene dificultad importante para andar o moverse dentro de su vivienda sin ayudas y sin supervisión	5.694	24,6
	Tiene dificultad importante para andar o moverse fuera de su vivienda sin ayudas y sin supervisión	10.149	43,8
	Tiene dificultad importante para desplazarse utilizando	9.348	40,3

	medios de transporte como pasajero sin ayudas y sin supervisión		
	Tiene dificultad importante para conducir vehículos sin ayudas	2.506	10,8
	Tiene dificultad importante para levantar o transportar con las manos o brazos un objeto sin ayudas y sin supervisión	8.379	36,2
	Tiene dificultad importante para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos sin ayudas y sin supervisión	6.033	26,0
	Tiene dificultad importante para manipular objetos pequeños con manos y dedos sin ayudas y sin supervisión	4.746	20,5
LIMITMOV	∑ Movilidad	15.272	65,9
Total Disc.	Todas las discapacidades/limit.	23.176	100

Fuente: Elaboración propia a partir del EDAD2008.

2. Grupo de variables sobre **dificultades** en la vivienda y entorno

El segundo grupo de características funcionales en EDAD2008 son las dificultades percibidas en el uso de determinados elementos del entorno. Para detectarla se planteó la siguiente pregunta:

■ *En la actualidad, a causa de la discapacidad, ¿encuentra dificultad para desenvolverse con normalidad en alguno de los siguientes lugares de su vivienda o edificio?*

El conjunto de 8 puntos concretos que detalla son: el portal de la casa, el ascensor, las escaleras, el cuarto de baño, la cocina, otras habitaciones de la casa, la terraza o patios y otros lugares de la vivienda o edificio (garaje, trasteros...). Como en el caso anterior hemos agrupado estas variables por tipos³³, en este caso por tipo de entorno, interior o exterior al edificio y obtenido dos variables de síntesis, DIFICULCASA y DIFICULCALLE (tabla 2.5) que toma valor 1 cuando los individuos contestan de forma afirmativa al menos a uno de los elementos incluidos y valor 0 cuando todas las respuestas son negativas, es decir, cuando la persona no tiene dificultad con ninguno de los elementos incluidos.

Tabla 2.5: ¿Tiene dificultad en cada uno de los elementos que se señalan?. N = 21.583

VARIABLE de síntesis	DIFICULTAD en:	Nº respuestas positivas	% respecto a Total PCD
	Portal	5077	23,5
	Ascensor	1668	7,7
	Escaleras	9910	45,9
	Cuarto baño	6927	32,1
	Cocina	5336	24,7
	Habitaciones	4386	20,3
	Terraza/patio	4330	20,1
	Otros	3602	16,7
DIFICULCASA		11.748	54,4
	Aceras: subir/bajar	8716	40,4
	Aceras: obstac. y pavim.	8252	38,2

³³ A efectos del análisis asignamos los casos No Contesta y No Procede a la respuesta negativa. En los modelos de regresión a evaluar se pretende estudiar la capacidad explicativa de la percepción de dificultades, que no se verá apenas afectada por esta asignación. En cambio, una notable reducción del tamaño muestral, como se derivaría de la exclusión de casos tan numerosos como las viviendas sin ascensor tendría efectos muy limitativos sobre el análisis.

	Cruzar calle	7801	36,1
	Identificar	5381	24,9
	Otros	3740	17,3
DIFICULCALLE		11.393	49,2

A la vista de estos resultados, un 54,4% de la muestra de personas con discapacidad manifiesta al menos una dificultad relacionada con los elementos de su vivienda (variable DIFICULCASA) y un 49,2% alguna dificultad en la calle (variable DIFICULCALLE).

Las principales dificultades en el interior de la casa se encuentran en las escaleras y en el baño, lo que coincide con otros estudios sobre el tema (Alonso 2002). Respecto al espacio exterior a la vivienda, las aceras concentran buena parte de las dificultades, tanto para subir o bajar de ellas, como para circular de manera segura. También destaca el importante número de personas con limitaciones que manifiestan problemas para cruzar la calle.

La encuesta EDAD2008 aborda también el acceso y dificultades percibidas en los medios de transporte, tanto privados como públicos, pero no se han analizado aquí esos datos por considerar que no recogen ningún efecto sobre el comportamiento adaptativo que sea de interés para este estudio. De hecho, las personas pueden hacer uso de apoyos (ayudas técnicas o tecnologías) que les ayuden en el uso del transporte público, pero de acuerdo con la idea de “cadena de accesibilidad”³⁴ éstas deberán ser utilizables y necesarias también para circular por el espacio público.

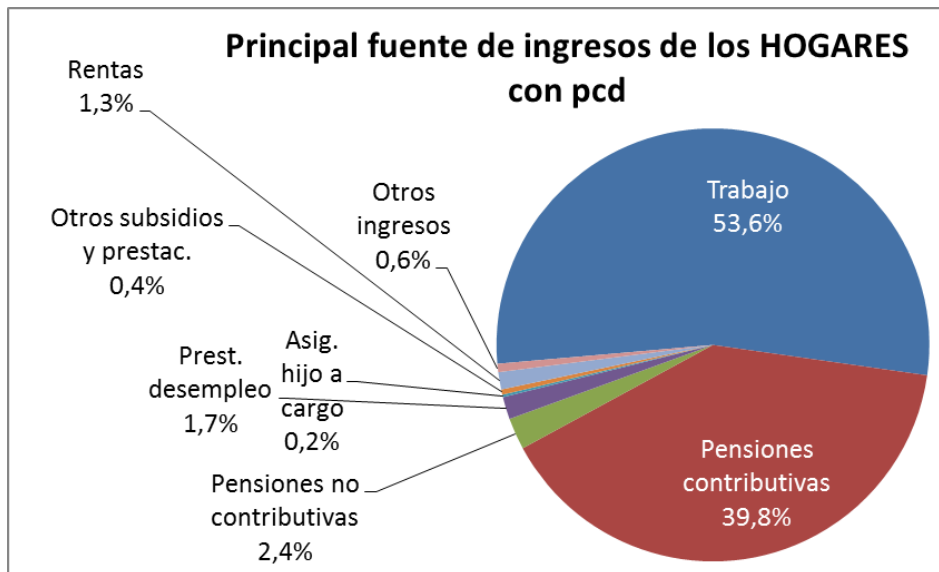
Otras variables consideradas en este apartado hacen referencia al número de personas del hogar (de 6 o más años) que tienen alguna discapacidad (N_DISCAP): en el 70% de los casos es solo una, y en un 26% son dos, con una media de 1,31 por hogar. Y también se analizan algunas variables personales, de salud, aquellas que pueden mostrar relación con el uso del entorno; por ejemplo, la gravedad de la discapacidad (LIMITGRAVE), a la necesidad de permanecer en cama de manera permanente (ENCAMA) o al hecho de tener mala o muy mala salud (MALASALUD). A la primera responde afirmativamente un 32,3% de la muestra identificada como “personas con discapacidad”, y un 3,6% y 29,5% respectivamente a las otras dos.

2.5.2. Variables de actividad económica e ingresos del hogar

Las condiciones económicas de los hogares determinan en cierta medida el gasto en adaptaciones o apoyos. Unas preguntas de la encuesta permiten identificar los distintos orígenes de los ingresos familiares y su fuente principal de procedencia. El Gráfico 2.3 muestra los resultados de esta última pregunta basada en 10.275 respuestas válidas.

³⁴ La idea de “cadena de accesibilidad” indica que la conexión del punto de origen y destino se debe producir de manera continua y sin rupturas para personas con distintas capacidades funcionales. Para ello se deben conectar todos los eslabones de la cadena mediante soluciones accesibles.

Gráfico 2.4: Actividad económica de los hogares que tienen algún miembro con discapacidad



Fuente: Elaboración propia. EDAD2008.INE

Del Gráfico 2.4 se deduce que en los hogares que tienen alguna persona con discapacidad la realidad laboral y económica está muy dividida entre aquellas que perciben rentas del trabajo (53,6%) y las que perciben algún tipo de transferencia pública: pensiones, subsidios o asignaciones. En concreto, un 43,9% percibe algún tipo de pensión, prestación o subsidio (un 39,8% del total son pensiones contributivas). En otra pregunta de la encuesta un 6,1 % de los hogares encuestados declara haber recibido alguna prestación social extraordinaria en el último año, de una media de 1.639,17€ (s.d. 3.434,28). Todo ello denota que estamos ante una muestra de elevada edad, en gran medida económicamente pasiva y con gran dependencia de las rentas procedentes del sector público.

Gráfico 2.5: Actividad económica de las personas con discapacidad



Fuente: EDAD2008.INE Elaboración propia

La actividad económica de las personas con discapacidad en el momento de la encuesta se recoge en la pregunta 12 del cuestionario Hogar. Las respuestas, agrupadas como indica el Gráfico 2.5, muestran unas tasas muy bajas de participación en el mercado laboral, apenas un 13,3% de población activa y una gran dependencia de las pensiones, contributivas o no, que asciende

al 67% del total. La presencia de estudiantes es también muy baja. En cambio, como es lógico, destaca la gran proporción de clase pasiva en esta muestra, sobre todo dominada por el gran número de pensionistas y personas dedicadas a las tareas del hogar.

En cuanto a los ingresos monetarios percibidos por el hogar donde reside alguna persona con discapacidad, éstos se recogen en la encuesta de forma agregada para todos sus miembros, con

unos resultados que se muestran en la Tabla 2.6. Las respuestas obtenidas muestra una realidad en la que casi un 43% de los hogares ingresan menos de 1.000€ al mes, y tan sólo un 15% ingresa por encima de 2.000€/mes, lo que encaja con el perfil de pensionistas de que está mayoritariamente compuesta esta muestra.

Tabla 2.6 : Ingresos mensuales de los hogares con personas con discapacidad

Ingresos mensuales del hogar	N	%
Menos de 500 euros	2.104	9,1
De 500 a menos de 1000 euros	7.744	33,5
De 1000 a menos de 1500 euros	5.297	22,9
De 1500 a menos de 2000 euros	2.979	12,9
De 2000 a menos de 2500 euros	1.557	6,7
De 2500 a menos de 3000 euros	954	4,1
De 3000 a menos de 5000 euros	653	2,8
De 5000 a menos de 7000 euros	80	0,3
De 7000 a menos de 9000 euros	18	0,1
De 9000 y más euros	24	0,1
NC	1.725	7,5
Total	23.135	100

Fuente: EDAD 2008, INE

Los datos también nos permiten vislumbrar la existencia de una correlación entre pobreza y discapacidad sobre la que no incidiremos pero que fue analizada con mayor detalle, a partir de los datos de esta misma encuesta por el Colectivo Ioé (2012: 40), que señaló:

la tasa de prevalencia de personas con discapacidad entre 0 y 64 años en función del nivel de la renta varía desde el 1,7% en los hogares con más ingresos (por encima de 5.000 euros/mes) al 11,3% en los de capacidad inferior (por debajo de 500 euros/mes), con una progresión constante por tramos de renta. Si la renta media de los hogares con personas con discapacidad de menos de 65 años era de 1.433 euros/mes,(4) en la media general de hogares sin discapacidad era un 25% superior (1.784 euros/mes).

Las limitaciones de gasto que se derivan de esta situación afectan sin duda a la capacidad de superar los efectos de la discapacidad –aunque sea parcialmente- mediante la adquisición de los productos y servicios comprendidos en las cuatro categorías conceptualizadas como “adaptación”.

Efectos territoriales en el gasto de los hogares con persona discapacitada o limitación funcional

Se han explotado datos de municipio (según la clasificación por tamaños que ofrece la encuesta) y de comunidad autónoma. Al analizar el gasto total de los hogares por motivo de discapacidad las comunidades autónomas se ordenan de forma relativamente similar a la renta per cápita, siendo las comunidades más ricas las primeras de la tabla de gasto y las menos ricas las de la base de la tabla, aunque existen algunas excepciones, como el caso de las Islas Baleares.

Si solo incluimos en el análisis los gastos realizados en las categorías 1,2,8 y 9, equivalentes a Ayudas Técnicas, Adaptaciones, Vivienda, Equipamiento y Suministros del hogar, se producen cambios notables respecto a la ordenación anterior, como muestra la Tabla 2.7.

Tabla 2.7: Gastos por motivo de discapacidad según comunidad autónoma

Comunidad Autónoma de residencia	Gasto medio todos los items	N	Desviación Estándar	Probabilidad de gasto en 1,2,8,9	N	Desviación Estándar
Cataluña	1.543,23	1552	7690,6	0,16	1.579	0,37
País Vasco	1.355,51	823	8140,3	0,16	863	0,362
Com. Foral de Navarra	1.213,51	526	3586,3	0,22	544	0,413
Cantabria	1.210,75	308	2900,6	0,17	306	0,373
Galicia	1.068,50	1929	4764,3	0,15	1.999	0,36
La Rioja	999,70	196	3276,8	0,17	207	0,38
Comunitat Valenciana	933,44	1735	3076,5	0,18	1.797	0,384
Comunidad de Madrid	924,84	960	2957,0	0,14	991	0,343
Principado de Asturias	839,43	509	3439,8	0,09	516	0,285
Región de Murcia	786,35	689	2293,7	0,19	703	0,395
Andalucía	764,71	4882	3214,7	0,13	5.056	0,334
Illes Balears	752,79	340	2358,5	0,1	343	0,303
Ceuta y Melilla	716,00	322	2472,5	0,12	322	0,323
Canarias	671,49	734	1680,9	0,16	742	0,365
Castilla y León	661,31	2602	2274,7	0,13	2.697	0,341
Aragón	568,53	842	2042,1	0,14	868	0,344
Castilla - La Mancha	563,07	1564	3047,8	0,1	1.566	0,303
Extremadura	500,49	804	1499,7	0,13	827	0,341
Total	865,53	21.317	3.917,3	0,14	21.926	0,35

Fuente:Elaboración propia. EDAD2008.INE

Vemos que Navarra es la comunidad autónoma que presenta mayor probabilidad de gastar en los items 1,2,8,9. Murcia, Valencia y Cantabria se introducen por encima de otras con mayor renta per capita, como Cataluña o País Vasco en el gasto destinado a adaptaciones, ayudas técnicas, etc. (el grupo de gastos 1,2,8,9). A ello contribuye el diseño de la pregunta formulada en la encuesta. Si en el primer caso la ordenación responde al valor medio del gasto realmente efectuado (siempre de acuerdo al testimonio del encuestado/a), en este segundo caso sólo las comunidades que han incluido en más ocasiones los conceptos de gasto estudiados entre sus tres opciones de compra prioritaria. Sigue habiendo una cierta ordenación por renta, pero la justificación de ese resultado es más compleja al establecerse de acuerdo a prioridades de gasto y no de cuantía.

Para aproximarnos más a la vinculación entre rentas por zona geográfica y gasto en adaptaciones por la discapacidad haremos agrupaciones regionales y municipales. Para ello escogemos a Extremadura y Andalucía como representantes de las comunidades de menor renta y Cataluña, Navarra, País Vasco y Baleares como representación de las más ricas. En el primer caso se trata de un 26,36% de la muestra y en el segundo un 20,6%, por lo que son dos muestras con un tamaño suficiente para la comparación. Para completar el análisis territorial analizamos la propensión a realizar adaptaciones

de acuerdo al tamaño de los municipios de residencia. Consideramos dos grupos: hogares pertenecientes a municipios de menos de 10.000 habitantes y de más de 50.000 habitantes. En este caso se trata de un 31,29 y 46,17% de la muestra, respectivamente. La Tabla 2.8 presenta los resultados de la comparativa de medias³⁵.

Tabla 2.8. Comparativo de medias en gasto por discapacidad según rentas (CC.AA) y tamaño (municipios)

TERRITORIO	MEDIA INGRESOS/AÑO Nº observ. (S.D.)	MEDIA GASTO TOTAL, €, Nº observ. (S.D.)	MEDIA GASTO ADAPTACIÓN. € Nº obs. (S.D.)	Δ gasto adap./total
CC.AA. renta baja: Andalucía, Extremadura	13.536,9 5.725 (8.987,4)	2.654,5 1.558 (5.335,6)	3.423,3 664 (7.330,0)	29,0%
CC.AA. renta alta: Cataluña, Navarra, País Vasco, Baleares	19.038,0 4.234 (13.331,8)	3.970,6 1.333 (10.583,9)	4.989,3 637 (14.136,8)	25,7%
Δ CC.AA renta alta/baja	40,6%	49,6%	45,7%	
Municipios pequeños: <10.000 habs.	13.900,0 6709 (9.965,7)	2.727,7 6.648 (6.036,5)	3.451,9 809 (7.688,9)	26,5%
Municipios grandes: >50.000 habs.	16.557,0 9.840 (11.531,2)	2.989,0 9.805 (6.041,5)	3.565,08 1.382 (7.815,0)	19,3%
Δ Munic. grande/peq.	19,1%	9,6%	3,3%	
TOTAL	15.565,39 21.410 (10.954,7)	2.933,3 6.290 (6.778,4)	3.628,6 2.823 (8.962,4)	23,7%

Fuente:Elaboración propia. EDAD2008.INE

La Tabla 2.8 muestra que hay efectos territoriales y de renta importantes en el gasto por motivo de discapacidad y en el gasto específico en adaptación. Las diferencias son claras, aunque más notables entre comunidades autónomas con diferente renta que entre municipios de diferente tamaño. Algunas conclusiones a partir de la tabla:

- El nivel de renta determina el gasto en discapacidad por encima de los efectos territoriales. El efecto de la renta regional es más acusado que el de aglomeración
- Este efecto se debe en buena medida a que las diferencias de renta son más acusadas entre comunidades que entre municipios por sus tamaños. Mientras la riqueza de las regiones determina el nivel de gasto, esto no ocurre con el tamaño de la población. Si el diferencial de gasto es superior en un 9% al de ingresos entre las comunidades autónomas seleccionadas, éste es inferior en un 9,5% entre municipios de distintos tamaños.
- La media de gasto de los hogares en adaptaciones siempre es superior que en gastos generales por discapacidad. Aquellos hogares que han señalado alguna opción 1,2,8 o 9, tienen un gasto medio superior en un 23,7% respecto a la media general. Apenas se da diferencia de gastos entre municipios por tamaños.

La conclusión más clara y relevante de este análisis es que el gasto en discapacidad es muy sensible a los niveles de renta y poco a los de aglomeración territorial; en concreto el que específicamente se

³⁵ Para la comparativa de gastos se han excluido los hogares que gastan 0 en adaptaciones/apoyos

destina a adaptaciones apenas es sensible a este último efecto, a pesar de las diferencias de renta. En cuanto a los gastos en adaptaciones persona-entorno y ayudas técnicas en concreto, los hogares residentes en comunidades autónomas de renta alta también gastan cantidades considerablemente más elevadas que las de renta baja, pero la diferencia aumenta más que en relación con los gastos generales dedicados a la discapacidad.

Por la parte del tamaño municipal hemos comprobado los hogares de municipios de mayor tamaño, a pesar de aglutinar mayor renta, este factor apenas incide sobre un mayor gasto en discapacidad, y menos aún en adaptaciones.

2.5.3. Variables explicativas de características del entorno

Utilizando terminología de Lewin, se puede afirmar que el "campo" físico, es decir, el entorno del individuo es un factor determinante a la hora de configurar su comportamiento. La encuesta EDAD2008 aporta información referente a las características de la vivienda³⁶, que es el campo físico donde se desenvuelve la mayor parte de la vida de muchas personas con discapacidad, sobre todo aquellas con edad avanzada (Oswald et al., 2007). Algunos de los datos básicos descriptivos que aporta la encuesta sobre el entorno se han introducido como covariables en el modelo para analizar si las características físicas de la vivienda pueden incidir sobre las conductas adaptativas.

Una de estas variables es la tipología de edificio en que se sitúa el hogar donde viven personas con discapacidad. Existe casi la misma proporción de viviendas unifamiliares y edificios de pisos en la muestra, y un 20,9% de los encuestados reside en un edificio de pisos sin ascensor. Este tipo de hogares tienen menores niveles de renta y menor disposición de gasto en relación con la discapacidad, como muestra la Tabla 2.9.

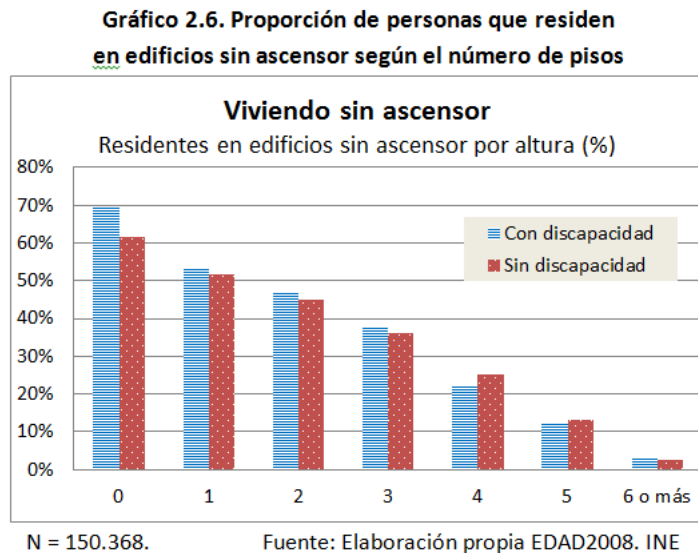
Tabla 2.9. Media de ingresos y gastos por discapacidad en hogares residentes en edificios de pisos

Tipo de edificio	N	Ingresos/año (s.d.)	Gasto/año discapacidad (s.d.)
Con ascensor	6.725	18.066,02 (12.010,63)	1.097,46 (4.285,8)
Sin ascensor	4.516	13.956,38 (9.113,73)	573,06 (1.934,15)
Total	11.241	16.415,00 (11.122,97)	888,23 (3549,25)

Hay que destacar que los valores de gasto anual medio que figuran en la tabla resultan bajos pues recogen a un 64,8% de la muestra con discapacidad que declara no realizar ningún gasto por este motivo.

³⁶ No obstante, la información que se puede extraer de las preguntas planteadas sobre este tema es muy limitada, pues la encuesta recoge fundamentalmente percepciones -de barreras y problemas encontrados en el entorno por el encuestado- y no una información descriptiva y concreta sobre las características de la vivienda desde el punto de vista de su accesibilidad o condiciones de uso, que es lo que precisaríamos para nuestro modelo

El Gráfico 2.6 muestra que el hecho de tener o no discapacidad apenas representa alguna diferencia en el hecho de vivir en una vivienda sin ascensor. En estos casos es ligeramente mayor la proporción de personas con discapacidad residiendo hasta el tercer piso, lo que podría indicar que estas personas tenderían a preferir pisos de menor altura, especialmente las plantas bajas, pero no es una diferencia significativa.



En cuanto a elementos y condiciones de accesibilidad en el interior de la vivienda, el apartado sobre “condiciones y accesibilidad de la vivienda” de EDAD2008 apenas recoge información específica. Para cubrir esta carencia, que es de gran trascendencia en un estudio de la relación persona-entorno utilizaremos preguntas que permitan establecer aproximaciones válidas. Por ejemplo, la información respecto a la disponibilidad de ducha o bañera puede ser una aproximación a las

condiciones de accesibilidad en el baño, y la existencia de goteras, humedades, etc. se puede interpretar como proxy de baja calidad y antigüedad de la vivienda.

Tabla 2.10: Otras características de las viviendas en que habitan personas con discapacidad

Variable	Concepto	N	No	Sí
ACC_EXT	¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio sin rampa o barandilla u otro sistema de ascenso/descenso automático?	23.174	60,3	39,7
ACC_INT	¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda, sin rampa, barandilla adaptada, ni otro sistema....?	23.123	68,8	31,2
GOTERAS	¿Tiene su vivienda goteras, humedades...?	23.132	77,6	22,4
CALEFACCIÓN	¿El hogar dispone de calefacción?	23.132	41,5	58,5
DUCHA	¿El hogar dispone de ducha?	23.123	33,2	66,8
BAÑERA	¿El hogar dispone de bañera?	23.135	27,1	72,9
METROS90	¿La vivienda tiene 90 m2 o más?	21.407	42,7	57,3
EDIF_SINASCENSOR	¿La vivienda está en edificio de pisos sin ascensor?	23.176	79,1	20,9
EDIFUNIFAM	¿La vivienda está en edificio unifamiliar?	23.176	52,8	47,2

La Tabla 2.10 muestra como variables dicotómicas las características de las viviendas en que habitan las personas con limitación de la muestra con sus valores porcentuales. Todas estas variables se

prueban en distintas especificaciones del modelo, aunque muchas de ellas han quedado finalmente excluidas en la función logística final por presentar multicolinealidad con otras o no aportar información explicativa.

2.6. ESPECIFICACIONES DEL MODELO

Como ya se ha señalado, en nuestro modelo se medirá la conducta o comportamiento adaptativo a través del gasto realizado, al ser éste el único criterio dentro de EDAD 2008 que se puede identificar con los comportamientos de adaptación de la persona con discapacidad respecto a su entorno. Las variables dummy “CONGASADAP”, “CONGASADAP500” y “CONGASADAP2000” son las variables dependientes seleccionadas, con las que configuraremos tres modelos

- **CONGASADAP_(0,1)**: El hogar que cuenta con al menos una persona discapacitada o con limitación ha realizado/no ha realizado gastos a causa de la discapacidad en los conceptos *Ayudas técnicas, Adaptaciones, Vivienda o Equipamiento y suministros del hogar*.
- **CONGASADAP500_(0,1)**: El hogar que cuenta con al menos una persona discapacitada o con limitación ha realizado/no ha realizado un gasto mínimo de 500 € a causa de la discapacidad en los conceptos *Ayudas técnicas, Adaptaciones, Vivienda o Equipamiento y suministros del hogar*.
- **CONGASADAP2000_(0,1)**: El hogar que cuenta con al menos una persona discapacitada o con limitación ha realizado/no ha realizado un gasto mínimo de 2.000 € a causa de la discapacidad en los conceptos *Ayudas técnicas, Adaptaciones, Vivienda o Equipamiento y suministros del hogar*

Las citadas variables han sido seleccionadas, de acuerdo al análisis realizado, como aproximación al concepto “comportamiento” (B) en la ecuación de Lewin $B = f(P,E)$ donde "P" son las condiciones funcionales de la persona y "E" las características del entorno. Hemos considerado como parte de las condiciones personales también a algunas variables de tipo sociodemográfico (S) y de ingresos (I). De este modo la función resultante a estimar sería:

$$B = f[P(S,I),E]$$

Si bien medir el comportamiento a través del gasto realizado plantea algunas limitaciones como medida de comportamiento adaptativo, se trata de la mejor posible para contrastar la existencia de una relación persona-entorno mediante análisis estadístico y permite aprovechar la existencia de una macro encuesta como EDAD2008 centrada en uno de los colectivos de mayor interés para este tipo de análisis, cual es el de las personas con discapacidad. Además, todas las regresiones realizadas cuentan con una muestra superior a 5.000 individuos siguiendo las indicaciones metodológicas marcadas por el INE que recomienda no utilizar muestras con menos de 5.000 casos ya que pueden

tener elevados errores de muestreo. De hecho, en los tres modelos presentados los tamaños muestrales son superiores a las 17.700 observaciones.

Utilizamos la misma especificación del modelo para las tres variables dependientes señaladas, que es resultado de un proceso iterativo de selección de variables independientes escogidas entre las que se han ido analizando en los anteriores apartados. Esta especificación es:

$CONGASADAP/CONGASADAP500/CONGASADAP2000 = f (Edad, Sexofem, Pareja, Muni_inf10000, Muni_sup50000, CCAARentabaja, CCAARentaalta, IM_Mens_Menos1000, IM_Mens_Mas1500CD, N_discap, Cert_Mi, Limitaud, Limitavis, Limitcom, Limitmov, Malasalud, Limitgrave, Encama, Dificulcasa, Dificul_Esc, Dificul_Port, Metros, Acc_Ext, Acc_Int, Edif_Sinascensor, Ducha, Bañera, Calefac).$

La Tabla 2.11 Contiene una descripción y definición de las variables que se han ido analizando a lo largo del capítulo, y que finalmente forman parte de la especificación del modelo elegida.

Tabla 2.11 Estadísticos descriptivos de todas las covariables del modelo

Variable	Definición	Tipo	Media	E.S.
<i>Edad</i>	Edad persona con discapacidad	Numéri	64,93	0,135
<i>Sexofem</i>	Es mujer	Dummy	0,60	0,003
<i>Pareja</i>	Convive en pareja	Dummy	0,52	0,003
<i>Muni_inf10000</i>	Municipio inferior a 10.000 habitantes	Dummy	0,31	0,003
<i>Muni_sup50000</i>	Municipio superior a 50.000 habitantes	Dummy	0,46	0,003
<i>CCAARentabaja</i>	Andalucía o Extremadura	Dummy	0,26	0,003
<i>CCAARentaalta</i>	Cataluña, Baleares, Navarra, País Vasco	Dummy	0,21	0,003
<i>IM_Mens_Menos1000</i>	Ingreso total hogar <1000€/ mes	Dummy	0,46	0,003
<i>IM_Mens_Mas1500CD</i>	Ingreso total hogar >1500€/ mes	Dummy	0,29	0,003
<i>N_DISCAP</i>	Nº miembros >6 años con discapacidad	Numeric	1.31	0,004
<i>Cert_Mi</i>	Dispone de certificado de minusvalía	Dummy	0,34	0,003
<i>Limitaud</i>	Al menos 1 dificultad importante audición	Dummy	0,29	0,003
<i>Limitvist</i>	Al menos 1 dificultad importante visión	Dummy	0,26	0,003
<i>Limitcom</i>	Al menos 1 dificultad importante comunica.	Dummy	0,19	0,003
<i>Limitmov</i>	Al menos 1 dificultad importante movilidad	Dummy	0,66	0,003
<i>Malasalud</i>	declara tener mala o muy mala salud	Dummy	0,30	0,003
<i>Limitgrave</i>	tiene una limitación grave	Dummy	0,32	0,003
<i>Encama</i>	discapacidad le obliga a permanecer en cama de forma permanente	Dummy	0,04	0,001
<i>Dificulcasa</i>	Al menos dificultad en 1 lugar de la casa	Dummy	0,54	0,003
<i>Dificul_Port</i>	Dificultad desenvolverse en portal casa	Dummy	0,24	0,003
<i>Metros</i>	Superficie de la vivienda	Numeric	101,13	0,350

<i>Acc_Ext</i>	Tramo escaleras antes de puerta edificio sin rampa, barandilla u otro sistema ascenso/descenso automático	Dummy	0,40	0,003
<i>Acc_Int</i>	Tramo escaleras dentro portal antes de ascensor o desde ascensor hasta puerta vivienda, sin rampa, barandilla adaptada...	Dummy	0,31	0,003
<i>Edif_Siniascensor</i>	Vivienda en edificio de pisos sin ascensor	Dummy	0,21	0,003
<i>Ducha</i>	El hogar dispone de ducha	Dummy	0,67	0,003
<i>Bañera</i>	El hogar dispone de bañera	Dummy	0,73	0,003
<i>Calefac</i>	El hogar dispone de calefacción	Dummy	0,59	0,003

Fuente: Elaboración propia. Encuesta EDAD2008.INE

Esta misma especificación la aplicamos para explicar las otras dos variables dependientes escogidas. Tras aplicar el modelo de regresión logística binaria *logit*, obtenemos los resultados que se muestran en la Tabla 2.12.

Tabla 2.12: Resultados de la regresión logística binaria logit: coeficientes, error estándar y odds ratio

<i>Medida de comportamiento Adaptativo (variable dependiente)</i>	CONGASADAP <i>Ha realizado algún gasto en ítem seleccionados</i>			CONGASADAP500 <i>El gasto es >500€ en ítems seleccionados</i>			CONGASADAP2000 <i>El gasto es >2.000€ en ítems seleccionados</i>		
	β	<i>E.S.</i>	<i>O.R.</i>	β	<i>E.S.</i>	<i>O.R.</i>	β	<i>E.S.</i>	<i>O.R.</i>
Covariables PERSONALES									
<u><i>Variables Sociodemográficas</i></u>									
EDAD	-0,002	0,001	0,998	-0,002	0,002	0,998	-0,002	0,002	0,998
EXOFEM	0,045	0,047	1,046	0,059	0,054	1,061	0,039	0,069	1,040
PAREJA	-0,002	0,047	0,998	0,022	0,054	1,022	0,046	0,069	1,047
MUNI_INF10000	-0,079	0,063	0,924	-0,099	0,073	0,906	-0,149	0,093	0,861
MUNI_SUP50000	0,12 *	0,056	1,128	0,125	0,065	1,133	0,085	0,082	1,089
CCAARENTABAJA	-0,077	0,056	0,926	0,008	0,065	1,008	0,052	0,084	1,053
CCAARENTAALTA	0,114 *	0,058	1,120	0,185 **	0,065	1,203	0,246 **	0,082	1,278
<u><i>Variables de ingresos</i></u>									
IM_MENS_MENOS1000	-0,121 *	0,057	0,886	-0,222 ***	0,066	0,801	-0,289 ***	0,086	0,749
IM_MENS_MAS1500	0,126 *	0,058	1,134	0,183 **	0,066	1,201	0,229 **	0,083	1,257
<u><i>Variables funcionales y de salud</i></u>									
N_DISCAP	0,355 ***	0,038	1,426	0,395 ***	0,043	1,484	0,522 ***	0,052	1,686
CERT_MI	0,203 ***	0,050	1,225	0,273 ***	0,057	1,314	0,334 ***	0,072	1,397
LIMITAVIS	0,122 *	0,050	1,129	0,065	0,058	1,067	-0,057	0,075	0,944
LIMITAUD	0,52 ***	0,050	1,682	0,552 ***	0,057	1,737	0,559 ***	0,073	1,749
LIMITCOM	0,17 **	0,055	1,186	0,268 ***	0,062	1,307	0,211 **	0,077	1,235
LIMITMOV	0,112	0,060	1,119	0,091	0,070	1,095	0,18	0,093	1,197
LIMITGRAVE	0,351 ***	0,052	1,420	0,349 ***	0,060	1,418	0,524 ***	0,077	1,689

MALASALUD	0,093 -	0,052	1,097	0,115 -	0,059	1,122	0,122 -	0,075	1,130
ENCAMA	0,514 ***	0,100	1,672	0,648 ***	0,108	1,912	0,724 ***	0,125	2,062
DIFICULCASA	0,254 **	0,084	1,289	0,259 **	0,098	1,295	0,354 **	0,123	1,424
DIFICUL_ESC	-0,094 -	0,079	0,910	-0,052 -	0,091	0,949	-0,171 -	0,112	0,843
DIFICUL_PORT	0,253 ***	0,060	1,287	0,297 ***	0,068	1,346	0,34 ***	0,086	1,405
Covariables de ENTORNO									
METROS	0,001 **	0,000	1,001	0,001 **	0,000	1,001	0,002 ***	0,001	1,002
ACC_EXT	0,141 **	0,047	1,152	0,121 *	0,054	1,128	0,134 -	0,070	1,143
ACC_INT	-0,056 -	0,053	0,946	0,015 -	0,060	1,015	0,043 -	0,077	1,044
EDIF_SINASCENSOR	-0,219 ***	0,061	0,803	-0,264 ***	0,070	0,768	-0,426 ***	0,095	0,653
DUCHA	0,393 ***	0,056	1,481	0,520 ***	0,067	1,681	0,614 ***	0,090	1,847
BAÑERA	-0,377 ***	0,052	0,686	-0,397 ***	0,059	0,672	-0,472 ***	0,074	0,624
CALEFAC	0,152 **	0,050	1,164	0,168 **	0,058	1,183	0,239 **	0,076	1,270
Constant	-3,175	0,153	0,042	-3,803	0,177	0,022	-4,941	0,228	0,007
N	17.850			17.711			17.764		
Capacidad predictiva modelo	85,7%			89,5%			93,8%		
- 2 Log likelihood	14030,4			11159			7463,5		
Pseudo-R ² (Nagelkerke)	0,082			0,1			0,122		

Sig. = Nivel de significación; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

2.7. INTERPRETACIÓN DE LOS COEFICIENTES DE REGRESIÓN

Se ha de tener en cuenta que los coeficientes estimados, o β , en las regresiones logísticas no representan la pendiente o tasa de cambio de la variable dependiente según cambia la independiente, como en las regresiones lineales. Ahora el coeficiente ofrece una tasa de cambio en logaritmos de probabilidad que no es directamente interpretable en términos de elasticidad, por lo que se refiere su transformación. Una pseudo-elasticidad de los gastos en adaptación respecto a cada covariable se puede obtener mediante el Odds Ratio (OR) o razón de probabilidad, expresado en la tabla mediante la columna O.R. que mide el cambio en la probabilidad de ocurrencia del fenómeno medido cuando se produce un cambio unitario. Se obtiene mediante la transformación exponencial del coeficiente, $\text{Exp}(\beta)$. El resultado, OR indica la probabilidad de que el evento ocurra dividido por la probabilidad de que no ocurra.

$$O = \frac{P}{1-P}, \quad \text{OR} = \frac{\frac{P_1}{1-P_1}}{\frac{P_0}{1-P_0}}$$

Por tanto si el valor de OR es 3 significa que la probabilidad de que ocurra el evento que establece la variable dependiente es tres veces mayor que su opuesta dentro del grupo de referencia. Cuando su valor es 1 significa que hay un 50% de probabilidades de que el evento ocurra (gastar en adaptaciones, en nuestro caso) cuando hay un cambio unitario de la variable dependiente. Cuando es menor que 1

(lo que ocurre cuando los coeficientes son negativos), indica lo contrario, siendo menor la probabilidad de ocurrencia de ese fenómeno en proporción de (1-p).

El análisis de los coeficientes obtenidos en la regresión logística y su transformación exponencial nos ofrece las principales pautas explicativas de la conducta adaptativa. En el análisis que sigue revisaremos los signos del coeficiente de las covariables y su significatividad para determinar su relevancia e impacto sobre la variable dependiente, y el OR para ver su impacto en relación a una mejora unitaria (en variables continuas) o a la condición contraria (en variables dummy).

2.7.1. Un análisis de los coeficientes y significación de las variables personales.

Lo primero a destacar a la vista de la Tabla 2.12 de resultados es la baja significatividad de los coeficientes de variables personales sociodemográficas. No parecen existir muchos factores de filiación personal que realmente determinen la conducta adaptativa en ninguno de los modelos planteados. Variables como la edad, el hecho de vivir en pareja o el sexo de la persona con discapacidad no tienen ningún efecto significativo sobre esa conducta.

En el caso de la edad la teoría nos ofrece efectos contradictorios. A medida que se avanza en edades elevadas disminuyen los comportamientos de agencia y aumentan los de pertenencia (Wahl et al. 2012, Oswald et al. 2006), es decir, se retrae la actividad adaptativa mientras crece la adherencia a las pautas de vida llevadas hasta el momento en relación con el entorno en que se habita. Este factor podría justificar el hecho de que la edad no sea un factor explicativo, pues al aumento de fragilidad que conduciría a la mayor adaptación se opondría una resistencia al cambio. Debemos también considerar aquí que los comportamientos de gasto analizados incluyen no solo elementos vinculados con la mejora del entorno, sino sobre todo con la adquisición de apoyos o ayudas técnicas, lo que implica un cambio sobre el entorno mucho más limitado que las adaptaciones o modificaciones de vivienda.

Otro aspecto que completa la caracterización económica de las adaptaciones del entorno es el nivel de renta de los hogares que realizan el gasto. Vemos aquí que los dos estratos de renta familiar considerados: los que ganan menos de 1.000€ y los que ganan más de 1.500€, tienen un comportamiento opuesto en relación con estos gastos. En ambos casos se trata de efectos significativos, pero de signo negativo y positivo respectivamente. En el primer caso podemos colegir que las familias deben sacrificar las condiciones de vida de las personas con deficiencias o limitaciones cuando no hay un nivel de ingresos suficiente (<1.000€/mes). Al considerar sólo los hogares que superan el umbral de gasto de 500 y 2000€ esa reducción se hace mayor, de modo que la probabilidad de gasto pasa de disminuir un 11,4% ($OR = \exp(B) = 0,886$) a hacerlo en un 19,9% ($OR = 0,801$) y 25,1% ($OR = 0,749$), respectivamente. Esta caída de un cuarto en la probabilidad de realizar gastos superiores a 2.000€ puede parecer incluso poco acusada si consideramos que dicha cantidad es al menos una sexta parte de los ingresos familiares anuales para esos hogares cuyos ingresos no superan los 1.000 euros al mes. También se podría deber a la existencia de cierta rigidez para la reducción del gasto familiar en estas partidas en la medida que ante determinadas necesidades no

sea posible reducir el nivel de adaptación por debajo de un umbral determinado. En este sentido, se podría especular sobre si puede resultar más fácil renunciar a determinados gastos adaptativos bajos que a otros que alcanzan un cierto nivel y quizá resuelven aspectos más importantes en la vida de estos hogares con discapacidad y escasos recursos. En todo caso esta impresión requeriría para su confirmación un estudio más a fondo de las características de los hogares y sus personas con discapacidad.

En cuanto a las variables territoriales incluidas en el modelo, comprenden el tamaño de municipio de residencia y la renta de la comunidad autónoma, diferenciando entre casos opuestos en ambos casos: municipios grandes vs. pequeños y CC.AA. más ricas vs. menos ricas. En las comunidades autónomas más prosperas del país, como ya habíamos detectado en el análisis descriptivo, se da un mayor nivel de gasto, sobre todo cuando superamos los umbrales de 500 y 2.000 euros al año, aunque el efecto no se ve correspondido por un efecto contrario en las zonas menos ricas. La adaptación resultaría ser un “bien normal o superior”, es decir que tiene una elasticidad renta de la demanda positiva, y que esta se incrementaría más que proporcionalmente según se elevan los niveles de renta. Así, el hecho de pertenecer a las comunidades autónomas de Cataluña, Navarra, País Vasco y Baleares muestra una probabilidad de realizar gasto un 12% mayor que sobre el resto comunidades, y esta diferencia se amplía en casi un 16% al segmentar el gasto por encima de los 2.000€, como muestran unos coeficientes de probabilidad (Odds Ratio) crecientes del 1,12 al 1,278. Los hogares de estas comunidades tienden, por tanto a gastar más de manera significativa, como habíamos detectado en el análisis comparativo de medias previamente realizado. Lo más relevante de los resultados de regresión respecto a aquel análisis es que, por el otro lado, las comunidades de menor renta, Andalucía y Extremadura en este caso, no parecen marcar una tendencia clara en el sentido contrario; es decir, que el hecho de pertenecer a estas comunidades de menor renta no determina una reducción de las probabilidades de tener comportamientos adaptativos, al menos en cuanto al gasto se refiere. Aunque el aumento de renta determina un incremento notable y más que proporcional sobre el gasto en adaptaciones, no ocurre lo contrario al disminuirla, lo que supone un comportamiento como bien de primera necesidad.

Es preciso señalar que de acuerdo a la formulación de la pregunta el gasto referido es “de su propio bolsillo (es decir, sin ayuda económica)”. Pero incluso de existir ayuda económica esta no explicaría las diferencias registradas entre las comunidades autónomas, como se comprueba a partir del estudio de Alonso (2008: 81-87) sobre políticas de adaptación funcional de la vivienda y provisión de ayudas técnicas, del que no se deduce que las comunidades más ricas dispongan de programas públicos en esta materia mejor dotados económicamente. De hecho en el periodo considerado (variable entre 2003 y 2005) en el estudio citado se comprobó que la Comunidad Autónoma de Andalucía está por encima de Cataluña e incluso Navarra en número de ayudas concedidas (total y por número de habitantes) y cantidad total gastada per cápita (1€ frente a 0,5€ de Navarra y 0,2€ de Cataluña) en programas de adaptación de vivienda. Cataluña, en cambio destaca por una mayor cantidad media concedida por beneficiario. En el citado estudio se detallan las dificultades para acceder a estas ayudas, el largo proceso burocrático, listas de espera y baja cuantía de los presupuestos.

Al analizar los coeficientes que relacionan los tamaños de población vemos que los hogares en poblaciones mayores de 50.000 habitantes tienden a gastar más, que existe un cierto efecto de aglomeración poblacional en el gasto dirigido a mejorar el ajuste persona-entorno de las personas con discapacidad o mayores. Pero se trata de un efecto escasamente significativo a pesar de las diferencias de renta ya analizadas en el comparativo de medias realizado (Tabla 2.8). Quizá exista mayor información y disposición de servicios comerciales ligados a la mejora funcional (desde ortopedias a especialistas en obras de reforma, adaptación de baños, etc.) en los municipios grandes, pero esto no parece tener un efecto significativo en el gasto.

El estudio de las variables funcionales y de salud plantea una situación muy diferente respecto a las anteriores. Aquí existen muchas variables, sobre todo de funcionalidad, cuyos coeficientes son altamente significativos, demostrando que los aspectos relacionados con la importancia o grado de la discapacidad determinan en mayor medida el comportamiento adaptativo, y que cuánto más limitativa es la discapacidad la tendencia a adaptar se produce con mayor intensidad. Así se deduce de hechos como la elevada significatividad de LIMITGRAVE, que reúne los casos en que la discapacidad se ha referido como de especial gravedad.

El número de miembros del hogar con 6 y más años que tienen alguna discapacidad (variable NDISCAP) incide, lógicamente, sobre la realización de gastos en adaptación. De hecho, cada miembro adicional con una discapacidad (la media por hogar es de 1,31 personas con discapacidad) determina que la probabilidad de realizar gasto de adaptación en un hogar se incremente en un 42,6% (OR=1,426). Este efecto es más intenso sobre el grupo de hogares que realizan más gasto, pues la probabilidad por cada miembro adicional con discapacidad de que el hogar gaste más de 500€ aumenta hasta un 48,4% (OR=1,4846) y de que gaste más de 2.000€ hasta un 68,6% (OR=1,686).

La disposición de certificado de minusvalía CERT_MI es otro factor con incidencia positiva sobre el gasto en adaptación; disponer de este certificado determina un aumento del 22,5% en la probabilidad de realizar gasto en adaptaciones respecto a los que no lo tienen; cantidad que asciende a 31,4% si hablamos de gastos superiores a 500€ y 39,7% si son superiores a 2.000€. Hay que decir, no obstante, que disponer de ese certificado no es necesariamente un buen indicador de la discapacidad en la medida que se gestiona con objeto de obtener ayudas que requieren la realización de controles médicos y funcionales más formalizados y estrictos que lo que exige la consideración de discapacidad en una encuesta como EDAD2008. Como señala el Colectivo IOÉ (2012:79), en relación con la encuesta EDAD2008:

A diferencia de lo que ocurre con otros sistemas clasificatorios, el certificado de minusvalía no se plantea como punto de partida para dejar de serlo, sino como el reconocimiento de una situación irreversible de limitación que da lugar a diversas ayudas y pensiones –a veces vitalicias– para compensar la supuesta «incapacidad»....Asimismo, sabemos que más de un tercio de quienes tenían el certificado no satisfacía los criterios definidos en la encuesta para ser identificados como sujetos con discapacidad, y dos terceras partes de quienes registraban discapacidades no tenían certificado de minusvalía.

Otro tipo de variables incluidas en el modelo son relativas a las limitaciones y dificultades percibidas por la persona. Las limitaciones auditivas y de comunicación son las que tienen una relación más significativa con los gastos adaptativos. En cambio sorprende que las limitaciones de movilidad no tengan una mayor incidencia sobre las características de adaptación, pues la variable LIMITMOV que sintetiza diversas preguntas sobre problemas de movilidad no resulta significativa. Analizando las preguntas individuales que comprenden esta variable (Tabla 2.4) vemos que la incidencia específica de cada una de ellas también es limitada.

Con la información disponible solo podemos conjeturar alguna explicación sobre el mayor gasto por parte de los hogares donde existen limitaciones de tipo comunicativo y auditivo en base a la gran difusión de tecnologías de apoyo específicas como los audífonos u otras tecnologías aumentativas, que no son de gran complejidad tecnológica y pueden contribuir de forma eficiente y poco costosa a la integración o adaptación de esas personas con su entorno sensorial y social.

Otro aspecto a destacar es el de las variables que recogen las dificultades percibidas en la vivienda y su entorno inmediato. En el caso de las dificultades en el portal (DIFICUL_PORT) tanto el signo como el coeficiente son intuitivamente correctos y significativos, por cuanto las personas que manifiestan esta dificultad estarían favoreciendo la actitud adaptativa acorde con el modelo y la hipótesis que estamos testando. Igual ocurre con la variable que sintetiza a todas aquellas personas con discapacidad que tienen dificultades en algún espacio de la propia vivienda y sus espacios comunes, DIFICULCASA, que tiene un efecto positivo y significativo, creciente con el umbral de gasto considerado, lo que resulta lógico, pues la presencia de esas dificultades producirá una disposición a gastar cantidades más elevadas.

2.7.2. Un análisis de los coeficientes y significación de las variables de entorno.

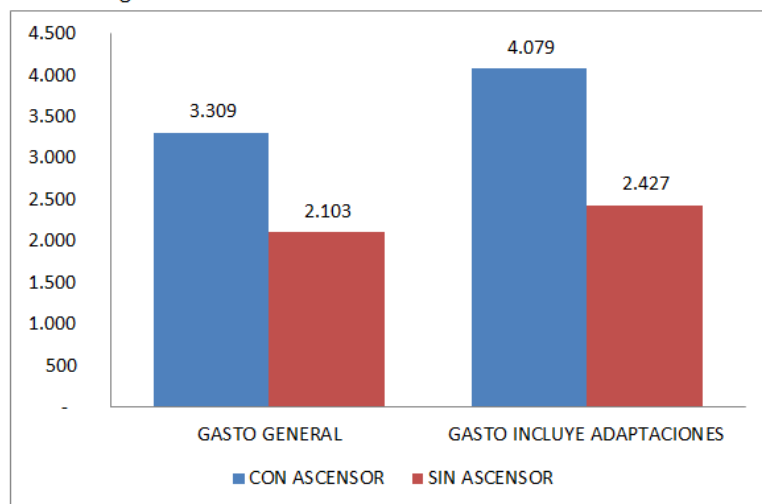
En cuanto al entorno físico de las personas con discapacidad, existe un conjunto de variables significativas que justifican la importancia de este aspecto para entender la necesidad de la conducta adaptativa, aunque –como se ha dicho- la encuesta no aporte mucha información que sería necesario tener para un análisis más amplio.

En primer lugar hay que destacar la incidencia que pueda tener la necesidad de superación de barreras verticales en las zonas comunes de la vivienda. La variable que recoge las dificultades percibidas en las escaleras, DIFICUL_ESC, no resulta significativa. Sí lo es, en cambio la falta de ascensor (EDIF_SINASCENSOR), en sentido negativo, es decir que la falta de ascensor no favorece comportamientos de gasto adaptativos. El Gráfico 2.7 muestra cómo la media de gastos anuales por discapacidad está condicionada por el hecho de vivir en un edificio con o sin ascensor, y que este efecto aumenta al referimos a gastos en adaptaciones/ayudas técnicas. En aquellos edificios que carecen de ascensor se puede concentrar un tipo de población que por cuestiones de renta, aislamiento u otros factores tiene poca capacidad para efectuar gasto. Pero también se puede justificar la importancia de otros factores para explicar tales diferencias: la existencia de una

limitación tan absoluta para muchas personas como la falta de ascensor podría actuar de freno a la hora de buscar otras soluciones para la integración con el entorno.

Gráfico 2.7. Media de gastos anuales por motivo de discapacidad.

Hogares en edificios con o sin ascensor. Excluido ceros.



Fuente: Elaboración propia EDAD2008. INE

De este modo, las personas con limitaciones funcionales reducirían sus expectativas de adaptación asumiendo conductas como permanecer en casa o depender de terceros al no poder acceder a soluciones viables para resolver el “gap” persona entorno de forma autónoma.

Otros elementos vinculados al espacio interior de la vivienda están también presentes. A pesar de que hay un 40,2% de hogares de personas con limitación que

tienen tanto ducha como bañera, los resultados muestran que un efecto negativo de este último elemento sanitario sobre la disposición de gasto. Es sabido que la bañera (variable BAÑERA) dificulta la realización de sus tareas de higiene para muchas personas con limitación funcional, sobre todo las de elevada edad y problemas de movilidad. De hecho se trata de una de las primeras adaptaciones que se realizan en las viviendas de personas mayores y su alta significatividad y efecto negativo muestra que por diversos motivos los hogares con bañeras (72, 9% de la muestra) tienen menor disposición a realizar adaptaciones. En cambio aquellos con ducha (66,8%) tienen la predisposición contraria (variable DUCHA): propiciar el gasto adaptativo. Ambas variables son de una significatividad muy elevada y coeficiente de signo opuesto. En el caso de disponer de ducha, las probabilidades de realizar gasto se incrementan con el monto de estos lo que indica que en estos hogares se concentra más capacidad de gasto adaptativo. Es difícil determinar hasta qué punto pueda influir sobre estos resultados la tendencia a sustituir bañeras por duchas –sobre todo en casas de personas mayores- que se registra en los últimos años. No parece que esto pueda tener un efecto significativo aún en esta encuesta.

Otra variable de interior del hogar que resulta significativa es la existencia de calefacción (CALEFAC). Las viviendas que la tienen son más proclives a realizar gasto. Entre un 5 y un 7,6% de probabilidades más que aquellas viviendas que carecen de ella. Es indudable que esta es una variable con gran componente geográfica, pues las zonas del sur tienen menor necesidad de un sistema de calefacción que las del norte, siendo además las que tienen menores rentas.

Las variables ACC-EXT y ACC-INT se refieren a la existencia de escaleras o rampas mal ejecutadas en el espacio público previo al edificio de la vivienda o en el espacio común interior de éste. De los resultados se deduce que los problemas del exterior de la edificación son significativos en niveles de gasto no elevados (inferiores al umbral de los 2.000€ establecido), mientras que los problemas del

interior no lo serían. La pregunta en concreto dice: *¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda, sin rampa, barandilla adaptada, ni otro sistema....?* La respuesta a esta pregunta no resulta, por tanto, importante para determinar el gasto en adaptaciones. Una clave de la mayor significatividad de la accesibilidad exterior puede estar relacionada con la carga de la responsabilidad frente al problema: se prioriza el gasto individual para poder funcionar en el espacio público, mediante el uso de ayudas técnicas específicas, dado que no hay un agente inmediato que pueda cargar con la supresión de la barrera. Por el contrario, en la zona interior del edificio, la comunidad de vecinos es el agente responsable que debe afrontar el gasto, por lo que no genera un gasto adaptativo individual frente a las barreras.

Responder a algunas de estas cuestiones concretas que plantean los resultados de la regresión logística binaria realizada no es posible con la información disponible, sería preciso disponer de información complementaria y, en algunos casos de teorías más específicas sobre el papel de la vivienda y sus elementos en los procesos del envejecimiento y la discapacidad; no obstante, buena parte de los resultados responden a razones acordes con lo que sabemos sobre las características de las personas y su potencial relación con los gastos de adaptación y mejora.

En resumen, la realización de gastos destinados a mejorar el ajuste persona-entorno por causa de discapacidad se ve explicado por distintas variables del campo de la funcionalidad y del entorno que permiten justificar el cumplimiento del modelo básico planteado $B = f[P(S,I),E]$, donde B es el gasto en adaptaciones, P son las variables personales (de tipo sociodemográficas, S, o de ingresos, I) y E las variables del entorno. Este modelo es variación del formulado por Lewin: $B = f(P,E)$.

El hecho de disponer de un modelo de estas características permite justificar la existencia y efecto positivos de las políticas y acciones públicas y privadas de distinto tipo tendentes a fomentar que los hogares o familias con personas con discapacidad en su seno realicen adaptaciones en su entorno inmediato.

2ª PARTE: Verificando la Adaptación Persona-Entorno en Europa: la Encuesta SHARE W4

2.8. LA ENCUESTA “SHARE”

Hemos visto a partir de la encuesta española EDAD2008 que es posible verificar y explicar mediante variables de tipo funcional y de entorno la existencia de una conducta adaptativa como es el gasto en productos y mejoras dirigidos a reducir las barreras en la vivienda por parte de hogares con personas discapacitadas. Consideramos ahora la posibilidad de verificar si este tipo de conductas adaptativas se dan igualmente en el ámbito de las personas mayores (50 y más años) y en un contexto europeo. Se trata de un objetivo importante, por cuanto según la Comisión Europea (2008:42) las personas mayores de 65 años en Europa (EU27) se espera que pasen de los 85 millones en 2008 a los 151 en 2060, y el grupo de más de 80 años se triplique en ese periodo. Este panorama futuro hace especialmente importante comprender la relación interactiva existente entre persona mayor y entorno para atender las necesidades de esta población.

Para verificar el cumplimiento de la función de Lewin entre la población mayor a escala europea se utilizarán los microdatos de la operación estadística europea SHARE. Este es el acrónimo de la encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, en su denominación en inglés: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Se trata de una macro encuesta de tipo longitudinal y multidisciplinar, que se aplica desde 2004 en distintos países europeos para conocer los parámetros y tendencias del envejecimiento en Europa, cubriendo aspectos de salud, estado socioeconómico y redes sociales y familiares. Todos ellos son aspectos hasta ahora poco conocidos y necesarios para conocer los efectos futuros y las políticas necesarias para afrontar los cambios sociodemográficos consecuencia de la transición demográfica en Europa.

La entidad que coordina y distribuye los datos es el Center for the Economics of Ageing (MEA), que forma parte del Max Planck Institute for Social Law and Social Policy de Munich. Los servicios estadísticos nacionales de los países participantes son los encargados del trabajo de campo y recogida de datos y la financiación procede de los programas-marco de la Unión Europea, los servicios estadísticos de los países implicados y el National Institute on Ageing de Estados Unidos. El universo de la encuesta está formado por las personas mayores de 50 años y sus parejas que residen en viviendas privadas. La aproximación de esta macro encuesta es multidisciplinar y longitudinal permitiendo establecer parámetros y tendencias en muchos aspectos del fenómeno del envejecimiento de forma comparativa y evolutiva entre los países participantes.

La muestra de partida de personas encuestadas a lo largo de las distintas oleadas se mantiene en lo posible, aunque se amplía con la incorporación de nuevas generaciones que van superando el umbral de los 50 años entre las oleadas y se reduce debido a los fallecimientos y cambios en la situación personal, cambios de residencia, etc. La primera oleada tuvo lugar en 2004 (aunque Israel no la terminó hasta 2006), y la expectativa es que el proyecto continúe al menos hasta 2024.

El número de países participantes ha ido variando en cada una de las cinco oleadas realizadas hasta el momento, implicando a 19 países europeos más Israel, que dejó de participar en la segunda oleada. De forma similar, Irlanda y Grecia dejaron de participar respectivamente en la tercera y cuarta oleadas y Hungría y Portugal en la quinta oleada. Aunque en esta operación estadística no participa Gran Bretaña, la metodología se ha armonizado, a efectos de análisis comparativo, con la encuesta longitudinal que este país desarrolla, la ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), que comenzó a aplicarse en 2002 y va por su sexta oleada. Sus datos son aportados a raíz de aproximadamente 150.000 entrevistas (hasta la cuarta oleada).

La muestra inicial de SHARE (Wave 1) incluyó a 31.115 individuos, y la de 2011 (Wave 4) un total de 58.489. En cada nueva oleada la muestra se ha ido ampliando con individuos de nuevos países y nuevas generaciones que van superando los 50 años, y se renueva la muestra original para sustituir a participantes que fallecen o desaparecen. La Tabla 2.13 recoge los países implicados en los cuestionarios entre las oleadas 1 y 4.

Tabla 2.13 Países y oleadas en SHARE W1 a W4

País ³⁷	W1 (Oleada 1)	W2 (Oleada 2)	W3 (Oleada 3)	W4 (Oleada 4)
Austria	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Alemania	2004	2006-2007	2008-2009	2011-2012
Suecia	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Holanda	2004	2007	2008-2009	2011
España	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Italia	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Francia	2004-2005	2006-2007	2009	2011
Dinamarca	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Grecia	2004	2007	2008-2009	-
Suiza	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Bélgica	2004	2006-2007	2008-2009	2011
Israel	2004-2006	-	-	-
Chequia	-	2006-2007	2008-2009	2011
Polonia	-	2006-2007	2008-2009	2011-2012
Irlanda	-	2007	-	-
Hungría	-	-	-	2011
Portugal	-	-	-	2011
Eslovenia	-	-	-	2011
Estonia	-	-	-	2010-2011

³⁷ Por facilidad operativa en el desarrollo de los trabajos, los países figurarán en inglés en las tablas y gráficos, en castellano en los textos

En la primera oleada W1 (2004-2006), se recogieron resultados de encuestas realizadas en 11 países (Dinamarca, Suecia, Austria, Francia, Alemania, Suiza, Bélgica, Holanda, España, Italia y Grecia). La segunda oleada W2 (2006-2007) a dos países más a la lista: República Checa y Polonia. La tercera oleada W3 (2008-2009) no aumentó el número de países pero sí introdujo un nuevo cuestionario (SHARELIFE) que recoge las historias vitales de los individuos que han participado en las oleadas previas, SHARE 1 y 2. La cuarta oleada W4 (2011-2012) es la que se utilizará fundamentalmente en este informe; en ella se sumaron cuatro países más: Estonia, Portugal, Hungría y Eslovenia. Las encuestas de la quinta oleada fueron concluidas a finales de 2013 y sus resultados están en proceso de elaboración, habiendo sido, a mitad de 2015, publicados parcialmente.

De cara a los propósitos de nuestra investigación se ha de destacar que ni el cuestionario ni el diseño muestral de SHARE responden al de un estudio de condiciones residenciales de los mayores, menos aún sobre los cambios experimentados en ellas a lo largo del tiempo. Se trata de una encuesta panel cuyo objetivo es hacer un estudio longitudinal de los cambios registrados en la muestra a lo largo del periodo de envejecimiento (aún a costa de perder precisión en el análisis cross-section, como el propio SHARE reconoce: Klevmarken et al., 2005). Y podemos afirmar que la relación de las personas encuestadas con su vivienda no está entre los temas de interés en la investigación.

Una de las cuestiones clave a plantearse es la representatividad de la muestra elegida. Aunque prima la perspectiva europea conjunta en el diseño muestral y ponderaciones, los tamaños de la encuesta son suficientes para hacer estimaciones específicas por país. Klevmarken et al. (2005), no obstante, señalan que existen diferencias notables en el diseño muestral y que, en general, éste está mejor realizado por las agencias estadísticas en los países del norte que en los del sur de Europa. El tamaño óptimo de cada muestra es una función creciente de la varianza del estimador de los parámetros clave a investigar y una función decreciente de los costes marginales de realizar una nueva encuesta en ese país. Las muestras de individuos, viviendas u hogares no estaban disponibles de igual manera en todos los países, de modo que existen restricciones dependiendo de lo que estuviera disponible en cada uno. No obstante, como señala Kish (1994), no hay necesidad de una similitud de diseños en la muestra, cada país selecciona su propia muestra representativa, sin existir homogeneidad entre ellos:

La flexibilidad de elección es particularmente aconsejable para las comparaciones multinacionales, porque los recursos de muestreo difieren mucho entre países. Toda esta flexibilidad asume los métodos de selección de probabilidad y la posibilidad de conocer las probabilidades de elección para cualquier grupo de la población. (Kish 1994: 173).

Por otra parte, la no-respuesta o valores perdidos es un problema importante en SHARE, lo que se deriva de la gran duración y cansancio que pueden generar cuestionarios tan largos. En efecto, la duración media de las encuestas alcanza los 67 minutos para hogares unipersonales y 110 minutos para los que tienen varios miembros. En algunos casos los cuestionarios fueron abreviados en una proporción importante mediante la eliminación de un número considerable de preguntas en diferentes módulos y apartados (Jürges, 2005), lo que ha afectado de manera notable a las variables utilizadas en este estudio, puesto que no han sido consideradas suficientemente “clave” como para garantizar su respuesta.

El universo objetivo de individuos en la muestra de la Oleada 4 (realizada en 2011) está constituido por personas nacidas en 1960 o antes, y las personas cónyuge / pareja de una persona nacida en ese mismo año o antes, que hablan el idioma oficial del país y que no viven en el extranjero o en una institución, independientemente de la nacionalidad y la ciudadanía (Anders et al. 2005).

La muestra utilizada es la referente a los encuestados en la oleada SHARE 4 (2011) que, como se ha dicho, contó con un total de 58.489 individuos. En algunos casos, cuando en una oleada alguna pregunta de la que se obtenga una covariable importante no se ha llegado a efectuar - específicamente, las que aportan datos de localización, entorno u otros que apenas sufren variación entre oleadas- se han tomado datos procedentes de las oleadas previas, en cuyo caso se indica

expresamente. Como ya se ha señalado, cuatro nuevos países entraron en la cuarta oleada: Estonia, Hungría, Portugal y Eslovenia, que tuvieron que construir muestras de referencia para conformar sus casos de "primera oleada". Los tamaños muestrales por país se presentan en la Tabla 2.14.

Tabla 2.14. Tamaños muestrales de Share W4 por país

PAÍS	N	PAÍS	N
Austria	5.286	Suiza	3.750
Alemania	1.572	Belgica	5.300
Suecia	1.951	Chequia	6.118
Holanda	2.762	Polonia	1.724
España	3.570	Hungría	3.076
Italia	3.583	Portugal	2.080
Francia	5.857	Eslovenia	2.756
Dinamarca	2.276	Estonia	6.828
Total	58.489		

Fuente: Share W4

Para este estudio se han utilizado los microdatos que ofrece la organización responsable a los investigadores acreditados. Éstos vienen en archivos individuales que corresponden a cada

módulo y que se han fusionado para realizar las estimaciones y modelos aquí planteados. La Tabla 2.15 detalla los módulos del cuestionario general en que se han dividido los cuestionarios de SHARE.

Tabla 2.15. Cuestionarios temáticos incluidos en Share W4 .Fuente: Share W4

DN	Demografía	SP	Apoyo social
SN	Redes Sociales (Nuevo en oleada 4)	FT	Transferencias financieras
CH	Hijos	HO	Vivienda
PH	Salud física	HH	Ingresos del hogar
BR	Riesgos de comportamiento	CO	Consumo
CF	Función cognitiva	AS	Activos
MH	Salud mental	AC	Actividades
HC	Cuidado de la salud	EX	Expectativas
EP	Empleo y pensiones	IV	Observaciones del entrevistador
GS	Fuerza de agarre	XT	Entrevista sobre el fin de vida.
PF	Flujo máximo		

Los módulos principales utilizados para este estudio son los siguientes:

- DN (Demographics) incluye los datos principales de la persona encuestada..

- HO (Housing) recoge la información sobre el tipo de vivienda, ocupación y características generales del espacio residencial, cambios de vivienda, etc.
- PH (Physical Health) es un módulo muy extenso que contiene una información extremadamente detallada sobre salud, enfermedades, hábitos no saludables, capacidades físicas o cognitivas, atención a su estado de salud, asistencia a médicos, etc.
- HH (Household Income) recoge la situación financiera y condiciones económicas, incluidos datos detallados de las pensiones y otros ingresos recibidos.
- IV (Interviewer observations) recoge información complementaria del encuestador sobre la encuesta, el contexto en que esta se realiza (presencia de terceras personas, disposición de la persona encuestada...), así como información sobre el edificio, zona en que se inserta o número de escalones hasta la vivienda.

