

LA ASISTENCIA PERSONAL, UNA HERRAMIENTA SALUDABLE PARA LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL*

Gonzalo José Carbonell Aparici

Doctorando en Derecho y Ciencias Sociales

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

maitreya_gonzalo@yahoo.es

gcarbonel11@alumno.uned.es

Resumen

Según se entienda la discapacidad, se originan modos diferentes de asistencia al colectivo que la padece. Si aceptamos el concepto de salud defendido por la OMS desde 1948 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, debemos superar también la visión de la persona con diversidad funcional como dependiente, para optar por un modelo social orientado a la adaptación de la sociedad a sus necesidades. El modelo incluye la asistencia personal como un derecho que permite a estas personas el control de su propia vida, en términos decisivamente configurados por el Movimiento de Vida Independiente y ratificados por la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad de 2006. Pero los Estados siguen ofertando, en la mayoría de los casos, recursos de mera supervivencia.

Palabras-clave: Movimiento de Vida Independiente, Modelo Social de aproximación a la discapacidad, diversidad funcional, asistencia personal, salud.

1. Presentación

A consecuencia de las Guerras Mundiales, de donde regresaron muchos “mutilados de guerra”, tomó fuerza el llamado modelo médico-rehabilitador de acercamiento a la discapacidad, que superaba así el anterior modelo multisecular de marginación y prescindencia. Se toma una mayor conciencia social de que las causas de la diversidad funcional son científicas, en términos de salud-enfermedad¹.

Pero si aceptamos el concepto de salud defendido por la OMS desde 1948 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

* Esta ponencia sintetiza algunas investigaciones en curso dirigidas a la elaboración de una tesis doctoral dentro del Programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales de la Escuela Internacional de Doctorado de la UNED bajo la dirección de los profesores Ignacio Gutiérrez y Antonio Viedma.

¹ Sobre los distintos modelos cfr. Palacios, A; *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Cinca, 2008, pp.37-90.

afecciones o enfermedades"², debemos superar también la visión de la persona con diversidad funcional sólo como ser dependiente y enfermo, *minusválido*, con pocas posibilidades de integración. Estos modelos, que aún perviven parcialmente en la actualidad, han sido en parte superados por un modelo social, cuya paternidad se atribuye a Vic Finkelstein en el Reino Unido³. Básicamente este modelo dice que una deficiencia no implica discapacidad absoluta si la sociedad se adapta a las necesidades específicas de este colectivo.

Este modelo se consagró definitivamente desde el impulso internacional de la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad en 2006. Aunque los Estados que la han ratificado se han esforzado en hacer algunos cambios, y a pesar de aceptar teóricamente los principios de la OMS, del Estado Social y de la Convención, lo cierto es que en la mayoría de los casos desde el Estado se siguen ofertando recursos de mera supervivencia.

Los distintos modelos de aproximación a la diversidad funcional determinan también modos diferentes de asistencia a las mismas. Podemos distinguir con Xabier Urmeneta⁴ tres modelos de asistencia, que coexisten y que tienen cada uno su razón de ser. Son tres modelos que, junto con la atención residencial, resultan complementarios, puesto que todos cubren carencias y permiten distribuir recursos escasos:

1) Los cuidados informales, mayoritariamente familiares, basados en la buena voluntad y disposición de ambas partes, sin ningún pago acordado o exigible, aunque a veces se pueda recibir alguna compensación por ello. Este modo de tratamiento predomina de modo absoluto hasta el advenimiento del Estado Social. Tradicionalmente se ha aplicado más en las culturas latinas, mediterráneas y menos desarrolladas, con un papel preponderante de la mujer.

2) La asistencia domiciliaria, considerada de carácter más profesional, al tratarse de un trabajo remunerado. Presenta dos características: a) el usuario depende de un servicio o empresa ajeno a su entorno próximo y b) el centro de trabajo es el domicilio y se circunscribe a lo más personal: aseo, medicación, limpieza, excepcionalmente tareas

² Cfr. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (Consulta 23/02/2017)

³ Finkelstein, V.; "The social Model of Disability Repossessed", *Manchester Coalition of Disabled People*, 1st December, 2001. Acceso: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-soc-mod-repossessed.pdf> (Consulta 22/02/2017).

