

PROYECTO: SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO

01. INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (en adelante EM) es un trastorno neurológico que puede convertirse en una enfermedad crónica-progresiva, desmielinizante y, por lo tanto, degenerativa. Esta enfermedad afecta en un tanto por ciento elevado al aspecto físico e incide en menor proporción al aspecto psíquico. Suele hacer su aparición entre los 20 y 40 años, manifestándose en una proporción doble en mujeres que en hombres.

La EM es una enfermedad de causa desconocida, no es hereditaria, aunque se cree que existe una cierta predisposición a heredarla, no produce contraindicación alguna para el embarazo. En cuanto al tiempo, algunos pacientes de EM se quejan de cansancio, que puede aumentar con el calor, no es contagiosa y afecta más a la raza blanca.

Este trastorno neurológico es invalidante en un tanto por ciento considerable y las consecuencias son impredecibles, es decir, que el pronóstico varía mucho de un paciente a otro: disminución de fuerzas en un lado del cuerpo, o en ambos, incontinencia urinaria, pérdida de visión de un ojo o visión doble, hormigueos, dificultad para hablar, inestabilidad al andar, sensación de vértigo, etc.

La EM está considerada como la enfermedad del "joven adulto", presentándose en un momento crucial para la vida de la persona, puesto que aparece en épocas de estudios, relaciones sentimentales y laborales, etc.

En esta enfermedad básicamente ocurre que, sin que se sepa por qué, se destruyen las cubiertas de las fibras nerviosas (vainas de mielina), que son como cables que llevan la información de un lado a otro del sistema nervioso central. Las fibras nerviosas se pueden comparar con los cables de la luz y es como si, en determinados puntos a lo largo del cable, se destruyera la funda de plástico que lo recubre. Al cabo del tiempo, en esos puntos se crea una placa de tejido endurecido, como una cicatriz (esclerosis), interrumpiéndose la conducción del impulso nervioso de forma transitoria o más duradera, dependiendo de cada caso. Las roturas de la vaina de mielina pueden ocurrir en puntos diferentes del sistema nervioso, de ahí el nombre de múltiple.

Aunque no se sabe cuál es su origen, la teoría más probable es que los mecanismos que tiene el cuerpo humano para defenderse de las agresiones, se vuelven contra la cubierta de las fibras nerviosas. Esta enfermedad se manifiesta fundamentalmente por brotes, en unos casos leves y en otros invalidantes.

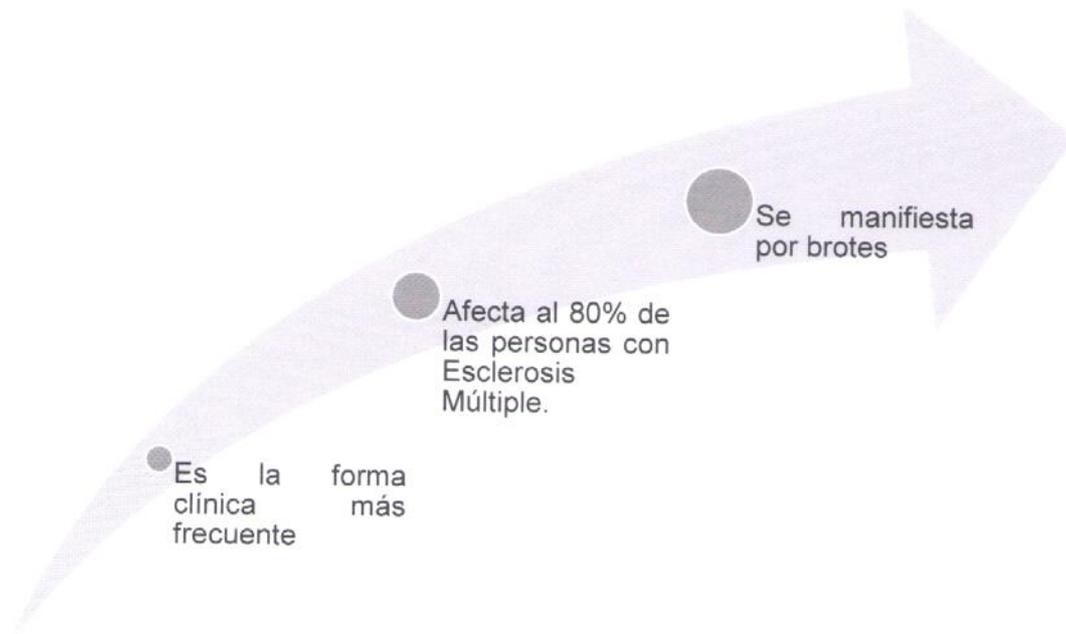
Principalmente tiene dos formas de evolucionar: por brotes y de forma progresiva. En la primera aparecen los síntomas de la enfermedad y en la mayoría de los casos se produce una recuperación más o menos completa y rápida. Y en la segunda los síntomas no ceden, sino que se agravan regularmente a lo largo de semanas o meses.