2.8.1. Objetivos del análisis

La encuesta SHARE nos ofrece otra posibilidad de verificar la ecuación de Lewin [$B = f(P,E)$], desde una perspectiva distinta pero inicialmente complementaria a la ya vista en EDAD2008. Por una parte nos ofrece otra fuente estadística desde la que contrastar la hipótesis –con un universo diferente– de que se cumple la citada ecuación. Por otro podemos realizar un estudio comparativo internacional y comprobar diferentes condiciones de vida, alojamientos y pautas de comportamiento en el proceso de envejecimiento, así como su incidencia sobre las conductas adaptativas individuales. A este respecto, contamos con la limitación de que cada departamento estadístico nacional participante en SHARE ha realizado su diseño muestral de forma diferente, aun partiendo de pautas comunes, de modo que la realización de comparaciones entre países se debe tomar con cuidado y en relación con valores totales.

Como sabemos, las dificultades para mudarse o para realizar adaptaciones son elevadas para cualquier individuo por lo que en muchos casos se renunciará a alcanzar un nivel óptimo de adaptación (NA). En el caso de la población mayor la adhesión a elementos subjetivos de “pertenencia”, puede conllevar la aceptación de las condiciones de vivienda actual y la renuncia a realizar adaptaciones. Precisamente en el capítulo 1 se ha señalado la existencia de estudios, como el de Wister (1989), citado por Nahemow (2000:27) que demuestran que en estos casos puede ser superior la influencia de las valoraciones subjetivas sobre las objetivas en el caso de las personas mayores. Wister estudió distintos aspectos de las adaptaciones realizadas por personas mayores residiendo en la comunidad en una región de Canadá y comprobó que la mayoría de estas no realizaron cambios en el diseño de sus hogares, ni tampoco consideró la posibilidad de mudarse. En definitiva, los mayores tenderían a realizar un proceso psicológico de adaptación subjetivo e incluso emocional (en el marco de procesos de “pertenencia”), antes que buscar alcanzar el NA mediante el cambio de características físicas o sociales de su entorno.

En este análisis trataremos de comprobar en qué grado existe esa relación entre las condiciones funcionales y residenciales de la persona mayor, con su comportamiento adaptativo manifiesto, tal como de forma genérica plantea la ecuación de Lewin. De manera similar al estudio de EDAD 2008,

partimos del supuesto de que las personas de edad avanzada, pueden mostrar conductas adaptativas respecto al entorno de vida cotidiano por diversos motivos, tales como mejorar su seguridad, salud o confort, o ante la aparición de limitaciones funcionales, (Satariano et al 2012, Nahemow 2000), entre ellas la incorporación de productos o equipamientos que puedan reducir la “presión” del entorno, pues el individuo no es un receptor pasivo de éste.

En los próximos apartados comenzaremos por estudiar las preguntas de la encuesta que pueden dar lugar a una variable dependiente que sea expresiva de la conducta adaptativa. A continuación realizaremos un análisis descriptivo de la muestra, descendiendo a comparativos internacionales en algunos casos, y la evaluación de las posibles covariables a utilizar en el modelo. Finalmente estimaremos los modelos de regresión logística binaria resultantes y procederemos a la interpretación de sus coeficientes para obtener las conclusiones que sean relevantes.

2.9. LA VARIABLE DEPENDIENTE: EXPLORACIÓN Y SELECCIÓN

Como en el caso de la encuesta EDAD2008 el modelo a estimar se debe construir a partir de las preguntas contempladas en un cuestionario que no está ideado para destacar las relaciones entre la persona y su entorno vital. La primera tarea es, por tanto, determinar qué preguntas podemos identificar como proxis de “comportamiento o conducta adaptativa”, que sería la variable a explicar a través del modelo.

Volvemos a la Teoría Ecológica del Envejecimiento (Lawton y Nahemow 1973) para recordar que la respuesta frente al desajuste entre las personas mayores y su entorno puede ser buscar la adaptación, aunque no existe una clara evidencia empírica que ligue el grado de adaptación con un comportamiento específicamente dirigido a reducir el estrés causado por ese desajuste. Al ser la vivienda nuestro entorno de referencia, podemos pensar que la variable dependiente sea una expresión del grado o cuantía de las adaptaciones realizadas en ella por parte de las personas encuestadas como consecuencia de la existencia de barreras o/y limitaciones.

Pues bien, de acuerdo al diseño de encuesta de SHARE, sólo existe una pregunta que nos permite establecer esa relación, una variable proxy de comportamiento adaptativo como el que se pretende explicar; y ésta es la pregunta 033 del módulo de Hogares en la Oleada 4 (W4), que textualmente está formulada así:

■ *HO033_ SPECIAL FEATURES IN THE HOUSE | ¿Tiene su casa características especiales para ayudar a las personas con incapacidades físicas o problemas o de salud?*³⁸ |

Por ejemplo, puertas más anchas, rampas, puertas automáticas, | ascensores para sillas de ruedas, dispositivos de alerta (botones de | alarma), modificaciones en la cocina o en el baño.

Respuestas: | 1. Sí | 5. No

La existencia de estas “características especiales” dependerá de muchos factores externos, como la legislación aplicable, acuerdo de los vecinos, condiciones de diseño y antigüedad del inmueble, o de la facilidad o dificultades de cambio de vivienda por parte de la persona, y no sólo de la voluntad de vivir en un ambiente adaptado por parte de la persona mayor encuestada. De hecho ninguna de estas informaciones o justificaciones se recogen en la encuesta. Por ello, al aceptar esta pregunta como proxy de comportamiento adaptativo estamos asumiendo, que el hecho de que la vivienda disponga de tales características responde efectivamente a un acto con el que el individuo de edad avanzada, o su familia, intentan alcanzar su nivel de adaptación, NA (ver Apto. 1.2.3). Por tanto, estamos suponiendo que existe una relación causal entre las características de la vivienda o entorno comunitario y las limitaciones de quienes los habitan, cualquiera que sea el origen concreto de esas características, la necesidad o regulación a que responden, o quien fuera el decisor sobre su adopción, si la propia persona mayor, alguna de su entorno o la autoridad vigilante del cumplimiento de una norma local.

Todos estos factores no hacen sino reforzar el interés de la investigación, puesto que aun reconociendo las limitaciones que plantea la pregunta, única disponible en el cuestionario SHARE, su utilización es muy relevante para verificar no sólo el grado de cumplimiento de la hipótesis de Lewin, sino condiciones justificativas de la existencia de elementos adaptados en las viviendas de Europa.

2.9.1. Análisis de la variable dependiente

La pregunta HO033, se viene planteando en los cuestionarios SHARE desde la oleada 1, aunque los servicios estadísticos de cada país le han dado una importancia variable a juzgar por el número de respuestas registradas, que se muestra en la Tabla 2.16; en ella se ha incluido también el número de encuestas totales en la oleada 4 (fondo gris oscuro), para poder obtener en la última columna el porcentaje de respuestas obtenidas respecto al tamaño muestral total en cada país. Podemos comprobar que en algunos países el número de respuestas es extraordinariamente bajo en esta oleada 4, como Polonia, Alemania y Suecia, lo que indudablemente condicionará la representatividad del resultado final a nivel europeo, y el estudio comparativo por países. Es sorprendente que en países con un grado de envejecimiento tan elevado como Alemania o Suecia no se haya prestado más atención a este tipo de pregunta y que el número de respuestas haya disminuido progresivamente desde la oleada 1, máxime cuando esta pregunta es la única que recoge algún aspecto de las condiciones de adaptación de la vivienda.

³⁸ En adelante estas “características especiales” las denominaremos también *adaptaciones*

Tabla 2.16: número de respuestas recogidas de la pregunta H033 (var. dependiente) según oleada y país

PAÍS	W1 - HO033	W2- HO033	W4- HO033	W4- N total	W4 % HO033/N total
Austria	1.186	46	3.154	5.286	59,7%
Alemania	1.961	677	50	1.572	3,2%
Suecia	2.117	667	160	1.951	8,2%
Holanda	1.937	659	611	2.762	22,1%
España	1.686	502	1.167	3.570	32,7%
Italia	1.754	750	958	3.583	26,7%
Francia	2.052	699	2.617	5.857	44,7%
Dinamarca	1.166	965	379	2.276	16,7%
Grecia	1.977	580	-	-	-
Suiza	691	585	1.854	3.750	49,4%
Bélgica	2.511	285	2.147	5.300	40,5%
Israel	1.691	432	-	-	-
Chequia	-	1.916	3.217	6.118	52,6%
Polonia	-	1.748	38	1.724	2,2%
Irlanda	-	829	-	-	-
Hungría	-	-	1.990	3.076	64,7%
Portugal	-	-	1.337	2.080	64,3%
Eslovenia	-	-	2.031	2.756	73,7%
Estonia	-	-	4.606	6.828	67,5%
TOTAL	20.729	11.340	26.316	58.489	45,0%

Fuente: Share W4

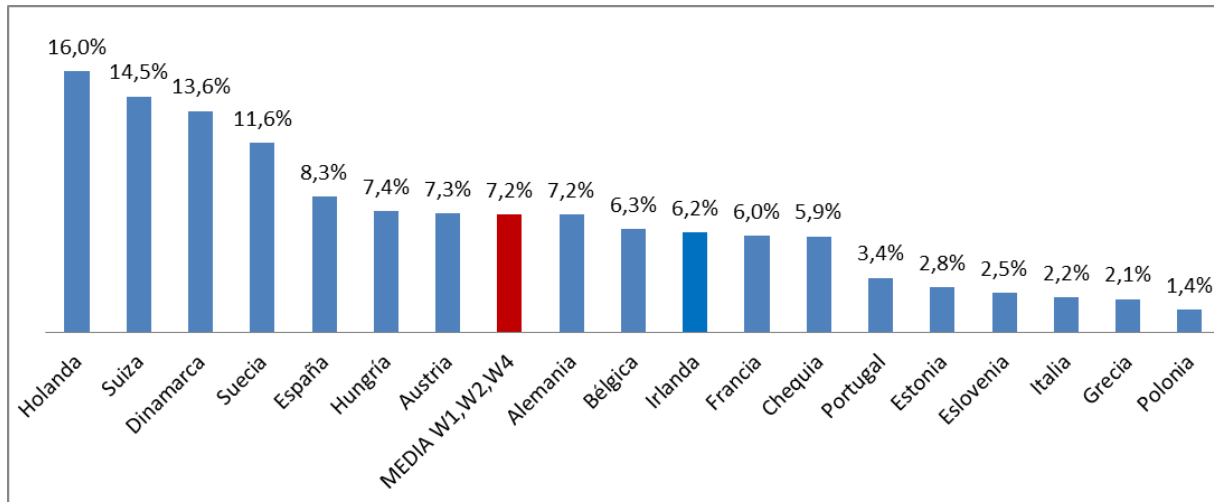
Una primera explotación de los resultados afirmativos a esta pregunta en la oleada 4 (W4) permite comprobar que entre los 26.316 hogares que la han respondido la media de los que cuentan con este tipo de elementos especiales de accesibilidad en sus viviendas es del 6,7%. Dado que el tamaño muestral es extraordinariamente bajo en algunos países en esta oleada se ha optado por agregar los datos recogidos de los mismos hogares en las oleadas anteriores W1, W2; es decir, a partir de la misma base muestral hemos completado los datos tomados los datos recogidos unos años antes, presuponiendo que las adaptaciones no habrán variado entre oleadas. Los resultados de cada oleada y país se han considerado de manera independiente, integrándolos en un solo resultado de forma simple mediante la media ponderada, lo que nos permite obtener un resultado mucho más robusto en la comparativa (Gráfico 2.6). Se puede disponer así de más de mil observaciones por país en todos los casos (excepto Irlanda con 829, sólo presente en la oleada 2), e incluso más de cinco mil en algunos casos, y hemos evitado también que el resultado de la comparativa dependa de la oleada escogida.

El Gráfico 2.7 muestra que existe un cierto efecto norte-sur y oeste-este, sobre todo porque hay países concretos, del norte más desarrollado de Europa, en los que el grado de adaptaciones se mantiene considerablemente más elevado que la media. Pero también destacan algunas excepciones, como el discreto porcentaje de Alemania o la posición de España y Hungría. Factores de renta disponible, de nivel de tenencia en propiedad, de número de hogares constituidos por mayores

y otros pueden tener un efecto indirecto muy acusado sobre el nivel de adaptación en cada país, además de los posibles sesgos de encuesta por país.

Gráfico 2.7 . Viviendas con elementos especiales de accesibilidad. Media ponderada W1, W2, W4 por país.

% de respuestas afirmativas a la pregunta HO033 *¿Tiene su casa características especiales para ayudar a las personas con / incapacidades físicas o problemas o de salud?. Datos de SHARE-oleadas 1,2 y 4, excepto Grecia e Irlanda, solo oleada 2*



Fuente: SHARE W1, W2 y W4

De manera complementaria analizamos si existe relación entre el número de hogares residentes en viviendas con adaptaciones y la edad de la persona encuestada en los distintos países. Para ello tomamos la misma base de datos que incluye las oleadas 1,2 y 4. Este análisis permite comprobar la existencia de conductas adaptativas diferentes durante las distintas etapas del proceso de envejecimiento (Gráfico 2.8) por grupos de edad quinquenales (desde 65 a más de 85 años) y por países. Se ha superpuesto con una línea de trazos rojos el resultado global de todos los países, y se ha rotulado como *EUROPA*.

Los gráficos 2.7 y 2.8 son muy reveladores de los comportamientos adaptativos y parecen diferenciar tres grupos de países. Por un lado un grupo de conducta adaptativa elevada: Holanda, Dinamarca, Suiza y Suecia, que están por encima del resto (Alemania solo repunta en el último grupo de edad considerado). Un grupo intermedio en el que se sitúan Francia, Bélgica, Suiza, Austria, España, Hungría, que crece de forma bastante regular a lo largo de las cohortes de edad hasta llegar a un nivel de adaptaciones entre el 10 y el 15% en el grupo etario final. Y un último nivel, que no supera el 5% de adaptaciones en este mismo grupo, constituido por países del sur y este de Europa como Portugal, Italia, Estonia, Polonia y Eslovenia.

En la línea de conjunto europea se puede comprobar que la tendencia general es creciente a lo largo de todo el proceso de envejecimiento, pero que se intensifica a partir de los 80 años. También que ese incremento es mayor durante los años 80 a 84 y decae ligeramente a partir de esa edad. Estos efectos se pueden ver de forma más detallada en las líneas de país, aunque los efectos resulten en algunos casos confusos. Tal es el caso del grupo de más de 85 años donde vemos tendencias contradictorias pues cae el porcentaje de adaptaciones en algunos de los países donde el crecimiento era mayor en el grupo de edad previo.

Todos estos factores se deberían estudiar mediante proyectos de investigación más específicos, pues resulta difícil explicarlos sin un conocimiento mayor de la población, su contexto social y político, etc.

2.10. VARIABLES INDEPENDIENTES: EXPLORACIÓN Y SELECCIÓN

A continuación se hace una descripción por países de las principales variables explicativas que se manejan en este estudio. En concreto las ordenamos de acuerdo a los mismos criterios de la ecuación de Lewin [$B = f(P,E)$], que diferencia entre características personales (P) y características del entorno (E) para explicar el comportamiento o conducta adaptativa. Como en el caso anterior, hemos considerado como parte de las condiciones personales a algunas variables de tipo sociodemográfico y de ingresos:

1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES (P):
 - Variables personales y demográficas
 - Variables de renta y disponibilidad económica
 - Variables de salud y uso de apoyos

2. CARACTERÍSTICAS DE ENTORNO (E):
 - Variables de vivienda y condiciones del entorno

Dentro de cada categoría se han identificado como variables relevantes para el modelo, aquellas que nos deben permitir explicar la existencia de las adaptaciones en el contexto de la vivienda de la persona encuestada. En cada caso se estudian sus medias y otros estadísticos descriptivos para los distintos países con objeto de obtener una primera imagen de su interés y capacidad explicativa. En los siguientes apartados se desarrolla el análisis de estas variables.

2.10.1. Variables personales y demográficas

Entre ellas se recogen variables de edad, sexo, pareja, número de personas en el hogar o grado de estudios. Realizamos una primera explotación de estas variables a través del análisis de sus valores medios. La Tabla 2.16 despliega esos valores o porcentajes medios obtenidos en cada una de estas variables para cada país europeo estudiado. Se han señalado en negrita los valores correspondientes al porcentaje más alto entre países.

La distribución por edades de la muestra en cada país queda definida en las tres primeras columnas de la Tabla 2.17. Se ha querido analizar no solo la edad media sino la proporción de la muestra que supera los 65 y los 80 años para tener una primera perspectiva de las diferencias entre países. A la vista de los valores extremos (los máximos se han señalado en negrita) podemos comprobar que

Suecia es el país que tiene datos más altos, tanto en edad media como en porcentaje de la muestra mayor de 65 u 80 años. En el lado opuesto, Hungría o Portugal tienen unos parámetros que corresponden a una muestra bastante más joven cuya edad media está 5 años por debajo. De hecho, la proporción de mayores de 65 años está hasta 24 puntos por debajo de los valores máximos, y llega en el caso de los mayores de 80 años a ser casi la mitad de España que es, en este caso, la más elevada.

Tabla 2.17. Resultados medios por países de diversas variables. Share, oleada 4.

PAÍS	EDAD			VARIOS			HOGAR		
	EDAD	65 o más	80 o más	SEXOFEM	PAREJA	EDUCYEARS	TAMAÑO HOGAR	HOGAR UNIPERS	HOGAR BIPERS
	Años	%	%	%	%	N	N	%	%
Austria	65,3	50%	10%	58%	63%	8,5	2,00	82,4%	29%
Alemania	68,2	61%	12%	53%	55%	11,8	2,03	85,8%	17%
Suecia	69,8	69%	16%	54%	58%	9,8	1,82	94,0%	26%
Holanda	65,9	50%	11%	56%	76%	12,6	2,02	85,5%	20%
España	67,7	58%	17%	55%	78%	8,1	2,56	59,2%	12%
Italia	66,6	55%	11%	55%	79%	8,9	2,50	59,2%	13%
Francia	65,8	48%	14%	57%	65%	11,3	2,05	81,3%	26%
Dinamarca	64,7	46%	12%	54%	71%	14,4	2,00	84,5%	24%
Suiza	64,9	48%	11%	55%	73%	6,8	2,13	79,7%	21%
Bélgica	64,9	45%	13%	55%	63%	12,2	2,09	79,2%	24%
Chequia	65,1	49%	9%	58%	66%	12,2	2,11	79,8%	22%
Polonia	66,4	50%	12%	56%	43%	10,7	2,98	54,8%	12%
Hungría	64,6	45%	9%	57%	70%	10,6	2,32	69,6%	18%
Portugal	64,7	48%	9%	57%	78%	6,1	2,49	64,7%	12%
Eslovenia	65,3	47%	11%	57%	75%	10,3	2,36	67,9%	18%
Estonia	66,6	55%	12%	60%	62%	11,5	2,09	79,8%	23%
MEDIA muestra	65,9	51%	12%	57%	68%	10,3	2,18	76,3%	21%
Nº observac.	58.462	58.489	58.489	58.489	39.009	37.820	58.489	58.489	58.489

Fuente: Elaboración propia. SHARE W4

El reparto entre sexos no marca grandes diferencias, habiendo en todos los países una mayor participación femenina, como corresponde a la realidad demográfica en tales cohortes. Por otro lado, las diferencias en el tamaño medio de los hogares donde viven personas mayores sí son notables, y consecuentemente el número de ellas que constituyen núcleos uni o bipersonales también lo son. En los extremos están Suecia y Polonia, con una diferencia de casi un 64% en el tamaño medio del hogar y un 39% menos de hogares uni o bipersonales de este país respecto a

aquel. Estas diferencias son aún más notables si consideramos la proporción de hogares habitados sólo por la persona mayor que responde a la encuesta.

Por último la Tabla 2.17 recoge el número de años de estudio o educación donde también se dan diferencias suficientemente acusadas como para que puedan tener efecto sobre el valor o la importancia que se otorga a la disposición de adaptaciones en el hogar.

2.10.2. Variables de salud y funcionales en el entorno de la vivienda

La encuesta SHARE permite identificar condiciones de salud y características funcionales de los individuos que son relevantes para nuestro análisis. SHARE facilita sobre todo datos de salud; los datos funcionales cubren algunas Actividades de la Vida Diaria, básicas o instrumentales, pero no siguen ninguna metodología específica de valoración, ni taxonomías como la establecida por la Clasificación Internacional de la Salud, la Discapacidad y el Funcionamiento (CIF, 2001).

Características de salud

Los apartados sobre salud en Share son muy detallados. Hemos seleccionado algunas de las variables por su grado de incidencia sobre la discapacidad en entornos como la vivienda o el espacio público, lo que se podría manifestar en la existencia de adaptaciones en un número considerable de individuos en la muestra. La exploración de los datos nos ha permitido seleccionar como más relevantes las que son relativas a *artritis, fracturas de cadera y otras fracturas*. Por su potencial relación con las adaptaciones también se ha incluido la variable que recoge si la persona ha estado internada en el hospital durante el último año al menos una noche. De hecho, un 15% de la muestra declara haberlo estado, y aunque este no sea un factor que parezca prioritario para determinar las características de adaptación de la vivienda, se ha querido verificar una posible relación de ésta con el hecho de la deshospitalización.

Otras variables incluidas son relativas a las percepciones relacionadas con la salud y la perspectiva de la vida, tales como si la persona tiene miedo a caer, si está satisfecha con la vida o si percibe que la edad es “a menudo” un impedimento para realizar sus actividades (Tabla 2.18). Se trata de ver si este conjunto de factores puede ser precursor de alguna manera de la disposición de adaptaciones, a fin de conocer si hay mecanismos de tipo psicológico que puedan incidir sobre las conductas adaptativas, siempre en el marco de los supuestos realizados.

Tabla 2.18. RESUMEN de Variables de salud

ARTRITIS.	El médico le ha dicho alguna vez que tenía/tiene artritis.
FRACTADERA.	El médico le ha dicho alguna vez que tenía/tiene fractura de cadera/femoral
OTRASFRACT	El médico le ha dicho alguna vez que tenía/tiene otras fracturas
MIEDOCAER.	Ha tenido miedo a caerse en los últimos 6 meses
EDADIMPIDE.	Piensa que la edad le impide hacer cosas (ac014). Diversos grados
HOSPITALaño.	Ha estado en el hospital en los últimos 12 meses

AVDWC.	Tiene dificultades para usar el WC, incluido levantarse y sentarse
LimitAVD.	Tiene alguna dificultad en las actividades de la vida diaria señaladas
LimitACC.	Tiene alguna dificultad relacionada con la accesibilidad, de la señaladas
ACCESC	Tiene alguna dificultades para subir varios tramos de escalera
EDADIMPIDEAMENUDO	Piensa que la edad –a menudo- le impide hacer cosas (ac014). Grado más alto de EDADIMPIDE.

La Tabla 2.19 ofrece un análisis comparado por países de todas las variables citadas. Se han incluido algunas relacionadas con las limitaciones más importantes percibidas en relación con el entorno: limitaciones para subir varios tramos de escalera ACCESC, limitaciones para utilizar el sanitario como principal indicativo de las AVD o Actividades Básicas de la Vida Diaria³⁹, AVDWC y la síntesis de limitaciones en el interior de la vivienda, o vinculadas con las actividades de la vida diaria LIMITAVD.

Tabla 2.19. Cuadro comparativo de variables de salud. Por países

	ACCESC	ARTRITIS	SATISFIDA	FRACADADERA	OTRASFRACT	MIEDOCAER	HOSPITALAÑO	AVDWC	LIMITAVD	EDAD IMPIDE "A MENUDO"	N
PAIS	%	%	0 a 10	%	%	%	%	%	%	%	
Austria	30,0	15,0	8,3	3,0	12,0	8,0	22,0	2,0	35,0	13,0	5286
Alemania	26,0	16,0	7,7	2,0	6,0	11,0	21,0	4,0	48,0	11,1	1572
Suecia	20,0	13,0	8,4	3,0	2,0	8,0	15,0	3,0	40,0	9,4	1951
Holanda	18,0	10,0	8,1	1,0	3,0	6,0	11,0	1,0	32,0	7,9	2762
España	36,0	33,0	7,6	3,0	4,0	16,0	11,0	6,0	44,0	21,7	3570
Italia	36,0	35,0	7,6	2,0	3,0	9,0	13,0	2,0	42,0	21,6	3583
Francia	28,0	29,0	7,3	3,0	5,0	10,0	16,0	2,0	40,0	16,0	5857
Dinamarca	17,0	25,0	8,6	1,0	5,0	7,0	12,0	1,0	27,0	7,3	2276
Suiza	11,0	19,0	8,4	1,0	7,0	5,0	14,0	1,0	25,0	8,5	3750
Bélgica	25,0	29,0	7,7	3,0	9,0	12,0	17,0	3,0	43,0	15,5	5300
Chequia	37,0	19,0	7,3	2,0	9,0	12,0	17,0	2,0	36,0	23,2	6118
Polonia	42,0	33,0	7,4	1,0	3,0	11,0	19,0	5,0	50,0	23,4	1724
Hungría	47,0	40,0	6,7	4,0	7,0	11,0	18,0	3,0	53,0	24,1	3076
Portugal	39,0	29,0	7,0	3,0	7,0	16,0	10,0	4,0	47,0	18,5	2080
Eslovenia	28,0	10,0	7,4	3,0	10,0	1,0	13,0	2,0	47,0	15,6	2756
Estonia	32,0	28,0	6,7	3,0	14,0	12,0	14,0	4,0	48,0	20,8	6828
MEDIA total	30,0	24,0	7,6%	2,0	8,0	10,0	15,0	3,0	41,0	16,8	58.489

³⁹Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana. Dentro de ellas están Higiene personal, Ducha, Vestido, Alimentación, Control de esfínteres, Uso del inodoro y Movilidad funcional.

Estos resultados comparativos no son fácilmente interpretables pues buena parte de ellos son de carácter subjetivo: son percepciones (*tiene miedo a caer...*), opiniones (*piensa que la edad...*) o puede estar sujeto a interpretaciones o usos culturales (*el médico le ha dicho...*) e incluso de psicología colectiva que pueden orientar los resultados en uno u otro sentido. Sólo así podemos interpretar que haya países donde la incidencia de estas condiciones de salud destaque de forma tan acusada. Tal es el caso de Hungría, donde se registra un número más elevado de buena parte de las condiciones recogidas, como la artritis, dificultades en escaleras, fracturas de cadera o problemas para realizar las AVD's, e incluso percepciones como la menor satisfacción con la vida. No obstante, estas informaciones, tomadas en su conjunto constituyen una buena relación de covariables vinculadas con la salud que podrían ayudar a interpretar la necesidad de un ambiente adaptado, por lo que son relevantes para su inclusión en nuestro modelo.

Para terminar el análisis de covariables potenciales del ámbito de salud disponemos de una última pregunta que permite sintetizar de alguna manera los resultados obtenidos en las distintas variables. Es la que hemos denominado EDADIMPIDE, que está formulada de la siguiente manera:

■ *¿Con qué frecuencia piensa Ud. que su edad le impide hacer las cosas que le gustaría hacer? ¿A menudo, a veces, raramente o nunca?* AC014_AgePrev

1. *A menudo*
2. *A veces*
3. *Raramente*
4. *Nunca*

El resultado por países de la proporción de respuestas “a menudo” está recogido en la variable EDADIMPIDEAMENUDO donde Hungría vuelve a destacar, así como, en sentido contrario, Dinamarca, Holanda, Suiza y Suecia, países con una población más optimista respecto a lo que pueden realizar a su edad y que muestran mayor satisfacción con la vida. No debemos olvidar, a la hora de interpretar los resultados en clave comparativa, que a las diferencias en el diseño muestral entre países habría que añadir diferencias culturales, geográficas, climáticas de tenencia de la vivienda.

Características funcionales en el entorno

En este caso se trata de vincular la información de la encuesta relativa a las capacidades funcionales con la propia de la vivienda donde habita la persona. Para ello se dispone, en primer lugar, de las respuestas a las preguntas PH048 Y PH049, en las que se presenta mediante tarjetas una lista de actividades cotidianas que a la persona encuestada le puede resultar, literalmente, “*difícil de llevar a cabo*”, y de las que se excluye las que puedan ser coyunturales (*menos de tres meses de duración*).

La Tabla 2.19 recoge todas las actividades mostradas en las tarjetas. De ellas se han resaltado las 5 que se han considerado más relevantes para nuestro estudio, desde dos puntos de vista: las que facilitan salir de casa (en negrita) o permanecer en casa (subrayadas). En el primer caso se trata de identificar las necesidades de disponer de condiciones de accesibilidad para poder salir/entrar en el edificio y realizar actividades instrumentales en el exterior (variables con ACC). En el segundo caso se

trata de identificarlas dificultades percibidas en la realización de tareas o actividades de la vida diaria (variables con AVD), para lo que se podrían haber escogido también otras variables no incluidas, tales como “levantarse o acostarse” o “vestirse”, pero que aportarían poca información adicional al objeto final pretendido que es analizar la relación con posibles adaptaciones en la vivienda.

Tabla 2.20- Capacidades funcionales en el entorno de la persona

■ PH048_HeADLa_ Dígame si le resulta difícil llevar a cabo cada una de las actividades cotidianas que aparecen en la tarjeta 10	■ PH049_HeADLb_ Dígame si le resulta difícil llevarlas a cabo por problemas físicos, mentales, emocionales o de memoria.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caminar 100 metros 2. Estar sentado/a durante aproximadamente dos horas 3. Levantarse de una silla después de haber estado sentado/a durante mucho tiempo 4. Subir varios tramos de escalera sin descansar 5. Subir un tramo de escalera sin descansar 6. <u>Inclinarse, arrodillarse o agacharse</u> 7. <u>Levantar o extender los brazos por encima de los hombros</u> 8. Arrastrar o empujar objetos de gran tamaño como, por ejemplo, un sillón 9. Levantar o transportar objetos que pesen más de 5 kilos, como, por ejemplo, una bolsa de la compra pesada 10. Coger una moneda pequeña de una mesa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vestirse, incluyendo ponerse los calcetines y los zapatos 2. <u>Andar por una habitación</u> 3. <u>Bañarse o ducharse</u> 4. Comer, por ejemplo, trocear los alimentos 5. Levantarse o acostarse 6. <u>Usar el aseo, incluyendo sentarse y levantarse</u> 7. Usar un mapa para orientarse en un lugar desconocido 8. Preparar una comida caliente 9. Comprar alimentos 10. Hacer una llamada telefónica 11. Tomar la medicación 12. Trabajar en la casa o en el jardín 13. Administrar el dinero, como, por ejemplo, pagar las facturas y llevar las cuentas

En relación con las primeras, hemos creado otra variable dummy (LimitACC) que recoge los casos afirmativos en cualquiera con las cinco seleccionadas como vinculadas con la necesidad de accesibilidad (en negrita en la Tabla 2.20) para realizar actividades de carácter instrumental (subir varios tramos de escalera, levantar o llevar pesos de 5 kilos o más, subir varios tramos de escaleras, caminar 100 metros y comprar alimentos). Igualmente se ha construido la variable dummy (LimitAVD) que recoge aquellos individuos que den al menos una respuesta afirmativa en el grupo de cinco preguntas que hemos seleccionado como vinculadas a la realización de dichas actividades (subrayadas en la Tabla 2.20), considerando que estas pueden requerir disponer de adaptaciones en el hogar (inclinarse, arrodillarse o agacharse, levantar o extender brazos por encima del hombro, andar por una habitación, bañarse o ducharse y usar el aseo).

La Tabla 2.21 presenta algunos resultados básicos obtenidos de la oleada 4 (W4) para cada una de estas actividades. En concreto, el número y porcentaje de encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta, así como la edad media de los que lo hacen y el nombre dado a cada una de las variables.

Tabla 2.21. Dificultades en el entorno percibidas por los encuestados de SHARE W4

TIPO de DIFICULTADES	Nombre variable	RESPUESTAS			EDAD		
		Nº	Media	E.S.	Media	E.S.	S.D
Inclinarse, agacharse o arrodillarse	AVDINC	18.165	0,31	0,002	69,44	0,080	10,76
Extender brazos encima de hombros	AVDBRA	5.998	0,10	0,002	69,87	0,148	11,49
Bañarse o ducharse	AVDBAÑ	3.567	0,06	0,001	76,00	0,576	34,37
Usar o levantarse del WC	AVDWC	1.529	0,02	0,001	74,79	0,300	11,72
Caminar a través de un habitación	AVDCAM	1.419	0,02	0,001	75,59	0,307	11,58
1. Limitación actividades interior	LimitAVD	20.043	0,34	0,002	69,38	0,124	17,49
Subir varios tramos de escalera	ACCESC	17.277	0,30	0,001	69,69	0,140	18,37
Levantar o llevar pesos > 5 kilos	ACCLEV	13.341	0,23	0,002	70,22	0,175	20,20
Subir un tramo de escaleras	ACCTRA	7.459	0,13	0,001	72,40	0,291	25,11
Caminar 100 metros	ACC100	6.992	0,12	0,001	72,75	0,308	25,72
Comprar alimentos	ACCCOM	4.045	0,07	0,001	75,40	0,513	32,61
2. Limitación actividades exterior	LimitACC	22.943	0,39	0,002	69,26	0,111	16,83

Nº de respuestas válidas= 58.205.

Fuente: SHARE Wave4

A la vista de los datos resultantes se comprueba cuáles son las dificultades más frecuentes tanto en el interior como en el exterior de la vivienda. En el primer caso se trata de “Inclinarse, agacharse o arrodillarse”, lo que resulta coherente con la presencia de patologías de alta prevalencia entre la población mayor, como la artrosis y artritis. En el segundo grupo, en áreas comunes de la vivienda, la limitación más frecuente es la de “subir varios tramos de escalera”, que también responde a la lógica de problemas ambulatorios y falta de resistencia de las personas de edad avanzada. Si analizamos las edades medias en cada caso, vemos que algunas actividades se presentan a edades más tempranas que otras, por ello son más numerosas en la muestra.

LimitAVD y LimitACC tienen una elevada correlación (Coef. Pearson= 0,536), pues las limitaciones funcionales tienen efectos múltiples en la relación con los entornos y actividades diarias. La comparativa de medias entre países (Tabla 2.22), por su parte, nos indica que existen diferencias notables entre ellos.

Aunque no disponemos de información que nos permita interpretar el sentido de estas diferencias nacionales, podemos comprobar que en la mayoría de casos se reconocen más dificultades para la realización de actividades en el exterior de la vivienda que en el interior, lo que en principio resulta lógico, pues el espacio exterior se percibe como más demandante que el interior.

En algunos países la población de edad avanzada dispone de menos limitaciones para desempeñar las AVD's o actividades de la vida diaria, tal es el caso de Suiza, Dinamarca u Holanda, mientras otros destacan por lo contrario, por el elevado número de personas (entre 40 y 50%) que perciben limitaciones en esas actividades, tal es el caso de Hungría, Alemania o Eslovenia. Alemania también destaca en percepción de dificultades para realizar actividades de la vida diaria en la vivienda y Polonia, España e Italia para realizarlas en el exterior.

Un análisis cruzado de los dos tipos de limitaciones descubre algunos otros efectos. Por ejemplo, entre algunos países que manifiestan elevadas limitaciones se da gran discordancia entre interior y

exterior de la vivienda, como Polonia o Chequia, donde las actividades en el exterior están considerablemente más limitadas que en el interior. En sentido contrario, hay países con mayor percepción de limitación en el interior de la vivienda que en el exterior, y estos son algunos de los que destacan por el elevado nivel de envejecimiento y de bienestar de los mayores, de acuerdo a otras variables vistas, como Alemania, Suecia o Suiza. En estos países podría haber una política de mejora del medio urbano que contrasta con una falta de intervención o mejoras en el interior de las viviendas, de modo que la percepción de limitaciones en sentido contrario al resto de países.

Tabla 2.22: Tiene dificultad para realizar actividades cotidianas, en interior o exterior de la vivienda

País	N	1-LIMITAVD		2-LIMITACC		Dif 2-1
		Media	S.E	Media	S.E	
Austria	5253	0,28	0,006	0,38	0,007	0,10
Bélgica	5282	0,37	0,007	0,37	0,007	0,00
Chequia	6089	0,29	0,006	0,43	0,006	0,14
Dinamarca	2271	0,23	0,009	0,25	0,009	0,02
Estonia	6817	0,40	0,006	0,43	0,006	0,03
Francia	5756	0,34	0,006	0,37	0,006	0,03
Alemania	1572	0,44	0,013	0,35	0,012	-0,09
Hungría	3066	0,46	0,009	0,56	0,009	0,10
Italia	3576	0,36	0,008	0,45	0,008	0,09
Holanda	2757	0,26	0,008	0,29	0,009	0,03
Polonia	1719	0,37	0,012	0,54	0,012	0,17
Portugal	2061	0,38	0,011	0,50	0,011	0,12
Eslovenia	2743	0,42	0,009	0,41	0,009	-0,01
España	3556	0,38	0,008	0,45	0,008	0,07
Suecia	1948	0,35	0,011	0,28	0,01	-0,07
Suiza	3739	0,21	0,007	0,19	0,006	-0,02
Total	58205	0,34	0,002	0,39	0,002	0,05

Se puede deducir que los países que muestran mejores condiciones de vida de las personas mayores, tienen mejores rentas, edificios más equipados e incluso más ayudas técnicas estarán en mejores condiciones para superar las limitaciones tanto en el hogar como fuera de él. Incluso se puede plantear que las dificultades en los espacios públicos sean menores, quizá como consecuencia de mayores inversiones públicas en infraestructuras, en mantenimiento, etc.

Todo ello parece deducirse de la explotación de datos, pero carecemos de información complementaria que lo confirme. Estos efectos dependen de la combinación de muchos factores, de salud, condiciones residenciales y urbanas, disponibilidad de ayudas, etc. en cada caso, lo que no es una información fácilmente disponible y supera el interés de este análisis.

2.10.3. Variables de renta y disponibilidad económica

Los cuestionarios de SHARE incluyen un análisis exhaustivo de las condiciones económicas de las personas encuestadas y sus familias. Para ello recogen con gran detalle información sobre tipo y percepción de ingresos, cantidades y fuentes, carácter duradero o temporal de las rentas, etc. Parte de esta información se puede utilizar en nuestro modelo. En concreto vamos a analizar principalmente los ingresos mensuales del hogar además de un conjunto de variables relativas a pensiones y subsidios, pues resulta esperable que la disposición de adaptaciones esté vinculada con el nivel y tipo de ingresos. En concreto, el cobro de subsidios podría estar vinculado con la existencia de políticas públicas específicas destinadas a subvencionar la compra de ayudas técnicas o a la realización de adaptaciones en los hogares de personas con limitaciones funcionales.

Aunque la teoría ecológica del envejecimiento no contempla específicamente las condiciones económicas como un factor personal o de entorno que contribuya en la consecución del nivel de adaptación, NA, resulta lógico pensar que el entorno físico en la vivienda estará condicionado por ellas, en la medida que los elementos de accesibilidad tienen un coste y éste está vinculado a su vez con aspectos relacionados con las características físicas y la antigüedad de la edificación.

Tabla 2.23: Ingreso mensual toda la familia (excluidos $\geq 20.000\text{€}$)

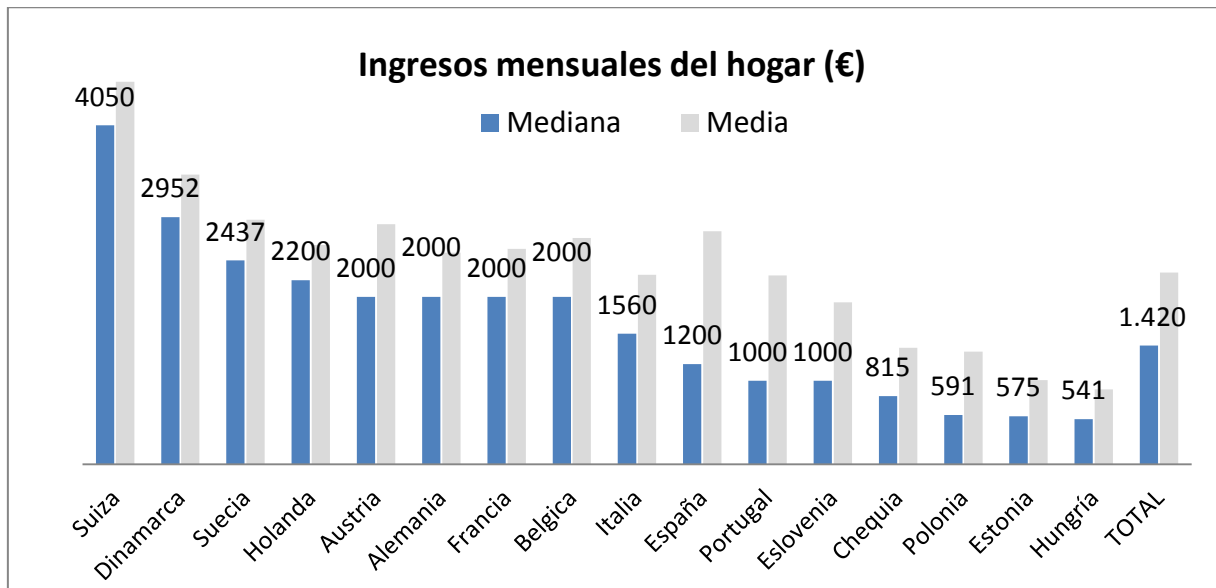
País	N	Mediana	Media	Desv. Estand.
Austria	2.865	2.000	2.870	3.250
Alemania	843	2.000	2.530	2.145
Suecia	1.219	2.437	2.925	2.155
Holanda	1.476	2.200	2.619	1.916
España	1.588	1.200	2.786	3.945
Italia	1.921	1.560	2.267	2.553
Francia	3.008	2.000	2.576	2.512
Dinamarca	1.339	2.952	3.462	2.230
Suiza	1.755	4.050	4.571	3.044
Bélgica	2.865	2.000	2.706	2.734
Chequia	2.990	815	1.392	2.370
Polonia	903	591	1.346	2.471
Hungría	1.627	541	898	1.468
Portugal	855	1.000	2.259	2.851
Eslovenia	1.356	1.000	1.938	2.851
Estonia	4.000	575	1.009	1.748
Total	30.610	1.420	2.292	2.741

Fuente: Share W4

La Tabla 2.23 muestra la renta mensual de las familias con personas mayores en los países de Europa a partir de la encuesta Share. Se han excluido los hogares con ingresos mensuales superiores a 20.000€ para obtener unos estadísticos no sesgados por valores extremos. No obstante, la dispersión de valores de ingresos es muy elevada, sobre todo en países como España, donde la desviación típica resulta la más elevada de la muestra.

El valor de la mediana es el más fiable en este caso para hacer el comparativo de rentas familiares entre países. Su valor oscila entre los 541€ de renta familiar de Hungría y los 4.050 € de Suiza. El Gráfico 2.9 muestra esas diferencias de renta mensual tan acusadas entre países. Las barras grises, muestran la media y las azules la mediana, cuyo valor se muestra superpuesto sobre estas últimas barras en el Gráfico.

Gráfico 2.9. Ingreso mensual de los hogares por países



Los resultados muestran una ordenación lógica y consistente con los datos de renta per cápita en los países de Europa. Otros datos que definen el perfil económico de los hogares de personas mayores en Europa son las pensiones y subsidios que reciben. La Tabla 2.23 muestra que una parte importante de la muestra declara recibir pensiones públicas, concretamente un 50% del conjunto. Las diferencias entre países han de ser muy acusadas como consecuencia de los distintos modelos de sostenimiento económico de la tercera edad y sistemas de pensiones, así como las edades de jubilación.

De hecho, si medimos el porcentaje de población que recibe este tipo de prestaciones de jubilación se ve que no hay una clara diferencia norte-sur como en otros casos (Polonia es el país donde más población encuestada cobra algún tipo de pensiones, con el 82%). Pero la diferencia acorde a los niveles de renta por zonas de Europa sí aparece cuando analizamos las cantidades percibidas por esas pensiones, y de forma aún más destacada al analizar el total de ingresos recibidos por hogar. Aquí nos movemos entre poco más de 11.000€ en Hungría y casi 133.000 en Suiza.

Las variables presentadas en la Tabla 2.24 se han incluido en el modelo para verificar su capacidad explicativa sobre el hecho de disponer de adaptaciones. Algunas de ellas han sido transformadas en variables dummy, ya sea para poder verificar su efecto neto o para facilitar su interpretación por tratarse de variables no continuas. La Tabla 2.27 recoge las variables que finalmente se introducirán en el modelo.

Tabla 2.24. Ingresos, pensiones y subsidios anuales de la muestra SHARE W4

País	Años jubilado	Recibe alguna pensión	Recibe una pensión pública	Ha recibido Subsidios	Ingresos totales Hogar, €	Ingresos por empleo, €	Suma pensiones percibidas €	% pensión sobre ingresos hogar
Austria	7,1	67,0%	53,0%	9,0%	62.916	18.991	20.790	33%
Alemania	7,2	70,0%	61,0%	8,0%	52.445	16.767	15.980	30%
Suecia	7,5	76,0%	65,0%	7,0%	47.849	22.065	19.461	41%
Holanda	4,6	56,0%	45,0%	14,0%	46.260	23.811		
España	4,9	53,0%	35,0%	2,0%	52.037	14.733	11.018	21%
Italia	6,9	59,0%	29,0%	1,0%	41.874	15.001	13.387	32%
Francia	7,3	66,0%	58,0%	9,0%	53.207	21.457	18.160	34%
Dinamarca	5,2	59,0%	41,0%	17,0%	59.565	27.894	17.714	30%
Suiza	4,7	52,0%	46,0%	7,0%	132.970	41.982	35.495	27%
Bélgica	5,4	62,0%	40,0%	13,0%	54.391	22.638	38.674	71%
Chequia	8,5	73,0%	62,0%	5,0%	18.381	6.263	5.060	28%
Polonia	7,9	82,0%	67,0%	4,0%	17.300	3.762	3.828	22%
Hungría	8,7	73,0%	54,0%	9,0%	11.362	3.878	4.443	39%
Portugal	5,9	50,0%	28,0%	7,0%	37.019	10.574	9.113	25%
Eslovenia	8,8	71,0%	49,0%	7,0%	25.496	10.548	18.300	72%
Estonia	7,4	74,0%	62,0%	8,0%	15.248	4.360	3.734	24%
Total	6,8	66,0%	50,0%	8,0%	45.283	17.460	15.199	34%

2.10.4. Variables explicativas de características del entorno

A pesar de disponer de un cuestionario específico, el HO, la encuesta panel SHARE, igual que ocurría con EDAD2008, dispone de una información poco detallada sobre las características del entorno residencial de la persona, sus necesidades o preferencias específicas en relación con este tema, que es clave para nuestro estudio. Podemos considerar de muy pobre el contenido del cuestionario dedicado a la vivienda y su entorno, y a ello se suma un elevado número de valores perdidos en las escasas preguntas disponibles.

Listamos a continuación algunos temas que están incluidos en la encuesta SHARE, en el módulo HO de Hogar. De entre ellos se han seleccionado aquellas preguntas que son relevantes para el estudio:

- Causas de mudanza
- Propiedad de la vivienda y condiciones propietarias (participación, fecha de compra, etc.)
- Disposición a pagar por vivienda similar
- Precio y condiciones de alquiler
- Hipotecas
- Tiempo de residencia en la actual vivienda

- Características del edificio y vivienda: tipología, altura, número de habitaciones, ascensor
- Disposición de características especiales para personas con discapacidad
- Existencia de escalones de acceso

En la lista no existen preguntas que permitan vincular las características de la vivienda en la que reside la persona mayor con las necesidades o preferencias de ésta respecto a esas características u otras de que pudiera disponer la vivienda. Pese a ello se ha seleccionado un conjunto de elementos incluidos en las preguntas de Share que pueden servir de covariables explicativas en el modelo de aplicación de la ecuación de Lewin:

1. Tipología de edificio
2. Área de ubicación de los edificios
3. Tiempo de permanencia en la vivienda
4. Disposición de ascensor
5. Otras características de la vivienda y tenencia por países

Analizamos a continuación estos conceptos.

1. Tipología de edificios

Caracterización de tipos de edificio donde pueden residir las personas encuestadas:

- Granja
- Edificio con una o dos viviendas unifamiliares
- Chalet pareado o adosado
- **Edificio de 3 a 8 viviendas**
- **Edificio de no más de 8 plantas con 9 o más viviendas**
- **Edificio de 9 plantas o más**
- Edificio con servicios para ancianos
- Residencia especial para ancianos (con atención durante 24 horas)

La Tabla 2.25 recoge en porcentajes el reparto de las personas encuestadas en cada país de acuerdo a esas tipologías residenciales. Se han señalado en negrita los valores máximos por país para cada tipo de edificio. Los resultados globales muestran que una gran parte de las encuestas se han realizado en viviendas unifamiliares, es decir, en granjas, viviendas aisladas o pareadas, que conjuntamente suman un 63,1% de la muestra. Algunos países superan ampliamente ese porcentaje, como Eslovenia (81,6%), Dinamarca (81,2%), Holanda (79,6%) o Francia (78,9%), mientras otros quedan muy por debajo, como Estonia (41,4%), Chequia (42,5%), Suiza (52,9%) o España (53,6%). Entre las viviendas unifamiliares, la tipología de vivienda aislada ("casa") es la predominante, con un 41,8% de media de las encuestas realizadas.

En cuanto a las viviendas situadas en edificios de tipo plurifamiliar se segmentan por número de apartamentos y por altura (edificios de 3 a 8 "apartamentos", "edificios de no más de 8 plantas" y los "edificios de más de 9 plantas"), siendo los segundos los que más predominan, con un 20,3%. Sólo en Estonia y Chequia esta es la tipología predominante en la muestra encuestada.

Tabla 2.25. Distribución por país según tipología de vivienda (%).

País	Granja %	Casa %	Adosado %	3-8 Apt. %	Edif<8p* %	Edif>9p* %	As. May* %	Viv.Esp.* %	N
Austria	8,3	44,0	5,1	12,1	28,5	1,6	0,2	0,1	3532
Alemania	3,8	50,5	13,5	20,2	8,8	2,8	0,4	-	1000
Suecia	4,9	46,9	11,4	11,1	23,7	1,4	0,2	0,4	1251
Holanda	2,2	21,2	56,2	17,1	-	-	2,4	0,8	1810
España	3,9	29,2	20,5	23,0	19,9	3,5	-	-	2148
Italia	3,8	40,0	15,3	23,9	15,7	1,4	-	-	2217
Francia	5,1	52,0	21,8	6,0	12,0	2,9	0,1	0,0	3934
Dinamarca	7,7	58,8	14,7	6,5	10,6	0,3	1,1	0,3	1486
Suiza	6,2	38,2	8,5	27,9	16,0	2,8	0,4	-	2421
Belgic	2,0	50,3	32,7	8,2	4,6	1,4	0,3	0,4	3536
Chequia	5,7	26,1	10,7	13,4	40,1	3,7	0,2	0,1	3790
Polonia	18,7	36,9	3,3	9,6	27,6	3,9	-	-	1062
Hungría	2,4	65,5	3,6	6,0	16,5	6,0	-	-	1967
Portugal	3,6	42,6	14,6	24,0	12,3	3,0	-	-	1271
Eslovenia	11,8	64,9	4,9	4,6	12,1	1,7	-	0,1	1952
Estonia	14,1	25,8	1,5	7,9	40,8	9,7	0,1	0,0	4319
Total	6,6	41,8	14,7	12,9	20,3	3,3	0,3	0,1	37696
N	2.486	15.756	5.555	4.865	7.634	1.237	113	50	

* 3-8 Apt = Edificios con 3 a 8 apartamentos

Edif<8p = Edificios con menos de 8 plantas.

Edif>9p = Edificios con más de 9 plantas.

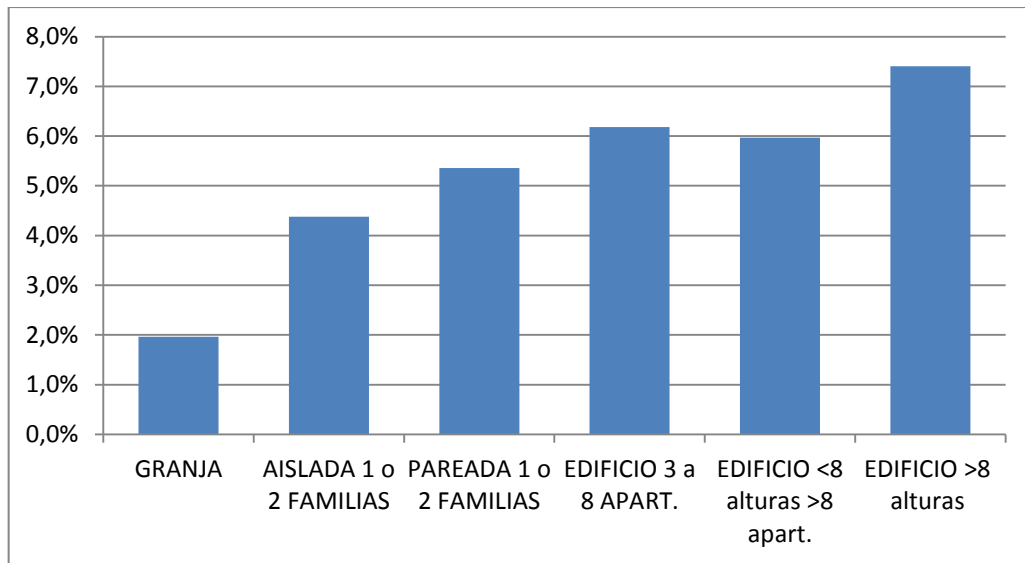
Asis.May = Complejo de viviendas con asistencia para personas mayores.

Viv.Esp. = Viviendas especiales para mayores (asistencia 24h).

Fuente: SHARE W4

Este reparto por tipos edificatorios no parece responder a una afijación muestral específica, pero sí está vinculado con el tipo de residencias que ocupan los mayores en algunos países. Por ejemplo, el hecho de que Holanda tenga el mayor número de adosados y a la vez el mayor número de complejos asistidos o viviendas especiales para mayores es coincidente con el conocimiento que se tiene sobre las pautas residenciales de este país en relación con las cohortes de edad incluidas en la encuesta.

Al cruzar los resultados de esta pregunta con los de viviendas adaptadas es interesante destacar que se trata de intervenciones muy diferentes las que se realizan en edificios unifamiliares o en edificios de apartamentos. Por ejemplo, es evidente que los edificios susceptibles de tener ascensor son los que responden a la tipología de apartamento y suelen ser más propios del entorno urbano. De hecho, si nos preguntamos qué tipos de viviendas tienen más *características especiales para ayudar a las personas con incapacidades físicas o problemas de salud*, como reza la pregunta HO_033, la respuesta, según muestra el gráfico, es que son precisamente las viviendas situadas en edificios de apartamentos en altura las que presentan más elementos de accesibilidad en el conjunto de países de la muestra.

Gráfico 2.10: Porcentaje de viviendas con adaptaciones según tipología constructiva. SHARE W4

Fuente: Elaboración propia. SHARE W4

La lógica de estas diferencias tiene que ver con el carácter urbano o rural y con la posibilidad de adaptación de entornos comunes (como el propio ascensor, instalación de rampas, etc.) e incluso su obligatoriedad, pues las normativas en muchos países de Europa promueven fórmulas (subvenciones, créditos o penalizaciones por incumplimiento) para favorecer la rehabilitación accesible de los edificios o las viviendas. Estas ayudas y exigencias pueden no ser de aplicación en viviendas unifamiliares, lo que justificaría el menor nivel de adaptaciones en las tres primeras categorías de la lista.

2. Área de ubicación de los edificios

En cuanto a la ubicación de la vivienda, la encuesta ofrece un conjunto de categorías cerrado entre las que el encuestado debe elegir. Estas son:

- Gran ciudad
- Área metropolitana o alrededores de gran ciudad
- Gran población
- Pequeña población
- Área rural o pueblo

De entre ellas, y como corresponde a las tipologías edificatorias vistas, las viviendas en área rural o pueblo, con un 34,1% son las más numerosas, seguidas de las situadas en pequeñas poblaciones, con un 24%. El resto están bastante repartidos, aunque las encuestas en áreas metropolitanas son minoritarias (10,5%).

3. Tiempo de permanencia

Otro aspecto que puede ser relevante en el modelo, porque puede relacionarse con el hecho de disponer de adaptaciones, es el tiempo de permanencia en la vivienda (Tabla 2.26). Una proporción muy elevada (58,9%) de las personas incluidas en el panel de SHARE en la oleada de 2011 lleva más

de 20 años residiendo en la misma vivienda. Y otro 18,8 lleva más de 10 años, de modo que la población mayor que se ha mudado hace pocos años es minoría.

Sólo un 12,7% lleva menos de 5 años residiendo en la vivienda actual, lo que es relevante a la hora de interpretar los resultados del análisis de las adaptaciones del hogar, pues la mayor antigüedad de la vivienda justificaría que la mayoría de las adaptaciones se hayan realizado posteriormente a la construcción, lo que es favorable a la hipótesis sobre la que se basa nuestro análisis: que las adaptaciones existentes fueron realizadas como respuesta a una necesidad de ajuste persona-entorno.

4. Disposición de ascensor

Como es conocido, la falta de ascensor es la barrera más significativa y de solución más compleja para la población que, debido a su edad u otra causa, tiene problemas de limitación funcional.

El análisis del comportamiento adaptativo del individuo para la mejora de sus condiciones frente a un entorno con elementos inaccesibles se dificulta debido a que elementos como los ascensores son raramente instalados en tipologías de vivienda como granjas, casas o casas adosadas, tipologías que representan más del 60% de la muestra. Los edificios de apartamentos, normalmente de más de 2 plantas, solo representan poco más del 36%. Consecuencia de este diseño muestral sólo un 17,9% de los hogares encuestados habitan viviendas con ascensor. Por países la respuesta sobre disposición de ascensor alcanza sólo al 45% de la muestra. En países como Alemania o Polonia esta pregunta apenas ha sido respondida por el 3,2 y el 2,2% de la muestra. Por el otro extremo destaca Eslovenia con un 73,6% de respuestas.

Los datos de SHARE son incompletos para querer combinar altura de la edificación y disposición de ascensor, pues de las 58.489 encuestas realizadas en la oleada 4 (W4) tan solo en 8.985 se dispone de información sobre ambas variables. De hecho la encuesta ni siquiera recogió este dato en su primera oleada, demostrando la poca importancia que en el marco de la encuesta se ha venido dando a recoger datos de la vivienda de las personas mayores.

Tabla 2.26. Dispone el edificio de ascensor
(según número de plantas). Total países

Nº Plantas	SÍ	%	NO	%	Total
1	13	5,9%	207	94,1%	220
2	57	5,1%	1055	94,9%	1112
3	296	16,2%	1532	83,8%	1828
4	519	28,3%	1317	71,7%	1836
5	590	30,2%	1361	69,8%	1951
6	475	88,1%	64	11,9%	539
7+	1388	93,7%	94	6,3%	1482
Total	3338	37,2%	5630	62,8%	8968

Fuente: SHARE W4

A pesar de no disponer de una muestra más completa, los resultados observados en la Tabla 2.26 sobre la muestra de casi 9 mil casos registrados permiten verificar algunos aspectos relevantes:

- El 97,5% de las personas mayores de la muestra vive en edificios con más de una planta. Se trata de edificios en los que en algún momento de la evolución de estas personas se puede requerir algún tipo de ayuda para superar este desnivel, ayuda que es más

necesaria y costosa a medida que aumenta el número de plantas del edificio.

- En el 62% de los casos esos edificios no cuentan con ascensor. Lógicamente a medida que aumenta la altura de la edificación también lo hace la proporción de edificios con ascensor, pero entre 2 y 5 alturas la presencia de este mecanismo de elevación sólo se encuentra entre un 5,1 y 30,2% de los casos, respectivamente. A partir de 5 alturas; esto es, planta baja más 4 pisos sobre rasante, se da un cambio radical al pasar de un 30,2% a un 88,1% la proporción de edificios con ascensor, y por encima de 7 alturas la disposición de ascensor se acerca al 100%.

5. Otras características de la vivienda y tenencia por países

Analizamos aquí otras características de las viviendas, de tipo constructivo, así como de tenencia y propiedad, por países. El número de escalones que se deben subir –sin alternativa posible– para acceder a la vivienda, lo que está incluido en el cuestionario de hogar y es un dato relevante para determinar el nivel de barreras físicas existentes en las viviendas de la población de edad avanzada y una buena muestra de los problemas de accesibilidad que plantea la edificación actual. Se distinguen los siguientes tramos: hasta 5 escalones, de 6 a 15, de 16 a 25 y más de 25. El recuento no incluye los escalones que se evitan porque el edificio tenga ascensor.

Los resultados de la Tabla 2.27 muestran la variedad de situaciones residenciales que se dan en la muestra por países, así como los distintos parámetros que pueden determinar en cada caso el hecho de disponer o no de adaptaciones en el edificio y vivienda de la persona mayor. Sólo mediante un análisis de regresión será posible determinar el real peso que puedan tener estos factores.

Tabla 2.27: comparativo de características de vivienda en los países de Europa

En color claro aquellos datos con menos de 150 observaciones. Fuente: Share W4

País	AÑOSVIVE0a5		AÑOSVIVEmas15		ROOMS	APARToCASA		PROPIETARIO
	%	%	%	%		N	%	
Austria	10,0%	73,9%	6,6%	10,7%	3,61	42,4%	4,13	53,3%
Alemania	58,3%	25,0%	5,0%	6,7%	3,28	31,9%	3,61	62,1%
Suecia	91,9%	6,3%	13,1%	4,9%	3,02	36,4%	4,02	54,2%
Holanda	25,6%	49,0%	7,1%	2,7%	4,36	17,7%	5,26	67,9%
España	10,4%	69,3%	14,2%	5,2%	4,28	46,4%	4,9	91,7%
Italia	9,9%	71,8%	7,8%	8,2%	3,77	41,0%	4,16	81,0%
Francia	14,9%	60,7%	6,1%	3,8%	4,39	20,9%	4,6	77,1%
Dinamarca	37,2%	38,8%	4,2%	3,0%	4,41	17,6%	3,53	69,1%
Suiza	21,1%	53,5%	9,6%	10,0%	4,54	46,9%	3,98	57,9%
Belgica	19,6%	60,0%	6,1%	1,7%	4,72	14,4%	4,3	74,7%
Chequia	12,3%	72,4%	6,9%	13,9%	3,04	57,4%	5,61	62,6%
Polonia	76,3%	23,7%	4,1%	11,3%	2,26	41,1%	3,85	71,7%
Hungria	7,5%	76,1%	2,8%	7,6%	2,75	28,5%	4,05	87,4%
Portugal	8,7%	75,6%	8,9%	7,2%	4,32	39,3%	4,54	73,1%
Eslovenia	3,7%	84,9%	2,7%	5,8%	2,98	18,4%	4,28	86,8%
Estonia	8,1%	70,2%	4,7%	16,8%	2,88	58,5%	4,14	84,5%
Total	12,7%	68,3%	6,8%	8,2%	3,63	36,6%	4,46	72,6%
Desv. Estand.	33,3%	46,5%	25,1%	27,5%	1,75	48,2%	2,52	44,6%
N	26.305	26.064	58.489	58.489	26.316	37.533	2.972	39.214

Otros aspectos que se presentan son el número de habitaciones que tiene la vivienda (ROOMS) “incluyendo dormitorios y excluyendo la cocina, los cuartos de baño y vestíbulos”, si la persona reside en una vivienda de tipo apartamento (respuestas 4,5 o 6 de la variable TIPOEDIF, ya vista) o en una vivienda unifamiliar (APARTOCASA), el número de alturas del edificio, incluido el bajo (ALTURAEDIF) y si la familia es propietaria de la vivienda (PROPIETARIO).

2.11. LA REGRESIÓN LOGÍSTICA LOGIT CON SHARE W4 Y ESPECIFICACIONES DEL MODELO

Una vez seleccionada la variable dependiente y vistas las principales variables explicativas de los factores personales, de salud/funcionales, de la vivienda y renta del hogar o la persona, podemos especificar el modelo de regresión logística binaria que habremos de testar. La variable dependiente resulta de las respuestas dadas a la pregunta HO033 en el cuestionario HO de la oleada 4, transformada en *ADAPTACIONESW4*:

■ *HO033_ SPECIAL FEATURES IN THE HOUSE | ¿Tiene su casa características especiales para ayudar a las personas con incapacidades físicas o problemas o de salud? |*

Por ejemplo, puertas más anchas, rampas, puertas automáticas, | ascensores para sillas de ruedas, dispositivos de alerta (botones de | alarma), modificaciones en la cocina o en el baño.

Respuestas: | 1. Sí | 5. No

Se le asigna el valor 1 si la casa tiene adaptaciones, y 0 si no las tiene. El modelo finalmente estimado se puede sintetizar así: $ADAPTACIONESW4 = f(\text{Variables independientes de persona y entorno: PERSONALES, de HOGAR, VIVIENDA y ENTORNO, SALUD y RENTA})$

La especificación final del modelo se ha seleccionado tras un proceso iterativo de inserción de variables de los grupos señalados, considerando las anteriores condiciones, para llegar a la siguiente expresión:

ADAPTACIONESW4 = f(EDAD, SEXOFEM, PAREJA, HOGARUNIBIpers, RENTAañoTOThogardiezmil, RENTAEMPLEOANUALdiezmilcero, PENSIPUBLalguna, PENSIANUALtotDIEZMILcero, AÑOSllevaPENSIONISTA, RECIBESUBSIDIOS ARTRITIS, FRACTCADERA, OTRASFRAC, MIEDOCAER, EDADIMPIDE, HOSPITALaño, AVDWC, LimitAVD, LimitACC, AÑOSVIVE0a5, AÑOSVIVEmas15, ASCENSOR, ESCALONES5, ESCALONESmas25, APARTOCASA, CIUDADoRURAL, ROOMS, PROPIETARIO).

La tabla 2.28 contiene una descripción y definición de las variables que se han ido analizando a lo largo del capítulo, y que finalmente forman parte de la especificación del modelo elegido.