⁴ Urmeneta, X.; "El binomio indispensable: asistencia personal y vida independiente. La experiencia de Gipuzkoa". *Boletín del Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED)*, núm. 4, 2012, pp. 54-69.

del hogar, compra, gestiones sencillas (ir al médico, banco, servicios sociales, etc.). El poder de decisión es de la empresa que paga al trabajador, aunque se puedan establecer acuerdos personales previos.

3) La asistencia personal basada en el usuario, lo que implica atender cualquier servicio de apoyo necesario en cualquier momento, con el control del propio usuario, adaptándose a sus necesidades y directrices.

En las “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”⁵ se hace referencia a la obligación de los Estados de proporcionar asistencia personal (art.4), reconociéndose como un derecho humano en la Resolución 1998/31 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas⁶. Sin embargo, la aplicación posterior de las Normas cayó en la ambigüedad de las interpretaciones, al hablar de asistencia personal de un modo genérico, dejando muy abierta y difusa la concepción de la asistencia y sus funciones de apoyo. En España, la herramienta del Asistente Personal es casi desconocida y considerada sólo como prestación económica⁷. Al relegarse este modelo, queda sobrecargando por regla general el cuidado en el entorno familiar, que a veces no funciona y puede desembocar en maltrato, falta de calidad en los servicios y precariedad laboral.

2. El Movimiento de Vida Independiente.

En la gestación y desarrollo de este modelo de Asistencia Personal intervino el Movimiento de Vida Independiente (MVI), nacido en la Universidad de Berkeley en 1962, cuando Ed Roberts, una persona con gran discapacidad, se matriculó para estudiar licenciatura en Ciencias Políticas, superando las dificultades de acceso con el apoyo de compañeros de estudio a los que remuneraba como asistentes personales⁸. Otras personas con discapacidad siguieron su ejemplo en esta Universidad, creando un centro accesible de información en el campus. Posteriormente se vio la necesidad de integrar al colectivo

⁵ Naciones Unidas, “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”. A/RES/48/96, 20 diciembre, 1993. Acceso: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498> (Consulta: 01/09/2015)

⁶ Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos, “Resolución 1998/31 sobre los derechos humanos y las personas con discapacidad”. 51ª sesión, 17 de abril de 1998. Acceso: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1355> (Consulta 15/01/2016).

⁷ Ortega, E. (coord.) y otros, *Situación de la asistencia personal en España*. Madrid: PREDIF, 2015.

⁸ Sobre el origen y desarrollo del Movimiento, cfr. García Alonso, J.V. (Coord.); *El Movimiento de Vida Independiente. Experiencias internacionales*, Madrid, Fundación Luis Vives, 2003.

en el entorno social y se fundó el primer Centro de Vida Independiente en la ciudad de Berkeley⁹, que sigue activo hasta nuestros días. Desde este Centro el Movimiento se expandió por todo el mundo, siendo muchos los líderes que fueron a compartir la experiencia, entre ellos el mismo Finkelstein.

Con este sencillo proceso se puso en marcha un potente armazón ideológico sobre la vida independiente, en donde “Roberts redefinió el concepto de independencia como el *control que una persona tiene sobre su propia vida*”¹⁰. Los iniciadores del MVI comprendieron que, para lograr la autodeterminación, era necesario obtener apoyos independientemente de la familia y elegir libremente a personas profesionales remuneradas que se convirtieran en la mejor herramienta para garantizar mejor calidad de vida. Para la mayoría este era el único modo de poder decidir por sí mismos¹¹.