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico de la enfermedad es muy laborioso y lento, ya que el médico se basa en la historia del paciente y una serie de pruebas clínicas, con lo cual el afectado se ve obligado a llevar una vida con un futuro incierto, a pesar de que se están haciendo grandes avances científicos, sobre todo en Europa y EEUU.

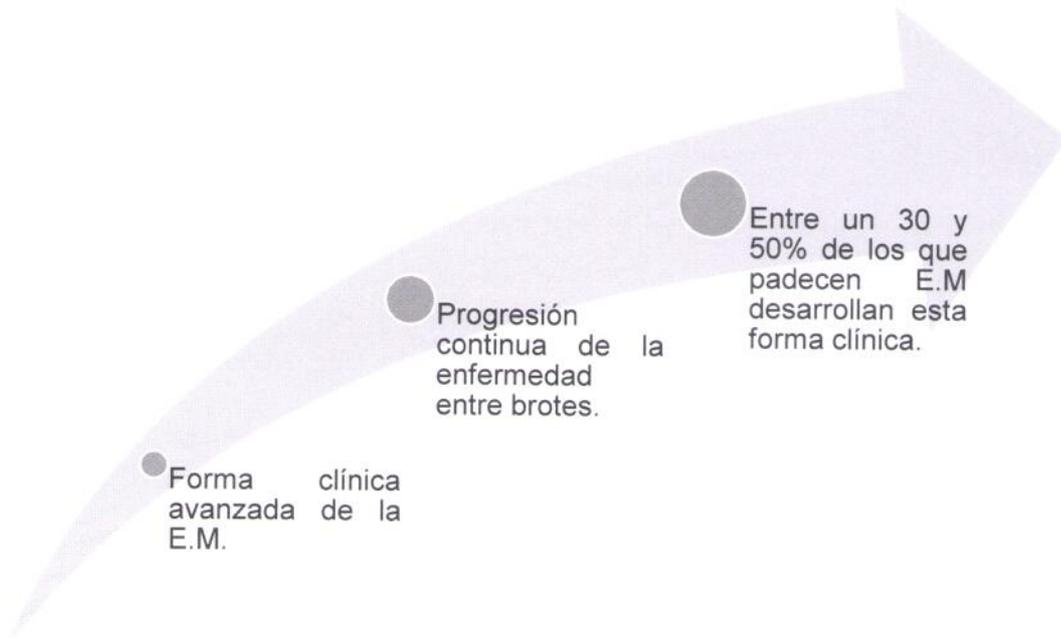
Un último dato interesante, y que es apuntado por el Departamento de Investigación del Hospital de Gran Canaria “Doctor Negrín”, viene a decir que la esclerosis múltiple es la segunda causa de discapacidad entre los jóvenes canarios, después de los accidentes de tráfico.