Tabla 2.28. Relación y datos básicos de las covariables utilizadas en el modelo

Variable	Definición	Tipo	Nº Obs.	Media	E.S.
----------	------------	------	---------	-------	------

Sociodemográficas

<i>EDAD</i>	Años de la persona	Numérica	58.462	65,88	0,043
<i>SEXOFEM</i>	Es mujer	Dummy	58.489	0,57	0,002
<i>PAREJA</i>	Convive en pareja	Dummy	39.009	0,68	0,002
<i>HOGARUNIBIpers</i>	El hogar es de una o dos personas	Dummy	58.489	0,76	0,002
<i>PROPIETARIO</i>	Es propietario/a de la vivienda	Dummy	39.214	0,73	0,002

Renta

<i>RENTAAñoTOThogard ezmil</i>	Ingresos totales hogar. Eliminado outliers >2,4M€/10.000€.	Numérica	31.793	4,53	0,063
<i>RENTAEMPLOANU ALdiezmilcero</i>	Ingresos actividad laboral al año/10.000€.	Numérica	58.489	0,42	0,005
<i>PENSIPUBLalguna</i>	Recibe pensión jubilación u otras	Dummy	57.986	0,66	0,002
<i>PENSIANUALtotDIEZM ILcero</i>	Suma de pensiones jubilación y otras anual	Numérica	58.489	0,86	0,009
<i>AÑOSllevaPENSIONIST</i>	Años lleva cobrando pensión	Numérica	58.489	3,93	0,032
<i>RECIBESUBSIDIOS</i>	Recibe ayudas públicas	Numérica	39.151	0,08	0,001

Salud y funcionales

<i>ARTRITIS</i>	El médico le ha dicho alguna vez que tenía/tiene artritis.	Dummy	58.126	0,24	0,002
<i>FRACTCADERA</i>	El médico le ha dicho alguna vez que tenía/tiene fractura de	Dummy	58.126	0,02	0,001
<i>OTRASFRACT</i>	El médico le ha dicho alguna vez que tenía/tiene otras fracturas	Dummy	58.126	0,08	0,001
<i>MIEDOCAER</i>	Ha tenido miedo a caerse en los últimos 6 meses	Dummy	58.120	0,10	0,001
<i>EDADIMPIDE</i>	Piensa que la edad le impide hacer cosas (ac014). Diversos grados	Dummy	56.998	2,64	0,005
<i>HOSPITALaño</i>	Ha estado en el hospital en los últimos 12 meses	Dummy	58.026	0,15	0,001
<i>AVDWC</i>	Tiene dificultades para usar el WC, incluido levantarse y sentarse	Dummy	58.124	0,03	0,001
<i>LimitAVD</i>	Tiene alguna dificultad en las actividades de la vida diaria señaladas	Dummy	58.114	0,41	0,002
<i>LimitACC</i>	Tiene alguna dificultad relacionada con la accesibilidad, de la señaladas	Dummy	58.128	0,33	0,002

Entorno

<i>AÑOSVIVE0a5</i>	Lleva 5 años o menos en esa vivienda	Dummy	26.064	0,13	0,002
<i>AÑOSVIVEmas15</i>	Lleva 15 años o más en esa vivienda	Dummy	26.064	0,68	0,003

ASCENSOR	La vivienda tiene ascensor	Dummy	26.305	0,18	0,002
ESCALONES5	Se han de subir 5 escalones o menos para llegar a la vivienda	Dummy	58.489	0,07	0,001
ESCALONESmas25	Se han de subir 25 escalones o más para llegar a la vivienda	Dummy	58.489	0,08	0,001
APARToCASA	La vivienda es tipo apartamento o tipo casa	Dummy	37.533	0,37	0,002
CIUDADoRURAL	La vivienda está situada en ciudad mediana/grande	Dummy	37.702	0,42	0,003
ROOMS	Número de habitaciones	Numérica	26.316	3,63	0,011

Los resultados de la aplicación del modelo se presentan en la Tabla 2.29, incluyendo los coeficientes y su significación, error estándar y odds ratio. En la tabla se diferencia entre el modelo base, resultado del proceso iterativo de introducción de variables, y un modelo con países para controlar el efecto de las distintas condiciones nacionales y diferencias metodológicas. Se ha excluido de la muestra a Alemania, Suecia y Polonia por su bajo número de observaciones. Para comprobar si existe un “efecto país” se introducen variables dummy de cada país, excepto Italia, que es el de referencia dado que es el que ha registrado unos valores más bajos de adaptaciones de todo el conjunto.

Tabla 2.29. Parámetros resultantes de la regresión logística binaria

Variables Independientes	Mod. BASE			Mod. Países		
	β	S.E.	OR=Exp(B)	β	S.E.	OR=Exp(B)
Var. PERSONALES						
<i>Variables Sociodemográficas</i>						
EDAD	0,017 ***	0,005	1,017	0,014 **	0,005	1,014
SEXOFEM	0,090 -	0,069	1,094	0,077	0,069	1,080
PAREJA	0,217 **	0,070	1,243	0,209 **	0,071	1,232
HOGARUNIBIpers	0,258 **	0,091	1,295	0,127	0,094	1,135
PROPIETARIO	-0,001 -	0,075	0,999	0,202 *	0,080	1,224
<i>Variables de renta y disponibilidad económica</i>						
RENTAañoTOThogardiezmil	0,004 -	0,002	1,004	-0,001	0,003	0,999
RENTAEMPLOANUALdiezmilcero	0,062 **	0,023	1,064	-0,001	0,025	0,999
PENSIPUBLalguna	0,180 -	0,093	1,198	0,179	0,097	1,197
PENSANUALtotDIEZMILcero	0,034 **	0,011	1,034	0,018	0,013	1,018
AÑOSIlevaPENSIONISTA	-0,004 -	0,005	0,996	0,001	0,005	1,001
RECIBESUBSIDIOS	0,439 ***	0,103	1,551	0,387 ***	0,105	1,473
<i>Variables de salud y funcionales</i>						
ARTRITIS	0,141 -	0,073	1,151	0,119	0,075	1,127
FRACTCADERA	0,253 -	0,149	1,287	0,234	0,151	1,264
OTRASFRACT	0,276 **	0,089	1,317	0,288 ***	0,091	1,334

MIEDOCAER	0,164 -	0,095	1,178	0,168	0,097	1,183
EDADIMPIDE	0,074 *	0,032	1,077	0,051	0,032	1,052
HOSPITALaño	0,252 ***	0,078	1,287	0,205 **	0,079	1,227
AVDWC	0,871 ***	0,148	2,388	0,950 ***	0,150	2,584
LimitAVD	0,148 -	0,080	1,16	0,187 *	0,081	1,205
LimitACC	0,324 ***	0,080	1,383	0,387 ***	0,082	1,473
Var. de ENTORNO						
AÑOSVIVE0a5	0,398 ***	0,101	1,489	0,373 ***	0,103	1,452
AÑOSVIVEmas15	-0,423 ***	0,079	0,655	-0,373 ***	0,081	0,689
ASCENSOR	1,688 ***	0,102	5,407	1,539 ***	0,105	4,661
ESCALONES5	0,319 **	0,113	1,376	0,263 *	0,116	1,301
ESCALONESmas25	-0,171 -	0,12	0,843	-0,168	0,121	0,845
APARToCASA	-0,611 ***	0,117	0,543	-0,469 ***	0,122	0,625
CIUDADoRURAL	-0,248 ***	0,073	0,78	-0,208 **	0,076	0,812
ROOMS	0,096 ***	0,019	1,101	0,057 **	0,022	1,059
Var. de PAIS						
AUSTRIA				2,049 ***	0,369	7,762
HOLANDA				2,669 ***	0,395	14,429
ESPAÑA				1,807 ***	0,383	6,090
FRANCIA				1,850 ***	0,373	6,360
DINAMARCA				2,221 ***	0,446	9,216
SUIZA				2,690 ***	0,372	14,736
BELGICA				1,722 ***	0,377	5,597
REP.CHECA				1,656 ***	0,372	5,240
HUNGRIA				2,056 ***	0,375	7,815
PORTUGAL				1,262 ***	0,404	3,534
ESLOVENIA				1,072 ***	0,404	2,921
ESTONIA				1,044 ***	0,377	2,840
ALEMANIA				2,044	1,141	7,722
SUECIA				2,681 ***	0,631	14,604
POLONIA				2,551 *	1,144	12,823
Constant	-5,251	0,352	0,005	-6,729	0,523	0
N	19.144			19.144		

-2 Log likelihood= 8089,436, R2=0,107

-2 Log likelihood= 7846,312, R2=0,139

Nivel de significación; *** p = <0,001; ** p = <0,01; * p = <0,05

Comparación del ajuste de los modelos

Para comparar el grado de ajuste de los modelos utilizamos el estimador de máxima verosimilitud (EMV), que es el método estadístico utilizado para estimar los coeficientes del modelo Logit y las

ecuaciones no lineales. La función de verosimilitud L mide la probabilidad de observar un conjunto determinado de valores de la variable dependiente (p_1, p_2, \dots, p_n): $L = \text{Prob} (p_1, p_2, \dots, p_n)$

Cuanto mayor la función de máxima verosimilitud mayor la probabilidad de observar ese set de valores en la muestra. Por tanto el EMV implica encontrar los coeficientes que maximizan el logaritmo de la función de verosimilitud ($\log L < 0$) o -2 veces el logaritmo de la función de verosimilitud ($-2\log L$)

Utilizamos un test χ^2 para contrastar si es significativa la diferencia entre estadísticos de radio de verosimilitud ($-2 \log L$) de los dos modelos, resultando que sí lo es ($p=.0000$), por lo que podemos concluir que al añadir los países al modelo de regresión logística este mejora de manera significativa: $\chi^2(43, N=19.144) = 243,124, p < .001$. Esto vendría a demostrar que efectivamente existe un efecto país que no es recogido por el resto de variables, y que se trata de un efecto significativo.

Por otro lado, aunque el test R^2 es muy usado en modelos lineales estimados mediante MCO (Mínimos Cuadrados Ordinarios), no es esta una medida que tenga equivalente en la regresión logística. No obstante existen diversos pseudo-estadísticos R^2 como el de Nagelkerke que presenta el programa SPSS y que en este caso sube de 0,107 a 0,139 al incorporar los países al modelo. Se trata de otra medida complementaria sobre la mejoría del modelo al incorporar las variables de país.

2.11.1. Análisis de los coeficientes y significación de las variables principales

A la vista de los resultados anteriores, se verifica que los datos recogidos por la encuesta SHARE – Oleada 4 sobre personas mayores de 55 años en Europa permiten verificar el cumplimiento de la relación entre conducta adaptativa y las condiciones persona-entorno, de acuerdo al modelo de Lewin, como antes habíamos comprobado con la encuesta EDAD2008. El modelo de regresión logística que se ha estimado demuestra que las condiciones funcionales y del entorno sirven para explicar el comportamiento adaptativo gracias a un conjunto de covariables cuyos coeficientes son relevantes y significativos. Los resultados del modelo muestran que *la edad, el nivel de renta, la preocupación por sufrir una caída o el tener determinadas dificultades para ejecutar tareas de la vida diaria o desenvolverse en el exterior de la vivienda explican el hecho de tener o no adaptaciones en ella*. Éstas adaptaciones comprenden distintas condiciones de diseño, modificaciones y equipamiento para favorecer a las personas con incapacidades físicas o problemas o de salud, tales como puertas más anchas, rampas, puertas automáticas, ascensores para sillas de ruedas, dispositivos de alerta (botones de alarma) o modificaciones en la cocina o el baño.

Las peculiaridades del SHARE en cuanto a la aplicación del cuestionario base por parte de cada país, la importancia dada a unos u otros temas y las diferencias entre oleadas determinan mucha pérdida de datos en variables muy relevantes para este estudio. Así, de la muestra original de 58.489 encuestas sólo el 45% han respondido a la pregunta de la que se obtiene la variable dependiente y en algunos países, como Polonia o Alemania, la muestra resultante es muy pequeña.

A la hora de introducir las variables independientes en el modelo, si estas no tienen un elevado nivel de respuesta se reduce aún más la muestra útil en la regresión, por lo que este aspecto se ha tenido en cuenta en la elección de covariables. A continuación se presenta un análisis de los principales coeficientes y significatividad de las variables, para interpretar cuáles son relevantes en la explicación de la existencia de esas adaptaciones.

Variables personales

La edad, cuanto más avanzada, predispone a tener mayores adaptaciones en la vivienda, como lo manifiesta el signo positivo del coeficiente en la variable EDAD y su elevada significatividad. Los datos de OR (Exp (β)) muestran que un aumento de un año en la edad de la persona mayor determina un incremento de 1,7% en las probabilidades de disponer de adaptaciones. En este sentido contrasta con los resultados de la encuesta EDAD2008 antes vista, donde la edad de la persona con limitación no influía sobre el gasto en adaptaciones, entendida en ese caso como una compra de elementos y servicios que requieren las personas con discapacidad.

En cuanto al sexo, la variable SEXOFEM muestra que ser mujer no determina una diferencia significativa en el hecho de disponer adaptaciones. En cambio tener pareja (variable PAREJA), sí es un factor favorable y significativo, donde la probabilidad de disponer de adaptaciones es casi un 25% mayor. Por otra parte, los hogares de pequeño tamaño, en concreto los uni o bipersonales, son a su vez más proclives a disponer de estos elementos que los que están constituidos por más personas, normalmente hijos u otros familiares, lo que no hace sino confirmar que las personas mayores que viven solas o con su pareja están más necesitadas de un entorno adaptado que aquellas que viven en hogares donde hay más miembros en la familia.

Las variables de salud no son, como ya ocurriera en EDAD2008, tan claramente precursoras de adaptaciones como se podría esperar, e incluso problemas de salud tan característicos de la población mayor, como las fracturas de cadera o la artritis no resultan significativos. Tampoco lo es un efecto característico de la ancianidad, como el miedo a caer. En cambio el hecho de haber pasado alguna estancia en el hospital durante el último año, y la existencia de otros tipos de fracturas, diferentes a la de cadera, son elementos que explican de forma más relevante el hecho de tener entornos adaptados, lo que demuestra que la adaptación de la vivienda es un factor clave para facilitar la salida del hospital entre las personas mayores.

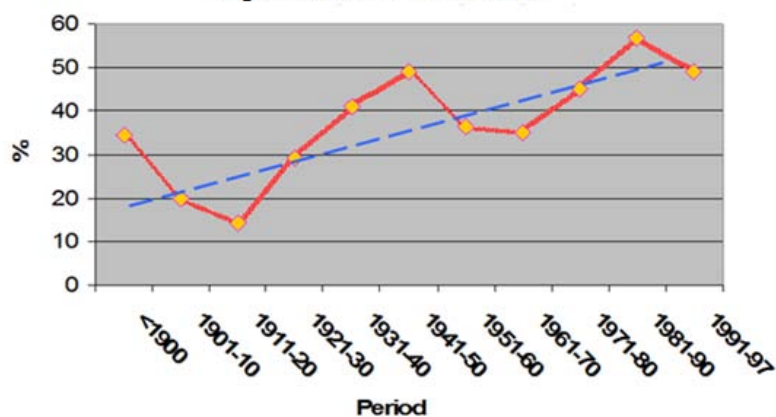
En cuanto al hecho de tener dificultades o limitaciones concretas para realizar algunas actividades comunes de la vida diaria sí resulta plenamente significativo. Tener limitaciones para el uso del inodoro es uno de los factores que más explican las adaptaciones, hasta el punto de que las probabilidades de disponer de adaptaciones en tal caso se multiplican por 2,39. Este tipo de adaptación es, como ya hemos indicado, la más frecuente y necesaria, como queda aquí confirmado una vez más. Otras limitaciones, tales como las vinculadas con la realización de actividades de la vida diaria (bañarse o ducharse, usar o levantarse del WC y caminar a través de una habitación, inclinarse, agacharse o arrodillarse, etc.), se han sintetizado en la variable LimitAVD, que también resulta predictora de la existencia de adaptaciones. Las personas que manifiestan al menos una de esas limitaciones tienen un

16% más de probabilidades que el resto de vivir en lugares con adaptaciones. Y aún más, esas probabilidades suben hasta el 38,3% si se tienen “Limitaciones de Accesibilidad” (LimitACC), o aquellas que sintetizan actividades ligadas con las características del medio (como subir varios tramos de escalera, levantar o llevar pesos de 5 kilos o más, subir un tramo de escaleras, caminar 100 metros o comprar alimentos).

Variables de vivienda y entorno

La antigüedad de residencia en la vivienda actúa en sentido negativo; de modo que las personas que llevan más de 15 años viviendo en el mismo lugar tienen una probabilidad cercana al 35% menor de tener adaptaciones que el resto, mientras aquellos que llevan poco tiempo en la misma vivienda son más proclives a disponer de adaptaciones, en concreto un 49% más. Todo ello se puede explicar porque las personas que se mudan lo hacen a viviendas más accesibles, y también porque las viviendas más recientes deben cumplir normativas de accesibilidad y suelen tener mejores condiciones funcionales. Ya un trabajo realizado por Alonso (1999) a partir de una encuesta a 1.104 hogares situados en edificios multifamiliares de Madrid y Barcelona confirmaba este hecho, como muestra el Gráfico 2.11, que recoge el porcentaje de viviendas sin barreras reconocido por sus habitantes según el

Gráfico 2.11: Evolución de la proporción de viviendas sin barreras según década de construcción



Fuente: Alonso López (1999)

periodo de construcción. La tendencia es claramente creciente a lo largo de todo el siglo XX.

Uno de los elementos que más inciden sobre esa mejora de condiciones de accesibilidad en la vivienda es la disposición de ascensor. Por ello es razonable que el coeficiente de esta variable sea el mayor de todo el conjunto. De hecho, la probabilidad de responder afirmativamente a la pregunta sobre disposición de adaptaciones en la vivienda se multiplica por 5,4, un 540%, si la

vivienda dispone de ascensor.

Otro elemento que suele ser clave en la determinación de la accesibilidad o adaptación de un edificio es el hecho de tener que superar escalones. A este respecto la encuesta SHARE pregunta por el número existente previo al acceso a la vivienda. Un número bajo o nulo de escalones puede ser consecuencia de las adaptaciones ya realizadas, o ser un factor que favorezca la residencia de personas mayores, ya sea por haberse mudado expresamente o por no requerir mudarse. Esto es lo que se podría deducir de los resultados que muestran que un número bajo de escalones en el portal incide sobre el grado de adaptaciones disponible de manera positiva y significativa. En cambio, aquellos con más de 25 escalones, lo que puede ser sinónimo de falta de ascensor en muchos casos, tienen el efecto contrario: en ellos se producen menos adaptaciones.

Por otra parte, el hecho de que la vivienda sea de tipo apartamento no favorece la disposición de adaptaciones (hay un 45% menos de ellas), respecto a vivir en un edificio de tipo unifamiliar. A nivel europeo es un 22% más probable disponer de adaptaciones si se vive en el medio rural que si se vive en el medio urbano, o en ciudades de mayor dimensión.

Finalmente, el número de habitaciones, que también expresa el tamaño del hogar repercute positivamente en la disposición de adaptaciones, hasta el punto de que disponer de una habitación más incrementa esa probabilidad en un 10%.

Variables de renta

Respecto a las variables de renta, disponer de mayores ingresos, ya sean los ingresos totales o los obtenidos en actividades económicas privadas o rentas del trabajo favorece en pequeña medida el disponer de adaptaciones. Incluso disponer de pensiones públicas es un factor poco explicativo del grado de adaptaciones disponibles. Sin embargo, en contraste con lo anterior, la percepción de subsidios sí que las explica: los subsidios son la variable de ingresos más significativa y con mayor incidencia sobre el hecho de vivir o no en una vivienda que cuenta con adaptaciones. Esta relación se manifiesta en una probabilidad mayor en un 55,1% (OR=1,551) de que una persona que declara haber recibido subsidios tenga adaptaciones en su vivienda comparada con otra que no las reciba. No podemos saber qué tipo de subsidios son los que están detrás de las respuestas ofrecidas en la encuesta europea, máxime con el elevado número de países (y, consecuentemente, de políticas y modelos de estado del bienestar) considerados. Sería preciso un estudio más a fondo del tipo de esos subsidios e incluso de los países que los ofrecen, pero está claro que en Europa existe una relación entre la percepción de subsidios y las condiciones de accesibilidad de la vivienda. En definitiva, lo que está mostrando esta relación es que las políticas públicas tienen un efecto para promover la incorporación de adaptaciones en las viviendas de la población de edad avanzada.

Para verificar la consistencia del modelo que estamos testando y, concretamente, la relevancia de las condiciones económicas como explicativas del comportamiento adaptativo hemos excluido las variables de renta de la regresión. Recordemos que en el modelo de Lewin las conductas adaptativas vienen explicadas por las condiciones personales y del entorno, pero no se especifica si las condiciones económicas están incluidas entre las primeras condiciones. Se han excluido por tanto estas variables (RENTAANOTOTdiezmil y RENTAEMPLOANUALdiezmilcero) del modelo para comprobar si empeora su ajuste de forma estadísticamente significativa. De hecho, esto es lo que ocurre, pues el estadístico de ajuste -2Loglikelihood pasa de 8089,436 a 10119,228, por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de igualdad entre los dos modelos, es decir, que la renta de los hogares es un factor relevante para explicar las conductas adaptativas, expresadas como el hecho de vivir en una vivienda con adaptaciones.

Efectos país

Ya se ha visto que al introducir la variable país el modelo de base mejora de manera significativa. Para comprobar si esto ocurre a causa del peso que puedan ejercer individualmente algunos países analizados, se han realizado estimaciones del modelo base retirando de la muestra las observaciones correspondientes a un país cada vez, de modo que se puedan comprobar los cambios en los

coeficientes de las variables y significatividades como consecuencia del efecto de arrastre de ese país sobre el conjunto de la muestra. Este ejercicio se ha realizado con 8 países, la mitad del total, los que cuentan con mayor número de observaciones (están por encima de la mediana del número de observaciones de la encuesta, $n=3.323$), que son Austria, España, Italia, Francia, Suiza, Bélgica, Chequia y Estonia. La Tabla 2.30 muestra los resultados obtenidos

Tabla 2.30. Comprobación de efectos producidos por la retirada de un país en el modelo base.

COVARIABLES	TODOS	sin AUSTRIA		sin ESPAÑA		sin ITALIA		sin FRANCIA		sin SUIZA		sin BELGICA		sin CHEQUIA/sin ESTONIA	
	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
EDAD	0,017 ***	0,017 **	0,017 ***	0,02 ***	0,018 ***	0,009	0,013 *	0,018 ***	0,015 **						
SEXOFEM	0,09	0,113	0,076	0,076	0,09	0,068	0,06	0,111	0,099						
PAREJA	0,217 **	0,235 **	0,249 ***	0,227 ***	0,242 ***	0,185 *	0,201 **	0,218 **	0,152 *						
HOGARUNIBpers	0,258 **	0,241	0,273 **	0,209 *	0,22 *	0,236 *	0,242 **	0,284 **	0,229 *						
PROPIETARIO	-0,001	0,044	-0,013	0,024	-0,011	-0,096	-0,01	-0,03	0,109						
RENTAañoTOTogardiezmil	0,004	0,004	0,003	0,004	0,004	0,005	0,004	0,002	0,003						
RENTAEMPLOANUALdiezn	0,062 **	0,063 **	0,062 **	0,059 *	0,075 **	-0,044	0,068 **	0,067 **	0,055 *						
PENSIPUBLalguna	0,18	0,166	0,187	0,139	0,174	0,243 *	0,106	0,247	0,222 *						
PENSANUALtotDIEZMILceri	0,034 **	0,035 *	0,033 *	0,034 **	0,035 **	0,013	0,058 ***	0,029	0,023 *						
AÑOSIlevaPENSIONISTA	-0,004	-0,005	-0,004	-0,007	-0,008	0	0	-0	0,002						
RECIBESUBSIDIOS	0,439 ***	0,392 ***	0,429 ***	0,4 ***	0,467 ***	0,507 ***	0,487 ***	0,377 ***	0,449 ***						
ARTRITIS	0,141	0,16	0,163 *	0,151 *	0,188 *	0,134	0,131	0,113	0,176 *						
FRACADADERA	0,253	0,357 *	0,263	0,256	0,184	0,182	0,253	0,252	0,176						
OTRASFRAC	0,276 **	0,236 *	0,261 *	0,265 **	0,265 **	0,317 ***	0,287 **	0,264 **	0,24 *						
MIEDOCAER	0,164	0,113	0,194 *	0,159	0,141	0,153	0,159	0,218 *	0,166						
EDADIMPIDE	0,074 *	0,072	0,067 *	0,068 *	0,069 *	0,06	0,084 *	0,057	0,087 **						
HOSPITALaño	0,252 ***	0,17	0,243 **	0,257 ***	0,259 **	0,313 ***	0,254 **	0,278 ***	0,211 ***						
AVDWC	0,871 ***	0,874 ***	0,858 ***	0,835 ***	0,965 ***	0,816 ***	0,94 ***	0,841 ***	0,964 ***						
LimitAVD	0,148	0,102	0,165 *	0,145	0,101	0,176 *	0,161	0,156	0,164 *						
LimitACC	0,324 ***	0,286 ***	0,341 ***	0,341 ***	0,291 ***	0,442 ***	0,313 ***	0,294 ***	0,306 ***						
AÑOSVIVE0a5	0,398 ***	0,313 **	0,388 ***	0,398 ***	0,387 ***	0,365 ***	0,457 ***	0,442 ***	0,373 ***						
AÑOSVIVEmas15	-0,423 ***	-0,433 ***	-0,463 ***	-0,422 ***	-0,436 ***	-0,322 ***	-0,421 ***	-0,47 ***	-0,472 ***						
ASCENSOR	1,688 ***	1,673 ***	1,703 ***	1,715 ***	1,681 ***	1,484 ***	1,612 ***	1,783 ***	1,624 ***						
ESCALONES5	0,319 **	0,267 *	0,308 **	0,334 **	0,325 **	0,343 **	0,394 ***	0,355 **	0,263 **						
ESCALONESmas25	-0,171	-0,113	-0,199	-0,171	-0,186	-0,071	-0,137	-0,39 **	-0,116						
APARToCASA	-0,611 ***	-0,574 ***	-0,62 ***	-0,598 ***	-0,545 ***	-0,836 ***	-0,601 ***	-0,67 ***	-0,493 ***						
CIUDADoRURAL	-0,248 ***	-0,221 **	-0,248 ***	-0,25 ***	-0,28 ***	0,024	-0,195 *	-0,31 ***	-0,33 ***						
ROOMS	0,096 ***	0,109 ***	0,096 ***	0,095 ***	0,073 ***	0,091 ***	0,094 ***	0,102 ***	0,084 ***						
N	19144	16620	18358	18436	17196	17893	17514	17020	15419						
Observ. Retiradas	/	2524	786	708	1948	1251	1630	2124	3725						
-2Loglikelihood	8089,4	6864,9	7649	7950,1	7223	7084	7380,4	7089	7143						
R ²	0,107	0,097	0,109	0,109	0,11	0,94	0,107	0,118	0,108						

Nivel de significación; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Al comparar los estadísticos del ratio de verosimilitud (-2 likelihood) de los modelos resultantes con el modelo base encontramos que las diferencias son significativas en todos los casos tras aplicar un test χ^2 a éstas, es decir, que el peso de cada uno de los países es relevante en el resultado final del modelo. Tanto este estadístico como el pseudo-R² de Nagelkerke muestran que Suiza y Austria son los países con mayor efecto de arrastre sobre el modelo, de los 8 evaluados (hay que tener en cuenta que algunos países como Suecia o Alemania tienen un número de observaciones muy pequeño en esta encuesta). En el caso de Suiza, al ser excluida del análisis provoca un cambio de signos y significatividad relevantes en la variable que recoge el tipo de ubicación de la vivienda que distingue entre gran población, ciudad o área metropolitana y pequeña población o área rural. Este cambio demuestra que las adaptaciones en este país se producen de forma muy acusada en áreas rurales. En

el caso de la variable de hospitalizaciones producidas en el año Austria el único país cuya exclusión determina que el coeficiente deje de ser significativo, por lo que se trata de una variable con mayor incidencia sobre la realización de adaptaciones.

No obstante, lo que la tabla 2.29 también permite comprobar en conjunto es que ese efecto arrastre no es realmente relevante por parte de ningún país sobre el conjunto del modelo, pues:

- No se producen cambios relevantes en los signos de los coeficientes
- No se producen cambios relevantes en las significatividades de los coeficientes.

Como conclusión sobre la variabilidad de resultados entre países y la dificultad para explicarla a partir de los datos disponibles coincidimos con Iwarsson et al (2007) en que *dado que la legislación, las normativas de vivienda o los criterios socioeconómicos son tan diversos entre los países europeos, las relaciones entre los factores personales, la vivienda y los resultados en términos de envejecimiento saludable pueden estar influidos por factores macro*. Estos factores no se pueden deducir de una encuesta como esta, sino que deben ser objeto de otros trabajos de investigación específicos que ayuden a explicar los resultados observados.

Limitaciones de la encuesta

El diseño de la encuesta SHARE no es adecuado para realizar un buen análisis de las condiciones residenciales de los mayores en Europa –desde un punto de vista funcional- y de cómo las personas realizan transiciones de acuerdo a las necesidades de ajuste con su entorno. Algunas de esas transiciones pueden ser la propia adaptación funcional de la vivienda, la mudanza a una nueva vivienda o la adquisición de tecnologías o ayudas técnicas. Pero la única pregunta que hemos podido utilizar para evaluar esos comportamientos adaptativos requiere una interpretación de resultados que resulta compleja dada la limitada información que se recoge, su carácter estático, el que no identifica que participación –si alguna- tiene la persona encuestada en su realización o en la decisión de vivir en ese entorno, que necesidad justifica las adaptaciones, su verdadera utilidad o si la persona las utiliza personalmente. La inclusión de algunas preguntas como estas habría permitido disponer de una información mucho más precisa sobre el papel que juegan las adaptaciones de la vivienda para envejecer bien y contribuir a diseñar políticas más adecuadas para favorecerlas.

El cuestionario tampoco nos permite determinar en qué grado las adaptaciones recogidas en la encuesta están vinculadas con políticas específicas llevadas a cabo en los distintos países (subvenciones a la adaptación, leyes de accesibilidad, códigos de edificación, sistemas de control y sanción, etc.) y cuáles de ellos han podido ser más activos o exitosos en esta tarea. Otra información recogida sobre adaptaciones de la vivienda, número de escalones previos a la vivienda o altura de la edificación se ha recogido de manera irregular en los países y no permite hacer comparaciones significativas.

3ª PARTE: Conclusiones compartidas de los dos Modelos

2.12. REVISIÓN DE MODELOS Y RESULTADOS OBTENIDOS CON EDAD 2008 Y SHARE W4

En la revisión conjunta de los estudios realizados sobre estas dos grandes operaciones estadísticas EDAD2008 y SHARE2011 debemos comenzar por analizar si hemos alcanzado el objetivo de origen, esto es, validar el modelo de Lewin en su aplicación al campo de la accesibilidad y adaptación del entorno de la vivienda. Estas dos encuestas, que no comparten ni el universo ni la muestra ni el tiempo ni los objetivos, en cambio nos permiten, en forma diferente pero con supuestos parecidos, conocer si se pueden dar conductas adaptativas en el seno de los hogares de personas con limitaciones funcionales de algún tipo (discapacidad en EDAD2008 y personas mayores en SHARE2011) y esto puede añadir nuevos elementos al estudio del modelo de Lewin e ideas sobre mejoras potenciales en las políticas públicas de cara a fomentar la adaptación de entornos como estrategia de preparación para la discapacidad y la vejez. Las preguntas utilizadas para identificar esas conductas adaptativas y convertirlas en variable dependiente en nuestro modelo se revisan a continuación:

■ "Por favor, ¿cuánto dinero ha gastado su hogar en los últimos 12 meses de su propio bolsillo (es decir, sin ayuda económica), debido a las discapacidades o limitaciones de los miembros de su hogar?"

■ "De la siguiente lista de gastos, ¿cuáles son los tres en los que se ha realizado en los últimos 12 meses un mayor gasto monetario debido discapacidades o limitaciones?"

1) Ayudas técnicas

2) Adaptaciones

3) Asistencia personal

4) Tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores, rehabilitadores

5) Fármacos

6) Transporte y desplazamiento

7) Escolarización, formación, aprendizaje, adiestramiento

8) Vivienda

9) Equipamiento y suministros del hogar

10) Ropa, útiles personales de uso común

11) Defensa de derechos, protección legal

12) Protección (previsión) económica

13) Trámites, gestión, administración

14) Otros gastos

El análisis considera tres opciones: realizar o no gasto, y que este supere los 500€ o bien los 6.000€, siempre con la restricción de que el gasto se produzca en alguno de los cuatro ítems en negrita.

En la encuesta SHARE la pregunta utilizada ha sido:

■ ¿Tiene su casa características especiales para ayudar a las personas con incapacidades físicas o problemas o de salud? | Por ejemplo, puertas más anchas, rampas, puertas automáticas, | ascensores para sillas de ruedas, dispositivos de alerta (botones de | alarma), modificaciones en la cocina o en el baño.

En cuanto a las covariables utilizadas en la especificación final de los dos modelos, éstas han sido elegidas de manera independiente por un proceso iterativo de mejora de los coeficientes y capacidad explicativa global. No se han incluido en los modelos con afán comparativo, aunque ahora las utilizamos en ese sentido. En ambos casos las variables se clasifican en grupos acordes con el modelo general a aplicar, la ecuación de Lewin, $B = f(P,E)$, y dentro de las categorías de tipo personal se han incluido las de tipo sociodemográfico, de renta, geográficas, de salud y funcionalidad.

A efectos comparativos se presenta el siguiente cuadro resumen de los dos modelos utilizados, el de EDAD con tres especificaciones diferentes, y el de SHARE, con una, así como sus resultados en coeficientes, significatividad y razón de probabilidad, odds ratio, OR.

Tabla 2.31. Comparativo de variables explicativas de EDAD2008 y SHARE2011

Mod.	EDAD2008						SHAREW4-2011	
Lugar	España						17 países de Europa	
Universo	Hogares y personas con discapacidad detectadas						> 50 años	
Muestra (N)	23.150						19.144	
VARIABLE DEPENDIENTE	CONGASADAP ^{ha} realizado gastos en: <i>Ayudas técnicas,</i> <i>Adaptaciones,</i> <i>Vivienda o</i> <i>Equipamiento y</i> <i>suministros</i>		CONGASADAP50 0: ha realizado gasto mínimo de 500 € en mismos ítems CONGASADAP, a causa de la discapacidad		CONGASADAP2000: ha realizado gasto mínimo de 2.000 € en mismos ítems CONGASADAP, a causa de la discapacidad		¿Tiene su casa características especiales para las personas con discapacidad?: <i>puertas,</i> <i>rampas, ascensores,</i> <i>baño, cocina, alertas</i>	
VAR.INDEP	β	OR	β	OR	β	OR	β	OR
Personal								
EDAD	-0,002	0,998	-0,002	0,998	-0,002	0,998	0,017***	1,017
SEXOFEM	0,045	1,046	0,059	1,061	0,039	1,04	0,090	1,094
HOGARUNI-BI							0,258**	1,243
PAREJA	-0,002	0,998	0,022	1,022	0,046	1,047	0,217**	1,295
PROPIETARIO							-0,001	0,999
Rentas								
IM_MENOS1000	-0,121*	0,886	-0,222***	0,801	-0,289 ***	0,749		
IM_MAS1500	0,126*	1,134	0,183**	1,201	0,229 **	1,257		
RENTA AÑOTOT							0,004*	1,004
RENTA EMPLEO							0,062**	1,064
PENSIA NUA							0,034**	1,198
PENSIPUBL							0,180	1,034
AÑOSPENSION							-0,004	0,996

<i>SUBSIDIOS</i>							0,439***	1,551
Geo								
<i>APARTAOcASA</i>							-0,611***	0,543
<i>CIUDADoRUR</i>							-0,248***	0,78
MUNI_INF1000	-0,079	0,924	-0,099	0,906	-0,149	0,861		
MUNI_SUP50000	0,120*	1,128	0,125	1,133	0,085	1,089		
CCAARENAAALTA	0,114*	1,12	0,185**	1,203	0,246 **	1,278		
CCAARENABAJA	-0,077	0,926	0,008	1,008	0,052	1,053		
Funcional								
N_DISCAP	0,355***	1,426	0,395 ***	1,484	0,522 ***	1,686		
CERTIF_MI	-0,203***	1,225	0,273***	1,314	0,334 ***	1,397		
LIMITAVIS	0,122*	1,129	0,065	1,067	0,057 -	0,944		
LIMITAUD	0,520***	1,682	0,552***	1,737	0,559 ***	1,749		
LIMITCOM	0,170**	1,186	0,268***	1,307	0,211 **	1,235		
LIMITMOV	0,112	1,119	0,091	1,095	0,180	1,197		
LIMITGRAVE	0,351***	1,42	0,349***	1,418	0,524 ***	1,689		
<i>AVDWC</i>							0,871***	2,388
<i>LIMITAVD</i>							0,148	1,16
<i>LIMITACC</i>							0,324***	1,383
Salud								
MALASALUD	0,093	1,097	0,115	1,122	0,122	1,13		
<i>MIEDOCAER</i>							0,164*	
<i>EDADIMPIDE</i>							0,074*	
ENCAMA	0,514***	1,672	0,648***	1,912	0,724 ***	2,062		
<i>ARTRITIS</i>							0,141*	1,151
<i>FRACTCADERA</i>							0,253*	1,287
<i>OTRASFRAC</i>							0,276**	1,317
<i>HOSPITAL</i>							0,252**	1,287
Entorno								
DIFICULCASA	0,254**	1,289	0,259**	1,295	0,354 **	1,424		
DIFICULESC	-0,094	0,91	-0,052	0,949	-0,171	0,843		
DIFICULPORT	0,253***	1,287	0,297***	1,346	0,340 ***	1,405		
ACC_EXT	0,141**	1,152	0,121*	1,128	0,134	1,143		
ACC_INT	-0,056	0,946	0,015	1,015	-0,043	1,044		
<i>ESCALON-5</i>							0,319**	1,376
<i>ESCALON+25</i>							-0,171	0,843
EDIF_SINASCENS	-0,219***	0,803	-0,264***	0,768	-0,426 ***	0,653		
<i>ASCENSOR</i>							1,688***	5,407
METROS	0,001	1,001	0,001	1,001	0,002	1,002		
<i>ROOMS</i>							0,096*	1,101
DUCHA	0,393***	1,481	0,520***	1,681	0,614 ***	1,847		
BAÑERA	-0,377***	0,686	-0,397***	0,672	-0,472 ***	0,624		
CALEFAC	0,152**	1,164	0,168**	1,183	0,239 **	1,27		
<i>AÑOSVIVE05AÑO</i>							0,398***	1,489
<i>AÑOSVIVE15AÑO</i>							-0,423***	0,655

Nivel de significación; *** $p = <0,001$; ** $p = <0,01$; * $p = <0,05$

Los resultados presentados en la Tabla 2.31 resumen el trabajo realizado para desarrollar el contenido y verificar empíricamente el cumplimiento de la relación establecida por Lewin, $B = f(P,E)$, que ha servido de apoyo a diversas teorías sobre conducta y envejecimiento.

A la vista de los coeficientes y otros datos resultantes se puede afirmar que dicha relación existe, y se manifiesta claramente en el comportamiento frente a las barreras físicas. Las personas con limitaciones, o los hogares en que se insertan, responden de una forma lógica y acorde con la idea de docilidad ambiental y la teoría ecológica del envejecimiento.

Si bien ambas muestras responden a priori a universos estadísticos diferentes: las personas con discapacidad y las personas mayores, en la práctica hemos visto que se trata de colectivos que comparten muchas características en su relación con el entorno construido, como vemos en el siguiente apartado.

2.12.1. Descripción final de resultados comparados EDAD-SHARE

A la vista de los modelos estimados en las operaciones estadísticas, EDAD y SHARE, sin entrar en comparación de coeficientes, sólo analizando los signos y significatividades de éstos podemos observar algunas pautas comunes, que se relacionan a continuación. Se debe tener en cuenta, no obstante, que los objetivos y contextos de encuesta son muy diferentes, por lo que las conclusiones deben tomarse con lógica cautela.

1. Ascensor y barreras en su entorno. La mayor coincidencia de resultados entre ambas encuestas se da respecto a la disposición de ascensor. Hay una relación positiva en ambas entre tener ascensor y realizar o tener adaptaciones. Disponer de ascensor no solo es el elemento que mejor puede explicar la existencia de adaptaciones, pues sin él no se concibe la adaptación de una vivienda, sino que también es el que mejor explica el gasto en adaptaciones que se realiza. De modo que aquellos hogares con personas discapacitadas en España (EDAD-2008) que viven en edificios que no cuentan con ascensor tienen una probabilidad menor en un 20% de gastar en adaptaciones, menor en un 23% si gastan por encima de 500€ y de 35% de gastar más de 2000€. Según la encuesta europea (SHARE-W4) las diferencias son aún más acusadas, pues las personas mayores en Europa tienen una probabilidad 5,4 veces mayor de vivir en edificios con adaptaciones que aquellas que no tienen ascensor.
2. Desde el punto de vista de entornos hay también coincidencia en la importancia de las dificultades en el portal y la existencia de escalones, como elementos relevantes relacionados con el gasto y la existencia de adaptaciones. Los datos muestran que las barreras exteriores a la vivienda, son grandes limitadoras de las conductas adaptativas.

Cuando la vivienda no tiene ascensor o se ha de subir un número elevado de escalones, entonces se da una menor presencia de adaptaciones. Por ello los coeficientes de las

variables ACC-INT (EDAD2008) y ESCALON+25 (SHARE-W4) tienen signo negativo, indicando que la existencia de barreras dentro del portal antes o después del ascensor, así como un número elevado de escalones a superar de forma previa a la vivienda reducen la conducta adaptativa. En cambio, la existencia de pocos escalones (variable ESCALÓN-5 en SHARE-W4) sí resulta explicativa de la existencia un mayor número de adaptaciones en los países Europeos. En este bloque de entorno, otro elemento de coincidencia es la influencia positiva del tamaño de la vivienda y número de habitaciones sobre las conductas adaptativas.

En balance, las covariables de entorno resultan las más importantes en la determinación de las adaptaciones, lo que resulta consecuente con otros estudios (Costa-Font, 2013) que analizan la satisfacción residencial derivada de las intervenciones en la vivienda de poblaciones de edad avanzada.

3. Existen estudios que justifican que el apego al propio entorno en el envejecimiento no depende tanto de los recursos económicos (Oswald et al, 2005), como de las condiciones que permiten mantener la calidad de vida, salud y bienestar. En cambio, la posibilidad de desarrollar conductas adaptativas, tal como las hemos definido, sí parece tener una cierta relación con los niveles de renta a partir de nuestros modelos. Si bien en cada encuesta el efecto de la situación económica se ha de buscar a través de variables diferentes, se demuestra en ambos casos el peso de la renta disponible: se realizan más adaptaciones o se dispone más de ellas cuando crece la renta familiar, aunque el efecto es poco acusada en las dos encuestas estudiadas. En el caso español (SHARE-2008) el efecto se percibe de forma muy clara al comparar los hogares cuyos ingresos son inferiores a 1000€ y aquellos cuyos ingresos superan los 1.500€; en cambio no se encuentra una relación con el cobro de pensiones o salarios laborales, algo que sí ocurre en la encuesta SHARE-W4 europea en que las rentas percibidas específicamente a través de un empleo ajeno o propio, y las que proceden de pensiones (públicas o no) resultan claramente significativas. En cuanto al impacto de los subsidios o ayudas públicas para adaptación hay que tener en cuenta que en la encuesta española la pregunta que da lugar a la variable dependiente es relativa a gastos efectuados en ayudas técnicas, adaptaciones, etc., pero excluyendo las ayudas públicas, por lo que el efecto de la cofinanciación procedente de subvenciones o subsidios quedaría oculto, mientras en la encuesta europea sí se pregunta de manera específica. El resultado es que en esta última encuesta la percepción de subsidios es una variable altamente explicativa y que incrementa en un 55% ($\text{Exp}(B)=1,55$) las probabilidades de vivir en edificios adaptados por parte de la población senior. Desconocemos qué tipo de transferencias estarán incluidas en este título para cada país del SHARE, pero en todo caso, parece que esta relación se debería estudiar más a efectos de determinar posibles políticas de incentivación de mejora de los entornos de la vivienda.
4. En cuanto a los problemas de salud explican mejor la existencia de adaptaciones en la población mayor europea que en la población discapacitada de España, donde las variables que recogen estos problemas no resultan significativas. En el caso europeo, sobre el colectivo de personas mayores sí que hay algunas variables que explican el grado de

adaptación, y entre ellas destacan el haber tenido fracturas o haber estado ingresado en el hospital durante el año en que se efectuó la encuesta. En España, la encuesta EDAD 2008 muestra que -en el ámbito de la salud- solo es el hecho de permanecer en la cama de forma permanente lo que explica el gasto adaptativo de manera muy significativa.

5. Los elementos territoriales también están presentes. Ya se ha visto que en Europa los países con mayor nivel de renta tienen también mayor proporción de viviendas con adaptaciones. En el caso español destaca el hecho de que las comunidades más ricas también son las que tienen mayor nivel de gasto, así como los municipios grandes. En la encuesta europea se dan mayores niveles de adaptación en los hogares que están situados en poblaciones pequeñas o áreas rurales. El hecho de vivir en un apartamento en la ciudad no parece ser más favorable de cara a los ajustes persona-entorno que el vivir en vivienda unifamiliar o en zonas rurales.
6. En cuanto a los problemas funcionales también están presentes de forma significativa en la especificación de los dos modelos, aunque de manera diferente. En el caso de EDAD a través de las limitaciones derivadas de deficiencias concretas, como las limitaciones de distintos tipos (auditivas, de comunicación...) y, sobre todo, aquellas que los encuestados consideran graves. Todas ellas son explicativas de cierto nivel de gasto por parte de las familias. En el caso de SHARE las limitaciones a las AVD en la propia vivienda (bañarse, arrodillarse, acostarse), explican la existencia de adaptaciones, siendo la dificultad en el uso del WC la que más lo hace. Por otro lado, las dificultades de accesibilidad (subir escaleras, caminar...) también resultan importantes y significativas a escala europea.
7. En las variables que hemos llamado “personales” hay pocas coincidencias entre los resultados de las dos encuestas. Intuitivamente parece esperable que la edad de la persona, cuanto más avanzada predisponga a tener mayores adaptaciones en la vivienda. Así ocurre en el modelo de SHARE, pero no en la encuesta EDAD2008 donde la edad no tiene la capacidad explicativa sobre el gasto en adaptaciones. El sexo resulta no tener incidencia en ninguno de los dos casos y el hecho de disponer de pareja incide más positivamente en relación con la accesibilidad de los hogares de Europa que en la realización de gastos para incorporarlas en España. Por otra parte, el hecho de ser o no propietario de la vivienda no tiene una incidencia sobre las adaptaciones en ninguno de los casos.

CAPÍTULO 3: LAS POLÍTICAS

La accesibilidad en el marco de las políticas sobre discapacidad en Europa.

Capítulo 3: LAS POLÍTICAS

3.1. INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

En los capítulos anteriores hemos visto el contexto teórico (cap. 1) y una aplicación empírica (cap. 2) sobre la existencia del comportamiento adaptativo y la importancia de la accesibilidad para los hogares con discapacidad o edades elevadas. Veremos ahora cuáles son las principales acciones institucionales desarrolladas en la promoción de la accesibilidad como expresión del ajuste persona-entorno, tanto desde un punto de vista normativo, como político e instrumental en la UE y España. Este marco de acción normativa está fundamentalmente impulsado por la necesidad de asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, y en menor medida, de las personas de edad avanzada de forma específica.

En este capítulo analizaremos los fundamentos y la práctica de las políticas europeas en este campo, partiendo desde los principios de igualdad de trato y no discriminación, que están en el centro del modelo social europeo (Comisión Europea, 2004). Para ello comenzaremos por analizar el contexto internacional de acción contra la discriminación de las personas con discapacidad, a través de las iniciativas de la Organización de Naciones Unidas y de los grandes instrumentos normativos surgidos en EEUU y replicados posteriormente en otros países anglosajones.

En el marco de intervención de la Unión Europea se debe diferenciar entre las más tradicionales políticas de corte social y las dirigidas a evitar la discriminación, que surgen específicamente desde la

inclusión del artículo 13 en el Tratado de Ámsterdam de 1997 que reconoció por primera vez explícitamente a las personas con discapacidad dentro del proyecto europeo. El texto del artículo simplemente, y en pie de igualdad con otros colectivos estableció que el Consejo podía tomar acciones contra la discriminación motivada por diferencias sexuales, raciales, étnicas, credo, edad y discapacidad. Sin conferir ningún derecho adicional a las personas con discapacidad, este artículo permitiría a las instituciones europeas tener la base legal suficiente para promover nueva legislación y acciones para atender las necesidades específicas y derechos de las personas con discapacidad.

A partir de aquí la UE se ha servido de mecanismos de “soft law” para promover la accesibilidad para personas con discapacidad, tales como códigos de conducta, resoluciones, comunicaciones, circulares o declaraciones. Por su parte, cada país ha interpretado esos “deseos y anhelos” de la UE de forma bien diferente (Roulstone y Prideaux 2009).

Por último, se ha incorporado en el Anexo 1 un análisis de la introducción de la accesibilidad en las políticas de discapacidad mediante distintos instrumentos que utiliza la Unión Europea para difundir sus políticas: desde directivas, a mandatos, resoluciones, comunicaciones, etc.

Podemos señalar algunas preguntas de investigación que se pretende responder mediante este capítulo:

¿Cuáles ha sido las vías que han conducido a una mayor implicación de la UE en las políticas nacionales sobre estos temas?

¿Qué vinculaciones ha habido entre las políticas sociales y las políticas de promoción de la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad o mayores?

¿Desde qué postulados se ha abordado en la UE la mejora de accesibilidad para estos colectivos con limitaciones funcionales o elevada edad?

Para ofrecer respuestas recurrimos fundamentalmente al estudio de documentos oficiales donde se publican las normativas y políticas, además de fuentes secundarias tales como artículos científicos y algunas tesis doctorales especializadas. Además realizamos una revisión instrumental y no exhaustiva de algunos conceptos clave en la definición de esas estrategias ya desarrolladas o que se están produciendo en la actualidad y que determinan, en buena medida, los caminos por los que puede transitar la intervención de promoción de la accesibilidad.

3.2. LA ACCESIBILIDAD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA NO DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La acción normativa a favor de la mejora de accesibilidad viene determinada por la voluntad de asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. La no discriminación de éstas en los distintos ámbitos de la vida pública viene apoyada por grandes normas, conciertos e instrumentos normativos. Las grandes instituciones internacionales marcan en buena medida las estrategias y tendencias que después se pueden implementar o influir sobre ámbitos de intervención más reducidos. El análisis debe comenzar por las acciones de la propia organización de Naciones Unidas (NN.UU.) Al respecto Curtis (2007: 277) señala:

Dado que el respeto de los derechos humanos, de las libertades fundamentales y de la igualdad de todos los seres humanos sin discriminación es uno de los principios fundantes de las Naciones Unidas, no es sorprendente que, entre los esfuerzos destinados a proteger los derechos de grupos que sufren de desventajas, la organización haya dedicado importantes iniciativas para mejorar la situación de las personas con discapacidad.

Estas iniciativas se analizan en relación con la accesibilidad, centrándose en el hito que más ha destacado específicamente en su promoción: la Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, así como los instrumentos que la han precedido.

3.2.1. Los antecedentes: políticas de NN.UU. previas a la Convención de 2006

La celebración en 1981 del Año Internacional de los Disminuidos Psíquicos, Físicos y Sensoriales (denominación española del International Year of Disabled Persons) tuvo repercusión global en numerosos programas, proyectos de investigación, innovaciones políticas y recomendaciones. Muchas conferencias y simposios fueron organizados con tal motivo en muchos países, y en 1982 la Asamblea General de NN.UU. dio un gran paso para asegurar la continuidad de los avances al adoptar, el 3 de Diciembre de 1982 mediante la Resolución 37/52, el Programa de Acción Mundial sobre Personas con Discapacidad⁴⁰. El Programa reestructuró la política de discapacidad en tres áreas diferentes: prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades.

El Programa se centró en vincular la integración de las personas con discapacidad en el marco de los avances en el desarrollo económico y social a nivel global. Los aspectos de interacción con el entorno construido se incluyeron mediante referencias a la necesidad de proveer de ayudas técnicas a estas personas y algunas referencias a la eliminación de barreras físicas. La accesibilidad quedó encuadrada de forma vaga entre las “cuestiones sociales”, aunque se llegó a concluir que se trata de un tema crucial. Quizá por ello en el apartado de Propuestas, la accesibilidad tenía un peso mayor;

⁴⁰<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=131> last accessed 6.9.2014

se introduce en el punto 4, “Equiparación de Oportunidades” dentro del apartado 4, “Medio ambiente”, en el que se llama a los estados miembros a esforzarse para que el medio físico sea accesible para todos y a adoptar una política que “tenga en cuenta los aspectos de la accesibilidad en la planificación de asentamientos humanos, incluidos los programas en las zonas rurales de los países en desarrollo”. Así mismo se alienta a los Estados Miembros a adoptar políticas para garantizar el acceso a las personas con discapacidad a edificios e instalaciones, viviendas y sistemas de transporte público, así como a aprovechar las renovaciones para adoptar medidas que promuevan la accesibilidad a estos equipamientos ya existentes, siempre que “sea posible” (párrafos 112 a 114).

La implementación del Programa de Acción se realizó mediante aproximaciones multisectoriales y multidisciplinarias. En un sentido amplio, la implementación implicaría estrategias de largo plazo integradas en las políticas nacionales para el desarrollo socio-económico, acciones preventivas que incluirían el desarrollo y uso de tecnologías para la prevención de discapacidades y la promoción de legislación para eliminar la discriminación sobre acceso a edificaciones, seguridad social, educación y empleo. A un nivel internacional se requirió a los gobiernos para que cooperasen entre ellos, con las NN.UU. y con las organizaciones no gubernamentales.

De manera conjunta el Programa y el Año Internacional habían lanzado una nueva era que buscaría definir la discapacidad como una relación entre las personas con discapacidad y su entorno. El imperativo de eliminar barreras sociales que impiden la plena participación por las personas con discapacidad fue cada vez más reconocido a partir de ahí.

Una década después, en 1993, la aprobación por parte de la Asamblea General, de las “Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (Resolución 48/96 de 20 de diciembre), supuso crear el instrumento universal más completo y detallado hasta entonces sobre los derechos de este colectivo, y los lineamientos de política pública para hacerlos posibles. Este documento destaca el cambio de paradigma -que se produciría con claridad años después- hacia una mayor importancia de los factores contextuales y sociales frente a los estrictamente médicos o de rehabilitación para conseguir mayor igualdad, algo que ya venía anunciado desde la propia introducción: “la estrecha relación existente entre las limitaciones que experimentaban esas personas, el diseño y la estructura de su entorno y la actitud de la población en general”.

Aunque las Normas Uniformes no eran de obligado cumplimiento, su aspiración era convertirse en “normas internacionales consuetudinarias cuando las aplique un gran número de Estados con la intención de respetar una norma de derecho internacional”. Pero también se destacaba en ellas “el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades” (pto. 14 introducción). Su artículo 5 (“Posibilidades de Acceso”) planteaba la necesidad de adopción por parte de los Estados de medidas para eliminar los obstáculos a la participación en el entorno físico, así como el acceso a la información y comunicación.

Algunos elementos clave en el enfoque de las políticas de integración de las personas con discapacidad y de la mejora de entornos consecuente con este objetivo que después se

desarrollarían, ya estaban presentes en estas Normas, como lo señalado en el artículo 14.3: “las necesidades y los intereses de las personas con discapacidad deben incorporarse en los planes de desarrollo general, en lugar de tratarse por separado”.

Finalmente estas normas quedarían superadas de forma radical con la aprobación de la *Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006*.

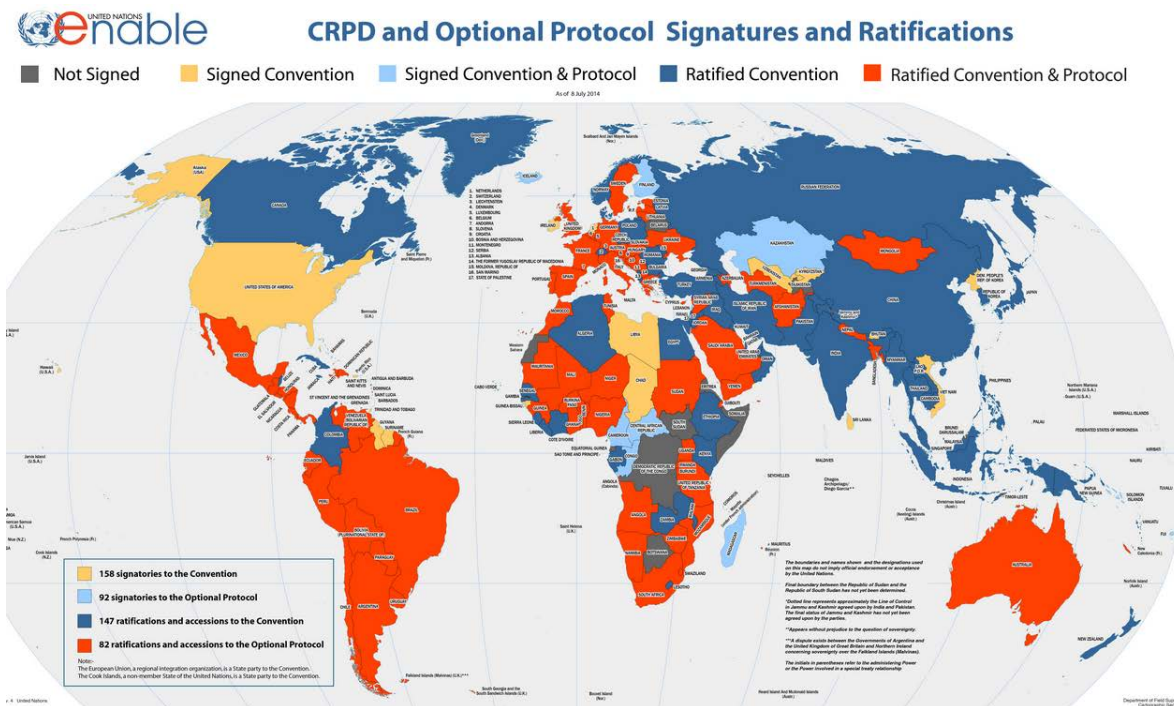
3.2.2. La Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La convención de 2006 marca un hito histórico en la concepción y relaciones legales internacionales hacia la discapacidad al ser el primer documento internacional vinculante de este tipo (Ribet 2011). Fue adoptada por la Asamblea General de NN.UU. en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. El apoyo internacional recibido fue superior al de ninguna otra convención previa, si juzgamos por el número de países firmantes en la apertura del periodo correspondiente, que comenzó en Marzo de 2007, y que ascendió a 82. Entre ellos la UE, que después lo ratificaría el 23 de diciembre de 2010. En la actualidad⁴¹ hay 158 países firmantes, de los cuáles 149 lo han ratificado (a la fecha indicada la República del Congo era la última nación en hacerlo, concretamente el 2 de Septiembre de 2014). Además hay 92 que han firmado el Protocolo Adicional y 84 que lo han ratificado. Casi toda Europa occidental y Latinoamérica, además de Australia y buena parte de países africanos y –en menor medida- asiáticos han firmado y ratificado tanto la convención como su Protocolo (ver mapa en Gráfico 3.1). Existe buen número de países que, son signatarios pero no la han ratificado. Tal es el caso de EE.UU., cuyo presidente Obama la firmó en 2009 pero aún no se ha conseguido la ratificación del Congreso.

La Convención entró en vigor en Mayo de 2008, siendo el primer tratado internacional legalmente vinculante que desarrolla una amplia cartera de derechos de las personas con discapacidad. Tiene el potencial de crear un cambio de paradigma en la forma en que las políticas y la práctica de la discapacidad son formuladas e implementadas (Lang 2011). Este potencial se concreta en el compromiso de promoción e implementación efectiva de los derechos de las personas con discapacidad que adquieren los países ratificadores. En ella se establece la agenda política sobre discapacidad para los próximos años.

⁴¹<http://www.un.org/disabilities/> consultada 06.09.2014

Grafico 3.1: Firmas y ratificaciones de la Convención y su Protocolo Adicional a 6.09.2014



Fuente: <http://www.un.org/disabilities/documents/maps/enablemap.jpg>

Los principios de la Convención son:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Sus fundamentos son los del modelo social de la discapacidad, pero se basa también en principios de derechos humanos pre-existentes, fundamentalmente el derecho a la no discriminación. Al situar de modo integral a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de oportunidades con respecto al conjunto de los ciudadanos.

El desarrollo potencial de la Convención se ve en principio comprometido en muchos países que la han ratificado pero carecen de políticas nacionales efectivas sobre discapacidad que puedan ofrecer un mecanismo práctico para su implementación. Otras amenazas importantes a su desarrollo son la disonancia entre política y práctica que surge cuando las condiciones de gobernanza no son las adecuadas, incluso disponiendo de las leyes nacionales adecuadas, y la falta de voluntad de implementación que continúa existiendo en los gobiernos y la sociedad civil (Lang 2011).

En cuanto a la promoción de la accesibilidad, la Convención reconoce la accesibilidad como un derecho en sus artículos 9, 3 y 21. El Artículo 9: Accesibilidad se incluye completo a continuación:

1. *A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:*
 - a) *Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;*
 - b) *Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.*
2. *Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:*
 - a) *Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;*
 - b) *Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;*
 - c) *Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;*
 - d) *Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;*
 - e) *Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;*
 - f) *Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;*
 - g) *Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;*
 - h) *Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.*

La Convención es importante para influenciar la legislación internacional, nacional y la práctica. Las naciones firmantes están actualmente desarrollando planes de implementación y estrategias nacionales, que se deben en buena medida al hecho de haber firmado la Convención, entre ellos los

de promoción de la accesibilidad. Según señala Ribet (2011), así como el Programa de Acción Mundial de NN.UU. puso el énfasis sobre la Igualdad de Oportunidades, en la Convención el mayor énfasis se da sobre el Diseño Universal. También señala que la eliminación de objetivos de “prevención” se debe a que presuntamente pueden estigmatizar la discapacidad como algo de lo que hace falta librarse, en lugar de centrarse en la accesibilidad estructural y social.

La UE firmó la Convención el mismo día de su promulgación, el 30 de Marzo de 2007 y la ratificó formalmente en 2011, siendo la primera vez que la UE se convierte en parte de un tratado internacional sobre derechos humanos. De esta forma, la UE ha ido ganando progresivamente poder de gobernanza en el campo de la discapacidad y los derechos humanos, a través de distintas normas y estándares. En ese proceso los agentes no gubernamentales han influido de manera notable en la agenda, alcanzando una gran capacidad de defensa y promoción de sus derechos a través de un movimiento global significativo (Shakespeare, 1993).

Todo ello conduce a que la Unión Europea haya profundizado su compromiso de construir en 2020 una Europa libre de barreras para su población estimada de 80 millones de personas con discapacidad, tal como establece la estrategia de discapacidad de la Comisión Europea.

La puesta en práctica de esta Convención desde una entidad de competencias compartidas como la UE requerirá un alto grado de cooperación y no está exenta de problemas. La implementación de un sistema de monitoreo de los avances realizados en los distintos países no es tarea menor, pero quizá no sea la que mayores esfuerzos va a reclamar; la Convención plantea la necesidad de aceptar que los derechos humanos sean parte fundamental del carácter “constitucional” de la UE, así como establecer mecanismos innovadores de cooperación y gobernanza hasta ahora desconocidos entre la Unión y sus estados miembros (Reiss, 2014).

3.3. MODELOS ANGLOSAJONES DE PROTECCIÓN LEGAL DE LA DISCAPACIDAD.

Estados Unidos, Canadá, Australia y Gran Bretaña comparten las características principales de ser democracias liberales, con una economía de mercado y un régimen de estado de bienestar también liberal. En ellos las políticas predominantes enfatizan la responsabilidad del individuo y la familia junto con niveles modestos de ayudas públicas para las personas con discapacidad, que se complementan con servicios privados y servicios sin ánimo de lucro (Prince 2010). Todas ellas, excepto Canadá tienen una norma específica de protección de las personas con discapacidad. El carácter pionero de algunas de estas normas ha marcado el camino hacia la inclusión de los derechos de las personas con discapacidad y, sobre todo, el derecho a la no discriminación en distintos ámbitos en la corriente principal de las democracias avanzada. De ahí su importancia en el contexto

de este análisis. Veamos a continuación algunas características de las normativas contra la discriminación de cada uno de estos países.

3.3.1. Un precedente de la legislación europea: el *Americans with Disabilities Act*.

En 1990, unos años antes de la aprobación de instrumentos de NN.UU. ya vistos, se aprobó con una abrumadora mayoría de los dos grandes partidos políticos estadounidenses la denominada Ley de Americanos con Discapacidad (*Americans with Disabilities Act*) o ADA. El primer presidente Bush, en un acto histórico, y tras exclamar “¡hagamos caer los vergonzosos muros de la exclusión!” firmó en los jardines de la Casa Blanca esta ley que influiría sobre todas las leyes e instrumentos de promoción de los derechos de las personas con discapacidad en todo el mundo, de allí en adelante. La ley fue publicada para proveer de un mandato claro y comprehensivo para la eliminación de la discriminación contra los individuos con discapacidad tanto en los sectores públicos como privados de la sociedad americana (Vierling 2005).

En su primera versión, de aquel año, pretendía “proveer un claro y amplio mandato nacional para la eliminación de la discriminación contra los individuos con discapacidad”. El Congreso actuó con la esperanza de que las personas con discapacidad ganaran una protección similar a aquella que ya tenían las personas discriminadas por cuestiones de raza, sexo, origen nacional, religión... (Jacobs & Lauber 2011). El ADA representaba por tanto un cambio desde el tipo de modelos paternalistas de ayudar a las personas con discapacidad (por ejemplo, a través de la recepción de una modesta pensión de discapacidad) a un modelo de derechos humanos, los derechos inherentes a las personas con discapacidad para participar en la sociedad (Szymanski, 2009)

Antes del ADA, incluso existiendo movimientos cívicos organizados importantes, las personas con discapacidad tenían muy pocos o ningún derecho civil, especialmente si consideramos que la Ley de Derechos Civiles de 1964 no ofrecía un contenido legislativo para proteger o salvaguardar los derechos de las minorías o de las personas con necesidades especiales. La aprobación del ADA hizo obligatorio para todos los estados y municipalidades cumplir los requerimientos establecidos en la ley y sus regulaciones. De ese modo, el ADA resultaba ser la herramienta de los derechos civiles de las personas con discapacidad (Kovacs Burns & Gordon 2010). Vierling (2005) estudió el impacto del ADA en su 15 aniversario a partir de cuatro categorías que eran precisamente parte de la ley:

1. Igualdad de oportunidades
2. Plena participación
3. Vida Independiente
4. Autosuficiencia económica

A través de estas categorías pretendía medir los logros y fallos del ADA en esos 15 años. Si bien el estudio mostró significativos avances en la accesibilidad a determinados entornos y servicios, el resultado del análisis no se puede considerar como muy positivo, hasta el punto de que Colker

(2005) llegó a señalar “Ningún estudio ha podido establecer que el ADA tuviera ningún impacto positivo en la empleabilidad o la tasa de pobreza de las personas con discapacidad”. Los principales problemas de discriminación en el empleo, en el acceso a la vivienda y otros indicadores (igualdad de oportunidades, participación, vida independiente, auto-suficiencia económica) parecen manifestar la pervivencia de problemas que el ADA pretendió confrontar.