Las reivindicaciones del MVI giran en torno al derecho a una *igualdad de oportunidades ante una situación de desventaja inicial* y desde la concepción de la discapacidad como un elemento más de la diversidad humana. Esta referencia a la diversidad da origen a la expresión “persona con diversidad funcional” como una señal de identidad del Movimiento defendido desde el Foro de Vida Independiente español¹².

El derecho a la igualdad de oportunidades lleva implícito el *derecho a la no discriminación* y a la *accesibilidad* universal. Esto a su vez implica responsabilidad social en la procura de un *diseño universal* para toda clase de personas o colectivos y los *ajustes razonables* necesarios para que esto sea así.

Consecuencia directa de la accesibilidad es la *participación como síntoma de empoderamiento* individual y colectivo: “Nada sobre nosotros sin nosotros”¹³ se convierte en lema del MVI, puesto que la diversidad funcional no implica necesariamente incapacidad de obrar y decidir (que en un Estado de derecho sólo lo puede dictaminar un juez).

La *finalidad* de estos presupuestos de igualdad y accesibilidad es la consecución de *una vida lo más independiente posible*, meta a la que toda persona con diversidad

⁹ Cfr. <http://www.thecil.org/> (Consulta 23/02/2017)

¹⁰ Palacios, A. y Romañach, J; *El Modelo de la Diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Madrid, Diversitas-AIES, 2006, p.54. Subrayado en el original.

¹¹ Urmeneta, X., op.cit., p.58.

¹² Cfr. <http://forovida independiente.org/> (Consulta 28/02/2017).

¹³ Esta expresión tiene su refrendo institucional en la *Declaración de Madrid* a raíz del Congreso Europeo de las Personas con Discapacidad, en marzo de 2002. Cfr. García Alonso, J.V., op.cit., p.325.

funcional debería poder aspirar¹⁴. Teniendo en cuenta la relatividad del término "independiente", la reivindicación fundamental se centra en la *libertad de elección*, en las circunstancias individuales que se tengan y en la modalidad que se desee. Esto implica desmedicalización y desinstitucionalización de la diversidad funcional, reservando estas opciones a quienes realmente lo necesiten y escuchando sus voluntades. Para la consecución de una vida independiente, el MVI propone dos instrumentos básicos: la autoayuda y los apoyos técnicos.

La *autoayuda* se entiende como ayuda *inter pares*, aprovechando la propia experiencia en la gestión para la autonomía. Una aportación importante del Movimiento ha sido la consideración de esta gestión no sólo a nivel individual sino también a nivel colectivo, asumiendo la formación y dirección de los Centros de Vida Independiente (CVI), con elaboración de programas, sin excluir la participación de personas sin diversidad funcional, pero sin que éstas lleven exclusivamente la dirección o iniciativa, tal y como ocurre en general en los proyectos públicos. Esta alternativa de base nace con actitud colaboradora, puesto que también va a necesitar del apoyo de la sociedad, representada en las Administraciones del Estado.

Otra herramienta básica son las *ayudas técnicas*, en constante innovación: comunicación en red, adaptaciones en transporte, hogar y lugares públicos, grúas, sillas eléctricas, bipedestadores, teleasistencia, respiradores, y un largo etc. que vienen a sumarse a otros tipos de apoyo institucionales como programas subvencionados y prestaciones de servicios o económicas.

Entre estos apoyos destaca la *asistencia personal* cuya importancia enfatiza el MVI sobre todos los demás apoyos, a los que de alguna manera completa y coordina, bajo la supervisión del usuario con diversidad funcional. Para el MVI, el asistente personal no es un cuidador al uso, fruto de una visión asistencial de la dependencia, sino que es una herramienta básica para la independencia y cuya existencia incide directamente en el cambio de paradigma de atención familiar en el entorno habitual (entendiendo por ello la familia parental), así como una herramienta para liberar a la mujer de su papel como cuidadora, teniendo que renunciar en consecuencia a su propia vida independiente.