1.1. Formas clínicas de la Esclerosis Múltiple

1.1.1. E.M. Remitente Recurrente



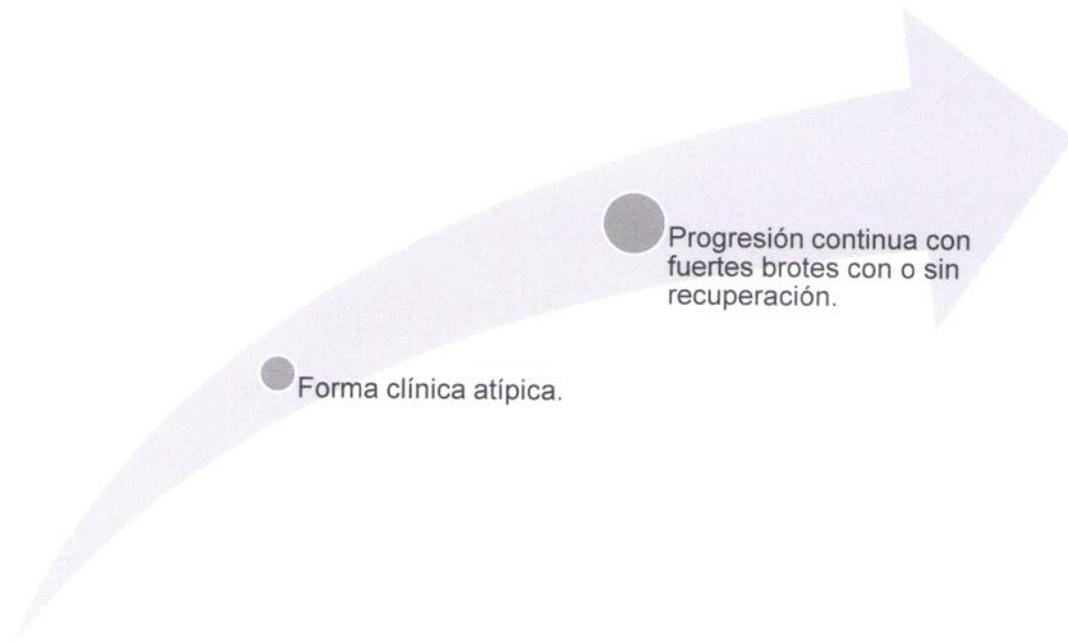
1.1.2. E.M. Secundaria Progresiva



1.1.3. E.M. Primaria Progresiva

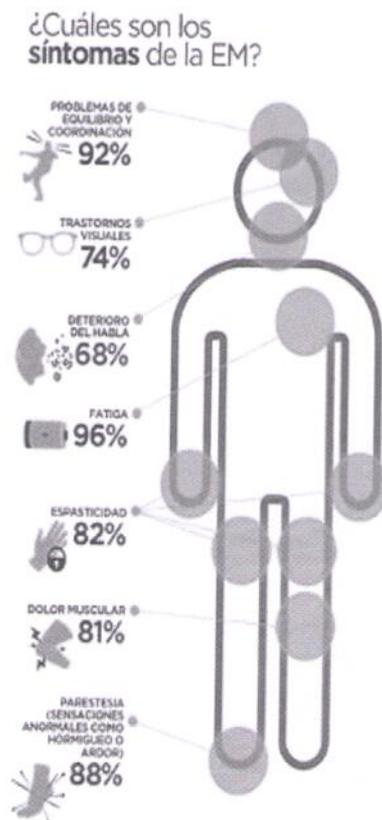


1.1.4. E.M. Progresiva Recidivante



02. MARCO TEÓRICO

2.1. Síntomas de la enfermedad



En lo que se refiere a los **problemas somáticos** de estas personas, los neurólogos encuestados opinan que los más frecuentes son la fatiga, la **pérdida de fuerza, las disfunciones sexuales y la incontinencia urinaria**. Las entidades encuestadas refieren que los trastornos físicos más frecuentes son la fatiga y la pérdida de fuerza, seguidos de la **pérdida de equilibrio**.

En cuanto a los **problemas emocionales**, los neurólogos señalan que el más frecuente es la **depresión**, seguida de la **ansiedad**. Las asociaciones encuestadas consideran ambos trastornos como frecuentes.

Acerca del **deterioro cognitivo**, la mayor parte de los neurólogos encuestados, así como las entidades, apuntan que las **dificultades para concentrarse**, los **trastornos de memoria**, la **capacidad de planificación** y el **lenguaje no fluido** son los problemas asociados a la E.M. que aparecen de manera más frecuente.

2.2. Psicopatologías asociadas

Diferentes estudios realizados en diferentes países y períodos de tiempo vienen a señalar, tanto la contribución psicológica que existe en la etiología de la enfermedad, como la implicación de la misma en el origen de diferentes procesos psicopatológicos. Por mencionar uno de ellos, Minden SL sostiene, tras realizar un estudio exploratorio en el que más de 3.384 personas participaron mediante la realización de cuestionarios en cuatro diferentes áreas geográficas de Estados Unidos, que existe una alta prevalencia de problemas de salud mental en personas diagnosticadas, así como un número significativo de necesidades insatisfechas de tratamiento por profesionales de la salud mental.

La prevalencia, según el mismo, de un episodio de trastorno por depresión mayor durante la vida es mucho mayor en personas con EM que en el resto de la población, y lo mismo ocurre con las tasas de suicidio, trastornos de ansiedad y psicóticos. El número de personas que recibía tratamiento especializado para sus trastornos psicológicos era muy reducido.

2.3. Afección psicosocial y sociocultural

Las personas con EM sienten dificultades para seguir cumpliendo sus roles sociales como madres, padres, abuela, abuelo, hermanos, esposo/a... Entre sus principales demandas existe la de apoyo social a las familias. A nivel laboral, se genera una serie de consecuencias de expulsión del mercado laboral, fruto no sólo del proceso somático de la enfermedad, sino de las imágenes compartidas por los afectados y el medio en que se desenvuelven.