Una de las razones para reconocer estos fracasos puede provenir de la interpretación del ADA por parte de los tribunales de EE.UU., donde ha primado su identificación con una norma de beneficios sociales para compensar unas limitaciones biológicas inherentes más que una norma de protección de derechos civiles (Cox 2009). Los tribunales han entendido que los factores sociales no han contribuido significativamente a la segregación y limitación de oportunidades de las personas con discapacidad, sino que éstos surgen de la naturaleza de los problemas biológicos presentes en cada caso individual. Según Cheng (2010) la baja protección en la práctica jurídica había resultado de una serie de decisiones y sentencias de la Corte Suprema que habían limitado drásticamente el inicial lenguaje amplio y comprehensivo del ADA

Posteriormente, en vista de que los objetivos originarios resultaron muy lejos de su cumplimiento, y la protección de las personas con discapacidad muy lejos de ser real (sobre todo para algunas no reconocidas como merecedoras de tal protección, tales como las personas con epilepsia, distrofia muscular, diabetes o daños cerebrales por traumatismos), el Congreso firmó una Ley de Enmiendas del ADA, en Septiembre de 2008.

Algunos cambios significativos y elementos de la ley de enmienda del ADA (*Amendments Act*) en 2008 son los siguientes:

- Se aparta de las interpretaciones judiciales sobre discapacidad como una restricción severa para reafirmar el concepto de discapacidad apoyado por el Congreso que lo ve como una limitación importante a las actividades de una persona.
- Incluye deficiencias que están en remisión y limitan sustancialmente una actividad importante de la vida de la persona cuando se presentan.
- Ilustra, a través de extensas listas explícitas (que el ADA no había incluido) muchas de las principales actividades de la vida que deben ser considerados en la determinación de la existencia y el efecto de la discapacidad;
- Considera el papel de la mala información, mitos y estereotipos sociales, como factores adversos que suponen un impedimento real o aparente contra un individuo.
- Proporciona una autorización específica para dictar normas -sobre la aplicación de la definición de discapacidad en esta ley- a la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo, el Fiscal General y el Secretario de Transporte.

Respecto a las condiciones de accesibilidad, el ADA dio lugar a las Normas ADAAG (*Americans with Disabilities Act Accessibility Guidelines*) aplicables a edificios e infraestructuras, a fin de abordar las barreras en la edificación y el transporte. Estos requisitos temáticos y técnicos se deben aplicar durante el diseño, la construcción y la alteración de edificios e instalaciones recogidas en los títulos II

y III del ADA de acuerdo con los detalles requeridos en las regulaciones desarrolladas por las agencias federales, incluido el Departamento de Justicia y el Departamento de Transporte.

El ADA establece que el transporte debe ser accesible, ya sea financiado pública o privadamente, y del mismo modo deben serlo las vías urbanas, aceras, edificios o viviendas. A pesar de ello el transporte no está enteramente regulado bajo esta ley, y tampoco el espacio público.

Quizá el balance más positivo (Szymanski 2009) de la promulgación en 1990 del ADA sea que aproximadamente 40 países ya han promulgado sus propias leyes antidiscriminación, algunas de las cuáles reflejan un cambio de enfoque desde un modelo de bienestar a otro de derechos humanos, como el propio ADA ejemplifica. Su lado negativo, igual que el de la mayoría de esas otras leyes en distintos países es la falta de aplicación real, la recurrente tendencia a que sus grandes propósitos se queden muy limitados en la práctica.

3.3.2. Normativa legal sobre discapacidad en Australia, Gran Bretaña, y Canadá.

En **Australia**, al igual que en la política de discapacidad en los Estados Unidos, se promulgó en la década de 1990, la Ley de Discriminación por Discapacidad de Australia, *Australia's Disability Discrimination Act* (DDA) de 1992. Esta ley recibió el apoyo parlamentario de los dos grupos políticos principales y se produjo después de otras leyes contra la discriminación y derechos de otros colectivos. La definición de discapacidad en el DDA de Australia fue sin duda influenciado por la amplia definición contenida en el ADA 1990, en cuanto a que incluye discapacidades que existen en la actualidad, existieron con anterioridad, puedan existir en el futuro, o que son imputadas a una persona. La definición se amplía mucho al incluir discapacidades de tipo físico, intelectual, psiquiátrico, sensorial, neurológicas y problemas de aprendizaje, además de físicas desfiguraciones y la presencia en el cuerpo de enfermedades progresivas, por ejemplo el VIH / SIDA.

El DDA australiano se marcó tres objetivos: (a) eliminar, en la medida de lo posible, la discriminación contra las personas por motivos de discapacidad, (b) garantizar, en la medida de lo posible, que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos de igualdad ante la ley que el resto de la comunidad, y (c) promover el reconocimiento y la aceptación dentro de la comunidad del principio de que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos fundamentales que el resto de la comunidad. No obstante, Handley (2001, 526) concluyó que "nueve años después de que la DDA fuera promulgada, y a pesar de los derechos que establece, no ha conseguido hacer radicalmente más fácil el cumplimiento de estos derechos".

En **Gran Bretaña**, por su parte, tras las normas desarrolladas por Estados Unidos y Australia, la ley británica sobre Discriminación por Discapacidad (DDA) de 1995, fue la primera ley contra la Discriminación por Discapacidad aprobada en Europa. Esta legislación ha tenido valoraciones más favorables que el ADA. La norma también alentaba a las empresas a hacer *ajustes razonables* y alterar sus puntos de vista sobre las personas con discapacidad, reconociendo a estas personas como

trabajadores y consumidores valiosos. La creación en 2000 de la Comisión de Derechos de la Discapacidad (Disability Rights Commission, DRC) parcialmente remedió la falta de una agencia de implementación. A pesar de ello, algunos analistas legales vieron el DRC como falto de capacidad operativa.

En 2005 se redactó y aprobó el nuevo *DDA*, que pretendió hacer frente a este tipo de limitaciones, añadiendo las áreas de transporte y vehículos sobre raíles (que estaban exentos en el *DDA de 1995*), nuevas obligaciones de igualdad frente a las autoridades públicas y otras consideraciones sobre publicidad discriminatoria, seguros, clubes privados, asociaciones, vivienda y edificaciones comerciales y estamentos de cualificación profesional. De acuerdo al gobierno Blair⁴², el *DDA de 2005 supuso el más ambicioso programa de derechos sobre discapacidad que ningún país europeo hubiera puesto en práctica*.

En cuanto a **Canadá** no tiene una ley federal sobre discapacidad equivalente a la de los otros países, pero varios partidos políticos han prometido desarrollarla en sus mandatos, lo que no se ha producido hasta el momento, y no cuenta con unanimidad desde el mundo de la discapacidad (Prince 2010). Se puede afirmar que Canadá está todavía un poco por detrás de otros países desarrollados en la implementación de estrategias para apoyar a las personas con discapacidad de una forma más clara y alcanzar resultados relevantes en este sentido.

Sin una legislación federal para proteger y asegurar que los servicios y programas son adecuados a las personas con discapacidad, vivan donde vivan (Kovacs Burns & Gordon, 2010), las provincias pueden implementar sus propias, y a menudo diferentes, prácticas. Así, por ejemplo, Ontario ha desarrollado su legislación específica, la Ley de Accesibilidad para los Residentes en Ontario con Discapacidad (*Accessibility for Ontarians with Disabilities Act, AODA*) en 2005. EL AODA se aplica tanto a los sectores público como privado y establece un proceso de desarrollo de estándares de accesibilidad para asegurar antes de 2025 la eliminación de barreras físicas, actitudinales, informacionales, tecnologías o de comunicación.

Podemos concluir que los cuatro países anglosajones, el Reino Unido como un sistema parlamentario unitario y Canadá, Australia y Estados Unidos como federaciones, confrontan problemas similares de políticas fragmentadas y sistemas de programas en el ámbito de discapacidad (Prince 2010). Si bien la legislación de derechos de discapacidad es ampliamente aceptada como una iniciativa política necesaria a la luz de los obstáculos actuales y la exclusión, la experiencia indica que esas leyes están lejos de ser una respuesta suficiente para promover la igualdad de oportunidades y accesibilidad.

⁴²<https://www.gov.uk/government/organisations/office-for-disability-issues>

3.4. NUEVOS MODELOS DE GOBERNANZA SOBRE DISCAPACIDAD Y ACCESIBILIDAD EN EUROPA

La UE reconoce la discapacidad como una construcción social y las barreras ambientales como la causa que impide la plena participación de las personas con discapacidad. Para eliminar esas barreras se requieren instrumentos políticos de los que la UE carece en base a las competencias que le brindan los tratados. De este modo, se requiere la utilización de nuevos medios y estrategias, adaptados a las posibilidades de gobernanza reales. En este apartado se analiza el contexto de las nuevas formas de intervención.

3.4.1. *Soft Law*, un instrumento clave en las políticas de discapacidad de la UE

Se suele denominar *soft law* a una forma de regulación singular, una que implica una forma más suave de la gobernabilidad, basada, por ejemplo, en acuerdos negociados y códigos de prácticas voluntariamente acordados o conjunto de códigos de conducta, resoluciones, marcos, comunicaciones, circulares, guías, notas o declaraciones que se pueden situar en un lugar entre las meras declaraciones políticas, por un lado, y la legislación, por otro (Cini, 2001). Puede sustituir o servir como una alternativa a formas más convencionales o "duras" de la legislación, pero también servir como un trampolín a la ley dura y no como una alternativa a la misma.

Al "*soft law*" se le denomina de diversas formas, «Ley blanda», «Derecho blando», «Derecho flexible», pero parece que la expresión en inglés se usa de forma generalizada. Millán (2012) señala que la palabra procede de EE.UU. y se refiere a ciertas normas que sin ser obligatorias para la comunidad adquieren cierto carácter jurídico para quién de forma voluntaria se compromete a acatarlas, y de esta forma acaban teniendo cierto valor normativo, e incluso peso en decisiones judiciales (si por ejemplo, se incorporan como cláusulas contractuales). Para Sánchez Pérez (2012) se trata de normas dúctiles de regulación, que ayudan a desarrollar la función administrativa de forma ágil y efectiva.

Aunque estas normas son un elemento dinamizador del derecho tradicional o "hard law", se están transformando en una fuente formal del derecho, en "carriles de circulación" del derecho positivo. Así, reglas de conducta que, en principio, no tienen una obligatoriedad legal pueden tener, sin embargo, efectos prácticos (Snyder 1993: 2). Mucha de la literatura sobre *soft law* aborda su incidencia sobre la doctrina legal. Su condición se encuentra en algún punto entre los posicionamientos o comunicados políticos y la legislación, haciendo muy difícil determinar dónde empieza y acaba este concepto. Entre sus potenciales ventajas está, por supuesto, el permitir regular donde no sería posible una regulación. Y entre sus problemas, su carácter no vinculante, su vaguedad y el hecho de no ser judicializable, por lo que puede ser inconsistente con la legislación.

Como señala Millán (2012) estas normas «blandas» adquieren verdadero valor de normas sociales, cuyo incumplimiento se traduce en una sanción de carácter social que tiene mucho peso específico

en las relaciones entre partes: el *descrédito del incumplidor*. Dicho de otro modo, más que obligar, pretenden convencer; no estamos hablando de normas jurídicas positivas, sino de reglas de actuación. Dehousse y Weiler (1990) afirman que "al legitimar ciertos tipos de comportamiento, este tipo de instrumento puede representar una etapa importante en el proceso que conduce a la elaboración del derecho consuetudinario internacional" (ibid: 5-6) y que "desde un punto de vista histórico el concepto de "ley blanda" puede ser útil en la comprensión de cómo acuerdos pragmáticos han cristalizado lentamente en normas vinculantes del derecho "(ibid: 7).

El *soft law* se considera una alternativa a las formas más duras de la regulación de la UE. Se considera que es parte de una nueva tendencia de regulación que pone más énfasis que en el pasado en la reglamentación informal y el establecimiento de normas, mientras que al mismo tiempo responde a viejas preocupaciones entre los estados miembros de la UE de que el régimen regulador de la UE impone cargas muy pesadas sobre los actores no estatales europeos. El origen de la perspectiva *soft law* de la Comisión europea, según Cini (2001) surge de la esfera internacional, donde los gobiernos encuentran más fácil cerrar acuerdos internacionales de naturaleza (legalmente) blanda y flexible que aquellos que imponen obligaciones legales duras y requisitos de ratificación. No obstante, este concepto sólo surge en los años 70, y de forma más amplia en la literatura del derecho público (Wellens and Borchardt 1989: 267), para pasar al campo de los estudios de derecho europeo. En el caso de la Comisión Europea toma las formas de código de conducta, resoluciones, comunicaciones, declaraciones, notas de guía o circulares (Cini 2001, Roulstone & Prideaux 2009)

Un caso característico del uso de la *soft law* en el campo de la promoción de la accesibilidad es el "Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad" aprobado por NN.UU. en 1981. Este programa se puede considerar indicativo de lo que se entiende por *soft law*, en la medida que sus proposiciones no son vinculantes para los estados u organizaciones más allá de las propias estructuras internas de la ONU (Rivet 2011).

El mecanismo de *soft law* por excelencia en Europa es el Método Abierto de Coordinación (MAC). Este método nace al final de los años 90 como una respuesta a las dificultades y situación conflictiva de las políticas sociales dentro de la UE, y para prevenir lo que algunos académicos y políticos, según Büchs (2007:1), denominan como una "carrera hacia el fondo" de los estándares sociales, fruto de una falta de criterios comunes de sistemas de bienestar en Europa⁴³. Aunque, según esta autora, este método no ha demostrado ser una salida viable (efectiva y legitimadora) a estos problemas. El MAC provee un mecanismo formal de colaboración entre la UE y los estados miembros en áreas políticas concretas donde es posible alcanzar acuerdos políticos en torno a objetivos comunes (Priestley, 2013)

A través del MAC la UE se puede ver involucrada en formular objetivos de política social, mientras la autoridad de los estados miembros sigue siendo plena, de manera acorde con el principio de

⁴³ Una UE solo centrada en los aspectos de mercado puede limitar su legitimidad, especialmente si la integración de mercados pone tanta presión sobre los sistemas de bienestar nacionales y reduce la legitimidad alcanzada gracias a políticas sociales efectivas (ibid, pag. 97)

subsidiariedad. El MAC fue diseñado como una solución intermedia: primero para reconciliar los objetivos económicos y sociales de la UE, mediante una “tercera vía” y segundo para proveer a la UE de un rol en la realización de políticas sociales sin limitar formalmente la autoridad de los estados miembros en esta área (Büchs, 2007: 152). Los objetivos establecidos mediante el MAC no son exigibles legalmente y no hay sanciones por incumplirlos, pero los actores gubernamentales y no-gubernamentales pueden perseguir sus propios intereses y a la vez influir en la agenda del MAC establecida por la UE (Consejo Europeo de Niza, 7, 8 y 9 de diciembre de 2000) por un modelo social europeo.

Algunas de las principales características del MAC son las siguientes (Priestley, 2007)

- La coordinación no se consigue a través de medidas legales tradicionales (“duras”), tales como el derecho primario, las directivas o regulaciones.
- Se basa en instrumentos de política “blanda” (p.ej. indicadores, puntos de referencia, objetivos, buenas prácticas, directrices, asesoramiento y recomendaciones).
- Generalmente se aplica en áreas donde hay un grado elevado de subsidiariedad nacional (p.ej. empleo, inclusión social, pensiones, cuidados, asilo, educación, juventud o cultura).
- Se utiliza la comparación y aprendizaje para favorecer el progreso hacia objetivos comunes.

La gran variedad de instrumentos de *soft law* existentes muestra que hay una gran cantidad de documentos que se pueden incluir en este análisis, por lo que no se puede considerar exhaustivo, pero sí centrado sobre los hechos más relevantes. Según Priestley (2005 y 2007) este tipo de análisis sugiere que estamos ante un proyecto político característicamente europeo, que comprende un discurso socialmente orientado, pero muy basado en legalismos sobre derechos.

Para los juristas, no obstante, el “*soft law*” permanece como un concepto contestado, que ilusoriamente se sitúa en algún lugar entre las declaraciones normativas de tipo genérico y la legislación (Cini 2001). Muchos juristas siguen negando el valor de este concepto; para algunos incluso “la ley, si no es dura no es ley”. Como consecuencia, en un tema como el de la accesibilidad donde este tipo de normas no obligatorias han sido utilizadas, los estados miembros han tomado de manera diferente estos buenos propósitos a la hora de promover mayor accesibilidad en el entorno construido (Roulstone & Prideaux, 2009).

3.4.2. Dispersión sectorial e intervención multinivel en la UE

El nuevo orden demográfico europeo, caracterizado por el envejecimiento poblacional y el aumento de discapacidades ligadas a la edad, requiere replantear y formular nuevas políticas y prácticas. Es necesario desarrollar una perspectiva unificadora de los dos campos –envejecimiento y discapacidad para promover políticas y prácticas más adecuadas en el contexto de una sociedad que de forma creciente se percibe como compuesta por ciudadanos discapacitados “no saludables” y “costosos”

(Naue & Croll, 2010). Un cambio en las actitudes públicas hacia la discapacidad o la edad, debe aprovechar la transferencia de conocimientos y “*policy learning*” entre ambas categorías (Hall, 1993). Cada vez más, estos procesos de transferencia se conciben no como una transmisión lineal desde unos expertos a otros, sino como un proceso iterativo de aprendizaje mutuo e intercambio que implica a un complejo grupo de actores o “*stakeholders*” (Davies et al. 2008). Ajustar los objetivos políticos o estrategias en respuesta a experiencias pasadas y nuevas informaciones es un esfuerzo que deben realizar todos los actores en sus campos políticos respectivos. En este caso estaríamos considerando además de los grupos políticos o “*policymakers*”, a las organizaciones de mayores o personas con discapacidad, ONG’s, etc.

Este proceso formaría parte de una evolución más general desde nociones muy asentadas en la política, algo que podríamos denominar “desde el gobierno a la gobernanza”, indicando que el Estado ya no es el único responsable del proceso de hacer las políticas. La formulación de políticas ha alcanzado en las últimas décadas un grado de complejidad sin precedente, y esta complejidad no solo requiere colaboración intergubernamental, sino la participación en el proceso político de actores no-gubernamentales con activos importantes (tales como conocimiento, legitimidad o posicionamiento).

El complejo entramado de organizaciones y acuerdos internacionales para adoptar decisiones y llevar a cabo políticas comunes se ve particularmente intensificado en la UE, dada la compleja red de transferencias de poder y la superposición de distintos niveles de gobierno. Los procesos de descentralización política han ido restando capacidad práctica a los Estados para decidir e imponer políticas públicas (Morata 2003). En estas condiciones, la efectividad de las políticas depende en gran medida de la habilidad de los gobiernos a la hora de movilizar y organizar la capacidad de los actores públicos y privados en los distintos niveles de acción colectiva (Morata 2012). Esta perspectiva está muy ligada al concepto de red y requiere tanto la coordinación intergubernamental (vertical), como entre sectores (horizontal o transversal).

Esta visión en red, en la que se pretende conectar los distintos intereses en juego y fijar objetivos comunes, presupone una expansión de relaciones verticales y horizontales en la gobernanza, una comunicación continuada y un mayor énfasis en la confianza mutua y la reciprocidad (Jachtenfuchs, 2001). Esto requiere desarrollar las capacidades institucionales de gobierno, pero no mediante la jerarquía, sino la representatividad de las instituciones, la transparencia, el rendimiento y control que dotan de legitimidad al poder político y se pueden expresar mediante la coordinación intergubernamental, la coordinación entre políticas y sectores, una cultura administrativa orientada a la eficacia, la innovación de sus instrumentos de políticas públicas, la promoción de una cultura política participativa y el fortalecimiento del capital social (Ostrom, 1994).

Al hablar *gobernanza* entendemos un estilo de gobierno basado en la interacción entre actores – públicos y privados- y no tanto en las tradicionales relaciones jerárquicas. Rosenau (2004), citado por Morata (2012), define la gobernanza como “la creación de mecanismos formales e informales para

formular demandas, definir objetivos, emanar directrices, perseguir políticas y generar cumplimientos”.

La gobernanza europea provoca un fuerte desarrollo de las redes políticas: organizaciones de intereses, grupos de poder, regiones..., y paralelamente las políticas comunitarias potencian el papel de las autoridades regionales y locales. Todo ello en un contexto en el que los Estados europeos están experimentando procesos de transformación acordes a la diversidad y profundidad de problemas como la globalización económica, la inmigración o el cambio climático, así como los que se derivan de la propia integración europea (Morata 2012). Los Estados se hallan cada vez más insertos en un complejo entramado de organizaciones y acuerdos internacionales para adoptar decisiones y llevar a cabo políticas comunes, siendo esta tendencia mucho más perceptible en la UE (ibid), máxime cuando introducimos los distintos niveles de gobierno de cada Estado.

El efecto resultante de este fenómeno es lo que algunos denominan “gobernanza multinivel”, un término que ha sido introducido en el contexto de la Unión Europea, entendiéndose que recogía el fenómeno de la ampliación de escala desde el estado nación a la entidad europea mediante una “abdicación” voluntaria por parte de los estados miembros de ciertas responsabilidades hacia unas estructuras supranacionales emergentes de la UE (Lazar & Leuprecht, 2007).

Hooghe & Marks (2001) definen la gobernanza multinivel como “la condición de poder y autoridad que se comparte en aquellas relaciones institucionales en las que el rango de las políticas públicas y los mecanismos de formulación de políticas se extienden por necesidad más allá de la jurisdicción de un único gobierno”. En este sistema de gobierno se da una continua negociación entre gobiernos “anidados” implicados a distintos niveles (supranacional, nacional, regional y local), como consecuencia del amplio proceso de creación institucional y relocalización de decisiones que ha arrastrado algunas funciones previamente centralizadas tanto hacia un nivel supranacional como, en sentido inverso, hacia un nivel local o regional.

Al hablar de gobernanza multinivel podemos estar pensando en procesos de federalismo o en una dispersión de la autoridad hacia un número limitado de entidades jurisdiccionales independiente, que no estén solapadas. En el caso de la UE se trata no de gobernanza por encima del estado, sino más allá del estado: se mantiene un nivel de jerarquía en la que el estado-nación mantiene la autoridad central. Pero también nos podemos referir a los múltiples niveles en los que la gobernanza tiene lugar y a la gran cantidad de actores e instituciones, públicas y privadas, que actúan simultáneamente en estos niveles (Betsill & Bulkeley, 2006).

Los creadores de esta corriente de gobernanza multinivel argumentan que el rol de los estados en la UE estaba bajando y nuevos sistemas de gobernanza multinivel están tomando forma (Betsill & Bulkeley, 2006). Hay varias razones para ello: los estados-nación ya no monopolizan el ejercicio de la política, dado que los organismos supranacionales tienen una influencia independiente sobre estos procesos, la necesidad de toma de decisiones colectiva sobre problemas complejos lleva a una pérdida de poder de los estados nación, de modo que los niveles políticos supranacionales, nacionales y subnacionales están interconectados a través de redes políticas. De este modo la

competencia en la toma de decisiones está crecientemente repartida entre actores que operan a diferentes niveles de gobernanza.

El resultado global es la emergencia de un sistema policéntrico y multinivel, desde lo local a lo europeo, en el que la idea de gobernanza adquiere su plena necesidad y dimensión, pues cada vez resulta más difícil “imponer” los cambios necesarios. Como señala Morata (2012: 309):

Las capacidades institucionales para enfrentarse con los retos de todo tipo que plantea una sociedad compleja como la nuestra implican un conjunto de actividades que superan el ámbito de actuación individual de las autoridades públicas. Asimismo, resulta cada vez más difícil imponer los cambios necesarios mediante los instrumentos tradicionales –normativos y jerárquicas- de regulación (Hanf & Morata, 2008). Por ello la efectividad de las políticas depende en buena medida de la habilidad de los gobiernos a la hora de movilizar y organizar las capacidades de los actores públicos y privados en los distintos niveles de acción colectiva.

El Comité de las Regiones de la UE (Committee of the Regions, 2009) considera en el Libro Blanco de la Gobernanza Multinivel en Europa que la gobernanza es una de las principales claves para el éxito del proceso de integración europea:

La gobernanza está asumiendo cada vez más una estructura de red y favorece una dinámica de cooperación horizontal. Este desarrollo es ideal para tomar en cuenta las numerosas redes activas a nivel local y nivel regional en Europa y en todo el mundo.

Committee of the Region, 2009: 15

Este Comité considera la gobernanza multinivel como la acción coordinada de la Unión Europea, los Estados miembros y las autoridades locales y regionales, basada en el partenariado y destinada a elaborar y aplicar las políticas de la UE. Europa será fuerte, sus instituciones legítimas, sus políticas eficaces, y sus ciudadanos se sentirán involucrados y comprometidos si su modo de gobernanza prima la cooperación entre los diferentes niveles de gobierno, con el fin de poner en práctica la agenda comunitaria y responder a los desafíos globales. (Committee of the Regions, 2009).

El citado Libro Blanco recomienda, entre otras cosas, reforzar la práctica de la asociación, tanto vertical entre "las autoridades locales y regionales, gobierno nacional y Unión Europea" y horizontalmente entre "las autoridades locales y regionales y la sociedad civil", en particular en el contexto del diálogo social.

Uno de los campos donde esta gobernanza multinivel muestra aristas o problemas característicos es en la relación entre las zonas urbanas y sus áreas circundantes. Cada vez más las fronteras administrativas no se corresponden con las realidades económicas. Aunque cada vez se crean más relaciones institucionales subregionales, entre ciudades y zonas circundantes para gestionar aspectos como el desarrollo económico, las infraestructuras, el transporte, etc. (Parkinson, 2014)

En el contexto de la gobernanza relativa a las políticas de envejecimiento y discapacidad, el aspecto de “gobernanza participativa” es el más importante en relación con involucrar a las personas

directamente afectadas por esas políticas, lo que debe revertir en un proceso de “*policy learning*”. Tanto la UE como los estados miembros tienen obligaciones que se derivan de los tratados, que se implementan a nivel de la UE y cuya implementación por los países miembros debe ser apoyada. Para ello se requieren datos comparativos e indicadores.

En este sistema multinivel e interdependiente de soberanías compartidas, hemos de situar además el carácter transversal e interdisciplinar de los temas que aquí se abordan: la discapacidad y la relación persona-entorno.

3.5. EL MARCO SOCIAL Y POLÍTICO DE LA PROTECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA UE

La discapacidad, como fenómeno que afecta a buena parte de la población europea, ha ido ganando una atención explícita en las políticas de la UE. Desde los años 70 a los 90 las políticas europeas de discapacidad han girado en torno a la integración en el mercado laboral de las personas con discapacidad con una cierta componente de “mercantilización” (Esping-Andersen, 1990), es decir, los orígenes y los temas de bienestar en la UE han estado claramente subordinados a la consecución del mercado abierto europeo. No obstante, desde los años 70 y, sobre todo, en la última década del siglo XX se han producido importantes cambios políticos y normativos, en los distintos niveles territoriales, con la intención de garantizar de forma más efectiva la no discriminación de las personas con discapacidad. Estos cambios han tenido su expresión en el campo de la accesibilidad, como elemento clave para alcanzar la igualdad de oportunidades, aunque su identificación como una expresión de la política social dirigida a un colectivo minoritario ha podido dificultar su avance en los ámbitos sectoriales en que se plasman las principales necesidades: edificación, diseño urbano, transporte... En estos sectores las competencias legislativas se encuentran notablemente descentralizadas y los agentes son en buena medida privados, por lo que la capacidad de intervención desde las instituciones, ya sean supranacionales, estatales o regionales, se encuentra mucho más limitada que en las políticas sociales.

3.5.1. Una primera impresión de las políticas de la UE sobre discapacidad.

Las primeras intervenciones de la UE en el ámbito de la política de discapacidad, en los primeros años 70, fueron principalmente basadas en un modelo médico de la discapacidad, que como ya se ha expuesto se centraba sobre las deficiencias de la persona como causa de la limitación para trabajar. Las propuestas de política de bienestar social se centraban en ayudar a la persona con discapacidad, a través de la rehabilitación vocacional, para poder integrarse a la fuerza de trabajo.

En aquellos momentos la discapacidad no era una preocupación política significativa y no había principios que sirvieran de guía. Por aquel entonces cualquier iniciativa surgía de la cooperación entre los seis miembros del “Mercado Común” (Bélgica, República Federal de Alemania, Luxemburgo, Francia, Italia y Países Bajos), a los que se añadieron en 1973 Dinamarca, Irlanda y Gran Bretaña. Para la siguiente ronda de ingresos, de Grecia, España y Portugal, en los años 1980, ya se había comenzado a establecer una política de discapacidad más clara, que fue creciendo en los siguientes años, de modo que en las sucesivas ampliaciones a partir de los años 2000, la agenda de discapacidad ya incluía requisitos a cumplir por los nuevos miembros relativos a la no-discriminación y realización de ajustes para fomentar la igualdad de las personas con discapacidad. La implementación de esta igualdad implica a las economías en transición de los nuevos países de Centro, Este y Sur de Europa un mayor uso de recursos económicos y políticos.

En cuanto al campo de las políticas de discapacidad, los actores no gubernamentales han influenciado en gran medida la agenda, con las organizaciones de discapacidad alcanzando una gran presencia y capacidad a través de una representación conjunta.

Los términos de referencia para la evaluación de cualquier revisión de leyes y políticas que afectan a las personas con discapacidad de la UE son relativos a legislación primaria y secundaria de la UE, documentos como las recomendaciones del Consejo, las resoluciones del Parlamento y otros documentos de política, así como instrumentos de *soft-law*, tales como objetivos / directrices relativas a los métodos abiertos de coordinación, planes de acción, mandatos de normalización, estrategias, y así sucesivamente (Arsenjeva, 2014).

Es preciso entender el papel de cada una de las instituciones europeas de las que emanan este tipo de instrumentos⁴⁴ para centrar adecuadamente el análisis y entender los procesos desarrollados. El derecho primario de la UE surge de los tratados acordados entre los estados miembros, quienes confieren poderes a sus diversas instituciones para producir legislación secundaria que afecta los ciudadanos de los distintos países. Estas leyes secundarias pueden ser directivas y reglamentos vinculantes que requieren cambios en las leyes nacionales.

⁴⁴El “Consejo de la Unión Europea” representa los intereses de los gobiernos de los estados miembros y es el órgano decisorio principal que influye en la dirección de la política de la UE (incluidos ministerios relevantes de cada país de acuerdo a la política abordada).

El “Consejo Europeo” (o Cumbre Europea) es un órgano diferente integrado por los jefes de los gobiernos sin poder legislativo formal, pero con un fuerte influencia política. Es importante tener en cuenta que el “Consejo de Europa” es una organización internacional independiente, comprometida con la promoción de los principios de cooperación, la ley, los derechos humanos y las libertades. No es una parte de la UE.

El “Parlamento Europeo” es el órgano elegido directamente que representa a los ciudadanos de la UE y comparte el poder legislativo con el Consejo para hacer leyes que son superiores a las nacionales, pero sólo en ámbitos de la política, donde la competencia se ha concedido por un tratado. Las áreas en las que el Parlamento tiene poderes se han ampliado con cada tratado sucesivo y esto ha tenido consecuencias significativas en el caso de la política de discapacidad.

La “Comisión Europea” es la rama ejecutiva de la UE y es independiente de la legislatura. Desempeña un papel muy importante en el desarrollo de políticas. Por ejemplo, aunque el Parlamento puede modificar o vetar leyes, sólo la Comisión puede proponer una nueva legislación. La Comisión también lleva la responsabilidad de la implementación de políticas a través de sus numerosas oficinas y agencias.

Algunos factores que han incidido sobre la definición de las políticas de discapacidad de la UE:

- La agenda política en la UE ha estado muy marcada por la creación de condiciones económicas y monetarias para la consecución de un mercado único basado en la libertad de movimiento de capitales, trabajadores y productos entre los estados miembros. En consecuencia, el desarrollo político de la UE se ha centrado más en la integración política y económica que en la social o de bienestar (Priestley, 2007), con algunas excepciones, y reconociendo los esfuerzos continuados de la Comisión para ampliar su esfera de competencia.

En el seno de la UE han coexistido dos visiones que han modelado la política de discapacidad, así como otras: la económica y la social. Y ambas han impregnado también las políticas nacionales de los países miembros (Muir 2015). Si bien es posible argumentar que lo económico se ha impuesto siempre sobre lo social, en el caso de la discapacidad, y otros donde la cuestión de la no-discriminación estaba en juego, los principios de la igualdad de derechos han contribuido a que –al menos sobre el papel- en el diseño del armazón normativo no se haya privilegiado a la eficiencia sobre la equidad.

- El principio de subsidiariedad ha marcado la intervención en el campo de la protección a la población con discapacidad de la UE. De acuerdo a este principio diferentes actores a diferentes escalas interactúan y negocian sin que exista necesariamente una clara jerarquía establecida (Kazsepov, 2010: 37) Se asigna la responsabilidad en la toma de decisiones a la esfera de gobierno que está más cerca del ciudadano y está mejor posicionada para desempeñar una tarea en particular. Es decir que la autoridad central debe desarrollar “solo” aquellas tareas que no se pueden ejercer de forma efectiva a un nivel menor. Sin que esto signifique que el nivel local es el más adecuado para todos los problemas sí ha producido una descentralización de los poderes regulatorios y un aumento del rol de los actores no gubernamentales (ibid).

El concepto de subsidiariedad ha ganado vigencia desde el fin del pasado siglo y se ha convertido en un fundamento retórico detrás de muchas reformas en Europa. Fue establecido en el Tratado de Maastricht (título 3, Art. 1,11), aunque ya estaba en práctica desde la Carta de Autogobierno local del Consejo de Europa de 1985. Según señala Morata (2012) “hubo que esperar hasta el Tratado Constitucional de 2004, y más tarde, el Tratado de Lisboa, para que su formulación incluyera a los niveles regional y local”, tal como figura en su art. 5.3:

En virtud del principio de subsidiariedad, en los ámbitos que no sean de su competencia exclusiva, la Unión intervendrá solo en caso de que, y en la medida en que, los objetivos de la acción pretendida no puedan ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros, ni a nivel central ni a nivel regional y local, sino que puedan alcanzarse mejor, debido a la dimensión o a los efectos de acción pretendida, a escala de la Unión.

El concepto de subsidiariedad recoge los dos procesos de cambio, tanto vertical –reorganización territorial de los poderes regulatorios- como horizontal –multiplicación de actores- de las

políticas sociales, que conducen a soluciones cada vez más complejas de gobernanza multinivel a las necesidades de reforma en las políticas sociales (Kazepov, 2010).

- El principio de igualdad y no discriminación también ha sido una de las piedras angulares en el proceso de la integración europea. La igualdad entre estados y personas de la UE es un objetivo esencial, una condición previa, podríamos decir, en el progreso hacia una mayor unión de los pueblos europeos (Muir 2015).
- La legislación europea ha aumentado el nivel de protección contra la discriminación en toda la UE a partir de la inclusión del artículo 13 en el Tratado de Ámsterdam de 1997 donde el enfoque de igualdad y no discriminación basado en los derechos de las personas con independencia de origen racial, étnico, discapacidad, etc. aparece como el punto clave en el cambio de las políticas de discapacidad europeas. Con la introducción del artículo 13 (ahora artículo 19 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, TFUE⁴⁵), podrían adoptarse medidas adecuadas para combatir la discriminación por razón de sexo, origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual. Esto llevó en 2000 a la adopción de la Directiva marco de Igualdad de Trato (Directiva 2000/78 / CE), que obliga a los Estados miembros a adoptar medidas para prohibir las distintas formas de discriminación por motivos de discapacidad (al igual que la religión, creencias, edad y orientación sexual) en el empleo y la ocupación.

Por otra parte, los derechos de las personas con discapacidad se han abordado en la Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020 (COM_SEC (2010)1323: 8) y los últimos años por la legislación de la UE en varios sectores, como el transporte, la contratación pública, las TIC, y fondos estructurales.

3.5.2. Los tratados y la génesis de una política sobre discapacidad en la UE

La Unión Europea se basa en el imperio de la ley. Esto significa que cada acción emprendida por la Unión Europea se basa en los tratados (Tabla 3.1) que han sido aprobados de forma voluntaria y democráticamente por todos sus países miembros. Un tratado es un acuerdo vinculante entre los países miembros de la UE, de modo que si un ámbito político no se cita en un tratado, la Comisión no puede proponer una ley en la materia. En los tratados se establecen los objetivos de la UE, las normas para las instituciones de la UE, cómo se toman las decisiones y la relación entre la UE y sus países miembros. Los tratados se modifican para que la UE sea más eficiente y transparente, para prepararse para el ingreso de los nuevos países miembros⁴⁶ y para introducir nuevas áreas de

⁴⁵Que antes se llamó Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y, previamente, Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea, heredero del Tratado de Roma, contiene la metodología y el peculiar engranaje jurídico-político que se ha dado en denominar método o sistema comunitario, donde se enmarcan y establecen la mayor parte de las políticas concretas que lleva a cabo la Unión.

⁴⁶ Los tratados han respondido, entre otros motivos, a las necesidades derivadas de la incorporación de nuevos países a la UE. Además de los países fundacionales (Alemania, Francia, Italia, Bélgica, Holanda, Luxemburgo), las sucesivas entradas en la UE han sido las siguientes: En 1973, Dinamarca, Irlanda y Gran Bretaña. En 1981,

cooperación. En virtud de los tratados, las instituciones de la UE pueden adoptar una legislación, que los países miembros entonces habrán de aplicar.

Tabla 3.1: Principales tratados de la UE

Lugar	Firma	Entrada en vigor	Propósito principal
Maastricht	7 Febrero 1992	1 Noviembre 1993	Preparación de la Unión Monetaria e introducción de elementos de unión política (ciudadanía, política común de asuntos internos y externos), establecimiento de la Unión Europea e introducción del procedimiento de co-decisión dando más voz al parlamento en la toma de decisiones. Nuevas formas de cooperación entre gobiernos de la UE, por ejemplo, en defensa, justicia y asuntos internos.
Amsterdam	2 Octubre 1997	1 Mayo 1999	Enmiendas y consolidación de los tratados de la UE y CEE. Toma de decisiones más transparente.
Niza	26 Febrero 2001	1 Febrero 2003	Reformar las instituciones de modo que la UE pudiera funcionar de forma eficiente tras alcanzar los 25 miembros.
Lisboa	13 Diciembre 2007	1 Diciembre 2009	Hacer a la UE más democrática, más eficiente y con más capacidad de abordar problemas globales, tales como el cambio climático, con una sola voz.

Fuente: elaboración propia

El Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión proclamaron la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en Niza, el siete de diciembre del año 2000. El artículo 21 establece la prohibición de toda discriminación, incluida aquella debida a discapacidad.

1. *Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.*

Diario oficial de las Comunidades Europeas 18.12.2000 C364/13

Respecto al Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFEU), estipula que la Unión, en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, tratará de luchar contra toda discriminación por razón de discapacidad (artículo 10) y podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivo de discapacidad (artículo 19) dentro de la parte denominada No Discriminación y Ciudadanía de la Unión”:

Artículo 19 (antiguo artículo 13 TCE) 1. Sin perjuicio de las demás disposiciones de los Tratados y dentro de los límites de las competencias atribuidas a la Unión por los mismos, el Consejo, por unanimidad con arreglo a un procedimiento legislativo especial, y previa aprobación del Parlamento

Grecia. En 1986, España y Portugal. En 1995 Austria, Finlandia y Suecia. En 2004, República Checa, Chipre, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia. En 2007, Bulgaria y Rumanía. En 2013, Croacia

Europeo, podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.

Versión Consolidada Del Tratado De Funcionamiento De La Unión Europea⁴⁷

Estas acciones requieren la unanimidad, lo que indudablemente resultará limitativo para la consecución de nuevos avances de cierto calado en un campo en el que asumir compromisos concretos más allá de las declaraciones es complejo. No obstante, el efecto de “inseminación” que producen las instituciones europeas en este campo, aunque sugiere un mecanismo “suave” y poco efectivo, también tiene una dimensión “dura”, que resulta particularmente importante donde estas instituciones están empoderadas para tomar decisiones que son de obligado cumplimiento en los estados miembros. Esta transferencia obligatoria será más común aún en la medida en que las naciones continúen sumándose a grandes instituciones internacionales (Dolowitz 2003).

Tanto la UE como las NN.UU. han adquirido poderes de gobernanza crecientes en el campo de la discapacidad y los derechos humanos a través de este tipo de normas, estándares y convenciones (Priestley, 2007) como las que se abordan en este capítulo. Y, en concreto, en la escena internacional es la Convención de NN.UU. de 2006 lo que establece la agenda de política de discapacidad para los próximos años.

3.5.3. Política social y política de discapacidad en la UE: cronología y estrategia

Durante los más de 50 años de su existencia, la UE ha descubierto gradualmente la discapacidad como un ámbito político explícito. Según Waldschmidt (2009) a la UE le tomó cerca de 20 años, tras su comienzo en 1957, realizar un primer documento explícitamente relevante para las personas con discapacidad. El 27 de junio de 1974 una resolución del Consejo recomendaba la creación de “un programa para la integración vocacional y social de las personas minusválidas” (*Resolución relativa al establecimiento del primer programa de acción comunitaria para la readaptación profesional de los minusválidos*), incluyendo una revisión de las políticas nacionales en este área “para promover el pleno y mejor empleo” y una “mejora de condiciones de vida y trabajo”.

el objetivo general de los esfuerzos comunitarios en favor de las personas con discapacidad debe ser ayudar a estas personas a ser capaces de llevar una vida normal e independiente plenamente integrada en la sociedad. Este objetivo general se aplica a todos los grupos de edad, todos los tipos de discapacidades y todas las medidas de rehabilitación.

Fuente: Consejo de las Comunidades Europeas, 1974 .

En los periodos iniciales, entre 1974 y 1996, hubo un foco claro en los temas de empleo y las autoridades de la UE consideraron la discapacidad como un problema fundamentalmente ligado al mercado laboral. Durante este periodo fue dominante una visión conservadora sobre la provisión de

⁴⁷ Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea 26.10.2012 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012E/TXT&from=EN> accessed 10.04.2015

bienestar, de la que la discapacidad no fue excepción. Pero durante la siguiente década la discapacidad se convirtió en una rama de la política de derechos civiles que es la que finalmente se ha impuesto en la agenda sobre discapacidad de la UE.

Durante estos mismos años los objetivos de política social han estado claramente subordinados bajo objetivos económicos, y así las competencias de la UE para crear una política social común han estado muy limitadas (Büchs, 2007: 6), a pesar de que también se puede argumentar que la política social europea tiene un cauce y efecto redistributivo a través de los fondos estructurales. Según Priestley (2007) la Comisión propuso el uso del Fondo Social Europeo para desarrollar un programa de acción dirigido a los trabajadores con discapacidad apoyado por la resolución del Consejo, lo que constituye la adopción por primera vez de objetivos sociales para una política europea de discapacidad. Se comenzó así a usar el Fondo Social Europeo con el propósito de asistir a los trabajadores inmigrantes y a los discapacitados.

El programa incluyó tres categorías de actividades destinadas a la inserción laboral, como la cooperación entre ámbitos de rehabilitación y de formación con objeto de facilitar el intercambio de información, la integración vocacional y desarrollar mecanismos de entrenamiento y adaptación al entorno laboral (Hosking 2012). Todo ello acorde al entonces dominante modelo rehabilitador y sin consulta o participación de las asociaciones de personas con discapacidad. Estas modestas iniciativas no constituían de ninguna manera una política de discapacidad, pero ponían en evidencia que la Comisión tenía un rol que cubrir en estos problemas.

Los programas de acción sobre rehabilitación vocacional se desarrollaron durante 1974 y 1975. Posteriormente, sólo en respuesta a la celebración durante 1981 del Año de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas se reactivaron los programas destinados a estas personas por parte de la Comisión (Hosking 2012). El final de este primer programa de acción y con la celebración del Año Internacional de las Personas con Discapacidad de NN.UU. de 1981 se dieron las oportunidades para aumentar esta agenda y unos primeros signos de mayor comprensión del fenómeno de la discapacidad y su realidad socioeconómica evidenciada en el hecho de que se trata del colectivo más afectado por los ciclos económicos.

A mediados de los 80, y con la creciente influencia del movimiento internacional de las personas con discapacidad, se articuló más claramente un análisis social amplio. Así en 1986 la Recomendación sobre el Empleo de las Personas con Discapacidad de la Comunidad Europea (86/379/EEC) se basó en el principio de “igualdad de oportunidades” para las personas con discapacidad dentro de un mercado laboral europeo, que debía ser alcanzado mediante medidas estatales sobre no discriminación y acción positiva (Priestley 2007). A lo largo de esos años la Comisión hizo importantes esfuerzos para incorporar aspectos de políticas sociales además de los temas económicos como objetivos comunitarios y dotar de una “dimensión social” a la política europea. Esto llevó a la creación de una Carta Social con derechos fundamentales de los trabajadores, no vinculante, a modo de declaración solemne en la cumbre de Estrasburgo de 1989, que influyó en el Programa de Acción Social de 1989.

El Protocolo Social del Tratado de Maastrich de 1992 incluyó buen número de avances sociales, entre ellos la igualdad de oportunidades para la integración de aquellos excluidos del mercado de trabajo. Esto implicaba desarrollar medidas específicas, como las de creación de trabajo, empleo protegido, formación, asesoría y acuerdos compensatorios de Seguridad Social. Y también reconoció una necesidad más amplia de entornos “capacitadores”, en cuestiones de puestos de trabajo, viviendas, transporte o información accesibles.

En la década de 1990 la evolución en la política de discapacidad europea vino marcada por la adopción de un enfoque basado en los derechos más legalista y la adquisición de nuevos poderes supranacionales de gobierno. Incluso cuando se trataba de medidas políticas más duras siempre prevaleció el principio de subsidiariedad.

En definitiva, se puede decir que durante los años 1980 y 1990, influido por la incipiente aparición del modelo social de la discapacidad, la UE se movió hacia un enfoque basado en los derechos, que se enfocó a la eliminación de las barreras actitudinales y físicas para la igualdad de oportunidades. Empujados por la ratificación europea de las *Normas Uniformes de las NN.UU. sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades*⁴⁸ aprobadas por la Asamblea General el 20 de diciembre de 1993, la discapacidad se convirtió en un tema europeo de la mayor importancia en correspondencia con ese nuevo marco político. Se discutieron los supuestos sobre las personas discapacitadas, se plantearon los cambios necesarios a las instituciones de toma de decisiones y se planteó la necesidad de hacer cambios en la legislación europea. Pero el principal ímpetu provino de las organizaciones de personas con discapacidad, basadas en un enfoque intensamente fundamentado en el modelo social. Sus reclamaciones adquirieron un creciente enfoque legal.

En 1993 el Libro Verde de la Protección Social (COM93_551)⁴⁹ identificó distintos objetivos a escala europea, entre ellos la igualdad de oportunidades, solidaridad o integración, y una interpretación sobre el tipo de sociedad que los europeos querrían, así como la relación entre la protección social y el éxito económico. En relación con la integración de la discapacidad, las menciones son escasas, pero ya se introduce la necesidad de “*mainstreaming*” o plena aceptación de estas personas en todos los aspectos de la sociedad, aunque aún se muestra una falta de orientaciones claras sobre como orientar las políticas europeas para ello.

En 1996, con la publicación de “Una nueva estrategia de Discapacidad de la Comunidad Europea” (COM96_406)⁵⁰ surgió una política de discapacidad de la UE claramente identificable. La Comisión identificó un abanico de obstáculos estructurales para igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en la educación, el empleo, el transporte y la vivienda, La Comisión plantea un nuevo enfoque basado en los derechos, a promover a través de la igualdad de oportunidades y la no-discriminación que se plasma en el tratado de 1996 en que los derechos ciudadanos se introdujeron

⁴⁸ <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf>

⁴⁹ http://ec.europa.eu/green-papers/pdf/social_policy_options_gp_com_93_551.pdf

⁵⁰ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:51996DC0406&rid=2>

más explícitamente, y con ellos los de las personas con discapacidad, aunque no fue hasta 2000, como se comenta más adelante, que adoptó un modelo social de discapacidad.

Para comprender el desarrollo de la política europea de discapacidad en este contexto institucional es conveniente considerar cuatro dinámicas teóricas (Priestley 2007):

- La emergencia del modelo social y las políticas basadas en derechos.
- La “europeización” de las políticas, instituciones y ciudadanía
- Los mecanismos de transferencia de políticas implicados en el proceso.
- La emergencia de nuevas formas de gobernanza global y globalización de las entidades de promoción de derechos de las personas con discapacidad.

Existen paralelismos notables en la evolución de la política social y la de igualdad de derechos, específicamente la destinada a las personas con discapacidad. La Tabla 3.2 muestra una revisión cronológica de la evolución de ambas.

La Tabla 3.2 anterior demuestra que la UE juega un papel muy importante en la modernización de la política de discapacidad y que el desarrollo histórico de la política social y la de discapacidad han sido muy similares. Durante los últimos años la política de discapacidad a nivel europeo ha cambiado desde ser una rama previamente ignorada de la política social tradicional a ser una formación política moderna, que comprende no sólo la protección social y la integración del mercado de trabajo, sino también la igualdad de derechos y la no discriminación (Waldsmith, 2009).

Tabla 3.2: Comparando la evolución de la política social y política de discapacidad europeas

POLÍTICA SOCIAL EUROPEA	AGENDA DE DISCAPACIDAD
1958–1973: apenas se puede considerar la existencia de una política social. Solo se pueden identificar como tal dos regulaciones contra la discriminación de trabajadores migrantes	
1974–1979: primer programa de acción sobre política social en la UE. Comienza en 1974 y busca mejorar las condiciones de trabajo y democracia en negocios y compañías. Durante los años siguientes este programa conduce a la adopción de distintas regulaciones en aspectos como la igualdad de salarios y equidad de género en el lugar de trabajo.	1974–1979: primer programa de acción de la UE relativo a las personas con discapacidad. Su objetivo es la rehabilitación, la restauración de las habilidades de las personas con discapacidad para incorporarse al Mercado de trabajo. Forma parte del objetivo de la UE de reforzar el Mercado común europeo mediante la lucha contra el desempleo
1980–1985: durante el gobierno de Margaret Thatcher y sus estrictas políticas liberales en lo económico, todas las medidas concretas de política social impulsadas por la Comisión se topan con el veto británico. En ese momento las decisiones por mayoría aún no se podían adoptar. Hay un parón completo de la política social	1980–1986: durante la primera mitad de los años 80 se da un retraso en la política de discapacidad que corresponde con un estancamiento general de las políticas sociales. Pero la influencia de las políticas de discapacidad se comienza a sentir. Como una reacción al “Año Internacional de las Personas con Discapacidad” declarado por Naciones

	Unidas en 1981, el Consejo y la Comisión publicaron documentos relativos a la integración social de las personas con discapacidad y una estructura para el desarrollo de las acciones comunitarias.
1986–1992: la UE comienza a ser un actor en la política social y puede aumentar su influencia. Comienza un cierto número de iniciativas de política social, principalmente relativas a las condiciones de trabajo y las relaciones entre empresarios y empleados. Las principales regulaciones son relativas al área de empleo.	1986–1995: la UE se vuelve progresivamente activa en el área de la integración en el mercado de trabajo. Algunas políticas se dirigen a la mejora de las oportunidades de empleo para las personas con discapacidad. Por ejemplo, los dos programas HELIOS I y II (1988–1991 y 1993–1996) de Acción para las personas con discapacidad se centran en la formación y rehabilitación para el mercado laboral.
1993–1997: el Tratado de Maastricht crea nuevas reglas. Por un lado, ofrece más competencias a las autoridades de la UE, en la medida en que se pueden aprobar decisiones por mayoría cualificada. De este modo, se amplía el ámbito de políticas sociales posibles. Paralelamente el Tratado enfatiza el principio de subsidiariedad, según el cual la UE sólo actuará en casos en que ni los países miembros ni sus agentes económicos puedan encontrar soluciones.	
1998–2000: el Tratado de Ámsterdam, que entra en vigor en 1999 marca un giro importante, tanto en la política social como en la discapacidad. La agenda de política social se consolida en la UE, y se asume el principio de no discriminación. El derecho a la no discriminación se comienza a ver como una parte integral de los derechos sociales. La discapacidad se empieza a ver como un asunto de derechos civiles. La igualdad de oportunidad y la igualdad de trato, especialmente en el mercado laboral, se convierten en principios de plena aceptación	1996–2000: con el trasfondo del Tratado de Ámsterdam se da una nueva orientación en la política europea de discapacidad. Se implementa una nueva estrategia política que enfatiza la igualdad de derechos. Desde mediados de los años 90, las políticas sobre rehabilitación pierden su primacía y los documentos de la UE en este periodo se enfocan a la igualdad de oportunidades y la no discriminación.
Desde 2000: se desarrollan objetivos comunes para toda la UE en cuanto a políticas sociales y de igualdad de derechos. En el Tratado de Niza (2001) el Consejo de Europa adopta la carta de derechos humanos y acuerda una agenda social europea, implementando un programa de políticas sociales ambicioso para la década siguiente. La transversalización de los aspectos de no-discriminación se convierten en un objetivo preeminente	Desde el 2000: durante este último periodo, la UE mantiene el objetivo de promover la participación social e igualdad de oportunidades. El derecho a la no-discriminación se pone en práctica. Hay una proliferación de documentos del Consejo relevantes para las personas con discapacidad. El “Año Europeo de las Personas con Discapacidad” de 2003 da un nuevo impulso a la conciencia pública sobre los asuntos de la discapacidad.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Waldschmidt, 2009

3.5.4. La Consolidación de la política europea de discapacidad

El Tratado de Ámsterdam (1997) merece un análisis más detallado pues se puede considerar el punto de inflexión en la política de discapacidad de la UE, la consolidación de una política de perfil propio. Concretamente, su Artículo 6 situó los derechos humanos y libertades en el centro, junto con un mayor interés por el desarrollo de una Política Social Europea basada en los valores “europeos” de solidaridad y justicia⁵¹. Este reconocimiento fue un logro histórico que supuso que las reclamaciones de las personas con discapacidad respecto a su derecho a la plena participación y la igualdad pasasen a quedar de manera legítima bajo la órbita del legislador europeo. Como señala Hosking (2012) no es hasta ese año que se puede identificar una política de discapacidad de la UE, en el sentido de identificar una combinación coherente de leyes e iniciativas políticas y un rango de instrumentos destinados a desarrollar estas iniciativas⁵². A partir de entonces, la discapacidad ha sido integrada de forma explícita como una cuestión de derechos humanos, por lo que ha sido ampliamente explotado por los activistas de la discapacidad y sus aliados para promover una nueva ola de legislaciones nacionales dirigidas a la lucha contra la discriminación (Degener, 2005).

El Tratado de Ámsterdam de 1997 incorporó plenamente el Protocolo Social e incluyó un artículo específico, el 13, sobre discriminación, de modo que la Comisión quedaba habilitada para tomar “acciones adecuadas” para “combatir la discriminación basada en el sexo, el origen racial o étnico, de creencia o religión, discapacidad, edad u orientación sexual”.

... El Consejo, por unanimidad, a propuesta de la Comisión y previa consulta al Parlamento Europeo, podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual.

Tratado de Ámsterdam (1997). Art. 13

La adopción de este artículo 13 fue de gran contenido simbólico, por su reconocimiento de la discapacidad, aunque esto no confirió derechos adicionales, ni planteó compromisos de gasto ni mejoras específicas para las personas mayores o con discapacidad. En cambio supuso el establecimiento de la base legal para que las instituciones comunitarias pudieran promover nueva legislación y acciones para asegurar que las necesidades de la población con discapacidad se tomaran en cuenta (Roulstone y Prideaux, 2009).

La UE ha abrazado sin reservas el contenido antidiscriminatorio del Tratado de Amsterdam. En el año 2000, sólo un año después de la entrada en vigor de ese Tratado, el Consejo de la UE introdujo un Programa de Acción comunitaria para combatir la discriminación (2001-2006) que preparó el camino para la gran cantidad de normativa que vendría a continuación. El mismo año la UE adoptó la

⁵¹ ACCESSIBILITY AND EU POLICY según la página de Justicia de la Comisión Europea

http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/award/about-award/accessibility_en.htm#h2-1

⁵² Para una breve visión histórica de la política de discapacidad europea se puede consultar Anne Waldschmidt(2009), ‘Disability policy of the European Union: The supranational level’ 3 European Journal of Disability Research 8.

Directiva 2000/43/EC implementando el principio de igualdad de trato entre las personas con independencia de su origen étnico o racial, y la Directiva 2000/78/EC estableciendo un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

Este empuje legislativo ha continuado en los años siguientes. Se puede dar por hecho que nadie, ni el propio Parlamento Europeo, fué muy consciente de que al ratificar el Tratado de Amsteden la UE empezaría inmediatamente a cumplir esas obligaciones a través de gran cantidad de legislación (Huber, 2013). Esto explicaría la oposición desde varios frentes (asociaciones profesionales o buena parte de la comunidad académica de juristas) hacia estas directivas anti-discriminación, por mucho que su efecto fuera inútil y las directivas ya siguieran su curso hacia la implementación en los sistemas legales de los países miembros (ibid:123). De hecho, tras Ámsterdam, la agenda de "derechos de la discapacidad" cobró impulso, incluyendo una creciente campaña (coordinada por el Foro Europeo de la Discapacidad) para la adopción de una Directiva integral sobre la Discapacidad, lo que sería una forma más vinculante de la "*hard policy*". A pesar de que había habido un cambio radical en el discurso político de la UE sobre la discapacidad, los mecanismos puestos en marcha en la práctica pueden considerarse como una expresión de política "blanda" (por comparación con la legislación basada en los derechos) y se insertan en el Método Abierto de Coordinación (MAC). Esto implica la negociación de objetivos e indicadores de inclusión social comunes a través de una gama de áreas pertinentes.

El cuarto Programa de Acción Social (1998-2000) refleja la orientación específica hacia el mercado de trabajo de la política social europea: empleo, capacitación, movilidad... Aunque también hacia una "sociedad inclusiva". Así, la UE puede adoptar directivas para promover la inclusión de los desempleados y tomar medidas para luchar contra la exclusión social. La estrategia de Lisboa de 2000 decidió que el principio de coordinación abierta debería ser aplicado a la exclusión social.

Sin dejar de priorizar la igualdad de trato en el empleo, el Plan de Acción de la UE después del Año Europeo de las Personas con Discapacidad de 2003 enfatizó la necesidad de una corriente mucho más amplia de las políticas de discapacidad, lo que queda expresado en la siguiente frase de la Comisión: "Contribuir a conformar a la sociedad de una manera totalmente inclusiva, es el objetivo global de la UE: en este sentido, la lucha contra la discriminación y la promoción de la participación de las personas con discapacidad en la economía y la sociedad juegan un papel fundamental" (European Commission, 2003). Muchas de estas referencias tienen también una motivación económica, la creación de mercado para bienes, servicios, personas legales y naturales y capitales.

Pero la UE también ha considerado la discapacidad como un constructo social, por ello el modelo social de la discapacidad de la UE subraya que las barreras ambientales impiden la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad. Estas barreras deben eliminarse (European Commission 2003: 4). Para ello se han concretado como principios básicos de la política de discapacidad de la UE la lucha contra la discriminación, la igualdad de oportunidades y de inclusión activa. Pero incluso cuando ha habido medidas políticas más duras, la subsidiariedad sigue siendo un principio rector.

A lo largo del nuevo siglo el enfoque de la igualdad de derechos se ha hecho cada vez más dominante (Waldschmidt, 2009), aunque siguen siendo raras las políticas de discapacidad de la UE que legalmente comprometen a los estados miembros. La Decisión del Consejo de lucha contra la discriminación (2000–2006) y el artículo 26 de la Carta de Derechos Fundamentales (2000) aumentarían el perfil de la lucha por la igualdad de las personas discapacitadas y su integración, de manera explícita. La introducción de una directiva marco sobre no discriminación, ocupación y empleo en 2000 (Directiva 200/78/CE) marcó la primera intervención legislativa sobre los derechos de estas personas, requiriendo a los estados miembros adoptar una legislación nacional acorde antes de fin de 2003.

Desde 2003, como parte del Plan de Acción sobre Discapacidad 2003-2010 y su sucesora, la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020⁵³ la Comisión Europea ha trabajado para hacer que la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad sea una realidad y conseguir que los aspectos de discapacidad estén integrados en las políticas más relevantes de la UE.

3.5.5. Presente y futuro: la Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020

El nivel de exigencia de la UE respecto a la no discriminación de las personas con discapacidad ha ido creciendo en las últimas décadas. La Comunicación de la Comisión “Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad”, COM(2000)284, reconoció que las barreras presentes en el entorno constituyen obstáculos más graves a la participación social que las limitaciones funcionales, planteando la necesidad de eliminación de barreras y la adopción del principio de «diseño para todos». De esta forma estaba abrazando el “Modelo Social de Discapacidad” (ver cap.1). Esta Comunicación promueve un concepto de igualdad entendida como igualdad de trato, aunque claramente ya incorpora la diversidad mediante el requisito de proveer ajustes razonables y el reconocimiento de que las personas con discapacidad tienen derecho a beneficiarse de “medidas diseñadas para asegurar su independencia, integración social y laboral y la participación en la vida social”⁵⁴ (Hosking 2011).

Comunicaciones posteriores, como la COM(2003)650 final de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones han avanzado en la definición de un marco general sobre la igualdad de oportunidades en el empleo y la ocupación, en la necesaria consideración de las necesidades de la discapacidad en los procesos de desarrollo de las distintas políticas (o mainstreaming) y en la promoción de mayor accesibilidad en el entorno construido, incluido el planeamiento, diseño, construcción y uso de los edificios. Todo ello forma un conjunto de manifestaciones de “soft law” dando lugar a interpretaciones bien diferentes desde los distintos países (Roulstone y Prideaux 2009).

⁵³ http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/disability-strategy/index_en.htm.

20.09.2014

Consultada

⁵⁴ Charter of Fundamental Rights of the European Union [2000] OJ C 364/1 amended [2007] OJ C 303/1 art 26.

Finalmente, tanto la UE como los 27 han firmado la Convención de NN.UU. sobre Personas con Discapacidad que entró en vigor en 2008. El enfoque de la Unión Europea respecto a la discapacidad exige la eliminación de la discriminación y la determinación de que las personas con discapacidad deben tener los mismos derechos que los no discapacitados, no sólo en la teoría sino también en la práctica. Un aspecto clave para ello es particularmente la accesibilidad, un ámbito donde esa discriminación resulta más sutil e indirecta, pero efectiva.

Hoy la UE percibe la discapacidad esencialmente como el resultado de la interacción dinámica entre una persona con discapacidad y su entorno, lo que se concreta en presuponer que es el entorno quien discapacitaba más que la naturaleza de la propia deficiencia y que la igualdad de derechos para contribuir a la sociedad y la economía no se pueden realizar sin la igualdad de acceso a los bienes y servicios.

A partir del tratado de Ámsterdam la UE tiene un fuerte mandato de sus Estados miembros para mejorar la situación de las personas con discapacidades, por eso en correspondencia con las obligaciones así adquiridas la UE se ha embarcado en un programa más amplio de acciones, detalladas en la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020, COM(2010) 636 final, aprobada en noviembre de 2010, es un marco integral de la Comisión para el empoderamiento de las personas con discapacidad, el disfrute de sus derechos y la eliminación de las barreras cotidianas. La Estrategia se basa en la Convención de NN.UU. sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y tiene en cuenta la experiencia del previo Plan de Acción de la Discapacidad (2004-2010).

Esta estrategia pretende sacar partido del potencial combinado de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas. Se centra en crear una Europa sin barreras, para lo cual ha identificado ocho ámbitos primordiales de actuación: *accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, sanidad y acción exterior*. Además, ayudada por las oportunidades provistas por el Tratado de Lisboa, busca cumplir los requerimientos de la Carta de Derechos Fundamentales dada en Niza, el siete de diciembre del año 2000.

Artículo 21 No discriminación 1. *Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.* 2. *Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y del Tratado de la Unión Europea y sin perjuicio de las disposiciones particulares de dichos Tratados.*

Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2000/C 364/01)
Diario Oficial de las Comunidades Europeas 18.12.2000

Por otra parte, en su artículo 26 la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad. La vigente Estrategia Europea de Discapacidad 2010 – 2020 diagnostica brevemente esta situación, que se puede considerar representativa de una situación general percibida tanto a nivel europeo como nacional, en el siguiente comentario:

Los marcos político y regulatorio no reflejan adecuadamente las necesidades de las personas con discapacidad, como tampoco es el caso de los desarrollos de productos y servicios. Muchos productos y servicios, y buena parte del entorno construido, no son lo suficientemente accesibles.

Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020. COM(2010) 636 final

3.6. LA ACCESIBILIDAD EN LAS POLÍTICAS DE LA UE

La accesibilidad es uno de los pilares de la política de discapacidad de la UE, que promueve una inclusión activa de las personas con discapacidad. Desde la aplicación de la CDPD la UE ha desarrollado distintos actos legales relacionados con la accesibilidad en el campo del transporte, las tecnologías de información y comunicación, el entorno construido, las compras públicas, los fondos estructurales o normas antidiscriminación.

A pesar de sus limitaciones competenciales, la UE tiene una cierta trayectoria en la promoción de la accesibilidad, fundamentalmente a través de sus estrategias sobre discapacidad. Se pueden reconocer básicamente dos modelos alternativos de política para la promoción de la accesibilidad en Europa:

- un enfoque legislativo, consistente en hacer obligatoria la compra de bienes y servicios accesibles mediante una o dos directivas marco (sobre compras públicas, por ejemplo).
- un enfoque no legislativo basado en recomendaciones de cumplimiento voluntario, y un plan de acción de medidas “blandas”, tales como el desarrollo de estándares de accesibilidad.

El desarrollo de normativas de accesibilidad es una prioridad importante en el mediano plazo dentro marco de la Agenda Europea de Discapacidad, como se corresponde con las obligaciones generales (artículo 4) de la CDPD, que establece que los Estados Partes tienen como objetivo emprender o promover la investigación y el desarrollo del diseño universal de bienes, servicios, equipos e instalaciones. La conclusión de la CDPD, junto a las iniciativas internas de la UE, como el Acta del Mercado Único, ha servido como base para el desarrollo de nuevas políticas en el campo de la accesibilidad de los bienes y servicios a las personas con discapacidad. Importantes instrumentos de

normalización y contratación pública europeos han sido recientemente adoptados; el paquete de telecomunicaciones se está revisando, y la Ley de Accesibilidad Europea está en preparación⁵⁵.