¹⁴ Shakespeare, T.; "La autoorganización de las personas con discapacidad: ¿Un nuevo movimiento social?", en Barton, L. (Ed.), *Superar las barreras de la discapacidad. 18 años de "Disability and Society"*, Madrid, Morata, pp. 68-85.

El nuevo modelo de asistencia también supone cambios en la función de la financiación estatal: los “gastos en dependencia” se contemplan como “inversiones en autonomía” que implican retornos sociales, menores costes de oportunidad de los cuidadores y disminución de la economía sumergida, que, a su vez, provoca discriminación. El asistente personal se convierte así en un verdadero símbolo del cambio.

3. La Asistencia Personal en el Movimiento de Vida Independiente.

Como aspectos definatorios de la imagen del asistente personal operan los principios operativos del MVI: 1) Desmedicalización y derechos civiles, 2) Independencia económica, 3) Desinstitucionalización: plena libertad de elegir cómo se quiere llevar la propia vida, 4) Desprofesionalización: los usuarios son los expertos y quienes deben dirigir cómo deben ser sus apoyos y 5) Responsabilidad individual del usuario en el control de su propia vida¹⁵. Ellos van a ser clave para diferenciar la Asistencia Personal de otras opciones de apoyo, basadas precisamente en las instituciones y en la visión médica profesional de la discapacidad, centrada en las deficiencias (con la determinación del grado y el tipo de prestación correlativa a la que se tiene derecho) según baremos predeterminados¹⁶.

Respecto a las tareas que tiene que realizar el asistente personal, va a depender de las características y necesidades de cada usuario, que determinará también el perfil idóneo de la persona a contratar más adecuado a cada caso, teniendo en cuenta que las circunstancias pueden ser cambiantes a causa, por ejemplo, de una enfermedad degenerativa, del acceso a un trabajo, un proyecto de actividad, etc. También puede significar la contratación de varios asistentes, si de verdad se quieren sustituir el resto de apoyos familiares o eventuales desde la Administración, como el Servicio de ayuda a domicilio (SAD). Desde el MVI se habla en general de ocho principales áreas de actuación¹⁷:

¹⁵ Ratzka, A.D.; “El movimiento de Vida Independiente en Suecia”, en García Alonso, J.V. (Coord.), *El Movimiento de Vida Independiente. Experiencias internacionales*, Madrid, Fundación Luis Vives, 2003, pp. 173 ss.

¹⁶ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE, núm. 42, de 18 de febrero de 2011)

¹⁷ Cfr. por ejemplo Arnau Ripollés, S. y otros, “Asistencia Personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad) en España”, Madrid,

- 1) Tareas personales directamente relacionadas con el usuario: transferencias (acostarse, levantarse, cambios posturales, ir al baño, etc.), manejo de apoyos técnicos (grúa, respirador, etc.), aseo personal, atención del teléfono, tomar medicamentos, etc.
- 2) Tareas del hogar, realizadas dentro de la vivienda: limpieza, mantenimiento, orden, atención mascotas, preparar alimentos, etc.
- 3) Tareas de acompañamiento, tanto dentro como fuera de la vivienda: compra, gestiones, ocio, trabajo, viajes, vacaciones, etc.
- 4) Tareas de conducción de vehículos.
- 5) Tareas de comunicación cuando sea necesario: lenguaje de signos y otros sistemas alternativos.
- 6) Tareas de coordinación: Planificación del día, apoyo en la toma de decisiones.
- 7) Tareas excepcionales: situaciones imprevistas, crisis físicas o psíquicas que sobrevengan al usuario.
- 8) Tareas especiales: relacionadas con la preparación de relaciones sexuales.