En cuanto al aspecto sociocultural, cabe citar que el hecho de ver a una persona en silla de ruedas asusta (pareciera recordar la debilidad y temporalidad de la naturaleza humana y su indefensión ante múltiples circunstancias) y muchas veces estas personas pueden llegar a creer de sí mismas que molestan. En entornos de diversión y relajamiento social parece que la presencia de enfermos crónicos puede ser una molestia, como si debieran quedar recluidos en entornos sociosanitarios o en su entorno doméstico.

No es que todos compartamos estas ideas, ni tampoco que todos compartamos estas ideas explícita y conscientemente, pero de muchas actitudes y signos se puede llegar a estas conclusiones fácilmente. Los test de asociación implícita son instrumento científicos cuantitativos que permiten la demostración de la existencia de estas ideas. La ONG Project Implicit, por ejemplo, ha desarrollado una gran variedad de pruebas sobre diferentes ámbitos de discriminación que pueden hacerse gratuitamente en lengua inglesa en <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html> y que permiten explicitar algunos de estos prejuicios.

03. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO / MODELO TEÓRICO

Uno de los principales problemas que atañen al afectado de esclerosis múltiple es la falta de movilidad de algunos de sus miembros (superiores e inferiores) o ambos. Esta discapacidad no tratada de inmediato con una rehabilitación adecuada, podría resultar bastante perjudicial a corto-medio plazo, puesto que la enfermedad atacará sin descanso la misma zona, sin posibilidad de recuperación. Los afectados suelen optar por la postura de no querer recibir tratamiento especializado por diversas razones, entre ellas, por no compartir espacio con otras personas de su misma edad y en peor estado físico, lo que les hace recluirse en sus domicilios, desfavoreciendo por completo la integración social.

El tratamiento de la Esclerosis Múltiple desde un punto de vista físico y cognitivo es fundamental trabajarlo, tanto desde la rehabilitación fisioterapéutica como logopédica. Ambas, se hacen necesarias como tratamientos preventivos tanto para evitar el deterioro producido por el avance de la enfermedad, como para

mantener entrenadas aquellas zonas del sistema músculo esquelético y cognitivo que se ven gravemente afectadas por la aparición de brotes.

La logopedia en nuestro centro destina su conocimiento a trabajar los principales síntomas detectados en las entrevistas de valoración, siendo los más frecuentes los que a continuación se detallan:

"Me canso cada vez más tanto al caminar como al hablar"

Las alteraciones del sistema respiratorio que produce la Esclerosis Múltiple, hacen que se produzca una disminución notable en la capacidad de expectorar. Esto favorece la aparición de la fatiga, haciendo que el afectado o afectada necesite tomar pausas continuamente para recuperar la respiración.

La musculatura buco-facial también se ve afectada por la debilidad en la misma, afectando a la deglución y al habla (lengua, labios, velo del paladar):

"Mi voz ha cambiado no es la misma que la de antes"

La alteración de los parámetros acústicos de voz producidas por las dificultades respiratorias y un mal uso de la misma, dan lugar a una voz distinta a la habitual, viéndose afectada la intensidad, tono y timbre.

"Me da mucha rabia que mis familiares no hagan más que preguntarme: ¿Qué has dicho?, ¿No te he entendido?, ¿Me lo puedes repetir?"

La disartria impide la correcta articulación de palabras y sonidos producidas por los daños neurológicos que afectan a los órganos fonatorios. Habitualmente, la respuesta del paciente ante estas dificultades es dejar de comunicarse o ser muy explícito ante lo que quieren decir.

"Cada vez que me pasa me asusto, lo paso fatal y mis familiares también"

Las dificultades en la deglución se manifiestan habitualmente mediante la tos, no prestándoles inicialmente importancia. Con el tiempo, estos síntomas se agravan afectando a la seguridad del paciente durante la alimentación, pudiendo provocar aspiraciones, neumonías, asfixia etc.

"Lo tengo en la punta de la lengua, pero no me sale. Me cuesta recordar los datos más recientes, en cambio los de antes lo recuerdo sin dificultad"

A los problemas para mantener diálogos ocasionados por la lentitud a la hora de procesar la información, se suman los problemas de deterioro cognitivo que impiden focalizar la atención, afectando sobre todo a la memoria a corto plazo.

Por otro lado y, no por ello menos importante, el servicio de logopedia también realiza tareas de información, asesoramiento y entrenamiento a las personas que mantienen un papel activo en el cuidado del paciente, establece un programa de tratamiento adecuado a las necesidades específicas de cada paciente, interviene sobre los déficits detectados y estimula las capacidades que se encuentren intactas, proporciona sistemas alternativos o aumentativos de comunicación.