Después de años de trabajar en medidas "blandas" para la accesibilidad, como la normalización, y la propuesta de abordar la accesibilidad desde el ángulo contra la discriminación (que sigue siendo objeto de debate en el Consejo), la Comisión ha decidido explorar las posibilidades que ofrece el fundamento jurídico del mercado interior y abordar el funcionamiento del mercado interior de bienes y servicios accesibles, como consecuencia de la divergencia de legislaciones nacionales

En particular, ha utilizado instrumentos legales y de otro tipo -tales como la estandarización- para optimizar la accesibilidad en determinados ámbitos, fundamentalmente el de Tecnologías de Información y Comunicación, TIC. En menor medida lo ha hecho en relación con el medio físico y el transporte⁵⁶, aunque a legislación de la UE solo aborda este tema de forma indirecta. Existen, no obstante, algunas excepciones, como las que se muestran a continuación:

- Bajo la legislación de salud y seguridad de la UE, se aborda la necesidad de medidas concretas para satisfacer las necesidades de los trabajadores con una discapacidad. La legislación, incluida la Directiva 89/654 / CEE del Consejo, relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud en el lugar de trabajo, se refiere a "puertas, pasillos, escaleras, lavabos, retretes y puestos de trabajo utilizados u ocupados directamente por trabajadores minusválidos".
- Bajo la ley de la UE sobre contratación pública, las autoridades contratantes y entidades se les permite (pero no es obligatorio) poner en práctica diversas medidas para promover la igualdad de oportunidades en la adjudicación de contratos. También se les invita a escribir los requisitos de accesibilidad para la discapacidad en las especificaciones técnicas de sus licitaciones públicas. Esto se refiere no sólo al entorno construido, sino a los bienes y servicios incluidos en el ámbito de aplicación de las Directivas. La propuesta de la Comisión para la revisión de dichas Directivas hace de la accesibilidad una obligación.

⁵⁵De acuerdo a Sofia Lourenço, en la conferencia Cities for Accessibility, Jobs and Inclusion (Eurocities, Lisboa 2015) las acciones sobre accesibilidad a desarrollar por parte de la Comisión en 2015 dentro de la Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020 son las siguientes:

- Revisión de las Directivas de Compras Públicas
- Regulación de Fondos Estructurales y de Inversión
- Legislación sectorial específica: autobuses de plataforma baja, ascensores, etc.
- Accesibilidad Web: se propone emitir una directiva
- Ley Europea de Accesibilidad. La Comisión está finalizando una propuesta de iniciativa amistosa con el mundo empresarial para mejorar el funcionamiento del mercado interno de bienes y servicios accesibles.
- Procesos de estandarización
- Financiación de investigación
- Premio de Ciudad Europea Accesible

⁵⁶http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/award/about-award/accessibility_en.htm#h2-1
consultada 20.09.2014

- La Directiva 95/16 / CE establece los requisitos relativos a la accesibilidad de discapacidad de los ascensores. Las normas armonizadas proporcionan presunción de conformidad con dichas Directivas. La accesibilidad para las personas con discapacidad se define como uno de los criterios que deben observarse en las operaciones que definen cofinanciadas por los Fondos Estructurales y que deben tenerse en cuenta durante la ejecución. Los Fondos Estructurales, y en particular el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, se puede utilizar para financiar, entre otros, proyectos de infraestructura.

Arsenjeva (2014) realiza un análisis exhaustivo de cómo la accesibilidad ha sido abordada por la UE desde distintos ángulos: su recuento incluye 77 instrumentos, incluidas leyes y políticas en materia de accesibilidad de los transportes, el medio ambiente construido, las TIC, así como los mandatos de normalización. Muchas iniciativas son anteriores a la entrada en vigor de la CDPD y la adopción de la Estrategia Europea sobre Discapacidad, pero los que han sido adoptados después de estos instrumentos emblemáticos generalmente hacen referencia a la Estrategia o, menos frecuentemente, la Convención. Esto es particularmente notable en instrumentos generalistas que no son específicamente sobre discapacidad, tales como la Agenda Digital 2010, el Reglamento de 2012 sobre la normalización europea, o el Reglamento de la identificación electrónica de 2014. Según el Informe de la Unión Europea sobre la implementación de la Convención de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad:

Algunas partes de la legislación de la UE abordan la accesibilidad del entorno construido. El Reglamento (UE) nº 305/2011 por el que se establecen condiciones armonizadas para la comercialización de productos de la construcción introdujo una referencia a la accesibilidad entre los requisitos básicos de las obras de construcción. Una directiva sobre instalaciones de cable diseñadas para transportar pasajeros menciona los requisitos de seguridad para el uso de las instalaciones por parte de personas con movilidad reducida (lo que implica que tendrían que ser accesible para ellos). Por último, la Directiva de Ascensores requiere que los ascensores destinados para el transporte de personas están contruidos de tal manera que sus características estructurales no obstruyan o impidan el acceso, y el uso, por parte de personas con discapacidad (EU Commission 2014:14)

También ha adoptado algunas medidas legales para armonizar los requisitos de accesibilidad de bienes y productos con el fin de completar el mercado interno europeo y hacer posible que los agentes económicos puedan vender sus productos a través de toda la UE (EU Commission, 2014).

Las políticas de accesibilidad más recientes de la UE están enfocadas a los bienes y servicios a disposición del público (*public procurement*) y la mejora de accesibilidad en el transporte y en las nuevas tecnologías de la Información y Comunicación (TICs). Muchos bienes y servicios en Europa caen bajo las regulaciones del mercado interior; éste comprende un espacio sin fronteras interiores en el que la libre circulación de bienes, servicios, personas y capitales estará garantizada. (Artículo 14 del Tratado CE). La Declaración 22 anexa al Acta final del Tratado de Ámsterdam prevé que las instituciones de la Comunidad tendrán en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad en la elaboración de medidas previstas en el artículo 95 del Tratado (Placencia-Porrero, 2012). Para lograr esto, es importante que las normas que describen las características de los bienes y los

servicios en el mercado interior incluyan disposiciones de accesibilidad adecuadas y que las otras disposiciones de esas normas no introduzcan barreras de accesibilidad.

Un reciente informe de opinión del Comité Económico y Social de la UE, CESUE (Vardakastanis, 2014) llamaba la atención de las instituciones de la UE sobre el carácter de derecho humano de la accesibilidad como se deduce del artículo 9 de la CNUDPD y la necesidad de su implementación efectiva mediante la toma de medidas políticas y sociales conducentes a permitir el acceso de las PCD a todo tipo de entornos y “aspectos de la vida”. Señalaba además que la accesibilidad beneficia al conjunto de la sociedad y llamaba, como consecuencia, a las instituciones de la UE a desarrollar un plan para asegurar la accesibilidad de sus edificios, websites y documentos. El informe reconoce los avances realizados en áreas como el transporte y las telecomunicaciones, pero la necesidad de realizar más acciones y avances. Llamaba al Consejo, entre otras cosas, a desbloquear la propuesta de directiva para implementar el principio de igualdad de trato entre personas, con independencia de su religión, creencia, discapacidad, edad u orientación sexual COM (2008) 426 final (Artículo 19 del TFUE).

El CESUE señala que cuando se implementa la accesibilidad como un derecho fundamental, los siguientes principios fundamentales deben ser reconocidos: *libertad de elección y movimiento, vida independiente, ajustes razonables, participación, diseño universal y prevención*. Y que las siguientes áreas políticas de la UE deben tener una dimensión de accesibilidad: *capacidad legal, participación política, empleo, subvenciones, transportes, educación, acceso a bienes y servicios, investigación, política exterior y vivienda*. El CESUE considera que la accesibilidad debe estar incluida en el currículo de las disciplinas científicas, tales como arquitectura, ingeniería o ciencia computacional. Así queda también recogido en la Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020, que propone utilizar instrumentos legislativos y de otro tipo, como la normalización, para optimizar la accesibilidad al entorno construido, el transporte y las TIC. La Comisión se plantea “estudiar” los beneficios de adoptar medidas legislativas que garanticen la accesibilidad de los productos y los servicios, incluidas aquellas encaminadas a intensificar el recurso a la contratación pública y fomentar la incorporación de la accesibilidad y el «diseño para todos» en los planes de estudios educativos y de formación profesional, además de potenciar un mercado de la UE para tecnologías de apoyo.

Por otra parte la Comisión “se planteará proponer un *acta de accesibilidad europea para 2012*”. Esta «acta» podría englobar el desarrollo de normas específicas para determinados sectores, de modo que se mejore sustancialmente el funcionamiento del mercado interior de productos y servicios accesibles. La Comisión tiene en preparación desde hace varios años este acta (European Accessibility Act), que ya lleva casi cuatro años de retraso, con el objeto de apoyar la expansión del mercado de bienes y servicios accesible a las personas con discapacidad y mayores, en base a los criterios de “Diseño para todos” y especialmente en relación con las compras públicas en Europa. Los objetivos que se plantea esta de la Ley Europea de Accesibilidad son los siguientes:

- Eliminar la fragmentación de mercados.
- Crear economías de escala

- Corregir fallos de mercado
- Aumentar la competencia entre las industrias de accesibilidad. To increase competition among industry on accessibility
- Mejorar el acceso en los mercados a bienes y servicios accesibles

El mercado interior es un espacio europeo sin fronteras donde las mercancías, servicios, personas y capitales pueden moverse libremente. Estos cuatro aspectos del mercado interior están cubiertos por diferentes normativas. La UE es competente para adoptar medidas que tengan «el objetivo de establecer o garantizar el funcionamiento del mercado interior» (artículo 26 (1) TFUE).

Esta legislación será clave también para conseguir aplicar la obligación establecida por la Convención de derechos de las personas con discapacidad de NN.UU. de 2006 respecto a asegurar la accesibilidad de bienes y servicios a 80 millones de personas con discapacidad. Pero todo parece indicar que las presiones de los mercados afectados están retrasando su aprobación, dado su escepticismo respecto a que el colectivo de personas con discapacidad o el de personas mayores puedan ser consumidores de interés.

Bajo la legislación de compras y contratación pública, las autoridades y entidades contratantes pueden (pero no están obligadas) a implementar diversas medidas para promover la igualdad de oportunidades cuando establezcan contratos. También se propone que establezcan requerimientos de accesibilidad entre las especificaciones técnicas de sus concursos públicos, tanto en relación con los entornos construidos, como con los bienes y servicios señalados en las correspondientes directivas. Así en 2008 la comisión estableció un Mandato⁵⁷ al Comité Europeo de Normalización (CEN) para preparar unos estándares europeos de accesibilidad relativos a las compras públicas y los entornos edificados, tales como la Directiva 95/16/EC que establece requisitos sobre la accesibilidad de los ascensores.

Así mismo la accesibilidad para las personas con discapacidad se define como uno de los criterios a observar al definir operaciones y proyectos de infraestructura cofinanciados por los Fondos Estructurales, tales como el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, FEDER, y a tener en cuenta durante la implementación.

⁵⁷European Commission Standardisation Mandate in support of European accessibility requirements for public procurement in the built environment, M/420.

3.7. LA ACCESIBILIDAD AL ENTORNO CONSTRUIDO EN LAS POLÍTICAS EUROPEAS

Ya en su Comunicación de 1997 «Hacia una política urbana para la Unión Europea», la Comisión Europea defendía que eran necesarios nuevos esfuerzos para reforzar o restablecer el papel de las ciudades europeas como lugares de integración social y cultural, fuentes de prosperidad económica, desarrollo sostenible y bases de la democracia (Comisión Europea, 2014). Esa integración desde el punto de vista de la discapacidad toma forma en la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020⁵⁸ donde se establece un compromiso clave para “Garantizar la accesibilidad a los bienes y los servicios, incluidos los servicios públicos y los dispositivos de apoyo para personas con discapacidad” (pg. 6)

3.7.1. Vivienda y políticas de accesibilidad en la UE

Formalmente, la Unión Europea (UE) no debería, y no lo hace, formular la política de vivienda, siendo ésta una función que corresponde a los estados miembros individuales (Doling, 2006). La política de vivienda en la UE es competencia exclusiva de los gobiernos nacionales pues no hay base legal en los tratados europeos que permita que esta política se desarrolle a nivel de la UE, por lo que, de acuerdo al principio de subsidiariedad la política de vivienda cae en la esfera de competencia de los países miembros. Para entender cómo se manejan en cada país los asuntos relativos a la vivienda, se debe mirar a áreas de responsabilidad de gobierno tales como el planeamiento, la renovación urbana, la política ambiental o las regulaciones sobre edificación. Políticas que en muchos países estas se han descentralizado hacia los gobiernos regionales y locales.

Por tanto, no hay una Dirección General de Vivienda en la Comisión, pero sí hay distintos foros donde se comparten temas y experiencias relacionada con la vivienda a un nivel europeo. Como por ejemplo el European Housing Forum⁵⁹, cuyos miembros incluyen a los órganos de representación de los promotores de vivienda y los consumidores; o las reuniones de los ministros de vivienda de los Estados. Y una de las razones de estas iniciativas es que ha habido durante mucho tiempo un reconocimiento de que la vivienda y los mercados hipotecarios son importantes para la eficiencia y la estabilidad de las economías.

⁵⁸Comunicación De La Comisión Al Parlamento Europeo, Al Consejo, Al Comité Económico Y Social Europeo Y Al Comité De Las Regiones. Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras COM(2010) 636 Final

⁵⁹El Foro promueve la importancia del sector de la vivienda en Europa mediante la creación de conciencia entre los responsables de las políticas de la UE sobre el impacto del creciente número de decisiones de la UE en las políticas de vivienda nacionales. En efecto, mientras que la vivienda no es competencia de la UE, muchas de las propuestas y la legislación de la UE tienen un impacto directo sobre ella (por ejemplo, eficiencia energética de los edificios, servicios de interés general, productos de construcción Directiva, etc.).<http://www.europeanhousingforum.eu/>

Aunque la UE no tiene una base jurídica para la formulación de determinadas políticas toma distintas iniciativas con un claro impacto en las políticas de vivienda; por ejemplo, usando sus poderes en el ámbito de la competencia para ejercer su influencia en espacios políticos donde los Estados Miembros son plenamente autónomos. Algunos ejemplos sugieren que promulga políticas que facilitan o limitan las de los estados miembros en el ámbito de la vivienda. Los ejemplos incluyen la financiación a través de los préstamos para el desarrollo de vivienda social, el uso de los fondos estructurales para hacer frente a los distintos problemas de la infravivienda o la falta de vivienda y los derechos a la vivienda asociada a la libre circulación de trabajadores. También Dentro de la estrategia de la UE para combatir la pobreza y la exclusión social, la Comisión Europea (2005, pp. 55-57) reconoció la necesidad de "un mejor acceso a un trabajo decente, asequible, sanitario y vivienda "en toda la UE. En ese sentido, se puede considerar que la UE tiene políticas de vivienda como subproductos de las políticas en otras áreas, de tipo social o macroeconómico.

No obstante, en cuanto a la accesibilidad debemos partir de una evidencia: no hay política europea que haya abordado de forma específica la mejora de sus condiciones en las viviendas. La falta de concreción sectorial de este tipo de acciones y la limitación de competencias de la UE en este campo han sido determinantes en este sentido. Todo ello no obsta para que aún con las limitaciones de un marco jurídico o un mandato institucional no explícitos, la UE pueda tomar distintas acciones de mejora de la vivienda desde la perspectiva de ajuste persona-entorno en un marco sectorial concreto, ya sea la política social, la política de vivienda, la política de renovación urbana o de innovación, dada la falta de transversalidad que caracteriza tradicionalmente a las políticas europeas.

3.7.2. Políticas nacionales de accesibilidad en Europa

La aproximación a las políticas nacionales de accesibilidad varía entre los distintos países; la cultura legal de cada país es diferente, igual que su tradición y estructura legal y administrativa, lo que da lugar a muy diferentes implementaciones. Pero las distintas normativas de accesibilidad en Europa comparten rasgos comunes, a pesar de sus diferencias. Estas diferencias se explican por la distinta trayectoria de incorporación de políticas de integración y no discriminación de las personas con discapacidad, a las que aparecen ligadas en todos los casos. En la mayoría de los países, los códigos sobre accesibilidad han estado cubriendo, y a veces todavía lo hacen hoy en día, solamente una parte del entorno construido (p.ej. edificios de nueva construcción y / o edificios públicos o grandes instalaciones). Entre las partes incluidas habitualmente están los estándares de accesibilidad en la edificación, si bien en la mayoría de los casos el patrimonio de edificios existentes se ha dejado fuera y exento de mejoras en su accesibilidad.

Algunos tienen enfoques acordes al tamaño, mayoritariamente en relación con medidas prescriptivas para usuarios de sillas de ruedas, otros están abiertos a un rango más amplio de necesidades y usuarios, y otros intentan integrar los criterios de Diseño Universal en el entorno edificado de la mayor manera posible. Por ejemplo, Gran Bretaña sería en principio más favorable a alternativas de

mercado, y observa con cierto recelo las medidas regulatorias y protectoras, Francia tiene un gran compromiso en relación con las políticas públicas en base a una Constitución basada en el trato igualitario ante la ley, Irlanda es un estado que de manera más reciente ha desarrollado sus fortalezas económicas y sociales y que ha tenido un gran apoyo de los fondos estructurales de la UE.

Para caracterizar esas distintas políticas nacionales existen algunos aspectos relevantes a tener en cuenta:

- El reparto competencial
- El nivel jerárquico de la norma (normas básicas o normas específicas)
- El tiempo de inclusión de estas normativas en la base legal del país
- Los instrumentos de apoyo a su implementación
- La amplitud de consideraciones respecto a las distintas discapacidades
- El grado de desarrollo de un sistema de sanciones
- Su grado de difusión, conocimiento, formación

La accesibilidad a los edificios se plantea desde tres estrategias principales en los países de la zona UE: transversalidad (mainstreaming), legislación específica y regulación según categorías (Nielsen and Ambrose, 1999):

- Transversalización (mainstreaming): todos los edificios de vivienda deben cumplir estándares de accesibilidad, tal como ocurre en Dinamarca, Suecia, Noruega y Holanda.
- Legislación exclusiva, aplicada solo a ciertas categorías de usuarios, tal como los estándares exclusivos para viviendas dirigidas a usuarios de sillas de ruedas, tal como ocurre en Austria, Alemania, Portugal, Luxemburgo y Gran Bretaña.
- Regulación por categorías: distintos niveles de accesibilidad y adaptabilidad son estipulados para distintos tipos de edificios o distintos tipos de usuarios, tal como ocurre en Italia.

Un análisis reciente de las medidas nacionales de accesibilidad en los países europeos es el desarrollado por la Red Europea de Expertos sobre Discapacidad (ANED) bajo el nombre "*National accessibility requirements and standards for products and services in the European single market: overview and examples*⁶⁰" (Priestley 2013). Para este trabajo se invitó a los expertos de los países seleccionados por esta agencia para completar una encuesta de respuesta rápida (realizada entre el 17 de diciembre de 2012 y 07 de enero 2013) utilizando un cuestionario en línea estructurado sobre el tipo de normas y condiciones de accesibilidad en cada país. Se recibieron respuestas o ejemplos de 28 países (22 Estados miembros y 6 países candidatos o asociados). La siguiente tabla recoge algunos de los resultados obtenidos, donde el 1 y el 0 equivalen a que el requisito de accesibilidad esté o no presente en la legislación nacional. Estas obligaciones generales se basan principalmente en la legislación nacional de no discriminación y las regulaciones y códigos de construcción nacional subsidiarios.

⁶⁰Requisitos nacionales de accesibilidad y estándares para productos y servicios en el mercado único europeo: perspectiva general y ejemplos

Tabla 3.2. Cobertura de las normativas de accesibilidad en los países de Europa

Requisitos específicos	Austria	Bélgica	Bulgaria	Chipre	R.Checa	Dinamarca	Estonia	Finlandia	Francia	Alemania	Grecia	Hungría	Irlanda	Italia	Letonia	Lituania	Luxemburgo	Malta	Holanda	Polonia	Portugal	Rumanía	Eslovaquia	Eslovenia	España	Suecia	Reina Unido
Edificios Admin.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Escuelas o formación	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Hospitales o serv. méd.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Ocio, cultura o deporte	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Comercios	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0
Bares y Restaurantes	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0
Hotel, hostales	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Bancos	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Lugar de trabajo	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1
Edificio o apartamento de vivienda	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1
Entorno urbano*	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1

* Semáforos, paso de peatones, parking

Fuente: ANED, 2013

En casi todos los países existe una obligación general de realizar edificios públicos accesibles, con requisitos específicos para ciertas categorías de edificios (por ejemplo, escuelas) que a menudo se extienden tanto a los proveedores públicos y privados. De todos los edificios de uso público, como los que presenta la Tabla 3.2, la edificación destinada a vivienda es la que tiene menor grado de exigencia en la normativa de accesibilidad de los países europeos, según muestra el estudio.

La existencia de las normas y su obligatoriedad no garantizan su cumplimiento, como se ha verificado en distintos países, ni que esta sea adecuada para las distintas discapacidades, pues el énfasis se pone casi siempre en los problemas de las personas con movilidad reducida (PMRs), pero raramente se consideran los problemas de las personas con limitaciones sensoriales u otras, como las cognitivas, que cada vez afectan a más personas. Por otro lado, el grado de cumplimiento de las normas que pueda existir en cada caso, depende en muchos casos de las capacidades de implementación en cada país o región. En principio, según señalan Sakkas et al (2007) cuanto más avanzados económicamente los países, más eficientes son en la implementación y más conscientes los propios individuos, que deben proactivamente demandar la observación de las normas.

Por tanto, no es suficiente con estudiar el marco legal de obligado cumplimiento, se hace necesario analizar los instrumentos y el tipo de seguimiento que se realice para la puesta en práctica de esas regulaciones o estándares. En el plano internacional esto se plasma en la práctica en una gran diversidad de modelos, que han sufrido una permanente transformación a lo largo de la última década. Los marcos regulatorios implementados en distintos países varían desde aquellos dirigidos a implementar un bajo nivel de accesibilidad para los edificios públicos hasta aquellos que plantean requisitos amplios y fundamentados en el Diseño Universal para todos los edificios nuevos. Por ejemplo, los países nórdicos de Europa y los EE.UU. tienen mayor antigüedad en requerimientos específicos de accesibilidad que otros donde ahora se están adoptando políticas más exigentes, como Japón o Gran Bretaña. (Scotts et al 2007).

A continuación se presenta un pequeño resumen del estado del arte de las políticas aplicadas en algunos países europeos, para tener referencia sobre cómo los estados abordan esta problemática y ver cual es el marco en el que se sitúan las políticas europeas, además de ver sus impactos sobre las políticas nacionales, puesto que muchas de las normas y políticas de estos proceden de un impulso europeo previo. En concreto se analiza el caso de **Bélgica, Portugal y Alemania**.

BÉLGICA

Bélgica es un estado federal desde 1993. Se compone de Comunidades (basadas en elementos culturales, tales como la lengua) y Regiones (de carácter territorial). La capacidad de gobierno se reparte entre la autoridad “central” y las entidades federales: Valonia, Flandes y Bruselas Capital. La actual ley federal Ley Antidiscriminación e Igualdad de Oportunidades y de Trato, de 25 de Febrero de 2003 engloba las políticas antidiscriminación, y entre ellas las de accesibilidad. Está basada en la directiva europea 2000/78/CE. En años posteriores se incluyeron determinaciones sobre Diseño Universal en un Decreto de Planeamiento Urbano y una nueva normativa de edificación en 2008.

Las licencias de construcción y los reglamentos de urbanización son de hecho responsabilidades informativas de las tres regiones de Bélgica. El decreto en cuestión sólo se aplica para las nuevas construcciones o renovaciones importantes. Los principales instrumentos legales que promueven la accesibilidad y adaptabilidad en Bélgica⁶¹ son los siguientes:

Estatal:

- Ley Antidiscriminación, igualdad de oportunidades y trato de 25 de Febrero de 2003 (basada en 2000/78/CE).
- Ley Antidiscriminación, igualdad de oportunidades y trato de 10 de Mayo de 2007

Regional:

- Valonia: Code Wallon de L'aménagement du Territoire, de L'urbanisme et du Patrimoine, CWATUP (2001), art. 414 y 415

⁶¹[http://www.toegankelijk.be/UserFiles/File/CIBW084_JDE_16May08\(1\).pdf](http://www.toegankelijk.be/UserFiles/File/CIBW084_JDE_16May08(1).pdf)

- Región Bruselas: Règlement Régional d'Urbanisme, RRU (2006), Capítulos IV (accessibilité des bâtiments pour personnes à mobilité réduite) y VII (la voirie, ses accès et ses abords)
- Flandes: Ley Federal de 1975 + Real Decreto de 1977 + Artículo específico sobre Diseño Universal en el Decreto de Planeamiento Urbano de 2004 + una nueva regulación sobre edificaciones en 2008.

Tras la federalización del Estado Belga la planificación territorial y desarrollo urbano pasaron a ser competencia propia de cada una de las regiones (Bruselas Capital, Flandes y Valonia) que desarrollaron sus propias políticas y requerimientos sobre accesibilidad y entornos construidos. Por ejemplo, en la Región de Bruselas, la "Regional Urbanism Regulation" (RRU), es el código de referencia. El gobierno de la región incluyó (mediante un decreto de 1999) dos capítulos a las personas con movilidad reducida:

- Title IV for the accessibility of the buildings
- Title VII concerning public spaces and road systems.

Estos dos capítulos proveen una serie de estándares específicos para mejorar la accesibilidad de los edificios públicos para las personas con discapacidad, pero solo se aplican a nuevas construcciones o grandes rehabilitaciones, y nunca para viviendas y las partes privadas de los edificios de viviendas.

Los requerimientos legales se basan fundamentalmente en requisitos dimensionales (sistema prescriptivo). A menudo los controles administrativos, que suelen ser dependientes de la administración local, no tienen la capacidad de verificar su cumplimiento. No existe un sistema sancionador efectivo. Todo ello conduce a un nivel de incumplimiento elevado de las regulaciones, según señala Desmyter (2008). Breda (2012) señala que la legislación es insuficientemente obligatoria, es decir: poco conocida, no bien utilizada ni respetada y prácticamente no controlada, ni coordinada, ni sancionada. También indica que sólo se aplica a las nuevas infraestructuras que se hayan de construir. Existen estándares legales en general, pero en relación con las condiciones de accesibilidad los distintos actores usan estándares diferentes, pues son voluntarios y no están sancionados por las autoridades públicas.

ALEMANIA

Según las leyes alemanas las personas con discapacidad tienen derecho a recibir ayuda y asistencia a fin de evitar, eliminar o mejorar su discapacidad (Kock 2004). Esto se deriva de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (BGG) de 2002, que además es la norma básica que regula las condiciones de accesibilidad (Barrierefreiheit).

La BGG ha producido cambios en distintas legislaciones de tipo sectorial, que abordan aspectos de accesibilidad, tal como la Ley de Telecomunicaciones (Telekommunikationsgesetz – TKG), en la que

se estipula, por ejemplo, la necesidad de que las personas con discapacidad tengan acceso a los medios de comunicación y las telecomunicaciones. Pero, tras 10 años de su adopción, expertos en el campo de las políticas de discapacidad han criticado el estado de su implementación, según señalan Waldschmidt & Prassel (2012). La accesibilidad, que es uno de sus objetivos fundamentales sólo se ha mejorado de forma fragmentaria. La implementación y supervisión del cumplimiento de estas normas es un déficit importante en Alemania, pues no hay mecanismos de control. Tampoco hay estrategias de implementación, plazos ni mecanismos para imponer su obligatoriedad o sanciones.

Además del BGG hay 16 leyes de igualdad federales, basadas en la ley nacional. Las normas de transporte, por ejemplo, son de tipo federal. Otras normas son relativas a la Lengua de Señas u otras Ayudas a la Comunicación en los procesos administrativos (Kommunikationshilfenverordnung) o sobre tecnologías de información sin barreras.

El Gobierno Federal está obligado a un diseño sin barreras y su aplicación en la construcción de edificios públicos, calles, etc., así como en las comunicaciones, especialmente en los sitios web de las administraciones, impresos oficiales y notificaciones. En el área de transporte público, todos los medios de transporte (autobús, tren, aeropuertos) también deben estar libres de barreras. Otros establecimientos públicos, como los restaurantes, también lo deben estar (Kock 2004).

1. Edificación pública

Todos los edificios nuevos, así como las grandes renovaciones o ampliaciones a los edificios gubernamentales ya existentes deben ser diseñados y construidos sin barreras, de acuerdo a los estándares técnicos generales. Esto incluye en particular el requisito de disponer de rampas accesibles para sillas de ruedas, amplitud de anchos de entrada, ascensores y baños adaptados, así como señalización táctil. Los proyectos con una inversión superior a 1 millón de Euros se suponen grandes renovaciones o ampliaciones. Los proyectos de construcción pública, vías públicas, plazas y calles tienen que ser igualmente diseñados y construidos sin barreras.

2. Edificación Privada

La Wohnraumförderungsgesetz (Ley de Prestaciones para la Vivienda) contiene concesiones especiales para la construcción de viviendas para personas con grandes discapacidades. En general, los inquilinos con discapacidad tienen el derecho de hacer los cambios necesarios a los edificios o apartamentos alquilados para satisfacer sus necesidades, tales como cambios en los baños, puertas o rampas. El inquilino tendrá que pagar su coste y reponer las condiciones previas del edificio o apartamento al final del periodo de alquiler.

3. Restaurantes

Los propietarios o inquilinos de restaurantes abiertos al público en edificios de nueva construcción o en edificios que hayan tenido importantes modificaciones requieren estar libres de barreras para recibir la licencia de operación, excepto si el diseño sin barreras y la construcción del restaurante no fuera posible o supusiera una carga desproporcionada hacer esas modificaciones.

4. Transportes

Todos los sistemas y medios de transporte público tienen que estar libres de barreras. Las personas con discapacidad tienen importantes reducciones de precios; algunos tienen acceso gratuito, reducción en los impuestos de circulación y otras ventajas, incluido el transporte puerta a puerta por parte de instituciones locales.

PORTUGAL

La Ley Antidiscriminatoria portuguesa (Ley 46/2006 de 28 de Agosto) establece la necesidad de que los espacios construidos, tanto públicos como privados sean accesibles. Su reglamento específico sobre Accesibilidad (Decreto-Ley 163/2006 de 8 de Agosto) especifica condiciones a cumplir en buena parte de los espacios construidos y en edificios específicos como escuelas, centros de salud, equipamientos culturales, estaciones ferroviarias, establecimientos hoteleros o incluso gasolineras. Pretende introducir diversos mecanismos que, en esencia, buscan evitar la entrada de nuevas edificaciones no accesibles en el parque edificado portugués (Campos & Teixeira, 2012)

Este Decreto-Ley también se aplica a edificios residenciales, incluyendo requisitos de accesibilidad para áreas comunes (lobbies, pasillos, ascensores, rampas, etc.) y para viviendas (cocinas, baños, suelos y pavimentos, parkings, etc.). Los requisitos técnicos de accesibilidad en viviendas sólo son aplicables en edificios cuya construcción se haya iniciado tras la publicación de la ley y mediante una implantación progresiva a lo largo de 8 años, esto es, incorporando un 12,5% al año, para llegar a cubrir todos los edificios tras ese periodo.

En cuanto a comercios y puntos de venta, el mismo decreto define las condiciones de accesibilidad pero sólo para aquellos cuya superficie sea superior a 150m². La aplicación del decreto se debe llevar a cabo por las municipalidades y por el organismo tutelar de la administración central (Directorado General para los Edificios y Monumentos Nacionales), a través de una división de tareas que encarga a las municipalidades dar las licencias para construcción privada, a la administración central (General Directorate for Buildings and National Monuments Inspection) otro tipo de autorizaciones que no precisen licencia, la asesoría y monitorización. Las municipalidades y la Inspección General para la Administración Territorial envían un reporte sobre la situación corriente cada 30 de Marzo a la Dirección General de Edificios y Monumentos Nacionales.

CAPÍTULO 4: LOS INSTRUMENTOS

Promoviendo la accesibilidad en el medio residencial urbano:
regulación técnica e instrumentos.

Capítulo 4: LOS INSTRUMENTOS

4.1. INTRODUCCIÓN AL CAPÍTULO

En el capítulo anterior hemos visto las políticas de promoción de accesibilidad de la UE concebidas como parte de las políticas de discapacidad. Se pretende ahora aproximar el foco hacia los instrumentos sectoriales creados para articular esas políticas. Entendemos que las regulaciones de carácter sectorial, que establecen condiciones técnicas y parámetros a cumplir por los agentes sociales y económicos, son instrumentos de aplicación de las políticas y normas de carácter general que hemos visto en el capítulo anterior.

Nos centraremos sobre aquellos instrumentos que abordan la accesibilidad en los entornos construidos, fundamentalmente las políticas urbanas y otras políticas sectoriales comenzando por las distintas regulaciones sobre accesibilidad en la vivienda y edificación de Europa y España. Estas se basan a su vez en figuras o instrumentos técnicos a través de los que se concreta el detalle de las intervenciones o las condiciones a cumplir en los entornos regulados. En la segunda parte del capítulo se analizan dos casos representativos de estos instrumentos, seleccionados por su reciente incorporación a la normativa y la práctica, y porque resumen los desafíos actuales y futuros en los que la optimización del ajuste persona-entorno se va a dirimir durante las próximas décadas. Se trata de dos figuras legales que sintetizan las principales modalidades de exigencias en el campo de la accesibilidad:

1. El **Itinerario Peatonal Accesible**, en representación de los requerimientos técnicos o paramétricos exigibles (requisitos prescriptivos).
2. Los **“ajustes razonables”** aplicados a la adaptación del entorno, como figura legal destinada a evitar la discriminación de las personas con discapacidad en un espacio preexistente por medio de la adaptación a las necesidades específicas del usuario (requisito finalista o “performance”).

A través de estas dos figuras podemos, además, captar la complejidad de la aplicación de medidas de accesibilidad en distintas situaciones y cerrar el círculo que comenzó con la conceptualización de la accesibilidad, su plasmación en el marco de las teorías de ajuste persona-entorno y su visión desde el mundo de la discapacidad y el envejecimiento.

4.2. CARACTERIZANDO LA INTERVENCIÓN SOBRE EL ENTORNO URBANO RESIDENCIAL

Hemos visto en el capítulo 1 que el entorno residencial es la principal área de análisis en cuanto a condiciones de ajuste persona-entorno en el campo de la gerontología, y su accesibilidad una de las mayores reivindicaciones en el campo de la discapacidad. Gitlin (2003) justifica la importancia de la vivienda en este marco de estudio señalando:

El entorno del hogar ofrece un marco de análisis para los entornos genéricos y su evaluación, así como un escenario único desde el que pueden surgir nuevas interpretaciones y construcciones sobre el ajuste entre la persona y el entorno.

Al reconocer al entorno del hogar como el escenario “desde el que puede surgir nuevas interpretaciones y construcciones sobre ajuste persona-entorno” esta autora está concediendo al entorno residencial un rol de referencia para cualquier otro ámbito en el que se dirima esa relación o ajuste, ya sean otros edificios, espacios públicos o medios de transporte. La importancia del hogar “para envejecer bien” y, en general, para vivir bien, justifica la selección de la vivienda y su contexto urbano como ámbito prioritario en el que evaluar los instrumentos y políticas dirigidos a promover el ajuste persona-entorno. Cuando las personas envejecen, la vivienda y el entorno⁶² inmediato se vuelven más importantes debido a una disminución en el rango de acción y un creciente riesgo de pérdida de competencia funcional (Oswald et al 2005). Asumimos, por tanto, que de acuerdo con lo que establece la “hipótesis de docilidad ambiental” un buen ajuste persona-entorno provoca un mayor bienestar y un menor estrés, que se refleja, entre otros aspectos, en el apego de las personas a su barrio. No resulta fácil delimitar el alcance del concepto de hogar cuando superamos la escala de la vivienda y lo proyectamos sobre el entorno exterior.

⁶²Al hablar del entorno residencial o del hogar (home environment) nos estamos refiriendo al ámbito físico tanto de la propia vivienda como de sus alrededores. En este entorno las personas, sobre todo aquellas con limitaciones funcionales, ocupan la mayor parte de su tiempo.

Ese entorno urbano requiere ser caracterizado en relación con los usos prioritarios que las personas con discapacidad y mayores realizan de él, pues se conoce muy poco a este respecto, y se hacen normalmente referencias imprecisas cuando se considera como parte del envejecimiento en casa (ageing in place) u otros términos relacionados⁶³.

La idea de hogar es multidimensional, e incluye aspectos físicos, sociales, culturales y personales (Oswald y Wald 2005) que se proyectan en un espacio residencial y un entorno construido. Así, una persona mayor con osteoartritis es más probable que limite su actividad si vive en un barrio situado en una colina, sin acceso cercano a comercios o transporte público que si vive en un barrio plano y lleno de servicios y facilidades de movilidad (Beard et al., 2009). De acuerdo a su experiencia de uso de ese espacio exterior este podrá formar parte de su concepto de hogar o no.

Una forma tradicional de clasificar los ámbitos comprendidos en el espacio residencial hacerlo tiene que ver con la actividad sectorial y económica: se pueden considerar los subsectores y servicios a ellos ligados, tales como⁶⁴ los edificios, las infraestructuras, los grandes proyectos, las viviendas, el patrimonio o las actividades de reparación y mantenimiento de los anteriores. Esta clasificación puede ser útil desde la perspectiva interna del sector constructor, pero para aproximarse al uso que las personas realizan de esos entornos debemos proponer una clasificación vinculada al uso, a las categorías de espacios sobre los que desempeñamos actividades. Para ello proponemos los siguientes cuatro ámbitos físicos de intervención:

1. El **espacio privativo de la vivienda u hogar**. El hogar adquiere una importancia creciente con la edad como principal contexto de socialización, ocio, participación, así como lugar de cuidados de salud (Binstock & Cluff, 2000). Se pueden considerar muy distintos lugares que son hogar: desde apartamentos, a viviendas unifamiliares, viviendas compartidas, viviendas tuteladas, centros residenciales, etc.
2. El **espacio común privativo de las edificaciones**. Aquel que no está abierto al público, pero que utiliza libremente la comunidad de vecinos. Tal como los espacios de acceso y circulación, los elementos de elevación (escalera y ascensores), las zonas verdes, patios o lugares de juego y encuentro, las instalaciones de uso compartido: salas comunitarias, piscinas, vestuarios....
3. El **espacio público urbano**. Incluye la infraestructura de uso de la ciudad en el entorno del hogar: aceras, calzadas, espacios de encuentro, como plazas o jardines, mobiliario urbano, etc.
4. **Los establecimientos de proximidad**. Comprende la porción de ciudad situada a una distancia moderada y con la que el hogar está vinculado por incluirse en ella servicios básicos de uso

⁶³Por otra parte, dentro del conjunto de elementos vinculados con “envejecer bien en casa” o tener una “vida independiente” está el papel de los espacios, tanto interiores como exteriores, en la participación social y la estimulación que son necesarios para ello (Oswald 2005)

⁶⁴ National Platform for the built environment, UK. <http://www.nationalplatform.org.uk/page.jsp?id=4> accessed 25/Jan/2014)

cotidiano o frecuente orientados a ofrecer prestaciones de ocio, salud, comercio, etc. a la población de la zona.

En cada uno de estos espacios o ámbitos se desarrollan actividades necesarias para la calidad de vida y socialización, y todos ellos resultan clave para aquellas personas que tienen una limitación funcional por edad o discapacidad. Por ello cualquier intervención persona-entorno en el marco del hogar debe contemplar su impacto o relación con otros ámbitos del edificio o en su entorno inmediato.

4.2.1. Tipos de instrumentos para el ajuste persona-entorno en el medio residencial

La supresión de barreras del entorno, o de forma más comprensiva, la promoción de la accesibilidad, es uno de los mecanismos clave para hacer efectivo el derecho a la no-discriminación, como reconoce la propia Convención de NN.UU. de Derechos de las Personas con Discapacidad. Todos los países que disponen de normativas para promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad se dotan de algún tipo de regulación sobre condiciones de accesibilidad, generalmente relativas a los espacios públicos urbanizados, edificaciones públicas –y en menor medida, privadas-, transporte público, y en ocasiones, tecnologías o interfaces de información y comunicación. Así, la regulación de las condiciones de accesibilidad establece una “oferta mínima” de condiciones para el ajuste persona-entorno que se fundamenta en estándares antropométricos y ergonómicos de tipo universal. Respecto a los instrumentos utilizados, aunque la regulación, y más concretamente la prescripción de parámetros dimensionales es la más frecuente, existen medidas características como la incentivación y el desarrollo de capacidades en el mercado.

1. La Regulación

Mediante el establecimiento de unos requisitos mínimos de accesibilidad, el espacio público se hace más “usable” y ordenado para todas las personas, siempre que éstos se implementen adecuadamente. Estos requisitos son especificaciones técnicas o estándares de aplicación a escala nacional, regional y local que deben aplicar los promotores de edificios, diseñadores y otros agentes que intervienen en los procesos constructivos, urbanísticos o de diseño. Muchos de estos requisitos son mínimos comparados con los necesarios para cumplir el objetivo del Diseño Universal.

Las regulaciones más habituales hacen referencia a las edificaciones públicas o edificación privada de nueva factura. Generalmente se trata de normas de segundo rango que, en el mejor de los casos, se acaban integrando en las normas básicas de la edificación (como ha ocurrido en España, por ejemplo, desde el 2010 con la publicación en el BOE del Documento Básico de Seguridad de Utilización y Accesibilidad, DB-SUA para su incorporación al Código Técnico de la Edificación).

Estas regulaciones pueden tener distintos enfoques según el tipo de obligación y el nivel de detalle. A partir de Toegankelijkheidsbureau and Living Research and Development (2001) y Priestley (2013) podemos diferenciar los requisitos de accesibilidad en tres niveles (no necesariamente excluyentes entre sí):

1. Obligación “general” de accesibilidad, cuando existe una ley general o código que establece que un producto o servicio debe ser accesible a las personas con discapacidad (aunque no necesariamente cómo esto se debe hacer). P.ej. una ley antidiscriminación que requiere que haya taxis accesibles.
2. Requisito “finalista” o “específico”, dirigido a conseguir resultados de accesibilidad requerimientos funcionales (“performance oriented”): La ley o reglamento exige determinadas condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad en un producto o servicio, sin especificar la norma técnica. Su objetivo no es cumplir un mínimo marcado por un parámetro, sino el hecho de que una persona concreta pueda realizar una acción concreta y así evitar una situación discriminatoria: entra o no entra, pasa o no pasa... P.ej., ley o regulación que establece que los taxis, o un cierto número de ellos, deben permitir el acceso de personas en silla de ruedas.
3. Requisito “prescriptivo” o “detallado”, son regulaciones destinadas a exigir (aunque las reglas podrían ser voluntarias u obligatorias) el cumplimiento de especificaciones técnicas detalladas con requerimientos dimensionales específicos (“prescriptive oriented”) para el diseño de un producto o servicio: ancho de paso, fuerza requerida, velocidad o cualquier otra medida de accesibilidad. P.ej. una norma sectorial o norma técnica que establece las medidas que tiene que tener el espacio para sillas de ruedas en los taxis.

En el segundo tipo de requisito o norma se requiere conseguir un objetivo y no tanto cumplir unos parámetros, así se ha de aplicar un diseño más razonado para, por ejemplo hacer un uso más efectivo del espacio. Este tipo de requerimientos más finalistas ha dado lugar a la aparición de nuevas soluciones, como las viviendas "adaptables" para permitir un uso más universal de los espacios, sin tener que destinarlos en exclusiva para las personas con discapacidad (como pasa con los espacios “adaptados”). También ha dado lugar a una visión más amplia que ha incorporado paulatinamente otras necesidades y usuarios. Sin embargo, aquellos que ejercen el control público habitualmente han seguido confiando en los manuales y estándares clásicos, es decir, en los requisitos dimensionales para conseguir los objetivos políticos requeridos (generalmente eliminar la discriminación por motivo de discapacidad).

Esta regulación de la accesibilidad ha venido siendo aplicada preferentemente a los edificios públicos, la vivienda social o destinada a usuarios con sillas de ruedas y a las viviendas nuevas en edificios multifamiliares. Aunque bien intencionada no ha contado con un sistema de control y sanción efectiva de las soluciones aplicadas, ni de un buen conocimiento de la materia de accesibilidad por parte de los encargados de formular políticas y adoptar decisiones. Además, hasta

muy recientemente los edificios existentes y los unifamiliares han estado al margen de estos requisitos normativos.

Esta regulación no ha sido suficiente para cumplir el objetivo de dotar de unos mínimos aceptables de accesibilidad en las viviendas (CEN, 2011). A la hora de revisar el cumplimiento efectivo de los requerimientos normativos sobre accesibilidad de los edificios para personas con discapacidad hay algunas críticas que son habituales en la literatura especializada referida a cualquier país (Scotts et al 2007):

- El escaso cumplimiento
- Su énfasis en los aspectos físicos más que los sensoriales
- Su prioridad a las condiciones de ingreso o visitabilidad
- Su focalización en los edificios de nueva promoción

Por ello, además de la mejora de estas normativas y sus instrumentos de implementación, se requieren otras políticas específicas.

2. Los Incentivos

Los hay de distintos tipos, tales como:

- Provisión de préstamos a bajo coste para la adquisición de viviendas nuevas
- Ayudas para los trabajos de rehabilitación y adaptación de edificios
- Ventajas urbanísticas a los promotores que incluyan un porcentaje de viviendas accesibles en las nuevas promociones.

Aunque algunos países desarrollan políticas decididas de incentivos, su uso por los gobiernos es mucho menor que el recurso a la regulación. En Japón, se ofrecen mejores intereses y mayores préstamos en viviendas universales o sin barreras, fundamentalmente con el objetivo de potenciar las viviendas para personas mayores (Kose 2004). Noruega también tiene incentivos fiscales para promover que el sector privado construya viviendas accesibles (Lifecycle housing). El Banco de Vivienda de Noruega ofrece préstamos preferenciales (del orden de un 1% menos en los tipos de interés). En Australia, gobiernos regionales como el de South Wales favorecen mediante medidas de planeamiento preferencial a los promotores que desarrollen al menos un 50% de viviendas adaptables. En Canadá también se ofrecen préstamos preferenciales a aquellos promotores que construyan viviendas accesibles.

3. El desarrollo de capacidades en el mercado

La tercera vía por la que los países intentan aumentar la accesibilidad en la oferta generalista de viviendas del mercado es a través de apoyar la capacidad y disposición de agentes vinculados a la producción de viviendas y espacios construidos para conocer y ofrecer entornos más accesibles. Aquí hay muchos tipos de instrumentos: desde formación (creación de competencias) o guías de diseño, para facilitar su aplicación técnica, hasta asesoramiento en el uso de principios de diseño

universal, difusión de buenas prácticas, documentos de apoyo, recursos informativos, premios a diseñadores y arquitectos, o a proyectos completos, etc.

En la promoción de estos últimos instrumentos no solo participan los gobiernos (centrales, regionales o locales), sino menudo también las organizaciones representativas de las personas con discapacidad y organizaciones no gubernamentales de distinto tipo. La accesibilidad y otros aspectos vinculados con la salud y el ciclo de la vida no suelen estar presentes entre los valores que el mercado de la vivienda publicita o promueve. El mercado de la vivienda continúa basando sus estrategias de mercado en el estilo de vida (espacios o equipamientos lujosos, materiales, jardines con césped...) y sólo acaba de comenzar a estar influenciado por consideraciones como la salud, la seguridad y otras vinculadas al bienestar, tales como la eficiencia energética, la usabilidad o la accesibilidad. Aunque su incidencia sobre el mercado sigue siendo escasa estos aspectos comienzan a introducirse con mayor fuerza en la transformación de los espacios y edificaciones, como muestra la inclusión de estos contenidos en la reciente Ley 8/2013 de Rehabilitación, Regeneración y Renovación Urbana en España.

Por otra parte, las condiciones de vivienda varían ampliamente, de modo que se han utilizado diferentes sistemas para diferenciar positivamente a las viviendas por su grado de accesibilidad (Mandic y Cirman, 2012). Un caso característico es el de las “etiquetas” o sellos que identifican y concretan los diseños con un alto nivel de accesibilidad, queriendo dar respuesta a la creciente prevalencia de discapacidades en las sociedades que envejecen. Algunas han llegado a constituir una marca, mientras otras solo recogen un tipo de diseño. Aquí podemos considerar desde el Diseño Universal hasta el Diseño sin Barreras. Scotts et al (2007) recogen en una tabla algunos de los conceptos de vivienda accesible más característicos y un breve resumen de sus características.

Tabla 4.1: Conceptos clave para generalizar el diseño de viviendas accesibles. Fuente: Elaboración propia Scotts et al (2007).

Diseño Universal (Universal Design)	Aproximación al diseño, construcción y adaptación de viviendas estándar para cubrir las necesidades de todos los ocupantes de la vivienda, con independencia de su edad, habilidad o situación social.
Viviendas para Toda la Vida (Life Span Housing)	Vivienda que pueda admitir cambios en la funcionalidad humana a lo largo del desarrollo de la vida, permitiendo a los ocupantes vivir y permanecer en sus casas el mayor tiempo posible. También se les conoce como Lifetime Homes en EE.UU., Lifecycle Housing en Noruega y Viviendas Adaptables en Australia
Diseño Inclusivo (Inclusive Design)	Una forma de diseñar productos y entornos de modo que sean utilizables por todo el mundo con independencia de su edad, habilidades o circunstancias. Eliminar barreras en los procesos sociales, técnicos, políticos y económicos que sustentan la edificación y el diseño
Diseño sin Barreras (Barrier Free Design)	Para ser activa una persona con discapacidad debe poder desplazarse entre el hogar, el trabajo y otros destinos. El diseño sin barreras asegura que todo el entorno construido y el transporte cumplen las necesidades de las personas con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas.

Las viviendas para toda la vida, Lifetime Homes (Habinteg, 2010) son un caso paradigmático dada su promoción por el Gobierno Británico, a pesar de no ser obligatorias excepto en algunas ciudades, como Londres (Mayor of London, 2009). Este concepto establece requerimientos muy concretos y significativos para el sector de la vivienda, tales como características de diseño de accesibilidad y adaptabilidad en sus distintos espacios para facilitar la libertad de elección, independencia y posibilidad de uso con edades avanzadas. La flexibilidad en las prestaciones es una característica de estas viviendas que suelen estar preparadas para admitir la instalación de ascensores interiores (viviendas unifamiliares), además de plantear en planta baja todos los servicios necesarios, posibilidad de mover tabiques, etc.

Pero los mercados inmobiliarios plantean evidentes dificultades a la hora de introducir nuevos modelos como los señalados más arriba. Como ilustración de estas dificultades Ball (2012) analiza los paralelismos entre el “sueño americano” representado en la industria del automóvil y el de la promoción de viviendas. Aquella industria ha basado tradicionalmente su estrategia comercial en destacar aspectos como el estilo, la velocidad, la potencia, el lujo o el estatus social, y no en otros aspectos como la seguridad o la fiabilidad, impidiendo que los consumidores estuvieran informados sobre estos aspectos, e incluso que se desarrollase una regulación específica. Sin embargo, cuando ésta, posteriormente se desarrolló se produjo un descenso muy notable de la mortalidad en accidentes de tráfico y una reorientación del mercado hacia estos valores.

En el caso de la vivienda ha ocurrido algo similar. En muchos sentidos, exigir que un vehículo disponga de medios, como los cinturones de seguridad, para impedir que sus ocupantes puedan salir proyectados fuera en un accidente, es un buen precedente para requerir igualmente medidas que impidan, por ejemplo, que un residente sea expulsado o proyectado fuera de su vivienda ante la ocurrencia de la discapacidad (Ball, 2012).

4.2.2. Modos de intervención persona-entorno en el medio urbano residencial

La intervención sobre el medio urbano en el entorno de la vivienda se puede caracterizar mediante la clasificación de Satariano et al (2012: 341) que se basa en la vinculación directa que existe entre el entorno construido y la salud. Ofrecen una clasificación de tipos de intervención dirigidas a mejorar la capacidad peatonal del entorno para promover el hecho de caminar y provocar así un impacto positivo sobre la salud, especialmente de la población de edad avanzada:

1. Modificaciones del entorno:

Modificaciones de los barrios mediante iniciativas como recomendaciones sobre la construcción de comunidades “amigables con la edad”, peatonalización, u otras medidas para beneficiar a personas de distintos grupos de edad. En estas actuaciones se introducen mejoras específicas para las personas de edad avanzada, tales como mobiliario urbano, zonas de encuentro o juego, servicios higiénicos adecuados, etc. En ocasiones requieren cambios en la clasificación de suelo urbano.

2. Adaptaciones del entorno:

No implica la construcción de nuevas instalaciones o hacer grandes modificaciones a las instalaciones existentes. Están destinadas a estimular la relación de los residentes con las mejores características de su vecindario. Puede comprender mejoras menores como aumentar el tiempo de paso en los semáforos, mapas en las calles o mejor señalización para estimular la movilidad peatonal segura.

3. Intervenciones sobre el entorno individual:

Programas diseñados para proveer una intervención multinivel que provoque cambios a nivel individual y del entorno. Se ha usado para prevenir caídas en los domicilios, adaptaciones en cuartos de baños, etc.

4.3. LA REGULACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL ENTORNO CONSTRUIDO EN ESPAÑA

La mejora de la accesibilidad viene exigida en España por una normativa específica de carácter tanto estatal como autonómico y local que establece parámetros y características de diseño y uso. Este marco normativo es transversal (pues abarca la edificación, los espacios públicos urbanizados, el transporte, señalización, etc.) e interdependiente (pues las competencias en las materias abarcadas están repartidas entre las distintas administraciones). Además se encuentra en proceso de permanente evolución desde que las comunidades autónomas comenzaron a desarrollar sus competencias en la materia, a finales de los años 80.

4.3.1. Marco legislativo y reglamentario estatal sobre accesibilidad

Los derechos constitucionales a partir de los cuáles se puede comenzar el análisis del armazón legal construido para promover la accesibilidad están comprendidos en cuatro artículos de la Constitución de 1978:

- El artículo 9.2, de acuerdo con el cual corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.
- El artículo 10.1, que reconoce como derecho fundamental la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás y declara que todos ellos son fundamento del orden político y de la paz social.

- El artículo 14, que recogiendo el conocido derecho constitucional a la igualdad declara que *“Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*, y, por último,
- El artículo 49, que integrado en los principios rectores de la política social y económica, demanda a todos los poderes públicos que realicen una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, prestándoles la atención especializada que requieran y amparándoles especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I de la Constitución otorga a todos los ciudadanos.

Las normas estatales de accesibilidad surgen dentro de un contexto amplio de promoción de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, abarcando así condiciones de accesibilidad, pero también de empleo u otras prestaciones. Se pueden destacar como principales hitos legislativos estatales, los siguientes:

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI).
- Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)
- Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.
- Orden Ministerial 561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el Documento Técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados

De manera más reciente se ha aprobado el 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 que integra las disposiciones legislativas previas, tales como la LISMI y la LIONDAU y las deroga.

Para conocer el desarrollo de las condiciones de accesibilidad producido durante estas tres últimas décadas en España se hace necesario revisar dichas leyes que han marcado los principales hitos del avance en esta materia.

a) Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI).

Esta norma se dictó en cumplimiento del mandato constitucional de promoción de condiciones de libertad e igualdad para todos los individuos, y de las personas con discapacidad en particular, y en ella se recogen básicamente medidas dirigidas a facilitar la movilidad y accesibilidad de estas personas que habrían de ser desarrolladas, como de hecho lo fueron a posteriori, en función de sus respectivas competencias, por parte de todas las Administraciones Públicas.

El texto del 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 señala respecto a la LISMI lo siguiente:

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad, fue la primera ley aprobada en España dirigida a regular la atención y los apoyos a las personas con discapacidad y sus familias, en el marco de los artículos 9, 10, 14 y 49 de la Constitución, y supuso un avance relevante para la época.

... participaba ya de la idea de que el amparo especial y las medidas de equiparación para garantizar los derechos de las personas con discapacidad debía basarse en apoyos complementarios, ayudas técnicas y servicios especializados que les permitieran llevar una vida normal en su entorno. Estableció un sistema de prestaciones económicas y servicios, medidas de integración laboral, de accesibilidad y subsidios económicos, y una serie de principios que posteriormente se incorporaron a las leyes de sanidad, educación y empleo.

b) Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación (LOE).

Pese a tratarse de un norma general cuyo objetivo directo no es, evidentemente, el cumplimiento del mandato constitucional de promoción de condiciones de libertad e igualdad para todos los individuos, y de las personas con discapacidad en particular, considera la accesibilidad como uno de los requisitos básicos que han de reunir los edificios, siendo ya el Código Técnico de la Edificación (CTE), aprobado por Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, el que fijó las exigencias específicas de calidad de los edificios y sus instalaciones, para permitir el cumplimiento del citado requisito básico.

c) Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)

Sin duda alguna, debe destacarse el papel fundamental que jugó esta norma en el marco normativo que estamos analizando pese a que, por supuesto, no sea la única, ni tampoco se agoten en ella los distintos cauces de intervención del legislador estatal en la lucha por alcanzar la igualdad real que reclama la Constitución española.

Como expresa el Preámbulo de la Orden Ministerial 561/2010, la LIONDAU supuso

un cambio de enfoque en la forma de abordar la equiparación de derechos de estas personas dentro de la sociedad. Por primera vez una ley reconoce que las desventajas de las personas con discapacidad, más que en sus propias dificultades personales, tienen su origen en los obstáculos y condiciones limitativas que impone una sociedad concebida con arreglo a un patrón de persona sin discapacidad. Y, en consecuencia, plantea la necesidad y obligatoriedad de diseñar y poner en marcha estrategias de intervención que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales.

Tal reconocimiento propició el diseño y puesta en práctica de nuevas estrategias de intervención que operarían, de manera simultánea, sobre las condiciones personales y también sobre las ambientales.

La Ley tuvo como fin primordial establecer medidas para garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad (nuevamente, artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución española) desde un triple aspecto: la no discriminación, la acción positiva y la accesibilidad universal. En ella se establecieron las condiciones básicas que debían garantizar la accesibilidad desde el diseño pensado en todos y en la autonomía personal, persiguiendo de este modo la necesaria unificación con la normativa autonómica y municipal.

Para ello contó con el desarrollo de reglamentos que había previsto en su articulado. La LIONDAU introdujo un calendario de obligaciones a cumplir por las administraciones públicas y agentes privados, en el campo de la accesibilidad; entre estas obligaciones estaba el desarrollo de un conjunto de leyes y reglamentos sectoriales que dieran concreción a sus principios y objetivos. A continuación se detallan aquellos que son relevantes para este estudio.

c1) Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.

Se dio cumplimiento así a la disposición final novena de la LIONDAU, y se reguló por primera vez en España, en una norma de rango estatal, las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones. Hasta aquél momento, este tipo de determinaciones sólo se contenían en la normativa específica de accesibilidad relativa al diseño de los entornos urbanos, adoptadas por las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de urbanismo. Su Disposición final cuarta⁶⁵ estableció que las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados se desarrollarían en un documento técnico que debería aprobarse mediante Orden del Ministerio de Vivienda (ver c5). A su vez, este mandato venía enmarcado en el deseo, ya expresado por la propia LIONDAU, de intentar evitar la dispersión de normas y la falta de un referente unificador, lo que de hecho propiciaba la existencia de criterios técnicos diferentes, que terminaban por cuestionar la igualdad entre las personas con discapacidad de diferentes Comunidades Autónomas y con ello, la aplicación de un concepto parcial y discontinuo de accesibilidad en nuestras ciudades.

c2) Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación (CTE), de 17 de marzo de 2006, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.

El origen de este Real Decreto se encuentra en la LIONDAU, en cuyo artículo 10 y en la disposición final novena, se dispuso que el Gobierno regularía, sin perjuicio de las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas y a las Corporaciones Locales, unas condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación que garantizaran unos mismos niveles de igualdad

⁶⁵ Mediante Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, se modificó esta disposición, para rehabilitar el plazo de aprobación de la Orden Ministerial.

de oportunidades a todos los ciudadanos con discapacidad, en los distintos ámbitos de aplicación de la Ley, entre los que figuran, tanto los edificios, como los espacios urbanizados.

La modificación operada por este Real Decreto sobre el CTE tiene como objeto la regulación, a nivel estatal, de unas condiciones básicas de accesibilidad y de uso de los edificios que eviten la discriminación de ciudadanos con algún tipo de discapacidad a la hora de acceder y utilizar instalaciones, edificios o locales tanto públicos, como privados. Como veremos más adelante, el objetivo del Documento Técnico aprobado por Orden Ministerial 561/2010, de 1 de febrero, es el mismo, pero dirigido a los espacios públicos urbanizados. De ahí que ambas normas se complementen para ofrecer una regulación completa de los entornos y edificaciones que pudieran resultar susceptibles de generar problemas de accesibilidad o discriminación.

Con el Real Decreto analizado se amplían las medidas sobre seguridad de utilización que ya regulaba el CTE y se tiene en cuenta, de manera particular, el uso de instalaciones, edificios y locales por parte de personas discapacitadas. Tales medidas afectan a elementos arquitectónicos de todo tipo, como serían escaleras, desniveles, rampas, ascensores, iluminación mínima o reducción del riesgo de atrapamiento.

Además, el principio de *“accesibilidad para todos”* aumenta significativamente el número de colectivos beneficiados por las novedades introducidas en el CTE. En efecto, queda referido a personas que se desplazan en silla de ruedas o con movilidad reducida, pero también a invidentes, ciudadanos con discapacidad auditiva o cognitiva o personas mayores, por poner algunos ejemplos.

Entre las medidas específicas que incorpora, se citan a continuación, las siguientes:

- Condiciones de las viviendas para personas con discapacidad auditiva, plazas reservadas en locales o en espectáculos o sistemas de bucle de inducción magnética en taquillas o mostradores de información.
- Puntos de llamada y atención accesible en edificios públicos
- Contrastes visuales para las personas con alguna discapacidad visual
- Pavimentos táctiles en la señalización de elementos potencialmente peligrosos, como arranques de escaleras o desniveles, en itinerarios de las vías públicas o en los puntos de atención accesible en edificios públicos y
- Señalización de alerta en las salidas de vehículos de aparcamientos públicos.

c3) Orden Ministerial 561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el Documento Técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados

Establece un nuevo marco regulador de la accesibilidad en las ciudades españolas. Lo más relevante de esta Orden no es sólo que unifica criterios previamente regulados de forma diversa por las comunidades autónomas, sino que introduce un nuevo concepto que sintetiza los principales contenidos de accesibilidad y se puede convertir en una figura de amplia aplicación e

importancia en el futuro diseño urbano: el Itinerario Peatonal Accesible (IPA), cuyo contenido se analiza más adelante.

d) 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.

Esta ley deroga las leyes referidas anteriormente como base del armazón normativo de la lucha contra la discriminación por motivo de discapacidad en España:

- a) La Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad.
- b) La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- c) La Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

A los efectos de esta ley, se entiende por exigencias de accesibilidad los requisitos que deben cumplir los entornos, productos y servicios, así como las condiciones de no discriminación en normas, criterios y prácticas, con arreglo a los principios de accesibilidad universal y de diseño para todas las personas. Algunas disposiciones adicionales concretan exigencias, objetivos y plazos a cumplir, como se detalla a continuación:

Disposición adicional quinta. Memoria de accesibilidad en las infraestructuras de titularidad estatal.

Los proyectos sobre las infraestructuras de interés general de transporte, como carreteras, ferrocarriles, aeropuertos y puertos promovidos por la Administración General del Estado, incorporarán una memoria de accesibilidad que examine las alternativas y determine las soluciones técnicas necesarias para garantizar la accesibilidad universal y no discriminación a todos los ciudadanos con discapacidad.

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, cuando a la vista de las características del proyecto, éste no incida en la accesibilidad, no será necesaria dicha memoria, circunstancia que se acreditará mediante certificación del órgano de contratación.

Disposición adicional tercera. Exigibilidad de las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación.

*1. Los supuestos y plazos máximos de **exigibilidad de las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación**, en todo caso, son los siguientes: En el plazo de dos años desde la entrada en vigor de esta ley, el Gobierno aprobará unas condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación, según lo previsto en el artículo 29, para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público por las personas con discapacidad.*

a) Para el acceso y utilización de las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y de cualquier medio de comunicación social:

Productos y servicios nuevos, incluidas las campañas institucionales que se difundan en soporte audiovisual: 4 de diciembre de 2009.

Productos y servicios existentes el 4 de diciembre de 2009, que sean susceptibles de ajustes razonables: 4 de diciembre de 2013.

b) Para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones:

Espacios y edificaciones nuevos: 4 de diciembre de 2010.

Espacios y edificaciones existentes el 4 de diciembre de 2010, que sean susceptibles de ajustes razonables: 4 de diciembre de 2017.

c) Para el acceso y utilización de los medios de transporte:

Infraestructuras y material de transporte nuevos: 4 de diciembre de 2010.

Infraestructuras y material de transporte existentes el 4 de diciembre de 2010, que sean susceptibles de ajustes razonables: 4 de diciembre de 2017.

d) Los que deberán reunir las oficinas públicas, dispositivos y servicios de atención al ciudadano y aquellos de participación en los asuntos públicos, incluidos los relativos a la Administración de Justicia y a la participación en la vida política y los procesos electorales:

Entornos, productos y servicios nuevos: 4 de diciembre de 2008.

Corrección de toda disposición, criterio o práctica administrativa discriminatoria: 4 de diciembre de 2008.

Entornos, productos y servicios existentes el 4 de diciembre de 2008, y toda disposición, criterio o práctica: 4 de diciembre de 2017

Este Real Decreto Legislativo ha revisado, por tanto, las fechas previamente establecidas en la LIONDAU para la entrada en vigor de la obligatoriedad de disponer de todo tipo de entornos adaptados. Los plazos máximos para adecuar los principales elementos del entorno a las condiciones de accesibilidad exigidas concluyen el 4 de diciembre de 2017.

Como conclusión general, a partir de este despliegue de normas estatales, y considerando además el gran desarrollo de normas de accesibilidad en las CC.AA., que veremos a continuación, podemos convenir con De la Cruz (2010) que

La normativa que regula las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad que han de cumplir entornos, productos y servicios, ha sido objeto de un intenso desarrollo en nuestro país a lo largo de las últimas dos décadas. Se han aprobado Leyes, Reales Decretos y Decretos, Órdenes Ministeriales, Resoluciones y Ordenanzas Municipales que, bien directamente, bien de manera indirecta, han incidido positivamente en las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad, tanto globalmente, como de forma específica, para sectores concretos.

4.3.2. Marco legislativo y reglamentario autonómico sobre accesibilidad

Además de la normativa estatal referida, existe un número muy importante de Leyes y Decretos autonómicos, que se han sumado ya a este acervo, básicamente a partir de la década de los 90. Aunque no haremos referencia en este trabajo a las distintas Ordenanzas Municipales en la materia, también debe dejarse constancia de la existencia de algunas de ellas en municipios grandes y medianos⁶⁶.