Como se ve, es un amplio abanico de posibilidades que se habrán de precisar en cada caso particular y que se debe hacer constar previamente en un contrato escrito, siempre con la suficiente flexibilidad. De ahí también el perfil cambiante del posible AP, de quien se espera sobre todo y fundamentalmente la comprensión de su relación con el usuario y de su propia tarea como facilitador. En general, desde el MVI no se exige una gran preparación técnica, sino que se posea una actitud abierta y receptiva, dentro de un clima de mutuo respeto. Este es un matiz muy importante, si tenemos en cuenta que históricamente las personas dependientes han tenido que someterse sin posibilidad de elección a los dictámenes profesionales de médicos y evaluadores, pero también de los cuidadores, sean formales o informales. También es de suma importancia calibrar el número de horas que el usuario necesita de asistencia, pues podría implicar la contratación de varios asistentes.

Desde el MVI, por lo demás, no se defiende oficialmente un determinado modo de relación jurídica entre la persona con diversidad funcional y el asistente personal. Es

una cuestión abierta, donde cabe el trabajo por cuenta ajena, el trabajo autónomo, el sistema de cooperativas, la gestión por asociaciones, etc.; habrá de decidirse según la conveniencia de ambas partes, dentro del respeto a la legislación laboral vigente.

4. La Prestación Económica de Asistencia Personal.

Este tipo de prestación coincide con el impulso del MVI hacia una atención más personalizada dentro del modelo social, pasando de la oferta de servicios estándar al paradigma de atención según las necesidades individuales. En países pioneros, como Estados Unidos o Reino Unido, el factor de fondo es la reivindicación de derechos individuales con la meta del “pago directo”¹⁸. Pero en países de Europa Central, como Austria, Alemania, Holanda o Francia, ha primado la insuficiencia estatal en la provisión de servicios, intentando compensar los gastos familiares en los cuidados de larga duración y consiguiendo así un abaratamiento general de los costes. En general, las asignaciones individuales son selectivas y reservadas a grupos con insuficiencia económica. Además, se entiende asistencia domiciliaria como sinónimo de asistencia personal, tanto por parte de cuidadores profesionales como informales. En países como Francia, Holanda, Suecia o Estados Unidos se utiliza la PEAP también para contratar a un familiar¹⁹.

El caso de Suecia es realmente excepcional en cuanto a las cuantías de las prestaciones, que no tienen límite, y alcanzan hasta unos 11.000€ mensuales²⁰. En este país la prestación no trata sólo de contribuir a los gastos, sino de cubrirlos por entero, aunque haya más de un asistente; se han cerrado instituciones de salud mental y se han reducido las ayudas a domicilio por estar las personas con diversidad funcional más emancipadas. Se diferencia claramente entre la prestación de apoyo a este colectivo y la de apoyo a personas mayores que, por el contrario, tiende a ser domiciliario y de apoyo a sus cuidadores²¹.

¹⁸ Pago directo (expresión originaria del MVI) al usuario de un dinero que luego deberá invertir y justificar ante la administración correspondiente en los servicios de asistencia personal para los que se le transfiere una cantidad acordada previamente, según baremos genéricos personalizados.

¹⁹ Cfr. Diputación Foral de Gipuzkoa; *Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional*, Donostia, Centro de Documentación y Estudios SIIS. Diputación Foral de Gipuzkoa, 2011. pp.52-54.

²⁰ Cifras que corresponden a 2011. Cfr. Ibid. p. 76 y Tabla 16 en p. 82 en donde se comparan algunos prestaciones mensuales, p.e.: 300€ Alemania, 405€ Austria, 421 Francia, 1254€ Holanda, 919 Reino Unido,

²¹ Ibid. P. 86, nota 17, y p.219.

En España, la Asistencia personal queda encuadrada dentro de los sistemas de servicios sociales integrados en el sistema jurídico público de protección social por medio de las leyes autonómicas. Aparece bajo la forma de prestación económica de asistencia personal (PEAP), exigible desde su consideración de derecho subjetivo por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia²².