Es por tanto la Logopedia, una disciplina necesaria en la vida de las personas afectadas por Esclerosis Múltiple, pues mejora y/o mantiene la calidad de vida de este colectivo.

La APEM, dentro de sus objetivos prioritarios, lucha por la inclusión en la sociedad de todos sus afectados, sea cual sea el estadio de la enfermedad en la que se encuentre el usuario, por lo que interviniendo con ellos de manera coordinada para que todos se sientan a gusto realizando su rehabilitación, podremos llevar a cabo una labor importante de cara a la recuperación de la parte afectada.

La APEM ha elegido presentar este proyecto porque, junto a otros de carácter social y psicológico, es la motivación principal que demandan los afectados para sentirse independientes: volver a recuperar su autonomía en muchas de las actividades de la vida diaria.

En lo que respecta al **modelo teórico** de intervención, habría que manifestar lo siguiente. A lo largo de los años han sido varios los modelos teóricos que se han desarrollado sobre la discapacidad, en función del momento histórico. La premisa de partida de estos modelos fue, en su momento, la concepción de la discapacidad como condición individual. Esta teoría venía a exponer que el problema radicaba fundamentalmente en el individuo, en su base natural o biológica que contenía un déficit. Esta línea de investigación se realiza bajo un enfoque clínico obviando, a nuestro entender, el resto de condiciones que envuelven a un ser humano, como por ejemplo, sus relaciones sociales o sus capacidades personales.

A mediados del siglo XX surgen las perspectivas sociopolíticas que se desarrollan en dos vertientes, el interaccionismo y funcionalismo y las versiones materialistas de la discapacidad. Desde la primera vertiente, surge el interaccionismo simbólico que ve la existencia de desigualdades como algo inevitable y sostiene que las personas desarrollan su identidad en función de cómo el resto de personas las ven a ellas, lo que contribuye a reforzar el concepto de "estigma". Las versiones materialistas de la discapacidad, exponen que es la sociedad quien incapacita realmente a las personas con discapacidad. Sin embargo, se encuentran excluidas del mercado laboral por un sistema de

organización social, basado en la competición y la productividad y no en la cooperación y colaboración.

Por último surge el modelo social de discapacidad. Este modelo ha supuesto un gran avance en la comprensión global de la discapacidad y nos detendremos, de manera especial, en él por considerarlo realmente útil para teorizar nuestro trabajo actual. Es importante señalar que este movimiento surge en los años sesenta y setenta del siglo XX especialmente en Estados Unidos, Gran Bretaña y países escandinavos. Una época donde los derechos sociales cobran una especial importancia y surgen diversos movimientos sociales por parte de grupos "desfavorecidos". Son los propios discapacitados los que por primera vez alzan la voz y crean el Independent Living Movement (Movimiento de Vida Independiente) dónde rechazan su vida en instituciones apartadas dónde se sienten oprimidos y reclaman un cambio en su atención.

Este cambio en la concepción de la discapacidad ha tenido y está teniendo un ritmo desigual en función del país del que hablemos. Este modelo, apunta a que los orígenes sociales de la discapacidad se encuentran en la existencia de una sociedad que está organizada por y para gente no discapacitada, por lo que existen una serie de elementos en el entorno físico y social que limitan y restringen su vida, denominados hándicaps o barreras. Hablamos también del cambio en los conceptos de culpabilidad y vergüenza, asociados al modelo individual por el de autoestima y autoconfianza con un sentimiento y capacidad de empoderamiento en la persona.

La teoría en la que basamos la intervención objeto de este proyecto, parte de este modelo teórico que aún hoy se encuentra en continua transformación. No existen marcos teóricos propios de la EM pero nuestra intervención se encuadra muy bien dentro del trabajo con discapacitados. Aportaremos a continuación, una serie de consideraciones añadidas que nos parecen cruciales para un mayor entendimiento y encuadre de la problemática. En primer lugar, hablamos del papel que adquiere la cultura en la visión y el trato de las personas con discapacidad y que va a condicionar en gran medida su desarrollo como personas plenas. Aún hoy en día, existen prejuicios arraigados a cada cultura dentro de las comunidades y que suelen ir dirigidos principalmente a minorías étnicas y colectivos desfavorecidos como es el caso de los discapacitados. En esta línea, desde nuestra cultura occidental, la visión de las personas sobre los discapacitados ha cambiado bastante a lo largo de los años, poco a poco, hemos conseguido eliminar ese estigma social, para pasar a reconocer y empoderar a los discapacitados reconociendo las capacidades individuales y grupales del colectivo. En este sentido, y respecto al contexto social donde desarrollamos el proyecto, el municipio de Las Palmas de Gran Canaria, los elementos culturales que caracterizan a nuestro pueblo, son el resultado de la historia abierta y mestiza, que ha recibido aportaciones de los tres continentes (Europa, África y

América) gracias a su situación estratégica. La solidaridad y el carácter abierto de su gente caracteriza este municipio.