⁶⁶ En concreto, disponen de Ordenanzas específicas de accesibilidad y/o supresión de barreras arquitectónicas, por ejemplo (ordenados por orden alfabético): Barcelona, Burgos, Cádiz, Castellón de la Plana, Córdoba, Huesca, Madrid, Málaga, Valladolid, Vitoria, San Sebastián y Zaragoza, pero también Ceuta y Melilla, El Puerto de Santa María, Elche, Jerez de la Frontera, etc.

Gran parte de la normativa autonómica en materia de accesibilidad es anterior, en el tiempo, a la estatal, lo que ha planteado problemas de armonización, de manera especial respecto al diseño del espacio público. De hecho, gran parte de la legislación autonómica vigente se centra, básicamente, en la determinación de las condiciones exigibles a los espacios públicos, a la edificación y al transporte, además de algunas otras consideraciones menores sobre acceso a la comunicación⁶⁷.

La normativa autonómica de accesibilidad, ha venido estableciendo en las últimas décadas los rangos exigibles para las distintas variables susceptibles de crear barreras de acceso a las personas con discapacidad basadas en el mismo principio de igualdad de oportunidades y no discriminación y en las competencias específicas de que disponen las comunidades autónomas. Analizando de forma conjunta estas normas resulta que los requisitos de accesibilidad que se plantean son diferentes según territorios, y en ocasiones incompletos. Sus medidas resultan de estudios antropométricos que establecen los parámetros dimensionales, de alcance, sensoriales y otros de las personas con distintas capacidades funcionales, así como de la experiencia de uso y necesidades de movilidad y seguridad. Las leyes y decretos autonómicos han sido redactados, en su mayoría en los años 90, aunque algunos han venido siendo actualizados en los años 2000, como muestra la Tabla 4.2.

Tabla 4.2: Año de aprobación/renovación de leyes y decretos de accesibilidad por Comunidad Autónoma.

CCAA	Ley	Reglamento
Navarra	1988/2010	1990
Cataluña	1991/2014	1995
Madrid	1993	1998/ 2007
Islas Baleares	1993	2003
La Rioja	1994	2000
Castilla-La Mancha	1994	1997
Murcia	1995	1991
Canarias	1995	1997
Asturias	1995	2003
Cantabria	1996	1990
País Vasco	1997	1981/ 2000/ 2001
Galicia	1997/2014	2000/2013
Extremadura	1997	2003
Aragón	1997	1999
Castilla-León	1998	2001

⁶⁷ Así se reconoce en algunas de las más modernas normas autonómicas, pudiendo citarse como ejemplos los que se incluyen a continuación:

-Ley foral de Navarra, 5/2010, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas.

-Decreto 13/2007, de 15 de marzo, de la Comunidad de Madrid, por el que se aprueba el Reglamento técnico de desarrollo en materia de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

-Decreto 293/2009, de 7 de julio, de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por el que se aprueba el Reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte.

Valencia	1998	2004/ 2004
Andalucía	1999	1992/ 1995/ 2009

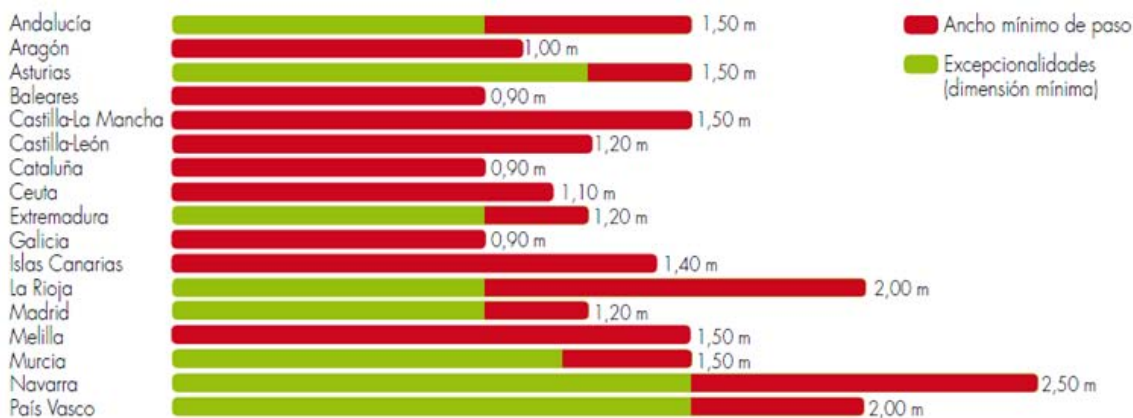
(Actualizado a diciembre de 2014) Fuente: elaboración propia

Estas normas han tenido, en su mayor parte, una aplicación práctica irregular, pero han establecido unos estándares de diseño accesible y han introducido con mayor o menor fortuna nuevos mecanismos de intervención en las dinámicas de creación y regeneración de la ciudad, aunque muy influidos por una necesidad de “suprimir barreras” preexistente que como forma de actuación ha resultado posteriormente superado por un enfoque de “diseño para todos”, es decir, una voluntad de mejora para todo tipo de usuarios. Un ejemplo característico de este enfoque se produce en el ámbito del transporte urbano, donde los autobuses de plataforma baja y rampa escamoteable se han generalizado beneficiando no sólo a las personas en silla de ruedas, sino –incluso en mayor medida- a las personas con carritos de bebé.

En el Anexo se presentan tablas comparativas de algunos parámetros relativos al entorno urbano tal como son exigidos por las normativas de las distintas comunidades autónomas. En algún caso las normas establecen requisitos específicos o excepciones en los parámetros exigidos, como es el caso en relación con el ancho y alto de paso de los itinerarios peatonales accesibles donde repetidamente aparece la figura de los estrechamientos puntuales. Estas excepcionalidades no se han incluido en las tablas. En cambio se han señalado con fondo azul y amarillo las mejores/peores prácticas en cuanto a condiciones más/menos favorables para las personas con limitaciones funcionales.

Hemos visto que la Orden Ministerial VIV561/2010, que unifica las condiciones de accesibilidad en todo el Estado busca establecer una concepción y definición de criterios técnicos de accesibilidad similares en todas las comunidades autónomas, en correspondencia con la aplicación de los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad que se deriva de la Constitución. Como se puede ver en el Gráfico 4.1, para un mismo criterio dimensional de accesibilidad, como el ancho mínimo de circulación peatonal en la vía pública, las normas autonómicas han venido estableciendo un espectro muy amplio de límites, repercutiendo negativamente sobre la efectividad de su aplicación y conocimiento por los agentes sociales (ver Alonso, coord., 2002), además de establecer de facto distintas condiciones básicas de acceso según lugar de residencia, lo que resulta contradictorio con los objetivos de universalización de las condiciones de accesibilidad y los planteamientos de la citada Ley 51/2003, LIONDAU, establecidos en su preámbulo y desarrollados en el Real Decreto 505/2007.

El Gráfico 4.1 muestra los valores mínimos del ancho de paso peatonal exigidos en cada Comunidad Autónoma (excepto Cantabria y Valencia que no lo especifican), y las excepciones a la regla anterior, establecidas en casi la mitad de comunidades para casos de estrechamientos puntuales. Los valores de ancho de paso mínimo se sitúan entre 0,90 y 2,50 m, con la posibilidad de estrechamientos puntuales que no bajan de 0,90 m en ningún caso, pues la medida de paso mínima de una silla de ruedas, establecida en 0,90 m es la que marca normalmente la definición de esos criterios dimensionales.

Gráfico 4.1: valores mínimos exigidos por las normas autonómicas para el ancho del itinerario peatonal

Nota: Las CC.AA. de Cantabria y Valencia no establecen ancho mínimo para el itinerario de paso peatonal.
Fuente: Elaboración propia

Fuente: Alonso (2012)

Como ya se ha comentado, esta dispersión de parámetros exigibles constituye una dificultad de cara a la implementación de las normas técnicas, pero no es la única. Para la intervención sobre el entorno construido la normativa se debe reforzar a través de mecanismos concretos que permitan “dar forma” a los derechos de acceso y circulación; tal es el caso de los instrumentos que se analizan a continuación: el Itinerario Peatonal Accesible y los Ajustes Razonables. Se trata de dos de los instrumentos de mayor novedad y proyección futura y que pueden determinar el nivel de accesibilidad alcanzable para las vías públicas y edificaciones en los próximos años.

4.4. CASO 1: EL ITINERARIO PEATONAL ACCESIBLE (IPA), UN INSTRUMENTO “PRESCRIPTIVO” PARA FAVORECER EL AJUSTE PERSONA-ENTORNO⁶⁸:

El Itinerario Peatonal Accesible (IPA) es representativo de una forma de abordar la promoción de la accesibilidad en base a la exigencia de cumplimiento de estándares o parámetros dimensionales concretos (modelo prescriptivo). El objetivo es que se cumplan en el diseño –nuevo o adaptado- un conjunto de medidas mínimas (ancho de paso, fuerza requerida, velocidad o cualquier otra medida de accesibilidad) que garanticen en la mayor medida posible unas condiciones de accesibilidad

⁶⁸ Este apartado está parcialmente basado en el artículo del autor “El itinerario peatonal accesible: Estructurando una movilidad funcional, segura y no discriminatoria en los espacios públicos urbanizados” Ciudad y Territorio, Estudios Territoriales, CYTET, vol. XLV, Cuarta Época, nº 175: 27-44. Ministerio de Fomento, 2013

previamente establecidas. Normalmente estas prescripciones buscan cubrir el máximo rango de posibilidades para hacer utilizable el producto o servicio al máximo número de personas (principio de accesibilidad universal), como manera de evitar la discriminación y facilitar su uso. En este caso llamamos IPA a la agrupación de un conjunto amplio de parámetros destinados a facilitar la accesibilidad y movilidad en su mayor grado posible dentro del espacio público de las ciudades.

El IPA fue introducido en la regulación de la accesibilidad urbana mediante la *Orden Ministerial VIV561/2010 de 1 de Febrero por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados* (en adelante OM), como elemento estructurador de la accesibilidad en todos los recorridos urbanos, tal como señala su definición, incluida en el artículo 5.1:

Son itinerarios peatonales accesibles aquellos que garantizan el uso no discriminatorio y la circulación de forma autónoma y continua de todas las personas. Siempre que exista más de un itinerario posible entre dos puntos, y en la eventualidad de que todos no puedan ser accesibles, se habilitarán las medidas necesarias para que el recorrido del itinerario peatonal accesible no resulte en ningún caso discriminatorio, ni por su longitud, ni por transcurrir fuera de las áreas de mayor afluencia de personas.

Concepto que se concreta mediante el desarrollo de sus características de altura y anchura mínima, pavimentación, lugares por donde discurrirá, etc., incluidos en el artículo. 5.2.:

2. Todo itinerario peatonal accesible deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a) Discurrirá siempre de manera colindante o adyacente a la línea de fachada o límite de la edificación a nivel del suelo. En las áreas no edificadas se facilitará su delimitación mediante algún elemento continuo de fácil detección visual y táctil.*
- b) En todo su desarrollo poseerá una anchura libre de paso no inferior a 1,80 m, que garantice el giro, cruce y cambio de dirección de las personas independientemente de sus características o modo de desplazamiento.*
- c) En todo su desarrollo poseerá una altura libre de paso no inferior a 2,20 m.*
- d) No presentará escalones aislados ni resaltes.*
- e) Los desniveles serán salvados de acuerdo con las características establecidas en los artículos 14, 15, 16 y 17.*
- f) Su pavimentación reunirá las características definidas en el artículo 11.*
- g) La pendiente transversal máxima será del 2%.*
- h) La pendiente longitudinal máxima será del 6%.*
- i) En todo su desarrollo dispondrá de un nivel mínimo de iluminación de 20 luxes, proyectada de forma homogénea, evitándose el deslumbramiento.*
- j) Dispondrá de una correcta señalización y comunicación siguiendo las condiciones establecidas en el capítulo XI.*

El efecto combinado de los parámetros dimensionales y condiciones que establece esta figura en el espacio urbano se puede asemejar a un túnel virtual de circulación peatonal que se estableciera sobre la calle (Gráfico 4.2) cuyas características -definidas y protegidas legalmente- garantizarían dentro de él la circulación segura y continua de cualquier persona.

Gráfico 4.2: el túnel de circulación peatonal



Fuente: Calle Cebrecos et al. (2010:114)

Este túnel tendría un desarrollo sin interrupción a lo largo de las áreas peatonales, e incluso en parte de la calzada, en aquellos lugares, como los pasos peatonales, donde esta área se superpone con la destinada a la circulación vehicular. Las dimensiones y características concretas de este túnel están diseñadas para que el máximo número de personas puedan utilizar el espacio público de forma plenamente autónoma y segura. Para que sea así, el *túnel* definido por el IPA debe reunir características dimensionales, pero también asegurar que a lo largo de su desarrollo se cuente con las condiciones sensoriales o de información necesarias para personas con una amplia variedad funcional: desde distintas capacidades de movilidad, hasta sensoriales, intelectuales, etc. Para ello el IPA deberá incluir variables como las siguientes:

- Posición dentro del espacio peatonal
- Ancho de paso
- Alto de paso
- Tipo de suelo y pavimento
- Pendiente longitudinal y transversal máxima
- Grado de integridad y coexistencia de usos
- Tipo de soluciones que permiten salvar desniveles
- Nivel de iluminación
- Señalización para información y advertencia
- Velocidad de circulación mínima requerida en determinadas circunstancias, como cruces peatonales con semáforo

Todas ellas características que determinan la posibilidad de que el espacio público sea realmente no discriminatorio y de calidad.

Para disponer de una referencia sobre lo que implican estas cotas en cuanto a la circulación de personas por la vía pública, el Gráfico 4.3 presenta los anchos mínimos necesarios para la circulación de una persona en silla de ruedas, con o sin acompañante, y manteniendo una distancia de resguardo a la pared de 20 cm., imprescindible para mantener el control y evitar tropiezos con los elementos o irregularidades adosados a la fachada (cuya proyección sobre el itinerario peatonal legalmente no debería superar los 10 cm).

Gráfico 4.3: Anchos de paso indicativos.



Fuente: Alonso López (2012)

Hay que tener presente que los estándares de accesibilidad no se deben limitar a hacer posible el desplazamiento lineal de una sola persona, sino que deben prever las situaciones más comunes y reales, tales como son la posibilidad de ir acompañado, de cruzarse o de cambiar de dirección. Aunque los anchos adecuados y otras medidas del espacio público deban estar dimensionados de acuerdo a los flujos peatonales y a las características de uso del espacio peatonal, las normas de accesibilidad deben garantizar unos mínimos que hagan posible la circulación autónoma a todas las personas en cualquier situación.

La regulación de las características del itinerario peatonal accesible en la OM también contempla su alineamiento y ubicación dentro de los espacios públicos urbanizados, determinando que el mismo deberá discurrir “siempre de manera colindante o adyacente” al límite edificado. Si recuperamos la idea de túnel de paso para facilitar la comprensión del desarrollo del itinerario peatonal, encontraremos que la configuración planteada en la OM ubica uno de los laterales de dicho túnel, siempre que sea posible, en la línea de fachada. Esta medida, además de facilitar la orientación de los invidentes que circulan por el itinerario peatonal, favorece la ubicación de los elementos de mobiliario urbano próximos al límite con el itinerario vehicular.

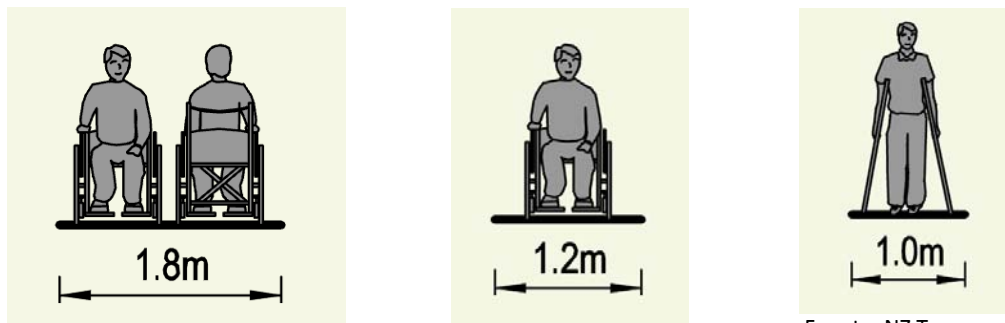
En cuanto a la continuidad y la autonomía del tránsito de peatones en los puntos de cruce, los problemas más comunes suelen deberse a la necesidad de salvar el desnivel entre acera y calzada. Para resolver este punto crítico, la OM prevé varias soluciones, en cuya elección y aplicación deberá siempre tomarse en cuenta el mantenimiento y no invasión del ámbito de paso del itinerario peatonal que continua por la acera. Una de estas soluciones se refiere a la utilización de vados peatonales. Cumpliendo con la premisa de garantizar en todo caso la continuidad, el vado deberá responder a unos parámetros mínimos de diseño y ubicación, entre los que destacan el ancho mínimo de paso (regulado en consonancia con lo estipulado para el itinerario peatonal accesible en

1,80 m), pendientes máximas o características de pavimento y encuentro enrasado entre el plano inclinado del vado y la calzada.

El ancho mínimo del IPA, fijado en 1,80 m, es el estándar a cumplir en todo el espacio público urbanizado, y proviene de la voluntad expresada en el artículo 11.1 del ya referido RD 505/2007, de 20 de abril, según el cual *los itinerarios peatonales garantizarán, tanto en el plano del suelo como en altura, el paso, el cruce y el giro o cambio de dirección, de personas, independientemente de sus características o modo de desplazamiento*. La cantidad de 1,80 m es reconocida como la necesaria para que dos personas en silla de ruedas se puedan cruzar cómodamente, considerando los márgenes mínimos de control necesarios (Gráfico 4.4).

Como excepción, y de aplicación en la ciudad consolidada, se admite el estrechamiento puntual de 1,50 m, cantidad que se considera suficiente para el paso confortable y el giro a 90º de una persona en silla de ruedas, una persona con muletas o dos personas caminando juntas.

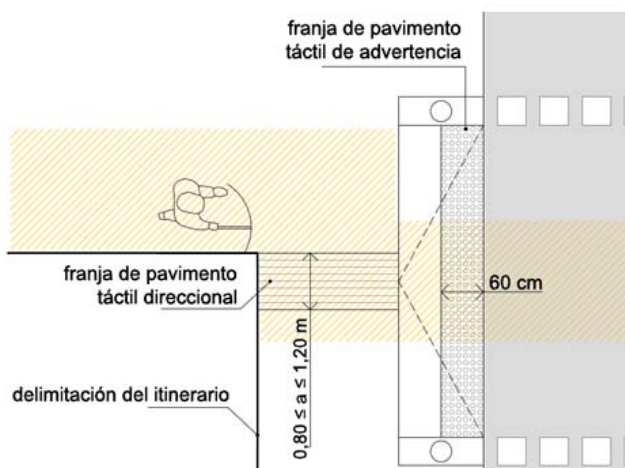
Gráfico 4.4. : Medidas de anchura requeridas para distintas necesidades de movilidad



Fuente: NZ Transport Agency 2009

Un elemento clave, y polémico por la variedad de opciones presentes en las normativas autonómicas, es la señalización táctil del cruce peatonal. En la OM se establecen dos tipos de bandas de pavimento táctil, una de tipo direccional para conducir hacia el vado y otra de advertencia para

Gráfico 4.5. Referencias táctiles dentro del IPA según la OM 561/2010.



Fuente: OM 561/2010

señalar el límite entre la zona peatonal y la calzada (Gráfico 4.5). En ambos casos se establecen los detalles constructivos y de colocación en la propia OM.

Todas estas características técnicas complementarias, que se desarrollan a lo largo de distintos artículos de la OM, se añaden a lo establecido en el artículo 5 de condiciones generales del itinerario peatonal accesible, y reflejan una

vez más el protagonismo del IPA y su papel articulador de los demás contenidos.

La importancia del túnel o ámbito de protección peatonal que establece el IPA es mayor si consideramos que su efecto no se restringe a la mejora de accesibilidad. Así, las personas mayores son particularmente sensibles frente a la percepción de amenazas a su espacio de movilidad (Fobker and Grozt, 2006). Su sentido de fragilidad y el miedo a sufrir caídas en la vía pública es uno de los mayores frenos a su salida de casa, por lo que la insuficiente seguridad respecto a la inviolabilidad de ese espacio es gran impedimento para lograr una mayor autonomía en la ciudad y un menor aislamiento. Precisamente una de las crecientes amenazas a la seguridad percibida por los mayores es la presencia sin control de bicicletas en las aceras, tal como demuestran Stahl et al (2008). En dicho artículo se muestran datos procedentes de una encuesta postal a 338 mayores de una ciudad de tamaño medio en Suecia, donde la segunda barrera ambiental y factor de riesgo detectado en el espacio público resulta ser la presencia y comportamiento de los ciclistas en aceras y espacios compartidos, sólo precedido por los riesgos derivados de la nieve y el hielo en invierno.

4.5. CASO 2: LOS AJUSTES RAZONABLES, UN INSTRUMENTO “FINALISTA” PARA PROMOVER LA ADAPTACIÓN DE EDIFICIOS EXISTENTES⁶⁹

La Convención de NN.UU. de Derechos de las Personas con Discapacidad entiende por Ajustes Razonables lo siguiente:

Por «ajustes razonables» se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Art. 2 CDPCD2006

La figura jurídica de los “ajustes razonables”, aplicada al entorno construido, es representativa de una forma de abordar la promoción de la accesibilidad no relacionada con estándares, sino con resultados concretos a conseguir en relación con personas o colectivos específicos. Hemos denominado como “finalista” este instrumento en la medida que su objetivo no es cumplir un mínimo marcado por un parámetro (ancho de paso, fuerza requerida, velocidad...) o cualquier otra medida universalizadora de accesibilidad, sino el hecho de que una situación concreta se pueda adaptar para realizar una acción concreta o preservar un derecho concreto y así evitar una situación

⁶⁹ Este apartado está parcialmente basado en el artículo del autor y Francesco Cocco “Ajustes razonables en la rehabilitación de polígonos de viviendas: aplicación al barrio Montserrat de Terrassa (Barcelona)” en *ACE: Architecture, City and Environment, Arquitectura, Ciudad y Entorno*, 11 (29): 31-58, 2015.

discriminatoria. Se identifica con la palabra “ajuste”, por cuanto se presume que hablamos de entornos o situaciones ya existentes, no realizadas a la medida de la persona, sino adaptadas a posteriori para evitar esa discriminación. El grado y condiciones de ese “ajuste” necesario será lo que determine que sea considerado “razonable”, y su puesta en práctica sea legalmente protegida.

4.5.1. Origen y evolución del concepto de ajuste razonable

La noción de Ajuste Razonable (*reasonable accommodation*) se introdujo en primer lugar en el derecho de Estados Unidos, en una época, como los años 70, de efervescencia de los derechos civiles. Se introdujo en 1972 dentro de la Equal Employment Opportunity Act o ley para combatir la discriminación en el mercado de trabajo. El término tenía originalmente la intención de proteger los derechos de los trabajadores de atender a sus prácticas religiosas, siempre que eso no comportara una “carga indebida” para el empleador (Velo Martel 2011). Los ajustes razonables deben ser, por tanto, provistos para cumplir con el principio de igualdad de trato en el empleo, definido como la ausencia de discriminación directa o indirecta.

Tras la aprobación de la Ley de Americanos con Discapacidad (ADA) en 1990, se podría haber esperado una renovación de la jurisprudencia sobre ajustes razonables ya que ahora esta figura pasaba a ser sobre todo aplicable a las personas con discapacidad. Sin embargo, los tribunales entendieron que, puesto que los legisladores habían elegido términos previamente definidos en las sentencias sobre asuntos religiosos, la intención era mantener su significado. La interpretación restrictiva persistió. Peor aún, una nueva lectura, basada en elementos de la ley y de determinadas escuelas de pensamiento económico, limitó el alcance de los ajustes razonables aún más (Velo Martel 2011).

La figura legal de los ajustes razonables se ha ido aplicando después en distintos ámbitos con el objeto, al menos en teoría, de proteger el derecho de las personas con discapacidad a participar en igualdad de condiciones en el acceso a los bienes y servicios. El ajuste razonable no está diseñado ni permite responder a las profundas barreras estructurales que sustentan un resultado discriminatorio; es fundamentalmente una respuesta particular y reactiva. Como derecho individual deja sin cuestionar o socavar a las políticas discriminatorias que pudieran sustentar o promover la exclusión o discriminación preexistente, no cuestionan el desequilibrio que pueda existir entre trabajador y empleador, consumidor y proveedor, residente y promotor de un entorno discriminatorio.

El origen de este concepto no ha sido correspondido en Estados Unidos con una interpretación jurídica abierta, acorde con la intención original, sino al contrario, de forma restrictiva. Y así ha seguido siendo después de la aplicación del ADA en 1990, que incorpora este criterio en su aplicación a las modificaciones de los puestos de trabajo para garantizar la igualdad de derechos de los empleados con discapacidad. Se genera a partir de ese momento mucha mayor jurisprudencia y debate en torno a la interpretación y aplicación tanto del término “ajuste razonable” como del de “carga indebida” o “carga desproporcionada”. Algunos casos de elevada relevancia como el de Vande

Zande contra el Estado de Wisconsin han demostrado que la relación que se establece entre los conceptos de razonabilidad y carga desproporcionada lleva a creer que incluso pequeñas cantidades de dinero se pueden negar si el ajuste no es considerado razonable (Velho-Martel 2011), así como que el uso de análisis coste-beneficio para determinar la carga desproporcionada pueden ignorar aspectos cruciales de la discriminación y los costes de la humillación cotidiana, la desigualdad y la estigmatización (Sunstein, 2007). En consecuencia, como destaca Hosking (ibid), *razonable* es un término que puede tener muchos significados, de modo que entre la limitada orientación que ofrece el ADA y las distintas interpretaciones judiciales del término no hay una concepción comúnmente aceptada sobre en qué consiste un “ajuste razonable”.

Es con la aprobación de la *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de NN.UU.* en 2006 (ver Capítulo 1) que ambos términos (ajuste razonable y carga indebida) se introducen en el derecho internacional, en el marco de la protección de los derechos humanos. Así, el art 2, sobre Definiciones, considera la denegación de ajustes razonables como una “discriminación por causa de discapacidad”.

Dicho concepto se introduce en el Art. 5 sobre *Igualdad y no discriminación*, en estos términos:

*A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de **ajustes razonables**.*

Convención de NN.UU. Derechos Personas con Discapacidad 2006. Art.5

Así como en el art. 14: Libertad y seguridad de la persona

*Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de **ajustes razonables**.*

Convención de NN.UU. Derechos Personas con Discapacidad 2006. Art.14

En el art. 24: Educación

*Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que: ... c) Se hagan **ajustes razonables** en función de las necesidades individuales;*

Convención de NN.UU. Derechos Personas con Discapacidad 2006. Art.24

Y en el art. 27: Trabajo y empleo

Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

*(...) i) Velar por que se realicen **ajustes razonables** para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;*

Convención de NN.UU. Derechos Personas con Discapacidad 2006. Art.27

La Convención de NN.UU., al expresar por primera vez en un instrumento sobre derechos humanos legalmente vinculante, el requisito de que se establezcan ajustes razonables para personas con

discapacidad, sitúa los derechos de estas personas en un marco sólido y progresivo de igualdad de oportunidades (Lord 2010). En cambio, no contiene ninguna cláusula específica relativa a la igualdad de trato por anticipación, pero es razonable sugerir que esta condición está implícitamente recogida en el requisito de que los estados partes tomen las medidas adecuadas para que las personas con discapacidades tengan igual acceso al entorno físico, el transporte, la información y comunicación y otras instalaciones y servicios a disposición del público (art. 9), las relativas a medidas para el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad a vivir en comunidad, incluido tener acceso a un conjunto de servicios a domicilio, apoyos comunitarios residenciales y comunitarios, incluida la asistencia personal necesaria para apoyar la vida e inclusión en la comunidad (art. 19), así como facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad de modo y en un plazo de su elección y a costes razonables (art 20) (Hosking 2011).

Los ajustes razonables requieren medidas positivas para afrontar las necesidades específicas de las personas con discapacidad con objeto de asegurar la igualdad de derechos en trabajo, educación, salud y calidad de vida. Pueden concretarse como servicios auxiliares, ayudas, o supresión de barreras, que deben proveerse siempre que no creen una carga administrativa o financiera indebida. Pero para que estos derechos relacionados con la igualdad y no discriminación sean efectivos será necesaria la implementación de ajustes razonables de forma sostenida a largo plazo (Lord 2010), así como encontrar soluciones creativas a través de la alteración de los espacios físicos, el uso de tecnologías adicionales o modificaciones en la carga de trabajo o responsabilidades, en su caso, para las personas con discapacidades (Barnett et al 2012).

Por otra parte, en el contexto del modelo social de discapacidad el término “razonable” es inherentemente problemático (Barnes 1991), pues en él la deficiencia es la “condición”, mientras la discapacidad es la consecuencia social de vivir con una –percibida- limitación en una sociedad discapacitante. De este modo, un ajuste que no sea efectivo en conseguir tales propósitos –eliminar la discriminación- no se puede considerar razonable. Por oposición, en cambio, sí que es posible afirmar que donde se produzca una “carga desproporcionada” el ajuste no será razonable y no será requerido (California Dept of Justice, 2003). La carga desproporcionada es evaluada a la luz de la naturaleza y el costo, los recursos financieros de la instalación, los recursos financieros de la entidad, y el tipo de operación (Steinman, 2000)

En el campo académico resulta llamativa la falta de trabajos de investigación y publicaciones de calidad que analicen diferentes aspectos de la aplicación de los ajustes razonables. Casi todas las publicaciones registradas en búsquedas mediante *Google Scholar* y *Science Direct* por el autor remiten a revistas de tipo jurídico y su contenido se centra sobre todo en el alcance legal del concepto y la revisión de las escasas resoluciones judiciales existentes, fundamentalmente en aplicación del *Americans with Disabilities Act* (ADA).

Esto contrasta con la necesidad de profundizar en el conocimiento de sus condiciones de aplicación y la importancia que este concepto parece tener para garantizar el efectivo derecho de igualdad de oportunidades de la población con discapacidad tanto en su acceso al trabajo, como a los bienes y

servicios, en general. El Informe Mundial de la Discapacidad (OMS 2001) se refiere reiteradamente a la necesidad de investigar los costes económicos de los ajustes razonables (pag. 48), así como su necesaria concreción a la hora de establecer criterios de calidad y estructurar los servicios (pagos. 89, 93, 298), los sistemas de atención de la salud (pag. 91) o educativos (pag. 231, 236, 240, 249) y los puestos de trabajo (pag. 265, 272, 284) para personas con discapacidad.

Este informe mundial señala un conjunto de ejemplos de cómo aplicar estos criterios de ajuste razonable en los servicios generales de salud (ver cuadro)

EJEMPLOS DE AJUSTES RAZONABLES en los servicios generales de salud

Fuente: OMS (2011): Informe mundial de la discapacidad. Tabla 3.6

1. Modificaciones estructurales de las instalaciones

Soluciones recomendadas: garantizar un trayecto accesible desde la calle o el medio de transporte hasta la clínica; asignar plazas de estacionamiento adecuadas para las personas con discapacidad; configurar la disposición de las salas de examen y otros espacios dentro de la clínica de modo que se permita el acceso de equipos de movilidad o asistentes; instalar rampas y pasamanos; ensanchar las puertas y entradas; retirar de los corredores todos los equipos que obstruyan el paso; instalar ascensores; colocar señalización de alto contraste, con letras grandes y en Braille; instalar inodoros y lavamanos modificados; colocar asientos para quienes no puedan esperar de pie o sentados en el piso.

2. Uso de equipos con características de diseño universal

Soluciones recomendadas: camillas de altura ajustable o disponibilidad de camillas o catres más bajos para examinar a los pacientes; básculas de plataforma o para posición sentada; equipos diagnósticos accesibles en silla de ruedas (por ejemplo, mamógrafos).

3. Comunicación de información en formatos adecuados

Soluciones recomendadas: presentar la información sanitaria en formatos alternativos, como letras grandes, Braille, audio e imágenes; hablar de manera clara y dirigirse directamente al paciente; comunicar la información pausadamente para asegurar la comprensión; demostrar las actividades, además de describirlas; emplear servicios de interpretación de lengua de señas; facilitar lectores, escribientes o intérpretes que ayuden a los pacientes con los formularios.

4. Adaptación de los sistemas de concertación de citas

Soluciones recomendadas: permitir la concertación de citas mediante correo electrónico o fax; enviar recordatorios de citas telefónicamente o por mensaje de texto; programar tiempo adicional para las citas; ofrecer los primeros o los últimos turnos del día; agrupar las citas de salud en general y las consultas por necesidades específicas de la discapacidad.

5. Uso de modelos alternativos de prestación de servicios

Soluciones recomendadas: telemedicina, servicios mediante clínicas móviles y visitas domiciliarias; integrar en las consultas médicas a los familiares y cuidadores, cuando resulte apropiado y así lo desee el paciente; ofrecer asistencia para el transporte al centro de prestación de servicios de salud.

4.5.2. La difícil implementación de los ajustes razonables y la carga desproporcionada

La aparente dicotomía existente entre ajustes razonables y carga desproporcionada requiere un cierto análisis puesto que su conceptualización es inconcreta y entra dentro de lo que se conoce como “conceptos jurídicos indeterminados”, aquellos que la ley define de manera abstracta y solo se pueden concretar a la hora de su aplicación práctica. El debate jurídico se ha planteado sobre todo en la aplicación de ajustes razonables en el ámbito laboral, es decir, en la adaptación del puesto de trabajo. Una de las cuestiones claves desde un punto de vista legal es determinar si ambos conceptos son dos caras de una misma moneda, y por tanto incompatibles. En este sentido Keating (2010) plantea cuestiones como las siguientes: ¿puede una demanda de ajuste convertirse en no-razonable cuando impone una carga desproporcionada? o ¿puede un ajuste razonable suponer una carga desproporcionada?

La respuesta a estas preguntas viene en buena parte determinada por el grado en que el ajuste razonable que un individuo demanda esté conectado con su discapacidad, lo que puede ser confuso de establecer. Los jueces han aplicado una variedad de mecanismos lógicos para resolver estas cuestiones a las que se enfrentan, pero ninguno de ellos carece de importantes lagunas o puntos polémicos. Los debates y diferentes interpretaciones jurídicas demuestran que los tribunales aún no han proporcionado un método que permita analizar la relación entre una discapacidad y un ajuste reclamado y que medie entre los valores que entran en competencia en esos análisis (Harvard Law Review 2013). No obstante, disponer de modelos de análisis es mejor que nada. En la aplicación en la normativa estadounidense sobre ajustes razonables (la ya citada Americans with Disabilities Act, ADA) se pueden considerar tres modelos que permiten establecer los nexos entre las demandas legales y las incertidumbres inherentes a las condiciones y consecuencias de la discapacidad (ibid):

1. El modelo puente:

Se requiere una conexión causal directa entre las limitaciones de actividad alegadas por el demandante y el ajuste razonable que reclama. Es decir, el ajuste se vincula con la discapacidad únicamente mediante la identificación de una limitación sustancial acorde con la definición de esa discapacidad que figura en la normativa (el ADA en este caso). El nexo aquí se puede conceptualizar como un puente. El/la demandante construye un “puente” cuando demuestra que se ve sustancialmente limitado/a para la realización de alguna actividad básica de la vida diaria, conectando de esta manera sus circunstancias reales con la definición legal de discapacidad. De este modo la capacidad de reclamar ajustes se ve limitada a aquellos que están directamente vinculados con la discapacidad originalmente referenciada.

A causa de que sólo ciertas actividades se consideran “actividades básicas de la vida” (major life activities) en el ADA y que es difícil probar que se sufre una “limitación severa” (substantial limitation), el modelo puente es el más restrictivo de los tres. Se le critica que trata la vida como un conjunto desagregado de “actividades básicas” en la que objetivos como dormir, trabajar,

caminar o procrear, son actividades completamente desvinculadas entre sí, lo que resulta falso para una mayoría de personas. La discapacidad se introduce en muchos aspectos de la vida de forma compleja, y a veces nebulosa, intensificando a menudo limitaciones de la persona que no están directamente relacionados con la discapacidad.

2. El modelo constelación.

También requiere que el demandante justifique la relación entre sus limitaciones y el ajuste reclamado, pero permite una mayor relación de conexiones lógicas en el análisis. El resultado depende de la capacidad del tribunal para establecer nexos entre el ajuste reclamado y la constelación de efectos de esa discapacidad. En este caso la limitación sustancial en una actividad de la vida diaria es un dato, pero no restringe la forma en que la discapacidad puede formar parte del caso. Los jueces que aplican este modelo toman en consideración una mezcla de criterios objetivos y su propia intuición para determinar si el ajuste reclamado está dentro o fuera de la esfera de esa discapacidad.

En lugar de cerrarse en torno a la terminología legal sobre “limitaciones sustanciales” y las arbitrariedades que esto implica, el modelo constelación conceptualiza la discapacidad de manera holística.

3. El modelo iceberg.

Algunos tribunales han conceptualizado la discapacidad como una masa amorfa cuyos bordes exteriores no pueden ser determinados por los jueces. Aquí la existencia de una limitación en una “actividad básica de la vida” supone un umbral para justificar que la discapacidad existe, tras la cual se supone la conexión con cualquier ajuste que el individuo pueda requerir. Es como el rodeo que un barco hace frente a un iceberg, sabiendo que por debajo hay mucho más de lo que se ve. Se prefiere la equivocación por exceso, que el riesgo a toparse con alguna parte hundida y naufragar.

Las críticas a este modelo son de signo opuesto. Desde los que consideran que puede favorecer el presentar de forma dramática los efectos de la discapacidad para obtener provecho, o los que piensan que da ventaja a los que tienen una discapacidad frente a aquellos otros que no la tienen en ese grado pero sufren efectos similares en el ámbito donde se aplica el ajuste. Y también, la crítica al carácter precisamente contradictorio en relación a los deseos del movimiento pro integración de las personas con discapacidad al incidir demasiado sobre las limitaciones y no sobre los potenciales y habilidades de estas personas. Se estaría así subestimando las capacidades reales de las personas con discapacidad.

La anterior discusión demuestra que los tribunales estadounidenses, a pesar de contar con la normativa más antigua sobre derechos de las personas con discapacidad y ajustes razonables aún no han desarrollado un método para analizar la conexión entre una discapacidad y un ajuste requerido y que sirva para mediar entre los aspectos contrarios que este análisis implica. El modelo puente tiende a ser demasiado restrictivo, el modelo constelación inequitativo y el modelo iceberg

paternalista. No hay ningún modelo lógico que pueda satisfactoriamente cada situación con las que se enfrenta, lo que guarda cierta lógica con la idea de que la ley sobre discapacidad es una disciplina inherentemente subjetiva, que se sustancia en profundas identidades personales e interacciones

Por otro lado, Hosking (2011) plantea que en muchos casos habrá un cierto rango de opciones de ajuste. Cuando se da la posibilidad de elegir entre distintas posibilidades, cada una de ellas razonable por definición, la tarea de elegir el “ajuste razonable” debe ser la que más respete la dignidad de la persona, resuelva sus necesidades, promueva la autonomía individual e independencia, así como la inclusión social. Aquellos que deban soportar la “carga” del ajuste, deben hacerlo de forma no desproporcionada. Teóricamente el efecto que el requisito de ajuste razonable del ADA debe conseguir es que los empresarios colaboren con sus empleados discapacitados para llegar a alguna solución que les permita realizar las funciones esenciales del trabajo. Si el ajuste es demasiado costoso en relación con los recursos financieros de la empresa, el empleador no está obligado a hacer tal ajuste. (Szymanski, 2009). De hecho, el tipo preciso de ajuste requerido por el ADA puede variar dependiendo de los recursos financieros de la empresa. Así la empresa Mercedes-Benz, por ejemplo, podría estar obligada a proporcionar ajustes más caros que un pequeño empresario, debido al tamaño y la riqueza de esta empresa, pues lo que puede ser razonable para una gran corporación multinacional puede ser crear una carga excesiva a un empleador mucho menor (Szymanski, 2009)

Lo que no alberga duda es que la negativa a proporcionar esos ajustes razonables sería ilegal. Pero incluso estando claro este extremo, no queda claro lo que se debe interpretar como ajuste razonable y lo que los empleadores –si se trata de un lugar de trabajo- deben “ajustar”. Lo que es razonable admite diferentes significados, pero entre la limitada guía proporcionada por el ADA y otros instrumentos legales desarrollados en EE.UU. (donde ya existe una cierta jurisprudencia al respecto), y la variada interpretación dada por los jueces, no resulta en la práctica una comprensión común sobre qué se puede calificar como *ajuste razonable*. (Keating 2010). Las modificaciones introducidas en el ADA en 2008 (dando lugar al AADA, con otra A de “amended”, enmendada) siguen dejando muchas cuestiones interpretativas de la norma original, y entre ellas está el propio significado de los ajustes razonables.

Se puede resumir que el ADA como principal fuente de análisis y jurisprudencia –aunque muy centrada en los temas de adaptación del puesto de trabajo- establece que la línea entre lo razonable y lo no razonable es más bien indefinida, y esta confusión ha provocado (Keating, 2010), que las personas con discapacidad tengan expectativas inciertas de protección, los empleadores tengan obligaciones impredecibles y los tribunales apliquen resoluciones divergentes e inconsistentes.

4.5.3. La aplicación de los ajustes razonables en EE.UU.: casos y recomendaciones

Como hemos visto, las normas que establecen la exigencia de ajustes razonables si no hay carga desproporcionada se han planteado de forma flexible. Incluso hasta el punto de que se haya criticado esta flexibilidad por cuanto no ofrece suficiente guía para prevenir litigios por diferentes

interpretaciones –en el mercado laboral- entre empleado y empleador. Ni el Congreso (legislador), ni los juzgados han ofrecido una fórmula que permita equilibrar los factores que se incluyen bajo el concepto de ajuste razonable (Keating 2010). Lo que conocemos son los cinco factores que entran en juego en EE.UU a la hora de determinar si un ajuste impone una carga desproporcionada sobre quien ha de aplicarlo:

- (1) la naturaleza y el costo de la adaptación;
- (2) los recursos financieros totales de las instalaciones correspondientes;
- (3) los recursos financieros globales de la empresa, el número de empleados, la ubicación de sus instalaciones,
- (4) el tipo de operación de negocios, incluyendo su estructura y las funciones de su fuerza de trabajo, y la relación geográfica, administrativa o fiscal entre los servicios involucrados y la empresa en su conjunto
- (5) la perturbación de otros trabajadores y el proceso de producción.

Los casos que llegan a los tribunales no son solo decisiones judiciales. También reflejan las normas y valores de la sociedad. Quién inicia los casos y cómo son argumentados y decididos son como declaraciones que revelan lo que es buena práctica y lo que no. Los supuestos sociales convencionales que consideran la discapacidad como una condición biomédica del individuo subyacen en decisiones legales que provocan una carga desproporcionada sobre esas personas con el fin de justificar ajustes sin costes o con costes muy bajos.

El reconocimiento de que las condiciones y las relaciones sociales subyacentes determinan las vidas de las personas con discapacidad y la discriminación a que se enfrentan conduce a una interpretación más restrictiva de la carga desproporcionada y nociones más abiertas sobre qué tipo de ajustes se pueden esperar. (Rioux et al 2001).

En un informe específico el Comité del Senado de EE.UU sobre trabajo y recursos humanos (Labor and Human Resources Report) ha establecido los principales pasos a seguir para la determinación de en qué casos es preciso realizar ajustes razonables:

- El primer paso es “identificar barreras a la igualdad de oportunidades”
- El segundo es “identificar posibles ajustes”
- El tercero es “valorar lo razonable de cada uno en términos de efectividad e igualdad de oportunidades”
- El cuarto es “implementar el ajuste que sea más apropiado para el empleado y no ponga una carga desproporcionada sobre el empleador”

Pero según este Comité el sentido de “razonable” no tiene nada que ver con si el ajuste supone o no una carga desproporcionada, pues no son términos contradictorios (Keating 2010). No son dos caras de la misma moneda, se trata de dos conceptos diferenciados según este autor y según buena parte de los casos que cita. En cambio hay interpretaciones contrarias, como la del juez Posner en el caso

Vande Zande (Sunstein, 2007). En este caso el criterio de razonabilidad aplicado se deriva de un análisis de costes y beneficios, teniendo estos que ser mayores que aquellos.

Keating (2010) señala que los juzgados han intentado restringir la naturaleza de los ajustes razonables de dos formas. Primero, algunos juzgados de primera instancia han requerido una conexión entre la actividad vital que la persona con discapacidad señala como limitada, y el ajuste requerido. Segundo, algunos tribunales han confundido el significado de ajuste razonable y carga desproporcionada al ver ambos términos como dos caras de la misma moneda o imágenes reflejadas en un espejo. Los casos recogidos en la experiencia internacional (Rioux 2001) muestran la difusa línea que separa los ajustes razonables de la carga desproporcionada. Muchos tribunales han fallado señalando qué ajustes son razonables en función de si causan o no una carga desproporcionada y, en general, se han mostrado inconsistentes a la hora de aproximarse a ambos conceptos y determinar sobre quién cae la carga de demostrar si el ajuste es razonable o no.

Keating (2010) señala que en un principio el concepto de ajuste razonable se introdujo en el ADA por parte del Congreso para referirse a los cambios necesarios a introducir para eliminar las barreras a la igualdad de oportunidades. El proceso de ajuste se focaliza en las necesidades de un individuo en particular respecto a la realización de un trabajo concreto a causa de su deficiencia mental o física. La cuestión de si es o no razonable, entendido de esta manera, resulta independiente de la existencia de carga desproporcionada sobre el empleador. Cuando ésta fue inicialmente introducida se refería a un estándar muy elevado, de modo que un ajuste no dejaría de ser razonable si no amenazaba la existencia del negocio de ese empleador.

En cambio, la interpretación judicial ha ido por otro camino diferente a la de la historia legislativa y en muchos casos los jueces de EE.UU. han interpretado el término “razonable” como una expresión de que los empleadores sólo están obligados a intervenir en ajustes que no tengan un coste excesivo (o ni siquiera un coste) o problemas y dificultades. En los demás casos se trata de una intervención “no razonable”. Por este motivo algunas cortes judiciales en EE.UU. han interpretado la palabra razonable como una especie de análisis coste-beneficio.

4.5.4. El papel del análisis coste-beneficio en la determinación de los ajustes razonables

Como se ha visto, para determinar si tomar determinadas medidas da lugar a una carga desproporcionada se deben tomar en cuenta los costes de todo tipo, la escala y recursos financieros de la entidad, el impacto sobre la persona interesada de no proveerse el ajuste, así como las posibilidades de obtener financiación pública u otras ayudas. En definitiva, esta interpretación de lo que es razonable ha introducido una forma de análisis coste-beneficio, lo que podría ser una vía adecuada para integrar todos estos elementos y dimensiones en una medida monetaria fácil de interpretar.

No obstante, el ACB es un método no exento de problemas de aplicación en este caso determinado (Velo Martel, 2011) y en la valoración de la accesibilidad en particular (a este respecto ver Alonso (1999) y Alonso (2002b)). Una típica dificultad de este tipo de análisis es que puede ignorar los costes y beneficios que no sean fácilmente medibles. Por ejemplo, las barreras emocionales a la integración son difíciles de transformar en equivalentes monetarios: resulta difícil cuantificar aspectos como la estigmatización o la desigualdad. Pero también tiene ventajas importantes como la posibilidad de mostrar o poner en evidencia que una negativa a realizar ajustes razonables puede estar más fundamentada en hábitos o prejuicios que en razones o resultados objetivables. Sin un método para calcular costes o beneficios, los analistas tienden a apoyarse en sus propias intuiciones o especulaciones.

Evidentemente, llegar a justificar que esa estigmatización supone un coste significativo y estimable no resulta fácil, pero es importante para la aplicación real de las normativas vistas anteriormente. El análisis coste-beneficio puede ser de gran ayuda para concretar efectos, incluso intuiciones, o justificar los beneficios derivados de la eliminación de esa discriminación o las humillaciones derivadas de la falta de derechos o accesibilidad (Sunstein 2007). Desconocer los costes del ajuste razonable (el conjunto de costes) o apoyarse en análisis coste-efectividad puede resultar muy contradictorio con la propia idea de estimar una “carga indebida”.

La aplicación práctica del análisis coste-beneficio plantea problemas importantes, pero que no son ajenos a la aplicación de esta técnica en otros campos. Desde convertir el beneficio de la adaptación razonable en unidades monetarias, hasta cómo valorar técnicamente los cambios de utilidad que se producen, si utilizando la medida de “disposición a pagar” o la de “disposición a aceptar compensación”, u otras como la compensación de los efectos de renta en uno u otro caso. Incluso, el propio resultado del análisis puede ser extraño o difícil de explicar: que lo “razonable” dependa de que la propia persona con discapacidad estuviera dispuesta a pagar una cantidad mayor que lo que cuesta el ajuste (Sunstein 2007) resulta poco comprensible en este contexto, por mucho que lo económico en este caso solo sirva para ordenar las preferencias. Y, por otra parte, un ajuste puede ser razonable incluso si los costes superan a los beneficios, de acuerdo a las condiciones vistas con anterioridad.

Todo ello invita a hacer un uso limitado del análisis coste-beneficio, de modo que no siempre sea preciso cuantificar ambos extremos, aun cuando su explicitación sea recomendable. Y en todo caso, parecería que ayuda a racionalizar en el sentido de disponer de una forma de controlar que el coste no sea desproporcionado en relación con el beneficio conseguido.

Keating (2010) señala que de acuerdo a un estudio realizado con 5.000 encuestas en empresas del selectivo Fortune 500 la mitad de los casos de ajustes razonables en el lugar de trabajo en Estados Unidos (caso explícitamente introducido por el ADA) no le costaron nada a la empresa, y el 75% le costaron menos de 500\$. Pero este argumento carece de peso cuando la perspectiva con que se observa el problema, como en el caso del famoso juez Posner, es la de no aceptar ningún coste que no sea considerado estrictamente “razonable” desvirtuando los contenidos del propio ADA.

Finalmente, otro aspecto que surge de la experiencia que otorga la casuística es la aceptación o no de determinadas patologías como constitutivas de discapacidad, tal es el caso de la hipertensión, alcoholismo o drogadicción, stress post-traumático u obesidad. Como señalan Barnett et al (2012), no es sencillo siempre determinar dónde comienza la discapacidad y donde una elección personal basada en un estilo de vida

4.5.5. Los ajustes razonables en la normativa europea

En la Unión Europea, la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación prohíbe la discriminación en el empleo por motivos de religión, creencia, edad, orientación sexual y discapacidad. Fue, a su vez la primera que en el Derecho comunitario introduce los ajustes razonables, pues la igualdad de trato cuyo marco general aspira a establecer incluye la discapacidad como situación protegida contra la discriminación o el trato desigual injustificado (Cayo 2012).

Esta Directiva introduce un artículo denominado “Ajustes razonables para las personas con discapacidad” (artículo 5), que dice literalmente:

Ajustes razonables para las personas con discapacidad

A fin de garantizar la observancia del principio de igualdad de trato en relación con las personas con discapacidades, se realizarán ajustes razonables. Esto significa que los empresarios tomarán las medidas adecuadas, en función de las necesidades de cada situación concreta, para permitir a las personas con discapacidades acceder al empleo, tomar parte en el mismo o progresar profesionalmente, o para que se les ofrezca formación, salvo que esas medidas supongan una carga excesiva para el empresario. La carga no se considerará excesiva cuando sea paliada en grado suficiente mediante medidas existentes en la política del Estado miembro sobre discapacidades.

Directiva 2000/78/CE, Art. 5

Este artículo ha ejercido la principal influencia sobre los legisladores europeos en la creación de una obligación de proveer ajustes razonables para las personas con discapacidad, provocando la introducción de este concepto en los sistemas legales nacionales (Velo Martel, 2011). A partir de entonces se expandió por los ordenamientos internos y se fortaleció con la aceptación y soporte de la Convención de NN.UU. de 2006.

Las disposiciones sobre ajustes razonables de las directivas no requieren ningún cambio significativo del status quo, tan solo la provisión de cambios menores, especiales o excepcionales, en el tratamiento o disposiciones hacia los individuos con discapacidad, que de otra forma quedarían excluidos o discriminados en el mercado laboral o en su acceso a los bienes y servicios (Hosking, 2011).

Waddington (2008) analizó la legislación nacional que traspuso la Directiva en diversos estados miembros, encontrando diferentes significados del término y una falta de criterio común sobre qué

es una “adaptación razonable”. En su artículo, Waddington señala que al comparar los requisitos de ajuste razonable con los que establece el ADA americano, éste contiene unas estipulaciones más detalladas y se acompaña con un texto explicativo y de guía. Es en el Preámbulo de la Directiva donde se incluyen algunas referencias a las “medidas prácticas y efectivas para adaptar el puesto de trabajo a la discapacidad, tales como adaptación de instalaciones y equipamiento, tiempos de trabajo, distribución de tareas o la provisión de formación o recursos de integración”. El Preámbulo también establece alguna guía respecto a valorar si un ajuste concreto supone una carga desproporcionada. En concreto señala tres: los costes financieros y de otro tipo, la escala y recursos financieros de la organización y la posibilidad de disponer de ayudas públicas u otra asistencia. Estas tres causas influirán sobre las posteriores normativas nacionales, como veremos en el caso español.

En el contexto de la Directiva, un ajuste es simplemente una adaptación a procedimientos, procesos o infraestructura normales. De acuerdo al Artículo 5, la racionalidad de un ajuste no se refiere a que tenga un coste o perjuicio (inconvenience) limitado, sino a su potencial para proveer de igualdad de oportunidades, fiabilidad y eficiencia (Keating 2010). Valorar qué tipo de ajustes son los que permiten alcanzar estos objetivos requiere un análisis individual que tenga en cuenta la situación específica de esa persona y el tipo y condiciones de trabajo a que se refiere. En consecuencia no es posible para la legislación proveer una lista definitiva de ajustes apropiados o requeridos. Las legislaciones nacionales pueden, como han hecho muchos países miembros, dar una definición genérica –traspuesta desde la Directiva- y una lista ilustrativa de tipos de ajuste. En algunos países se han utilizado otros términos diferentes al de “ajuste”, como Finlandia (“pasos”), Irlanda y Francia (“medidas apropiadas”); pero todos ellos han de tener en esencia el mismo significado, establecido por la Directiva.

Uno de los países con uno de los más desarrollados y robustos marcos legales contra la discriminación de las personas con discapacidad es Gran Bretaña. Antes de que existiera la Directiva, este país ya tenía aprobada su Ley sobre Discriminación en la Discapacidad (Disability Discrimination Act, DDA) de 1995, en muchos aspectos similar al ADA de Estados Unidos, aprobado cinco años antes. El DDA fue modificado en 2004 para incluir muchas de las disposiciones de la directiva.

Las Organizaciones No Gubernamentales presionaron para incluir este concepto de “ajuste razonable” en la Directiva, dada su previa inclusión en el ADA de Estados Unidos, pero no está muy claro que haya sido una decisión adecuada dada la dificultad de interpretación del concepto de “racionalidad” en relación con los “ajustes” que se observa en la aplicación legislativa de aquel país (Waddington 2008). Dificultad que se ve ya reflejada en la aplicación de las normativas nacionales también en Europa (Roulstone y Prideaux, 2009). Si en un primer momento parece que el término solo obliga al empleador a realizar actuaciones que no resulten en un coste o dificultades excesivas, la interpretación de “razonable” también puede remitir a la calidad del ajuste y al hecho de que este deba ser “efectivo”. Los distintos matices presentes en las normativas nacionales determinan interpretaciones diferentes que dificultan el establecimiento de un marco de aplicación legal único. En algunos casos (Holanda, Irlanda, Francia) el sumar los adjetivos de “efectivo” o “apropiado” al concepto de ajuste razonable aporta mayor claridad en su interpretación.

Un caso de capital importancia para establecer jurisprudencia en Europa respecto a los ajustes razonables en el campo del empleo (y más allá...) es la sentencia de la Corte de Justicia Europea del pasado 11 de Abril de 2013 relativa a los casos C-335/11 and C-337/11 de Ring and Skouboe Werge⁷⁰. Estas dos trabajadoras, con discapacidad presentaron a través de su sindicato una demanda contra su despido que había sido aplicado con un proceso de notificación abreviado en base a la legislación nacional y debido a sus ausencias por enfermedad.

Entre otras cosas, la Corte estableció que una reducción de horas de trabajo podía constituir un ajuste razonable de acuerdo a la Directiva de Empleo y la Convención de NN.UU. de Derechos de las Personas con Discapacidad. Como consecuencia se requirió al empleador tomar medidas adecuadas para permitir que una persona con discapacidad tenga acceso y condiciones de participación en su empleo mediante la reducción de sus horas de trabajo. Además, si el empleador tiene la posibilidad de solicitar una ayuda pública para cubrir una parte del salario del empleado con discapacidad, no podrá rechazar el proveerle del ajuste razonable.

Por último, esta sentencia es también importante por cuanto no permite al empleador despedir a un empleado que ha sido incapaz de trabajar durante un largo periodo de tiempo sin estudiar la posibilidad de dotarle de un ajuste razonable y reintegrarlo en su puesto de trabajo.

4.5.6. Los ajustes razonables en el entorno construido: el caso de España.

En relación con los ajustes o alteraciones a realizar en el entorno construido es en las viviendas donde se están produciendo cambios relevantes. En países con tradición más liberal, como EE.UU. las tendencias más recientes especifican que los proveedores de vivienda no tienen que hacer alteraciones estructurales a sus propiedades o pagar por ellas, pero deben aceptar estas alteraciones si alguna otra persona las paga (Hosking 2011).

En Europa, de forma similar a la confusión resultante del ADA norteamericano (Keating 2010), los Estados Miembros de la UE han conferido diferentes significados al término, de modo que no hay una idea común de lo que son ajustes razonables. Diversos países europeos⁷¹ han realizado cambios a principios de los años 2000 en sus mecanismos de intervención para la inclusión social de las personas con discapacidad y otros colectivos con limitación funcional. La adaptación de la edificación existente es en ocasiones una de las medidas contempladas, pero no suelen ser tan concretas como las que al respecto establece en España la *Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*. En Gran Bretaña, se permite la flexibilidad, dando a los consultores, y empresas de construcción la posibilidad de ejecutar los ajustes de acuerdo a necesidades individuales, no habiendo ningún organismo oficialmente reconocido que supervise esas decisiones.

⁷⁰ http://www.edf-feph.org/Page_Generale.asp?DocID=13854&thebloc=32297 Accessed 04.01.2014

⁷¹ Cuadro realizado a partir de un análisis comparado realizado por Ana Moreno, Ministerio de Fomento, 2013. Manuscrito

En Alemania no hay mandato para adaptar edificios existentes. El modelo francés, ha establecido la obligatoriedad de adecuar los servicios públicos en menos de 10 años y prescribe normas técnicas para hacer que estos sean accesibles. La Ley nº 2005-102, de 11 de febrero exige obligaciones de accesibilidad a las construcciones nuevas y a los edificios existentes; requiere la mayoría de votos de la Comunidad de propietarios para la realización o autorización de las obras de accesibilidad, que podrán realizarse a costa de la persona que las inste.

En cuanto a Italia existe una legislación general a nivel de gobierno central y particularizada a través de asambleas regionales que han ganado cada vez más autonomía, variando los términos del ajuste razonable de una zona a otra. Los costes de la eliminación de las barreras de acceso en edificios privados están cubiertos por un fondo especial en el Ministerio dei Lavori Pubblici que se reparte entre las regiones italianas que han solicitado su asistencia y gestionadas por los ayuntamientos. La LPH regula la posibilidad de realizar instalaciones de ascensores, salva escaleras, etc., en zonas comunes del edificio cuando sea solicitado por un discapacitado que viva en el inmueble, sea o no propietario, cuya decisión debe tomarse por mayoría simple de la Comunidad.

En Portugal existe un mandato para adecuar los edificios existentes (Ley 163/2006, de 8 de agosto) La LPH ha sido modificada recientemente para facilitar la instalación de ascensores o rampas cuando alguno de los propietarios sea discapacitado, sin establecer una obligación económica al resto de los propietarios del inmueble.

En España, la figura de los ajustes razonables para su aplicación en el entorno construido surge desde el reconocimiento de que aplicar la normativa de accesibilidad a los edificios existentes es una tarea compleja o incluso imposible por las limitaciones estructurales o de otro tipo que se plantean. Ya la primera ley marco de promoción de derechos de las personas con discapacidad, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI) estableció, aunque de forma vaga, la necesidad de realizar cambios en las condiciones de accesibilidad de los entornos construidos. Los artículos 55 y 56 establecían lo siguiente:

Artículo cincuenta y cinco.

*Uno. Las instalaciones, edificios, calles, parques y jardines existentes y cuya vida útil sea aún considerable, serán **adaptados gradualmente**, de acuerdo con el orden de prioridades que reglamentariamente se determine, a las reglas y condiciones previstas en las normas urbanísticas y arquitectónicas básicas a que se refiere el artículo anterior.*

Dos. A tal fin, los Entes públicos habilitarán en sus presupuestos las consignaciones necesarias para la financiación de esas adaptaciones en los inmuebles que de ellos dependan.

Tres. Al mismo tiempo, fomentarán la adaptación de los inmuebles de titularidad privada, mediante el establecimiento de ayudas, exenciones y subvenciones.

Cuatro. Además, las Administraciones urbanísticas deberán considerar, y en su caso incluir, la necesidad de esas adaptaciones anticipadas en los planes municipales de ordenación urbana que formulen o aprueben.

Artículo cincuenta y seis.

Los Ayuntamientos deberán prever planes municipales de actuación, al objeto de adaptar las vías públicas, parques y jardines, a las normas aprobadas con carácter general, viniendo obligados a destinar un porcentaje de su presupuesto a los fines previstos en este artículo.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos

La ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) caracteriza específicamente los ajustes razonables al incluirlos como una de las medidas contra la discriminación establecidas en su artículo 7, junto a la prohibición de conductas discriminatorias y de acoso, exigencias de accesibilidad y exigencias de eliminación de obstáculos. El reciente Real Decreto Ley 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 define los ajustes razonables como

Las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos.

A su vez la LIONDAU establecía en su art. 7 c) que para determinar si una carga resulta o no desproporcionada se tendrán en cuenta:

1. Los costes de la medida,
2. Los efectos discriminatorios que suponga para las personas con discapacidad su no adopción,
3. La estructura y características de la persona, entidad u organización que ha de ponerla en práctica, y
4. La posibilidad que tenga de obtener financiación oficial o cualquier otra ayuda.

Y señala que las administraciones públicas competentes podrán establecer un régimen de ayudas públicas para contribuir a sufragar los costes derivados de la obligación de realizar ajustes razonables. Además establecerán un sistema arbitral que, sin formalidades especiales, atienda y resuelva con carácter vinculante y ejecutivo para ambas partes, las quejas o reclamaciones de las personas con discapacidad en materia de igualdad de oportunidades y no discriminación.

Finalmente, la Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas, introduce este concepto que ya había recogido la Ley 51/2003 LIONDAU en relación a entornos edificados, replicando el concepto, pero adaptado a las necesidades específicas de la edificación residencial que pueda ser rehabilitada o pueda requerir una adaptación. El cálculo de cuándo una carga resulta desproporcionada queda establecido de la siguiente forma:

Se entenderá que la carga es desproporcionada, en los edificios constituidos en régimen de propiedad horizontal, cuando el coste de las obras repercutido anualmente, y descontando las ayudas públicas a las que se pueda tener derecho, exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes

Ley 8/2013, de 26 de junio Art. 2: Definiciones

Un aspecto de gran trascendencia es la determinación del sujeto que debe sufragar el ajuste razonable. Los cambios legislativos desde 2011 han sido muy claros y ambiciosos en cuanto a la protección del derecho de la persona con discapacidad. Efectivamente, la *Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* modifica la Ley de Propiedad Horizontal en los siguientes términos:

Artículo 15. Modificación de la Ley 49/1960, de 21 de julio, sobre Propiedad Horizontal.

Uno. Se modifica el apartado 2 del artículo 10 de la Ley 49/1960, de 21 de julio, sobre Propiedad Horizontal, que queda redactado del siguiente modo:

«2. Asimismo, la comunidad, a instancia de los propietarios en cuya vivienda vivan, trabajen o presten sus servicios altruistas o voluntarios personas con discapacidad, o mayores de setenta años, vendrá obligada a realizar las actuaciones y obras de accesibilidad que sean necesarias para un uso adecuado a su discapacidad de los elementos comunes, o para la instalación de dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan su comunicación con el exterior, cuyo importe total no exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes.

Lo dispuesto en este apartado no será de aplicación cuando la unidad familiar a la que pertenezca alguno de los propietarios, que forman parte de la comunidad, tenga ingresos anuales inferiores a 2,5 veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), excepto en el caso de que las subvenciones o ayudas públicas a las que esa unidad familiar pueda tener acceso impidan que el coste anual repercutido de las obras que le afecten, privativas o en los elementos comunes, supere el treinta y tres por ciento de sus ingresos anuales.»

Y el apartado 3 del artículo 11 también se modifica quedando como sigue:

«3. Cuando se adopten válidamente acuerdos para la realización de obras de accesibilidad, la comunidad quedará obligada al pago de los gastos, aun cuando su importe exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes.»

Estas modificaciones quedan refrendadas en la posterior Ley 8/2013 de 26 de Junio, y en el Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de Noviembre por el cual se unifica y deroga toda la normativa previa: LISMI, LIONDAU, y la recién citada Ley 26/2011 de adaptación a la Convención.

Podemos, por tanto resumir las condiciones a tener en cuenta para determinar cuándo un ajuste es razonable en el caso concreto de las intervenciones de adecuación o rehabilitación de un edificio para facilitar la accesibilidad universal:

1. El coste no superará 12 mensualidades ordinarias de gastos de la comunidad de vecinos, una vez descontadas las ayudas públicas para la adecuación en caso de que las hubiere.
2. Los efectos discriminatorios que se derivarían de la no adopción
3. Las condiciones y características que tiene la entidad que ha de hacer los ajustes razonables
4. Los programas de financiación u obtención de ayuda que puedan estar disponibles.

El margen de interpretación que ofrecen estas cuatro condiciones es muy elevado y dará lugar, en la medida que estos derechos sean reclamados, a diversas polémicas técnicas y jurídicas. Resulta difícil determinar el peso relativo de cada una de ellas, e incluso la estimación concreta de su importancia. Incluso una medida aparentemente concreta como la primera puede dar lugar a muy distintas interpretaciones desde el momento que la Ley 8/2013 establece para los edificios constituidos en régimen de propiedad horizontal, que los costes de las obras de adaptación se entenderán repercutidos anualmente. Es decir, que de acuerdo a las condiciones de financiación establecidas u obtenidas por una comunidad de vecinos, el mismo ajuste puede resultar razonable, o por el contrario, una carga desproporcionada.