De todos modos, la presencia de la figura del asistente personal en España, dentro de la aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), es mínima. Según datos de su Sistema de Información (SISAAD), la situación, a 31 de Enero de 2016, es de un total de 3.493 PEAP (0'36% de total de prestaciones) frente 146.296 prestaciones residenciales (14'95% del total de prestaciones). Llama la atención su distribución territorial: Primero el País Vasco (3.084), seguido de lejos por Castilla-León (232), Galicia (84), Madrid (51), Catalunya (13), Andalucía y Castilla-La Mancha (10), Comunidad Valenciana (4), Asturias y Extremadura (2) y Navarra (1). En el resto no consta ninguna.

Dentro del especial caso del País Vasco, la normativa es independiente en cada Diputación. Gipuzkoa supone más del 85% de las PEAP de todo el Estado español. Según Z. Benedicto Astorkia, “el motivo fundamental es que la atención no se da únicamente para el apoyo en los ámbitos laboral y educativo, sino que se hace una lectura amplia de la cobertura y se atienden las necesidades básicas de la persona en su entorno, a través de la contratación de personas o empresas de servicios”²³. Aparte de este caso, que podríamos incluir en la línea europea general de PEAP, otros lugares donde se intenta una aproximación al modelo del MVI son Barcelona y Madrid, en donde colaboran las Oficinas de Vida Independiente²⁴ junto con otras entidades privadas en la gestión de los Programas.

Como en los países del entorno, en España la prestación se considera una *ayuda* al gasto para un *único* AP. Se establece una compleja fórmula de cálculo de copago, cuyos términos hay que precisar en cada caso, además de tener topes establecidos en la

²² Cfr. Alemán Bracho, C. y otros; *Servicios Sociales públicos*. Madrid, Tecnos, 2011, pp. 39, 47-48 y 66.

²³ Benedicto Astorkia, Z. 2013. “La prestación económica de asistencia personal en el territorio histórico de Gipuzkoa”, *Zerbitzuan*, núm. 54, 2013, p. 68

²⁴ Es el nombre que se da en España a los Centros de Vida Independiente del MVI.

normativa, que pueden ser mejorados en cada Autonomía²⁵. Las cuantías presentan pocas diferencias (sobre 850€ mensuales para el grado III). Para conocerlas en detalle hay que acudir a las páginas web de referencia a los programas del SAAD de cada Comunidad.

La PEAP en España es poco solicitada por falta de conocimiento de la misma a causa del poco impulso que se le da desde la Administración. Otros factores negativos posibles serían la precariedad de las condiciones de trabajo, la dificultad de entendimiento entre las partes implicadas (usuario, trabajador, familiares) o la actitud del usuario que desea un entorno más protector, temiendo tomar las riendas de su vida, sobre todo cuando no ha tenido mucha oportunidad de ejercitarse en ello.

Por lo demás, resulta inapropiada en no pocas ocasiones la prioridad de permanencia en el entorno familiar que se parece potenciar desde la normativa²⁶. Pensando quizá en personas dependientes por la edad, se da por supuesto que todo usuario desea permanecer en su entorno, cuando a menudo lo que desea (una persona joven, por ejemplo) es salir de él y comenzar una vida en su propia unidad familiar. También habrá que tener en cuenta la disponibilidad de la familia a ser “cuidadora”, renunciando a su propia independencia. Y, en este último caso, regular su trabajo con una digna prestación económica y Seguridad Social.

5. Conclusión.

Dejando a un lado la evidente influencia que el deterioro del Estado Social tiene en la inversión en asistencia personal frente a otro tipo de cuidados²⁷, lo cierto es que el concepto de Asistencia Personal defendido por el MVI solo podrá desarrollarse en la medida en que arraigue en la sociedad la concepción social de la discapacidad y la nueva política de cuidados que ello implica, en correlación con un concepto de salud entendida como bienestar integral. A nuestro modo de ver, se trata más de una cuestión sociopolítica que económica.

²⁵ Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (BOE, núm. 185, de 03/08/2012).

²⁶ Art. 49.2 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 (BOE, núm. 289, de 03/12/ 2013)

²⁷ Cfr. por todos Montserrat Codorniu, J.; “Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro”, *Zerbitzuan*, núm. 60, 2015, pp. 9-30.