Nuestra intención es guiarnos a través del modelo social pero teniendo en cuenta las características individuales. Una premisa fundamental de nuestra intervención es no caer en el asistencialismo, sino generar soluciones estructurales desde la escucha directa a las personas que atendemos. Generar una relación de ayuda desde sus propias necesidades y demandas. Respetar sus tiempos, observar, descubrir cómo se sienten, cuáles son sus demandas y cómo quieren que guiemos nuestra intervención hacia ellos.

La realidad social de los discapacitados en España, ha cambiado considerablemente en los últimos años. Sus derechos y libertades ya no sólo quedan plasmados en las distintas normativas sino que se establecen planes y proyectos nacionales y autonómicos que contribuyen a su desarrollo. Sin embargo, este esfuerzo ha de ser mayor, tanto a nivel autonómico, nacional como internacional, para contribuir a que los discapacitados de todo el mundo se desarrollen como personas de pleno derecho, sin que existan diferencias entre ser discapacitado en los países del norte o del sur. Por otro lado, es fundamental seguir trabajando, como se lleva haciendo en los últimos años, en la eliminación de barreras arquitectónicas, tanto municipales como personales. Nos encontramos con que estas barreras, en muchas ocasiones, limitan aún más que la propia discapacidad. Por lo que debemos evitar el aislamiento social que se genera por no contar con los medios materiales ni humanos para hacer frente a estas barreras.

En cuanto a la EM, todavía en la actualidad, la información que la población tiene sobre la enfermedad es bastante escasa. Por ello, hay que desarrollar acciones que permitan una mayor sensibilización y comprensión hacia los pacientes. Teniendo en cuenta, además, que es una enfermedad de evolución incierta, por lo que la probabilidad de un deterioro en las funciones motoras en un escaso periodo de tiempo es bastante alta.

El trabajo intrapersonal que se realiza con los usuarios es, a su vez, muy importante para aceptar la enfermedad, aprender a convivir con ella y ayudar en la reestructuración del sistema familiar que se encuentra con una nueva situación de crisis que amenaza la estabilidad de la misma.

Esta nueva realidad genera gran estrés en los afectados y en su entorno más cercano que, inicialmente, no saben cómo abordar las diferentes problemáticas asociadas a esta patología, por lo que se hace necesario llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias, teniendo en cuenta todos los factores biopsicosociales que intervienen en la nueva situación. La intervención en este sentido se orienta hacia la aceptación, el manejo del diagnóstico, las dudas sobre la enfermedad y el nuevo estilo de vida (afectiva, laboral y familiar), gestión del

tiempo libre, falta de habilidades que permitan mejorar la autonomía, autoestima y autoconcepto.

Gracias a la subvención que se solicita se puede seguir contando con un equipo multidisciplinar, en este caso, psicólogo, trabajador social y administrativa, que permiten ofrecer una atención integral para atender estas y otras necesidades que presentan los afectados por EM. Además, esta intervención se complementa con el desarrollo de actividades culturales y recreativas, así como con la intervención de una logopeda, un fisioterapeuta y un conductor del vehículo que permiten mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes a nivel físico y psíquico, además de un taller de pintura que fomenta el desarrollo de su lado artístico.

Por todo lo expuesto anteriormente, destacamos la necesidad de seguir contando en la provincia de Las Palmas y en la isla de Gran Canaria, en particular, con una asociación como la nuestra, pionera en la atención a pacientes con EM y la única que ofrece actualmente una cobertura integral al colectivo, que refuerza y complementa las actuaciones que se llevan a cabo desde el ámbito público, incluido Servicios Sociales Municipales. Desde los hospitales, se trabaja también en la detección precoz y el tratamiento mediante los distintos especialistas neurológicos, sin embargo, nos encontramos que no existe una atención global que incluya el aspecto social tan importante en esta enfermedad, como así lo fundamenta el marco teórico expuesto.

04. OBJETIVO GENERAL

Atender de forma directa e integral las discapacidades de los/as afectados/as, potenciando su integración personal, familiar y social.

05. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.1. Garantizar la participación de los/as usuarios/as en los diferentes servicios facilitando su movilidad a través del transporte adaptado de la asociación.

06. OBJETIVOS OPERATIVOS

6.1. Garantizar el traslado del 100% de los/as usuarios/as, por medio del transporte adaptado, para que puedan participar en las actividades.