Un ejemplo de la flexibilidad que se deriva de la inclusión de ajustes razonables en la renovación de edificios es esta frase extraída del DA DBSUA/2⁷² de Diciembre 2015

Quando el proyectista justifique suficientemente que no es urbanística, técnica o económicamente viable alcanzar las condiciones recogidas en la tabla 2 [Tolerancias admisibles para las condiciones de accesibilidad] o, en su caso, que es incompatible con la naturaleza de la intervención o con el grado de protección del edificio, se deberían aplicar otras medidas que faciliten, en el mayor grado posible, el acceso y la utilización del edificio o establecimiento por la mayor diversidad posible de situaciones personales.

La adopción de la Convención de 2006 puede dar lugar a nuevos juicios en relación con los ajustes razonables en distintos ámbitos. Cayo (2012) señala una sentencia de la Audiencia Nacional española del año 2009 en la que se resuelve fallando a favor del demandante, al aplicar directamente la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en concreto los ajustes razonables por razón de discapacidad. Al demandante se le había denegado por parte del Ministerio de Educación una beca, al no reunir el solicitante los requisitos de índole académica (número mínimo de asignaturas superadas con aprovechamiento) establecidos en la convocatoria. Considera la sentencia que la situación de discapacidad del demandante (que comporta migrañas recurrentes e intensas, y somnolencia prolongada) lo sitúa en desigualdad de condiciones frente a otros solicitantes sin discapacidad (que pueden seguir un régimen de estudios constante y regular) y que en el caso es lícito acudir a los ajustes razonables para eximirle del cumplimiento estricto de los requisitos académicos exigidos. En este supuesto, la desigualdad en la que la concreta discapacidad coloca a la persona hace que opere la adecuación específica (“modificaciones y adaptaciones necesarias”, en fraseología de la Convención) que comportan los ajustes razonables, y que pasan por

⁷² Documento de Apoyo al Documento Básico DB-SUA Seguridad de utilización y accesibilidad Código Técnico de la Edificación. DA DB-SUA/2 *Adecuación efectiva de las condiciones de accesibilidad en edificios existentes*. Ministerio de Fomento, Diciembre de 2015

la relajación de los requisitos académicos genéricamente establecidos para todos los aspirantes a la beca. A esto hay que agregar, que la modificación no impone cargas indebidas, al menos así lo aprecia el Tribunal, por lo que procede la aplicación de los ajustes razonables al caso, constituyendo la salida para permitir el ejercicio del derecho.

Hay que destacar que tanto las tolerancias establecidas en el cumplimiento de la norma (excepciones aplicables de manera puntual o variaciones sobre el parámetro o exigencia técnica establecido) como estas excepciones o soluciones alternativas se pueden considerar “ajustes razonables”, y permiten un grado de discrecionalidad muy elevado cuando se pueda encontrar justificación “suficiente”. Esto puede dar pie a una fraudulenta búsqueda de justificaciones, por otra parte fáciles de encontrar en un mundo tan complejo como la renovación de edificios. Y aquí resulta clave también la tecnología, que está transformando el potencial de ajuste o adaptación a través de sistemas TIC, ya sea en el campo de los “productos de apoyo”, “control de entornos” o domotización.

Discutir todas estas implicaciones no es objeto de esta tesis, máxime cuando se está tratando de conceptos y condiciones de aplicación que apenas cuentan con unos años de antigüedad y sobre los que se cuenta con muy poca o nula literatura científica e incluso jurisprudencia en este momento. El hecho de que la aplicación de ajustes razonables esté presente de forma cada vez más destacada en el articulado de la normativa técnica dota a esta figura de un carácter diferente respecto a su inicial concepción. Entonces se creó con la intencionalidad de garantizar el cumplimiento de derechos a la no discriminación en situaciones particulares y la normativa de carácter técnico debe articular soluciones de alguna forma estandarizadas para resolver los ajustes que se deban producir ante determinadas circunstancias previamente caracterizadas. Y estas circunstancias deben tomar en cuenta elementos como la seguridad o la accesibilidad que son de una enorme relevancia a la hora de plantear rehabilitaciones o intervenciones sobre el patrimonio edificado existente. Esta transformación conceptual no cuenta con una solución que sea fácilmente generalizable a la vez que respete el carácter que dio origen a los ajustes razonables.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

LA ACCESIBILIDAD EN EVOLUCIÓN

La accesibilidad, como expresión de la relación entre la persona y el medio, está en permanente evolución. Esta no solo se ve en la publicación de normativas cada vez más específicas y acompañadas de planes y medidas de implementación, sino en una creciente integración competencial en las distintas escalas de gobierno. Las teorías que interpretan sus fundamentos y justifican su necesidad también evolucionan, con nuevas visiones y evidencias, nuevos agentes y disciplinas implicadas.

Los problemas de accesibilidad surgen como consecuencia de la diversidad funcional que caracteriza al ser humano desde el nacimiento y durante las distintas etapas y acontecimientos de su vida. Esta diversidad, por distintos motivos, no ha sido reflejada en la concepción de los entornos construidos, bienes y servicios, haciendo necesario revisar los criterios básicos de diseño así como la corrección de las condiciones existentes. Las soluciones que la accesibilidad ofrece en relación con el diseño de entornos para acoger esa diversidad han variado desde una perspectiva centrada en la “supresión de barreras” hasta otra enfocada al “diseño para todos” y la llamada “accesibilidad universal”. Paralelamente, la gerontología, ya desde finales de los años 30 del siglo pasado, ha desarrollado un interés específico por comprender cómo afectan esos entornos a las personas en proceso de envejecimiento, lo que ha constituido una valiosa fuente de análisis y comprensión de esta temática.

La accesibilidad se ha abordado primeramente desde una dimensión política y de derechos, como estrategia para suprimir las barreras que provocan la discriminación de las personas con discapacidad. Esta perspectiva, que surge del reconocimiento de sus necesidades y discriminación para acceder a los diferentes entornos, ha tenido repercusión sobre el sector del diseño, la ingeniería y la arquitectura como disciplinas responsables de aplicar un número creciente de instrumentos normativos destinados a fomentar la construcción de nuevos entornos accesibles para las personas con discapacidad. La accesibilidad se puede resumir así como un conjunto de características que definen la facilidad de uso para estas personas en un entorno dado. Pero este enfoque parece ahora mostrar algunas insuficiencias, tanto por sus carencias de implementación, como por su recurrente apelación a las soluciones centradas en la producción de nuevas normativas jurídicas y técnicas.

La necesidad de una reinterpretación de las relaciones de ajuste persona-entorno es consecuencia en buena medida de un cierto fracaso en incorporar a nuevos agentes, nuevos aliados, nuevos

interesados en la tarea de concebir y transformar los entornos de una manera más acorde a las realidades funcionales de la población. Y esto incluye un cierto desconocimiento y desinterés académico en buena parte fundamentado en la falta de referentes teóricos, de información estadística y de trabajos empíricos de calidad.

Un segundo enfoque de la accesibilidad está más ligado al impacto del entorno sobre las necesidades de las personas en su proceso de envejecimiento. Éste se ha desarrollado hasta ahora de manera diferencial en los campos de la psicología, la terapia ocupacional y la gerontología ambiental. Mientras la primera perspectiva ha estado más ligada a la acción colectiva, a las políticas públicas, esta segunda no ha tenido una proyección específica en la regulación sobre los entornos de uso común, pero sí sobre la mejora de las condiciones individuales, los entornos personales, subjetivos y próximos a la práctica, siendo la adaptación funcional de la vivienda uno de sus ámbitos más característicos de aplicación. Es en este último contexto donde se plantea, a través de la teoría ecológica del envejecimiento (TEE), que el encaje persona-entorno (y con él la accesibilidad) puede ser el resultado de un proceso bidireccional. En él alcanzar un nivel de adaptación óptimo no será solo resultado de la intervención sobre el entorno, sino de una adecuación a la competencia específica de la persona, de modo que su potencial se maximice, sin que esto implique que el entorno tenga que reducir a cero la presión ambiental o el estímulo por alcanzar la adaptación.

Una perspectiva integral, que integre estos enfoques, requiere un abordaje multidisciplinar como el utilizado en esta tesis. La perspectiva panorámica adoptada y plasmada en los cuatro capítulos: CONCEPTOS, ANALISIS EMPÍRICO, POLÍTICAS e INSTRUMENTOS, es necesaria para entender la evolución de la accesibilidad como relación persona-entorno, considerando que se trata de un área de estudio muy joven y en permanente cambio a lo largo de las últimas décadas. Por ello, el análisis realizado no es meramente descriptivo, ni solo fundamentando en el uso de fuentes secundarias; también se ha incluido una investigación empírica para validar el cumplimiento de algunos principios básicos que contribuyen a dar a esta investigación un mayor alcance científico.

Los cuatro capítulos en que se estructura la tesis están bien diferenciados y son hasta cierto punto autónomos, con unos títulos breves que sintetizan el aspecto principal sobre el que se quería centrar el enfoque dado a esa visión evolutiva de la accesibilidad. Las conclusiones obtenidas responden de manera bastante fiel a la lógica de esa ordenación. Pero también dan lugar a consideraciones de tipo general y conjunto, como se muestra en estas conclusiones estructuradas en torno a lo que se podrían considerar distintas preguntas de investigación que subyacen en este trabajo.

1- ¿Cuáles son las bases sobre las que se concibe la accesibilidad como un campo de estudio multidisciplinar?

La accesibilidad, como expresión del grado de ajuste persona-entorno tiene distintas perspectivas: desde las vinculadas con el espacio (geografía, arquitectura), hasta las que la vinculan con la salud

(gerontología, psicología) o incluso las de carácter económico como consecuencia de su doble consideración como bien público o como bien privado o privatizable bajo determinadas circunstancias. También tiene otras dimensiones, tanto de tipo personal, subjetivo, como de tipo social o ambiental. Las condiciones objetivas de la accesibilidad a los entornos en cada sociedad muestran su ambición de inclusión social, pero también la calidad de diseño de sus espacios públicos, infraestructuras y equipamientos.

Podemos decir que el interés por la accesibilidad surge desde la necesidad de *inclusión*, por un lado (perspectiva de discapacidad), y de *no-exclusión* por otro (perspectiva gerontológica), entendiendo esta última perspectiva como relativa a la progresiva pérdida funcional en la vejez. Si aquella ha tenido un mayor impacto en las ciencias vinculadas al diseño de entornos, como consecuencia de las normativas anti-discriminación, ésta ha tenido más impacto en las ciencias de carácter socio-sanitario, a las que ha dotado de una epistemología desde la que investigar las distintas expresiones y consecuencias del desajuste persona-entorno, particularmente en la vejez.

A partir de la aparición, desde los años 20 y 30 del siglo pasado, de las teorías que reconocen el importante papel que desempeña el ambiente en la explicación del comportamiento humano (Wahl, 2006), han surgido distintas formulaciones teóricas, particularmente en relación con la vejez, dando lugar no sólo a avances teóricos, sino a un importante cúmulo de evidencia empírica (Wahl, et al., 2009). La relación del entorno con la salud también se ha reconocido desde hace siglos por parte de arquitectos, profesionales de la salud y reformadores sociales, pero en la actualidad adquiere mayor relevancia cuando la OMS publica en 2001 la CIF, donde se considera que la discapacidad surge de la interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales, ambientales y personales. Hoy, como señalan Beard et al. (2009), ya hay una creciente evidencia de que el entorno en el que una persona vive puede tener importantes efectos sobre su salud.

La dependencia de unas condiciones “amigables” del entorno es mayor cuanto mayor es la fragilidad de los individuos, como nos indica la Hipótesis de Docilidad Ambiental (Lawton y Simon, 1968), HDA, según la cual el equilibrio entre la capacidad funcional y la presión ambiental se puede conseguir mediante cambios en cualquiera de las dos. Esto implica que incluso si la competencia funcional del individuo se deteriora, su capacidad para realizar actividades se puede mejorar por medio de la reducción de las demandas del entorno. Y para conseguirlo la fórmula más habitual es la de la normativa, el establecimiento de unos mínimos de accesibilidad a cumplir en cada tipo de entorno, ya sea de tipo físico (una rampa), virtual (una página web), perceptivo (un recorrido táctil), etc., lo que constituye una solución insuficiente. En este contexto, conceptos como usabilidad y diseño universal adquieren gran importancia. También la concepción de la accesibilidad basada en las teorías gerontológicas de ajuste persona-entorno constituye una buena herramienta para abordar el análisis de soluciones que permitan propiciar objetivos sociales como el del “envejecimiento en casa”. Vincularla a la doble dimensión de las competencias individuales con las condiciones del entorno sigue siendo un desafío (Gitlin, 2003), y el doble enfoque de accesibilidad absoluta y “a la medida” de cada persona no es fácil de acometer desde una perspectiva de políticas públicas. Pero al mismo

tiempo se trata de un objetivo inevitable, en la medida que los entornos de vida, particularmente la vivienda, constituyen un ámbito donde las preferencias personales siempre tendrán un gran peso en cualquier decisión.

El enfoque presión–competencia sobre el que se basa la Teoría Ecológica del Envejecimiento (Lawton y Nahemow, 1973), TEE, ofrece un buen modelo de análisis teórico pero difícilmente trasladable al campo aplicado de la accesibilidad, por cuanto el nivel de exigencia del entorno es difícilmente regulable y asignable individualmente, como se ha demostrado en la práctica. Pongamos un ejemplo: a la salida del vagón del Metro podemos disponer, en muchas estaciones, de distintas opciones para ascender hacia el nivel de la calle, con distintos niveles de exigencia: ascensor, escalera mecánica o escalera fija. Resulta difícil segmentar el uso de acuerdo a la capacidad funcional de cada tipo de viajero. Por una parte están los factores objetivos de condiciones funcionales de la persona (sus limitaciones motoras o sensoriales, nivel de energía, etc.) pero a ellos se han de añadir otras de carácter circunstancial y que provocan presión ambiental, como el hecho de portar maletas o el hecho de llegar tarde al trabajo y tener prisa o sentir cierta claustrofobia, encontrarse con gripe, etc. Todos estos elementos determinan el uso prioritario de un medio u otro y no solo la búsqueda de la máxima comodidad, que podría revelar una conducta fuera de su “nivel de adaptación” (NA)⁷³ tal como se consideraría desde la TEE un uso permanente del medio menos exigente. Si bien en ocasiones se comienzan a utilizar medios disuasorios para evitar el uso del ascensor por parte de personas que no lo necesitan, lo cierto es que por ahora resulta difícil evitarlo, por lo que se producen efectos como las aglomeraciones, que a menudo excluyen a aquellas personas que realmente lo necesitan y la repetición de pautas de sedentarismo y falta de actividad física que conducen a problemas de obesidad, cardiovasculares y otros, etc. en aquellos usuarios que no lo necesitan.

2- ¿Cómo inciden los distintos modelos sobre la definición de las políticas públicas?

La perspectiva persona-entorno puede matizar y complementar una visión de las políticas públicas basada en la idea de “accesibilidad universal”; ésta se deriva de una perspectiva de la accesibilidad centrada en la discapacidad y, resulta coherente con el “modelo social de la discapacidad” en cuanto a la necesidad de transformar el entorno discriminador y opresor de manera absoluta por medio de la prevención y supresión de barreras. En cambio el modelo persona-entorno, procedente de la gerontología ambiental, incorpora una visión más próxima a la adecuación de los entornos de acuerdo a las necesidades personales, donde la accesibilidad absoluta, derivada de la exigencia normativa generalista, se vuelve más “blanda”, más acorde a las necesidades individuales y subjetivas y también más correctiva. No se trata sólo de evitar las barreras, sino de conseguir el entorno adecuado al grado de competencia del usuario.

⁷³ Punto de cruce entre la competencia personal y la presión ambiental donde se produce un balance óptimo en la transacción, es decir, donde las demandas ambientales coinciden con los niveles de competencia

Una primera aproximación a la vinculación persona-entorno en el hogar requeriría relacionar cada limitación funcional con las características de diseño y ejecución de la vivienda en que habita la persona con discapacidad. De esta forma se podría intervenir mejor para maximizar su autonomía y capacidad, mejorando así las soluciones y programas de adaptación correspondientes. Pero adaptar la exigencia al NA de cada persona ante un entorno determinado no encuentra una traslación fácil al mundo real donde resulta difícil aplicar las combinaciones de competencias individuales y presión ambiental propia de la TEE. En cambio, lo que se tiende es a generalizar la oferta de entornos poco exigentes donde suele resultar muy difícil realizar la asignación adecuada. Este será el caso de las políticas orientadas a crear una cuota de viviendas adaptadas en las promociones de viviendas de protección oficial o a disponer de un número mínimo de habitaciones “adaptadas” en los hoteles. En ambos casos se trata de soluciones que plantean importantes problemas de rechazo por parte de aquellos individuos cuyo nivel de competencia personal es más elevado que el requerido por estos entornos adaptados, a menudo tachados como “de aspecto hospitalario”. Otra consecuencia de la necesidad de ofrecer equipamientos adaptados a distintos niveles de competencia es el conflicto de interés entre distintos colectivos de usuarios, como ocurre entre personas con carritos de bebé y usuarios de sillas de ruedas por los espacios reservados de los autobuses urbanos, o la necesidad de señalización táctil con relieve para invidentes en los pasos peatonales, que dificulta la movilidad de los usuarios de sillas de ruedas.

Otra dimensión a tomar en cuenta es el de la propia condición de discapacidad. Éste es un término de compleja construcción en el que inciden aspectos personales y sociales, médicos y funcionales; también aspectos de identidad y valoración social y propia. Todo ello comporta que la vinculación de la accesibilidad como constructo social incorpore cierta complejidad sobre todo en la plasmación política y regulatoria que viene en buena medida impulsada por una concepción de corte materialista (Shakespeare 2014) como es el modelo social de la discapacidad. Este autor (ibid: 44) lo resume de forma muy simple: *un entorno accesible minimiza las inconveniencias derivadas de la deficiencia, pero no iguala a las personas discapacitadas con las que no lo son.*

El equilibrio entre factores objetivos y subjetivos que, con distintas expresiones gravita sobre las soluciones de los problemas de accesibilidad, añade un grado de complejidad que debe ser investigado en mayor profundidad y con una perspectiva más próxima a su aplicabilidad en los entornos físicos concretos. Las necesidades de ajuste y las condiciones de estrés ambiental se estudian de forma muy desvinculada de las características precisas que ofrece el medio, haciendo muy difícil llevar a la práctica por parte de diseñadores, ingenieros, etc. soluciones más “adaptables” y acordes a ese rango amplio de demandas individuales.

Puede que estas diferencias entre modelos de análisis tengan un limitado impacto en la práctica de la construcción normativa, pero los matices pueden ser importantes a la hora de orientar las soluciones. Un ejemplo de ello sería la diferencia entre producir viviendas “adaptadas”, concebidas desde un paradigma de “el máximo de accesibilidad” o viviendas “adaptables”, concebidas con la máxima capacidad de respeto a la necesidad subjetiva e individual. Estas matizaciones pueden

parecer una vez más demasiado sutiles para un público poco consciente de las necesidades de accesibilidad (un público que a menudo no es capaz de identificar el significado del término, como hemos demostrado), pero pueden tener un efecto muy relevante en el éxito de las soluciones aplicadas. Así, volviendo a las políticas públicas mencionadas, como las que exigen la realización de un cupo de viviendas adaptadas (en torno al 3 o 4% de la promoción de vivienda de protección oficial, VPO), lo que ha resultado poco efectivo en la práctica, se pueden proponer alternativas, tales como la generalización de las viviendas “adaptables”. Así se está haciendo actualmente –de forma obligatoria- en Londres y otras ciudades británicas, donde se exige el cumplimiento del estándar denominado Lifetime Homes, una solución más flexible y adecuada a la diversidad de demandas de accesibilidad, gracias a cumplir con unos mínimos de adaptabilidad. Del mismo modo, frente al enfoque de un cupo de habitaciones adaptadas en todos los hoteles, que marca la normativa, cabría plantear la alternativa de un tipo de habitación de uso universal y transformable, que generara menos rechazo entre aquellos que no precisan todas las prestaciones –a menudo “hospitalarias”-de accesibilidad que ofrecen las habitaciones adaptadas (Alonso, 2007).

La adaptación funcional de la vivienda, entendida como una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potenciar la realización de actividades de la vida diaria (Boverket, 2000) es una de las políticas donde la perspectiva individualizada o “centrada en el usuario” se sobrepone al “diseño universal” o “diseño para todos”. Se trata de una fórmula efectiva para facilitar las actividades de la vida diaria de las personas con limitaciones, ya provengan de la “discapacidad” o el “envejecimiento” (dicho así en aras de simplicidad, pero conscientes de que no son conjuntos disjuntos), y una práctica desde la que plantear nuevas interpretaciones y construcciones sobre el ajuste entre la persona y el entorno (Gitlin, 2003), que se puede proyectar al barrio y equipamientos urbanos de proximidad. Se trata de un marco de intervención aun escasamente explorado y que se está incorporando a las prácticas del sector de la construcción a través de las nuevas demandas de rehabilitación de la edificación, tal como ocurre en España con la Ley 8/2013 de 26 de junio de *rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*.

3- ¿Tienen las personas conductas tendentes a favorecer el ajuste entre sus condiciones y las del entorno de la vivienda?

Conviene comenzar por reconocer el deseo mayoritario de permanencia en el propio hogar en el proceso de envejecimiento (Rioux, 2005; Oswald & Wald, 2004), así como durante la discapacidad. Esta permanencia implica la necesidad de incrementar un conjunto de prestaciones y servicios para aquellos que no disponen de ellas, lo que a menudo choca con dificultades técnicas, económicas y organizativas, incluidas la disposición de vivienda adecuada, la existencia y pago de cuidadores y la provisión de servicios de tipo socio sanitario, ocupacional, etc. La adaptación funcional de la vivienda es uno de los caminos más necesarios y efectivos para favorecer el ajuste persona-entorno que favorezca la permanencia en casa de las personas mayores (*ageing in place*), aunque esto implica

también el respeto a los valores de éstas en relación con sus viviendas y, en definitiva, la búsqueda de equilibrio entre los aspectos simbólicos y prácticos asociados a ellas (Sixsmith et al., 2014).

Aunque se han investigado fórmulas de diagnóstico sobre la relación persona-entorno (Iwarsson e Isacsson, 1999) a partir de las cuales encontrar soluciones o estrategias de adaptación de la vivienda, apenas se ha abordado el estudio empírico de los comportamientos adaptativos, su efecto y los factores que los provocan. El objetivo buscado en esta tesis es -siguiendo el modelo de Lewin $B = f(P, E)$ -encontrar evidencias empíricas que manifiesten si existe la conducta adaptativa (B) en la práctica y cuáles son los factores o covariables de tipo personal (P) y de entorno (E), que la puedan explicar. Para ello se han identificado dos grandes operaciones estadísticas de las que obtener información relativa a las personas con discapacidad y las personas mayores en el contexto español y europeo. Estas son las encuestas EDAD de 2008 y SHARE W4, oleada 4 de 2011, como se ha explicado en detalle en el capítulo 2.

El resultado nos permite obtener conclusiones sobre la cantidad y condiciones de las conductas adaptativas, en la forma de gastos realizados en mejoras de accesibilidad, ayudas técnicas y otros (caso español, EDAD2008) o de estar residiendo en edificios y viviendas con mejoras de accesibilidad (caso europeo, SHARE W4).

El análisis empírico realizado parte de la selección de variables dependientes. Ésta se ha realizado utilizando preguntas de las que obtener variables proxy de conductas adaptativas en cada cuestionario. De hecho, se han utilizado las únicas preguntas con capacidad de representar tales conductas, tanto en un cuestionario como en el otro. En la encuesta española sobre población con discapacidad, EDAD 2008, la conducta adaptativa se mide como el gasto –sin subvenciones- realizado por motivo de discapacidad y dedicado a *ayudas técnicas, adaptaciones, vivienda o equipamiento y suministros del hogar*. En cambio, las adaptaciones consideradas en la encuesta SHARE W4 (Oleada 4) comprenden distintas condiciones de diseño, modificaciones y equipamiento para favorecer a las personas con incapacidades físicas o problemas o de salud, tales como *puertas más anchas, rampas, puertas automáticas, ascensores para sillas de ruedas, dispositivos de alerta (botones de alarma) o modificaciones en la cocina o en el baño*. En un caso se mide el nivel de gasto dedicado “a causa de la discapacidad” a mejoras de la vivienda y compra de ayudas técnicas. En el otro se diferencia a los hogares cuyas viviendas tienen determinadas condiciones de accesibilidad. Son dos formas indirectas para medir la voluntad de adaptar el entorno o utilizar algún instrumento o tecnología para ello.

A la vista de los resultados obtenidos en la regresión logística que se ha estimado, se demuestra que las dos variables dependientes utilizadas para medir ese comportamiento adaptativo son válidas y que tanto las condiciones funcionales de la persona, como las del entorno sirven para explicar ese comportamiento, de acuerdo a la ecuación sugerida por Lewin, gracias a un conjunto de covariables cuyos coeficientes son relevantes y significativos.

4. ¿Qué factores explican ese comportamiento adaptativo en los hogares?

A partir del trabajo empírico realizado se ha podido comprobar la existencia de conductas adaptativas, ya sea midiéndolas mediante el nivel de gasto realizado (encuesta EDAD) o mediante las características de la vivienda (encuesta SHARE). Estas conductas están relacionadas con factores de tipo económico, territorial, de capacidad funcional, etc. En concreto, los resultados del modelo muestran (Tabla C1) que factores como la edad, el nivel de renta, la preocupación por sufrir una caída o el tener determinadas dificultades para ejecutar tareas de la vida diaria o desenvolverse en el exterior de la vivienda explican el hecho de tener o no adaptaciones.

Tabla C1. Tipos de variables significativas en las encuestas EDAD y SHARE

Tipo de Variable	EDAD2008	SHARE W4
Edad	NO	SÍ
Sexo	NO	NO
Vive en pareja	NO	SÍ
Nivel de ingresos	SÍ	¿
Percibe pensión	NO	SÍ
Percibe subsidios	¿	SÍ
Vive en ciudad o pueblo	NO	SÍ
Vive en región rica	SÍ	¿
Número de discapacidades	SÍ	¿
Ha tenido fracturas	¿	SÍ
Dificultades para usar WC	¿	SÍ
Está en cama o sale de hospital	SÍ	SÍ
Dificultades o escalones en el portal o acceso	SÍ	SÍ
Existencia de ascensor	SÍ	SÍ
Tiene calefacción	SÍ	¿
Tiene ducha	SÍ	¿

En ambas encuestas se comprueba que cuando existen dificultades de acceso a la vivienda, tales como la falta de ascensor o un elevado número de escalones en el portal, éstas restringen las conductas adaptativas. Tener ascensor es un primer nivel requerido para fomentar el comportamiento adaptativo; aunque no se pueda establecer un nexo causal, lo cierto es que la existencia de otras adaptaciones en la vivienda viene condicionada en gran medida por su existencia.

Por tanto, las condiciones de la vivienda, sobre todo sus barreras, pero también otras como la superficie o antigüedad (en la encuesta europea, pues en la española no se recoge el dato) inciden de forma notable sobre el gasto y disposición de adaptaciones. Estos factores tienen un impacto similar o incluso superior (como en el caso del ascensor) a las características de tipo funcional, tales como limitaciones específicas (para el uso del WC en la encuesta europea) o los vinculados al número de discapacidades o las limitaciones sensoriales (en la encuesta española).

El nivel de ingreso de los hogares es también un factor explicativo de la realización de adaptaciones, sobre todo del gasto realizado en adaptaciones, que es lo que se mide en el modelo realizado con la encuesta EDAD2008 del INE. La elasticidad-renta de la demanda de adaptaciones es positiva, pues la probabilidad de realizar este tipo de gastos de acuerdo a la encuesta EDAD aumenta con la renta familiar, y el efecto es más elevado cuando establecemos umbrales de gasto mínimo de 500 o 2000€ al año. En resumen, a medida que aumenta su nivel de renta, se incrementa más que proporcionalmente el número de familias dispuestas a gastar en adaptaciones y con mayor cuantía. Todo ello nos podría conducir a interpretar que las adaptaciones se comportan más como un bien superior que de primera necesidad lo que podría llevar a conclusiones erróneas sobre la justificación y necesidad de este tipo de gasto. Recordemos que bienes tan básicos como la educación o la sanidad a menudo se comportan como bienes de lujo al observarlos de forma agregada. Por otro lado, las limitaciones de información que plantea la encuesta y la configuración de la pregunta (donde las tres categorías de gasto principales realizado se debían escoger de una lista) dificultan hacer una caracterización de este tipo sobre el conjunto agregado de bienes que hemos denominado “adaptaciones”.

En el caso de la encuesta europea sobre mayores SHARE, se puede deducir un comportamiento similar, aunque en este caso lo que conocemos es que a mayor renta y a mayor pensión los hogares tienden a residir en viviendas con mayor disponibilidad de adaptaciones.

Estos efectos se manifiestan también territorialmente, pues en las comunidades autónomas españolas de mayor renta se da un gasto mayor en productos y servicios vinculados a la mejora de la vivienda y de la autonomía de la persona. Del mismo modo, el gasto en adaptaciones resulta mayor en zonas urbanas que en zonas rurales, lo que contrasta con los resultados de algunos países, particularmente Suiza, donde ocurre lo contrario según los datos de la encuesta SHARE.

Los resultados de la encuesta europea desvelan el efecto positivo de los subsidios (aunque no se especifica de qué tipo son estos), hasta el punto de que una familia que los recibe tiene un 55% más de probabilidad de vivir en una vivienda con adaptaciones que otra que no los recibe, lo que se puede interpretar como una confirmación de la necesidad de políticas públicas para favorecer la adaptación de viviendas entre la población mayor.

5- ¿Cuáles son las principales limitaciones del análisis empírico, y cuáles sus causas?

Como hemos señalado, conseguir una accesibilidad más próxima y flexible requiere trabajar en los dos niveles posibles: los factores personales y los factores de entorno, y también más información que permita una mejor investigación. El trabajo empírico realizado con las dos grandes encuestas de discapacidad y envejecimiento, EDAD 2008 y SHARE W4 ha tenido que basarse en el uso de preguntas proxy –a modo de variables dependientes- precisamente por la falta de un diseño de

encuesta adecuado para investigar las condiciones de ajuste persona-entorno de mejor manera. De este modo no podemos conocer hasta qué punto las adaptaciones recogidas en la encuesta están vinculadas con políticas específicas llevadas a cabo en los distintos países (subvenciones a la adaptación, leyes de accesibilidad, códigos de edificación, sistemas de control y sanción, etc.) y cuáles de ellos han podido ser más activos o exitosos en esta tarea. Por el lado del individuo y sus decisiones también hay carencias importantes, en la medida que no sabemos el contenido de los gastos realizados (EDAD2008) y tampoco en qué casos existe una relación específica entre las condiciones funcionales de la persona y el hecho de residir en viviendas con adaptaciones (SHARE W4). Sabemos que la relación existe, pues el modelo nos ha permitido encontrar una relación explicativa, pero no conocemos en qué casos la residencia en viviendas con adaptaciones es una causa, una consecuencia o ninguna de ellas, información que es muy importante para poder orientar las políticas de adaptación de vivienda y *ageing in place*.

Otra información importante para este estudio, sobre todo la relativa a las condiciones de accesibilidad y uso de la vivienda, se ha recogido de manera insuficiente o irregular en los países, lo que no ha permitido hacer comparaciones significativas.

Existe una laguna pendiente de resolver en el mundo académico para potenciar el estudio de las vinculaciones entre necesidades espaciales, diseño de entornos y comportamientos. Y esta puede partir por algo tan simple como un mejor diseño de cuestionarios en encuestas como las citadas. Para ello hay que aproximar a la realidad de los estudiosos del proceso de envejecimiento o de la discapacidad algo que la OMS lleva mucho tiempo señalando, y es la gran dependencia entre las condiciones del entorno y la salud. Al ver un cuestionario como el de SHARE encontramos una perspectiva de salud a la que falta por incorporar la influencia del entorno, y es una laguna muy llamativa cuando hablamos de cuestionarios que ocupan más de 90 páginas y 2 horas de entrevista.

Es posible deducir que buena parte del incumplimiento generalizado de las normativas sobre accesibilidad que se registra en todos los países y que provoca gran frustración surge precisamente desde ahí, desde la incapacidad de someter a un juicio científico las propuestas –generalmente apoyadas en el llamado “modelo social de la discapacidad”- que conducen a propuestas escasamente realistas o muy basadas en el efecto disuasorio de normativas de grandes objetivos pero sin apenas mecanismos efectivos de implementación o sanción.

El tema de la accesibilidad puede compartir con otros aspectos desarrollados desde el ámbito de la discapacidad el diagnóstico de Shakesperare (2014): “los estudios de discapacidad han fracasado en equilibrar las demandas de cambio social radical y rigor intelectual. La traslación de ideas e ideologías desde el activismo a la academia no han sido acompañados de un proceso suficiente de autocrítica, prueba y verificación empírica”.

6- ¿Cuáles ha sido los precedentes y fórmulas de gobernanza que han conducido a una mayor implicación de la UE en las políticas nacionales sobre estos temas? ¿Qué aportaciones realiza la UE al proceso de hacer accesible el entorno?

Desde los años 70 a la mitad de los años 90 la política europea de discapacidad se centró en la integración en los mercados laborales. Prácticamente desde el cambio de milenio ésta política ha dejado de ser una “descuidada” rama de la política social para comprender no solo protección social e integración en el mercado de trabajo, sino la lucha por la igualdad de derechos y la no discriminación (Waldsmith, 2009), particularmente desde la suscripción de la Convención de NN.UU. de 2006.

La accesibilidad viene siendo objeto de atención por parte de las instituciones internacionales como forma de asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Los avances en estas instancias son después trasladados, en todo o en parte, a la normativa y programación de los países. La Unión Europea desde su creación ha definido sus políticas de discapacidad a partir de distintos modelos. En principio se trató de una extensión de la política social, particularmente relacionada con la inclusión en el mercado de trabajo, algo que sólo comenzó a cambiar a partir de los años 80 del siglo pasado, en que la intervención de NN.UU comenzó a marcar un nuevo rumbo más integral de las políticas de discapacidad. El cambio relevante se produjo a partir de los años 90 con la asunción del Modelo Social de la Discapacidad que considera la discapacidad como un constructo social, consecuencia de un entorno segregador, que ha de ser transformado y no una cuestión de rehabilitación de la población afectada. Este modelo subraya que las barreras ambientales impiden la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad. En 1997 con la introducción en el tratado de Ámsterdam de un artículo de lucha contra la discriminación que permitía a la UE impulsar políticas sobre este tema, aunque manteniendo el principio de subsidiariedad respecto a los estados miembros. Es aquí cuando comienza una política específica basada en la equiparación de derechos, que se vuelca en distintos instrumentos y planes de acción, pero especialmente en los planes de acción sobre discapacidad, que cubren los periodos 2003-2010 y 2010-2020.

En estos periodos se producen hasta 77 instrumentos, incluyendo leyes, políticas de accesibilidad, reglamentación técnica, e intentos de potenciar la armonización de normativas de accesibilidad de los estados, sobre todo en cuanto a la contratación y venta de bienes y servicios. La UE, ante la limitación de sus competencias en los campos de la discapacidad y accesibilidad recurre a formas de gobernanza más “blandas” que las fundamentadas en la regulación. Entre ellas está el Método Abierto de Coordinación, que ofrece un mecanismo formal de colaboración entre la UE y los estados miembros en políticas determinadas para alcanzar objetivos comunes y sin que exista una transferencia de competencias legales de estos hacia aquella. Si la medida del éxito de aplicación de esta estrategia es el grado de “*mainstreaming*” de la discapacidad en las políticas nacionales, ya sea de no discriminación o de accesibilidad, Priestley (2013) señala que a pesar de los avances producidos se está lejos del éxito.

En cuanto a la accesibilidad específicamente, ha sido desde el principio uno de los pilares del Plan de Acción europeo sobre Discapacidad, predecesor de la actual Estrategia. Desde el año 2003 se han llevado a cabo acciones en el área de medio ambiente construido, el transporte y las nuevas tecnologías, incluyendo la accesibilidad web. Hay disposiciones de accesibilidad en la legislación sectorial, tales como el transporte y los servicios de comunicaciones electrónicas y algunas disposiciones generales relacionadas con las adquisiciones públicas y los Fondos Estructurales.

La Convención de la Organización de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 siendo el hito que más ha destacado específicamente la promoción de estos derechos, y que ha sido firmado por 158 países y ratificado por 149 cuenta con un artículo, el 9, sobre Accesibilidad. La Comisión Europea no solo ha ratificado esta Convención, sino que es la primera vez que se convierte en parte de un tratado internacional sobre derechos humanos. De este modo los objetivos de ésta se han convertido en el motor que mueve las acciones de la UE en relación con la discapacidad, y más específicamente, la accesibilidad, sustituyendo al ADA (Americans with Disabilities Act, de 1990, revisado en 2008) como referencia principal en este campo.

En conjunto, la respuesta europea a las demandas de ciudadanía y no discriminación en este campo, o como respuesta a avances internacionales, hacen de la política de discapacidad de la UE un proyecto “europeo” típico, donde –según la visión positiva de Priestley (2007)- se demostraría una creciente influencia de la unificación sobre la autonomía nacional.

7. ¿Cómo se evoluciona desde una política de promoción de derechos a una de estímulos de mercado para fomentar la integración de la diversidad funcional?

El entorno del hogar, la vivienda, el edificio y el barrio, es el escenario donde la perspectiva persona-entorno tiene mayor desarrollo y sentido. Esto es particularmente cierto al considerar los colectivos de personas con discapacidad y mayores, para los cuales el entorno del hogar tiene mayor peso en tiempo de estancia y vinculación específica. En este espacio el ajuste entre las capacidades funcionales y las demandas del entorno está condicionado por distintas normativas y la aplicación de instrumentos que lo garanticen.

En cuanto al mercado de bienes y servicios accesibles, sigue estando fragmentado debido a regulaciones nacionales y, a veces regionales, a menudo poco desarrolladas por la falta de mecanismos de aplicación. Estos mercados en los estados miembros tienen tamaños limitados que no son lo suficientemente atractivos para la industria, por lo que son mercados caros y poco evolucionados. Además, es posible argumentar que las normas de accesibilidad técnicas detalladas a nivel nacional podrían actuar como una barrera para la libre circulación de bienes y servicios

La unidad de mercado es un segundo aspecto clave en la agenda política de la discapacidad en la UE tras la lucha contra la discriminación. El potencial de las personas con discapacidad como un

segmento relevante de los consumidores ha sido generalmente obviado y éstos no se benefician de las oportunidades del mercado único tanto como los demás ciudadanos. Por estas razones, los beneficios de la libre circulación de bienes y servicios a menudo no están plenamente explotados para productos accesibles y no se aprovecha de la libertad de establecimiento y la libertad de proporcionar servicios. Esto es malo para este colectivo, pero también para la industria europea que debe competir a nivel global en el creciente mercado de personas mayores (“silver market”) y personas con discapacidad.

La intervención de la UE tendría como objetivo eliminar las barreras existentes y evitar nuevas barreras entre los estados miembros y mejoraría la libre circulación de bienes y servicios accesibles. Según Priestley (2007) en la Unión Europa ampliada a 28 miembros, la armonización de las políticas de discapacidad es un desafío difícil de alcanzar y lleno de ambigüedades, complicado por el rápido proceso de ampliación seguido desde 2004.

La Comisión se comprometió a aprobar un “Accessibility Act” en 2012 dirigido a estandarizar criterios de diseño universal en los productos y servicios, exigibles en compras públicas y mejorar la libre circulación de bienes y servicios accesibles eliminando las barreras existentes y evitando nuevas barreras entre los Estados miembros. Los mercados de bienes accesibles en los Estados miembros tienen tamaños limitados que no son lo suficientemente atractivos para la industria. Además, es posible argumentar que las normas de accesibilidad técnicas detalladas a nivel nacional podrían actuar como una barrera para la libre circulación de bienes y servicios. La UE ya ha estado intentando durante años mejorar la accesibilidad de los bienes y servicios en Europa a través de medidas blandas con resultados limitados en los mercados hasta ahora. La existencia de requisitos de accesibilidad comunes en la UE reduciría la carga para la industria de cumplir con múltiples regulaciones nacionales y mejorará la oferta de bienes y servicios accesibles.

8- ¿Qué instrumentos se están poniendo en marcha en España y cuál es su funcionamiento real para acometer los desafíos de la promoción de accesibilidad?

Más allá de las declaraciones políticas, los planes y las normativas que exigen el cumplimiento de ciertos parámetros, la accesibilidad debe avanzar a través de la creación de nuevos instrumentos que faciliten su conocimiento e implementación. En este trabajo se ha hecho énfasis en la vivienda y el espacio urbano de su entorno para estudiar las políticas sectoriales e instrumentos de promoción de la accesibilidad. Éstos ámbitos constituyen un buen marco de análisis para promover nuevas interpretaciones sobre la relación entre la persona y el medio en un sentido amplio (Gitlin, 2003).

Por otra parte, dado el elevado grado de urbanización existente, nos enfrentamos a la necesidad de establecer políticas públicas para modificar los entornos ya existentes y previamente realizados con barreras de distinto tipo. Así surgen nuevas figuras técnicas, como el denominado *Itinerario Peatonal Accesible*, para facilitar y racionalizar la introducción de la accesibilidad, o se adaptan figuras legales

indeterminadas, como los llamados *Ajustes Razonables*, para adaptarlas a la flexibilidad de soluciones necesarias vinculadas con la rehabilitación de los edificios residenciales. Estos instrumentos representan lo que hemos denominado como requisitos de tipo *prescriptivo*, en el primer caso, y *finalista*, en el segundo, que son dos enfoques para promover la accesibilidad desde la normativa. En el primer caso se trata de conseguir resultados precisos acordes a requerimientos dimensionales previamente aceptados como suficientes para cubrir las necesidades de movilidad de todo tipo de personas en el espacio urbano (parámetros y características técnicas tales como altura, anchura, iluminación...). En el segundo caso se trata de hacer posible mediante modificaciones, del tipo que sea (siempre que no supongan una “carga desproporcionada”), que cualquier persona concreta, con sus limitaciones concretas, puedan disponer de los mismos derechos de acceso que el resto.

El itinerario peatonal accesible

La normativa española en el campo de la accesibilidad en los espacios públicos urbanizados ha sufrido importantes cambios desde sus orígenes en los años 80, habiéndose adaptado progresivamente a exigencias técnicas para garantizar la no discriminación de ningún colectivo desde una perspectiva de “accesibilidad universal”.

En el diseño urbano la existencia de un itinerario peatonal utilizable por toda la población es el principal elemento estructurador de una movilidad “para todos”, lo que cuenta con un desarrollo minucioso en la normativa autonómica más reciente. La *cadena de accesibilidad* o cadena de movilidad accesible requiere la continuidad de todos los eslabones para poder garantizar el éxito en el desplazamiento. La unificación de criterios técnicos y la garantía de continuidad de las condiciones de accesibilidad en todo el espacio público es la base del concepto de “itinerario peatonal accesible”, IPA, que introduce la *OM 561/2010 por la que se desarrolla el Documento Técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados*. Las condiciones que debe cumplir un IPA vienen definidas por diez requisitos, tales como localización dentro del espacio peatonal, ancho libre de paso que permita el cruce de dos sillas de ruedas, altura de paso, ausencia de resaltes y escalones, tipo de pendientes longitudinales y laterales admitidas, etc. La existencia de IPAs que conectan los distintos destinos en las áreas de uso peatonal, permite garantizar unas condiciones óptimas para la movilidad peatonal por su integridad, continuidad y seguridad.

Los ajustes razonables

La aparición en la normativa de una nueva figura jurídica –los ajustes razonables– que pueda ofrecer soluciones a los casos en que las condiciones de accesibilidad a cumplir no sean universales, sino acordes a necesidades de personas concretas surge en el mundo laboral, en relación con la adaptación del puesto de trabajo y se traslada a todos los ámbitos donde sea preciso proteger el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades. Introducido en EE.UU. en los años 70 este concepto se consolida internacionalmente con su inclusión en la CDPD de NN.UU. de 2006, aunque en la normativa española ya aparecía en la LIONDAU de 2003

Los “ajustes razonables” constituyen una oportunidad para flexibilizar la accesibilidad al permitir la adaptación de las exigencias normativas a las condiciones particulares de las personas y las circunstancias y costes de cada situación sin imponer una “carga desproporcionada”, proporcionando, en definitiva, una solución racional a las necesidades específicas de cada caso. No obstante, pueden ser también un peligro cuando lo que se quiere es buscar una vía de escape para no tener que cumplir la crecientemente estricta normativa de accesibilidad, y por tal motivo se ven con desconfianza desde el mundo asociativo de la discapacidad y con recelo por parte de quienes lo han de aplicar en la medida que al ser un instrumento jurídico “indeterminado” su interpretación queda abierta a la discrecionalidad de los tribunales.

Evitar ese peligro depende de que se puedan desarrollar mecanismos más concretos y a la vez flexibles para su puesta en práctica, lo que es crecientemente necesario en España en la medida que los ajustes razonables han hecho su aparición recientemente en las políticas sectoriales vinculadas a la vivienda, más concretamente a la rehabilitación de la vivienda o a la renovación de edificios existentes a través de la *Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*. Estos ámbitos de actividad van adquiriendo un peso creciente dentro del campo de la construcción, pero también en otros campos auxiliares o vinculados a la propia condición de hogar como foco de uso y consumo de bienes y servicios, de modo que la necesidad de realizar interpretaciones sobre qué tipo de ajustes son o no razonables o cuando la carga es desproporcionada va siendo cada vez mayor⁷⁴.

9—En balance: ¿qué aporta esta tesis?

La búsqueda de la accesibilidad es una expresión de la necesidad y voluntad de ajuste persona-entorno. Este ajuste tiene muchos ámbitos de aplicación: la vivienda, el espacio urbano, la edificación pública, el transporte... Pero es en el hogar donde tiene su expresión más inmediata y evidente, sobre todo para las personas mayores y con discapacidad, que ocupan más tiempo en sus viviendas que otros colectivos. Estas personas también consideran su barrio, el ámbito de relaciones y espacios conocidos, como parte de su hogar, por lo que a la hora de contemplar las medidas de ajuste persona-entorno que el uso de instrumentos o tecnologías que favorecen la movilidad o la comunicación en los entornos de proximidad (desde una silla de ruedas a un audífono) no es algo separado de la mejora de los entornos. Más allá de una visión de la accesibilidad como un conjunto de requisitos fijos regulados en reglamentos, que permite reducir las exigencias funcionales del entorno, esta tesis aborda una perspectiva global que se materializa en sus dos partes y capítulos (1+2 y 3+4). La primera parte presenta y desarrolla esa visión de componentes relativos, subjetivos,

⁷⁴ El Ministerio de Fomento ya desarrolla interpretaciones de la norma para apoyar su aplicación a través de informes técnicos como el Documento de Apoyo al Documento Básico DB-SUA Seguridad de utilización y accesibilidad Código Técnico de la Edificación. DA DB-SUA/2 *Adecuación efectiva de las condiciones de accesibilidad en edificios existentes*. Ministerio de Fomento, Diciembre de 2015. <http://www.codigotecnico.org/index.php/menu-seguridad-utilizacion-accesibilidad>. Visitado Dic. 2015.

de la accesibilidad con una visión persona-entorno, tanto en la teoría como en la práctica. Mientras la segunda ahonda en la visión más tradicional de la intervención para la mejora del entorno mediante regulaciones, políticas de promoción e instrumentos de origen normativo.

A través del estudio empírico desarrollado hemos comprobado que el ajuste persona-entorno no depende solo de la acción reguladora de la administración correspondiente, sino que existen las conductas adaptativas que Lewin ya anunciaba en los años 30 del siglo pasado, y éstas se manifiestan en distintos aspectos de la relación entre las personas y sus entornos vitales. Hemos visto (aptdo. 1.7.1) que según distintos autores (Wister 1989, Wahl et al. 2012) son los aspectos de “pertenencia” y rechazo a los cambios los dominantes en el comportamiento de las personas mayores respecto a su entorno, Pero el trabajo empírico realizado nos muestra que los comportamientos de “agencia” o proactividad son también importantes y que las personas no son pasivas frente a la realidad de unas barreras que les impiden realizar sus actividades de la vida diaria. Si bien las cifras están muy condicionadas por la oferta de viviendas existente, la disponibilidad de renta y otros factores, la encuesta SHARE ha permitido comprobar que la edad es un factor positivo y significativo respecto al hecho de residir en viviendas con adaptaciones específicas de accesibilidad, lo que hace un 7,2% de la población encuestada, porcentaje que aumenta con la edad, lo que demostraría que una proporción relevante se muda o acomoda en viviendas más adecuadas, para buscar el ajuste en la edad avanzada. Por otro lado, según EDAD2008, las familias que tienen personas discapacitadas en España realizan gastos específicos sobre adaptación y accesibilidad: un 13,5% de media, cantidad que se reduce al 10,35% si consideramos gastos por encima de 500€ y al 5,9% si se trata de gastos de al menos 2.000€.

El análisis de estas encuestas nos han confirmado que aquellas personas con mayor capacidad económica tienden a vivir en espacios más accesibles o a gastar más en mejorar su adaptación al entorno. Y que algunas políticas públicas, como las subvenciones o subsidios juegan un papel activo para promover el “ageing in place” o envejecimiento en casa y la “vida independiente”, paradigmas de la vida autónoma para la población mayor y la población con discapacidad, respectivamente.

En definitiva, la mejora de accesibilidad no es simplemente el resultado de la aplicación de normas o procedimientos de reducción de barreras sino que se concreta en comportamientos adaptativos por parte de las personas y hogares con limitaciones funcionales. Este es un proceso dinámico, en el que intervienen, por supuesto, las normas y recursos regulatorios que exigen determinados parámetros a cumplir, pero también las demandas específicas de las personas y aspectos subjetivos que afectan de una manera particular en cada hogar. Ambas visiones sobre la accesibilidad son coherentes y complementarias, pues actúan de diferente manera en los entornos públicos y privados.

Finalmente, la tesis aporta argumentos y justificaciones contrastadas empíricamente para dar a la accesibilidad o ajuste persona-entorno un carácter de política pública más amplio que el planteado por la normativa antidiscriminación que ha guiado su evolución hasta el momento. Se debería extender –como ya se está comenzando a hacer en determinados países- en las políticas sectoriales,

y vinculada con las demandas de rehabilitación y renovación del espacio físico ligadas a nuevos procesos de mejora urbana y edificatoria. Se trata, en definitiva, de superar el ámbito compensatorio de la discapacidad y encontrar nuevos espacios en la promoción de políticas públicas tanto en el ámbito español como, sobre todo, en el europeo para poder ir más allá de la habilitación competencial que supone el artículo 13 del Tratado de Ámsterdam. Si bien éste ha supuesto un gran avance para posibilitar la creación de una política estrictamente europea y la promulgación de directivas contra la discriminación por motivo de discapacidad, que se deben trasponer a escala nacional, esta vía no resulta la única posible y su uso no debería abundar en una utilización exclusiva de la perspectiva de derechos en el tema de la accesibilidad.

A lo largo de los cuatro capítulos hemos visto por qué podemos hablar de una accesibilidad en evolución, cómo ha ido cogiendo más peso en los distintos niveles administrativos y sectoriales, pero también que los instrumentos utilizados que guían esa evolución, desde las figuras normativas, los conceptos técnicos y hasta las estadísticas deben estar en un proceso de revisión y actualización permanente.

Recomendaciones y futuras líneas de investigación

La investigación en el contexto de la relación persona-entorno es mucho más compleja que en el campo de la accesibilidad universal. El carácter dinámico y la inclusión de elementos relativos o subjetivos en esa relación añaden complejidad y requieren el desarrollo de metodologías más específicas que las existentes, además de hacer necesario el trabajo sobre muestras longitudinales con datos de panel. Si bien el Método Enabler (Iwarsson e Isacson, 1999) es la referencia en el campo del diagnóstico sobre el nivel de adaptación persona-entorno, éste no puede cubrir la conducta adaptativa que desencadena la intervención de mejora de accesibilidad. Cualquier investigación en este campo será necesariamente intensiva en tiempo y personal, y los resultados siempre sometidos a dificultad de representatividad, validación y rápida obsolescencia dada la inestabilidad de las condiciones personales en las muestras. Por ello sería necesario integrar esta temática de forma más amplia en los grandes instrumentos que investigan la realidad social y sanitaria de las personas con limitación funcional, tales como las personas con discapacidad y las personas en proceso de envejecimiento.

En este trabajo se han utilizado las encuestas EDAD y SHARE, que representan a ambos colectivos. La exploración de las variables utilizadas en la regresión ha sido de tipo descriptivo pero existe un gran campo de análisis estadístico y econométrico para tener una mejor caracterización de las poblaciones con limitación funcional y su comportamiento adaptativo. Especialmente a partir de la encuesta-panel europea, donde las diferentes oleadas permiten comprobar la evolución temporal de la muestra en diferentes países. Algunos aspectos clave para entender el proceso de adaptación no se han podido aclarar en esta investigación, como cuáles son los elementos precisos que desencadenan la realización de adaptaciones o residencia en viviendas más o menos accesibles.

Precisamente un aspecto que se deriva de los resultados es la vinculación entre la disposición de ascensor y la realización de otro tipo de adaptaciones. ¿Podría la instalación de ascensor estar promoviendo la realización de nuevas adaptaciones en el ámbito privativo de las viviendas? ¿Qué relación existe entre unas adaptaciones y otras? El estudio de estas cuestiones podría ser relevante para conocer más sobre un posible “efecto derrame” y, en general, sobre la existencia de externalidades positivas de la accesibilidad. De forma más concreta, también podría ayudar a mejorar el diseño de políticas públicas intersectoriales, considerando que, por ejemplo, las ayudas a la adaptación funcional de la vivienda suelen estar ligadas a los departamentos de servicios sociales mientras los de instalación de ascensores lo están a los departamentos de vivienda o edificación.

Todos estos factores se deberían estudiar mediante proyectos de investigación más específicos, pues resulta difícil explicarlos sin un conocimiento mayor de las condiciones residenciales y de uso del entorno, el contexto social y legal, etc. En este sentido, la pérdida de observaciones a lo largo de las oleadas de SHARE en algunos países dificulta la investigación sobre las condiciones residenciales de las personas mayores. En futuras oleadas de esta encuesta debería incorporarse una información más homogénea y completa sobre las viviendas, pues sorprende que pueda haber países como Alemania o Polonia donde apenas se recoge una información tan relevante para las personas objeto de la encuesta como la disposición de ascensor en sus viviendas.

Otro ámbito de investigación tiene que ver con la propia comprensión del proceso de ajuste persona-entorno, como una correspondencia entre las necesidades subjetivas y las circunstancias objetivas de los individuos en su relación con los entornos, sobre todo los residenciales. Esto comporta el estudio de la relación entre las limitaciones funcionales del individuo (y su percepción sobre ellas) y las barreras ambientales en casa, que conducen a establecer los niveles de accesibilidad en la vivienda como indicadores de ajuste persona-entorno. (Oswald et al 2006).

Los siete principios del diseño universal también se podrían revisar a la luz de algunos avances derivados de la Teoría Ecológica del Envejecimiento. En concreto, el principio que establece que las tareas se deben realizar con el menor esfuerzo físico posible debería revisarse a la luz de lo que sabemos sobre el nivel de adaptación (NA), e incluso sobre los nuevos problemas epidemiológicos derivados del sedentarismo. Su actual redacción es proclive a favorecer la inacción o pasividad física de personas cuya competencia personal requiere una presión ambiental más elevada para alcanzar un NA de equilibrio.

En cuanto a las políticas de accesibilidad aplicadas en Europa, sólo existen trabajos recopilatorios como los que realiza ANED, a partir de informes realizados por sus expertos en los países de la UE, pero sería necesario hacer comparativos más profundos que arranquen desde la base constitucional y competencial en cada país hasta los instrumentos concretos de prevención, implementación, monitorización, sanción y corrección. De cara a conseguir un verdadero *mainstreaming* europeo de discapacidad, accesibilidad o medidas para favorecer el *ageing at home* se requiere una investigación profunda en varios campos: legal, análisis de estructura política, antropología social sobre pautas

culturales en la integración social de las personas con discapacidad o mayores, condiciones de la edificación, urbanas y urbanísticas, estructura económica vinculada a la propiedad de los inmuebles y el gasto en mejoras, rehabilitación y adaptaciones en el parque de edificios de vivienda, demanda efectiva de productos vinculados al ajuste p-e, adquisición de productos de apoyo o ayudas técnicas y otros más que ayuden a caracterizar comportamientos adaptativos reales o potenciales y elementos que disuaden de su realización. Este listado muestra la gran carencia existente de estudios comparados sobre la relación persona entorno o sobre algo más simple, como es la accesibilidad. Se trata de un objetivo ambicioso considerando que los estudios por país tampoco son muy frecuentes. La realización de meta análisis para recopilar y clasificar este tipo de bibliografía a nivel de los países de la UE sería un buen primer paso. Y también lo sería hacer estudios comparados sobre accesibilidad efectiva de las viviendas y entornos construidos de los distintos países de Europa. Esto daría una medida de los avances realmente producidos y ayudaría a establecer la línea de base sobre la que abordar la mejora efectiva de la accesibilidad en los distintos países, así como a construir una perspectiva europea de accesibilidad en la que cada país pudiera medir sus avances en relación al conjunto y a sus propias condiciones de partida.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Age Concern (2006). *Perspectives and Priorities amongst Older People in Rural Areas*. Available at www.eurolinkage.org/AgeConcern/Documents/profile_older_rural_residents.pdf

Alonso, F. (2002). *The Benefits of Building Barrier-Free: A Contingent Valuation of Accessibility as an Attribute of Housing*. *European Journal of Housing Policy* 2(1), 25-44. Routledge. Netherlands

Alonso López, F. (1999). *Los beneficios de renunciar a las barreras. Análisis económico de la demanda de accesibilidad arquitectónica en las viviendas*. IMSERSO. Serie Estudios. Madrid

_. (2002). *Libro Verde: la accesibilidad en España*. Colección Estudios e Informes. IMSERSO, Madrid

_. (2008). *Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, programas, casos*. Fundación Salas, Sabadell.

_. (2012). *El itinerario peatonal accesible: estructurando una movilidad funcional, segura y no discriminatoria en los espacios públicos urbanizados*. En: *Ciudad y Territorio Estudios Territoriales*, CyTet, XLV (175): 27-43, 2013.

Alonso López, F. & Kuschick, I. (1999). *Economía y cultura de la accesibilidad. Demanda de viviendas sin barreras en 13 ciudades españolas*. Manuscrito IUEE-IMSERSO

Alonso López, F. & Cocco, F. (2015). *Ajustes razonables en la rehabilitación de polígonos de viviendas: aplicación al barrio Montserrat de Terrassa (Barcelona)*. *ACE: Architecture, City and Environment = Arquitectura, Ciudad y Entorno*, 11 (29): 31-58.

Andor, L. (2014). *Exploiting the employment potential of personal and household services* Inaugural speech at European Commission Conference. Brussels, 30-31 January 2013

Andrews, G. J., Cutchin, M., McCracken, K., Phillips, D.R. & Wiles, J. (2007). *Geographical Gerontology: the constitution of a discipline*. *Social Science & Medicine* 65: 151-168

Arsenjeva (2014). *Annotated review of European Union law and policy with reference to disability*. Synthesis Report for the Academic Network of European Disability Experts. Manuscript. Downloaded at <http://www.disability-europe.net/theme>. Visitado 31-05-2015

Aslaksenn, F., Bergh, S., Bringa, O. R., & Heggem, E. K. (1997). *Universal design: Planning and design for all*. The Norwegian State Council on Disability. Cornell University. Gladnet Collection

Ball, M. Scott (2012). *Livable Communities for ageing populations. Urban design for longevity*. John Wiley & Sons, New Jersey.

Barnes, C. (1991). *Disabled people in Britain and discrimination: A case for anti-discrimination legislation*. C. Hurst & Co. Publishers.

Barnes, Colin (2011). *Understanding disability and the importance of Design for All*. *Journal of Accessibility and Design for All*, 1(1):55-80

Barnett, L., Nicol, J. & Walker, J. (2012). *An examination of the duty to accommodate in the Canadian Human Rights context*. Background Paper. Library of the Parliament. Ottawa, Canada.

Batty, M. (2009). *Accessibility: in search of a unified theory*. *Environment and Planning B: Planning and Design* 36, 191-194.

Beard, J.R., Blaney, S., Cerda, M., Frye, V, Lovasi, G.S., Ompad ,D., Rundle, A. & Vlahov, D. (2009). *Neighborhood Characteristics and Disability in Older Adults*. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64B(2):252-257. Oxford University Press

Beard J.R.& Petitot C. (2010). *Ageing and Urbanization: Can Cities be Designed to Foster Active Ageing?* *Public Health Reviews*.;32:427-50.

Becker, P. (2006). *Sozialpolitik*. In W. Weidenfeld & W. Wessels (Eds.), *Europa von A bis Z* (pp. 334–337). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Benedict, C., Pooley, S. & Grisbrooke, J. (2006). *Ergonomics and housing*. En Clutton, S., Grisbrooke, J. y Pengelly, S., eds. *Occupational Therapy in Housing*. Building on Firm Foundations. Whurr, London

Berjano, E. (2005). *Dependencia y calidad de vida en las personas mayores*. *Rev. Mult. Gerontología* 15 (3): 144-154

Betsill, M. & Bulkeley, H. (2006). *Cities and the Multilevel Governance of Global Climate Change*. *Global Governance* 12, 141-149

- Bevana, N., Kirakowskib, J. & Maissela, J. (1991). *What is Usability?* Proceedings of the 4th International Conference on HCI, Stuttgart, September 1991
- Bevan, M. (2009). *Planning for an Ageing Population in Rural England: The Place of Housing Design*. *Planning Practice and Research*, 24:2, 233-249
- Binstock, R. H., & Cluff, L. E. (Eds.). (2000). *Home care advances: Essential research and policy issues*. New York, NY: Springer.
- Boverket (2000). *Housing Adaptation Grants 2003* (In Swedish) Karlscrona, Sweden: Boverket. Citado por Fänge e Iwarsson (2005: 44)
- Bowen, H.R. (1943). *The Interpretation of Voting in the Allocation of Economic Resources*, *Quarterly Journal of Economics* vol. 58, pp. 27-48.
- Breda, J. (2012). *Task 4 - National Accessibility Report*. ANED (Academic Network of European Disability experts). Belgium. University of Leeds. Manuscript.
- Brenner, H. Mollenkopf, D. Rothenbacher & C. Rott (Eds.). *The Many Faces of Health, Competence and Well-Being in Old Age: Integrating Epidemiological, Psychological and Social Perspectives* (pp. 7-24). Dordrecht, the Netherlands: Springer.
- Bringolf, J. (2008). *Universal Design: Is it Accessible?* *Multi*, Volume 1, Number 2, Spring/Summer 2008: 45-52.
- Brunel University (2002). *Definitions of disability in Europe. A comparative analysis*. European Commission. Directorate-General for Employment and Social Affairs. Manuscript
- Büchs, M. (2007). *New Governance in European Social Policy. The Open Method of Coordination*. *Plagrave Studies in European Union Politics*. Palgrave Macmillan, New York 206 p
- Buffel, T, Verté, D., De Donder, L., De Witte, N., Dury, S., Vanwing, T. & Bolsenbroek, A. (2012). *Theorizing the relationship between older people and their immediate social environment*. *International Journal of Lifelong Education*, Vol 31, Nº 1, 13-22
- Burnes, Bernard; Cooke, Bill (2013). *Kurt Lewin's Field Theory: A Review and Re-evaluation*. *International Journal of Management Reviews*. Vol 5 (4):408-425.
- California Dept. of Justice (2003). *Legal Rights of Persons with Disabilities*. (with supervision of Lockier, B., Frank, R.M., Verdugo, L. Jr., Amboise, S.M., et al.). Sacramento, Ca. Vers. 2006.
- Calle Cebrecos, M., Pires de Souza, E., Reyes Torres, R. & Vieitez Vivas, A.M. (2010) *El Itinerario Peatonal Accesible: columna vertebral y garantía de continuidad en la accesibilidad de los espacios públicos urbanizados*. En Alonso López, F. (coord.) *Accesibilidad en los espacios públicos urbanizados*. Ministerio de Vivienda, Madrid.

Campos Pinto, P. & Teixeira, D. (2012). *Task 4 - National Accessibility Report. Portugal*. ANED (Academic Network of European Disability experts).University of Leeds.Manuscript.

Carlsson, G. (2012). *Catching the Bus in Old Age - Methodological Aspects of Accessibility Assessments in Public Transport*. Dissertation. Division of Occupational Therapy, Lund University.

Carp FM & Carp A (1984).*A complementary/congruence model of well-being or mental health for the community elderly*. En: Altman I, Lawton MP, Wohlwill JF (eds) Human behavior and environment, vol 7. Elderly people and the environment. Plenum press, New York, 279-336.

Carr, K., Weir, P.L., Azar, D. &Azar, N.R. (2013) *Universal Design: A Step toward Successful Aging*. *Journal of Aging Research*. Hindawi Publishing Corporation. Volume 2013, Article ID 324624, 8 pages

Carretero, S. (2014). *Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home*. Seville: Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies, JRC Scientific and Technical Reports Series.

CCPT, Comisión Central de Coordinación para la Promoción de la Accesibilidad (1996). *Concepto Europeo de Accesibilidad*. Edición española. CEAPAT-IMSERSO, Madrid

CEN (2011), *CEN/BT WG 207 Accessibility in the built environment*. Final Joint Report. Secretariat AENOR. www.aenor.es

Chiatti, C.& Iwarsson, S. (2014). *Evaluation of housing adaptation interventions: integrating the economic perspective into occupational therapy practice*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* Volume 21, Issue 5: 323-333

Chauviere & Winance (2009).*Disability policies in Europe*. ALTER, European Journal of disability Research 3 (2009) 1-7. Elsevier Masson.

Cheng, C. (2010). *Reevaluating reasonable accommodation: adapting the Canadian proof structure to achieve the ADA's equal opportunity goal*. *U. of Pennsylvania Journal of Business Law* Vol. 12:2, 581-600

Church, R.L. & Marston, J.R. (2003).*Measuring Accessibility for People with a Disability*. *Geographical Analysis*, Vol. 35, No. 1 (January) The Ohio State University

Cini, M. (2001).*The soft law approach: commission rule-making in the EU's state aid regime*. *Journal of European Public Policy* 8 (2), 192-207.

Clutton, S., Grisbrooke, J. & Pengelly, S., eds. (2006).*Occupational Therapy in Housing.Building on Firm Foundations*.Whurr, London

Colectivo Ioé - Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada & Walter Actis (2012). *Discapacidades e Inclusión Social*. Colección Estudios Sociales Nº 33. Obra Social La Caixa. Barcelona

Colker R. (2005). *The disability pendulum, the first decade of the Americans with Disabilities*

Act. New York: University Press.