07. ACTIVIDADES

Con respecto al objetivo operativo 6.1.

- Garantizando el traslado de los/as usuarios/as por medio del transporte adaptado de la asociación.
- Garantizando una atención adecuada, correcta y educada con todos los/as usuarios/as que hacen uso del transporte adaptado.

08. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN DE LA ENTIDAD

→ Trabajo en equipo e interdisciplinar.

Las tareas se encuentran divididas según competencias profesionales, pero se trabaja en equipo y el mismo supervisa la actividad de todos los profesionales. La colaboración entre los mismos y el conocimiento del trabajo que realizan los compañeros.

→ Jerarquía

La Junta Directiva es la que establece las líneas de actuación y quien preside y fiscaliza la labor de los técnicos, mientras que a éstos compete desarrollar, autónomamente, su labor técnica bajo la dirección de aquella.

→ Participación de los/as usuarios/as.

En todos los niveles de la intervención social. Se promoverá la participación de las/os afectadas/os en las reuniones de coordinación de las actividades socioculturales, estableciéndose una cuota mínima de dos personas. Además, la evaluación de cada actividad recogerá de manera expresa la opinión de los afectados con respecto a la misma. Lo mismo ocurrirá con respecto a familiares y cuidadores.

→ Coordinación interinstitucional.

Descrita más concretamente en el correspondiente apartado, con el objetivo de mejorar la optimización de recursos y la creación de sinergias.

→ Perspectiva de género

La perspectiva de género se tendrá en cuenta y aplicará teniendo en cuenta el criterio de transversalidad.

→ **Comunicación social.**

Hacer visible y presente la intervención social mediante la presencia en los medios de comunicación social.

→ **Ayuda mutua.**

El establecer cauces de ayuda mutua entre los afectados relativiza la propia situación individual. Ver otras situaciones puede permitir a los mismos adoptar modelos positivos (aprendizaje vicario según teoría del aprendizaje social) de estrategias de afrontamiento.

→ **Metodología propia de la animación sociocultural y comunitaria.**

Existe un amplio desarrollo metodológico en este campo de la intervención social que servirá de guía para el desarrollo del proyecto.

→ **No discriminación.**

Por razón de sexo, edad, orientación sexual, pertenencia étnica, nacionalidad, ideología política o religiosa o cualquier otra razón.

→ **Perspectiva integral u holística e individualizadora.**

Entendiendo e interviniendo de manera integral sobre las diferentes problemáticas que existen en el individuo, sin obviarlas ni segregarnos y comprendiendo las particularidades de cada persona. Intervención en diferentes niveles. La intervención se centra en diferentes niveles, sobre la base de lo comunitario y las redes sociales amplias hasta llegar a la intervención de carácter individual.

09. BENEFICIARIOS

Servicio de transporte adaptado: Durante el año 2017, el servicio de transporte adaptado ha realizado, aproximadamente, 3.000 servicios, siendo la mayoría de los/as usuarios/as de Las Palmas de Gran Canaria y de Telde.

10. RECURSOS

10.1. Recursos de infraestructura

Las salas para la implementación del Servicio de fisioterapia y logopedia se encuentran en el Centro Sociosanitario "Virgen de Fátima", ubicado en la calle Antonio Manchado Viglietti, nº 1. (Ciudad Jardín), Código Postal 35005, del

Municipio de Las Palmas de Gran Canaria. Se trata de una dependencia cedida por el Cabildo de Gran Canaria.

10.2. Recursos materiales

→ Para el Servicio de Transporte Adaptado

- Un vehículo adaptado.

10.3. Recursos humanos

Para la implementación de este servicio, se cuenta con un conductor del vehículo adaptado, trabajador de la asociación, con el que se facilita la movilidad de los/as usuarios/as y su participación en las actividades que se realizan en la Sede. Gracias a este servicio que presta esta Entidad, se favorece que los/as afectados/as puedan acudir a las sesiones de fisioterapia y de logopedia, así como participar en actividades de ocio y tiempo libre..

Por otro lado, se cuenta con un Coordinador que se encarga de realizar las siguientes funciones para la buena realización de los servicios:

- Coordinación entre los/as beneficiarios/as y el transporte adaptado.
- Coordinación entre los/as beneficiarios/as y los/as profesionales de Fisioterapia y Logopedia.
- Seguimiento de las citas con los diferentes profesionales.
- Comunicación de incidencias o posibles cambios.
- Acompañamiento de los/as usuarios/as antes, durante y después de la actividad.
- Seguimiento a los/as usuarios/as que son atendidos/as en sus hogares por los diferentes profesionales.
- Preparación y acondicionamiento de las salas donde se imparten los diferentes servicios.
- Adquisición y/o compra de los diferentes materiales que necesitan los diferentes profesionales.
- Realización de las diferentes encuestas de valoración y/o satisfacción de los/as usuarios/as.