Colsher, P.L. & Wallace, R.B. (1990). *Health and social antecedents of relocation in rural elderly persons*. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45, 532-538.

COM_SEC (2010)1323. *Commission Staff Working Document accompanying the communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*

Comisión Europea (2004). *Igualdad y no discriminación en la Unión Europea ampliada. Libro Verde. Empleo y Asuntos Sociales. Derechos fundamentales y lucha contra la discriminación*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas.

Comisión Europea (2014). *La dimensión urbana de las políticas de la UE: elementos clave de una agenda urbana para la UE Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité económico y Social europeo y al Comité de las Regiones*. Bruselas, 18.7.2014

Committee of the Regions (2009). *The Committee of the Regions' white paper on multilevel governance*. 80th plenary session 17 and 18 June 2009.

<http://web.cor.europa.eu/epp/Ourviews/Documents/White%20Paper%20on%20MLG.pdf>

Committee of the Regions (2011). *Towards a European Agenda for social Policy*. Discussion paper for the 8th meeting of the Commission 12 April 2011. ECOS-V-14. Rapporteur: Alain Hutchinson. Manuscript

Consejo de la UE (2000). *Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación*. Diario Oficial n° L 303 de 02/12/2000 p. 0016 – 0022

Costa-Font, J. (2013). *Housing-related well-being in older people: the impact of environmental and financial influences*. *Urban Studies* 50(4) 657-673.

Council of the European Union (2008). *FAQ: Citizenship*. Consultado Julio 2012, de <http://www.consilium.europa.eu/faqHomePage.Asp?command=details&node=17&lang=en&cmsId=1>.

Cox, J. (2009). *Crossroads and Signposts: The ADA Amendments Act of 2008*. *Indiana Law Journal*. Vol 85: 187-224

Cvitkovich, Y. and Wister, A. (2001). *Chapter 1: A Comparison of Four Person-Environment Fit Models Applied to Older Adults*, *Journal of Housing For the Elderly*, 14: 1, 1 – 25

Däubler, W. (2006). *Die Europäische Union als Wirtschafts- und Sozialgemeinschaft*. En W. Weidenfeld (Ed.), *Die Europäische Union. Politisches System und Politikbereiche* (2nd ed., Vol. 2, pp. 273–288). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Davies H, Nutley S & Walter I. (2008). *Why 'knowledge transfer' is misconceived for applied social research*. *Journal of Health Services Research and Policy*. Jul; 13(3): 188–90.

Degener, T. (2005). *Disability discrimination law: a global comparative approach*. In A. Lawson & C. Gooding (Eds.), "Disability rights in Europe: from theory to practice". Oxford: Hart Publishing.

DeJong (1979). *The movement for independent living :origins, ideology and implications for disability research*. Michigan: Michigan State University

Department of Health (2004). *Delivering Housing Adaptations for disabled people. A good practice guide*. Department for Education and Skills. Office of the Deputy prime Minister, 2004

Desmyter, Jan (2008). *Involving the Construction Industry in Realizing Universal Design by addressing sensitization, technical and marketing aspects*. En [http://www.toegankelijk.be/UserFiles/File/CIBW084_JDE_16May08\(1\).pdf](http://www.toegankelijk.be/UserFiles/File/CIBW084_JDE_16May08(1).pdf)

Deutsch, Morton (1954). *Field Theory in Social Psychology*. En Lindsay, G.; Aronson, E." *The Handbook of Social Psychology*", Vol. 1 (2nd ed.). pp. 412–487. Retrieved 5 March 2015.

Diaz Moore, K. & Eckerd, D.J. (2011). *Age and the cultivation of place*. *Journal of Aging Studies* 25: 189-192. Elsevier.

DiPietro, L. (2001). *Physical activity in aging: changes in patterns and their relationship to health and function*. *The Journals of Gerontology. Series A*, vol. 56, no. 2, pp. 13–22, 2001.

Doling, J. (2006). *A European Housing Policy*. *European Journal of Housing Policy*, 6: 3, 335 — 349

Dolowitz, D. P. (2003). *A policy-maker's guide to policy transfer*. *Political Quarterly*, 74(1), 101–108.

Douglas, J. (2002). *Building Adaptation*, Butterworth Heineman, Oxford, ISBN 0-7506-5085-0.

Edwards, J.R., Caplan, R.D. & Harrison, R.V. (1998). *Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research*. En C. L. Cooper (Ed.), "Theories of organizational stress" (pp. 28-67). Oxford: Oxford University Press.

Edwards, J.R. (2007). *The Relationship Between Person-Environment Fit and Outcomes: An Integrative Theoretical Framework*. In C. Ostroff & T. A. Judge (Eds.), "Perspectives on organizational fit"(pp. 209-258). San Francisco: Jossey-Bass.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

European Commission (2003). *The social situation in the European Union - 2003 (OOPEC 2003)* 103.

_____. (2005). *Joint Report on Social Inclusion in the 10 New Member States*. EU.Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

__. (2014). *Report on the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) by the European Union*. Commission Staff Working Document. SWD(2014) 182 final. Brussels, 5.6.2014

EU Committee of the Regions(2009).*The Committee of the Regions' White Paper on Multilevel Governance* . Brussels

Fänge, A. (2004).*Strategies for Evaluation of Housing Adaptations- Accessibility, Usability and ADL Dependence*. Faculty of Medicine. Lund University.

Fänge, A.& Iwarsson, S. (2005).*Changes in accessibility and usability inn housing: an exploration of the housing adaptation process*. Occupational Therapy International, 12 (1), 44-59.

FEANTSA Working Group HOUSING (2002). *Housing in EU policy making. Overview of EU policies affecting the social function of housing policies*. Manuscript.

Fernández-López, J.A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G. & Cieza, A. (2009).*Funcionamiento y discapacidad: La Clasificaciónn Internacional del Funcionamiento (CIF)*. Revista Española de Salud Pública, 83: 775-783.

Fobker, S. & Grot, R.(2006).*Everyday Mobility of Elderly People in Different Urban Settings: The Example of the city of Bonn, Germany* 43: 99 Urban Studies

Fukukawa, U., Nakashima, C., çtsuboi, S., Naoakira, N., Ando, F., Kosugi, S. & Shimokata, H. (2004).*The impact of health problems on depression and activities in middle-aged and older adults: Age and social interactions as moderators*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 59 B, pp 19-26.

Geurs et al (2012).*Accessibility Analysis and Transport Planning: Challenges for Europe and North America*, editado por Karst T. Geurs, Kevin J. Krizek, Aura Reggiani. Edward Elgar, Mass.

Gitlin, L.N. (2003). *Conducting research on home environments: lessons learned and new directions*. The Gerontologist 43 (5) 628-637.

__. (2006). *The Impact of Housing on Quality of Life: Does the Home Environment Matter Now and into the Future*. En H.W. Wahl, C. Tesch-Römer y A. Hoff (Eds.) *emergence of New Person-Environment Dynamics in Old Age: A Multidisciplinary Exploration*. Baywood Publishing Company, Inc, Amityville, NY

Golant, Stephen M. (2003).*Conceptualizing Time and Behavior in Environmental Gerontology: A Pair of Old Issues Deserving New Thought*. The Gerontologist, 43, 5: 638-648.

__. (2011).*Chapter 15 - The Changing Residential Environments of Older People*, In: Robert H. Binstock and Linda K. George, Editor(s), *Handbook of Aging and the Social Sciences (Seventh Edition)*, Academic Press, San Diego, 2011, Pages 207-220, ISBN 9780123808806, 10.1016/B978-0-12-380880-6.00015-0.

(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123808806000150>)

Grammenos, S. (2013). *European comparative data on Europe 2020 & Housing conditions*. Academic Network of European Disability Experts (ANED). Manuscript downloaded from <http://www.disability-europe.net/theme>. Visitado 31-05-2015 http://www.disability-europe.net/content/aned/media/ANED%202012%20-%20Task%206%20-%20comparative%20data%20report-final_16102013.pdf

Habinteg (2010). *Lifetime Home Revised Criteria*. Manuscript downloaded from http://www.lifetimehomes.org.uk/data/files/For_Professionals/accessible_revisedlthstandard_final.pdf Visitado 1-11-2015

Hall PE. (1993). *Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain*. *Comparative Politics*;25:275–96.

Handley, P. (2001). *Caught Between a Rock and a Hard Place: Anti-discrimination Legislation in the Liberal State and the Fate of the Australian Disability Discrimination Act*, *Australian Journal of Political Science*, 36:3, 515-528

Handy, S.L. & D.A. Niemeier (1997). *Measuring Accessibility, An Exploration of Issues and Alternatives*. *Environment and Planning A*29, 1175-1194.

Hanf, K. & Morata, F. (2008). *Institutional capacities for sustainable development: experiences with Local Agenda 21 in Spain*. En S. Baker & K. Eckerberg (Eds.). *In pursuit of Sustainable Development*. Oxon: Routledge.

Hanson, J. (2002). *From heritage to vision. How architecture can shape the future living arrangements of older people*, in: K. Sumner (Ed.) *Our Homes, Our Lives: Choice in Later Life Living Arrangements*, pp. 168–185 (London: Centre for Policy on Ageing)

Harper, S. y Laws, G. (1995). *Rethinking the geography of ageing*. *Progress in Human Geography*, 19, 199-221.

Harvard Law Review (2013). *Three formulations of the Nexus requirement in reasonable accommodations law*. Vol 126: 1392-1413

Helle, T., Brandt, A., Slaug, B. & Iwarsson, S. (2012). *Lack of research-based standards for accessible housing: problematization and exemplification of consequences*. *International Journal of Public Health* (2011) 56:635–644

Heywood, F. (2004). *The health outcomes of housing adaptations*. *Disability & Society*, 19 nº 2, March, pp. 129-143.

Hosking, D.L.L. (2012). *A critical study of European Union law and policy related to disability*. Thesis dissertation. School of Law. University of Leicester

Hossain, G. & Yeasin, M. (2013). *Assistive Thinking : Assistive Technology Design in Disability Management*. Researchgate.net

Housing and Older People Development Group (2005). *Delivering Housing for and Ageing Population, Housing and Older People Development Group*. Available at www.hopdev.housingcare.org (accessed February 2008).

Huber, P. (2013). *Anti-discrimination legislation. A paradigm shift in the Protection of Human rights?* En Ziegler, K.S. & Huber, P.M. Current problems in the protection of human rights. Vol 17: Studies of the Oxford Institute of European and Comparative Law. Bloomsbury Publishing. 276 pp

Hvinden, B. (2003). *The Uncertain Convergence of Disability Policies in Western Europe*. *Social Policy & Administration*, 37(6), 609–624.

Imrie, R. (2006). *Independent lives and the relevance of lifetime homes*. *Disability & Society*, 21(4), pp. 359–374.

IMSERSO (2003). *I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INE (2010). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia EDAD* Metodología. Instituto Nacional de Estadística. Subdirección General de Estadísticas Sociales Sectoriales

Iwarsson, S. (1997). *Functional Capacity and Physical Environmental Demand. Exploration of Factors Influencing Everyday Activity and Health in the Elderly Population*. Department of Community Health Sciences, Lund University. Sweden.

___ (2012). *Implementation of Research-Based strategies to foster person-environment fit in housing environments: challenges and experiences during 20 years*. *Journal of Housing for the Elderly* 26: 62-71

Iwarsson, S & Stahl, A. (2003). *Accessibility, usability and universal design: positioning and definition of concepts describing person-environment relationships*. *Disability and Rehabilitation*, 25, 57-66

Iwarsson, S & Isacson, A. (1999). *“The Enabler” applied to Occupational Therapy. Reliability of a usability rating scale in Steinfeld & Danford, Enabling Environments*. Measuring the impact of environment on disability and rehabilitation (pp. 93-109). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

Jacobs, M R.B. & Lauber, R.H. (2011) *Realities of the Americans with Disabilities Act*. *Employee Relations Law Journal*. Vol. 37, No. 1, Summer 2011

Jachtenfuchs, M. (2001). *The Governance Approach to European Integration*. *Journal of Common Market Studies*, 2, 245-264.

Jiménez Lara, A. (2007). *Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes*, en De Lorenzo, R. y Cayo Pérez, L. , 2007, *Tratado sobre Discapacidad*. 177-204. Thomson Aranzadi, Madrid.

Jordan, P.W. (2001). *An introduction to usability*. Philadelphia, P.A. Taylor & Francis.

Jürges, H. (2005). *Interview, Module, and Question Length in SHARE*. En Börsch-Supan, A.(coord.), 2005. *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Manheim

Kahana,E.(1982). *A congruence model of person-environment interaction*. In M.P.Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches*, pp. 97-121. New York: Springer.

Kalache A., Kickbusch I. (1997). *A global strategy for healthy ageing*. World Health Organization 1997:4-5.

Kaplan A. (1962). *The Conduct of Inquiry. Methodology for Behavioural Science*. San Francisco: Chandler Publishing Company, 1962.

Keating, A. (2010). *Reexamining Reasonableness: An Analysis of Reasonable Accommodation Under the ADA*. <http://ssrn.com/abstract=1597416>

Kielhofner, G (1995). *A model of human occupation: Theory and application* (2nd Ed.). Baltimore , MD: Williams & Wilkins.

Kish, L. (1994). *Multipopulation survey designs*. *International Statistical Review* 62: 167-186.

Klevmarken, A., Hesselius, P.& Swensson, B. (2005). *The SHARE Sampling Procedures and Calibrated Designs Weights*. En Börsch-Supan, A.(coord.), 2005. *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Manheim

Kock, M. (2004). *Disability Law in Germany: An Overview of Employment, Education and Access Rights*. *German Law Journal*. <http://www.germanlawjournal.com/article.php?id=515>

Kötter, R. & Balsiger, P. (1999). *Interdisciplinarity and transdisciplinarity: a constant challenge to the sciences*. *Issues in integrative studies* nº 17, pp 87-120

Kovacs Burns, K.& Gordon, G.L.(2010). *Analyzing the Impact of Disability Legislation in Canada and the United States*. *Journal of Disability Policy Studies* 20(4) 205–218

Kose, S. (2004). *Japanese Experience Towards Accessible and Usable Built Environment: lessons for the Developing Economies*. Paper presented the Designing for the 21st Century 3 Conference, Rio de Janeiro. Dec. 2004.

Laloma, Miguel coord. (2005). *Ayudas Técnicas y Discapacidad*. Elaborado por AUPA. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI.

Lansley, P., Flanagan, S., Goodacre, Turner-Smith, A. & Cowan, D. (2005). *Assessing the adaptability of the existing homes of older people*. *Buiding and Environment* 40, 949-963.

- Lang, R., Kett, M., Groce, N. & Trani, J.F. (2011). *Implementing the United Nations Convention on the rights of persons with disabilities: principles, implications, practice and limitations*. ALTER, European Journal of Disability Research 5 (2011) 206–220
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). *The person-environment occupation model: a transactive approach to occupational performance*. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63, 1, 9-23.
- Lawton, M.P. (1975). *Competence, environmental press, and the adaptation of older people, in: Theory development in environment and aging*. P.G. Windley and G. Ernst, Eds, Gerontological Society of America, Washington D.C., 1975, pp. 33–59.
- ___. (1985). *The elderly in context: perspectives from environmental psychology and gerontology*. Environment and Behavior, vol 17, nº 4, pp.501-519
- ___. (1986). *Environment and aging*. Albany, NY: Center for the Study of Aging
- ___. (1990a). *An environmental psychologist ages*. En I. Altman and K. Cristiensen (Eds.) Environmental and behavior studies: Emergence of intellectual traditions, New York: Plenum Press, pp 339-63.
- ___. (1990b). *Methods in environmental research with older people*. En Bechtel, R.B., Marans, R.W. y Michelson, W. (Eds.) Methods in environmental and behavioral research. Pp. 337-360. Malabar, FL.; R.E. Krieger
- ___. (1999a). *Environmental taxonomy: generalization from research with older adults*. En S.L. Friedman and T.D. Wachs (eds.) Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts, Washington, DC: American Psychological Assoc., pp 91-124
- ___. (1999b) *Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults*. In S. Friedman & T. Wachs (Eds.), Measuring environment across the life span (pp. 91-124). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Lawton, M.P. & Simon, B. (1968). *The ecology of social relationships in housing for the elderly*. The Gerontologist, 8, 108-115.
- Lawton, M.P. & Nahemow, L. (1973). *An ecological theory of adaptive behaviour and aging*. In C. Eisdorfer and M. P. Lawton (Eds.), The Psychology of Adult Development and Aging, pp.657-667. Washington: American Psychological Association.
- Leibfried, S. (2006). *Europäische Sozialpolitik – Richtern und Märkten überlassen? WSI - Mitteilungen*, 59(10), 523–532.
- Leuprecht, C. & Lazar, H. (2001). *European Integration online Papers (EIoP) Vol. 5 (2001) N° 11*
- Lewin, K. (1939). *Field Theory and Experiment in Social Psychology*. American Journal of Sociology 44 (6): 868–896. doi:10.1086/218177. JSTOR 2769418.

___. (1951). *Field theory in social science*. In D. Cartwright (Ed.), *Selected theoretical papers*. New York: Harper & Brothers.

___. (1988). *La teoría del campo en la ciencia social*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona

LIGGETT, H. (1988). *Stars are not born; an interpretive approach to the politics of disability*, *Disability, Handicap & Society*, 3, pp. 263–276.

Lien, L. (2013). *Person-Environment Fit and Adaptation: Exploring the Interaction between Person and Environment in Older Age*. Doctoral Thesis Doctor of Philosophy in Design and Human Environment

Liu, S.Y. & Lapane, K.L. (2009). *Residential Modifications and Decline in Physical Function among Community Dwelling older adults*. *The Gerontologist*, vol 49, Nº 3: 344-354.

Lord, J.& Brown, R. (2010). *The Role of Reasonable Accommodation in Securing Substantive Equality for Persons with Disabilities: The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1618903> .Accessed 10.11.2014

Lusher, R. H. & Mace, R. L. (1989). *Design for Physical and Mental Disabilities*. In *Encyclopedia of Architecture: Design Engineering and Construction*, ed. J. Wilkesand Sons, 3.

Mace, R.L. (1985). *Universal Design, barrier-free environments for everyone*. Los Angeles: Designers West.

Mace R.L., Hardie, G. J. & Place J.P. (1991). *Accesible Environments: Toward Universal Design*. The Center for Universal Design, North Carolina State University

Mandic, S. & Cirman, A. (2012). *Housing conditions and their structural determinants: comparison within the enlarged EU*. *Urban Studies* 49 (4), 777-793

Masala, C. y Petreto, D.R. (2008). *From Disablement to Enablement: conceptual models of disability in the 20th century*. *Disability and Rehabilitation* 30 (17) 1233-1244.

Mayor of London (2009). *London Housing Design Guide*. London Development Agency. Palestra, London

Millán Calenti R.A,(2012). *Contratación electrónica. Códigos de conducta y Soft Law*. En Suarez Lorenzo, F. *Administración Electrónica. Sede, Gobierno y Contratación*. Colegio Profesional de Enseñaría en Informática de Galicia. Santiago de Compostela.

Montero, D. (2005). *La conducta adaptativa en el panorama científico y profesional actual*. *Intervención Psicosocial*, 2005, Vol. 14 N.º 3 Págs. 277-293.

Montero, D. & Lagos, J. (2011). *Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile*. *Estudios Pedagógicos XXXVII*, Nº 2: 345-361, 2011

- Morata, F. (2003). *La Gouvernance à Niveaux Multiples et la Coopération Sub-nationale en Europe*. En A. Sedjari (Ed.), *Gouvernance et Conduite de l'Action Publique au 21ème Siècle*, Paris, L'Harmattan.
- ___ (2012). *La gobernanza multinivel europea*, en Cerrillo, A., Prats, J.O., Prats, A. (eds.) *Homenaje a Joan Prats*. Valencia, Tirant lo Blanch, 307-323
- Muir, E. (2015). *Pursuing equality in the EU*. En Arnall A. & Chalmers, D. *The Oxford Handbook of European Union Law*. Oxford University Press 919-942
- Naciones Unidas (2013). *World Population Ageing 2013*. *United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division*. New York.
- Nagi, S. Z. (1965). *Some conceptual issues in disability and rehabilitation*. *Sociology and rehabilitation* (Edited by Sussman M. B.), pp. 10&13. American Sociological Association, Washington, D.C.,
- ___ (1979). *The concept and measurement of disability*. In *Disability Policies and Government Programs* (Edited by Berkowitz E. D.), pp. 1-15. Praeger, New York,
- Nahemow, L. (2000). *The ecological theory of aging: Powell Lawton's Legacy* en R.L. Rubinstein, M. Moss and M.H. Kleban (eds.) *The many dimensions of aging*, New York: Springer, pp 23-40.
- Naue, U. & Kroll, T. (2010). *Bridging policies and practice: challenges and opportunities for the governance of disability and ageing*. *International Journal of Integrated Care*, Volume 10, 12 April.
- New York City (2010). *Active Design Guidelines*. Promoting Physical Activity and Health in Design. New York City.
- Newman, S.J. (2003). *The living conditions of Elderly Americans*. *The Gerontologist*, 43, 99-109.
- Nielson, C. & Ambrose, I. (1999). *Lifetime adaptable housing in Europe*, *Technology and Disability*, 10, pp. 11-19.
- NZ Transport Agency (2009). *Pedestrian planning and design guide New Zealand Government*, Wellington, New Zealand
- O'Brien, P. (2006). *Access standards: evolution of inclusive housing*; en S. Clutton, J. Grisbrooke y S. Pengelly: *Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations*. Whurr Publishers, England
- ODPM, The Office of the Deputy Prime Minister (2004). *Delivering Housing Adaptations for Disabled People: A Good Practice Guide*. Department for Education and Skills, Department of Health. Crown copyright.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: from theory to practice* (Basingstoke, Macmillan).

___. (1990). *The politics of disablement*. Basingstoke: MacMillan.

OMS, Organización Mundial de la Salud (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Edición IMSERSO 1994 visitada 23.07.2012 en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/inserso-clasificaciondisca-01.pdf>

___. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, CIF. IMSERSO, Madrid

Ostrom, E. (1994). *Constituting Social Capital and Collective Action*. *Journal of Theoretical Politics*, 6(4), 527-562.

Oswald F., Hieber, A., Wahl, H.-W. & Mollenkopf, H (2005). *Ageing and person-environment fit in different urban neighbourhoods*. *European Journal of Ageing* 2(2): 88-97

Oswald F. & Rowles G.D. (2005). *Beyond the relocation trauma in old age: New trends in today's elders' residential decisions*. In: Wahl H-W, Tesch-Römer C, Hoff A (eds), "New Dynamics in Old Age: Environmental and Societal Perspectives". Baywood, Amityville, New York.

Oswald, F., Wahl, H.-W., Naumann, D., Mollenkopf, H. & Hieber, A. (2006). *The Role of the Home Environment in Middle and Late Adulthood*. In H-W. Wahl, H.

Oswald, F., Wahl, H.-W., Schilling, O., Nygren, C., Fange, A., Sixsmith, A, Sixsmith, J, Szeman, Z., Tomstone, S. & Iwarsson, S. (2007). *Relationship between housing and healthy ageing in very old age*. *The Gerontologist*. Feb. 2007, 47, Nº1: 96-107.

Oswald, F. & Wahl, H.-W. (2004). *Housing and health in later life*. *Reviews on Environmental Health*, 19 (3-4), 223-252.

Paricio, I. & Sust, X. (1996). *L'habitatge contemporani: programa i tecnologia*. Institut de Tecnologia de la Construcció de Catalunya, Barcelona.

Park, S. (2014). *Differential Aging-In-Place*. Manuscript Dissertation. 106 p. The University of Michigan

Parkinson, M. (2014). *Regeneración urbana integrada en 2014: nada nuevo bajo el sol y ¿Qué pasa con España?* Ciudad y Territorio Estudios Territoriales XLVI (179): 11-28. Ministerio de Fomento, Madrid.

Peace, S., Holland, C. & Kellaheer, L. (2006). *Environment and identity in later life*. Maidenhead: Open University Press.

Pengelly, S. (2006). *The social model and clinical reasoning* en Clutton, Sylvia, Grisbrooke, Jani: *Occupational Therapy in Housing. Building on Firm Foundations*. Whurr Publishers.

Petersson, I. (2009). *Everyday life and home modification for older adults – Impacts, concepts and instrument development*. Karolinska Institutet, Stockholm

- Pheasant S. (1996). *Bodyspace: anthropometry, ergonomics and the design of work* (2nd edition) London: Taylor and Francis.
- Placencia-Porrero, I. (2012). *Towards a European Accessibility Act*. <http://www.disability-europe.net/theme/accessibility/towards-european-accessibility-act-0> consultada 20.09.2014
- Polatajko, H.J. (1992). *Naming and framing occupational therapy. A lecture dedicated to the life of Nancy B.* Canadian Journal of Occupational therapy, 59, 189-200.
- Priestley, M. (1998). *Constructions and creations: idealism, materialism and disability theory*. Disability & Society, 13(1), 75–94.
- ___ (2005). *We're all Europeans now! The social model of disability and European social policy*. In Barnes, C. and Mercer, G. (eds.) 2005: 'The Social Model of Disability: Europe and the Majority World', Leeds: The Disability Press, pp.17-31
- ___ (2007). *In Search of European Disability Policy: Between National and Global*. ALTER. Eur J Disabil Res,1(1), 61–74.
- ___ (2013a). *Disability policies and the Open Method of Coordination*. En Waddington, L., Quinn, G. y Flynn, E. (eds.): European Yearbook of Disability Law. Vol 3. Intersentia.
- ___ (2013b). *National accessibility requirements and standards for products and services in the European single market: overview and examples*. Academic Network of European Disability experts (ANED). Manuscript. <http://www.disability-europe.net/theme/eu2020>
- Prince, M.J. (2010). *What about a Disability Rights Act for Canada? Practices and Lessons from America, Australia, and the United Kingdom*. Canadian Public Policy – Analyse de politiques, vol. xxxvi, no. 2 2010
- Pynoos, J. & Nishita, C. M. (2003). *The cost and financing of home modifications in the United States*. Journal of Disability Policy Studies, 14 (2), 68-73.
- Reed, D. & Monk, A. (2010). *Inclusive design: beyond capabilities towards context of use*. Univ Access Inf Soc. Springer
- Reiss, J.W. (2014). *Innovative Governance in a Federal Europe: Implementing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. European Law Journal, Vol. 20, No. 1, January 2014, pp. 107–125
- Ribet, B. (2011). *Emergent disability and the limits of equality: a critical reading of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Yale Human Rights and Development Law Journal.14: p155.
- Rioux, L. (2005). *The well-being of ageing people living in their own homes*. Journal of Environmental Psychology 25:231-243

Rioux, M.H., Crawford, C. & Anweiler, J. (2001). *Undue hardship and reasonable accommodation: the view from the court*. Policy Studies Journal, Vol 29, nº 4: 641-648.

Rodriguez-Porrero, C. & Gil, S. (2014). *Accesibilidad en Compras Públicas*. Colección 12 retos, 12 meses. CEAPAT, Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Madrid

Rosenau, J.N. (2004). *Functions, Levels and European Governance*. En H. Wallace (Ed.) *Interlocking Dimensions of European Integration*. Houndmills: Plgrave.

Rosow, I. (1967). *Social integration of the aged*. New York: Free Press.

Roulstone, A. & Prideaux, S. (2009). *Constructing reasonableness: environmental access policy for disabled wheelchair users in four European Union countries*. ALTER. European Journal of Disability Research 3; 360-377

___. (2012). *Understanding Disability Policy*. The Policy Press: 256p

Rousseau, J & Dubé, M. (1993). *Déterminants personnels, relationnels et environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées*. Revue québécoise de psychologie, 14(3), 3-29

Rousseau, J., Potvin, L., Duti, e. & Falta, P. (2001). *Understanding the Issue of Home Adaptation: searching for a conceptual framework*. Occupational Therapy in Health Care 14(1):27-37.

Rowles, G.D. (1978). *Prisoners of space? Exploring the geographical experience of older people*, Boulder, CO: Westview Press.

___. (1980). *Growing old inside: aging and attachment to place in an Appalachian community*, in N. Datan and N. Lohman (eds) *Transitions for aging*, New York: Academic Press, pp 153-70.

___. (1993). *Evolving images of place in aging and "aging in place"*. Generations, vol 17, nº2, pp 65-70.

___. (2006). *Commentary: A house is not a home: but it can become one*, en Wahl, H.W. et al (eds.) *The many faces of health, competence and well-being in old-age*, 25-32. The Netherlands. Springer

Rowles, G.D. & Ravdal, H. (2002). *Aging, place and meaning in the face of changing circumstances*, en R.S. Weiss & S.A. Bass (eds.) *Challenges of the third age: meaning and purpose in later life*, Oxford: Oxford University Press, pp 81-114.

Sanchez Pérez, A. (2012). *Las normas de Derecho Blando. Un análisis jurídico de los efectos de la reserva de instrucción sobre el derecho territorial*. Universidad Externado de Colombia. Serie Derecho Administrativo 17.

Satariano, W.A., Ory, W.G. & Lee, C. (2012). *Planned and Built Environments in Public Health* en Prohaska, T.R., Anderson, L.A. y Binstock, R.H. "Public Health for an Aging Society". JHU Press.

Sakkas, N., Garvin, S. & Desmyter, J. (2007). *The potential of voluntary approaches for enhancing universal access in the built environment*. Manuscript. http://apintech.com/docs/polis_policy.pdf

- Scheidt R. & Norris-Baker (2003). *The general ecological model revisited: Evolution, current status and continuing challenges*. Annual Review of Gerontology & Geriatrics 23, 34-58.
- Scheidt & Windley (2006). *Environmental gerontology: Progress in the post-Lawton era*. In J. Birren & K.W. Schaie (Eds.) Handbook of the psychology of aging (pp105-125). 6th ed., San Diego, CA, Academic Press & Stafford.
- Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J. & Ustun, B. (2003). *The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF)*. Disability and Rehabilitations, 25 (11-12), 588-595.
- Schulz, R. & Brenner G. (1977). *Relocation of the aged: a review and theoretical analysis*. Journal of Gerontology, 32, 323-333.
- Scotts, M., Saville-Smith, K. & James, B. (2007). *International Trends in Accessible Housing for People with Disabilities* (Wellington: Centre for Housing Research)
- Sen, A. (1985). *Well-being, agency and freedom: The Dewey lectures 1984*. The Journal of Philosophy 82 (4), 169-221.
- Shakesperare, T. (2012). *Still a Health Issue*. Disability and Health Journal 5 (2012): 129-131.
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fange, A., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S. and Woolrych, R. (2014). *Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries*. Social Science & Medicine. 106, pp. 1-9.
- Smith, A.E. (2009). *Ageing in Urban Neighbourhoods*. The Policy Press, University of Bristol.
- Smith, S.K., Rayer, S. & Smith, E.A. (2008) *Aging and disability: Implications for the housing industry and housing policy in the United States*. Journal of the American Planning Association, 74:3, 289-306
- Snell, T., Fernández, J.-L. & Forder, J. (2012). *Building a business case for investing in Adaptive Technologies in England*. PSSRU Discussion Paper 2831. London School of Economics and Political Science
- Snyder, F. (1993). *Soft law and institutional practice in the European Community*. European University Institute Working paper, LAW No. 93/5.
- Stahl, A. Horstmann, V. & Iwarsson, S. (2013). *A five-year follow-up among older people after an outdoor environment intervention*. Transport Policy 27 (2013) 134-141
- Steinfeld, E., Schroeder, S., Duncan, J., Faste, R., Chollet, D., Bishop, M, Wirth, P & Cardell, P. (1979). *Access to the built environment. A review of the literature*. Washington, DC: Government printing Office.
- Steinfeld, E. & Danford, G. S. (1999). *Theory as a basis for research on enabling environments*. In E.

___.(Eds.).*Enabling Environments:Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation* (pp. 11-34). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Steinman, D. (2000).*Reasonable Accommodation In Housing For The Disabled*. Manuscript

Stoeckel, K. J. (2011).*The Role of Home Environments in Residential Adjustment Decision Making in Later Life*.*Graduate Doctoral Dissertations*. Paper 52.

Story, M. F. (1998). *Maximizing usability: the principles of universal design*. *Assistive Technology*, vol. 10, no. 1, pp. 4–12.

Sunstein, C.R. (2007). *Cost-benefit analysis without analyzing costs or benefits: reasonable accommodation, balancing and stigmatic harms*. Public Law and Legal Theory Working Paper Series: <http://www.law.uchicago.edu/academics/publiclaw/index.html>. The Law School The University of Chicago

Sweaney, A.L., Nunn, T. L, & Vanderford, S. E. (S.D.).*Consumer Acceptance of Universal Design: A Review and Suggestions for Future Research*. Manuscript

Szymanski, C.F. (2009). *The globalization of disability rights law – from the Americans with Disabilities Act to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. *Baltic Journal of Law & Politics* 2:1 (2009): 18-34

Toegankelijkheidsbureau v.z.w. and Living Research and Development (2001).*Accessibility Legislation in Europe*. Status report. Hasselt

Velo Martel, L.C. (2011).*Reasonable accommodation: the new concept from an inclusive constitutional perspective*. *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*. Sao Paulo V.8 (85-111)

Verbrugge & Jette (1994). *The Disablement Process*. *Soc. Sci. Med.* Vol 38 nº 1, pp. 1-14

Vierling L.E. (2005).*Americans with disabilities act: 15 years later*. ADA update. *The Case Manager*. Vol 16 (6): 29-34

Wachs, M., & Kumagai, T.G. (1973). *Physical Accessibility as a Social Indicator*. *Socio-Economic Planning Sciences* 7, 437-456.

Wahl, H.-W. (2003). *Research on living arrangements in old age for what?* In K. W. Schaie, H.-W. Wahl, H. Mollenkopf, & F. Oswald (eds.). "Aging Independently: Living Arrangements and Mobility" (pg. 3-17). New York: Springer.

___ (2006). *Introduction: The person-environment perspective in ageing research*. En H.W. Wahl, *The many facers of health competence and well-being in old age*. Springer, The Netherlands.

- Wahl H.W., Fange A., Oswald, F., Gitlin L.N. & Iwarsson S. (2009). *The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence?* *The Gerontologist* 49 (3) 355-367.
- Wahl H.W., Fange A., Iwarsson, S. & Oswald, F. (2012). *Aging Well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future*. *The Gerontologist* Vol. 52, No. 3, 306–316
- Wahl, H.W. & Gitlin, L.N. (2003). *Future developments in living environments for older people in the U.S. and Germany: potential and constraints*. En K.W. Schaie, H.W. Wahl, H. Mollenkopf y F. Oswald (Eds.) "Aging in the Community: living arrangements and mobility". New York: Springer Publications (pp. 281-301).
- Wahl, H.W. & Weisman, G. D. (2003). *Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: Reflections on its historical, empirical and theoretical development*. *The Gerontologist*, 43 (5), 616-627.
- Waldrop, J. & Stern, S. M. (2003, March). *Disability Status: 2000*. United Census Report (C2KBR-17). Retrieved from <http://www.census.gov/prod/2003pubs/c2kbr-17.pdf>
- Waldschmidt, A. (2009). *Disability policy of the European Union: the supranational level*. *ALTER European Journal of disability Research* 3 (2009) 8-23. Elsevier Masson.
- Waldschmidt, A. & Prassel, K. (2012). *Germany-ANED Country profile*. Academic Network of European Disability Experts (ANED).
- Ward, M. (2011). *Included by design: a case for regulation for accessible housing in Australia*. In *The First International Postgraduate Conference on Engineering, Designing and Developing the Built Environment for Sustainable Wellbeing*, 27-29 April 2011, Queensland University of Technology, Brisbane, Qld.
- Watson, N (2002). *Well, I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: Disability and Identity*. *Disability and Society* 17:5, 509-527
- Watson, Paul (2009). *The key issues when choosing adaptation of an existing building over new build*. *Journal of Building Appraisal* VOL.4 NO.3 PP 215–223
- Webber, S.C., Porter, M.M. & Menec, V.H. (2010). *Mobility in older adults: a comprehensive framework*. *The Gerontologist*, vol. 50, no. 4, pp. 443–450, 2010.
- Wellens, K.C. & Borchardt, G.M. (1989). *Soft law in European Community law*. *European Law Review* 14: 267–321.
- White, D.K., Jette, A.M., Felson, D.T., LaValley, M.P., Lewis, C.E., Torner, J.C., Nevitt, M.C. & Keysor, J.J (2010). *Are features of the neighborhood environment associated with disability in older adults?* [Disabil Rehabil. 2010; 32\(8\): 639–645.](#)

WHO (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health: ICF*. WHO, Geneva

Wister, A. V. (1989). *Environmental adaptation among persons in their later life*. *Research on Aging*, 11(3), 267-291.

Wunsch D., Haindl G. & Ausserer K. (2007). *Gehen in der Donaustadt. Was das Gehen attraktiv macht und was es erschwert: Kommunikation mit Bürgerinnen und Bürgern in ausgewählten Gebieten des XXII. Wiener Gemeindebezirks, im Auftrag der MA 18 Stadtentwicklung und Stadtplanung, Wien*

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1: PRODUCCIÓN LEGAL Y TÉCNICA DE LA UE VINCULADA CON LA ACCESIBILIDAD

A1.1- Directivas

Las directivas sobre compras públicas son las que han tenido una mayor concreción y evolución; estas directivas permiten a las autoridades incluir requisitos de accesibilidad en sus concursos de adquisición de bienes y servicios. En 2014 se ha aprobado la actualización de dos directivas previa de 2004. Y se ha aprobado una nueva, todas ellas con requerimientos específicos de accesibilidad

- Directiva 95/16/EC sobre la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros relativas a los ascensores, y que incluye exigencias de accesibilidad para éstos.
- DIRECTIVA 2014/23/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 26 de febrero de 2014 relativa a la adjudicación de contratos de concesión.
- DIRECTIVA 2014/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 26 de febrero de 2014 sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE
- DIRECTIVA 2014/25/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 26 de febrero de 2014 relativa a la contratación por entidades que operan en los sectores del agua, la energía, los transportes y los servicios postales y por la que se deroga la Directiva 2004/17/CE
- Directiva 2004/27/EC Código Comunitario sobre Medicamentos de Uso humano, que requiere que el empaquetado de productos médicos incluya una etiqueta en braille y que la hoja de instrucciones incluida sea –bajo petición- accesible para usuarios con discapacidad;

- Directiva 2009/45/EC sobre medidas de seguridad y estándares para los barcos de pasaje, que obliga a los estados miembros a asegurar que se toman medidas apropiadas para permitir el acceso a los barcos de pasajeros.

Bajo la legislación de salud y seguridad se incluyen también ciertos requerimientos en relación con las necesidades de las personas con discapacidad (Directiva 89/654/EEC), tales como “puertas, pasillos, escaleras, lavamanos, lavabos o puestos de trabajo” que utilizan estas personas.

A1.2- Resoluciones y Comunicaciones

Hay muchas resoluciones y comunicaciones de la UE donde se trata el tema de la accesibilidad. Podemos señalar como principales las siguientes:

Resolución del Consejo de 15 de julio de 2003, sobre el fomento del empleo y la integración social de las personas con discapacidad (2003/C 175/01) pide "retirar las barreras que obstaculizan la participación de las personas con discapacidad en la vida social y, en particular, en la vida laboral, y prevenir la creación de nuevas barreras a través de la promoción del diseño para todos".

Comunicación de la Comisión COM (2007) 738 final sobre la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea: el Plan de Acción Europeo 2008- 2009, después de analizar la evolución de la situación de las personas con discapacidad, ha identificado la accesibilidad como una prioridad para la inclusión activa y el acceso a los derechos. Establece que los bienes, servicios accesibles e infraestructuras son esenciales para sostener formas no discriminatorias e incluyentes de la participación en muchos aspectos de la vida cotidiana en una sociedad que envejece, junto con la eliminación de las barreras a la educación y al mercado laboral. Lograr la accesibilidad requiere la prevención y eliminación de las barreras que dificultan a las personas con discapacidad y las personas mayores el ejercicio de sus funciones y participar plenamente y en igualdad de condiciones. requiere combinar el enfoque inclusivo del Diseño para Todos con soluciones específicas de asistencia a través de las áreas de política e instrumentos así para así abordar las formas sistémicas de discriminación.

COM (2007) 724 final "Un mercado único para la Europa del siglo 21", que establece que los consumidores tienen que sentirse seguros y capacitados para hacer pleno uso de sus derechos. En este contexto, se menciona explícitamente que el objetivo central de la estrategia política de los consumidores es "empoderar a los consumidores, incluidos los consumidores más vulnerables, con necesidades especiales o discapacidades, el establecimiento de los derechos y las normas de accesibilidad, y la protección frente a los riesgos y amenazas que no pueden hacer frente como individuos

Resolución del Consejo de 17 de marzo de 2008 sobre la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea (2008 / C 75/01) invita a los Estados miembros y la Comisión, de acuerdo con sus respectivas competencias, para garantizar:

1. que las personas con discapacidad gocen de sus derechos humanos en su totalidad, a través de:

(a) la ratificación y conclusión, y luego la aplicación de la Convención de la ONU, incluyendo soluciones europeas compartidas dentro de un enfoque coherente y coordinado para la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas;

2. accesibilidad de las personas con discapacidad:

(a) mejorar la accesibilidad es una condición previa para la autonomía, la inclusión y la participación, y permite a las personas con discapacidad puedan disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales;

La resolución también invita a los Estados miembros y la Comisión, de acuerdo con sus respectivas competencias, para garantizar:

(e) el trabajo en curso sobre el desarrollo de normas europeas comunes para la accesibilidad debe promoverse y su aplicación en la contratación pública estimulada;

(h) el acceso a bienes de uso común, servicios e infraestructura deben ser mejorados, con el fin de estimular que las personas con discapacidad y las personas de edad actúen como consumidores;

A 1.3- Mandatos

Una solicitud de normalización (mandato) es una demanda de la Comisión Europea a los organismos europeos de normalización (OEN) a elaborar y adoptar normas europeas en apoyo de las políticas y la legislación europea. Los Estándares europeos, incluso los desarrollados bajo un mandato y para la legislación europea, siguen siendo de uso voluntario.

Los borradores (o proyectos) de mandatos son elaborados por los servicios de la Comisión a través de un proceso de consulta con un amplio grupo de partes interesadas (interlocutores sociales, consumidores, pymes, asociaciones industriales pertinentes, etc.).

Un mandato aceptado por los organismos europeos de normalización, OEN, debe ser considerado como un compromiso firme de su parte con respecto a los poderes públicos. Las OEN son organizaciones independientes, tiene el derecho a rechazar un mandato si no piensan que se debe producir la estandarización en el área propuesta, aunque en la práctica, esta negativa no suele suceder debido a la consulta informal antes mencionado. Hay tres tipos de mandatos que pueden ser considerados⁷⁵:

- Mandatos de normalización: desarrollar y adoptar normas europeas en un tiempo determinado
- Mandatos de programación: para elaborar un programa de normalización
- Mandatos de estudio: para comprobar la viabilidad de la normalización europea en un campo específico o para un determinado tema.

El desarrollo de estándares de accesibilidad es una prioridad importante de la Estrategia de Discapacidad. La Comisión ha emitido varios mandatos al efecto. En 2005 emitió un mandato⁷⁶ a las

⁷⁵ http://ec.europa.eu/enterprise/policies/european-standards/standardisation-requests/index_en.htm. Accessed 12.12.14

⁷⁶ <http://www.mandate376.eu/>

organizaciones europeas de estandarización para realizar un estándar de accesibilidad que sirviera para su aplicación en las compras públicas de productos y servicios TIC en Europa (Mandate 376: Accessibility requirements for public procurement of products and services in the ICT domain). Este estándar fue formalmente adoptado en Febrero de 2014.

Otro mandato fué emitido en 2007 relativo a los entornos construidos⁷⁷ (Mandate 420: Accessibility requirements for public procurement in the Built Environment, including transport infrastructures) Y el último, sobre Diseño para Todos (Mandate 473 to include Accessibility following Design For All in relevant standardization activities), que fue emitido en 2010. No obstante, los estándares basados en estos últimos mandatos todavía están pendientes de desarrollo.

Mandatos donde se introducen requerimientos de accesibilidad (Rodríguez-Porrero, C. & Gil, S. 2014):

- *M 376- 2005 de NORMALIZACIÓN mandato al CEN, CENELEC y ETSI EN APOYO DE LOS REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD EUROPEAS PARA LA CONTRATACIÓN PÚBLICA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS EN el campo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)*

El Mandato está dirigido a los organismos de normalización europeos y su finalidad es conseguir la accesibilidad TIC en el mercado europeo y en los organismos públicos, así como promover la interoperabilidad y la armonización a nivel comunitario.

- *M / 473 -2010- MANDATO DE NORMALIZACIÓN, al CEN, CENELEC y ETSI para incluir "DISEÑO PARA TODOS" EN INICIATIVAS DE NORMALIZACIÓN RELEVANTES*

Los trabajos del Mandato están dirigidos a buscar mecanismos que ayuden a incorporar la estrategia del diseño para todos y plena accesibilidad desde las etapas más iniciales del desarrollo de normativa técnica, desde la propuesta, el diseño, la elaboración y hasta la publicación final de la norma. El objetivo principal es incluir el diseño para todos en la generalización de las normas y no tanto desarrollar normas técnicas específicas.

- *M / 420 - MANDATO 2007 de NORMALIZACIÓN a CEN CENELEC y ETSI EN Apoyo a los requisitos europeos de accesibilidad para la contratación pública de productos y servicios en el entorno construido.*

Es específico sobre entornos construidos y cae en el marco de políticas de la Comisión Europea en materia de armonización técnica y de normalización en apoyo de las políticas de discapacidad de la UE. El objetivo del mandato 420 es facilitar la contratación pública de entornos construidos accesibles siguiendo los principios del diseño para todos, a través del desarrollo de especificaciones y normas técnicas que contengan requisitos funcionales comunes de accesibilidad para los entornos construidos y unas bases técnicas para valorar la conformidad con dichos criterios. Además se facilitarán los trabajos con documentación de apoyo y una herramienta informativa on line (toolkit) para facilitar el uso de la norma y de los documentos de apoyo.

⁷⁷http://ec.europa.eu/enterprise/standards_policy/mandates/database/index.cfm?fuseaction=search.detail&iid=392

Se han establecido grupos de trabajo, grupos de expertos, colaboraciones y reuniones abiertas para implicar al mayor número de agentes y responsables implicados (Rodríguez-Porrero, C. & Gil, S. 2014) La Comisión publicó en 2008 una propuesta de Directiva del Consejo sobre la igualdad de trato en el acceso a los bienes y servicios informáticos, entre otras cosas para las personas con discapacidad que contiene un artículo que aborda la accesibilidad. Sin embargo, la base legal utilizada no facilita la posibilidad de detallar las especificaciones de la accesibilidad de los bienes y servicios. La propuesta aún está en discusión en el Consejo. En esta misma línea de actuación está la realización efectiva de un Eurobarómetro sobre accesibilidad en 2012⁷⁸.

Pero las acciones de promoción de la accesibilidad no son sólo de tipo legislativo. También sobre investigación, estandarización y políticas de apoyo. Desde 2003, como parte del Plan de Acción sobre Discapacidad 2003-2010 y su sucesora, la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020⁷⁹ la Comisión Europea ha trabajado para hacer que la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad sea una realidad y conseguir que los aspectos de discapacidad estén integrados en las políticas más relevantes de la UE. Para ello se han incluido requerimientos de accesibilidad en, por ejemplo, los servicios de transporte y comunicaciones. Tanto la UE como los 27 han firmado la Convención de NN.UU. sobre Personas con Discapacidad que entró en vigor en 2008⁸⁰.

Otros aspectos de accesibilidad están también incluidos en medidas específicas en los campos de la protección del consumidor, compras públicas y el uso de los fondos europeos como los Fondos Estructurales y de Inversión (ESI Funds). Las directivas europeas sobre compras públicas⁸¹ permiten a las autoridades licitantes incluir requisitos de accesibilidad en sus concursos públicos. Hay dos directivas⁸² propuestas para reformar el marco normativo de forma que esos criterios de accesibilidad sean de inclusión obligatoria en las especificaciones técnicas de los procedimientos de compras públicas.

A1.4- Normas Técnicas y Estándares

Los Estándares o Normas Técnicas son las especificaciones técnicas que definen requisitos para los productos, procesos de producción, servicios o métodos de ensayo. Estas especificaciones son de carácter voluntario. Son desarrolladas por los actores de la industria y del mercado siguiendo algunos principios básicos como el consenso, la apertura, la transparencia y la no discriminación. Las Normas Técnicas garantizan la interoperabilidad y la seguridad, reducen costos y facilitan la integración de las empresas en la cadena de valor y el comercio. Las Normas Técnicas europeas están bajo la

⁷⁸ European Commission (2012), Accessibility, Flash Eurobarometer 345 — TNS Political & Social, 2012. The survey covered persons aged 15 and older. Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.

⁷⁹ http://ec.europa.eu/justice/discrimination/disabilities/disability-strategy/index_en.htm. Consultada 20.09.2014

⁸⁰ <http://www.toegankelijk.be/media/Porrero.pdf>

⁸¹ Directive 2004/17/EC [2004], OJ L 134/1 and Directive 2004/18/EC [2004] OJ L134/114.

⁸² COM(2011) 896 final, 20 December 2011 (Brussels, 20.12.2011).

responsabilidad de los organismos europeos de normalización (CEN, CENELEC, ETSI)⁸³ y se puede utilizar para apoyar la legislación y de las políticas de la UE⁸⁴.

La normalización ha jugado un papel de liderazgo en la creación del mercado único de la UE. Las normas técnicas apoyan la competencia basada en el mercado y ayudan a garantizar la interoperabilidad de los productos y servicios complementarios. Reducen los costos, mejorar la seguridad y aumentan la competencia. Debido a su papel en la protección de la salud, la seguridad, la seguridad y el medio ambiente, las normas son importantes para el público. La UE tiene una política de normalización activa que promueve estándares como una forma de legislar mejor y mejorar la competitividad de la industria europea.

La normalización es una herramienta poderosa y estratégica para la mejora de la eficiencia de las políticas europeas. La Comisión presta especial atención a la normalización ya las normas, que pueden influir en la mayoría de las áreas de interés público, tales como la competitividad de la industria, el funcionamiento del mercado único, la protección del medio ambiente y de la salud humana, sin olvidar el potencial de la innovación. Algunas normas internacionales de referencia son la ISO 21542 “Accesibilidad y usabilidad del entornos construido” aprobada en diciembre de 2011, y la CEN7CLC Guía 6 (ISO/IEC 71) “Guía para los desarrolladores de normas técnicas para tener en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad y personas mayores”.

⁸³CEN. El Comité Europeo de Normalización (CEN) reúne a los Organismos Nacionales de Normalización de 33 países europeos. Proporciona una plataforma para el desarrollo de normas europeas y otros documentos técnicos sobre diversos tipos de productos, materiales, servicios y procesos. Estos incluyen el aire y el espacio, productos químicos, construcción y más.

CENELEC. El Comité Europeo de Normalización Electrotécnica (CENELEC) es responsable de la normalización en el campo de la ingeniería electrotécnica. Las normas voluntarias preparadas por CENELEC ayudan a facilitar el comercio entre los países, el acceso a nuevos mercados, reducir los costos de cumplimiento, y apoyar el desarrollo del mercado único de la UE. CENELEC también crea acceso a los mercados a nivel internacional a través de su estrecha colaboración con la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC).

ETSI. El European Telecommunications Standards Institute (ETSI) produce estándares globalmente aplicables para la información y la tecnología de las comunicaciones (TIC). Estas normas también incluyen las tecnologías fija, móvil, de radio, convergentes, de difusión y de Internet. El propósito de ETSI es producir y mantener los estándares técnicos requeridos por sus miembros.

En el caso de ETSI, la industria puede participar directamente en el proceso de elaboración de normas. Sin embargo, la industria sólo puede acceder a CEN y CENELEC a través de los Organismos Nacionales de Normalización (ONN).

⁸⁴http://ec.europa.eu/growth/single-market/european-standards/policy/index_en.htm

ANEXO 2: NORMATIVA AUTONÓMICA SOBRE ACCESIBILIDAD EN ESPAÑA

A2.1.- Legislación sobre discapacidad y accesibilidad en las comunidades autónomas

Andalucía

- Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas Con Discapacidad.
- Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte.

Aragón

- Ley 3/1997, de 7 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas, de Transportes y de la Comunicación.
- Decreto 19/1999, de 9 de febrero, por el que se regula la Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas, de Transportes y de la Comunicación, modificado por Decreto 108/2000, de 29 de mayo.

Asturias

- Ley 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.
- Decreto 37/2003. de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 5/1995 en los ámbitos arquitectónico y urbanístico.

Baleares

- Ley 3/1993, de 4 de mayo, para la mejora de la accesibilidad y de la supresión de las barreras arquitectónicas.
- [Decreto 110/2010 de 15 de octubre](#). Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.
- [Orden de 1 de octubre de 2012](#) por la que se despliega el procedimiento para conceder exenciones del cumplimiento del Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.

Canarias

- Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.
- Decreto 227/1997, de 18 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación.

Cantabria

- Ley 3/1996, de 24 de septiembre, sobre Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.

- Decreto 61/1990, de 6 de julio, sobre evitación y supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas.

Castila - La Mancha

- Ley 1/1994, de 24 de mayo, de Accesibilidad y Eliminación de Barreras.
- Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, del Código de Accesibilidad.

Castilla y León

- Ley 3/1998, de 24 de junio, de Accesibilidad y Supresión de Barreras.
- Decreto 217/2001, de 30 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Accesibilidad y Supresión de Barreras.
- [Ley 2/2013, de 15 de mayo](#), de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

Cataluña

- Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas.
- Decreto 135/1995, de 24 de marzo, de desarrollo de la Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas, y de aprobación del Código de accesibilidad.
- [Ley 13/2014, de 30 de octubre](#), de Accesibilidad

Ceuta

- Ordenanza de 31 de marzo de 2003 para la accesibilidad y la eliminación de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas, del Transporte y de la Comunicación. (BOCCE 17 extraordinario de 10-07-2003).

Extremadura

- Ley 8/1997, de 18 de junio, de Promoción de la Accesibilidad.
- Decreto 8/2003, de 28 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Promoción de la Accesibilidad.

Galicia

- Ley 8/1997, de 20 de agosto, de accesibilidad y supresión de barreras.
- Ley 10/2003, de 26 de diciembre, sobre el acceso al entorno de las personas con discapacidad acompañadas de perros de asistencia.
- Decreto 35/2000, de 28 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo y ejecución de la Ley de accesibilidad y supresión de barreras.

La Rioja

- Ley 5/1994, de 19 de julio, de supresión de barreras arquitectónicas y promoción de la accesibilidad.

- [Decreto 28/2013, de 13 de septiembre](#), por el que se regulan las condiciones mínimas de habitabilidad de las viviendas de la Comunidad Autónoma de La Rioja. ^[1] [Corrección de errores](#) en BOLR de 25-9-13.

Madrid

- Ley 8/1993, de 22 junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- Ley 23/2998, de 21 de diciembre, sobre el acceso de personas ciegas o con deficiencia visual usuarias de perros guía, al entorno.
- Decreto 138/1998, de 23 de julio, por el que se modifican determinadas especificaciones técnicas de la Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- Decreto 13/2007, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en Materia de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- [ORDEN de 7 de febrero de 2014](#), de la Consejería de Transportes, Infraestructuras y Vivienda, por la que se establecen los parámetros exigibles a los ascensores en las edificaciones para que reúnan la condición de accesibles en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Melilla

- [Ordenanza de 12 de febrero de 2004](#) de Accesibilidad y Eliminación de Barreras Arquitectónicas En La Ciudad Autónoma De Melilla (B.O.ME. de 25 de mayo de 2004 y Modificado Art.5 en B.O.ME., núm. 4.364, de 12/01/2007)

Murcia

- Ley 5/1995, de 7 de abril, de condiciones de habitabilidad en edificios de viviendas y promoción de la accesibilidad general.
- Decreto 39/1987, de 4 de julio, sobre supresión de barreras arquitectónicas.
- [Orden de 15 de octubre de 1991](#), de la Consejería de Política Territorial, Obras Públicas y Medio Ambiente sobre accesibilidad en espacios públicos y edificación. (BORM 260 de 11-11-1991).

Navarra

- Ley Foral 5/2010, de 6 de abril, de accesibilidad universal y diseño para todas las personas.
- Ley 7/1995, 4 abril, reguladora del régimen de libertad de acceso, deambulación y permanencia en espacios abiertos y otros delimitados, correspondiente a personas con disfunción visual total o severa y ayudadas de perros guía.
- Decreto Foral 57/1990, 15 marzo, por la que se aprueba el Reglamento para la eliminación de barreras físicas y sensoriales en los transportes.
- [Decreto Foral 154/1989, de 29 de junio](#), por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo y aplicación de la Ley Foral 4/1988, de 11 de julio, sobre barreras físicas y sensoriales. (BON 90 de 21-07-1989).

País Vasco

- Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad.
- Decreto 68/2000, de 11 de abril, por el que se aprueban las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación.
- Decreto 126/2001, de 10 de julio, por el que se aprueban las Normas Técnicas sobre condiciones de Accesibilidad en el transporte.
- [DECRETO 42/2005, de 1 de marzo](#), de modificación del Decreto por el que se aprueban las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación.

Valencia

- Ley 1/1998, de 5 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.
- Ley 9/2009, de 20 de noviembre, de Accesibilidad Universal al Sistema de Transportes.
- Decreto 39/2004, de 5 de marzo, por el que se desarrolla la Ley 1/1998, de 5 de mayo, en materia de accesibilidad en la edificación de pública concurrencia y en el medio urbano.
- [Orden de 25 de mayo de 2004](#), de la Conselleria de Infraestructuras y Transporte, por la que se desarrolla el Decreto 39/2004, de 5 de marzo, del Gobierno Valenciano, en materia de accesibilidad en la edificación de pública concurrencia. (DOCV 4.771 de 09-06-2004).
- [Orden de 9 de junio de 2004](#), de la Conselleria de Territorio y Vivienda, por la que se desarrolla el Decreto 39/2004, de 5 de marzo, del Consell de la Generalitat, en materia de accesibilidad en el medio urbano. (DOCV 4.782 de 24-06-2004).

A2.2- Parámetros técnicos en las normativas autonómicas de accesibilidad

TEMA 12 – ELEMENTOS DE URBANIZACIÓN – GRÁFICOS NORMATIVAS AUTONÓMICAS																			
CCAA	12.3.1 Elementos para salvar desniveles en el itinerario peatonal ESCALERAS							12.3.1 Elementos para salvar desniveles en el itinerario peatonal RAMPAS						12.3.1 Elementos para salvar desniveles en el itinerario peatonal ASCENSORES					
	Alude a rampa	Nº máx. de peldaños por tramo	Ancho de paso mín.	Contra-huella Max.	Dim. de huella	Longitud mín. descansillos	Prot. bajo esc.	Ancho de paso mín.	Pendiente longitudinal máx.	Pendiente transversal máx.	Proy. horizontal máx. por tramo.	Dim. llegada y salida de rampa	Longitud mín. descansillos	Ancho mín. de puerta	Dim. de cabina	Pasamano cabina	Botonera Braille	Señal acústica	Dim. espera ascensor
01 Andalucía	SI	16	1,20 m	16 cm	30 cm	1,20 m	ND	1,20 m	Inferior a 3 m: 12% Superior 3 m: 8%	2%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
02 Aragón	SI	ND	1,20 m	Máx. 18,5 cm Mín. 13 cm	Máx. 36 cm Mín. 27 cm	1,20 m	SI	2 sentidos 1,80 m 1 sentido 1 m	Espacios exteriores: 8% Silla de ruedas: 6%	2%	10 m	ND	ND	Telescópica 0,80 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	SI Altura entre 0,75 m y 0,90 m	SI Altura: 1,40 m	ND	D: 1,50 m
03 Asturias	SI	14	1,50 m	2 tabicas + 1 huella = 64 cm (+/- 1 cm)		1,50 m	SI	SI	Inferior a 10 m: 8% Inferior a 3 m: 12%	2%	ND	D: 1,50 m	D: 1,50 m	ND	ND	ND	ND	ND	ND
04 Balears	ND	12	1,50 m	16 cm	30 cm	1,20 m	SI	0,90 m	Inferior a 3m: 10% Entre 3 y 10 m: 8% Superior a 10 m: 6% (permitido aumento de 2%)*	2%	20 m	Longitud: 1,50 m Ancho: 1,20 m	1,50 m	Auto. 0,80 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	SI Altura entre 0,90 m y 0,95 m	SI Altura entre 1 m y 1,40 m	Sí	D: 1,50 m
05 Cantabria	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
06 Castilla – La Mancha	ND	12	1,20 m	16 cm	30 cm	1,20 m	SI	1,50 m	Inferior a 3 m: de 10 a 12% Entre 3 y 10 m: de 8 a 10% Superior a 10 m: de 6 a 8%	2%	10 m	Longitud 1,50 m	1,50 m	Auto. 0,80 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	SI Altura entre 0,90 m y 0,95 m	SI Altura: 1,40 m	ND	D: 1,50 m
07 Castilla - León	ND	Máx. 12 Mín. 3	1,20 m 1,10m*	Máx. 18 cm Mín. 15 cm	Máx. 34 cm Mín. 28 cm	1,20 m 1,10m*	SI	1,20 m (0,90 m)*	Superior a 3 m: 8% Inferior a 3 m: 12%	ND	10 m	D: 1,50 m	D: 1,50 m (sin cambio de dirección D: 1,20 m)*	ND	ND	ND	ND	ND	ND

08 Catalunya	ND	12	1,20 m	16 cm	30 cm	1,20 m	SI	0,90 m	Inferior a 3 m: 12% Entre 3 y 10 m: 10% Superior a 10 m: 8%	2%	20 m	Longitud 1,50 m	D: 1,50 m	Auto. 0,80 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	SI Altura entre 0,90 m y 0,95 m	SI Altura entre 1 m y 1,40 m	ND	D: 1,50 m
09 Ceuta	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
10 Com. Valenciana	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
11 Extremadura	SI	2,10 m desnivel	1,20 m	16 cm 17,5 cm*	30 cm	1,20 m	SI	1,50 m, recom. 1,80 m (Practicable: 1,20 o 1 m)*	Adaptado Desnivel inferior a 30 cm: 10%. Desnivel entre 31 y 80 cm: 8%. Desnivel superior a 81 cm: 8% con descansillos cada 12 m. Practic. Desnivel inferior a 30 cm: 12%. Desnivel entre 31 y 80 cm: 10%. Desnivel superior a 81 cm: 10%.	2%	20 m	1,50 m (Practicable: 1,20 m)*	1,50 m (Practicable: 1,20 m)*	Auto. 0,80 m	Adaptado: Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m Practicable: Fondo 1,20 m Ancho 1 m	SI Altura: 0,90m	SI Altura entre 0,95 m y 1,40 m	ND	Adaptado 1,50 x1,50m Practicable 1,20 x1,20m
12 Galicia	ND	2 m 2,5 m** desnivel	1,20 m 1 m**	18 cm 17 cm**	30 cm 25 cm**	1,20 m 1 m**	SI	1,50 m 1,20 m**	Inferior a 3 m: 10% 12%** Entre 3 y 10 m: 8% 10%** Superior a 10 m: 6% 8%** (permitido aumento de 2%)*	2% 3%**	20 m 25 m**	1,80x1,80 m 1,50x1,50 m**	Longitud: 1,50 m 1,20 m**	Auto. 0,80 m	Fondo 1,10 m 1,40 m** Ancho 0,90 m 1,10 m**	SI Altura: 0,90m	ND Altura entre 0,90 m y 1,20 m recom, horizontal	SÍ	D: 1,50 m
13 Islas Canarias	SI	10	1,20 m	15 cm	30 cm	1,20 m	ND	1,80 m	Inferior a 3 m: 10% Entre 3 y 10 m: 8% Entre 10 y 15 m: 6% Superior a 15 m: 3%	ND	ND	ND	Longitud: 1,50 m	Auto. 0,80 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	SI Altura: 0,90m	SI Altura entre 1 m y 1,40 m	SÍ	D: 1,50 m
14 La Rioja	SI	10	1,20 m	18,5 m	28 cm	1,20 m	ND	1,50 m	Inferior a 3 m: 10% Entre 3 y 10 m: 8% Entre 10 y 15 m: 6%	1,5%	ND	ND	ND	Auto. 0,80 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	ND	SI Altura entre 1,20 m y 1,40 m	SÍ	D: 1,50 m

15 Madrid	ND	14	1,20 m	18 cm	Máx. 32 cm Mín. 28 cm	1,20 m	SI	1,20 m	ND	ND	10 m	ND	Longitud: 1,20 m	ND	ND	ND	ND	ND	ND
16 Melilla	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
17 Murcia	SI	16	1,50 m 1,20 m*	2 tabicas + 1 huella = 64 cm (+/- 1 cm) Contrahuella máx.: 16 cm Huella aconsejable: 32 cm		1,50 m 1,20 m*	ND	Adapta-do: 1,50 m Practica- ble: 1,20 m Siempre que posible: 1,80 m	Itinerario adaptado: 6% Itinerario practicable 8%	2%	10 m	ND	D: 1,50 m	ND	ND	ND	ND	ND	ND
18 Navarra	SI	Máx. 16 Mín. 3	N1: 1,50 m N2: 1,20 m	Máx. 18,5cm Mín. 13cm	Máx. 36 cm Mín. 28 cm	ND	ND	N 1: 1,50 m N 2: 1,20 m	Nivel 1 Inferior a 3 m: 10% Entre 3 y 8 m: 8% Entre 8 y 15 m: 6% Nivel 2 Inferior a 3 m: 12% Entre 3 y 8 m: 10% Entre 8 y 15 m: 8%	2%	15 m	ND	ND	Nivel 1 0,85 m Nivel 2 0,75 m	Nivel 1 Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m Nivel 2 Fondo 1,20 m Ancho 0,90 m	ND	ND Altura: 1,40 m	Sí	Nivel 1: D: 1,50 m Nivel 2: D: 1,20 m
19 País Vasco	ND	Máx. 12 Mín. 3	2 m	Máx. 15 cm	Mín. 35 cm	1,50 m	SI	2 m	8%	1,5%	10 m	D: 1,80 m	Longitud: 2 m	Auto. 0,90 m	Fondo 1,40 m Ancho 1,10 m	SI Altura entre 0,90 m y 1,20 m	SI Altura 0,90 m (+/- 5 cm)	Sí	D: 1,80 m

(*)

Excepcionalidad marcada por la existencia de obstáculos puntuales.

- (**) Excepcionalidad determinada por la diferenciación de niveles de intensidad de tráfico o de accesibilidad definida en cada normativa.

- **ND** No determina.



- **Mejores prácticas** (descartadas excepcionalidades).



- **Prácticas menos favorables** (descartadas excepcionalidades).

- Fuente: Aceplan y Ministerio de Vivienda 2009. Trabajos preparatorios de la OM551/2010. Manuscrito