10.4. Recursos económicos

Para poder implementar este proyecto durante el segundo semestre del año 2018, se solicita esta subvención, la cual intenta cubrir los gastos del conductor del vehículo durante todo este periodo.

Los costes económicos que se solicitan en la presente subvención son los que a continuación se detallan.

COSTES DEL PERSONAL DE APEM	
SERVICIO	TOTAL
Conductor del transporte adaptado segundo semestre año 2018	1.757,40 €uros
TOTAL PERSONAL DE APEM	€uros

OTROS GASTOS	
SERVICIO	TOTAL
Pago del combustible del coche adaptado para el segundo semestre del año 2018	720 €uros
TOTAL IMPUESTOS	720 €uros

PRESUPUESTO TOTAL	
SERVICIO	TOTAL
Pago de nómina del trabajador del transporte adaptado segundo semestre año 2018	1.757,40 €uros
Pago del combustible del vehículo adaptado para el segundo semestre del año 2018	720 €uros
TOTAL A SOLICITAR	2.477,40 €uros

11. CRONOGRAMA

El servicio de transporte adaptado funciona toda la semana en horario de mañana. Puede utilizarse también para la realización de alguna actividad en horario de tarde (salidas de ocio y tiempo libre, eventos, etc.).

12. DISEÑO DE EVALUACIÓN

La evaluación se llevará a cabo siguiendo de la siguiente manera:

a) Según el momento en que se evalúa:

Se utilizarán dos subtipos. El primero de ellos tiene que ver con la evaluación durante la ejecución, también denominada como evaluación de gestión o concomitante. Caracterizada porque se pone en marcha durante el proceso de ejecución, su objetivo principal consiste en conocer en qué medida se está cumpliendo con la ejecución del proyecto. Se realizará al final de cada semestre del año 2018. (Ver modelo de evaluación en el **Anexo 1**).

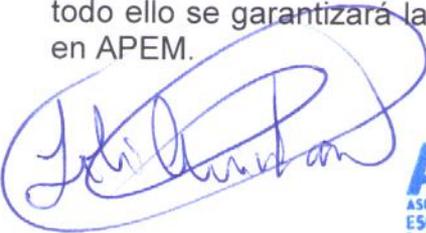
El segundo subtipo, es la denominada evaluación ex-post o de impacto, que se llevará a cabo cuando el proyecto haya alcanzado su pleno desarrollo (pueden transcurrir meses e incluso años después de finalizada su ejecución).

b) Según la procedencia de los evaluadores.

Se llevará a cabo mediante la autoevaluación, siendo el equipo responsable de la ejecución del proyecto junto con los integrantes de la junta directiva, quienes valoren y califiquen las actividades del proyecto. Esta se desarrollará dos veces al año, coincidiendo con el final de cada semestre.

12. MEDIOS DE DIFUSIÓN INFORMATIVA DEL PROYECTO

La Asociación Provincial de Esclerosis Múltiple de Las Palmas (APEM) continuará, como hasta ahora, en programas de radios, televisión y prensa escrita, difundiendo las tareas y actividades que realiza. Se utilizará la red social Facebook, así como Twitter, Instagram, Konvoko, cuestionarios on line proporcionados por la multiplataforma GOOGLE y la nueva página web. Con todo ello se garantizará la difusión de todas las actividades que se desarrollan en APEM.



Fdo.: Fermina Quintana Díaz
Presidenta de APEM

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO

El siguiente cuestionario pretende conocer cuál es tu opinión acerca del desarrollo del Servicio de Transporte Adaptado, con el objetivo de identificar elementos de mejora.

Valora de 1 a 5 cada uno de los aspectos referentes al proyecto, teniendo en cuenta que la puntuación más negativa es 1 y la más positiva es 5.

ÍTEM A EVALUAR	1	2	3	4	5
¿Considera que el servicio se adapta a sus necesidades?					
¿Colabora el profesional en la subida y bajada del transporte?					
En carretera, ¿vela en todo momento por la seguridad de los usuarios respetando las normas de circulación?					
El conductor se dirige a mí tratándome por mi nombre					
Fui tratado/a con cortesía y consideración por el conductor					
Me ofreció la posibilidad de expresar mi opinión					
En general, la organización logística de APEM (Coordinador) ha contribuido al desarrollo óptimo del servicio					
En general, estoy satisfecho/a con el desarrollo del servicio					

Sugerencias y/o observaciones: