DOCUMENTOS · 16/92

Desarrollo y aplicación de la LISMI (1982-1992)

Tomo I

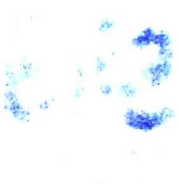
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Real Patronato de Prevención
y de Atención a Personas con Minusvalía

2 1 JUL. 1992

SIIS
Reina Regente 5 Bajo
Apdo 667
20003 SAN SEBASTIAN

R.7450



DESARROLLO Y APLICACION DE LA LISMI

(1982-1992)

Tomo I

DESARROLLO Y APLICACION DE LA LISMI. (1982 - 1992) TOMO I.

. **AUTORES:** José Mª Alonso Seco, Manuel Aznar López, Paulino Azúa Berra, Luis Benito Ruiz, Manuel García Viso, Eusebio Niño Ráez, Antoni Vilà Mancebo y Mª Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre.

. **DOCUMENTOS 16/92**

. **EDITA:** Secretaría General del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

. **DISTRIBUCION:** SIIS. Centro de documentación e información, concertado con el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Serrano, 140. 28006 Madrid.

. Primera edición: Febrero, 1988. 1.500 ejemplares
Segunda edición, en dos tomos: Mayo, 1992. 1.500 ejemplares

. **IMPRIME:** Artegraf

NIPO: 380-92-014-0
Depósito Legal: M - 14.653 - 1992

La entidad editora no se identifica necesariamente con todas las apreciaciones contenidas en los trabajos firmados.

S U M A R I O

Presentación 5

1. **Prevención de deficiencias.** Por José María Alonso Seco 11

2. **Diagnóstico y valoración de minusvalías.** Por Manuel Aznar López 81

3. **Rehabilitación.** Por Manuel Aznar López 115

4. **Educación.** Por Paulino Azúa Berra 163

5. **Integración laboral.** Por Eusebio Niño Ráez 217

6. **Servicios sociales.** Por Antoni Vilà y Mancebo 259

7. **Movilidad y barreras arquitectónicas.** Por Eusebio Niño Ráez 325

8. **Prestaciones sociales y económicas.** Por Manuel García Viso 355

9. **Coordinación institucional.** Por Mª Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre 395

10. **Las disposiciones finales primera a quinta de la Ley 13/1982.** Por Luis Benito Ruiz 429

PRESENTACION

Poco después de la celebración de las primeras elecciones democráticas en nuestro país, se constituyó en el Congreso de los Diputados una Comisión especial para el estudio de los problemas de los minusválidos. Esta Comisión fue presidida por Ramón Trías Fargas, y en ella se acometió la tarea de elaborar una proposición de Ley sobre la materia. Se consideró oportuna la fórmula de proposición de Ley diseñada por dicha Comisión, en lugar de proyecto de Ley elaborado por el Gobierno, con el fin de propiciar una norma de consenso.

Después de un periodo de cuatro años, durante la I y II legislaturas, de tramitación parlamentaria, se aprobó la norma en cuestión con el apoyo de todos los grupos parlamentarios. Fue publicada en el Boletín Oficial del Estado correspondiente al día 30 de abril de 1982, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

Al cumplirse un lustro de su promulgación, la Junta de Gobierno del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía estimó conveniente encomendar a los órganos técnicos de la Institución, mediante acuerdo adoptado en su reunión del día 24 de noviembre de 1986, la realización de un informe sobre el grado de aplicación y desarrollo alcanzado por la Ley en sus cinco primeros años de vigencia.

A tal efecto la Secretaría General del Real Patronato encargó a acreditados especialistas en la materia la elaboración de informes técnicos relativos a los principales aspectos de la Ley, en los que se analizaba el desarrollo y aplicación práctica que había tenido la norma, desde su entrada en vigor hasta abril de 1987, fecha de referencia de la conclusión de los trabajos.

Una vez ultimados los informes, se procedió a su publicación, y a tal fin se editó el volumen Cinco Años de Vigencia de la Ley de Integración Social de los Minusválidos dentro de la colección Documentos de la Institución.

En el mes de abril de 1992, se cumplirá el décimo aniversario de la promulgación de la mencionada Ley. Por ello y atendiendo además al hecho de que en la disposición final séptima de la norma se menciona que el coste total de esta disposición legal debe estar plenamente asumido por las Administraciones Públicas en el plazo máximo de diez años a partir de su entrada en vigor, la Secretaría General del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía ha provisto a la preparación de un nuevo informe sobre el grado de aplicación y desarrollo alcanzado por la Ley 13/1982, incluyendo en este caso un apartado de realizaciones en cada capítulo. Como en la ocasión anterior, el trabajo ha sido realizado mediante una serie de artículos redactados por conocidos especialistas. También como en el informe precedente, los textos se publican firmados por sus autores; ocioso será decir que el organismo editor respeta las opiniones expuestas, incluso en los casos en que no las comparte.

El informe se estructura en diez capítulos, cuyo contenido se indica a continuación:

El Capítulo I, sobre prevención de la deficiencia, se corresponde con el Título III de la Ley y el Capítulo I del informe anterior.

El Capítulo II, sobre diagnóstico y valoración de minusvalías, se corresponde con el Título IV de la Ley y con el Capítulo II del informe anterior.

El Capítulo III, sobre rehabilitación, se corresponde con el Título VI de la Ley, excepto la Sección 3º, y con el Capítulo IV del informe anterior.

El Capítulo IV, sobre educación, se corresponde con la Sección 3º del Título VI de la Ley y con el Capítulo III del informe anterior.

El Capítulo V, sobre integración laboral, se corresponde con el Título VII de la Ley y con parte del Capítulo V del informe anterior.

El Capítulo VI, sobre servicios sociales, se corresponde con el Título VIII de la Ley y con parte del Capítulo V del anterior informe.

El Capítulo VII, sobre movilidad y barreras arquitectónicas, se corresponde con la Sección 1ª del Título IX de la Ley y con parte del Capítulo V del informe anterior.

El Capítulo VIII, sobre prestaciones sociales y económicas, se corresponde con el Título V de la Ley y con el Capítulo VI del anterior informe.

El Capítulo IX, sobre coordinación institucional, se corresponde con el artículo 65 y concordantes de la Ley con el Capítulo VII del anterior informe.

El Capítulo X, relativo a las disposiciones finales, se corresponde con las disposiciones finales primera a quinta, ambas inclusive, de la Ley y con el Capítulo VIII del anterior informe.

Cada Capítulo tiene carácter autónomo y ha sido abordado por el autor con arreglo a su personal criterio. Todos los capítulos se ordenan, sin embargo, conforme a un modelo similar de desarrollo argumental para lograr la coherencia que un estudio de esta naturaleza exige. Se inician con un relato de los antecedentes, especialmente la situación normativa e institucional en que se encontraba la

materia objeto de estudio en los momentos anteriores a la promulgación de la Ley 13/1982. A continuación se estudian las disposiciones contenidas en la Ley. Se pasa posteriormente al examen de su desarrollo tanto desde el ámbito de la Administración Central como desde el de las Comunidades Autónomas. Finalizan los capítulos con un epígrafe dedicado a realizaciones en relación con el objeto de estudio. Debe considerarse que existen en ocasiones dificultades para obtener datos sobre los mismos debido a la distribución territorial del poder en nuestro sistema político. Por ello, se da la circunstancia de que no todas las realizaciones aparecen recogidas en el presente informe. Se espera, en todo caso, que la información que se ofrece sirva como acicate para la realización de otras evaluaciones sobre las materias reguladas por la Ley 13/1982.

Madrid, 1992

SECRETARIA GENERAL DEL REAL PATRONATO DE PREVENCION Y DE ATENCION A PERSONAS CON MINUSVALIA.

1. PREVENCION DE DEFICIENCIAS

José María Alonso Seco

INDICE

1.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982

1.1.1. El Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos

1.1.2. El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad

1.1.3. Otras acciones

1.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

1.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

1.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes centrales del Estado y por las Comunidades Autónomas

1.3.1.1. Legislación del Estado

1.3.1.2. Legislación de las Comunidades Autónomas

1.3.1.3. Competencia de las Corporaciones Locales

1.3.2. Normas incidentes en la materia

1.3.2.1. Modificaciones del Código Penal

1.3.2.2. Higiene y seguridad en el trabajo

1.3.2.3. Seguridad en el tráfico vial

1.3.2.4. Acciones destinadas a zonas rurales

1.3.3. Conclusión

1.4. REALIZACIONES

1.4.1. Programas de prevención realizados

1.4.1.1. Programas de prevención médica

1.4.1.2. Programas de prevención ambiental

1.4.2. Presupuesto destinado a prevención de deficiencias

1.4.3. Conclusión

1. PREVENCION

La Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) acaba de cumplir diez años; es ya, ciertamente, mayor de edad. Fue la primera ley postconstitucional de servicios sociales, que trató de vertebrar la acción institucional pública en favor de las personas con minusvalía. Al cumplirse los diez años de su vigencia se hace preciso analizar qué pretendió ser, qué ha sido, y qué perspectivas se vislumbran en el momento actual.

En las páginas que siguen se estudia la LISMI en los preceptos referidos a ***prevención de deficiencias****. Digamos de antemano que la tarea no es simple, porque ni el concepto de prevención es unívoco -en lenguaje sanitario se habla frecuentemente de prevención primaria, secundaria y terciaria- ni tampoco el término deficiencia es entendido con significación idéntica. En cualquier caso, nos toca examinar qué dice al respecto la LISMI, cómo se ha desarrollado ésta, y qué transcendencia real ha tenido sobre las personas con minusvalía, es decir, si la aplicación de la LISMI en estos últimos diez años ha mejorado la situación en lo que se refiere a prevención de deficiencias.*

1.1. ANTECEDENTES:SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982

La preocupación en nuestro país por la prevención de las deficiencias es un hecho relativamente reciente. Los antecedentes previos a la promulgación de la LISMI pueden agruparse metodológicamente -existe incluso hasta cierta sucesión cronológica- en tres grupos: acciones de prevención iniciadas por el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM), Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, acciones varias no clasificadas en las anteriores.

1.1.1. El Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM)

En 1974 tiene lugar la celebración de la Conferencia MINUSVAL-74, organizada por el SEREM, en la que surgirán dos hechos de importancia decisiva para la configuración en nuestro país de un sistema de prevención de las deficiencias: la creación, el 8 de febrero de 1974, de la Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos, y la fusión, el 21 de febrero del mismo año, del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y del Servicio de Asistencia a Subnormales en un solo organismo, orientando decididamente al SEREM no sólo hacia el sector de la recuperación de los minusválidos físicos, sino también hacia la atención de los subnormales o minusválidos psíquicos, como desde entonces se les comienza a denominar en lenguaje usual.

En la Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos se crea una Subcomisión para la Prevención de la Subnormalidad. Fruto de sus trabajos iniciales será la firma, el 5 de marzo de 1975, de sendos Convenios entre la Dirección General de la Seguridad Social y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y entre el Instituto Nacional de Previsión y el Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid, con la finalidad de estudiar los principales factores causantes de la subnormalidad: las enfermedades moleculares, las causas de base genética, los factores prenatales, perinatales y neonatales.

En diciembre de 1975, el SEREM aprueba su primer ***Plan de Ayudas para la Asistencia a Minusválidos Psíquicos para 1976****, disposición que regula por vez primera en nuestro país ayudas institucionales para la prevención de la subnormalidad, a través de dos programas principales: el estudio de las anomalías cromosómicas, y la investigación sobre los factores perinatales causantes de la subnormalidad (1).*

La aplicación de dicho Plan, y de los que le siguieron en años sucesivos, se

plasmará, en lo que se refiere a prevención de deficiencias psíquicas, en la firma de Convenios con distintas instituciones científicas: Instituto de Genética del Centro de Investigaciones Biológicas del C.S.I.C. (1976), Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid (1976), Instituto de Investigación "F.Oloriz Aguilera", de la Facultad de Medicina de Granada (1977). Casa de Salud Santa Cristina (1977), y Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela (1978), entre otros (2).

En el mismo contexto debe mencionarse la Campaña de Prevención sobre la Subnormalidad, realizada profusamente en 1977 por la Dirección General de Sanidad, el SEREM y la Fundación General Mediterránea, entidad privada que tuvo asimismo notable protagonismo en el estudio de la prevención de la subnormalidad.

1.1.2. El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad

El impulso más eficaz vino del entonces llamado Real Patronato de Educación Especial (3). En reunión presidida por S.M. La Reina, acuerda en noviembre de 1976 la elaboración de un Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Será redactado por medio centenar de expertos y aprobado por el Pleno del Real Patronato en mayo de 1977.

El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad (4) enumera una serie de acciones -de información, normativas y estructurales- cuya finalidad es prevenir la subnormalidad. Se encomienda al Real Patronato de Educación Especial la supervisión de la aplicación del Plan, a la Dirección General de Salud Pública su ejecución, y se configura una serie de órganos técnico-asesores: el Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad, constituido por especialistas, representantes de la Administración, de Asociaciones familiares y de Asociaciones profesionales; la Comisión Ejecutiva, como órgano permanente del Consejo Nacional; las Comisiones Territoriales constituidas en las Comunidades Autónomas o Entes preautonómicos; y la Comisión Nacional, formada por representantes de las Comisiones Territoriales y de la Comisión Ejecutiva.

Junto a estos órganos se crean tres Grupos de Trabajo -el Metabólico-genético, el Perinatológico y el Pediátrico-nutricional- que van a ser los encargados de realizar las distintas acciones y programas del Plan y sus auténticos gestores.

El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, en la redacción aprobada por el Real Patronato de Educación Especial, no fue publicado en el B.O.E., pero sus contenidos básicos fueron recogidos en el Real Decreto 2176/1978, de 25 de agosto, en el que se confiere, por así decirlo, "carta legal", al Plan, se encomienda a la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria la "dirección y coordinación" de las acciones preventivas contempladas, y se establece que la financiación de éstas se realizará con cargo al Fondo Nacional de Asistencia Social, creado en 1960 y que, a partir de 1977 (5), ve incrementadas notoriamente sus dotaciones en materia de atención a minusválidos, y específicamente para prevención de la subnormalidad (6).

En su funcionamiento cabría distinguir dos períodos. Uno inicial, a partir de la publicación del Real Decreto 2176/1978, en el que se financian programas de prevención por el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social con créditos del FNAS. Otro posterior, que comienza a finales de 1980 con el funcionamiento de los órganos asesores previstos en el Plan, y cuya ejecución efectiva se materializa especialmente e 1981 (7).

Con un presupuesto anual de 1.100 millones de pesetas, en 191 y 1982 se realizarán algunas de las acciones previstas, entre las que se citan a título de más significativas: estudio de aminoacidopatías y del hipotiroidismo congénito, consultas genéticas y análisis de cariotipos, estudios de población de niños con alto riesgo perinatal, investigación sobre las causas de la mortalidad perinatal, creación de centros de maduropatías, campaña de erradicación del bocio endémico, campañas de vacunación, encuesta nacional de salud materno-infantil, acciones científicas y divulgativas, entre otras (8).

1.1.3. Otras acciones

Siquiera sea con carácter enunciativo, se indican a continuación una serie de medidas directamente relacionadas con la prevención de minusvalías:

- ***Creación de servicios de orientación y planificación familiar.***

  La Ley 45/1978, de 7 de octubre, al suprimir la frase "...o de evitar la procreación..." del artículo 416 del Código Penal, restringió la penalización de prescripción y expedición de anticonceptivos a sólo determinados medicamentos y sustancias. En su disposición adicional encomendó al Gobierno la creación de servicios de orientación y planificación familiar. Por Real Decreto 2275/1978, de 1 de septiembre, se establecen los referidos servicios, entre cuyos objetivos se encuentran los de "fomentar el reconocimiento médico prenupcial y el consejo genético(...), prevenir el aborto y la subnormalidad y aproximar a la población los recursos médico-sanitarios que impidan los efectos patológicos que puedan derivarse de la ignorancia o marginación" (art. 2).

- ***Establecimiento de la cartilla sanitaria de la embarazada.***

  Se lleva a efecto por O.M. de 24 de octubre de 1978. La cartilla se distribuirá gratuitamente y su "única finalidad es la protección de la mujer gestante y del fruto de la gestación" (art.1).

- ***Instrucciones sanitarias para la prevención de la subnormalidad.***

  Se contienen en la O.M. de 30 de abril de 1980. En esta Orden, que se inserta en los albores del funcionamiento del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, y a él hace en parte referencia, se establecen diversas medidas preventivas: vacunación gratuita anti-rubéola a todas las niñas mayores de 11 años, derecho de toda mujer embarazada a la cartilla sanitaria,

obligación de que todo recién nacido se someta a pruebas analíticas, establecimiento del Documento de salud infantil. Algunas de estas medidas no se llevaron a la práctica con el alcance que pretendía la norma.

La brevedad de este primer apartado no puede concluirse sin, al menos, unas sucintas observaciones:

- *Con anterioridad a la LISMI, la prevención se orientó de forma muy específica, prácticamente unitaria, al campo de la subnormalidad.*

- *Fue sumamente elogiable el intento de la Administración de fomentar y encauzar las iniciativas aisladas de expertos médicos, diseñando un Plan Nacional, aunque fuese genérico, de Prevención de la Subnormalidad.*

- *Aunque el Plan Nacional, en su estructura organizativa, ha dejado de funcionar desde 1983, no obstante determinados programas que se iniciaron siguen desarrollándose. Para financiarlos la correspondiente Dirección General del Ministerio de sanidad siguió convocando subvenciones (9), y ha destinado anualmente créditos para la ejecución de dichos programas.*

- *Fácilmente puede deducirse cómo, elaborándose la LISMI en los años de plena vigencia y funcionamiento del Plan de Prevención de la Subnormalidad, aquélla dedicara un título específico a la Prevención de las Minusvalías e incluyese en su articulado la obligatoriedad para el Gobierno de elaborar Planes cuatrienales de prevención de las minusvalías.*

1.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

La Ley de Integración Social de los Minusválidos, casi a renglón seguido de establecer, en los principios generales contenidos en el Título Primero, que "los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los

derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención..." (art. 3), dedica un Título específico -el Tercero- a la Prevención de las Minusvalías, que se transcribe seguidamente:

Artículo ocho

"La prevención de las minusvalías constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales".

Artículo nueve

"Uno. El Gobierno presentará a las Cortes Generales un Proyecto de Ley en el que se fijarán los principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de las minusvalías.

Dos. Sin perjuicio de las facultades que pueden corresponder a las distintas Administraciones Públicas en el ámbito de sus respectivas competencias, para formular sus propios planes de actuación en la materia, el gobierno elaborará cuatrienalmente en relación con tales planes, un Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías que se presentará a las Cortes Generales para su conocimiento, y de cuyo desarrollo informará anualmente a las mismas.

Tres. En dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, así como a la higiene y seguridad en el trabajo, a la seguridad en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental. Se contemplarán de modo específico las acciones destinadas a las zonas rurales".

1.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

1.3.1 Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes centrales del Estado y por las Comunidades autónomas

Como quedó apuntado en el apartado anterior, los preceptos específicos en materia de prevención que establece la LISMI se reducen a dos: elaboración de un Proyecto de Ley sobre Prevención de Minusvalías, y realización por el Gobierno de Planes cuatrienales Nacionales de Prevención. Se menciona asimismo la posibilidad que tienen otras Administraciones Públicas (en clara alusión a las Comunidades Autónomas) de confeccionar sus respectivos Planes de Prevención (10).

Cualquier análisis valorativo del desarrollo de la LISMI deberá concretarse, pues, al grado de realización de lo preceptuado, tanto a nivel de normación como de ejecución, y desde los dos principales niveles competenciales: el Estado (en el sentido que este término tiene en el artículo 149 de la Constitución), y las Comunidades Autónomas. Se sigue este esquema, a efectos metodológicos, añadiendo breves referencias a la competencia de las Corporaciones locales.

1.3.1.1. Legislación del Estado

A) Proyecto de Ley de Prevención de las Minusvalías

El proyecto de ley específico, sectorial y autónomo previsto en la LISMI no ha sido presentado a las Cortes Generales. Pero en buena parte ha sido subsumido en la ***Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*** *(en adelante LGS). La LISMI establecía que la prevención era una obligación prioritaria del Estado "en el campo de la salud pública y de los servicios sociales", con lo que parecía remitir de algún modo su regulación tanto al sector de la salud como al de los servicios sociales. Pues bien, desde el ámbito estatal la inflexión se ha decantado hacia el área de la salud. Por ello se hace preciso analizar, siguiera sea someramente, los preceptos de la Ley General de Sanidad referidos a la prevención.*

Son varios los aspectos a tener en cuenta, entre los que se destacan los siguientes:

a) *El derecho protegido por la LGS es la protección de la salud (art. 1) y son frecuentes en ella las menciones explícitas del término prevención, referido primordialmente a la salud o a la enfermedad: la prevención de los riesgos para la salud es actividad fundamental del sistema sanitario (art. 8.1); los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la protección de la salud y a la prevención de las enfermedades (art. 3.1); las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias se orientarán a la prevención de las enfermedades (art. 6.3); la atención primaria integral de la salud incluye la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad (art. 18.2); los servicios de salud mental cubrirán los aspectos de prevención primaria (art. 20.4); en casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud colectiva se otorgan a la Administración poderes especiales para adoptar medidas preventivas (art. 26.1); el Sistema Nacional de Salud, las demarcaciones territoriales denominadas Areas de Salud, así como los Centros de Salud, tienen como actividad principal la prevención de la salud (artículos 46.b); 56.2.a); 63; etc.). No puede extrañarnos esta variedad de alusiones, porque la LGS se inspira en los principios de la Conferencia de Alma-Ata, "Salud para todos en el año 2000": la salud como norma de vida, la prevención de la enfermedad, y los cuidados comunitarios para todos.*

b) *A primera vista pudiera parecer que el término "prevención" de la LISMI y el de la LGS son diferentes, por ser dispares sus objetos conceptuales: en aquélla se trata de la prevención de las minusvalías, en ésta de la prevención de la salud o de la enfermedad. Un examen más detenido nos revela que tal disparidad es más aparente que real.*

En efecto, puestos en parangón el art. 9.3 de la LISMI, que viene a constituir una descripción de actuaciones en materia de prevención de minusvalías, con el capítulo 2º del Título Primero de la LGS, titulado "De las actuaciones

sanitarias del sistema de salud", se observa lo siguiente:

- *En primer lugar, la LGS considera como actuación sanitaria dentro del sistema de la salud, el desarrollo de "programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas" (art. 18.5), precepto, sin lugar a dudas, el más concreto de la LGS referido a deficiencias.*

- *Las actuaciones de prevención contempladas en el art. 9.3 de la LISMI son de carácter general, ninguna sectorial o específica para personas con minusvalía. En otras palabras: son acciones dirigidas a toda la población para prevenir el riesgo de una posible minusvalía. Es indudable, asimismo, el carácter genérico de las actuaciones sanitarias del Capítulo 2º del Título primero de la LGS.*

- *Precisamente por la generalidad de su objeto, puede observarse mejor el gran parecido entre unas y otras actuaciones, que se desprenden incluso del propio tenor literal de la LISMI y de la LGS. La "orientación y planificación familiar" (LISMI, art. 9.3), con los "programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes" (LGS, art. 18.7). La "higiene y seguridad en el trabajo (LISMI, art. 9.3), con la actuación "en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales" y "la vigilancia sobre la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos (LGS, art. 21.b) y e). El "control higiénico y sanitario de los alimentos" (LISMI, art. 9.3), con el "control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios" (LGS, art. 18.10). "El control de la contaminación ambiental" (LISMI, art. 9.3), con "la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica" (LGS, art. 18.6). En fin, "el consejo genético, la atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica (LISMI, art. 9.3), con los "programas de*

atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas" (LGS, art. 18.5).

Parece, pues, que el contenido material de la Ley de Prevención de Minusvalías prevista por la LISMI está ya desarrollada implícitamente -sin menoscabo de la mención directa y explícita del artículo 18.5 antes visto- en la Ley General de Sanidad.

c) *En la misma línea de razonamiento anterior, es importante destacar que, en la Exposición de Motivos de la LGS, se relacionan de algún modo los artículos 43 (derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y obligación de los poderes públicos de organizar el sistema de salud a través de medidas preventivas y los servicios necesarios) y 49 (obligación de los poderes públicos de realizar una adecuada política de previsión, tratamiento e integración de las personas con minusvalía), al tomar ambos como base constitucional del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.*

d) *Existe otro punto de coincidencia, éste de carácter formal. La LISMI establecía la elaboración de una Ley en la que se fijaran "los principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de las minusvalías". la LGS no sólo establece esas normas básicas, sino que es ella misma, en el sentido del artículo 149.1.16ª de la Constitución, una norma básica, tal como se establece en su artículo 2º (11).*

e) *Es preciso, por último, referirse a la Disposición Final 5ª de la LGS, que se comenta sucintamente.*

Por ella las Cortes Generales delegan en el Gobierno la potestad de refundir en un solo texto, al amparo de lo dispuesto en el art. 82.2 de la Constitución, diversas leyes que se citan y un Real Decreto, en un plazo de dieciocho

meses a partir de la entrada en vigor de la LGS, así como la facultad de regularizar, aclarar y armonizar dichos textos de acuerdo con los actuales conocimiento epidemiológicos, técnicos y científicos y la exigencia del sistema sanitario, a fin de alcanzar los objetivos de la LGS.

Entre los textos legales citados se encuentran el artículo 9 y concordantes de la LISMI e incluso se mencionan de ella expresamente la orientación y planificación familiar, el consejo genético, la atención prenatal y perinatal, la detección y diagnóstico precoz de la subnormalidad y minusvalías. Estos contenidos deberán ser regularizados, aclarados y armonizados con los contenidos sanitarios de otras leyes que hacen referencia, sumariamente, a: orientación y planificación familiar, sanidad infantil y maternal, prohibición de la publicidad de bebidas alcohólicas, vacunaciones impuestas y recomendadas, sanidad escolar, enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, higiene de la educación física y el deporte, asistencia psiquiátrica y antituberculosa, y zoonosis transmisibles de higiene de la alimentación.

No se ha elaborado dicho Texto refundido, ni se podrá hacer, pues el plazo se ha cumplido y no ha sido prorrogado con anterioridad. Por otro lado, alguna de las materias objeto de refundición -como es el caso de la salud escolar- son competencias propias de las Comunidades Autónomas. No obstante, en el Ministerio de Sanidad y Consumo se está elaborando un proyecto de Decreto sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que ya contempla de forma más concreta que en la LGS los distintos aspectos de la prevención médica de deficiencias, y que de algún modo viene a ser la refundición, si bien con rango de norma reglamentaria, de las materias antes citadas, lo cual evidentemente siempre planteará el problema de la vigencia de las Leyes antiguas no refundidas e inaplicables por modificación de las circunstancias de tiempo y lugar.

B) Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías

El primer dato a consignar, para el analista que hace una evaluación de la LISMI es el hecho fehaciente de no haberse elaborado tal Plan. Es cierto que la redacción, oscura, del propio artículo que lo ordena, dificulta y aun excusa su realización.

No obstante, aunque el Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías, en cuanto medida gubernamental programática de ejecución, no se haya realizado, sí puede hablarse promulgación de medidas legislativas tendentes a fines similares. Una vez más habrá que referirse a la Ley General de Sanidad.

La LGS, en coherencia con la inclusión de la prevención de deficiencias congénitas y adquiridas en el sistema de la salud, hace algunas precisiones relativas a la organización del sistema de salud de bastante interés:

a) *El artículo 70, desarrollo de las competencias estatales de "coordinación" establecidas en el art.149.1.16ª de la Constitución, obliga al Estado y a las Comunidades Autónomas a aprobar, en el ámbito de sus respectivas competencias* ***Planes de Salud****, que incluirán, entre otras actuaciones sanitarias, "la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención" (LGS, art. 70.2.b).*

b) *El artículo 54 establece asimismo que cada Comunidad Autónoma debe elaborar un* ***Plan de Salud****, el cual debe englobar el conjunto de planes de las diferentes Areas de Salud; éstas, en el contexto de la atención primaria de salud, deben desarrollar programas y funciones de prevención (art. 56.2.a).*

c) *Finalmente, el artículo 74 dispone la realización del* ***Plan Integrado de Salud****, que "recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos (del Estado y de las Comunidades Autónomas). Asimismo relacionará las asignaciones a realizar*

por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación". Tendrá el plazo de vigencia que en él se determine.

Por Real Decreto 938/1989, de 31 de julio, se ha articulado el procedimiento y plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. En esta disposición se reglamenta también el esquema o contenido que han de tener los Planes Integrados de Salud. En su primer capítulo -"Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios"- se contemplan las "medidas objetivas de las tendencias de la mortalidad, morbilidad, incapacidad (el subrayado es nuestro), exposición a los factores de riesgo de la enfermedad y medidas subjetivas del estado de salud percibido" (art. 10.a).

A la luz de estos preceptos pudiera también interpretarse que el Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías de la LISMI ha quedado incorporado en los Planes de Salud de la LGS. Dicho en otros términos: la articulación, siempre deseable, de programas o acciones a corto y medio plazo, tendentes a prevenir la aparición de deficiencias físicas o psíquicas tiene cabida en el ámbito más general de la prevención de la salud, en los Planes de salud que el Estado y las Comunidades Autónomas (independiente o conjuntamente) puedan establecer según el ámbito de sus respectivas competencias.

Hemos de concluir, pues, este apartado manifestando que a la LISMI debe reconocérsele el gran acierto de haber incluido en nuestra legislación las materias relativas a prevención de deficiencias. Aquello a lo que no pudo o no quiso llegar ha sido recogido por la legislación sanitaria posterior e inscrito en el contexto más amplio de la ***promoción y educación en la salud*** *que, si responde a algún concepto primario, éste es el de prevención de la enfermedad y, consecuentemente, de la deficiencia derivada de aquélla.*

La elección que ha hecho el legislador estatal al incluir la prevención en el ámbito de la salud pública, y situarla dentro de una ley básica de sanidad, ¿cierra el paso a su consideración y posible regulación desde otros sectores (educativo, de servicios sociales, etc.)?. Sería arriesgada, y posiblemente errónea, una contestación afirmativa a esta pregunta. Habría de decirse, más bien, que el legislador ha querido

incluir la prevención en el área de la salud por el innegable carácter sanitario que aquélla tiene, y que la LGS marca una orientación a seguir por los órganos centrales y autonómicos del Estado, sin perjuicio de las conexiones que habrá de tener con otros sectores que inciden en el área preventiva y cuya regulación será probablemente necesaria para hacer efectivas las actuaciones preventivas.

1.3.1.2. Legislación de las Comunidades Autónomas

A) Medidas legislativas sobre prevención de deficiencias

La LISMI guardó un cauto silencio acerca de la posibilidad de las Comunidades Autónomas de establecer medidas legislativas sobre prevención de deficiencias. Ello no impide, como es natural, que aquéllas hayan podido legislar en virtud de las competencias de posible asunción, y efectivamente asumidas por todas ellas, en materia de sanidad interior (art. 148.1.21ª de la Constitución) y de asistencia social (art. 1.148.20ª de la Constitución), las dos áreas que el artículo 8 de la LISMI relaciona con la prevención de las minusvalías.

En términos generales ha decirse que el proceso operado a nivel autonómico ha sido bastante similar al del Estado. Vamos, no obstante a examinar las normas autonómicas con rango de ley que han sido adoptadas en cada una de ambas áreas.

a) Area de salud

Como disposiciones legales más relevantes deben citarse las **Leyes de Salud** *y las* **Leyes de Salud escolar**.

Por lo que se refiere a las **Leyes de Salud**, *deben diferenciarse aquellas que fueron promulgadas con anterioridad a la entrada en vigor de la LGS, las cuales se orientan, en líneas generales, a establecer servicios institucionales para la gestión de la sanidad autonómica transferida (12), de aquellas otras que son posteriores a la LGS, dictadas en desarrollo legislativo de ésta, y por lo mismo se observa netamente*

el influjo directo que la LGS ha tenido en su elaboración, las cuales prestan mayor atención (hecha la salvedad de la Ley de Galicia) a los aspectos de actuación sanitaria y ordenación funcional de la salud en línea con las normas básicas de la LGS (13).

Del análisis de estas Leyes -no entramos en su consideración individualizada para no extendernos en demasía- se llega a la conclusión de que, también en el ámbito autonómico, la prevención de deficiencias se ha situado preferentemente en la legislación sanitaria, dentro del contexto más general de la prevención de la enfermedad y de la educación en la salud, conceptos presentes en todas las leyes (14). Si ya quedó dicho que el proyecto de ley de prevención de minusvalías previsto en la LISMI podía considerarse inmerso en la LGS, a mayor abundamiento habría que afirmar lo propio respecto de la legislación sanitaria autonómica que desarrolla la LGS, legislación que tiene una importancia decisiva en nuestra materia, pues no puede olvidarse que la sanidad interior y la asistencia social (concepto en el que se engloban los servicios sociales) son competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas.

Por seguir el mismo razonamiento de páginas anteriores, al comparar la LISMI y la LGS, se observa que los contenidos de la prevención del artículo 9.3 de la LISMI están repetidos en las leyes autonómicas de Salud que desarrollan en su ámbito territorial la LGS, como puede observarse:

- ***Los servicios de orientación y planificación familiar**, cuya ejecución se encomienda al correspondiente Servicio Regional de Salud: Ley de Aragón (art. 6.g), Ley de La Rioja (art. 12.f), Ley de Murcia (art. 3.g), Ley de Cataluña, art. 8.h), Ley de Valencia (art. 5.1.7) (15).*

- ***El consejo genético y la atención prenatal y perinatal**: Ley de Navarra (artículos 5.14, 13.c) y 16.d), Ley de Aragón (art. 6.e), Ley de Cataluña (art.8.f), Ley de Valencia (art. 5.1.5).*

- ***La higiene y seguridad en el trabajo**: Ley de Navarra (art. 14), Ley de Aragón*

(art. 6.k), Ley de Murcia (art. 3.e), Ley de La Rioja (artículos 12 y 16.1.d), Ley de Cataluña (art. 8.j), Ley de Valencia (art. 5.1.9).

- ***El control higiénico y sanitario de los alimentos**: Ley de Navarra (artículos 13.a) y 34.1.c), Ley de Aragón (art. 6.l), Ley de Murcia (art. 3.i), Ley de La Rioja (art. 12.k), Ley de Cataluña (art. 8.o), Ley de Valencia (art. 5.1.10).*

- ***Las medidas de prevención de la contaminación ambiental**: Ley de Navarra (artículos 13.a) y 34.1.a), Ley de Aragón (art. 6.f), Ley de Murcia (art. 3.e), Ley de La Rioja (art. 2), Ley de Cataluña (art. 8.l), Ley de Valencia (art. 5.1.6).*

*Vamos a permitirnos destacar a la Ley de Navarra porque, en uno de sus artículos, cita expresamente a los **minusválidos** como grupo social de mayor riesgo sobre el que deben las Administraciones sanitarias desarrollar programas preventivos (art. 13.c).*

*El otro grupo normativo se refiere a las **Leyes de Salud escolar** (16), cuyo ámbito de aplicación se extiende a centros docentes no universitarios, públicos o privados. Estas leyes no constituyen, en sí mismas, desarrollo de la LISMI, pero contienen indudables medidas preventivas, de una gran repercusión futura por el medio en que se realizan. Todas ellas giran en torno al concepto preventivo de educación para la salud en el ámbito escolar (17). Contienen, entre otras, las siguientes actuaciones sanitarias:*

- ***Prevención y control de las enfermedades transmisibles** (18), mediante la detección precoz de fuentes de transmisión intraescolares y el control de los mecanismos de transmisión habituales.*

- ***Prevención de enfermedades transmisibles** (19), tendentes a la disminución de la morbilidad y mortalidad, que se concretará en : identificación de los grupos de riesgo, información, educación y control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, prevención de accidentes infantiles, de diversas toxicomanías, etc.*

- ***Prevención de las condiciones higiénico-sanitarias*** *(20), de los alimentos, de la orientación dietética, de las condiciones sanitarias de los edificios, instalaciones, equipamiento y su entorno.*

- ***Exámenes periódicos y obligatorios de salud*** *(21), a los alumnos, profesores y personal no docente del centro, con el fin de diagnosticar y permitir el tratamiento precoz de las anomalías.*

- ***Determinadas prohibiciones*** *en algunos casos: venta de tabaco y de bebidas alcohólicas (22).*

- *Equipamiento de medios para prestar* ***primeros auxilios*** *(23).*

b) Area de servicios sociales

Al contrario de lo que sucedió en el ámbito estatal, donde la LISMI fue auténtica pionera en resaltar decididamente la importancia de la prevención de las minusvalías, aun consciente de que se trataba de una actuación en que era predominante el factor sanitario (recordemos que la deficiencia se origina por una enfermedad o un accidente, y que ambos requieren en el inicio una asistencia específicamente sanitaria), en las Leyes de Servicios sociales de las Comunidades Autónomas la prevención de deficiencias queda más desdibujada y mucho menos precisa.

¿Renunciaron los legisladores respectivos a incluirla en el área de servicios?. Probablemente sí, impulsados quizás también porque la regulación de los servicios sociales no se podía limitar a las personas con discapacidad, había que incluir otros muchos colectivos necesitados de asistencia social. En efecto, frente al sectorialismo antes existente -los servicios sociales eran financiados prioritariamente por la Seguridad Social y estaban orientados casi en exclusividad a los minusválidos y ancianos- las Leyes autonómicas de Servicios sociales introducen un concepto de servicio social más globalizador, refundiendo la antigua asistencia social con los

servicios sociales especializados, y con una notable tendencia hacia expansionismo comunitario allí donde surge la necesidad de atención social.

La brevedad a que estamos limitados nos obliga a no tratar con detenimiento cada una de las leyes autonómicas de servicios sociales; remitimos a ellas al lector interesado (24).

Hemos de decir, no obstante, que todas contemplan al sector de personas con deficiencias como una de las áreas de actuación preferente. Las referencias a la prevención, cuando existen, son bastante escuetas y tienen más bien carácter enunciativo, en cuanto principio general que debe presidir la actuación de servicios sociales (25), o como actuación específica del servicio especializado de atención a minusválidos (26). Algunas, incluso, establecen que las medidas de prevención se realizarán "en coordinación con la correspondiente organización sanitaria local" (27), si bien el criterio de coordinación interinstitucional está presente en todas ellas por la propia naturaleza de los servicios sociales que regulan.

B) Planes autonómicos de Prevención de las minusvalías

La LISMI, como ya se apuntó más arriba, no expresa un mandato a las Comunidades Autónomas para la realización de estos planes; sólo menciona la posibilidad de su ejecución. La LGS establece, sin embargo, la obligatoriedad de Planes autonómicos de Salud (art. 54), precepto que las leyes autonómicas de salud repetirán (28).

En ninguna Comunidad Autónoma se ha plasmado formalmente un Plan de Prevención de minusvalías. Pero quede asimismo constancia de un hecho que merece destacarse: con mayor o menor intensidad, en las Comunidades Autónomas se han realizado determinados programas que en su día inicio el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, lo cual ha sido posible por la transferencia de créditos y de servicios sanitarios -del Estado y de la Seguridad Social- a aquéllas. Determinadas acciones del Plan de Prevención de la Subnormalidad estaban concertadas, o con la Dirección General de la Salud, o con el INSALUD; al

transferirse funciones de estos organismos a las Comunidades Autónomas, los programas han continuado de una u otra forma.

1.3.1.3. Competencia de las Corporaciones Locales

¿Participan las Diputaciones y Ayuntamientos en la prevención de deficiencias?.

En primer lugar conviene poner en relación dos contenidos de la prevención de minusvalías que cita el art. 9.3 de la LISMI -"control higiénico de los alimentos" y "la contaminación ambiental" con preceptos de leyes posteriores a ella que confieren competencias a los Ayuntamientos en tales materias:

- *Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Según ella,el Municipio ejerce competencias en la "protección del medio ambiente" (art. 25.2.f) y en la "prestación de servicios sociales" (art. 25.2.k).*

- *Ley General de Sanidad: se establece que las Comunidades Autónomas (art. 42.l) tengan en cuenta las competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones territoriales comunitarias a efectos de la gestión del sistema de salud, en el que se incluye la prevención de minusvalías. De manera específica los Ayuntamientos quedan obligados: al control sanitario del medio ambiente, al control sanitario de centros de alimentación, escuelas, centros residenciales y similares, al control sanitario de la distribución y suministro de alimentos (art. 42.3).*

- *Las Leyes autonómicas de Salud, curiosamente, no han remarcado las competencias de los Ayuntamientos en esta materia, con excepción de la Ley de Navarra y de la Ley de La Rioja (leyes que, por cierto guardan bastante similitud en alguno de sus grupos de artículos), que dedican un capítulo específico a regular las competencias y actividades sanitarias de los Ayuntamientos (29).*

1.3.2. Normas incidentes en la materia

Si en el apartado anterior se han hecho unas consideraciones sobre el grado de desarrollo y aplicación de la LISMI en función de los dos mandatos contenidos en el artículo 9, en el presente se intentan describir aquellas otras actuaciones posteriores a 1982 que guardan relación con el contenido de la acción preventiva descrito en el artículo 9.3.

1.3.2.1. Modificaciones del Código Penal

a) Nueva redacción del artículo 428

Con anterioridad a la reforma del Código Penal operada por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, el consentimiento del ofendido era irrelevante en los delitos de lesiones; por lo cual, las esterilizaciones (ligaduras de trompas, vasectomías), aun consentidas por el interesado, estaban penadas para quien las ejecutare de propósito (Código Penal, art. 419). La citada reforma añade un nuevo párrafo, por el cual se exime de responsabilidad en los supuestos de transplante de órganos efectuados con arreglo a la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, siempre que medie consentimiento del lesionado libre y expresamente emitido, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente o mediante precio o recompensa, o el otorgante fuera menor o incapaz, en cuyo caso no será válido el prestado por estos ni por sus representantes legales (Código Penal, art. 428, según la redacción dada por la L.O. 8/1983).

La Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal, ha añadido un nuevo inciso, que textualmente dice así: "Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz".

b) Adición del artículo 417 bis

En este artículo, introducido por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, se regulan tres supuestos de despenalización del aborto. Precedido de viva polémica, fue objeto de recurso previo de inconstitucionalidad, fallado favorablemente a favor de la ley. A nuestros efectos interesa comentar el tercero de los supuestos, también llamado "aborto eugenésico".

Requisitos específicos del aborto eugenésico son:

- *Presunción de que el feto ha de nacer con graves taras físicas o psíquicas.*
- *Que se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación.*
- *Que se emita dictamen previo a la práctica del aborto por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.*

Requisitos comunes con los otros dos supuestos de aborto (los llamados "aborto terapéutico" y "aborto ético"), para que la conducta no sea punible, son los siguientes:

- *Que sea practicado por un médico o bajo su dirección.*
- *En centro o establecimiento sanitario, público o privado, debidamente acreditado.*
- *Que se realice con consentimiento expreso de la mujer embarazada.*

La Orden de 31 de julio de 1985 reguló inicialmente los requisito que deben reunir los centros para ser acreditados. Esta norma fue derogada por el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, que diferencia los requisitos que deben reunir los

centros según que el aborto se realice antes de las doce semanas de gestación y no implique alto riesgo para la mujer embarazada de aquellos que implican alto riesgo o se realizan después de las doce semanas de gestación. La autorización a los centros se entiende concedida automáticamente si se reúnen los requisitos que establece el citado Real Decreto.

1.3.2.2. Higiene y seguridad en el trabajo

La LISMI no podía dejar de mencionar, en el articulado de su Título tercero, la importancia preventiva de este importante factor generador de deficiencias, tradicionalmente unido a la legislación sanitaria, y especialmente a la laboral. Sería prolijo enumerar las medidas normativas y administrativas que se han llevado a efecto con posterioridad a la publicación de la LISMI. Como, por otra parte, no constituyen desarrollo de ésta, se reflejan sucintamente las más significativas.

De la Ley General de Sanidad debe mencionarse el capítulo 4º del Título primero ("De la salud laboral"). En los artículos que componen el citado capítulo se destacan como más relevantes: la prevención sanitaria de los riesgos profesionales, la vigilancia de las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, prevención de los factores de microclima laboral, detección precoz de los factores de riesgo y deterioro que afecten a la salud del trabajador, elaboración de mapa de riesgos laborales para la salud, control epidemiológico y registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional, información y formación sobre programas sanitarios de salud laboral. También las Leyes autonómicas de Salud se refieren a esta materia, como ya se examinó páginas más arriba.

Por lo que se refiere a la legislación laboral, las disposiciones que han aparecido a nivel de Administración Central son muy numerosas. Hacen relación a protección de maquinaria, señalizaciones de los puestos de trabajo a efectos de evitar accidentes, transporte de mercancías peligrosas (por carretera y ferrocarril), sobre sustancias, peligrosas, etc. La misma observación puede hacerse respecto de las Comunidades Autónomas. La normativa básica reguladora de higiene y seguridad

en el trabajo sigue estando remitida al Estatuto de los Trabajadores, a la Ley General de Seguridad Social, a la Ley de Infracciones y Sanciones del orden social, y a la Ordenanza General de Higiene y Seguridad en el Trabajo aprobada por Orden de 9 de marzo de 1971. Existe asimismo un Anteproyecto de Ley de Salud laboral (30).

Quizás requiera una mención individualizada el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los Centros Especiales de Empleo, donde se establece que, "si los equipos multiprofesionales observaran que el trabajo que realice el trabajador (minusválido) supone un grave riesgo para su salud, deberán declarar la inadecuación del mismo, debiendo pasar en ese caso el trabajador a ocupar otro puesto adecuado a sus características dentro del propio Centro" (art. 6.2).

1.3.2.3. Seguridad en el tráfico vial

Huelga cualquier comentario sobre la creciente incidencia de los accidentes de tráfico en la aparición de deficiencias físicas, muchas veces irreversibles. No es de extrañar, pues, que el art. 9.3 de la LISMI cite la seguridad en el tráfico vial como contenido de un Plan de prevención de las minusvalías. Se recoge a continuación una sucinta referencia a lo desarrollado al respecto.

En 1976 se crea la Comisión Nacional de Seguridad Vial, integrada por representantes de quince Ministerios, con competencias directa o indirectamente relacionadas con la seguridad vial. El Secretariado permanente se encomienda a la Dirección General de Tráfico. En 1980 aprueba el primer Plan Nacional de Seguridad Vial. Desde entonces se han aprobado los siguientes: Plan General para el trienio 1981-1983 (con Anexos adicionales para cada año), Plan de Actuaciones para 1984, Plan Nacional de Seguridad Vial 1985-1988 (también con anexos anuales), Planes Nacionales de Seguridad Vial para 1989, 1990, y 1991 (31). Los últimos Planes incluyen la programación de distintas Comunidades Autónomas (32).

Su sistemática no ha variado en lo fundamental. Se articulan todos ellos en

cinco grandes capítulos de actuación (33):

- ***Formación vial**: Comprende la educación vial escolar, la formación y perfeccionamiento de conductores, los programas formativos especiales y la actividad informativa y motivadora.*

- ***Vigilancia y control**: Medidas referidas a las que siempre fueron consideradas acciones básicas: control de la alcoholemia, de la velocidad y cinturón de seguridad. A ellas se añadió la obligatoriedad de utilización del casco para los conductores y usuarios de motocicletas. Se incluyen también las acciones sancionadoras como medio preventivo.*

- ***Acondicionamiento y servicios**: Del vehículo, de la vía y de la circulación. De significativa importancia es el incremento de inspecciones técnicas de vehículos, así como la adopción de sistemas de regulación de la circulación con medios de alta tecnología, pero debe destacarse en especial, a partir del año 1986, los programas para construcción de autovías, así como en general la mejora de los tramos viarios peligrosos (travesías urbanas, intersecciones en T y en X, etc.), así como medidas de señalización, balizamiento y otras similares.*

- ***Normativa**: En cada Plan se relacionan las normas reglamentarias que es preciso modificar, y en los más recientes la adaptación de nuestra legislación a la normativa comunitaria.*

- ***Estudio y programación**: Acciones y programas especiales de investigación científica y técnica.*

En cuanto medidas legislativas promulgadas al efecto, debe citarse la Ley 18/1989, de 25 de julio, de Bases sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, desarrollada en Texto Articulado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo. Aunque el concepto usual que se tiene de esta ley es su carácter punitivo y "amedrentador", debe decirse que tiene una orientación preventiva,

tal como se establece en la Exposición de Motivos de la Ley de Bases. "La magnitud del fenómeno de la circulación, con su trágico índice de siniestralidad, ha movido a la Administración a abandonar la primitiva concepción (la existente en el anterior Código de la Circulación), puramente policial de su actuación, para pasar a un planteamiento activo de la misma, orientada a promover la seguridad de la circulación y la prevención de accidentes".

1.3.2.4. Acciones destinadas a zonas rurales

El inciso último del artículo 9.3 de la LISMI precisa que en el Plan Nacional de Prevención de Minusvalías "se contemplarán de modo específico las acciones destinadas a zonas rurales", precepto sumamente acertado pues es sobradamente conocida la incidencia que la falta de atención sanitaria, educativa y cultural tiene en el origen y consolidación de deficiencias físicas y psíquicas.

No conocemos planes específicos de prevención destinados a zonas rurales. El antiguo Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, a través del Grupo Pediátrico-nutricional, inició campañas para la erradicación del bocio e hipotiroidismo en Las Hurdes (Cáceres) y en diversas comarcas de Asturias, Cataluña, Galicia y Andalucía, habiéndose previsto también su inicio en zonas de Almería y Guadalajara (34). En línea con estas actuaciones, la Junta de Galicia, por Decreto de 27 de diciembre de 1984 (DOG de 9 de enero de 1985), estableció normas sobre prevención del bocio endémico.

Pensando en el futuro, una vez más hay que mencionar la Ley General de Sanidad. La organización de salud que establece puede ser útil a los fines pretendidos por la LISMI, especialmente la unidad sanitaria llamada "zona básica de salud" (art. 62), donde se estableces los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria (art. 63). Ahora bien, sólo los pueblos que sean cabecera de comarca -los menos- tendrán Centro de Salud, y es notoria la dificultad de transporte que existe para que los habitantes de zonas rurales puedan acceder a los servicios especializados de prevención de deficiencias que existen en los hospitales.

Por eso hemos de concluir que esta medida de la LISMI, al contrario de otras ya examinadas, no ha sido suficientemente contemplada, ni por la Ley General de Sanidad, ni por las Leyes autonómicas de salud.

1.3.3. Conclusión

Al finalizar este apartado, en el que se ha analizado la normativa posterior a la LISMI, cabe preguntarse: las leyes y demás disposiciones sobre prevención examinadas, ¿han constituido desarrollo estricto de la LISMI, se han dictado a causa de un efecto inducido por la LISMI, o han constituido normación paralela e incluso independiente de aquélla?.

Pensamos que ha existido de todo un poco, pero en nuestra opinión -se trata de un primer juicio de valor aproximativo- prevalecen las normas sobre prevención que han nacido independientemente de la LISMI, y que se hubieran promulgado con o sin ella. Más que la literalidad de la LISMI, ha prevalecido, en materia de prevención, la importancia del contenido que reguló. Su mayor valor estriba en ser la primera ley que hizo hincapié en la importancia primordial de la prevención de deficiencias; afortunadamente, en tiempo posterior, se han promulgado otras, referidas a cada una de las áreas que constituyen el objeto de la acción preventiva, las cuales han pretendido establecer -y todavía no del todo- la prevención como principio inspirador de su regulación, o bien a determinar actuaciones preventivas de deficiencias, más o menos concretadas en programas con posibilidad real de ejecución.

SIIS
Centro de Documentación y Estudios
20009 SAN SEBASTIAN

1.4. REALIZACIONES

En el presente apartado se intenta reflejar si los diez años de vigencia de la LISMI, en lo que se refiere a prevención de deficiencias, han significado una mejora en el establecimiento y organización de medidas preventivas. Hemos de decir ya desde ahora que la tarea no se presenta nada fácil y que sólo podremos, por el momento, aproximarnos a ella.

Al ser tan heterogéneos los factores de riesgo que originan las deficiencias, al haber sido asumida su prevención por la estructura sanitaria en el contexto más global de la prevención y curación de la enfermedad, al incidir en su aplicabilidad diversos organismos públicos y entidades de todo tipo, se obtiene como consecuencia que prevenir la aparición de deficiencias es resultado de múltiples variables, objeto de diversas reglamentaciones, de fuentes de financiación muchas veces atípicas, todo lo cual se traduce en falta de coordinación y subsiguiente insuficiencia de aplicación efectiva a la población.

Otro hecho que ha condicionado sobremanera la aplicación de políticas de prevención ha sido la descentralización territorial del Estado operada por la Constitución. Gran parte de las competencias relacionadas con la prevención de deficiencias -especialmente la sanidad, los servicios sociales, la seguridad e higiene en el trabajo- han sido objeto de transferencia desde el Estado a las Comunidades Autónomas. Este decenio, pues, ha sido transicional, desde un modelo de organización centralista de la sanidad hacia modelos territoriales. Si ya costó, en el pasado, que la Administración Central del Estado elaborara programas específicos de prevención, fácilmente puede comprenderse que las nuevas Administraciones Territoriales hayan de recorrer todavía un camino que quizás no les sea suficientemente conocido. A ello deben añadirse los problemas derivados de los sucesivos cambios en el sistema de financiación a las Comunidades Autónomas.

Ante la ausencia de organismos gestores en los que se unifique la prevención de deficiencias, de los cuales obtener información directa acerca de resultados en el decenio que examinamos, tendremos que abordar la materia a través de procedimientos indirectos: unas veces será la comparación de recursos existentes durante los años que comprende el período, y otras el análisis de indicadores de resultados que muestren si han sido establecidas medidas de prevención o si éstas son eficaces.

1.4.1. Programas de prevención realizados

A efectos metodológicos los integraremos en dos modalidades de la

prevención. En primer lugar, ***prevención médica****, entendiendo por tal aquella que se realiza en el ámbito sanitario. Dentro de ella haremos mención a los programas que se han consolidado en estos últimos años: diagnóstico prenatal y consejo genético, diagnóstico neonatal precoz, orientación y planificación familiar, atención al embarazo, programas de asistencia perinatal, el registro de malformaciones congénitas y una somera referencia a la atención temprana. En segundo lugar,* ***prevención ambiental****, nominación ciertamente ambigua con la que nos referimos a aquellas medidas preventivas que se dirigen prioritariamente hacia el entorno o ambiente como factor de riesgo, y en la que se incluye la prevención de accidentes de trabajo y accidentes de tráfico.*

1.4.1.1. Programas de prevención médica

a) Diagnóstico prenatal y consejo genético

Con esta denominación, que ha tomado ya cuerpo sustantivo, nos referimos a la serie de acciones encaminadas a prevenir las deficiencias derivadas de anomalías cromosómicas y, en general, las de causa genética. En nuestro país se ha evolucionado desde la investigación de las deficiencias de origen genético (35), a la aplicación clínica de técnicas de diagnóstico prenatal (invasivas y no invasivas) por efecto de la incorporación a determinados hospitales especializados de Servicios de Genética, unidades que en la actualidad ejercen de modo más directo la prevención en este área.Su finalidad no se reduce a facilitar información contrastada a la mujer embarazada para que, ante posibles deficiencias en el feto, opte por interrumpir o no el embarazo.Tienen por fin el estudio e investigación de cariotipos para ofrecer consejo genético en los casos de riesgo (ascendencia o descendencia con deficiencias, madres adolescentes o añosas, exposición frecuente a factores teratógenos, etc.).

En el ***GRAFICO 1*** *figuran las Unidades de Diagnóstico Prenatal del INSALUD existentes en el año 1983. Como puede verse, al poco tiempo de promulgarse la LISMI este programa no se encontraba todavía desarrollado en su aplicación clínica, aunque ciertamente se habían ya hecho estudios científicos previos.*

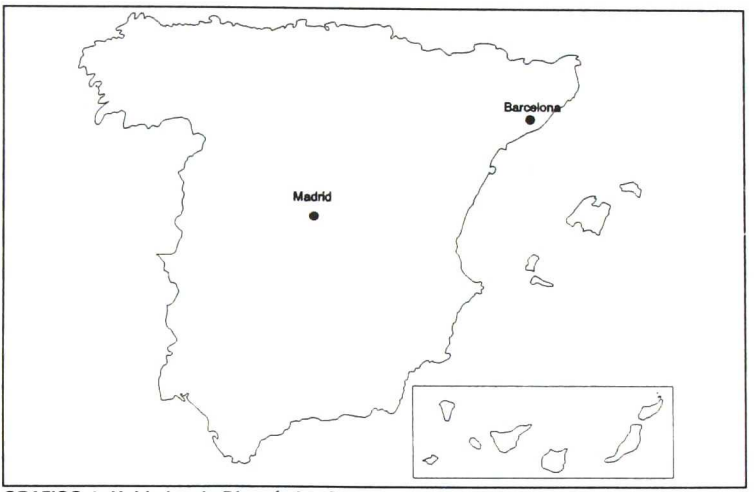


GRAFICO 1: Unidades de Diagnóstico Prenatal del INSALUD existentes en 1983

A lo largo de estos últimos años la situación ha mejorado sensiblemente. Se han creado nuevas Unidades en los centros sanitarios públicos, así como en determinados centros privados. En el ***GRAFICO 2*** *figuran las Unidades de Diagnóstico Prenatal del INSALUD existentes en el año 1991; no sólo han crecido en número, sino que su distribución territorial es más adecuada para la atención de los casos de riesgo que les son enviados por unidades médicas de nivel básico o especializado existentes en su área.*

A estas Unidades habrían de añadirse algunos otros hospitales donde se están estableciendo Servicios de genética, cuyo conocimiento detallado es por el momento impreciso. Otro aspecto destacable es la coordinación que va existiendo entre los Servicios de Ginecología y Obstetricia de otros hospitales con estas Unidades, pues en ellos se realizan las técnicas de diagnóstico prenatal (la práctica de la amniocentesis reviste ya cierto carácter generalizado) para el posterior análisis de cariotipos en las citadas Unidades.

Lo dicho anteriormente no es óbice para que se detecte una insuficiencia de

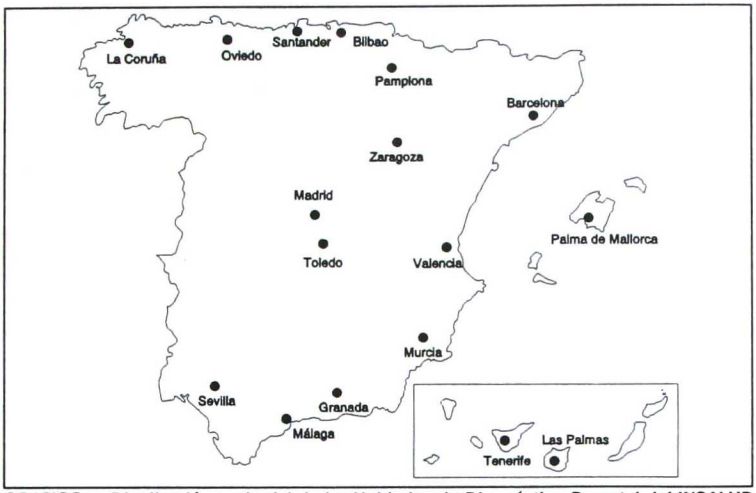


GRAFICO 2: Distribución territorial de las Unidades de Diagnóstico Prenatal del INSALUD existentes en 1991

Unidades de Diagnóstico Prenatal, especialmente en ciertas Comunidades Autónomas, y una escasa coordinación institucional existente con los Centros de Orientación y Planificación Familiar, teóricamente las unidades base adonde primero se dirige el usuario.

b) Diagnóstico neonatal precoz

Este programa comprende la detección precoz de errores congénitos del metabolismo mediante análisis de sangre y de orina del recién nacido que permitan detectar si existe algún trastorno metabólico; es el llamado "screening" neonatal. Se orienta especialmente, aunque no de forma excluyente, al diagnóstico precoz de las ***aminoacidopatías*** *y del* ***hipotiroidismo congénito****, y tiene una finalidad eminentemente preventiva, ya que el error congénito del metabolismo detectado en el período neonatal puede corregirse mediante tratamiento (36).*

Se inicia en Granada en el año 1968, recibe un fuerte impulso a partir de 1975, y especialmente durante la vigencia del antiguo Plan de Prevención de la

Subnormalidad, y hoy goza de una implantación prácticamente general. Salvo en las Comunidades Autónomas de Castilla y León, y Castilla-La Mancha, en las que la cobertura se encuentra en torno al 50%, en el resto de las Comunidades supera el 95% sobre el total de nacimientos. La cobertura media nacional, para el año 1989, fue del 94%, y el coste medio de realización de las pruebas fue de 790 pesetas por niño (37).

GRAFICO 3: Distribución territorial de los Centros de detección precoz de errores congénitos del metabolismo. Año 1982.

Probablemente se trate del programa de prevención médica que ha experimentado una evolución más favorable en lo que se refiere a aplicación práctica, a pesar de los problemas de financiación que en algún tiempo del decenio padeció. A nuestro juicio es una excelente muestra de cómo un programa, cuando se sientan convenientemente las bases organizativas que le sirven de apoyo, adquiere personalidad propia que le hace caminar prácticamente por sí solo.

Como muestras que reflejan las realizaciones de este programa se insertan los ***GRAFICOS 3 y 4****, en los que se dibuja la ubicación de los Centros de detección de errores congénitos del metabolismo existentes en los años 1982 y 1991, respectivamente.*

GRAFICO 4: Distribución territorial de los Centros de detección precoz de errores congénitos del metabolismo. Año 1991.

Fácilmente puede apreciarse que se ha pasado en este decenio de 13 a 20 Centros, repartidos geográficamente en las distintas Comunidades Autónomas, de forma que cada una ya posee al menos un laboratorio donde analizar las pruebas. Y, lo que es aún más relevante, se ha incrementado la actividad analítica de los centros existentes con anterioridad para poder cubrir a la práctica totalidad de los nacidos. Los datos que más adelante se ofrecen indican, asimismo, que el programa se encuentra ya lo suficientemente organizado a nivel de recogida de muestras.

Por lo que se refiere a la detección precoz de **aminoacidopatías**, *los análisis se orientan en todas las Comunidades Autónomas hacia el diagnóstico de la fenilcetonuria, lo cual no obsta para que, según el personal y medios de que disponen los Centros, se analicen también otros posibles trastornos (hiperfenilalaninemia, cistinuria, tirosinemia, jarabe de arce, etc.). Como muestra de la buena realización de este programa, se refleja en la* ***TABLA 1*** *la significativa diferencia entre los años 1982 y 1990, con indicación de niños analizados, porcentaje sobre el total de nacimientos y casos detectados.*

TABLA 1: Detección precoz de aminoacidopatías

	1982	1990
Número total de recién nacidos analizados	*236.450*	*371.360*
Número de recién nacidos analizados sobre el total de nacimientos	*47 %*	*94 %*
Casos de fenilcetonuria detectados	*9*	*14*
Casos de hiperfenilalaninemia detectados	*1*	*21*

***FUENTE**: UGARTE, M., "Detección precoz de errores congénitos del metabolismo", en Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO, Madrid, 1983. Revista "Prevención de enfermedades metabólicas congénitas", octubre 1991.*

*El dato más significativo que interesa resaltar de la **TABLA 1** es el referido al porcentaje de cobertura, más que el número absoluto de recién nacidos analizados, estadístico bastante relativo porque, como es sabido, la natalidad ha descendido considerablemente en los últimos diez años. Por tal causa se resalta en el **GRAFICO 5** la evolución del grado de cobertura.*

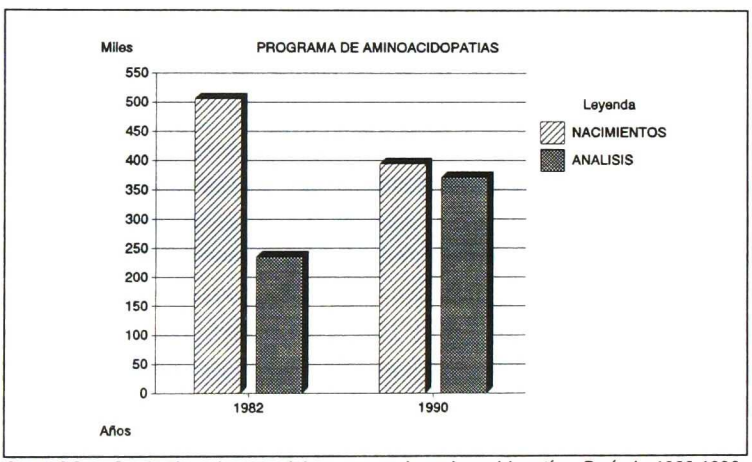


GRAFICO 5: Grado de cobertura del programa de aminoacidopatías. Período 1982-1990

La detección del ***hipotiroidismo congénito*** *se realiza en los mismos Centros, de forma que la población atendida es prácticamente la misma. La incidencia en este tipo de error congénito es mayor que la de la fenilcetonuria (en el año 1990, 1 caso detectado por 2.215 analizados, frente a la proporción 1/26.526 de la fenilcetonuria). Se trata, como puede observarse en la* ***TABLA 2****, de un programa de amplia implantación y con excelente desarrollo desde que en 1976 se puso en marcha.*

TABLA 2: Detección precoz del hipotiroidismo congénito

	1982	1990
Número total de recién nacidos analizados	*262.364*	*376.613*
Número de recién nacidos analizados sobre el total de nacimientos	*52 %*	*96 %*
Casos detectados de hipotiroidismo		*170*

FUENTE*: UGARTE, M., "Detección precoz de errores congénitos del metabolismo", en Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO, Madrid, 1983. Revista "Prevención de enfermedades metabólicas congénitas", octubre 1991*

Tanto en relación a las ***aminoacidopatías*** *como al* ***hipotiroidismo congénito*** *lo que probablemente se requiera en la actualidad es una mayor coordinación entre las distintas Comunidades Autónomas, a efectos de intercambiar información, métodos de intervención y de tratamiento, experiencias concretas, y asimismo con el fin de conexionarse con los Registros existentes en otros países.*

Se resalta asimismo, en el ***GRAFICO 6****, la evolución del grado de cobertura que ha experimentado este programa durante el período 1982-1990, comparando el número de nacidos vivos con el número de análisis realizados, por considerarlo el dato más destacable de los ofrecidos en la* ***TABLA 2****.*

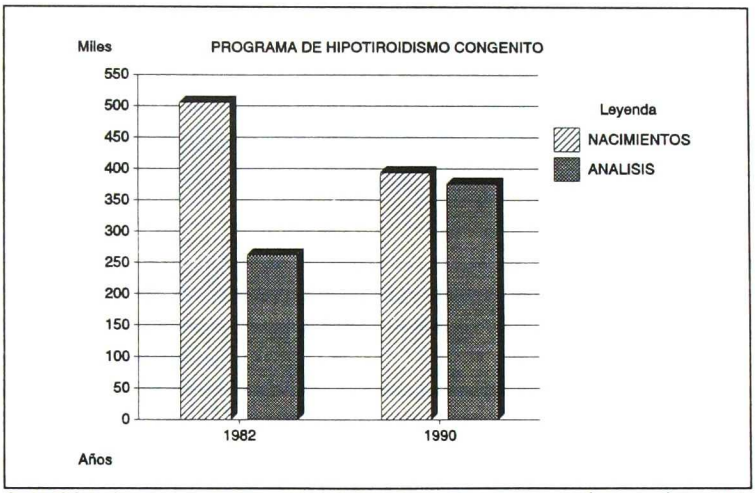


GRAFICO 6: Grado de cobertura del programa de hipotiroidismo congénito. Período 1982-1990

c) Programa de orientación y planificación familiar

A diferencia de los dos anteriores, cuya finalidad es prioritariamente preventiva de posibles deficiencias, este programa tuvo ya desde sus orígenes un carácter más amplio. Al comienzo (1978), se establecieron los llamados Centros de Planificación Familiar, dependientes del Ministerio de Sanidad y del Instituto de la Mujer, y en buena medida también de los Ayuntamientos; estaban entonces poco conectados con la red de asistencia sanitaria. A partir de 1983 el programa recibe un significativo impulso, que se traduce en una mayor dotación presupuestaria, en la creación de más Centros, y en su paulatina integración en la estructura sanitaria. En el **GRAFICO 7** *se reflejan los Centros de Planificación Familiar existentes en el año 1984, distribuidos por Comunidades Autónomas (38).*

Como datos que pueden reflejar la evolución de este programa se ofrece el número de Unidades de Orientación Familiar existentes en 1989 (39), distribuidas por Comunidades Autónomas, tal como se reflejan en el **GRAFICO 8.** *Para una correcta*

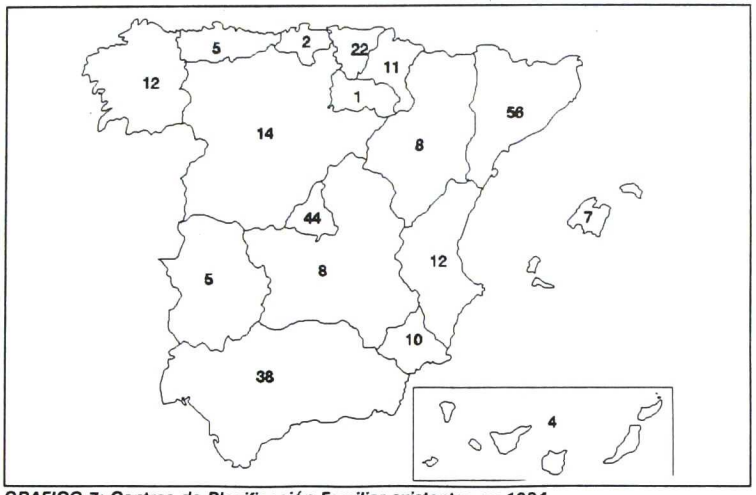


GRAFICO 7: Centros de Planificación Familiar existentes en 1984

interpretación del mismo debe decirse que dichas Unidades son de carácter multiforme: junto a Centros de Orientación Familiar conexionados directamente con Hospitales de nivel terciario, en los que no sólo se realiza orientación familiar, sino incluso atención al parto, están las llamadas Unidades Básicas de Orientación Familiar, con dotación menos completa, y las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica en Centros de Salud. Por otra parte, al ser transferida la antigua sanidad del Estado a las Comunidades Autónomas, y en algunos casos también las instituciones del INSALUD, no todas las Comunidades mantienen la identidad de denominación para estos Centros. Queda patente, por los datos ofrecidos en el gráfico citado, que este programa -el primero de los enumerados por la LISMI como ya tuvimos ocasión de ver páginas más arriba- ha experimentado un significativo auge justamente en este último decenio.

Los Centros de Orientación Familiar tienden a integrarse en la estructura sanitaria implantada por la Ley General de Sanidad, sea en el nivel de atención primaria o en el nivel de atención especializada, en función de las tareas que vienen desarrollando y de conformidad a la estructura sanitaria que cada Comunidad Autónoma ha establecido en su territorio. Sólo una parte de sus actividades tienen

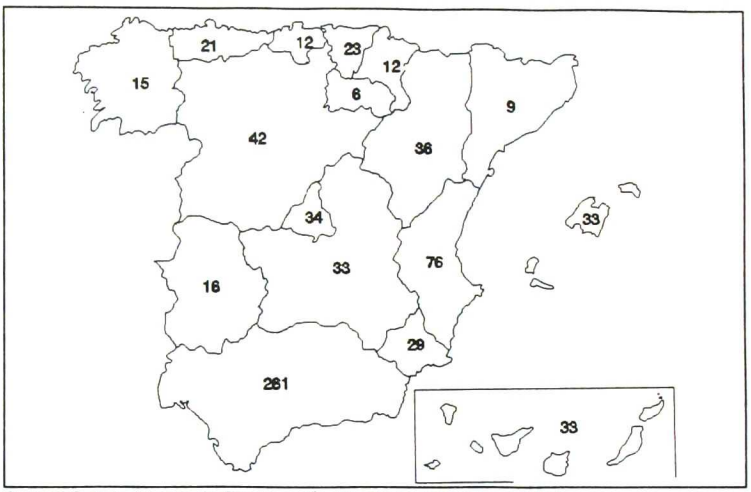


GRAFICO 8: Unidades de Planificación Familiar existentes en 1989

carácter de prevención de deficiencias (especialmente las que se refieren a la prevención de enfermedades durante el período gestacional de la mujer); el resto se inscribe en el contexto más amplio de la atención sanitaria de la mujer en edad fértil o embarazada, o de la pareja con capacidad de procreación. Esperemos que en un futuro no lejano estas Unidades tengan una conexión institucionalizada con las Unidades de Diagnóstico Prenatal de los Hospitales especializados.

d) Atención al embarazo, asistencia perinatal, prevención postnatal

Si bien desde un punto de vista cronológico hubiésemos tenido que tratar de la atención al embarazo a continuación del diagnóstico prenatal, lo hemos dejado para este epígrafe, en unión con los programas de asistencia perinatal y con el no menos importante de la prevención postnatal porque, en todos ellos, hablar de realizaciones concretas, que puedan materializarse en datos constatables, se hace de difícil objetivación.

Por lo que se refiere a la ***atención al embarazo*** *y a la* ***asistencia perinatal,***

es evidente que se han realizado acciones en los últimos años, pues se trata de períodos en los que son frecuentes los riesgos que inevitablemente llevan a la aparición de deficiencias. Sin embargo están plenamente incardinados en la asistencia general que se presta a toda madre que queda embarazada y al neonato, por lo que no hemos encontrado datos individualizados que poder ofrecer. Digamos no obstante, con carácter general, que la atención sanitaria a la embarazada y al neonato ha mejorado sensiblemente en los últimos años por efecto de la aplicación de nuevas técnicas, en especial la ecografía. Prueba de ello es el descenso significativo que ha experimentado la mortalidad infantil (por efecto de múltiples causas, ciertamente), y el aumento creciente del número de niños prematuros que logran sobrevivir, índice este último bastante significativo de la mejora en la atención sanitaria que reciben.

En ambos programas se echa en falta la existencia de cauces institucionales, en conexión cuando sea preciso con las Unidades de Diagnóstico Prenatal, para realizar la detección y seguimiento de las gestantes de alto riesgo. En este sentido la acción preventiva tendría que dirigirse hacia la definición de los grupos de alto riesgo, y la progresiva protocolización de las actuaciones sanitarias con relación a la madre y al hijo, de forma que toda mujer de alto riesgo reciba la asistencia especializada que su situación requiere.

La ***prevención postnatal****, no citada expresamente por la LISMI, es de indudable importancia en una sociedad como la nuestra, cada vez más envejecida, en la que la atención de los poderes públicos se tendrá que dirigir no tardando mucho hacia la prevención de enfermedades crónicas que nacen en la edad adulta como consecuencia de una falta de prevención en edades más jóvenes. En este campo sabemos que cada día son más frecuentes las enfermedades crónicas invalidantes, que obligan a las Administraciones públicas a soportar una carga financiera importante, manifestada en el otorgamiento de prestaciones económicas de diversa índole; sabemos igualmente los factores de riesgo que previsiblemente las producen (tabaco, hipertensión arterial, alcoholismo, diabetes, etc.). Pero se nota la ausencia de unos programas efectivos de prevención que tiendan a evitar su aparición.*

d) El Registro Español de Malformaciones Congénitas

Dedicamos un epígrafe a tratar este programa, posiblemente no del todo conocido con carácter general, por la importancia que creemos tiene en la organización de la prevención médica. Se inicia, aunque todavía tímidamente, en el año 1976, y en la actualidad es llevado este Registro por el ***Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC)****, establecido desde hace pocos años en la Universidad Complutense de Madrid.*

Tiene por finalidad el tratamiento estadístico, sobre la base de un protocolo suficientemente cotejado, de los recién nacidos vivos -últimamente ha incluido también los nacidos muertos- con el objeto de estudiar la incidencia epidemiológica que tiene el nacimiento de niños con malformaciones congénitas (este término se entiende en toda la amplitud, como sinónimo de deficiencias), así como las causas por las que han sobrevenido. El Registro está conectado a una serie de hospitales que le van mandando información, y a los que transmite asimismo las conclusiones a que llega, especialmente en materia de factores teratógenos que influyen en la mujer gestante. Está conectado con otros Registros similares internacionales, por lo que cuando este programa se encuentre implantado en la totalidad de las maternidades ofrecerá una información de primera mano sobre la incidencia, causas e indicaciones de posible tratamiento preventivo en la aparición de deficiencias.

Como dato indicativo de la población a que alcanza, se ofrece en el ***GRAFICO 9*** *una visión comparativa entre el total de nacidos vivos y el de nacimientos controlados por el* ***ECEMC****. Están tomados de una reciente publicación editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (40), así como de informaciones recabadas directamente del ECEMC en lo que se refiere a los últimos años. Como puede observarse, el número de niños registrados no es todavía elevado, aunque sin lugar a dudas ofrece una significativa muestra para cualquier estudio epidemiológico en el área de las deficiencias (41).*

Este programa, aunque todavía se encuentre en su primera andadura, tendrá indudablemente una gran importancia en el futuro, pues no sólo ofrece las bases gnosológicas, sino sobre todo las empíricas, acerca del proceso de génesis, aparición y pervivencia de las deficiencias. Ni que decir tiene que constituye una fuente de datos inapreciable a efectos de investigación en materia de malformaciones congénitas.

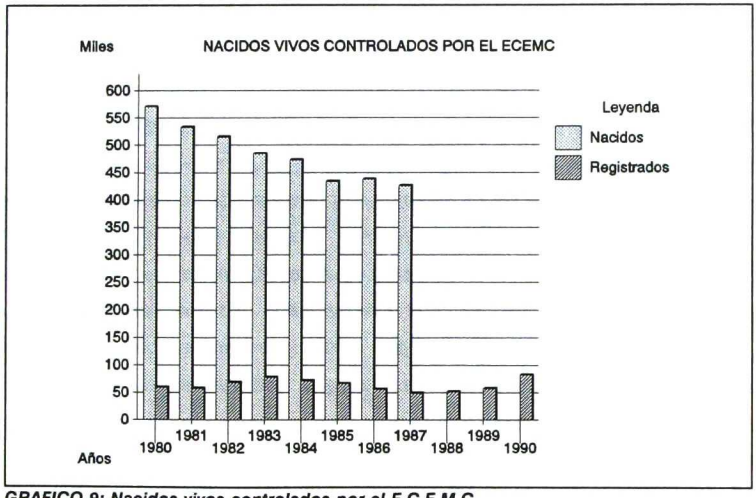


GRAFICO 9: Nacidos vivos controlados por el E.C.E.M.C.

e) Detección y diagnóstico precoz

La detección y diagnóstico precoz es una medida ciertamente preventiva. La atención precoz, estimulación precoz o intervención temprana rebasa el ámbito de la prevención para situarse en el rehabilitador o educativo. No obstante, para evaluar el desarrollo que la LISMI haya podido tener en el campo de la detección precoz deben analizarse las medidas aplicadas en atención precoz, concepto en el que aquél suele englobarse. Nuestra referencia, pues, va a ser muy sucinta (42).

El desarrollo de la atención precoz no surge en España con posterioridad a

la LISMI. Esta ni siquiera acuña el término y, en todo caso, refiere su objeto a la rehabilitación médico-funcional (art. 19.1). Las primeras experiencias emergen en nuestro país de unos pocos centros sanitarios materno-infantiles, con finalidad eminentemente diagnóstica y preventiva. En 1981 el INSERSO crea los primeros servicios de estimulación precoz en doce Centros Base (43). En 1982 el Ministerio de Educación crea equipos multiprofesionales con finalidad diagnóstica y preventiva (44)... Desde entonces la estimulación precoz será conocida y, sobre todo, preconizada.

¿En qué medida los servicios de estimulación precoz han ejercido en nuestro país una eficacia preventiva de las minusvalías?. Valga el siguiente apunte:

- *Con independencia de los distintos modelos de atención precoz existentes - médico-rehabilitador, psicopedagógico, integrador (45)- un primer efecto ha consistido en la detección temprana, en hospitales materno-infantiles o en los propios servicios de atención precoz cada día más frecuentados, de deficiencias físicas o psíquicas que antaño pasaban desapercibidas y sobre las que se procura una intervención que evite mayor deterioro e incluso procure recuperación.*

- *La atención precoz, rehabilitadora o educacional, es un elemento imprescindible para que las medidas de prevención estrictamente tales no se queden en un estado de mera investigación. Es sintomático al respecto cómo, en el antiguo Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, nacen los entonces llamados Centros de Maduropatías para proseguir la atención sanitaria de los casos detectados en los Grupos Metabólico-genético y Perinatológico.*

- *Todos los modelos existentes, pero especialmente el integrador, han incidido sobremanera en los conocimientos básicos que deben tener las familias con hijos deficientes sobre técnicas de prevención y atención precoz.*

- *Como nota menos positiva, señalar que, frente al incremento cuantitativo de*

los servicios de atención precoz, prestados hoy por los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Seguridad Social, de Educación y Ciencia, de Asuntos Sociales, Comunidades Autónomas, Entidades Locales, Instituciones sin fines de lucro y particulares, probablemente se hayan resentido los aspectos cualitativos, con el consiguiente riesgo de iniciar la atención temprana sin un diagnóstico precoz adecuado.

1.4.1.2. Programas de prevención ambiental

En este epígrafe vamos a referirnos a los dos aspectos que nos parecen más relevantes, la prevención de accidentes de trabajo y la de accidentes de tráfico, ambos mencionados explícitamente por la LISMI.

a) Prevención de accidentes de trabajo

En este área se han llevado a cabo realizaciones preventivas, pues su incidencia en la mortalidad y aparición de deficiencias, con el consiguiente incremento económico de prestaciones económicas derivadas del accidente, es muy elevado. Ocurre que, en buena medida, las medidas preventivas han sido de tipo normativo, exigiendo a las empresas, o actividades industriales en general, una serie de condiciones de seguridad previas antes de su apertura, o necesarias para su funcionamiento. De estas medidas ya hemos hecho referencia en páginas anteriores, con la obligada concisión que impone el heterogéneo mundo laboral y las muy diferentes actividades en que existe riesgo de accidente.

Si tenemos que juzgar las medidas preventivas a través de los resultados conseguidos, el panorama que se ofrece no es ciertamente favorable, pues se observa un aumento creciente de los accidentes de trabajo, especialmente en los sectores de la construcción, de las transformaciones metálicas y de la pequeña y mediana empresa. En el ***GRAFICO 10*** *se muestra la evolución en estos últimos años de los accidentes de trabajo con baja laboral, en el cual puede observarse con bastante claridad cómo ha aumentado significativamente su número en el último*

quinquenio, con el correlativo incremento del número de deficiencias causadas por ellos.

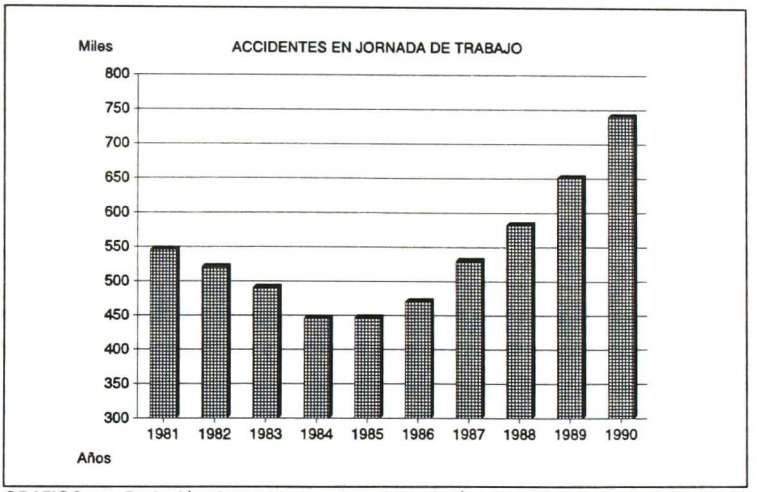


GRAFICO 10: Evolución de accidentes de trabajo. Período 1981-1990. Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Como órgano administrativo que, entre otras, tiene como función principal de su actuación la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, ha de citarse el ***Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo****.*

En octubre de 1987 el Consejo General del citado Organismo aprueba el Plan Trienal de Actuación 1988-1990, cuya novedad más significativa consiste en orientar el Instituto hacia la elaboración de los llamados "Proyectos Nacionales". Consisten en la investigación de los agentes y contaminantes que influyen negativamente en la salud del trabajador (plomo, amianto, clorulo de vinilo, plaguicidas, benceno, cellosolves, aceites y fluidos industriales, óxido de etileno, etc.), de determinadas enfermedades profesionales (brucelosis, etc.), de las causas de accidentabilidad en el trabajo (análisis de accidentes en la construcción, accidentes eléctricos, elección y uso de medios de protección personal, señalizaciones de seguridad, etc.), y otros proyectos de investigación relacionados con la materia, cuya finalidad última será informativa y divulgativa hacia los empresarios y trabajadores.

Dentro de la línea investigadora anteriormente apuntada, y concediéndole una particular importancia y prelacía en la asignación de medios, ha orientado recientemente la actividad de sus técnicos hacia la elaboración de ***Mapas de riesgos laborales****.*

Esta última tarea implica el análisis pormenorizado de un sector de actividad laboral, elegido previamente en función de la gravedad y frecuencia de riesgos laborales. Una primera fase de su elaboración consiste en el diseño metodológico que se seguirá para su realización. Le sigue a continuación la fase de recogida de datos, que se realiza preferentemente por técnicos del Instituto mediante la visita a diversos centros de trabajo. Especialmente en esta fase, aunque también en las restantes, se busca la participación de empresarios y trabajadores, pues los mapas de riesgos no constituyen únicamente un estudio técnico estimable, sino que su finalidad es servir de instrumento útil para los verdaderos agentes de la seguridad en el trabajo. Recogidos los datos, se analizan con posterioridad , con el objeto de obtener resultados respecto a los factores de riesgo y las medidas de seguridad que deben establecerse para evitarlos.

La repercusión de estos estudios es notoria asimismo en orden a la elaboración de normas preventivas (de especial importancia son las normas reguladoras sobre apertura de centros de trabajo)y a la información sobre condiciones de siniestrabilidad de una determinada actividad laboral. El proceso de su elaboración culmina con la fase de publicación y divulgación de los mapas.

En la ***TABLA 3*** *se citan los mapas de riesgo hasta ahora realizados o en fase de elaboración.*

Además de las anteriores medidas preventivas, el Instituto de Higiene y Seguridad en el Trabajo, especialmente a través de sus Gabinetes Provinciales (algunos ya transferidos a las Comunidades Autónomas) realiza funciones de asesoramiento y visitas a empresas (preceptivas, instadas o voluntarias), análisis de puestos de trabajo, reconocimientos médicos a trabajadores con finalidad preventiva,

TABLA 3: Mapas de riesgos laborales elaborados por el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Años 1988-1990

MAPAS DE RIESGO	En diseño	Recogida de datos	Análisis de datos	Finalizado
Tallleres de reparación de vehículos				X
Fabricación de productos metálicos				X
Talleres mecánicos				X
Aserraderos				X
Fabricación de piezas de madera				X
Fabricación de muebles de madera				X
Fabricación de calzado				X
Fabricación de caucho				X
Laboratorios	X			
Tierra cocida			X	
Fabricación de productos cerámicos			X	
Mataderos/conservas cárnicas			X	
Conservas vegetales			X	
Conservas de pescados			X	
Confección				X
Plásticos				X
Hospitales		X		
Cemento, cal y yeso				X
Química básica	X			
Construcción de maquinaria		X		
Bebidas			X	
Textil	X			
Papel	X			
Artes gráficas		X		

***FUENTE**: Elaboración propia, sobre datos de las Memorias de Actividades del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Años 1988, 1989, 1990.*

***NOTA**: El estado de realización de los Mapas de riesgo que se mencionan en esta Tabla se refiere al año 1990. Es bastante probable que al terminar el año 1991 se encuentren todos ellos en una fase más avanzada de la que aquí se refleja.*

investigación de accidentes, análisis de muestras ambientales y biológicas en los centros de trabajo, cursos de formación preventiva y otra serie de actividades que eran las tradicionalmente asignadas a este Organismo. En cuanto datos que pueden servir de información en materia de prevención de accidentes laborales se ofrecen sintetizadamente en la ***TABLA 4.***

TABLA 4: Otras medidas preventivas realizadas por el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo

ACCIONES PREVENTIVAS	1988	1989	1990
Visitas de asesoramiento a Empresas	19.343	14.519	14.320
Reconocimientos médicos a trabajadores	46.806	35.603	31.279
Accidentes investigados	3.519	2.457	2.805
Análisis de muestras ambientales de contaminantes	16.043	12.200	11.422
Análisis de muestras biológicas	34.783	34.783	25.377
Cursos de prevención	624	671	693
Asistentes a cursos de prevención	13.969	15.058	15.323

***FUENTE**: Elaboración propia, sobre datos estadísticos de las Memorias de Actividades del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Años 1988, 1989 y 1990.*

Junto al Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo hemos de citar también a las ***Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales****. Se ofrecen en la* ***TABLA 5*** *unos datos sobre medidas preventivas realizadas por ellas.*

b) Prevención de accidentes de tráfico

Ha de resaltarse que, en esta materia, ha sido donde se ha llevado a cabo una política sistemática de elaboración de Planes de Seguridad Vial, elaborados por la una Comisión interministerial y sometidas a la aprobación o conocimiento del Consejo de Ministros. Como ya se indicó en páginas anteriores, estos Planes han venido elaborándose año tras año desde 1980, y las acciones que en ellos se contemplan parten del análisis de la situación existente en cuanto a accidentabilidad en el tráfico. Quizás, por señalar algún aspecto crítico, se les pueda decir que faltan en ellos unos indicadores de resultados de cómo se han cumplido en el año

TABLA 5: Medidas preventivas realizadas por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

ACCIONES PREVENTIVAS	AÑOS			
	1987	1988	1989	1990
Accidentes investigados	22.237	23.607	31.049	32.970
Estudios de siniestrabilidad en Empresas	32.906	33.041	45.885	50.284
Visitas de asesoramiento a Empresas	67.513	79.662	93.692	111.147
Encuestas con finalidad preventiva	30.923		42.754	59.913
Cursillos de prevención	6.735	6.644	8.334	8.371
Asistentes a cursillos de prevención	104.049	114.955	144.492	146.690
Costo total del programa, en millones de pesetas (gastos de personal, corrientes y de inversiones)	2.495	2.893	3.468	4.340

***FUENTE**: Elaboración propia, sobre datos de la Dirección General de Ordenación Jurídica y Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*

precedente las medidas programadas en él; pero este aspecto no resta valor a la labor de programación que se ha venido realizando en estos años anteriores. ¿Han sido fruto del mandato establecido por la LISMI?. Nos inclinamos a pensar que no, pues la accidentabilidad en el tráfico vial tiene una dimensión social de notoria repercusión que justifica por sí sola la elaboración de medidas preventivas.

Al igual que lo hicimos respecto de los accidentes de trabajo, en los accidentes de tráfico tendremos que examinar los resultados obtenidos para conocer si las programaciones efectuadas han conseguido el fin que se proponían y si, en definitiva, se ha logrado una prevención objetiva de los accidentes de tráfico. Lo vamos a hacer a través de tablas y gráficos que nos lo manifiesten.

En la ***TABLA 6*** *se ofrecen datos generales sobre accidentabilidad en el tráfico vial desde el año en que se publica la LISMI hasta 1989. En esta tabla se refleja el número de accidentes con víctimas que ha existido cada año, así como el número de heridos y de muertos, comparado con el censo total de conductores, el parque*

de vehículos existente, y el número total de kilómetros recorridos. De él puede desprenderse con facilidad que el incremento del número de heridos (de donde puede estimarse el número de aparición de deficiencias traumáticas) ha sido bastante considerable en estos últimos años, con una fuerte tendencia al crecimiento por encima del aumento de conductores y de vehículos.

TABLA 6: Datos generales sobre accidentabilidad en el tráfico. Período 1982 - 1989

AÑOS	ACCIDENTES CON VICTIMAS (Miles)	HERIDOS (Miles)	MUERTOS (Miles)	CONDUCTORES (Millones)	VEHICULOS (Millones)
1982	63.5	98.8	5.8	10.6	11.2
1983	72.7	112.2	4.6	10.6	11.6
1984	74.1	115.5	4.8	11.4	11.2
1985	81.2	126.8	4.9	11.8	11.7
1986	87.7	137.1	5.4	12.3	12.3
1987	98.1	153.3	5.8	12.7	13.1
1988	106.3	164.9	6.3	13.3	13.9
1989	109.8	169.4	7.1	13.8	14.9

***FUENTE**: Elaboración propia, sobre datos estadísticos de la Dirección General de Tráfico*

Para una mayor clarificación de los datos reflejados en la anterior, se ofrece en el ***GRAFICO 11*** *una comparación entre el número de heridos en dicho período y el número de conductores y de vehículos. Se da un valor aleatorio de 100 a los datos absolutos del año 1982, con el fin de establecer un índice comparativo entre las variables heridos, conductores y vehículos. Puede observarse que la evolución en el incremento de heridos es bastante más elevada que el número de conductores y de vehículos.*

Observado, a través de los datos sobre heridos, el número potencial de deficiencias que se origian en la carretera, habrá que analizar cuáles han sido las medidas preventivas que se han programado durante el período. En los Planes a que

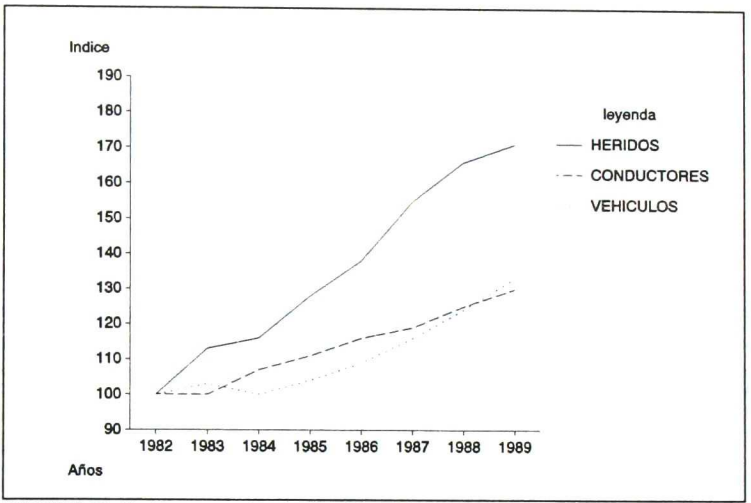


GRAFICO 11: Heridos en accidente de tráfico en relación con el número de conductores y de vehículos. Período 1982-1989

estamos haciendo referencia, y haciendo una síntesis apretada de los mismos, las medidas preventivas se orientan en tres direcciones principalmente: medidas de seguridad relacionadas con el conductor, con el vehículo y con la vía.

Respecto de las medidas preventivas relacionadas con el ***conductor****, tradicionalmente considerado como el primer agente de la accidentabilidad de tráfico, han de resaltarse tres: la utilización del cinturón de seguridad, la utilización de casco por parte de motoristas, y la no ingestión de bebidas alcohólicas.*

Con relación al ***cinturón de seguridad****, el porcentaje de conductores que lo utilizan está bajando, aun cuando el número de sanciones impuestas por el incumplimiento de esta medida preventiva no ha experimentado variación significativa. Dicho dato se desprende indirectamente de los controles verificados en accidentes de tráfico investigados: mientras que en 1983 el porcentaje de conductores que utilizaban el cinturón en el momento del accidente era del 78,6 %, en 1988 era sólo del 68,5 %.*

Más significativa es todavía la falta de utilización del **casco de seguridad** *por los conductores de motocicletas, medida que, además de incumplirse, tampoco es suficientemente exigida por las autoridades de vigilancia. En 1983 murieron 202 motoristas, mientras que en 1989 esa cifra se elevó a 562. Ciertamente el aumento del número de víctimas es correlativo al crecimiento del número de motocicletas, pero sin duda también, según el criterio de la Dirección General de Tráfico, dicho aumento es debido a la inobservancia de esta medida de seguridad.*

Por lo que se refiere a la **alcoholemia**, *no pueden ofrecerse estadísticas que muestren fehacientemente su influencia directa en la accidentabilidad. Sin embargo, estudios muestrales que está realizando la Dirección General de Tráfico en determinadas áreas geográficas revelan la relación estrecha que existe entre un grado de alcoholemia elevado y la accidentabilidad en el tráfico, especialmente durante las horas nocturnas.*

Otras medidas preventivas son las referidas al **vehículo**, *con respecto a las cuales parece de interés mencionar algunos datos referidos a la antigüedad del parque automovilístico durante el período, indicando qué porcentaje de vehículos sobre el total tenían una antigüedad inferior a cinco años, así como el número de inspecciones técnicas efectuadas. Puede verse que nuestro parque automovilístico es todavía viejo, si bien han sido incrementadas considerablemente las inspecciones técnicas de vehículos al establecerse con carácter obligatorio. Véase al respecto la* ***TABLA 7****, en la que se reflejan dichos datos.*

Pero no debe actuarse sólo sobre el conductor y el vehículo. Es sumamente importante, en cuanto medida preventiva específica, el **acondicionamiento de la vía**. *Al respecto debe decirse que los primeros Planes de la Dirección General de Tráfico incluyeron la supresión de intersecciones peligrosas (En X y en T), así como la supresión de travesías urbanas peligrosas y, a partir de 1986, la elaboración de un programa de autovías que mejorara la red existente. A nuestro juicio se trata de una de las carencias existentes durante el período. Se ofrecen a continuación unos datos, reflejados en la* ***TABLA 8****, sobre los kilómetros existentes en la red de carreteras, donde puede comprobarse el todavía escaso kilometraje de autopistas y autovías.*

TABLA 7: Medidas preventivas relacionadas con el vehículo

PORCENTAJE DE VEHICULOS CON ANTIGUEDAD INFERIOR A 5 AÑOS

	1982	1987	1988	1989
Turismos	35	30	35	39
Camiones	34	38	41	45
Autobuses	20	25	26	29

INSPECCIONES TECNICAS DE VEHICULOS

	1982	1989
Vehículos inspeccionados (en millones)	1.16	3.89

***FUENTE**: Elaboración propia, sobre datos estadísticos de la Dirección General de Tráfico*

Por último, y dentro de la brevedad a que nos ajustamos, se ofrece un cuadro comparativo entre la accidentabilidad en España y en Europa, referido al número de víctimas (heridos y muertos). Se muestra en la ***TABLA 9****. Los datos estadísticos se ofrecen a través de índices: tomando como base de referencia las cifras absolutas correspondientes al año 1979, e igualándolas convencionalmente a 100, puede compararse la evolución experimentada durante los años siguientes en nuestro país en relación al resto del contexto europeo. No hacen falta mayores comentarios para resaltar la diferencia que ya, en sí misma, es manifiesta, pues mientras nuestro índice sube significativamente, en el resto de los países europeos ha ido descendiendo.*

No se entra ahora en la consideración de cuáles pueden ser las causas de esa diferencia, pero es indudable que las peores condiciones existentes en nuestro país, respecto de la infraestructura viaria y de la calidad de los vehículos, han de jugar un papel sumamente determinante.

TABLA 8: Medidas preventivas relacionadas con la vía

KILOMETROS DE LA RED ESTATAL DE CARRETERAS

	1986	1989
Autopistas de peaje	1.747	1.839
Autopistas libres		529
Autovías		1.262
Carreteras de doble calzada		447
Otro tipo de carreteras	148.561	151.619

FUENTE: Asociación Española de la Carretera. Anuarios Estadísticos del MOPU

TABLA 9: Accidentabilidad de tráfico en España y Europa

INDICE DE VICTIMAS (MUERTOS Y HERIDOS) POR ACCIDENTES DE TRAFICO

	1979	1983	1986	1987	1988
España	119.755 = 100	97.6	119.0	133.0	143.0
Comunidad Europea	1.771.982=100	96.0	92.9	91.6	95.5
C.E.M.T. (1)	2.020.351=100	96.7	95.5	94.1	98.2

(1) Países de la Conferencia Europea de Ministros de Transportes: los doce de la Comunidad Europea, Noruega, Suecia, Finlandia, Suiza, Austria, Yugoslavia y Turquía

FUENTE: Dirección General de Tráfico. Plan Nacional de Seguridad Vial de 1991

Para una mayor visualización, se trasladan los datos de la Tabla 10 al **GRAFICO 12**, donde se manifiesta con mayor claridad, si cabe, la diferencia antes apuntada.

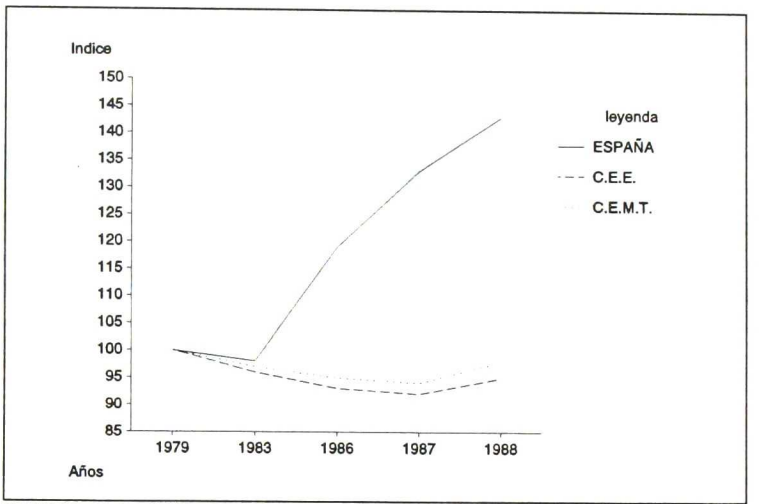


GRAFICO 12: Evolución de los índices de víctimas por accidente de tráfico en España y en Europa

1.4.2. Presupuesto destinado a prevención de deficiencias

Sin lugar a dudas constituye un indicador básico respecto de realizaciones el presupuesto que se ha destinado a medidas de prevención en este último decenio, y por esta razón hacemos una breve alusión al mismo.

Hemos de decir, como anotación previa, que no tenemos todos los datos que serían necesarios para poder juzgar acerca del montante económico que se ha destinado a la prevención en este decenio, por la sencilla razón de que los costes están repartidos en diversos conceptos, algunos de los cuales -gastos en personal, inversiones, etc.- son de muy difícil conocimiento, al estar comprendidos en los gastos generales del sistema sanitario, inversiones en carreteras, en medidas generales de seguridad en el trabajo, etc. Será posible determinarlo cuando, especialmente en la esfera sanitaria, se configure el programa de prevención de deficiencias como programa presupuestario diferenciado, con imputación de los gastos de todo tipo que le correspondan.

Como dato indicativo ofrecemos, no obstante lo dicho anteriormente, las subvenciones finalistas que el Ministerio de Sanidad ha venido concediendo en este último decenio para programas de prevención médica. También sobre ellas hemos de hacer la salvedad que no suponen la totalidad de los gastos referidos a dichos programas, pues estos no se financian exclusivamente por el Estado, sino además por las distintas Comunidades Autónomas, en mayor o menor medida, desde que se realizaron las transferencias en materia de sanidad a aquéllas. Por otra parte, las sucesivas modificaciones en el sistema de financiación autonómica, que han ido minorando las subvenciones finalistas del Estado a las Comunidades Autónomas a cambio de incrementar sus dotaciones a través de otros recursos (la cesión de tributos estatales, por ejemplo) han tenido consecuencias en el sistema de financiación de la prevención de deficiencias.

En la ***TABLA 10*** *se reflejan los distintos programas de prevención médica, con su correspondiente dotación presupuestaria, del período 1981 a 1991. De una simple mirada puede observarse que los créditos destinados estrictamente a prevención de deficiencias han sido escasos. Durante los años 1981 y 1982 se mantienen las dotaciones presupuestarias que tenía el antiguo Plan Nacional de la Subnormalidad porque, aun desaparecido éste, los créditos que tenía asignados continúan en el Ministerio de Sanidad para financiar acciones de prevención de deficiencias. En dichos años el presupuesto existente se destina a distintos programas preventivos y es gestionado a través de instituciones sin fines de lucro.*

La modificación sustantiva se va a producir en el año 1983, y será más acusada todavía desde el año 1984 hasta 1989, durante los cuales se observa cómo créditos establecidos en su origen para programas de prevención de deficiencias se destinarán al programa de orientación y planificación familiar, cuyos objetivos, como ya se indicó en páginas anteriores, desbordan con creces la finalidad estricta de prevención de deficiencias. Mientras se producía esa "inflación" presupuestaria en dicho programa, los restantes han tenido que ir sobreviviendo, y en algunos casos a duras penas, para tratar de mantener el nivel alcanzado en años precedentes.

TABLA 10: Subvenciones finalistas del Ministerio de Sanidad a las Comunidades Autónomas y al INSALUD para programas de prevención

PROGRAMA	DESTINO	DOTACIONES PRESUPUESTARIAS (Millones)					
		1981	1982	1983	1984	1985	1986
Diagnóstico prenatal	INSALUD						
Diagnóstico neonatal precoz	CC.AA.			393	251	658	592
Atención al embarazo	INSALUD			200	200	154	
Orientación y planificación familiar	INSALUD			500	1.500	908	875
	CC.AA.						272
Investigación y Malformaciones congénitas	ENTIDADES PRIVADAS				74	79	75
TOTALES		1.100	1.100	1.093	2.025	1.799	1.814

PROGRAMA	DESTINO	DOTACIONES PRESUPUESTARIAS (Millones)				
		1987	1988	1989	1990	1991
Diagnóstico prenatal	INSALUD	75	150	154		
Diagnóstico neonatal precoz	CC.AA.	250	100	100		
Atención al embarazo	INSALUD	40	200	200		
Orientación y planificación familiar	INSALUD	875	975	1.112		
	CC.AA.	200	100			
Salud materno-infantil	INSALUD				488	488
	CC.AA.				568	500
Malformaciones congénitas	ENTIDADES PRIVADAS	17	24	24	24	24
TOTALES		1.457	1.549	1.590	1.080	912

FUENTE: *Elaboración propia, sobre datos de los Presupuestos Generales del Estado*

Aspecto importante a destacar también es el hecho de que, a partir de 1990, las subvenciones finalistas del Ministerio de Sanidad concedidas en años anteriores se destinan a un nuevo programa -"Salud materno infantil"- en el que se refunden los anteriores, con reducción significativa de los créditos totales, lo que hace suponer que tendrá que procurarse otra financiación complementaria, del INSALUD o de las Comunidades Autónomas, para que puedan seguir subsistiendo.

En suma, no sólo se observa un estancamiento de los créditos estatales destinados a prevención de deficiencias, sino su derivación hacia programas no estrictamente preventivos y, en general, el ensombrecimiento de los programas de prevención de deficiencias en el contexto más global, y también más desvirtualizador, de la atención sanitaria. Es indudable que una acción política decidida en el área de la prevención debe comenzar por una adecuada asignación presupuestaria, tanto para la conservación de programas ya consolidados desde un punto de vista organizativo, como para el desarrollo de programas nuevos y específicos.

1.4.2. Conclusión

Como conclusión a este último apartado hemos de reafirmar la necesidad de establecer algún sistema que permita conocer, siquiera en sus aspectos básicos, las actividades de prevención que se están realizando en nuestro país, como base para determinar una programación coherente y mínimamente eficaz.

Esta tarea entraña bastante dificultad, por la enorme dispersión de recursos existentes, en ocasiones poco coordinados entre sí. Quizás el medio más apropiado deba ser un estudio empírico, sobre la base de técnicas de muestreo, que nos aproxime a la realidad actual.

En este sentido debemos mención al importante estudio experimental llevado a cabo recientemente bajo la dirección de Jesús M. DE MIGUEL (46), en el que se agrupan las distintas actividades de prevención de deficiencias en veinte ***factores de riesgo****: orientación y asesoramiento genético, consejo genético y diagnóstico*

prenatal, interrupción del embarazo, atención al embarazo, atención al parto, atención al recién nacido y diagnóstico neonatal, organización neonatal, programas de vacunaciones, patologías transmisibles, conductas de higiene y salud, vigilancia de factores socio-biológicos, factores psico-sociales, grupos concretos de población (marginados), deficiencias de causa múltiple, accidentes y enfermedades en el deporte, prevención medio-ambiental, prevención de tráfico y viaria, accidentes en el hogar y familiares, accidentes de ocio, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Experimentalmente se ha realizado una encuesta a distintos centros y entidades de la provincia de Barcelona, obteniéndose unos resultados que reflejan estadísticamente la prevalencia de unos u otros programas de prevención. A nuestro juicio, el mérito mayor de este estudio consiste en la metodología empleada, de posible aplicación en otros lugares. Los resultados obtenidos no pueden extrapolarse, hablando en términos generales, pues no se ha seguido un criterio rigurosamente estadístico en la elección de la muestra y, por otra parte, se refiere a un lugar concreto.

No podemos entrar ahora en su consideración detenida, pero sí hemos de señalar la importancia de unos estudios como el citado porque están marcando un camino para poder realizar una investigación científica que determine cuál es la realidad de la prevención en nuestro país y, sobre todo, para que muestre a los rectores de la política de prevención de deficiencias cuál debe ser la orientación legislativa, la coordinación administrativa, el sistema de financiación, y los factores sobre los que debe prestarse mayor atención en orden a que las deficiencias sean cada vez menores, porque, como en alguna ocasión manifestó NAKAJIMA, Director General de la O.M.S. "una onza de prevención vale una tonelada de curación".

NOTAS

(1) *SERVICIO DE RECUPERACION Y REHABILITACION DE MINUSVALIDOS FISICOS Y PSIQUICOS,* ***Plan de Ayudas para la Asistencia de Minusválidos Psíquicos****, capítulo I.*

(2) *Mucho más podría decirse de esta primera iniciativa, cuyo principal mérito consistió en instrumentar las experiencias individuales de científicos españoles que habían investigado sobre la materia. En los archivos del INSERSO pueden encontrarse referencias sobre el objeto de cada Convenio, así como las correspondientes Memorias de cada Institución concertada, donde se reflejan las investigaciones y resultados obtenidos.*

(3) *Acerca de los antecedentes y evolución del actual Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, véase la* ***Memoria del REAL PATRONATO****, Madrid, 1991, Documento 27/1991 del Real Patronato.*

(4) *REAL PATRONATO DE EDUCACION Y ATENCION A DEFICIENTES,* ***Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad****, Madrid, 1978.*

(5) *Real Decreto-Ley 16/1977, de 25 de febrero, por el que se regulan aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas.*

(6) *Real Decreto 1762/1977, de 10 de junio.*

(7) *Orden Ministerial de 30 de marzo de 1982.*

(8) *CONSEJO NACIONAL DEL PLAN NACIONAL DE PREVENCION DE LA SUBNORMALIDAD,* ***Memorias anuales*** *correspondientes a los años 1981 y 1982.*

(9) *Véanse al respecto las Resoluciones de 1 de febrero de 1985, y la de 18 de abril de 1986. En años posteriores la financiación de tales programas se ha realizado a través de las Comunidades Autónomas y del INSALUD.*

(10) AZNAR,M., AZUA,P. y NIÑO, E., **Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril**, INSERSO, Madrid, 1982, pág.51-55.

(11) Artículo dos. 1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b(y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula. 2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía".

(12) **País Vasco**: Ley 10/1983, de 19 de mayo, por la que se regula el Servicio Vasco de Salud (BOPV de 1 de junio). **Cataluña**: Ley 12/1983, de 14 de julio, de Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y Servicios Sociales (BOE de 5 de septiembre). **Madrid**: Ley 9/1984, de 30 de mayo, por la que se crean los Organismos Autónomos Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social, Servicio Regional de Salud y Servicio Regional de Bienestar Social (BOE de 26 de junio). **Navarra**: Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra. **Andalucía**: Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud (BOJA de 10 de junio). Esta última es posterior, en pocos días, a la Ley General de Sanidad, pero no se dicta en desarrollo de ésta.

(13) Se citan por orden cronológico de aparición. **Comunidad Valenciana**: Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud (DOGV de 16 de diciembre). **Galicia**: Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud (DOG de 11 de enero), modificada parcialmente por la Ley 8/1991, de 23 de julio (BOE de 30 de septiembre). **Aragón**: Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (BOA de 28 de abril). **Murcia**: Ley 2/1990, de 5 de abril, del Servicio de Salud de la Región de Murcia (BORM de 27 de abril). **Cataluña**: Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación sanitaria de Cataluña (DOGC de 30 de julio). **Navarra**: Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (BOE de 23 de marzo de 1991). **La Rioja**: Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (BOE de 22 de mayo).

(14) A título de ejemplo, véase la Ley de Galicia (art. 3.a), la Ley de Aragón (art. 5.1.i), la Ley de Cataluña (art. 2.a), la Ley de Murcia (art. 3.c), la Ley de Navarra (art. 12.3), la Ley de La Rioja (art. 1.15), y la Ley de Valencia (art. 3.2.a).

(15) *Existen distintas normas reglamentarias de las Comunidades Autónomas que regulan la planificación familiar, entre las que se mencionan a título de ejemplo:* ***Andalucía****, Decreto 219/1985, de 9 de octubre, sobre criterios generales de atención de la salud materno-infantil.* ***Cataluña****, Orden de 15 de enero de 1987 y Orden de 4 de febrero del mismo año, sobre autorización de centros y servicios de orientación familiar.* ***Navarra****, Decreto Foral 32/1985, de 13 de febrero, que reestructura el Servicio de Orientación Familiar y Educación Sexual.* ***Comunidad Valenciana****, Decreto 149/1986, de 24 de noviembre, sobre prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad; Orden de 31 de marzo de 1987 sobre Centros de Planificación Familiar. Etc.*

(16) ***País Vasco****: Ley 7/1982, de 30 de junio de Salud escolar (BOPV de 13 de agosto).* ***Galicia****: Ley 5/1983, de 30 de junio, sobre regulación de la Salud escolar en Galicia (BOE de 17 de junio).* ***Asturias****: Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud escolar en el Principado de Asturias (BOE de 14 de noviembre).* ***Aragón****: Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud escolar (BOA de 1 de diciembre).* ***La Rioja****: Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud escolar (BOLR de 24 de febrero).* ***Extremadura****: Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud escolar (DOE de 31 de mayo).*

(17) *Ley de Asturias (art. 3.1), Ley de Aragón (art. 3.2), Ley de Extremadura (art. 16), Ley de la Rioja (Exposición de Motivos).*

(18) *Ley de Asturias (art. 7), Ley de Aragón (art. 7), Ley del País Vasco (art.3), Ley de Extremadura (art. 21).*

(19) *Ley de Asturias (art. 8), Ley de Aragón (art. 8), Ley de Extremadura (art. 22).*

(20) *Ley de La Rioja (art. 3.3 y 4), Ley de Extremadura (art. 4. 4 y 5), Ley del País Vasco (art. 3), Ley de Galicia (art. 3.1.f), etc.*

(21) *Ley de Asturias (art. 4), Ley de Aragón (art. 5), Ley de La Rioja (art. 5), Ley de Extremadura (art. 6), Ley del País Vasco (art. 5), Ley de Galicia (art. 3.1).*

(22) *Ley de Extremadura, art. 13.3. Otras leyes no recogen esta prohibición porque ya existen normas previas sobre consumo de tabaco (Ley de La Rioja, art. 8; Ley de Aragón, art. 13.6; etc.). El Ministerio de Educación y Ciencia, para los centros públicos de él dependientes, ha prohibido asimismo la venta y distribución de tabaco y de bebidas alcohólicas, por Orden de 7 de noviembre de 1989 (BOE del 13).*

(23) *Ley de Galicia (art. 9), Ley de Extremadura (art. 15).*

(24) ***País Vasco**: Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios sociales (BOPV de 2 de junio). **Navarra**: Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios sociales (BON de 8 de abril). **Comunidad de Madrid**: Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios sociales (BOCM de 23 de junio). **Región de Murcia**: Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios sociales (BORM de 19 de diciembre). **Cataluña**: Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios sociales (DOGC de 10 de enero de 1986). **Castilla-La Mancha**: Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios sociales (DOCLM de 20 de mayo(. **Aragón**: Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la acción social (BOA de 30 de marzo). **Islas Baleares**: Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción social (BOIB de 28 de abril). **Canarias**: Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios sociales (BOC de 4 de mayo). **Asturias**: Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales (BOPA de 5 de mayo). **Extremadura**: Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios sociales (DOE de 12 de mayo). **Galicia**: Ley 3/1987, de 27 de mayo, de Servicios sociales (DOG de 2 de junio). **Andalucía**: Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios sociales (BOJA de 12 de abril). **Castilla y León**: Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción social y Servicios sociales (BOCL de 9 de enero de 1989). **Comunidad Valenciana**: Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales (DOCV de 12 de julio). **La Rioja**: Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios sociales (BOLR de 26 de mayo).*

(25) *Ley del País Vasco, Ley de la Comunidad de Madrid (art. 3), Ley de Cataluña (art. 1.b), por citar algunas de ellas.*

(26) *Ley de la Comunidad de Madrid (art. 11.d), Ley de Castilla-La Mancha (art.11.2), Ley de las Islas Baleares (art. 10.b), Ley de Galicia (art. 6), Ley de Andalucía (art. 11), Ley de Castilla y León (art. 12), Ley de La Rioja (art. 8), Ley de Murcia (artículos 31 y 34.a).*

(27) *Ley de Navarra (art. 3.c).1), Ley de Castilla-La Mancha (art. 11.2).*

(28) *Ley de Aragón: "El Plan de salud deberá contener...los objetivos mínimos en materia de promoción, protección y prevención de la salud" (art. 11). En sentido similar, la Ley de Cataluña (artículos 62 a 64), la Ley de Navarra (art. 22), la Ley de La Rioja (art. 11.c), la Ley de Murcia (art. 7.b), la Ley de Galicia (art. 8.2.c), la Ley de Valencia (art. 2.2.4), la Ley de Andalucía (art. 3.2.e).*

(29) *Ley de Navarra (artículos 34 a 37), Ley de La Rioja (art. 57).*

(30) *En esta materia la legislación española deberá cambiar sustantivamente, por efecto de las normas comunitarias vigentes que han de ser incorporadas necesariamente a nuestro derecho interno antes del 31 de diciembre de 1992. Estas normas, que se basan en el artículo 118 A del Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea, son: Directiva Marco 89/391/CEE, de 12 de junio, relativa a la aplicación de medidas para promover la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE de 29 de junio), y las siete Directivas de desarrollo de la anterior dictadas hasta el momento: Directiva 89/654/CEE, de 30 de noviembre (DOCE de 30 de diciembre), relativa a los lugares de trabajo; Directiva 89/655/CEE, de 30 de noviembre (DOCE de 30 de diciembre), relativa a los equipos de trabajo; Directiva 89/656/CEE, de 30 de noviembre (DOCE de 30 de diciembre), relativa a los equipos de protección individual del trabajador; Directiva 90/269/CEE, de 29 de mayo (DOCE de 21 de junio), relativa a la manipulación de cargas; Directiva 90/270/CEE de 29 de mayo (DOCE de 21 de junio), relativa a equipos con pantallas de visualización; Directiva 90/394/CEE, de 28 de junio (DOCE de 26 de julio), relativa a la exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo; Directiva 90/679/CEE, de 26 de noviembre (DOCE de 31 de diciembre), relativa a la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Quedan pendientes de aprobación otras dos Directivas señaladas en la Directiva Marco, relativas al sector de la construcción, y a los sectores pesquero y agrícola.*

(31) *En el momento de redactar estas líneas se encuentra ya elaborado, pendiente de aprobación el Plan Nacional de Seguridad Vial para 1992.*

(32) *Estos Planes se encuentran publicados todos ellos por la Dirección General de Tráfico, y ofrecen una información bastante completa no sólo de lo programado para cada año, sino de los resultados sobre accidentabilidad y sobre la situación de partida para elaborar cada Plan.*

(33) *MUÑOZ MEDINA, M.,* ***Planes de Seguridad Vial****, en Documento 5/1986 del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, Madrid, 1986, págs. 197-213.*

(34) *Véanse las* ***Memorias del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad****, años 1981 y 1982.*

(35) *Son significativos al respecto los estudios de ABRISQUETA ZARRABE, J.A., resumidos en* ***Prevención de las deficiencias de etiología genética****, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 11/87, Madrid, 1987. No ha decaído la investigación en este área. Véase al respecto* ***Citogenética y genética molecular del retraso mental ligado al***

***cromosoma X, aplicación al diagnóstico de portadoras y prenatal**, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías, Documento 25/1991, Madrid, 1991.*

*(36) Véase UGARTE, M., **Detección, prevención e investigación de la etiología molecular del retraso mental de metabolopatías congénitas**, Madrid, 1983.*

(37) Datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, según Informe interno presentado al Consejo Interterritorial de Salud.

(38) Los datos están tomados de la "Guía de Centros de Planificación Familiar", Instituto de la Mujer, Madrid, 1985.

(39) Los datos están tomados de "Ordenación sanitaria del territorio", Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.

*(40) MARTINEZ-FRIAS, M.L.,**Defectos congénitos en España. Diez años de vigencia epidemiológica**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.*

*(41) Entre la numerosa bibliografía y estudios publicados que podría citarse al respecto entresacamos las siguientes: MARTINEZ-FRIAS, M.L., **Prevención de malformaciones congénitas. Investigación epidemiológica en España (1976-1988)**, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 18/89, Madrid, 1989. MARTINEZ-FRIAS, M.L.,**Estudio epidemiológico del Síndrome de Down en España**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.*

*(42) Ver GARCIA MARTIN, J.M., **Organización de programas de estimulación precoz. Panorama español**, en **Seminario Internacional sobre programas de prevención de las deficiencias**, Documento 5/86 del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, Madrid, 1986, págs. 267-291.*

*(43) INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, **Informe sobre la estimulación precoz en el INSERSO**, Madrid, 1986.*

(44) Orden de 9 de septiembre de 1982 (Educación y Ciencia).

*(45) INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, **Simposium sobre Atención Precoz**, Madrid, 1983.*

(46) *DE MIGUEL, J.M., COLLADO, A., DOMINGUEZ-ALCON, C.,* ***Las estructuras de la prevención de deficiencias****, Estudio realizado por encargo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1991.*

2. DIAGNOSTICO Y VALORACION DE MINUSVALIAS

Manuel Aznar López

INDICE

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. En el ámbito educativo

2.1.2. La evaluación de la invalidez permanente protegida por la Seguridad Social

2.1.3. En el ámbito de los servicios sociales

2.1.4. El régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos

2.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

2.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

2.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982

2.3.1.1. La falta de desarrollo de los preceptos de la LISMI relativos al diagnóstico y la valoración
2.3.1.2. Una excepción: La Orden de 28 de mayo de 1986, de Galicia
2.3.1.3. El desarrollo de algunos preceptos concretos de la LISMI

2.3.2. Normas incidentes en la materia

2.3.2.1. En el ámbito educativo: La Administración Central
2.3.2.2. En el ámbito educativo: Las Comunidades Autónomas
2.3.2.3. En el ámbito educativo: Convenios entre el Ministerio de Educación y Ciencia y otras Administraciones
2.3.2.4. En el ámbito de los servicios sociales: La Administración Central
2.3.2.5. En el ámbito de los servicios sociales: Las Comunidades Autónomas
2.3.2.6. En el ámbito de la sanidad
2.3.2.7. La evaluación y declaración de las situaciones de invalidez protegida por los sectores contributivo y no contributivo de la Seguridad Social
2.3.2.8. La Organización Nacional de Ciegos Españoles
2.3.2.9. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

2.4. REALIZACIONES

2.4.1. En el ámbito educativo

2.4.2. En el ámbito de los servicios sociales

2.4.3. En el ámbito de la Seguridad Social

2.4.4. En el ámbito específico de la deficiencia visual

2.4.5. Actuación del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía
2.4.6. La situación actual desde una perspectiva global

ANEXO ESTADISTICO

2. DIAGNOSTICO Y VALORACION DE MINUSVALIAS

Los preceptos de la Ley de Integración Social de los Minusválidos relativos al diagnóstico y valoración de las minusvalías se enmarcan en un propósito de racionalización y simplificación que es preciso poner en relación con la situación anterior, caracterizada por la multiplicidad inconexa de los órganos calificadores.

Sin embargo, el desarrollo del Estado de las Autonomías aporta nuevos elementos que es inexcusable tomar en consideración a la hora de desarrollar los preceptos de la LISMI, buscando el punto de equilibrio entre estos preceptos y las consecuencias derivadas del ejercicio de sus competencias por parte de las Comunidades Autónomas.

Todo ello implica, en definitiva, el desplazamiento desde la consideración unitaria de los órganos de valoración de las minusvalías y su proyección a todos los sectores de la actuación administrativa, hacia la integración de estos órganos con los dirigidos al resto de la población y su especialización sectorial conforme a los distintos ámbitos (educativo, sociolaboral, sanitario) de la actividad de las Administraciones Públicas.

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. En el ámbito educativo

El panorama anterior a la Ley de Integración Social de los Minusválidos ofrecía una proliferación de órganos calificadores, incluso dentro del mismo Departamento Ministerial.

En el campo de la educación, el Decreto de 9 de diciembre de 1955, relativo al Patronato Nacional de Educación Especial encomendó al mismo la función de proponer la creación de consultorios que hicieran posible el diagnóstico precoz de la "anormalidad".

El Decreto 1219/1965, de 13 de mayo, atribuyó el diagnóstico y orientación de los niños y jóvenes subnormales a los centros de diagnóstico y orientación terapeútica, dependientes del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, a los demás servicios dependientes de la Dirección General de Sanidad, al Dispensario Central de Medicina Escolar, al Instituto Nacional de Pedagogía Terapeútica, así como a otros centros que fueran autorizados a tal efecto. Encomendaba, de otro lado, la unificación de los criterios de diagnóstico a la Comisión

Interministerial de Asistencia y Educación de Subnormales, Físicos y Escolares (CISUB), que se creaba por la citada disposición.

Por Decreto 1821/1967, de 20 de julio, se aprobó el Reglamento del Instituto Nacional de Pedagogía Terapeútica, al que se atribuyó el diagnóstico y orientación de niños y jóvenes con inadaptaciones, así como la orientación familiar, escolar, laboral y social, paralela a la acción educativa.

Con estos precedentes, la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, previó el establecimiento de medios para la localización y diagnóstico de los alumnos necesitados de educación especial.

La Orden de 30 de abril de 1977 implantó un Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, con carácter experimental, al que se le encomendó la cooperación con el Instituto Nacional de Educación Especial en la localización y diagnóstico de los alumnos que precisaran educación especial.

De otra parte, el Real Decreto 2689/1980, de 21 de noviembre, determinó que los Institutos de Orientación Educativa y Profesional coordinarían su actuación con el Instituto Nacional de Educación Especial, a fin de proceder a la orientación especializada.

Salvo error u omisión, la primera vez que, en el plano normativo, se emplea la expresión "equipos multiprofesionales" es en el preámbulo del Decreto 1151/1975, de 23 de mayo, que creó el Instituto Nacional de Educación Especial. Según este preámbulo "el carácter complejo de la Educación Especial, como proceso integrador de diferentes actividades... requiere, junto a la función docente, la asistencia en los más variados campos, y obliga a la formación de equipos multiprofesionales".

2.1.2. La evaluación de la invalidez permanente protegida por la Seguridad Social

La evaluación de la invalidez permanente protegida por el Sistema de Seguridad Social, así como el dictamen acerca de la incapacidad para el trabajo exigida para reconocer la condición de beneficiario o causar derecho a determinadas prestaciones, se atribuyó a las Comisiones Técnicas Calificadoras, reguladas por el Decreto 2186/1968, de 16 de agosto, y cuyas normas procedimentales fueron aprobadas por Orden de 8 de mayo de 1969. Estas Comisiones desarrollaron sus actividades hasta ser extinguidas por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de

noviembre, si bien continuaron actuando, aunque como órgano interno del Instituto Nacional de la Seguridad Social y limitadas sus competencias a la emisión de propuestas vinculantes (Orden de 1 de noviembre de 1979), hasta el año 1982, en que se aprobó la nueva regulación sobre la evaluación y declaración de las situaciones de invalidez protegidas por la Seguridad Social.

2.1.3. En el ámbito de los servicios sociales

Las disposiciones de desarrollo del Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos, atribuyeron el reconocimiento y la calificación de los presuntos minusválidos a las Unidades Provinciales de Valoración. Conforme a una Orden de 24 de noviembre de 1971, complementada por una Resolución de la entonces Dirección General de la Seguridad Social, de 20 de abril de 1972, dichas Unidades se configuraban bajo una doble dependencia: orgánica, del Instituto Nacional de Previsión; y funcional, del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, estando integradas por diversos especialistas médicos, así como por un psicólogo y expertos en asistencia, formación y empleo. Correspondía a estas Unidades la calificación no solo en relación con las medidas contempladas en el Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sino también respecto de los beneficios regulados en la legislación de protección a las familias numerosas.

Con posterioridad, una Resolución de la Subsecretaría de la Seguridad Social, de 8 de marzo de 1977, intensificó la actuación del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos en el seno de estas Unidades, al determinar que el nombramiento de los vocales no médicos recaería sobre funcionarios de dicho Servicio, con el propósito -según declaraba el preámbulo- de conseguir una más íntima coordinación entre la función calificadora y las acciones tendentes a la rehabilitación e integración social.

La declaración de la condición de subnormal a efectos de las prestaciones reconocidas, por tal condición, en el Sistema de Seguridad Social (Orden de 8 de mayo de 1970), así como en relación con los beneficios otorgados a las familias numerosas, correspondía a los Consejos Provinciales del Instituto Nacional de Previsión.

A tal efecto, el reconocimiento y dictamen médico fué atribuido por la Orden de 22 de febrero de 1969 a los centros de diagnóstico y orientación terapeútica de la Dirección General de Sanidad, de los que formaba parte, a este fin, la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social.

No obstante, en el caso de personas afectadas de oligofrenia o parálisis cerebral, la función atribuída a estos centros se circunscribía a efectuar el reconocimiento y a emitir un informe médico, puesto que el dictamen correspondía a las Unidades Clínicas Regionales de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, integradas por un pediatra, un psiquiatra infantil, un neurólogo, un psicólogo, un especialista en pedagogía terapeútica y un representante de la Sanidad Nacional.

La complejidad de la situación derivada de la existencia de dos "condiciones" distintas, como eran las de "subnormal" y "minusválido", cuya evaluación se efectuaba conforme a criterios dispares, se pretendió paliar, a efectos de la calificación, mediante la homologación, por parte de las Unidades Provinciales de Valoración y para la expedición del certificado acreditativo de la condición de minusválido, de las declaraciones de subnormalidad. Esta homologación se extendía asimismo a las declaraciones de la situación de invalidez permanente protegidas por la Seguridad Social.

Un importante paso en la simplificación y racionalización de la estructura de los órganos de valoración y calificación vino determinada por la creación de los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales.

En efecto, el Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, atribuyó a las Direcciones Provinciales de dicho Instituto la declaración de la condición de beneficiario por situaciones de subnormalidad y el reconocimiento del derecho a la aportación económica de la Seguridad Social por tal condición, la declaración de la condición de beneficiario a los efectos de las acciones asistenciales o de otra índole que pudieran corresponder a los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, así como la homologación, a efectos de las certificaciones acreditativas de la condición de minusválido o subnormal, de las declaraciones de las situaciones de invalidez permanente protegidas por la Seguridad Social.

La Orden de 5 de enero de 1982 encomendó a los Equipos de Valoración y Orientación la emisión de los correspondientes dictámenes técnico-facultativos que sirvieran de base para las declaraciones antes citadas. Estos dictámenes debían incluir el diagnóstico sobre el estado médico-funcional y las características de la personalidad y aptitudes, la valoración de la situación personal y del entorno socio-familiar, la orientación acerca de las posibilidades de rehabilitación, con indicación de las medidas aconsejables y la calificación de la presunta minusvalía o subnormalidad, de forma que permitiera determinar el tipo y grado de disminución en relación a los derechos que pudieran corresponder al interesado.

La composición de los Equipos estaba integrada por un médico rehabilitador, un psicólogo y un trabajador social, como mínimo, pudiendo incorporarse a los mismos otros profesionales.

Por último, se establecía que estos Equipos podrían realizar dictámenes y valoraciones acerca de presuntos beneficiarios de prestaciones gestionadas por otros organismos de la distintas Administraciones Públicas, cuando así se estableciera por norma o concierto.

2.1.4. El régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos

Ya en fecha inmediata a la aprobación de la Ley 13/1982, de 7 de abril, se efectúa una referencia a los equipos multiprofesionales. Es, en concreto, la Orden de 5 de marzo de 1982, que desarrolla el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuídos, la que, en su artículo 3º, determina que, a efectos de ser beneficiario de la ayudas individuales, la calificación de la disminución vendrá dada "por los equipos multiprofesionales a que hace referencia la Disposición Transitoria Primera". Sin embargo, esta disposición remite, "hasta tanto no se establezca un sistema general de valoración por Equipos Multiprofesionales", a las calificaciones de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, así como a "los sistemas de diagnóstico" previstos por el Ministerio de Educación y Ciencia".

2.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

La Ley de Integración Social de los Minusválidos dedica específicamente al diagnóstico y valoración el Título IV, compuesto por dos artículos.

En el primero de ellos se prevé la creación de equipos multiprofesionales, a los que se atribuye la finalidad de asegurar una atención interdisciplinaria a cada persona que lo necesite. Ha de hacerse notar, por tanto, la influencia que en la denominación de los órganos de valoración tuvo el antecedente que existía en el campo educativo, el cual prevaleció sobre la nomenclatura procedente del ámbito de los servicios sociales (1).

A estos equipos se atribuyen las funciones de emitir un informe diagnóstico, efectuar la orientación terapeútica, realizar la valoración y calificación de la presunta minusvalía, determinando el tipo y grado de disminución en relación con las prestaciones previstas en la legislación aplicable, y llevar a cabo el seguimiento y la revisión.

No obstante, a lo largo del texto de la Ley se atribuyen diversas funciones específicas a los equipos multiprofesionales, como son la elaboración de las orientaciones pedagógicas individualizadas y el seguimiento y evaluación del proceso integrador del alumno minusválido en las actividades educativas (art. 28); el informe con vistas a la orientación profesional (art. 33); la emisión de un dictamen vinculante sobre las condiciones personales de aptitud para el ejercicio de las funciones encomendadas a los Cuerpos de las distintas Administraciones Públicas, a efectos de la participación de las personas minusválidas en las correspondientes pruebas selectivas para el ingreso en aquellos (art. 38); la coordinación con las Oficinas de Empleo con vistas a la colocación de las personas minusválidas, a la confección de un registro de trabajadores minusválidos demandantes de empleo y a la adecuación entre las condiciones personales y las características del puesto de trabajo (art. 39); la determinación de las posibilidades de integración y de la capacidad de trabajo, a efectos de acceso a un Centro Especial de Empleo o a un Centro Ocupacional (art. 41); y la revisión periódica de las personas minusválidas empleadas en los Centros Especiales de Empleo, a fin de impulsar su promoción (art. 46).

El artículo 11 de la LISMI dispone que las calificaciones y valoraciones de los equipos multiprofesionales responderán a criterios técnicos unificados y tendrán validez ante cualquier organismo público.

Por consiguiente, frente a la pluralidad anteriormente existente, la LISMI, quizá como consecuencia del propósito de implantar un sistema integrado de prestaciones, se decanta hacia la unidad, tanto en el plano orgánico (2), como en relación con los criterios técnicos y la validez general de las valoraciones y calificaciones. De ahí que los preceptos de la Ley en esta materia se completen con la Disposición

Transitoria, en la que se preceptúa la integración de las unidades de valoración existentes en los equipos multiprofesionales contemplados en la Ley (3).

2.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

2.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982

2.3.1.1. La falta de desarrollo de los preceptos de la LISMI relativos al diagnóstico y la valoración

La Ley 13/1982, de 7 de abril, en su artículo 10º, fijó un plazo de dieciocho meses para la determinación reglamentaria de la composición y funcionamiento de los equipos multiprofesionales.

Este plazo ha sido incumplido, por cuanto las disposiciones dictadas en este campo con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley 13/1982, de 7 de abril, no pueden considerarse como normas de desarrollo de aquella.

Esta circunstancia es evidente desde el momento en que, de una parte, el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que establece y regula el sistema de prestaciones económicas y sociales previsto en la LISMI, dispone que en tanto se constituyan los equipos multiprofesionales previstos en el artículo 10º de dicha Ley, los dictámenes serán efectuados por los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales, mientras que, de otra parte, el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial, preceptúa que lo dispuesto en el mismo sobre la valoración y orientación educativa se entenderá sin perjuicio de lo que en su día se establezca en desarrollo del citado artículo de la Ley de Integración Social de los Minusválidos.

2.3.1.2. Una excepción: La Orden de 28 de mayo de 1986, de Galicia

Existe, empero, una excepción, que viene constituída por la Orden de 28 de mayo de 1986, de Galicia, por la que se regulan los equipos multidisciplinares de la Dirección General de Servicios Sociales, cuyo preámbulo invoca expresamente el Título IV de la Ley 13/1982, de 7 de abril, para indicar que las funciones que se asignen a estos equipos incluirán -como así se hace en el texto- las consignadas en dicha Ley.

De esta forma, se encomienda a estos equipos las funciones recogidas en el artículo 10º de la LISMI, además del apoyo a los servicios sociales de base en orden a actuaciones de carácter individual, familiar y social, así como la atribuídas a los Equipos de Valoración y Orientación transferidos del Instituto Nacional de Servicios Sociales.

2.3.1.3. El desarrollo de algunos preceptos concretos de la LISMI

Ha de constatarse, de otro lado, que el Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprobó el Reglamento de los Centros Especiales de Empleo, se acomoda a lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, al exigir la previa resolución motivada

de los equipos multiprofesionales para la incorporación a dichos Centros. Igual sucede con el Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, que regula los Centros Ocupacionales, el cual además señala que en tanto se constituyan los equipos multiprofesionales, sus funciones serán asumidas por los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Por su parte, el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los Centros Especiales de Empleo, encomienda a los equipos multiprofesionales diversas funciones en orden a: efectuar revisiones periódicas a fin de garantizar que el trabajo se adecue a las características personales y profesionales del trabajador minusválido y valorar el grado de adaptación profesional alcanzado; informar para la ampliación de la duración máxima del contrato de formación y el plan de formación; e informar asimismo en relación con la promoción en el trabajo, así como con la movilidad funcional y geográfica y la modificación de las condiciones de trabajo. El equipo multiprofesional deberá también constatar la ineptitud del trabajador, conocida o sobrevenida con posterioridad a la colocación en el Centro y la falta de adaptación del trabajador a las modificaciones técnicas operadas en su puesto de trabajo, causas ambas de extinción del contrato de trabajo.

Como dato anecdótico, ha de hacerse constar que este Real Decreto, incurriendo en un evidente despiste o, cuando menos, en una imprecisión, atribuye dichas funciones, en tanto se constituyan los equipos multiprofesionales, a "las actuales Unidades de Valoración" (así, con mayúsculas).

Por último, el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, al regular las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos, prevé que el Instituto Nacional del Empleo solicite de los equipos multiprofesionales el informe sobre la adecuación del puesto de trabajo a la minusvalía de los trabajadores.

2.3.2. Normas incidentes en la materia

2.3.2.1. En el ámbito educativo: La Administración Central

En el ámbito educativo, la Orden de 9 de septiembre de 1982, con absoluto -y muy probablemente deliberado- olvido de los preceptos de la Ley 13/1982, de 7 de abril, reguló la composición y funciones de los Equipos Multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial, determinando que estarían integrados por dos licenciados en Pedagogía, dos

en Psicología, uno en Medicina, dos trabajadores sociales y un auxiliar administrativo. La dirección del equipo multiprofesional correspondería al Inspector Ponente Provincial de Educación Especial.

Como funciones de los Equipos Multiprofesionales se citan la acción preventiva, la detección precoz, la valoración pluridimensional, la elaboración de programas de desarrollo individual, el seguimiento del programa y la contribución a la elaboración del diseño del cuadro de necesidades concretas en el sector.

Se prevé, por último, la colaboración de los Equipos Multiprofesionales con el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, con el Instituto de Psicología Aplicada y Orientación Escolar y, en general, con todas las instituciones y organismos que realicen funciones orientadas al conocimiento y atención de los problemas de los disminuídos.

Esta disposición se aparta, en consecuencia, del espíritu que presidía las formulaciones contenidas en la Ley 13/1982, de 7 de abril, para establecer una estructura privativa del ámbito educativo.

De otra parte, la Orden de 28 de septiembre de 1982 desarrolló el Real Decreto 2689/1980, de 21 de noviembre, relativo a los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, sin añadir ninguna novedad a los efectos que nos interesan, ya que se limita a señalar que la coordinación con el Instituto Nacional de Educación Especial se realizará previo acuerdo de las respectivas Direcciones Generales, para lo cual podrían constituirse las comisiones o grupos de trabajo que se considerasen oportunos.

Con posterioridad, el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, que derogó el anterior, de 15 de septiembre de 1982, determina las actuaciones que comprende la valoración y orientación educativa, las cuales son basicamente coincidentes con las funciones ya atribuidas a los Equipos Multiprofesionales por la Orden de 9 de septiembre de 1982, añadiendo las de la orientación técnico-pedagógica para la aplicación de los programas de desarrollo individual, así como la colaboración en las tareas de orientación a los padres, en orden a la integración escolar.

Estas funciones, según el mismo Real Decreto, serán desarrolladas por profesionales especializados en las distintas disciplinas, integrados en equipos, cuya composición será flexible. Las funciones de valoración y orientación serán llevadas a cabo, en todo caso, por pedagogos, psicólogos, médicos y asistentes sociales, en coordinación con todos aquellos servicios

comunitarios que tengan encomendadas tareas similares. A estos equipos corresponderá la evaluación pluridimensional de cada alumno para determinar la procedencia de la educación especial en los centros públicos o financiados con cargo a fondos públicos.

Por último, se encomienda a los Equipos Multiprofesionales ya existentes, así como a aquellos otros que puedan ser habilitados para ello, las funciones de valoración y orientación hasta tanto se produzca el desarrollo normativo de los preceptos relativos a esta materia.

Por Decreto 969/1986, de 11 de abril, se creó el Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, dependiente del Ministerio de Educación y Ciencia, entre cuyas funciones se encuentra la relativa a la elaboración y adaptación de los instrumentos de evaluación y el asesoramiento para el diagnóstico.

Más recientemente, la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación del Sistema Educativo, además de referirse a la atención psicopedagógica y a la orientación educativa y profesional al tratar de los principios de la actividad educativa y de los factores que favorecen la calidad de la enseñanza, a cuyo fin prevé la creación de los correspondientes servicios especializados, determina, en el ámbito específico de la educación especial, que la identificación y valoración de las necesidades educativas especiales se realice por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones.

2.3.2.2. En el ámbito educativo: Las Comunidades Autónomas

También en el ámbito educativo, las Comunidades Autónomas han dictado diversas normas en el campo del diagnóstico y valoración.

A) El Decreto 238/1983, de 23 de noviembre, de Andalucía, nació con el propósito, según declara su preámbulo, de "evitar superposiciones en las orientaciones, lagunas en cuanto a la población a atender, funciones e incidencias paralelas y con la finalidad de un mejor aprovechamiento de los recursos". Para ello, crea Equipos de Promoción y Orientación Educativa, con carácter provincial y comarcal, a los que atribuye las funciones de apoyo al profesorado, orientación vocacional y profesional de los alumnos y, específicamente, el diagnóstico tendente a la rehabilitación e integración del alumnado.

En cuanto a la última de las funciones reseñadas, a los equipos comarcales les está encomendada la propuesta de acciones preventivas, la detección temprana de cualquier tipo de

trastorno, disminución o inadaptación, la valoración de las capacidades de los alumnos y la colaboración con el profesorado en la elaboración y seguimiento de los programas de desarrollo individual.

Este Decreto suprime, además, los Equipos Multiprofesionales y los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, cuyos miembros, en virtud de lo dispuesto por Orden de 25 de noviembre de 1983, pasan a integrarse en los Equipos de Promoción y Orientación Educativa, al igual que los componentes de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional.

La Resolución de la entonces Dirección General de Educación Compensatoria y Promoción Educativa, de 1 de septiembre de 1989, reguló las funciones de los Equipos de Promoción y Orientación Educativa, encomendándoles, entre otras, la evolución pluridimensional de los alumnos disminuidos o inadaptados

B) El Decreto 157/1986, de 24 de Octubre, de Canarias, de ordenación de la Pedagogía Terapeútica, crea los Equipos Psicopedagógicos, en los que quedan integrados los Equipos Multiprofesionales y el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, y a los que se encomienda la función de cubrir cuatro áreas de trabajo: la dedicación al alumno, la dedicación al centro, la dedicación a la comunidad escolar y la investigación. Se establecen asimismo Equipos de Apoyo, encargados de proporcionar el refuerzo necesario para la ejecución de programas de desarrollo individual.

En desarrollo de esta disposición, la Orden de 28 de abril de 1989, por la que se regula la planificación de la educación especial en la Comunidad Autónoma de Canarias, encomienda a los Equipos Psicopedagógicos la valoración y la orientación educativa, a cuyo efecto desarrollarán funciones relativas a la prevención y detección temprana de las disminuciones e inadaptaciones, la evaluación pluridimensional de los alumnos, la elaboración de los programas de desarrollo individual, la orientación técnico-pedagógica, la colaboración en las tareas de orientación a los padres, la proposición y desarrollo de trabajos de investigación y la actuación en coordinación con otros servicios que incidan en las funciones asignadas.

Por último, la Orden de 13 de agosto de 1990 regula el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, que pasa a denominarse Servicio Técnico de Orientación Educativa y Profesional, al que encomienda, entre otras funciones, la coordinación o, en su caso, la realización de las tareas de orientación escolar y profesional de los alumnos de los centros públicos no universitarios.

C) En Galicia, los Equipos Multiprofesionales y los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional pasaron a integrarse en los Equipos Psicopedagógicos de Apoyo, creados por Orden de 8 de agosto de 1985, a los que se atribuyen las funciones de prevención educativa, la detección precoz de la deficiencias, la valoración pluridimensional de las necesidades y capacidad de alumno de educación especial, la elaboración y seguimiento de los programas de desarrollo individual, la dirección o realización de las tareas de orientación escolar, personal y vocacional, el asesoramiento y la ayuda técnica al profesorado, la información a padres, profesores y alumnos, y la colaboración en el diseño de las necesidades concretas del sector.

Por Decreto 146/1989, de 22 de junio, se creó el Centro Gallego de Recursos para la Educación Especial, al que, entre otras funciones, se atribuye la elaboración y adaptación de instrumentos de evaluación para el diagnóstico, en coordinación con los Equipos Psicopedagógicos de Apoyo.

D) En Cataluña, la Orden de 20 de mayo de 1983 crea los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica, que tendrán una composición multidisciplinar y estarán constituídos basicamente por pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y médicos, y desarrollarán las funciones de prevención educativa, detección temprana de los problemas y trastornos en el desarrollo psicopedagógico, la valoración de las necesidades educativas especiales y de las posibilidades del alumno, la elaboración de los programas de desarrollo individual y su seguimiento, la orientación escolar, personal y vocacional del alumno, el asesoramiento y ayuda técnica al profesorado de educación especial y la contribución a la realización del diseño del cuadro de necesidades concretas del sector. Se determina, por último, que los Equipos Multiprofesionales y los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional se integren en los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica.

En desarrollo de la disposición adicional segunda del Decreto 117/1984, de 17 de abril, de ordenación de la educación especial para su integración en el sistema educativo ordinario, la Orden de 5 de julio de 1984 estableció el procedimiento para la autorización de la intervención de los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica dependientes de otras instituciones públicas o privadas distintas del Departamento de Enseñanza de la Generalidad. Por su parte, la Orden de 28 de enero de 1983 había regulado ya el procedimiento para solicitar la homologación de los equipos dependientes de corporaciones locales o entidades públicas, estableciendo los requisitos que deberían reunir los mismos.

De otra parte, por Ordenes de 11 de abril de 1989, 11 de mayo de 1989, 22 de agosto de 1990 y 14 de mayo de 1991 se crean Centros de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos, con la finalidad de estructurar en un mismo servicio los recursos para la atención educativa a los alumnos con déficit auditivo escolarizados en centros docentes de enseñanza no universitaria. Dentro de los objetivos de estos centros se contempla la valoración multidisciplinar de las necesidades educativas, el seguimiento audiológico y protésico y la garantía de la adecuada orientación familiar. Entre las unidades que configuran estos centros figura la de Valoración y Orientación Psicopedagógica, que desarrollará funciones dirigidas a la detección y valoración multidisciplinar de las necesidades educativas de estos alumnos, la valoración, control y seguimiento periódico de la pérdida auditiva y de la prescripción protésica, la elaboración de las orientaciones y ayuda técnica a los profesores y el asesoramiento a los Equipos de Atención Psicopedagógica sectorizados, así como a los centros específicos.

E) La Orden de 2 de septiembre de 1982, del País Vasco, que reguló las enseñanzas de educación especial, creó equipos multiprofesionales de apoyo, que debían realizar el diagnóstico médico-pedagógico, el plan de orientación, las distintas terapias (logopédicas, fisioterápicas, psicológicas, etc.), el seguimiento de la evolución de los alumnos de educación especial y el apoyo y orientación al profesorado. Cada uno de los equipos multiprofesionales quedaba integrado por un psiquiatra, un psicólogo escolar, un pedagogo, un asistente social y dos terapeutas.

Por Orden de 12 de julio de 1983 se regularon los equipos multiprofesionales de apoyo al sistema escolar de EGB, compuestos por un pedagogo, un psicólogo y un profesor de EGB con pedagogía terapeútica, a los que se atribuyeron funciones de ayuda al profesorado, diagnóstico, seguimiento y gestión de acceso a recursos de apoyo. Otra Orden de 1 de junio de 1984 modificó la regulación de estos equipos.

Estos equipos quedaron extinguidos, en virtud de lo previsto por la disposición transitoria primera del Decreto 154/1988, de 14 de junio y la Orden de 27 de junio de 1988, al crearse los Centros de Orientación Pedagógica, una de cuyas áreas de actuación está constituida por la educación especial, siendo desempeñadas las funciones atribuidas a este área por uno o más equipos multiprofesionales integrados por psicólogos y pedagogos. Por Orden de 16 de mayo de 1990 se establecieron los programas a desarrollar por estos equipos.

Junto a estas disposiciones, puede además reseñarse el Decreto 9/1990, de 23 de enero, que creó el Centro especializado de recursos educativos del País Vasco, al que encomienda, entre otras, la función de elaborar los instrumentos de evaluación de las necesidades educativas

especiales y de asesorar a los Centros de Orientación Pedagógica sobre la aplicación de los mismos.

F) El Decreto 136/1984, de 10 de diciembre, de la Generalidad Valenciana, tuvo, entre otras, la finalidad de integrar los Equipos Multiprofesionales de Educación Especial y los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional, a los que en el preámbulo se califica como "a todas luces insuficientes dadas las necesidades existentes", en los Servicios Psicopedagógicos Escolares, que se establecieron por la citada disposición, y en los que también quedaron integrados los Institutos de Orientación Educativa y Profesional. En desarrollo de este Decreto, la Orden de 13 de mayo de 1985 determinó que los diagnósticos de los Servicios Psicopedagógicos Escolares gozarían de idéntica validez que la de los que efectuaban los Equipos Multiprofesionales. Por su parte, la Orden de 24 de enero de 1986 dictó normas de funcionamiento de estos servicios.

Posteriormente, el Decreto antes citado fue derogado por el Decreto 53/1989, de 18 de abril, que define un nuevo marco jurídico de los Servicios Psicopedagógicos Escolares, a los que califica como "equipos técnico-educativos de composición multiprofesional y acción interdisciplinaria" y cuya actuación abarca a los centros docentes en todas las modalidades y niveles educativos no universitarios. Conforme a los términos de esta disposición, se atribuyen a los Servicios Psicopedagógicos Escolares funciones relativas a la prevención, la detección precoz de las discapacidades o inadaptaciones, la evaluación, la valoración socio-psicopedagógica y, en su caso, el tratamiento de los alumnos, la orientación escolar y el asesoramiento vocacional o profesional, el asesoramiento y apoyo técnico al profesorado, la elaboración de las adaptaciones curriculares individualizadas, la determinación del alumnado con necesidades educativas especiales, el asesoramiento y apoyo técnico a los centros y la orientación a las familias. Se prevé, de otra parte, que los Servicios se organicen por sectores, pudiendo estar constituidos por equipos psicopedagógicos escolares de zona o de los centros. Por último, se establece que la composición de los Servicios será flexible, en función de una serie de factores, pudiendo contar con los siguientes puestos de trabajo: director; profesores especializados en psicopedagogía escolar de enseñanzas secundarias, de enseñanzas primarias y de educación especial; profesor especializado en logopedia; diplomado en trabajo social o equivalente; y médico rehabilitador.

La Orden de 3 de mayo de 1989 organiza estos Servicios y determina la estructura en equipos de zona y de centro y la composición multiprofesional de los mismos. Las normas de funcionamiento de los Servicios han sido aprobadas por Orden de 14 de febrero de 1990, que deroga expresamente las de 13 de mayo de 1985 y 24 de enero de 1986, antes citadas.

Por último, la Orden de 1 de marzo de 1990 estableció los requisitos y el procedimiento de autorización del funcionamiento de los gabinetes psicopedagógicos escolares, que podrán solicitar los centros privados concertados, las corporaciones locales y las mancomunidades de municipios. Esta disposición regula asimismo la homologación de la valoración psicopedagógica, a los efectos de la determinación de los alumnos con necesidades educativas especiales, de los gabinetes que cumplan ciertos requisitos.

En suma, en todas estas Comunidades Autónomas se ha procedido a establecer estructuras específicas para efectuar las funciones de diagnóstico y valoración, en el ámbito educativo, en las que quedan integrados los Equipos Multiprofesionales que venían actuando.

2.3.2.3. En el ámbito educativo: Convenios entre el Ministerio de Educación y Ciencia y otras Administraciones

Cabe registrar, de otra parte, la suscripción de convenios entre el Ministerio de Educación y Ciencia y otras Administraciones Públicas para el desarrollo del programa de atención temprana e integración de niños con alguna deficiencia en Centros de Educación Infantil. Conforme a estos convenios, el citado Ministerio se comprometía a proporcionar la colaboración de un equipo multidisciplinar específico que debe realizar, entre otras funciones, la valoración, el diagnóstico y la orientación. Pueden citarse, en este sentido, los convenios de cooperación de 24 de noviembre de 1986 entre dicho Ministerio, la Junta de Castilla y León, la Diputación Provincial y el Ayuntamiento de Valladolid (Resolución de la Dirección General de Coordinación y Alta Inspección del Ministerio de Educación y Ciencia, de 1 de abril de 1987), y de 5 de noviembre de 1986 entre el repetido Ministerio y la Comunidad Autónoma de La Rioja (Resolución de la indicada Dirección General, de 12 de noviembre de 1986).

2.3.2.4. En el ámbito de los servicios sociales: La Administración Central

Dentro del campo de los servicios sociales, puede indicarse que, atribuidas por la disposición transitoria del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, a los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto de Servicios Sociales, las funciones de valoración, a través de los dictámenes técnicos pertinentes, la Orden de 8 de marzo de 1984 estableció el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración a efectos del derecho a las prestaciones comprendidas en el sistema regulado por el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero.

2.3.2.5. En el ámbito de los servicios sociales: Las Comunidades Autónomas

En el ámbito de las Administraciones Autonómicas, la Orden de 15 de noviembre de 1982, de Cataluña, constituye una norma paralela a la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 5 de enero de 1982, antes citada, encomendando a los Servicios Territoriales de la Dirección General de Servicios Sociales las funciones sobre la declaración de las condiciones de beneficiario y la homologación de las declaraciones de las situaciones de invalidez permanente protegidas por la Seguridad Social, que desarrollaban las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, y atribuyendo a los Equipos de Valoración y Orientación la emisión de los correspondientes dictámenes.

De otra parte, en la legislación autonómica de acción social o servicios sociales se contienen referencias a las funciones de diagnóstico y valoración.

En este sentido, la función de valoración es contemplada en varias de estas leyes al regular los servicios sociales generales, comunitarios o de base. Esta referencia se completa en algunas ocasiones con la cita de otras funciones relacionadas directamente con la valoración. Así sucede en la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Madrid, donde se prevé que el Servicio de Información, Valoración y Orientación declarará la procedencia, en su caso, de las prestaciones aplicables en materia de servicios sociales (art. 6), así como en la Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Murcia, en la que se asigna al Servicio Social de Información y Orientación la función de diagnóstico (arts. 9 y 10).

En algunos casos, estas funciones se recogen también al tratar de los servicios sociales especializados. Así, la Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Cataluña, atribuye a estos servicios la función de diagnóstico (art. 4). Por su parte, la Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Murcia, contempla, entre las funciones encomendadas al Servicio Social de Minusválidos, el diagnóstico, orientación y valoración, a cuyo efecto podrá promover, crear y, en su caso, gestionar los equipamientos necesarios (arts. 32 y 34). Por último, la Ley 2/1990, de 10 de mayo, de La Rioja, se refiere, dentro de la actuación en el área de las minusvalías, al diagnóstico y a la valoración (art. 8).

En desarrollo de estas leyes, las normas autonómicas sobre régimen de autorización de servicios sociales contemplan los requisitos mínimos que deben reunir los centros y servicios dedicados al diagnóstico y valoración de las minusvalías. En este sentido, pueden citarse las

disposiciones siguientes: Orden de 13 de julio de 1989, de Cantabria; Orden de 15 de julio de 1987, de Cataluña; Orden de 6 de noviembre de 1990, de Madrid; y Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, de Navarra.

En este mismo ámbito de la acción social, otras normas autonómicas regulan diversos aspectos relativos al diagnóstico y valoración.

Así, en Andalucía, el Decreto 112/1989, de 31 de mayo, atribuyó a los Equipos de Valoración y Orientación de los Centros Base la emisión del dictamen sobre el grado de incapacidad, a efectos de la determinación de la incapacidad para el trabajo exigido para acceder a las pensiones asistenciales establecidas en favor de las personas mayores de 66 años y enfermas e incapacitadas para el trabajo. Meses más tarde, el Decreto 262/1989, de 19 de diciembre, establece medidas para agilizar la tramitación de estas prestaciones y de las previstas en la Ley 13/1982, de 7 de abril, aumentado el número de Equipos de Valoración y Orientación.

En Galicia, la Orden de 24 de febrero de 1987, por la que se regularon los centros de servicios sociales, considera prioritario el desarrollo de servicios de diagnóstico y tratamiento individual especializado.

En Madrid, la Orden de 6 de noviembre de 1990, por la que se desarrolla el Decreto 6/1990, de 26 de enero, creador del Registro de Entidades que desarrollan actividades en el campo de la acción social y servicios sociales, recoge, entre los servicios afectados por la misma, a los de valoración y calificación, así como, entre los centros, a los de orientación, calificación y valoración, y define el contenido de unos y de otros.

La Ley 11/1986, de 19 de diciembre, por la que se crea el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, atribuye a este organismo funciones de diagnóstico y valoración en los supuestos en que ello pueda generar derechos a nivel regional.

Y, por último, en el País Vasco, el Decreto 257/1986, de 18 de noviembre, al regular los servicios sociales para minusválidos, atribuyó a los órganos competentes de los servicios sociales de las Diputaciones Forales el reconocimiento de la condición de minusválido y del grado de minusvalía, así como la orientación asistencial y el seguimiento y control del proceso rehabilitador e integrador, tarea que se llevará a cabo a través de equipos multiprofesionales.

2.3.2.6. En el ámbito de la sanidad

En el ámbito de la sanidad, pueden citarse algunas actuaciones de diversas Comunidades Autónomas.

Así, la Orden de 30 de mayo de 1988 aprobó el Programa Especial de Rehabilitación, en el marco del Plan de Programas de Asistencia Sanitaria de la Comunidad Valenciana, recogiendo como uno de los objetivos de dicho Programa "la creación de equipos multidisciplinares para la elaboración de un protocolo de valoración de las secuelas, teniendo como aspecto primordial la integración sociolaboral de los pacientes según el grado de las mismas".

Dentro de las actuaciones sectoriales, puede asimismo citarse la Orden de 29 de julio de 1985, de Cataluña, que estableció el Programa Sectorial de Estimulación Precoz, donde se contempla la detección y el diagnóstico temprano.

Por su parte, el Decreto 68/1991, de 11 de abril, que aprobó el Plan Estratégico de Salud para Castilla y León, contempla entre los objetivos de mejora de servicios, la coordinación, para el año 1992, de los servicios sanitarios, sociales y educativos para el diagnóstico de las minusvalías.

2.3.2.7. La evaluación y declaración de las situaciones de invalidez protegida por los sectores contributivo y no contributivo de la Seguridad Social

El Real Decreto 2609/1982, de 24 de septiembre, reguló la evaluación y declaración de las situaciones de invalidez en la Seguridad Social.

Esta disposición distribuye las competencias en la materia entre las distintas Entidades Gestoras del Sistema de Seguridad Social. Así, corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social declarar las situaciones de invalidez permanente en sus distintos grados y las contingencias determinantes de las mismas, así como declarar el nuevo grado de invalidez o la inexistencia de la misma, en función de las revisiones por agravación, mejoría o error de diagnóstico. Para las resoluciones correspondientes de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se deberá formular una propuesta preceptiva por las Comisiones de Evaluación de Incapacidades que se constituyen en dichas Direcciones Provinciales, estando integradas por el Subdirector Provincial del I.N.S.S como Presidente, un Inspector de Trabajo, el

Jefe de Unidad de Valoración Médica de Incapacidades y un funcionario del Instituto Nacional de Servicios Sociales, como vocales, así como por el Jefe de la Unidad Administrativa de Invalidez de la Dirección Provincial del I.N.S.S., en calidad de Secretario.

Al Instituto Nacional de la Salud se le encomiendan, entre otras funciones, la de emitir los informes y dictámenes médicos preceptivos en relación con la disminución de la capacidad para el trabajo a efectos de la declaración de la invalidez y de su revisión, así como respecto del carácter de la contingencia determinante de la misma. A tal efecto, se crean en las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Salud las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades, con la misión de cumplimentar los dictámenes e informes antes citados. La estructura de estas Unidades fué regulada por la Orden de 29 de abril de 1983.

Por fin, corresponderá al Instituto Nacional de Servicios Sociales la determinación de la existencia de posibilidad razonable de recuperación, la elaboración y desarrollo del programa correspondiente, el informe sobre la procedencia de que se presten tratamientos especializados de recuperación no profesional y la emisión de dictámenes técnicos en la materia, todo ello sin perjuicio de las actuaciones que desarrollen las Mutuas de Accidentes de Trabajo y las Empresas.

La Orden de 23 de noviembre de 1982 reguló el procedimiento aplicable para la evaluación y declaración de las situaciones de invalidez.

Con posterioridad, el Real Decreto 1971/1984, de 23 de mayo, por el que se modifican diversos aspectos en la normativa vigente en materia de invalidez permanente en la Seguridad Social, dispone que la propuesta de la Comisión de Evaluación de Incapacidades contendrá, salvo en los supuestos de evidente irrecuperabilidad, el plazo máximo en que deba efectuarse la primera revisión de la invalidez declarada, determinando asimismo que en cada una de las revisiones que se efectúen se fijará la fecha de la siguiente revisión.

Por su parte, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, estableció en la Seguridad Social prestaciones no contributivas, entre las que figura una pensión de invalidez y asignaciones por hijos minusválidos a cargo. La Disposición Adicional Primera de esta ley prevé que el grado de minusvalía, a efectos de estas prestaciones, se determinará mediante la aplicación de un baremo que será aprobado por el Gobierno en las normas de desarrollo.

Tanto el Real Decreto 356/1991, de 15 de marzo, como el Real Decreto 357/1991, de la misma fecha, que desarrollaron la citada ley en materia, respectivamente, de prestaciones

por hijo a cargo y de pensiones no contributivas, encomiendan la determinación del grado de minusvalía, así como de la necesidad del concurso de otra persona, a los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales o, en su caso, a los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a las que se hayan transferido las funciones y servicios de dicha entidad gestora. Esta determinación se realizará mediante la aplicación de los baremos aprobados por la Orden de 8 de marzo de 1984, a la que antes nos hemos referido.

2.3.2.8. La Organización Nacional de Ciegos Españoles

El Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo, por el que se reordena la Organización Nacional de Ciegos Españoles, determina que la misma desarrollará, entre otras, actividades de detección temprana y diagnóstico de la deficiencia visual.

2.3.2.9. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

Por Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio, se cambia nuevamente la denominación del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, que pasa a llamarse Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, a la vez que se adecuan sus funciones a las distintas áreas que define la Ley 13/1982, de 7 de abril. En este sentido, se atribuye al Real Patronato, entre otras funciones, la promoción y el impulso de las actuaciones en el campo del diagnóstico y valoración de las minusvalías.

2.4. REALIZACIONES

2.4.1. En el ámbito educativo

Según la información obtenida, el número de equipos interdisciplinares dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia ascendía en septiembre de 1991 a un total de 351, cuya distribución era la siguiente: 132 Servicios de Orientación Escolar y Vocacional; 89 Equipos Multiprofesionales; 52 Equipos Multiprofesionales y Servicios de Orientación Escolar y Vocacional; 23 Equipos Específicos; y 55 Equipos de Atención Temprana. Debe significarse que se incluyen estos últimos debido a que, junto a la atención directa, desarrollan funciones de diagnóstico y valoración.

2.4.2. En el ámbito de los servicios sociales

En segundo lugar, es preciso traer a colación la red de Centros Base del Instituto Nacional de Servicios Sociales donde se llevan a cabo funciones relativas a la exploración de los aspectos médicos, psicosociales, pedagógicos y laborales, con el fin de fijar el programa individual de recuperación, a la valoración de la situación de la persona minusválida a efectos del ingreso en los centros residenciales del Instituto, al reconocimiento de la condición de minusválido, para su acreditación ante los diversos organismos que proporcionan prestaciones económicas o servicios, así como a la elaboración de informes sobre la adaptación de la persona con minusvalía al puesto de trabajo.

El Area de Valoración y Orientación de estos Centros Base constituye el ámbito propio del Equipo Multiprofesional, llevándose a cabo el diagnóstico sobre el estado médico-funcional del interesado, el diagnóstico sobre las condiciones de personalidad, inteligencia y aptitudes del mismo, la evaluación de su situación personal y de su entorno socio-familiar, la orientación e información acerca de sus posibilidades para alcanzar el mayor grado razonable de habilitación personal y socio-laboral, así como las medidas rehabilitadoras, de índole médica, educativa, profesional, laboral y social más convenientes a tal fin, la elaboración de programas individuales de recuperación y la calificación de la minusvalía.

En fecha 31 de octubre de 1991, el número de Equipos de Valoración de los Centros Base gestionados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales ascendía a un total de 53. En esta misma fecha los recursos personales se elevaban a 480 profesionales, cuya distribución puede consultarse en el cuadro nº 1.

En el año 1990, el número de valoraciones efectuadas por los Equipos de los Centros Base gestionados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales ascendió a 171.522. La evolución experimentada en el período 1982-1990 puede encontrarse en el cuadro nº 2.

2.4.3. En el ámbito de la Seguridad Social

En el ámbito de la Seguridad Social, las Unidades de Valoración Médica de las Incapacidades, dependientes del Instituto Nacional de la Salud, realizaron, en el año 1989, un total de 39.378 expedientes ordinarios de invalidez y de 3.725 expedientes de revisión. En el cuadro nº 3 puede observarse la evolución experimentada en el período 1984-1989.

2.4.4. En el ámbito específico de la deficiencia visual

En el ámbito específico de la educación de los deficientes visuales, la Organización Nacional de Ciegos Españoles, en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia y otras Administraciones Públicas, cuenta con más de 50 equipos de naturaleza interdisciplinar, que en el área del diagnóstico y la valoración están integrados por pedagogos, psicólogos y trabajadores sociales (4).

2.4.5. Actuación del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

Respecto de las actuaciones del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, puede citarse la organización de una consulta internacional sobre equipos multiprofesionales de diagnóstico y valoración de las minusvalías, celebrada en Madrid durante los días 4, 5 y 6 de julio de 1985, con la participación de expertos de Francia, Suiza, Italia y Gran Bretaña, así como un seminario sobre sistemas y técnicas de valoración y calificación de minusvalía, que tuvo lugar en el año 1988.

De otra parte, el Real Patronato ha asumido la responsabilidad de promover un Real Decreto sobre diagnóstico y valoración de minusvalías, que desarrolle los artículos 10 y 11 de la LISMI, a cuyo efecto ha procedido a la elaboración de sucesivos borradores (5).

2.4.6. La situación actual desde una perspectiva global

El análisis de la trayectoria seguida a partir de la entrada en vigor de la Ley 13/1982, de 7 de abril, obliga a constatar una dispar actuación por parte de los distintos Departamentos Ministeriales.

En efecto, la actuación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se acomodó a los preceptos legales sobre el diagnóstico y valoración, encomendando estas funciones a los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales, en tanto no se implantaran los equipos multiprofesionales previstos en el artículo 10º de la LISMI.

Por el contrario, la actuación del Ministerio de Educación y Ciencia en el campo del diagnóstico y valoración se lleva a efecto haciendo caso omiso de los preceptos de la Ley 13/1982, de 7 de abril. De ello es muestra palpable la Orden de 9 de septiembre de 1982, que

reguló los Equipos Multiprofesionales del Instituto Nacional de Educación Especial, cuyo preámbulo no solo omite toda referencia a la LISMI, sino que busca su apoyo en una norma anterior a dicha ley, como es el Decreto 1151/1975, de 23 de mayo, por el que se creó el citado Instituto. No obstante, esta actitud se rectifica posteriormente, como así parece indicarlo el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial, en el que expresamente se subordinan las previsiones de él contenidas al futuro desarrollo del artículo 10º de la LISMI.

El hecho de que a los cinco meses de dictarse la ley, se apruebe una norma con el rango de Orden Ministerial que ignora absolutamente lo dispuesto en los preceptos legales no puede por menos que mover a una reflexión, a través de la cual puede aventurarse que la antedicha circunstancia no es sino el reflejo de la arraigada tendencia a establecer estructuras privativas de cada ámbito administrativo, mediante la tácita formulación y aplicación del principio quien paga (o quien presta el servicio), diagnostica, valora y califica (o, cuando menos, decide -y, a ser posible, controla- quien diagnostica, valora y califica). Viejo y tácito principio que, basado en el círculo cerrado de la competencia de cada órgano administrativo como compartimento estanco, y no en el enfoque desde el beneficiario, había provocado anteriormente la proliferación inconexa de órganos calificadores, ocasionando las consiguientes perturbaciones a los ciudadanos, al obligarles a pasar por repetidos y distintos exámenes, reconocimientos y dictámenes.

Los preceptos de la Ley 13/1982, de 7 de abril, sobre el diagnóstico y la valoración, pretendían -a lo que parece- responder, mediante la unificación de los órganos de valoración y calificación, a la precedente situación de multiplicidad orgánica en esta materia, siendo ello congruente con la definición de la rehabilitación como un proceso unitario, en el que no deberían existir soluciones de continuidad. El garante de este carácter continuo y unitario del proceso rehabilitador sería precisamente el equipo multiprofesional, cuya actuación se proyectaría sobre la totalidad de las vertientes del proceso (médico-funcional, educativa, laboral, social).

Sin embargo, a la vista del análisis no ya de la actuación del Ministerio de Educación y Ciencia, sino principalmente de las Administraciones Educativas de las Comunidades Autónomas, habrá de constatarse que la dinámica de los acontecimientos parece marchar en una dirección no prevista -y, probablemente, no querida- por la Ley 13/1982, de 7 de abril.

El examen de las disposiciones dictadas por las Comunidades Autónomas en el ámbito educativo nos lleva asimismo a constatar un fenómeno que se desarrolla en una dirección en cierto modo divergente: De una parte, desde la óptica del proceso rehabilitador, se establece una estructura exclusiva de una de sus facetas, la educativa; de otra parte, y desde la perspectiva

del sistema educativo, se procede a la integración de las distintas estructuras que desarrollaban funciones de orientación y valoración.

Cabe significar, además, que el propósito del Ministerio de Educación y Ciencia parece encaminarse hacia un horizonte similar. En efecto, la actuación del Departamento citado se dirige a la integración de las distintas estructuras en Equipos Interdisciplinares, de ámbito sectorizado, y cuyas funciones rebasarían el campo de la educación especial y del apoyo a la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales, para pasar a formar parte de un conjunto más amplio dirigido a todos los alumnos, extendiendo, de otra parte, su acción más allá de la enseñanza básica, para actuar en todos los niveles educativos. De otra parte, los Equipos Interdisciplinares pasarían a constituirse en una de las piezas de un sistema de orientación, ocupando un tercer nivel en el que completarían la actuación de la Unidad o Departamento de Orientación de los centros educativos (6) y de la función tutorial y orientadora que deben desarrollar todos los profesores y, en especial, el profesor tutor (7).

Desde estas premisas pueden considerarse las perspectivas inmediatas de desarrollo de los preceptos de la LISMI acerca del diagnóstico y la valoración. Estas perspectivas no pueden, de otra parte, olvidar las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas conforme a lo previsto en sus respectivos Estatutos.

La tendencia que se apunta en el desarrollo de las funciones de diagnóstico y valoración a las que se refiere el Título IV de la LISMI no pasa, por consiguiente, por la unidad de los órganos que llevan a cabo tales funciones, sino por la implantación de una estructura específica para cada ámbito de la actuación administrativa.

Cabe, por tanto, plantearse si tal tendencia resulta compatible con el propósito de la LISMI. Sobre este punto habrá de afirmarse que si bien la intención del legislador se dirigía a la unidad de los órganos de valoración, el análisis del artículo 10º de la Ley 13/1982, de 7 de abril, posibilita una interpretación no incompatible con la tendencia apuntada.

En efecto, el precepto citado prevé literalmente que "se crearán equipos multiprofesionales..." (así en minúsculas), de modo que, sin violentar el tenor literal de la norma, puede admitirse la pluralidad de los órganos de diagnóstico y valoración e, incluso, su diferente denominación, ya que, en definitiva, la expresión "equipos multiprofesionales" se referiría tanto a la forma de actuación (en equipo), como a la composición (multiprofesional).

De otra parte, el artículo 10º de la LISMI dispone que estos equipos actuarán "en un ámbito sectorial", por lo que, si bien parecería "ab initio" que se está haciendo referencia a una sectorización territorial, también cabe interpretar que la actuación puede desarrollarse por sectores de la actividad administrativa (sanitario, educativo, laboral, social).

De este modo, podrían cohonestarse las tendencias observadas en esta materia con los preceptos de la Ley 13/1982, de 7 de abril, si bien sería deseable que la interpretación flexible de estos últimos no llevara como consecuencia la repetición de la excesiva pluralidad inconexa que existía en las décadas anteriores a la Ley de Integración Social de los Minusválidos.

NOTAS

(1) A esta nomenclatura se adaptaba, por el contrario, una enmienda presentada en el Senado, que proponía denominar a los órganos calificadores "Unidades Técnicas de Orientación y Valoración", lo que hubiera sido más concorde con los precedentes nacionales y los ejemplos foráneos (V. M. AZNAR LOPEZ, P. AZUA BERRA y E. NIÑO RAEZ: Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982, p. 59).

(2) Frente a la dualidad orgánica que implantó la Ley francesa de Orientación, de 30 de junio de 1975.

(3) El hecho de que la expresión "Unidades de Valoración" aparezca en mayúsculas en el texto de la Disposición Transitoria de la LISMI puede hacer surgir dudas en cuanto al alcance del precepto. La interpretación correcta, empero, es que dicha Disposición se está refiriendo a cualquier órgano que tenga atribuídas facultades en orden al diagnóstico, valoración y calificación en todas las materias que son objeto de regulación en la Ley 13/1982, de 7 de abril (V. M. AZNAR LOPEZ, P. AZUA BERRA y E. NIÑO RAEZ: Ob. cit., pp. 213-214).

(4) Cfr. P. EGUREN: "La educación de los deficientes visuales en España", en Alternativas institucionales en rehabilitación. Documentos y experiencias. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1990, pp. 29-30.

(5) Memoria del Real Patronato (1976-1990). Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991, p. 47.

(6) Desde el curso 1987/88 en centros de bachillerato y de formación profesional y desde el curso 1988/89 en centros de enseñanza básica, se vienen convocando, con carácter experimental, proyectos para la implantación progresiva de servicios de apoyo psicopedagógico y orientación educativa.

(7) V. a este respecto: La orientación educativa y la intervención psicopedagógica. Ministerio de Educación y Ciencia, 1990.

A N E X O E S T A D I S T I C O

CUADRO N° 1.- CENTROS BASE DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (EQUIPOS DE VALORACION Y ORIENTACION). DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR PROFESIONES (A 31-10-1991) (*)

Profesiones	Número
Médicos	74
Psicólogos	77
Trabajadores sociales	101
Pedagogos	26
Fisioterapeutas	39
Monitores ocupacionales	43
Logopedas	41
Psicomotricistas	43
Estimuladores	36
T O T A L	480

Fuente: Instituto Nacional de Servicios Sociales

Observaciones

(*) No incluye CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 2.- VALORACIONES EFECTUADAS POR LOS EQUIPOS DE VALORACION Y ORIENTACION DE LOS CENTROS BASE DEL INSERSO (1982-1990)

Año	N° de valoraciones
1982	20.313
1983	29.653
1984	32.345
1985	62.568
1986	86.702
1987	77.433 (*)
1988	112.809 (*)
1989	166.579 (*)
1990	171.522 (*)

Fuente: Memorias del INSERSO

Observaciones

(*) No incluye CC.AA. con INSERSO Transferido

CUADRO N° 3.- UNIDADES DE VALORACION MEDICA DE LAS INCAPACIDADES. EXPEDIENTES DE INVALIDEZ REALIZADOS (1984-1989) (*)

Año	Exp. ordinarios	Exp. de revisión
1984	229.971	10.406
1985	161.633	39.028
1986	108.407	36.292
1987	99.717	19.853
1988	89.966	7.510
1989	39.378	3.725

Fuente: Memorias del INSALUD

Observaciones

(*) No incluye CC.AA. con INSALUD transferido

3. REHABILITACION

Manuel Aznar López

INDICE

3.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982

3.1.1. Un enfoque integral: El Instituto de Reeducación Profesional

3.1.2. La quiebra del enfoque integral de la rehabilitación

3.1.3. Algunas iniciativas fuera del ámbito de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

3.1.4. La Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963, y su desarrollo

3.1.5. Los servicios sociales de la Seguridad Social

3.1.6. El Real Patronato de Educación y de Atención a Deficientes

3.1.7. La infraestructura de la rehabilitación

3.1.8. Ayudas para el fomento de la rehabilitación

3.1.9. La Carta Social Europea

3.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

3.2.1. Concepto y fases de la rehabilitación

3.2.2. Rehabilitación médico-funcional

3.2.3. Tratamiento y orientación psicológica

3.2.4. Recuperación profesional

3.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

3.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982

3.3.1.1. El Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero
3.3.1.2. La Orden de 13 de marzo de 1984
3.3.1.3. El contrato de formación profesional en empresa

3.3.2. Normas incidentes en la materia

3.3.2.1. La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986
3.3.2.2. Normativa sobre atención primaria de salud
3.3.2.3. Normativa sobre servicios de salud de las Comunidades Autónomas
3.3.2.4. Programas específicos
3.3.2.5. Prestaciones ortoprotésicas
3.3.2.6. El Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional
3.3.2.7. Las leyes autonómicas de acción social o servicios sociales

3.3.2.8. El Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo: La Organización Nacional de Ciegos Españoles
3.3.2.9. El Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio: El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía
3.3.2.10. La adhesión de España a las Comunidades Europeas
3.3.2.11. El Convenio nº 159 de la Organización Internacional del Trabajo

3.4. REALIZACIONES

3.4.1. En el ámbito de la sanidad

3.4.2. En el ámbito de los servicios sociales

3.4.3. La Organización Nacional de Ciegos Españoles

3.4.4. Ayudas económicas para actividades de rehabilitación

3.4.5. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

3.4.6. La situación actual desde una perspectiva global

ANEXO ESTADISTICO

3. REHABILITACION

La Ley de Integración Social de los Minusválidos contiene un elenco de medidas de distinta índole dirigidas a lograr la autonomía personal y la inserción social de las personas con una minusvalía. Entre ellas, el núcleo de las prestaciones técnicas queda englobado en el concepto de rehabilitación, como proceso unitario y continuo, compuesto de diversas fases: médico-funcional, educativa, laboral, social.

Se recoge así en la LISMI el resultado de una construcción doctrinal, cuya trayectoria histórica comienza en la década de los años veinte del presente siglo, pero cuya evolución no dejará de presentar quiebras.

3.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982

3.1.1. Un enfoque integral: El Instituto de Reeducación Profesional

Si se prescinde de antecedentes remotos (1), el punto de arranque de la moderna rehabilitación ha de buscarse en la Ley reformada de Accidentes de Trabajo, de 10 de enero de 1922 (2), cuyo artículo 23 previó la organización de un "servicio especial de reeducación de los inválidos del trabajo, que tendrá por objeto devolver a estos la capacidad profesional suficiente para que puedan atender por sí mismos a su subsistencia".

Nació así el Instituto de Reeducación Profesional, creado por el Real Decreto de 4 de marzo de 1922 y que puede considerarse como el primer centro integral de rehabilitación español.

El Real Decreto citado se inspiraba, en efecto, en una óptica integral, definiendo como funciones del Instituto las distintas etapas del proceso de rehabilitación sociolaboral: Readaptación funcional, reeducación profesional y tutela social de los reeducados, y llegando a aludir al diagnóstico y valoración, a la enseñanza de las actividades de la vida diaria, a medidas de preferencia en el empleo y al seguimiento (3).

En la década de los años veinte -que ha llegado a ser calificada como "época dorada de la rehabilitación española" (4)-se produce, además, en el plano internacional, un hecho que merece ser destacado, por ser ilustrativo sobre los avanzados planteamientos teóricos con que nació la rehabilitación en España. En efecto, con ocasión de la 7ª Reunión de la Conferencia

Internacional del Trabajo, celebrada en el año 1925, se adoptó la Recomendación nº 22, sobre importe mínimo de las indemnizaciones por accidentes de trabajo, en la que, en virtud precisamente de una enmienda conjunta de las delegaciones española y francesa, se aludía a la garantía de la reeducación profesional de los accidentados de trabajo y al fomento de las instituciones que tuvieran por objeto dicha reeducación (5).

3.1.2. La quiebra del enfoque integral de la rehabilitación

La prometedora trayectoria de la rehabilitación española se quiebra cuando se encuentra aún en sus albores. El giro se produce concretamente a partir del año 1932, en el que el Instituto de Reeducación Profesional, hasta aquel momento adscrito al Ministerio de Trabajo, pasa a la órbita del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, cambiando además su denominación de la de "Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos", calificado por su Reglamento General como "entidad benéfico-docente de carácter predominantemente médico", y excluyéndose, de otra parte, a los "inválidos comprendidos en la Ley de Accidentes de Trabajo".

Por su parte, la legislación de accidentes de trabajo se limitaba prácticamente a aludir al aspecto funcional de la rehabilitación, previendo la existencia de un servicio especial dependiente de la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo. En febrero de 1933 se inaugura la Clínica del Trabajo, para cuya instalación el Instituto Nacional de Previsión adquirió el edificio del Sanatorio Victoria Eugenia, propiedad de la Cruz Roja.

Se inicia así una etapa en la que se pierde la óptica integral de la rehabilitación, pudiendo únicamente destacarse el proyecto de Seguro Total, elaborado por una Comisión constituída por Decreto de 23 de diciembre de 1944, en el que se llegaba a enunciar el principio de la prioridad de la rehabilitación sobre la pensión (6).

Esta etapa concluye con las disposiciones sobre enfermedades profesionales, dictadas en los años 1961 y 1962, en las que se contempla la rehabilitación en sus distintas vertientes (7).

En suma, hasta el año 1963 la rehabilitación queda vinculada al accidente de trabajo, siendo, de otra parte, muy escasos los resultados obtenidos en la práctica (8).

3.1.3. Algunas iniciativas fuera del ámbito de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Durante esta época pueden detectarse, no obstante, algunas iniciativas en relación con la rehabilitación fuera de ámbito de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Así, con el precedente del Patronato Nacional de Lucha contra la Invalidez, creado por Decreto de 6 de junio de 1949, otro Decreto de 28 de junio de 1957, establece el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos, al que encomienda, entre otros fines, los de estimular y cooperar a la organización de centros de asistencia y rehabilitación, coordinar la labor de los centros existentes para evitar la duplicidad de servicios y contribuir a su mayor eficacia, cooperar al establecimiento de centros-modelo de estudio y construcción de aparatos ortopédicos, y colaborar con los servicios de rehabilitación y con el Seguro de Enfermedad.

Este Patronato, cuyo Reglamento se aprobó por Orden de 11 de enero de 1960, quedó integrado en las Comisiones Provinciales Delegadas de Sanidad, en virtud de los dispuesto por el Decreto 746/1961, de 8 de mayo.

De otra parte, la Orden de 29 de noviembre de 1958, por la que se autoriza la constitución de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles y se aprueban sus Estatutos, encomienda a la Asociación la colaboración con el Patronato de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos en orden al desarrollo de los programas de rehabilitación social y laboral, coadyuvando a la acción de los centros de orientación y formación profesional.

Resulta asimismo inexcusable citar la actividad desarrollada por la Organización Nacional de Ciegos de España (O.N.C.E.). Las normas fundacionales de esta Organización (Decreto de 13 de diciembre de 1938 y Orden de 28 de octubre de 1939) le atribuyeron, en efecto, la finalidad de promover el aprendizaje profesional, objetivo que contaba con antiguos precedentes (9), y que se traducirá en el establecimiento de diversas escuelas (telefonía, fisioterapia, etc.), centros de formación y readaptación profesional y social, así como en la organización de distintos cursos (aprendizaje del sistema Braille, idiomas, mecanografía, música, etc.).

3.1.4. La Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963, y su desarrollo

La Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963, pretende impulsar decisivamente la rehabilitación profesional, hasta el punto de que su exposición de

motivos califica la implantación de los servicios de rehabilitación como "uno de los ejes de la reforma que en ella se contiene".

A través de la regulación de la Ley de Seguridad Social de 21 de abril de 1966 las prestaciones rehabilitadoras se generalizan en favor de todos los trabajadores declarados en situación de invalidez, haciéndose abstracción de la causa de la que se derive la misma.

La Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento del Régimen General de la Seguridad Social, otorgará a las prestaciones recuperadoras un tratamiento autónomo, desvinculando su regulación de la relativa a la invalidez permanente. De esta forma, permitirá que los procesos de recuperación profesional se inicien durante las situaciones de incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional, intentando así posibilitar el comienzo temprano de los procesos, en la línea propugnada por la Recomendación nº 99 de la O.I.T. (10).

Por lo demás, esta Ley pretendió, de otro lado, corregir la desprotección que, a causa del escaso desarrollo de las prestaciones recuperadoras, habían originado los planteamientos teóricamente

progresistas de la Ley de Bases de 1963 y su texto articulado de 1966, posibilitando que los incapacitados permanentes totales menores de cuarenta y cinco años de edad pudieran acceder a la pensión de invalidez (11).

No obstante, los píos propósitos del legislador en orden a promover el comienzo temprano de los procesos de recuperación profesional quedarán a la postre en mera teoría, al no hacerse uso sino en escasos supuestos de las posibilidades que abrían las modificaciones operadas por la Ley 24/1972, de 21 de julio.

Estas modificaciones serían incorporadas posteriormente al texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo.

3.1.5. Los servicios sociales de la Seguridad Social

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 preveía asimismo el establecimiento de un Servicio Social de Reeducación y Rehabilitación de Inválidos, al que el texto articulado de 1966 atribuye la extensión de la acción protectora, en línea de asistencia social, a las personas que carezcan del derecho a la prestación de recuperación, supeditando las ayudas a las

disponibilidades financieras.

Con estos precedentes, el Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, reguló medidas de rehabilitación y empleo en favor de las personas minusválidas, a la vez que creó el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, al que la Orden de 24 de noviembre de 1971 atribuye funciones de promoción y coordinación.

El Decreto citado, no obstante, efectuaba una distinción entre los minusválidos afiliados a la Seguridad Social, a los que se aplicarían la totalidad de las medidas reguladas en la disposición, y los minusválidos no afiliados al Sistema, que unicamente podrían beneficiarse de las medidas de formación profesional y asistencia sanitaria y su coordinación con los regímenes de ayudas estatales. Distinción que, en el campo de la formación profesional, consolida la Orden de 24 de noviembre de 1971.

La dinámica de este Servicio desbordará, sin embargo, estos estrechos cauces, de modo que, por un lado, desarrollará actuaciones de gestión directa de prestaciones y centros y, de otro, junto a la ejecución de funciones en el ámbito de la prestación de recuperación del Sistema de Seguridad Social (12), se tenderá, a pesar de la débil apoyatura jurídica para ello, hacia la universalización de las medidas rehabilitadoras y su consiguiente extensión a las personas no protegidas por la Seguridad Social (13).

De otra parte, el Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, estableció el Servicio Social de Asistencia a los Subnormales, al que, conforme a la Orden de 8 de mayo de 1970, se le encomendaría la concesión de una aportación económica para contribuir al sostenimiento de los gastos que la educación, instrucción y recuperación de los subnormales originase a sus familiares, así como el establecimiento de centros para llevar a cabo la educación, instrucción y recuperación.

En la práctica, la actuación del Servicio, cuyas normas reguladoras le atribuían una finalidad primordialmente rehabilitadora, hasta el punto de definir teóricamente la aportación económica como una prestación afectada a dicha finalidad, acabará polarizándose en la gestión de esta aportación que, por su parte, quedará desvinculada de dicha afectación, transformándose a la postre, "de facto", en una prestación de protección a la familia (14). Esta prestación se suprimiría más tarde por la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, siendo sustituída precisamente por una asignación familiar.

SIIS
Bajo
20003 SAN SEBASTIAN

La gestión de ambos servicios sociales sería unificada por el Decreto 731/1974, de 21 de febrero, que creó el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, al que se atribuye, entre otros cometidos, el desarrollo de las acciones que se le encomienden en materia de rehabilitación y formación profesional de las personas minusválidas.

La profusa y compleja evolución normativa de este Servicio acabará dando lugar a la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales por Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, como Entidad Gestora de la Seguridad Social, a la que se atribuye la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social.

3.1.6. El Real Patronato de Educación y de Atención a Deficientes

Por Real Decreto 2828/1978, de 1 de diciembre, se modificó la denominación del Real Patronato de Educación Especial, cambiándola por la de Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. Esta disposición ampliaba asimismo su ámbito de actuación, que abarcaría en lo sucesivo, entre otras funciones, la de instar la rehabilitación global de las personas minusválidas e impulsar su integración social.

3.1.7. La infraestructura de la rehabilitación

En las décadas de los años sesenta y setenta, se produce un notable crecimiento de la infraestructura de la rehabilitación. En el ámbito médico-funcional, aparte de determinados centros incluidos en la red de la sanidad pública, en el sistema sanitario de la Seguridad Social se establecen diversos servicios de rehabilitación en Ciudades y Residencias Sanitarias, así como Centros Especiales (Centro de Parapléjicos de Toledo).

Por su parte, el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos estableció progresivamente su propia red de centros, tanto en el aspecto de la atención primaria (Centros Base), como en el de la atención especializada.

Asimismo, las Mutuas de Accidentes de Trabajo crearon servicios y centros de rehabilitación.

Sin embargo, al no efectuarse en la mayoría de los casos la fase profesional de la rehabilitación y limitarse el proceso unicamente a la fase médico-funcional, la rentabilidad de algunos de estos centros se resintió notablemente, ante la escasa puesta en práctica de los

preceptos legales sobre la prestación recuperadora del Sistema de Seguridad Social.

3.1.8. Ayudas para el fomento de la rehabilitación

Cabe citar, de otra parte, la existencia de ayudas dirigidas a fomentar la rehabilitación en los planes de inversiones de los Fondos Nacionales para la Aplicación Social del Impuesto y del Ahorro, creados por Ley de 21 de junio de 1960 (Fondo Nacional para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades, Fondo Nacional de Protección al Trabajo y Fondo Nacional de Asistencia Social), así como en los planes de prestaciones establecidos por el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos.

Todas estas ayudas fueron sistematizadas por el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, que implantó un régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos.

3.1.9. La Carta Social Europea

Por último, no puede pasarse por alto la ratificación, por parte de España, de la Carta Social Europea, efectuada por Instrumento de 29 de abril de 1980, en la que se proclama el derecho de las personas física o mentalmente disminuidas a la formación profesional y a la readaptación profesional y social, para lo cual el artículo 15 obliga a las Partes Contratantes a adoptar las medidas adecuadas para procurar los medios de formación profesional y, si fuese necesario, las instituciones especializadas, ya sean públicas o privadas.

Los artículos 9 y 10 de la Carta, al referirse a los derechos a la orientación profesional y a la formación profesional, aluden expresamente a las personas minusválidas.

3.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

3.2.1. Concepto y fases de la rehabilitación

La Ley 13/1982, de 7 de abril, dedica su Título VI a la rehabilitación (15).

En el artículo inaugural de este Título se pretende recoger el moderno concepto de rehabilitación como proceso unitario y global, compuesto de distintas fases. Se define, en consecuencia, la rehabilitación, señalando las vertientes individual y social del proceso y poniendo especial énfasis en la consecución de un puesto de trabajo como medio primordial, aunque no

exclusivo, de lograr la integración social de las personas con minusvalía.

De conformidad con el apartado siguiente, los procesos de rehabilitación pueden comprender las siguientes fases:

a) Rehabilitación médico-funcional
b) Tratamiento y orientación psicológica
c) Educación general y especial
d) Recuperación profesional

Se acude así a una sistemática intermedia entre las legislaciones francesa y belga, aunque aproximándose más a esta última, existiendo asimismo concomitancias con la Ley suiza de 19 de junio de 1959. Siguiendo la tendencia que ya se había manifestado en el ordenamiento belga (Real Decreto de 5 de julio de 1963), la educación queda incluída como una fase del proceso rehabilitador.

Tras el artículo que abre el Título, éste queda dividido en cuatro secciones, dedicadas cada una de ellas a las distintas fases del proceso rehabilitador.

3.2.2. Rehabilitación médico-funcional

En la primera, se regula la rehabilitación médico-funcional, pudiéndose destacar los siguientes aspectos:

A) Se resalta la importancia del comienzo temprano de los tratamientos rehabilitadores, en la línea que en su día señalara el artículo 146 de la Ley General de la Seguridad Social.

B) Se define la rehabilitación médico-funcional como un derecho, que se reconoce a toda persona que presente alguna disminución funcional. Por aplicación de lo previsto en el artículo 7.3, en relación con el 10.2.d), también podrán beneficiarse de los correspondientes tratamientos aquellas personas que, no habiendo llegado aún a una situación invalidante de carácter permanente, corran el riesgo de que sobrevenga la misma de no tomarse las medidas oportunas.

C) Se prevé, en calidad de complemento del proceso de rehabilitación, el suministro, adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y ortesis, así como vehículos y otros elementos auxiliares.

En los artículos que completan la Sección, se pone el acento en la necesidad de coordinar la fase médico-funcional de la rehabilitación con la etapa socio-profesional y se efectúa una declaración de intenciones en orden a la intensificación de la creación de servicios de rehabilitación, al fomento de la formación de profesionales y a la investigación, producción y utilización de ortesis y prótesis.

3.2.3. Tratamiento y orientación psicológica

La Sección segunda consta de un único artículo, en el que tan solo cabe resaltar la declaración sobre la presencia del tratamiento y orientación psicológica durante las distintas fases del proceso rehabilitador.

3.2.4. Recuperación profesional

Después de dedicar la Sección tercera a la educación, que se trata en un apartado específico al que nos remitimos, la Ley de Integración Social de los Minusválidos dedica la Sección siguiente a la recuperación profesional. En la regulación que se efectúa son de destacar los siguientes aspectos:

A) Se universaliza el campo de aplicación de las prestaciones recuperadoras, extendiéndolas a todos los minusválidos, y se reconoce el derecho a las mismas, en las condiciones que se determinen en las disposiciones de desarrollo.

B) Se delimita el contenido de los procesos de recuperación profesional,siguiendo lo ya dispuesto por el artículo 147.1 de la Ley General de la Seguridad Social y distinguiendo a tal efecto: los tratamientos de rehabilitación médico-funcional, la orientación profesional y la formación, readaptación o reeducación profesional.

C) Reiterando lo previsto en el artículo 147.4 de la Ley General de la Seguridad Social, se posibilita que la formación profesional pueda

efectuarse en las empresas, siendo necesario, en este supuesto, la suscripción de un contrato especial.

D) Se prevé que las prestaciones recuperadoras puedan ser complementadas con otras medidas adicionales, con la finalidad de facilitar el máximo nivel de desarrollo personal y favorecer la plena integración social.

E) Se encomienda a los servicios de recuperación y rehabilitación de la Seguridad Social la prestación de los procesos de recuperación, a cuyo efecto se prevé la elaboración de un plan de actuación en la materia.

F) Se declara la gratuidad de los tratamientos recuperadores.

G) Por último, se prevé la percepción de un subsidio por quien reciba las prestaciones recuperadoras, generalizando, en esta forma, el subsidio de recuperación previsto en la Ley General de la Seguridad Social, ya que fuera de este ámbito unicamente existían los precedentes previstos en la legislación de protección a las familias numerosas y en los planes de inversiones del Fondo Nacional de Asistencia Social.

3.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

3.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982

3.3.1.1. El Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero

El Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, desarrolló los preceptos de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, relativos a la rehabilitación médico-funcional y a la recuperación profesional.

Este Real Decreto describe el objeto de la rehabilitación médico-funcional inspirándose en el artículo 12 de la Ley del Seguro Federal de Invalidez suizo, de 19 de junio de 1959. Delimita, de otra parte, quien puede ser beneficiario de las medidas rehabilitadoras, siendo de destacar que quedan asimiladas a la condición de beneficiarias aquellas personas con riesgo fundado de aparición de una disminución de no aplicarse los tratamientos correspondientes. Señala asimismo la extensión de la rehabilitación médico-funcional, indicando que los servicios

comprenderán el diagnóstico, la prescripción facultativa, los tratamientos médicos y farmacológicos y, en general, las técnicas que sirven a la rehabilitación, aplicadas tanto a situaciones de disminución como a la atención temprana de los procesos. Se prevé que en las disposiciones de desarrollo se incluya un listado de aparatos, sillas de ruedas y otros elementos auxiliares, cuyo otorgamiento será en concepto de usufructo, siempre que sean susceptibles de utilización posterior por otras personas.

Este otorgamiento de los elementos auxiliares en concepto de usufructo fue objeto de críticas en su día, si bien interesa hacer constar que tal modalidad de concesión se prevé en otros ordenamientos (16).

En cuanto a la recuperación profesional, se vuelve a poner el acento en la importancia de la atención temprana, resaltando nuevamente la asimilación a la condición de beneficiarios de aquellas personas en las que se aprecie un riesgo de aparición de una minusvalía. El derecho a las prestaciones recuperadoras se subordina a la existencia de una proporcionalidad entre el coste de las medidas y la eficacia previsible de su aplicación, teniendo en cuenta para ello diversos factores. En esta medida se observa una vez más la influencia del derecho foráneo y, más en concreto, no ya de preceptos legales de otros ordenamientos, sino de construcciones jurisprudenciales (17). Por último, la percepción del subsidio de recuperación profesional queda subordinada al caso de que, por la ejecución del programa individual de recuperación, se produzca la necesidad de realizar gastos adicionales de alojamiento, transporte y comedor.

Se ocupa asimismo el Real Decreto de las medidas de integración social, contemplándolas de modo independiente o como parte complementaria de un proceso de rehabilitación médico-funcional o de recuperación profesional y adjudicándolas la finalidad de lograr la mayor autonomía posible, mejorar la capacidad de desplazamiento o facilitar las relaciones con el entorno. Al igual que sucedía con los aparatos de prótesis y ortopedia y demás medios auxiliares, se prevé seguir el sistema de "lista" para estas medidas, señalando a título indicativo que las mismas podrán comprender prestaciones técnicas de entrenamiento en actividades de la vida cotidiana, de suministro y enseñanza del uso de útiles especialmente adaptados y de realización de actividades recreativas, culturales y deportivas, así como aportaciones económicas para contribuir a la financiación, renovación y adaptación de los útiles antes citados, la adaptación funcional del hogar, la obtención de permiso de conducir y la adquisición o adaptación del vehículo destinado al servicio personal del minusválido.

3.3.1.2. La Orden de 13 de marzo de 1984

La Orden de 13 de marzo de 1984 dispone que las prestaciones de rehabilitación médico-funcional y de recuperación profesional, así como las medidas de integración social, serán puestas en marcha progresivamente, en función de las necesidades que se detecten, señalando asimismo que en tanto se implanten las mismas con la extensión y en las condiciones previstas en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, las necesidades básicas de rehabilitación, recuperación e integración serán cubiertas con los servicios y centros del Instituto Nacional de Servicios Sociales y con las prestaciones previstas en el régimen unificado de ayudas públicas para disminuidos, regulado por Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero.

A partir de la entrada en vigor de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, la apertura del plazo para la presentación de solicitudes de estas ayudas, la determinación de los límites de ingresos para solicitar ayudas individuales y la fijación de los tipos y cuantías de las mismas, ha sido efectuada sucesivamente por la Ordenes de 15 de febrero de 1983, 13 de enero de 1984, 14 de febrero de 1985 (complementada por la de 11 de noviembre de 1985), 30 de enero de 1986, 22 de enero de 1987, 19 de enero de 1988, 16 de febrero de 1989, 28 de febrero de 1990 y 15 de febrero de 1991.

Lo dispuesto en la Orden de 13 de marzo de 1984 viene a confirmar la impresión que se derivaba del análisis de la Disposición Final Séptima de la Ley 13/1982, de 7 de abril. En efecto, la implantación progresiva de las medidas de rehabilitación médico-funcional, de recuperación profesional y de integración social, frente a la inmediata puesta en práctica de las prestaciones de carácter económico, no puede interpretarse sino como la confirmación de la primacía de éstas sobre las prestaciones de carácter técnico, con la única excepción de la asistencia sanitaria y farmaceútica. Ello viene a significar que, al igual que ha sucedido con la protección a la invalidez en el marco del Sistema de Seguridad Social, la finalidad primordial del sistema de prestaciones que implanta la LISMI se convierte en otorgar una cobertura económica y no en rehabilitar. En contraposición a lo que ocurre en ordenamientos como los de la República Federal de Alemania o Suiza, inspirados en el principio de "prioridad de la rehabilitación sobre la pensión", por esta vía se acaba instaurando el principio opuesto de "prioridad de la pensión sobre la rehabilitación".

3.3.1.3. El contrato de formación profesional en empresa

Especial mención merece el contrato de formación profesional en empresa a que se refiere el artículo 34.2 de la Ley 13/1982, de 7 de abril.

La LISMI, en efecto, optó por la implantación de una modalidad contractual específica, siguiendo el precedente del contenido en el artículo 147.4 de la Ley General de la Seguridad Social, en lugar de introducir las modificaciones oportunas en el contrato de trabajo para la formación (18).

El desarrollo de este punto ha caminado, paradójicamente, en sentido inverso al previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Efectivamente, el artículo 13 del Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos, autoriza a las empresas a celebrar contratos de formación con personas minusválidas con objeto de lograr su mejor adaptación al puesto de trabajo o cuando así lo exijan las condiciones de éste, declarando seguidamente que, hasta tanto se desarrolle reglamentariamente el contrato especial de formación profesional previsto en el artículo 34.2 de la LISMI, estos contratos se regirán por las normas relativas a los contratos de trabajo para la formación, con la única excepción del límite máximo de edad, que no será aplicable. La Ley 32/1984, de 2 de agosto, vino a confirmar la anterior medida, al modificar el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores, declarando que no se aplicará el límite máximo de edad cuando el contrato de trabajo de formación se concierte con un trabajador minusválido, circunstancia a la que asimismo aludió el artículo 7º del Real Decreto 1992/1984, de 31 de octubre, al regular el citado contrato.

En un sentido similar, el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, establece ciertas peculiaridades respecto del contrato de formación que se desarrolle en los Centros Especiales de Empleo, disponiendo a tal efecto la posibilidad de ampliar su duración máxima, sin que la misma pueda exceder de seis años, la necesidad de que el plan de formación sea informado favorablemente por el Equipo Multiprofesional, la posibilidad de que el tiempo global correspondiente a la enseñanza alcance hasta el límite máximo de dos tercios, y la aplicación del régimen de bonificaciones o exenciones de cuotas a la Seguridad Social que, con carácter general o específico, resulte más beneficioso.

Por consiguiente, del "iter" seguido se desprende que la adaptación del contrato de trabajo para la formación al caso de personas minusválidas, concebido en principio por el Real

Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, como fórmula provisional ("hasta tanto se desarrolle reglamentariamente el contrato especial de formación profesional previsto en el artículo 34.2 de la Ley 13/1982, de 7 de abril"), ha devenido, por mor de la modificación operada en el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores, en definitiva.

Ello no quiere decir, desde luego, que no subsista teóricamente el contrato especial de formación previsto en el artículo 34.2 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, por lo que habrá de constatarse la falta de desarrollo del mismo. En este sentido, el artículo 15 del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, se limita a señalar la necesidad de suscribir el citado contrato cuando las actividades formativas que comprenda el proceso de recuperación profesional se lleven a cabo en empresas o centros de trabajo. Nos encontramos, por tanto, ante un curioso caso de resistencia contumaz al desarrollo reglamentario de un precepto legal, si se tiene en cuenta que dicho contrato ya figuraba en la Ley de Seguridad Social de 1966, sin que jamás fuera objeto del correspondiente desarrollo.

3.3.2. Normas incidentes en la materia

3.3.2.1. La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986

La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente (art. 6º); dispone que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, prestarán la asistencia sanitaria especializada, que incluye la rehabilitación (art. 18); se refiere al desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para la atención integral de los problemas de los enfermos mentales, en coordinación con los servicios sociales (art. 20); recoge, entre las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud, la organización para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación (art. 46); atribuye a las Areas de Salud funciones de rehabilitación (art. 56); y encomienda a los Centros de Salud las actividades encaminadas a la rehabilitación (art. 63).

3.3.2.2. Normativa sobre atención primaria de salud

En el ámbito de la atención primaria de salud, el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, recoge, entre las funciones atribuidas a los Equipos de

Atención Primaria, la realización de las actividades encaminadas a la reinserción social.

La Circular 4/1981 de febrero, del Instituto Nacional de la Salud, regula las actividades del fisioterapeuta de área en atención primaria, disponiendo, entre otras cuestiones, que los Equipos de Atención Primaria deberán poner en marcha actividades de rehabilitación para la población de su Zona Básica de Salud.

Por su parte, la normativa autonómica en la materia atribuye a los Equipos de Atención Primaria funciones relativas a la rehabilitación. En este sentido puede citarse:

A) Andalucía: Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía (arts. 1 y 7.1.2.) y Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía (arts. 3, 6 y 29)

B) Aragón: Decreto 61/1987, de 23 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regula la Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón (arts. 2 y 6) y Decreto 7/1991, de 22 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón (arts. 4 y 11)

C) Canarias: Decreto 2/1986, de 10 de enero, sobre ordenación funcional de las zonas de salud y puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria de Canarias (arts. 1 y 5.1.2)

D) Castilla-La Mancha: Decreto 34/1986, de 22 de abril, de Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud (art. 3)

E) Castilla y León: Orden de 6 de junio de 1986, por la que se aprueban las normas mínimas de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en Castilla y León (arts. 4 y 5)

F) Cataluña: Decreto 84/1985, de 21 de marzo, para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña (art. 9.1.c.) y Orden de 6 de mayo de 1990, de aprobación del Reglamento Marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria (art. 9.1.d.)

G) Extremadura: Decreto 3/1987, de 27 de enero, por el que se definen y regulan las estructuras de Atención Primaria (arts. 1 y 10)

H) Madrid: Decreto 98/1988, de 8 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid (arts. 5 y 6)

I) Murcia: Orden de 25 de junio de 1990,por la que se establecen los requisitos de los Centros de Atención Primaria de la Región de Murcia (art. 2)

J) Navarra: Decreto Foral 148/1986, de 30 de mayo, por el que se regulan las estructuras de Atención Primaria de Salud de Navarra (arts. 1 y 15).

3.3.2.3. Normativa sobre servicios de salud de las Comunidades Autónomas

La normativa reguladora de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas atribuye a estos, entre otras funciones, la relativa a la prestación de los servicios de rehabilitación, ya sea en el ámbito de la atención primaria, ya en el marco de la asistencia hospitalaria. En este sentido, pueden encontrarse referencias a la atención rehabilitadora en las siguientes disposiciones: Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud (arts. 1 y 13); Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (arts. 6, 19 y 38); Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud, modificada por Ley 8/1991, de 23 de julio (arts. 3 y 12); Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia (arts. 3 y 22); Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (arts. 12 y 37); Ley 10/1983, de 10 de mayo, que creó el Servicio Vasco de Salud (art. 2); y Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud (arts 3, 5 y 15). Mencionan asimismo la asistencia rehabilitadora la Ley 15/1990, de 15 de julio, de Ordenación Sanitaria, que creó el Servicio Catalán de la Salud (arts. 6 y 8) y la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud, que crea el Servicio Navarro de Salud (arts. 15, 16 y 56).

3.3.2.4. Programas específicos

Por parte de algunas Comunidades Autónomas se han aprobado programas específicos en el campo de la rehabilitación. En este sentido puede citarse la Orden de 30 de mayo de 1988, que aprobó el Programa Especial de Rehabilitación de la Comunidad Valenciana, dentro del Plan de Programas de Asistencia Sanitaria de dicha Comunidad. De otra parte, la Orden de 29 de julio de 1985, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, creó el Programa Sectorial de Estimulación Precoz. Puede, por último, añadirse, en este último aspecto, el Decreto 68/1991, de 11 de abril, por el que se aprobó el Plan Estratégico de

Salud para Castilla y León, donde se prevé que en el año 1995 toda población de más de 20.000 habitantes dispondrá de servicios de estimulación temprana, además de señalar que en 1992, estarán coordinados los servicios sanitarios, sociales y educativos para el tratamiento temprano de la minusvalías.

3.3.2.5. Prestaciones ortoprotésicas

En otro orden de cosas, algunas de las Comunidades Autónomas a las que han sido transferidas las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud han aprobado normas reguladoras de la dispensación de prestaciones ortoprotésicas, contempladas en el artículo 108 de la Ley General de la Seguridad Social. Así ha acaecido en Andalucía (Resolución del Servicio Andaluz de Salud, de 21 de abril de 1988), en el País Vasco (Resolución del Servicio Vasco de Salud, de 30 de diciembre de 1988) y en la Comunidad Valenciana (Orden de 23 de noviembre de 1989).

3.3.2.6. El Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional

Con el antecedente de las Ordenes Ministeriales de 20 de febrero de 1986, 9 de febrero de 1987, 22 de enero de 1988 y 4 de abril de 1989, el Real Decreto 1618/1990, de 14 de diciembre, regula el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional, uno de cuyos programas se refiere a los trabajadores minusválidos, a cuyo efecto se prevé la colaboración entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales y el Instituto Nacional de Empleo en el desarrollo de los correspondientes cursos de formación profesional, a fin de posibilitar la incorporación de estos trabajadores al mercado ordinario de trabajo.

En este mismo campo de la formación profesional, se registran asimismo actuaciones en el ámbito de las Comunidades Autónomas, pudiendo citarse en este sentido el Decreto 45/1989, de 13 de marzo, modificado por el Decreto 204/1990, de 30 de julio, de la Generalidad de Cataluña, que prevé la posibilidad de subvencionar acciones dirigidas a facilitar la integración laboral de trabajadores con especiales dificultades, entre los que se cita expresamente a las personas con minusvalía, mediante la orientación e información profesional, la formación profesional de carácter ocupacional y la adaptación y reciclaje profesional.

3.3.2.7. Las leyes autonómicas de acción social o servicios sociales

Las leyes autonómicas de acción social o de servicios sociales, así como las disposiciones de desarrollo de las mismas, contienen, por su parte, referencias a la rehabilitación. Pueden citarse, en este sentido, las disposiciones siguientes:

A) Andalucía: la Ley 2/1988, de 4 de abril, se refiere a las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales como uno de los sectores a los que atenderán los servicios sociales especializados, con la finalidad, entre otras, de favorecer la rehabilitación integral (art. 11).

B) Aragón: el Decreto 81/1989, de 20 de junio, regula los requisitos mínimos, de orden material y funcional, que deben reunir los servicios y establecimientos sociales, contemplando dentro de la tipología de éstos, a los centros de protección, rehabilitación e integración social y definiendo los requisitos mínimos de las unidades de rehabilitación.

C) Baleares: la Ley 9/1987, de 11 de febrero, asigna a los servicios sociales generales el desarrollo de los servicios de ayuda a domicilio para la prestación de atenciones, entre otras, de carácter rehabilitador (art. 9).

D) Canarias: la Ley 9/1987, de 28 de abril, recoge, entre las líneas de actuación del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, la relativa a la rehabilitación y promoción social de individuos, grupos y comunidades. Atribuye, de otra parte, a los servicios sociales generales o comunitarios el desarrollo de la actividad de ayuda a domicilio, que tendrá por objeto prestar atenciones de diversa índole y, entre ellas, las de carácter rehabilitador. Prevé, por último, la organización de un servicio social especializado para las personas con minusvalía, que tendrá por objeto, entre otras finalidades, la rehabilitación de dichas personas (arts. 1, 6 y 7).

E) Cantabria: la Orden de 13 de julio de 1989 desarrolló el Decreto 52/1989, de 13 de julio, de centros y establecimientos de servicios sociales, contemplando a los centros de rehabilitación dentro de la tipología de establecimientos y definiendo los requisitos mínimos de las unidades de rehabilitación.

F) Castilla-La Mancha: la Ley 3/1986, de 16 de abril, prevé, en el ámbito de los servicios sociales especializados, la realización de programas dirigidos a la rehabilitación y

reinserción de las personas con minusvalía, de forma conjunta con otros organismos e instituciones (art. 11).

G) Castilla y León: la Ley 18/1988, de 28 de diciembre, al regular los servicios específicos, señala que se atenderá a la rehabilitación y reinserción social de las personas con minusvalía (art. 12).

H) Cataluña: la Orden de 15 de julio de 1987 desarrolla las normas de autorización administrativa de servicios y establecimientos de servicios sociales, fijados en el Decreto 27/1987, de 29 de enero, haciendo alusión, al delimitar la tipología de los mismos y al definir sus condiciones específicas, a las unidades de tratamiento y estimulación precoz y mencionando la rehabilitación al tratar de establecimientos tales como los Centros de Atención Especializada para Disminuidos y los Centros Ocupacionales.

I) Extremadura: la Ley 5/1987, de 23 de abril, atribuye al servicio social de ayuda a domicilio, entre otras, la finalidad de prestar atenciones de carácter rehabilitador, señalando, de otra parte, que el servicio social especializado de atención a minusválidos tenderá a la rehabilitación e integración social de los mismos (arts. 7 y 12).

J) Galicia: la Ley 3/1987, de 27 de mayo, atribuye a los servicios sociales para minusválidos, entre otras finalidades, la promoción de la rehabilitación y la integración social (art. 6).

K) Madrid: la Ley 11/1984, de 6 de junio, además de atribuir al servicio de ayuda a domicilio la prestación de atenciones de carácter rehabilitador, señala que el servicio social de minusválidos se dirigirá, entre otras finalidades, a lograr la rehabilitación integral y la reinserción social de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales (arts. 8 y 11). En desarrollo de esta ley, la Orden de 6 de noviembre de 1990, dictada para complementar lo dispuesto en el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, determina los requisitos de deben reunir los servicios y centros de rehabilitación y cuya definición se recoge en otra Orden, también de 6 de noviembre de 1990, dictada en desarrollo del Decreto 6/1990, de 26 de enero, creador del registro de entidades que desarrollan actividades en el campo de la acción social.

L) Murcia: la Ley 8/1985, de 9 de diciembre, aparte de encomendar al servicio social de atención domiciliaria la prestación de atenciones de carácter rehabilitador, dispone que el servicio social de minusválidos tendrá por objeto la integración social de los mismos,

promoviendo, entre otras acciones, su rehabilitación. Atribuye, de otra parte, a este servicio social la función de prestar la recuperación profesional de las personas con minusvalía. Esta ley prevé asimismo la existencia de prestaciones económicas destinadas a las familias y entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, para la rehabilitación e integración social de las personas con minusvalía (arts. 13, 31, 32 y 34).

M) Navarra: la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, destaca como actuaciones prioritarias la estimulación precoz y el fomento de programas para la reinserción laboral de las personas con minusvalía (art. 3). Por su parte, el Decreto Foral 76/1986, de 7 de marzo, por el que se regula la acreditación de centros y servicios especializados en áreas de servicios sociales, incluye en su ámbito de aplicación a los centros de atención especializada a minusválidos, entendiendo por tales aquellos cuya finalidad es la formación, estimulación, rehabilitación e integración social de estas personas.

N) La Rioja: la Ley 2/1990, de 10 de mayo, preceptúa que la actuación en el área de las minusvalías irá orientada, entre otras acciones, a la rehabilitación de las personas minusválidas (art. 8).

Ñ) Comunidad Valenciana: la Ley 5/1989, de 6 de julio, contempla, entre las modalidades de intervención, los aspectos rehabilitadores (art.6). Por su parte, la Orden de 9 de abril de 1990, que desarrolló el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de servicios sociales, cita las actividades rehabilitadoras al referirse a determinados centros, como son los talleres prelaborales de inserción social y los centros de día para minusválidos.

0) Por último, en la Ley 5/1987, de 11 de abril, de Asturias, así como en la Ley 6/1982, de 20 de mayo, del País Vasco, se contienen referencias implícitas a la rehabilitación.

3.3.2.8. El Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo: La Organización Nacional de Ciegos Españoles

El Real Decreto 2385/1985, de 27 de diciembre, sobre modificación de la estructura orgánica de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, contempló, entre los fines asignados a esta Corporación, el desarrollo de actividades, destinadas a la formación y capacitación profesional. Esta disposición fue derogada por el Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo, por el que se reordena la citada Organización, en el que se reitera la finalidad indicada, previéndose, de

otra parte, el desarrollo de actividades dirigidas a la orientación y la rehabilitación.

3.3.2.9. El Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio: El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

El Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio, atribuye al Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía la función de promover e impulsar las actuaciones públicas en el campo, entre otros, de las disciplinas y especialidades rehabilitadoras, incluida la educación.

3.3.2.10. La adhesión de España a las Comunidades Europeas

La adhesión de España a las Comunidades Europeas abrió la posibilidad de que las personas con minusvalía pudieran beneficiarse de las ayudas establecidas en el Fondo Social Europeo, singularmente en materia de orientación y formación profesional.

En este mismo marco comunitario debe citarse la Recomendación de 24 de julio de 1986, sobre el empleo de los minusválidos en la Comunidad, en la que, entre otros extremos, se señala la necesidad de garantizar el trato equitativo de las personas con minusvalía en materia de formación profesional, incluyendo tanto la formación inicial, como la rehabilitación y la reinserción. Se recogen, de otra parte, una serie de medidas, tanto para eliminar las discriminaciones negativas, como para implantar acciones positivas, relativas no solo al empleo, sino también al ámbito de la formación profesional y de la reinserción del trabajador minusválido en la empresa en la que estaba empleado.

3.3.2.11. El Convenio nº 159 de la Organización Internacional del Trabajo

Por último, mediante Instrumento de 17 de julio de 1990, España ratificó el Convenio nº 159 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

3.4. REALIZACIONES

3.4.1. En el ámbito de la sanidad

Para conocer los centros y servicios de rehabilitación que dependen de la

Administración Sanitaria, se ha consultado el Catálogo Nacional de Hospitales. En este catálogo, cuyos datos se refieren al 31 de diciembre de 1988, se incluyen 9 establecimientos hospitalarios con una finalidad específica de carácter rehabilitador, que comprenden un total de 958 camas (19).

Debe considerarse, no obstante, que el número de establecimientos hospitalarios dedicados a actividades rehabilitadoras es muy superior a la cifra indicada, ya que existen centros destinados a esta finalidad, como lo demuestra su misma denominación ("centro de rehabilitación"; "centro de recuperación y rehabilitación"; "centro de prevención y rehabilitación"; "instituto de cirugía, traumatología y rehabilitación"; "centro quirúrgico y de rehabilitación"; etc.), que figuran clasificados en el catálogo como hospitales generales o quirúrgicos, o en el apartado residual relativo a "otras finalidades". Esta circunstancia, que afecta de modo especial a establecimientos dependientes de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, puede deberse bien al destino del hospital a otra u otras finalidades, además de a la rehabilitadora, o bien a que el centro, concebido inicialmente para la exclusiva finalidad de la rehabilitación, haya ampliado con posterioridad el campo de sus actividades, a consecuencia de la escasez de la demanda de los servicios de rehabilitación.

En este mismo orden de cosas, puede resaltarse el hecho de que el Centro Nacional de Rehabilitación de Parapléjicos, de Toledo, esté incluido, dentro del catálogo, en el apartado relativo a los hospitales destinados a "otras finalidades" y no en el específico de "rehabilitación".

Por todo ello, a los 9 hospitales catalogados como centros de rehabilitación habrían de añadirse, al menos, 14 establecimientos incluidos en otros apartados, que contarían con 1.857 camas. En consecuencia, nos encontraríamos con un total de 23 hospitales y 2.815 camas, si bien esta cifra incluiría la totalidad de las existentes en cada establecimiento, sin discriminar las que pudieran estar específicamente destinadas a rehabilitación del resto de las dedicadas a otros fines, en aquellos centros en que existiera, en su caso, una división funcional que permitiera realizar tal discriminación.

Para completar el panorama del equipamiento rehabilitador de carácter hospitalario habrían de añadirse las unidades y servicios de rehabilitación existentes en los hospitales generales, dando así lugar a un número de camas muy superior al reseñado.

En concreto, y tan solo por lo que se refiere a los servicios de rehabilitación de los hospitales generales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, estos servicios ascenderían, según la información obtenida, a un total de 14, que comprenderían 420 camas, a los que habrían

de añadirse, para completar el panorama de la gestión del citado Instituto las 232 camas del Centro Nacional de Rehabilitación de Parapléjicos de Toledo.

Por su parte, los servicios de rehabilitación concertados por el Instituto Nacional de la Salud ascenderían, en 1990, siempre según la información proporcionada por dicha entidad gestora, a un total de 56, no pudiéndose determinar el número de camas, por cuanto en los conciertos no se fija "a priori" la finalidad a la que se destinan las camas disponibles, ya que la misma viene determinada por las necesidades asistenciales existentes en cada momento.

Por lo que se refiere a la asistencia extrahospitalaria, están previstas, en el marco de la atención primaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud, 178 salas de rehabilitación, de las que el 66'85 por 100, es decir, un total de 119, estarían en funcionamiento en abril de 1991 (20).

3.4.2. En el ámbito de los servicios sociales

Fuera del ámbito estrictamente sanitario, es preciso aludir al parque de instalaciones gestionado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, así como por los organismos homólogos de las Comunidades Autónomas a los que dicho Instituto ha sido ya transferido.

Entre los dispositivos que componen el citado parque de instalaciones, puede traerse a colación, en primer lugar, a los Centros Base, donde, entre otros servicios, se lleva a cabo la elaboración de programas individuales de recuperación y se prestan tratamientos de rehabilitación y recuperación profesional en régimen ambulatorio.

El número de centros que integran esta red ha crecido desde 39 en 1982 hasta 63 en el año 1990. El cuadro nº 1, que se incluye en el anexo, recoge la evolución experimentada en el período citado.

Los tratamientos de rehabilitación que se prestan en estos centros abarcan los de fisioterapia, psicoterapia, psicomotricidad, logopedia y atención temprana. Se proporcionan asimismo medidas de orientación y de formación profesional ocupacional.

En el año 1990, recibieron tratamientos rehabilitadores en los Centros Base 6.199 personas y orientación en el área ocupacional un total de 12.097, no incluyéndose en estas cifras

a las Comunidades Autónomas a las que el Instituto Nacional de Servicios Sociales ha sido ya transferido. La evolución experimentada en los últimos años puede obtenerse en el cuadro nº 2.

Por lo que se refiere a la formación profesional, se realiza con carácter elemental en los Centros Base, como paso previo a la que puede recibirse en los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos, en cursos organizados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales o en centros ordinarios.

La acciones de formación profesional ocupacional, que se desarrollan en colaboración con el Instituto Nacional de Empleo, abarcan tanto los cursos cofinanciados por el Fondo Social Europeo, como aquellos en cuya financiación no participa este fondo comunitario. En el año 1990, los cursos ascendieron a 201, siendo 2509 los alumnos asistentes. La evolución del número de cursos y de alumnos puede encontrarse en el cuadro nº 3.

De otra parte, es menester citar a los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos, concebidos como un dispositivo en el que, en régimen de internado, de media pensión o ambulatorio, se prestan medidas rehabilitadoras, de naturaleza médico-funcional, psico-social y profesional, a personas en edad laboral y con la finalidad de facilitar la obtención de un empleo.

El número de estos establecimientos permanece invariable desde el año 1982, estando integrada la red por un total de 4, que comprenden 450 plazas.

3.4.3. La Organización Nacional de Ciegos Españoles

La rehabilitación de las personas afectadas de ceguera es asumida fundamentalmente por la Organización Nacional de Ciegos Españoles. Los dispositivos establecidos para llevar a cabo las acciones rehabilitadoras pueden concretarse en (21):

- Equipos de Atención Básica: De composición multiprofesional, se responsabilizan de la aplicación de los programas de rehabilitación en su ámbito de actuación, si bien su especialización no se centra de modo exclusivo en estos programas.
- Unidades de Rehabilitación: En el año 1990, existían dos unidades, ubicadas en Madrid y en Sevilla.

- Centro de Rehabilitación de Sabadell: Se desarrollan cursos, en régimen de internado, con una duración aproximada de tres meses.
- Unidades de Rehabilitación Visual: Establecidas en los Centros de Recursos Educativos. Existen 6 de ellas.
- Centro de Rehabilitación Visual: Destinado al diagnóstico, rehabilitación y orientación del uso de la visión residual.
- Centros de Formación Profesional: Integrados en los Centros de Recursos Educativos de Barcelona y de Madrid, se imparten en ellos estudios de formación profesional de primer grado (rama administrativo-comercial, especialidad secretariado y telemática) y de segundo grado (secretariado de dirección, informática de gestión y radiofonismo), además de enseñanzas de estenotipia digitalizada y de afinación y reparación de pianos.
- Escuela de Fisioterapia: Adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid (Real Decreto 410/1986, de 10 de febrero).

3.4.4. Ayudas económicas para actividades de rehabilitación

Las necesidades de rehabilitación se atienden no solo a través de la prestación directa de servicios, sino también mediante la concesión de ayudas económicas destinadas a esta finalidad.

De este modo, en el marco del régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, se prevén, dentro del campo de la rehabilitación, ayudas individuales destinadas a la estimulación precoz, a la recuperación médico-funcional, a los tratamientos psicoterapeúticos y a la recuperación profesional, así como ayudas complementarias de transporte, de comedor y de residencia.

Para el año 1991, el importe máximo de las ayudas individuales de estimulación precoz y de rehabilitación médico-funcional estaba fijado en 14.000 pesetas mensuales por tratamiento particular o tipo de tratamiento y en 35.000 pesetas mensuales por el conjunto de tratamientos. Por su parte, el importe máximo de las ayudas individuales de tratamiento psicoterapeútico ascendía a 14.000 pesetas mensuales, mientras que el de las ayudas de recuperación profesional era de 35.000 pesetas al mes. En los cuadros nº 4, 5 y 6, puede encontrarse la evolución del importe máximo de estas ayudas desde el año 1982.

Las ayudas institucionales se dirigen, entre otras finalidades, a la promoción y mantenimiento de centros y servicios. De entre ellas, pueden citarse las subvenciones para la gratuidad en centros de rehabilitación. Estas ayudas se determinan con base en el número de beneficiarios atendidos, de acuerdo con la cuantía establecida para los beneficiarios de las ayudas individuales de rehabilitación, a las que anteriormente nos hemos referido.

En los cuadros núms. 7 a 14, que se incluyen en el anexo, puede encontrarse la evolución de las ayudas, tanto individuales, como individualizables (22).

3.4.5. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

Por lo que se refiere al Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, su actuación se ha centrado en la estimulación temprana y en la rehabilitación en el seno de la comunidad, pudiéndose destacar, entre las acciones desarrolladas en ejercicio de las funciones que le están encomendadas, la organización, en el año 1987, de un Simposio Iberoamericano sobre experiencias en estimulación temprana y de sendos seminarios sobre alternativas en rehabilitación, así como la convocatoria del Premio Reina Sofía de Rehabilitación (23). El enfoque de la rehabilitación en el seno de la comunidad está empero, poco desarrollado aún, si bien se registran algunas iniciativas enmarcadas en el ámbito de la autoayuda o de la ayuda mutua (24).

3.4.6. La situación actual desde una perspectiva global

Contemplando la situación desde una perspectiva global, se ha podido resaltar la mediocridad de la misma. Se ha señalado así, junto a la aceptación general de la ideología de la rehabilitación temprana e integral, al nivel aceptable de la normativa aplicable y a la suficiencia de la cantidad global de recursos, las deficiencias existentes en la distribución de la oferta, sobrando algunos de los recursos ofertados para adultos y faltando los demandados por niños. Se indica, de otra parte, el trecho que aún queda para llegar a la universalización de la rehabilitación integral, así como el rechazo de la rehabilitación por gran parte de los adultos, en especial si temen que como consecuencia de seguir los tratamientos correspondientes se revise el grado de invalidez que tengan reconocido y, consecuentemente, el importe de su pensión (25).

Con mayor detalle, se ha indicado, respecto de la estimulación temprana, la existencia de algunos equipos dependientes del Instituto Nacional de Servicios Sociales y de la Administración educativa, junto a su escasez notoria en la red sanitaria, de modo que los servicios

de neonatología encuentran dificultades para derivar a los niños hacia las unidades de atención precoz. Se ha resaltado, de otra parte, la importante tensión entre demanda y oferta en el ámbito escolar, haciéndose hincapié en la dificultad de proveer de recursos rehabilitadores a un alumnado diseminado a consecuencia de la impartición de la educación a través de la integración en la escuela ordinaria. Por lo que se refiere a los adultos con deficiencias congénitas o adquiridas en edad temprana, se ha señalado el escaso uso que se hace de la oferta existente, circunstancia que asimismo, aunque probablemente por causas distintas, acaece respecto de quienes están afectos de menoscabos derivados de accidentes de trabajo y de ciertas enfermedades. En el caso de las deficiencias derivadas de otros accidentes (de tránsito, domésticos, etc.), se aprecian limitaciones en la capacidad de los equipamientos para atacar más eficazmente las vertientes de las actividades de la vida diaria, de la actividad laboral y de las relaciones sociales. Y por último, se registra aún un escaso desarrollo en la rehabilitación para casos de deficiencias o enfermedades orgánicas (26).

Por último, en relación con las acciones de formación profesional ocupacional, se ha señalado la dispersión de esta actividad, que se halla repartida entre los organismos públicos competentes por razón de la materia: Instituto Nacional de Empleo e Instituto Nacional de Servicios Sociales (27).

NOTAS

(1) Acerca de estos antecedentes, v. A. RUMEU DE ARMAS: Historia de la Previsión Social en España. Madrid, Editorial de Derecho Privado, 1944; J. PEREZ LEÑERO: Ideario de la rehabilitación profesional de los inválidos. Madrid, 1961, pp. 11-34.

(2) Como inmediato precedente frustrado puede citarse el Proyecto de Ley sobre Asistencia Social, de 13 de noviembre de 1919, que preveía la organización, por parte del Ministerio de la Gobernación, de una Escuela de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo, con el carácter de ensayo (v. M. AZNAR LOPEZ y C. OSUNA NOVEL: "Antecedentes", en Diez años del Servicio Social de Minusválidos. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983, pp. 14-16.

(3) Cfr. M. AZNAR LOPEZ y C. OSUNA NOVEL: Ob. cit., pp. 16-17. Sobre la trayectoria de este Instituto, incluidos su antecedente (el Asilo de Inválidos del Trabajo) y su sucesor (el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos), v. Historia del C.P.E.E. de Reeducación de Inválidos, antiguo INRI (Coordinado por J. PALACIOS SANCHEZ). Madrid, M.E.C. - C.P.E.E. Reeducación de Inválidos, s/f.

(4) R. HERNANDEZ GOMEZ: "La rehabilitación en España", en Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica, Vol. X, nº 4, p. 53.

(5) V. M. AZNAR LOPEZ y L. CASADO CARRASCO: "Dos nuevos instrumentos internacionales: El Convenio y la Recomendación de la O.I.T. sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas", en Revista de Seguridad Social nº 19, 1983, p. 186.

(6) Principio en el que más tarde se inspirarán las legislaciones de la República Federal de Alemania y de Suiza.

(7) V. M. AZNAR LOPEZ y C. OSUNA NOVEL: Ob. cit., p. 19.

(8) V. C. DEL PESO: "La rehabilitación y recuperación del hombre trabajador, meta principal del nuevo régimen de Seguridad Social", en Revista Iberoamericana de Seguridad Social nº 4, 1964, p. 799.

(9) Acerca de estos precedentes, v. L. OSORIO GULLON: "Estudio evolutivo de la legislación española en favor de los ciegos", en RESIE nºII.4, pp. 17-47.

(10) "Siempre que sea posible y ateniéndose al dictamen médico, la adaptación y readaptación profesionales deberán comenzar durante el tratamiento médico".

(11) V. la crítica de L.E. DE LA VILLA y A. DESDENTADO BONETE: Manual de Seguridad Social. Pamplona, Aranzadi, 1977, p. 381

(12) Es importante, en este sentido, la Orden de 16 de febrero de 1977, sobre programas individuales de recuperación en el Sistema de Seguridad Social.

(13) Sobre este punto, v. D. CASADO: "Organización y programas del Servicio Social de Minusválidos", en Diez años..., cit., p. 130.

(14) Una explicación acerca de las causas de esta situación, en M. AZNAR LOPEZ: "Una "nueva" prestación de protección a la familia: La aportación económica por subnormales", en Revista de Seguridad Social nº 9, 1981.

(15) Un comentario detallado de este Título, en M. AZNAR LOPEZ, P. AZUA BERRA y E. NIÑO RAEZ: Integración Social de los Minusválidos. Comentarios en la Ley 13/1982, de 7 de abril. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982, pp. 85-132.

(16) Así, en el Seguro Federal de Invalidez suizo (art. 3º de la Orden de 29 de noviembre de 1976).

(17) La medida, en efecto, tiene su origen en la jurisprudencia del Tribunal Federal de Seguros suizo (V. M. AZNAR LOPEZ: "Un modelo dinámico: El Seguro Federal suizo de Invalidez", en Revista de Política Social nº 132, 1981, p. 141, nota 86).

(18) Criterio éste último utilizado por la legislación francesa (art. 11 de la Ley de 30 de junio de 1975).

(19) Se trata de los establecimientos siguientes: Sanatorio Marítimo (Gijón); Centro de Recuperación y de Rehabilitación M.P.A.T. 138 (Las Palmas de Gran Canaria); Ciudad de San Juan de Dios (Las Palmas de Gran Canaria); Centre Peracamps (Barcelona); Institut Guttman (Barcelona); Centro de Termalismo y Rehabilitación Funcional (Benicasim); Policlínica y Centro de Rehabilitación M.P.A.T. 242 (Onda); Centro de Rehabilitación Dionisia Plaza (Madrid); y Sanatorio Marítimo (Plencia).

(20) Indicadores de atención primaria. Vol. I. Gestión del Insalud y direcciones territoriales. Abril, 1991, p. 3.

(21) Cfr. R. DE LORENZO GARCIA, E. RUPEREZ ANTON y F. SAN MIGUEL CANOVAS: La Organización Nacional de Ciegos Españoles. Análisis de un modelo organizativo singular. Madrid, La Ley, 1990, pp. 145-194, donde pueden ampliarse los datos aquí resumidos.

(22) Se entiende por ayuda institucional de carácter individualizable la dirigida a subvencionar el sostenimiento de centros y servicios que proporcionen una atención directa.

(23) Cfr. Memoria del Real Patronato (1976-1990), 1ª ed., junio 1991, pp. 47-50.

(24) D. CASADO: Panorámica de la discapacidad. Barcelona, Intress, 1991, pp. 123-124.

(25) D. CASADO: Política social española concerniente a la discapacidad. Ponencia presentada al Seminario Internacional "Gumersindo Azcárate" de Política Social. Marzo 1990, pp. 22-23 (no publicada).

(26) D. CASADO: Panorámica de la discapacidad..., cit., pp. 124-126.

(27) Empleo, discapacidad e innovación tecnológica. El horizonte laboral de las personas con discapacidad y las NTI (edición a cargo de M. GARCIA VISO y R. PUIG DE LA BELLACASA). Madrid, Fundesco, 1989, pp. 239-240.

A N E X O E S T A D I S T I C O

CUADRO N° 1 .- CENTROS BASE (1982-1990)

Año	N° de centros
1982	39
1983	41
1984	47
1985	54
1986	58
1987	58
1988	61
1989	63
1990	63

Fuente: Memorias del INSERSO

CUADRO N° 2.- PERSONAS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTOS REHABILITADORES Y ORIENTACION EN EL AREA OCUPACIONAL EN LOS CENTROS BASE (1984-1990)

Año	Rehabilitación	Orientación ocupacional
1984	7.148	n/d
1985	8.381	1.244
1986	8.634	4.423
1987	3.476 (*)	4.240 (*)
1988	3.301 (*)	5.427 (*)
1989	4.302 (*)	7.338 (*)
1990	6.199 (*)	12.097 (*)

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las Memorias del INSERSO

Observaciones

(*) No incluye CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 3.- FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL DE PERSONAS CON MINUSVALIA (1986-1990)

Año	Cursos	Alumnos
1986	117	1880
1987	141	1605
1988	171 (*)	2110 (*)
1989	184 (*)	2189 (*)
1990	201 (*)	2509 (*)

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las Memorias del INSERSO

Observaciones

(*) No incluye CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO Nº 4.- IMPORTE MAXIMO DE LAS AYUDAS DE ESTIMULACION PRECOZ Y DE RECUPERACION MEDICO-FUNCIONAL (1982-1991)

Año	Tratamiento particular o tipo de tratamiento (en ptas. mensuales)	Conjunto de tratamientos (en ptas. mensuales)
1982	7.000	18.000
1983	7.000	18.000
1984	7.000	18.000
1985	7.000	18.000
1986	7.000	18.000
1987	12.000	30.000
1988	12.000	30.000
1989	12.000	30.000
1990	14.000	35.000
1991	14.000	35.000

CUADRO Nº 5.- IMPORTE MAXIMO DE LAS AYUDAS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO (1982-1991)

Año	Importe (en ptas. mensuales)
1982	7.000
1983	7.000
1984	7.000
1985	7.000
1986	7.000
1987	12.000
1988	12.000
1989	12.000
1990	12.000
1991	14.000

CUADRO N° 6.- IMPORTE MAXIMO DE LAS AYUDAS DE RECUPERACION PROFESIONAL (1982-1991)

Año	Importe (en ptas. mensuales)
1982	12.000
1983	25.000
1984	25.000
1985	25.000
1986	25.000
1987	25.000
1988	25.000
1989	35.000
1990	35.000
1991	35.000

CUADRO N° 7.- AYUDAS INDIVIDUALES DE ESTIMULACION PRECOZ (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	656	42.204.725
1988	498	35.809.848
1989	710	49.746.750
1990	992	74.537.953

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 8.- AYUDAS INDIVIDUALIZABLES DE ESTIMULACION PRECOZ (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	n/d.	n/d.
1988	1880	111.345.282
1989	1645	121.401.398
1990	1569	135.635.000

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 9.- AYUDAS INDIVIDUALES DE RECUPERACION MEDICO-FUNCIONAL (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	1.762	104.206.277
1988	1.303	75.001.022
1989	1.194	81.099.732
1990	1.191	79.129.859

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 10.- AYUDAS INDIVIDUALIZABLES DE RECUPERACION MEDICO-FUNCIONAL (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	n/d.	n/d.
1988	1924	93.678.246
1989	1626	105.832.633
1990	1818	100.080.544

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 11.- AYUDAS INDIVIDUALES PARA TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	690	43.400.966
1988	348	22.042.964
1989	300	18.724.959
1990	1569	22.579.385

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 12.- AYUDAS INDIVIDUALIZABLES PARA TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	n/d.	n/d.
1988	172	11.307.148
1989	258	12.426.139
1990	190	3.584.048

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 13.- AYUDAS INDIVIDUALES DE RECUPERACION PROFESIONAL (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	114	5.533.090
1988	96	6.518.763
1989	1645	7.508.721
1990	1569	5.922.923

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

CUADRO N° 14.- AYUDAS INDIVIDUALIZABLES DE RECUPERACION PROFESIONAL (1987-1990) (*)

Año	N° de ayudas	Importe
1987	n/d.	n/d.
1988	109	6.943.000
1989	94	4.684.000
1990	41	4.230.180

Fuente: INSERSO

Observaciones

(*) No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido

4. EDUCACION

Paulino Azúa

INDICE

4.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982

4.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

4.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

4.3.1. Desarrollo de la Ley 13/1982 por los poderes centrales y de las Comunidades Autónomas

4.3.1.1. La Administración Central
4.3.1.2. Las Comunidades Autónomas
4.3.1.3. La actividad de las restantes Comunidades Autónomas en materia de educación especial.

4.3.2. Normas incidentes en la materia

4.4. OTRAS ACTUACIONES Y REALIZACIONES

ANEXO ESTADISTICO

4.- EDUCACION

Ante una norma como la Ley de Integración Social de los Minusválidos, cuyos principios inspiradores se orientan hacia la realización personal y la integración social de las personas con minusvalía, la etapa educativa tiene una dimensión primordial porque del correcto ensamblaje de los elementos técnicos, administrativos y financieros que conforman el aparato educativo del Estado, así como de su eficaz funcionamiento, dependerá que los destinatarios del proceso educativo se aprovechen adecuadamente de los beneficios que éste ofrece. Es sobre la base de una educación bien estructurada e impartida, sobre la que pueden plantearse las distintas actividades enmarcadas en una política de integración. Dicho de otro modo, sin educación no es posible la integración de quienes se encuentran marginados como consecuencia de padecer algún tipo de minusvalía.

Esto no siempre ha sido así y en los años anteriores a la LISMI se ha podido contemplar la situación paradójica de ver cómo menudeaban, por parte de algunos profesionales de la pedagogía e incluso de quienes tenían responsabilidades públicas en el campo educativo, declaraciones en favor de la integración sin que, paralelamente, fueran adoptadas las correspondientes medidas técnicas y administrativas.

4.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982

Sin entrar en un análisis pormenorizado de lo pretérito, cabe señalar la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa como la primera norma que otorga a la educación especial algo más que una dimensión cuantitativa -creación de plazas en centros especiales- para

contemplar dos aspectos innovadores: La integración, al menos un atisbo de integración al establecer (art. 51) "el fomento de unidades de educación especial en centros docentes de régimen ordinario para los deficientes leves, cuando sea posible", y una segunda novedad que consiste en la voluntad que el legislador muestra de que los objetivos, estructuras, duración, programas y límites de educación especial se ajusten "a los niveles, aptitudes y posibilidades de desenvolvimiento de cada deficiente, y no a su edad" (art. 52).

La realidad es que la aplicación de la Ley supuso la continuación de una política de creación de centros de educación especial aunque en teoría también aumentaron las aulas especiales en centros ordinarios, sin que en la práctica se establecieran como auténticas soluciones para aquéllos para quienes estaban pensadas. Y no fué así, básicamente, porque jamás se llegó a contar con el profesorado necesario a pesar de los buenos propósitos de la Ley General de Educación.

Cabría, en síntesis, definir la primera mitad de la década de los setenta, en lo que a la educación de minusválidos se refiere, como una situación de atonía en la que se advierten las siguientes características:

* El funcionamiento educativo sometido aún a las consecuencias de una división establecida a partir de 1965 en la que los educandos deficientes, subnormales en la terminología al uso, con un cociente intelectual superior a 0'50 eran considerados educables y, por tanto, susceptibles de atención por el Ministerio de Educación, mientras que quienes no alcanzaban ese nivel quedaban sometidos a la atención del Ministerio de la Gobernación.

* La insuficiente dotación de profesorado especializado cuya formación continuaba teniendo un carácter provisional y de circunstancias, a través de los cursos de especialización en pedagogía terapeútica.

* Escasa eficacia de la Administración educativa en el campo del retraso escolar sin ningún tipo de actuación planificada de carácter global.

* Insuficiencia presupuestaria tanto en el campo estricto de la educación especial como en su entorno administrativo.

* Consideración de los deficientes mentales, y sensoriales en menor escala, como los únicos destinatarios de la educación especial con casi total ignorancia, salvo algunas iniciativas aisladas del sector público, de la problemática específica de quienes padecían algún tipo de minusvalía física.

El Decreto de 23 de mayo de 1975 crea el Instituto Nacional de Educación Especial, organismo al que, con independencia de otras actividades, le cabe el mérito de haber tenido la responsabilidad de elaborar el Plan Nacional de Educación Especial.

Si la educación está considerada como una permanente tarea inacabada, el Plan Nacional de Educación Especial ha sido durante más de veinte años la asignatura pendiente de las autoridades educativas desde que el Decreto de 9 de diciembre de 1955 asignara al Patronato de Educación Especial la función de elaborar un plan nacional de educación especial. Ello podría explicar el por qué, la invitación formulada por los responsables del Instituto [1] a expertos y representantes asociativos para que prestaran su

colaboración en la elaboración del Plan, encontró tan amplia respuesta.

El Plan, que se presenta como un marco mínimo de referencia global, tiene como coordenadas de trabajo los alumnos que deben ser susceptibles de recibir este tipo de educación, las plazas que se requieren y el personal que se precisa, así como su cualificación y preparación. La filosofía en que se sustenta la constituyen los principios de normalización, integración, individualización y sectorización que han sido asumidos por las diversas administraciones educativas competentes en la materia.

No es éste ciertamente el lugar adecuado para hacer un análisis o siquiera un comentario del Plan, pero sí hay que destacar su carácter inspirador de los artículos que más tarde la LISMI dedica a la educación y cuyos primeros borradores fueron redactados coincidiendo con la elaboración de aquél (1978).

Tal carácter inspirador que el Plan posee en sus componentes técnicos lo tiene -salvando todas las distancias- la Constitución en la vertiente política, al garantizar para todos los españoles el derecho a la educación y al convertir a los poderes públicos en responsables de dicha garantía.

A pesar de ello, los años siguientes a la entrada en vigor de la Constitución resultan paradójicos porque España dispone de una norma fundamental que garantiza el derecho a la educación, que en su etapa básica ha de ser obligatoria y gratuita y cuenta, en lo que a la educación especial se refiere, con un plan que establece las líneas maestras de actuación, sin que, por otra parte, se susciten avances notables en los aspectos prácticos de este sector. ¿Qué está sucediendo?

Básicamente, que la educación especial está siendo preterida una vez más y el Gobierno de la Nación está cumpliendo el mandato constitucional de escolarización para todos los niños españoles[2], sin que durante ese tiempo en ese "todos" entren los niños con minusvalía a los que el Ministerio de Educación sigue dedicando la misma o parecida atención que en años anteriores, es decir escasa, en comparación con quienes no tienen disminuídas sus facultades.

A pesar del cambio esencial que la Constitución supone en el ordenamiento jurídico español sus consecuencias tardan en hacerse sentir. No es extraño, pues, que en los años inmediatamente anteriores a la aprobación de la LISMI, e incluso en los dos posteriores, se intente acatar los postulados constitucionales en materia de gratuidad de la educación especial y de la creación de centros recurriendo al típico procedimiento de la subvención que, como es sabido, no implica el reconocimiento formal de un derecho en quien la solicita, sino que es la manifestación de una voluntad discrecional en quien la otorga.

Pero la cuestión no está reducida sólo a unos términos procedimentales. No existe, al menos los hechos no lo denotan, la necesaria voluntad política de actuar con coherencia y rigor en el campo de la educación especial. No cabe otra explicación ante el hecho de que habiéndose elaborado el Plan Nacional de Educación Especial en 1978, hasta finales de 1981 no aparece una Orden Ministerial que declara a Cádiz provincia piloto a los efectos de su implantación. De hecho, el Plan nunca fué aprobado formalmente hasta que su filosofía y criterios inspiradores fueron recogidos en la Ley de Integración.

Incluso en 1982, el Ministerio de Educación parece desconocer formalmente la existencia de la LISMI. En efecto, cinco meses después de la publicación de ésta, una Orden del MEC (9 de

septiembre) regula la composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del Ministerio de Educación, y en la breve exposición de motivos recurre al Decreto de 23 de mayo de 1975, que preveía la formación de dichos equipos, ignorando las disposiciones de la Ley de Integración en esta materia, cuya aplicación correcta impedía que la norma fuera desarrollada de manera unilateral por un solo departamento ministerial.

Incluso un mes más tarde, en el Real Decreto de 15 de octubre, de Ordenación de la Educación Especial, se alude a la Ley General de Educación de 1970 como la norma que estableció las bases de la educación especial, en cuyo artículo cincuenta y dos se basa para establecer los objetivos, estructura, duración y programas de la educación especial, haciendo una mención marginal de la LISMI en tanto que recoge los principios del Plan Nacional de Educación Especial, pero no como norma inspiradora del citado Real Decreto.

4.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

En la Ley de Integración confluyen dos elementos de distinta naturaleza. En primer lugar, es fruto de una iniciativa parlamentaria y, como tal, consecuencia de una voluntad política de acometer la solución de los problemas que las minusvalías plantean.

Pero el período de gestación dura algo más de cuatro años, ya que las primeras iniciativas parlamentarias comienzan a tomar cuerpo a caballo de los años 1977-1978. Durante ese tiempo se promulga la Constitución, por lo que, en segundo lugar, la LISMI, que se confiesa inspirada en los principios constitucionales, se

convierte en instrumento ejecutor, aunque parcial, de algunos de ellos.

En lo que afecta a los contenidos educativos, además, la Ley sirve para convertir en norma lo que en el Plan Nacional de Educación Especial eran principios o, todo lo más, líneas generales de actuación.

Este entramado de antecedentes hace que, como luego se verá, el desarrollo posterior de la LISMI se confunda, en el plano educativo, con el desarrollo de la Constitución e incluso con aplicaciones parciales del Plan Nacional de Educación Especial, lo que ocasiona que incluso la propia estructura de la sección tercera del título sexto, dedicada a la educación, resulte un tanto anómala.

En efecto, dicha estructura debiera haber tenido otra conformación y colocar al comienzo de la misma el artículo treinta que contiene no sólo una formulación de carácter general, sino, posiblemente, la de mayores consecuencias prácticas. Son éstas:

* El reconocimiento del derecho a la educación, que se establece por vía de remisión a la Constitución, para todos los españoles, por tanto, también, para las personas con minusvalía.

* El derecho a la gratuidad de la enseñanza para los minusválidos, también señalado en la Constitución, pero del que la Ley hace referencia expresa.

* La consideración de que quienes gozan de ese derecho son los minusválidos, todos ellos, y no únicamente quienes padecen determinados tipos de deficiencia o gozan de algunas aptitudes concretas.

La segunda formulación importante la realiza la Ley en el artículo veintitrés al sentar como premisa básica la integración del minusválido en el sistema educativo ordinario y sólo cuando no quepa esta integración entrará en juego la educación especial en centros específicos, de acuerdo con el apartado segundo de este precepto y con el artículo veintisiete cuyo contenido es muy similar y hasta cierto punto tautológico.

Esta configuración de la integración educativa tiene en la propia Ley algunas derivaciones importantes, entre las que destaca la necesidad de contar con programas de apoyo, teniendo presente que en el esquema educativo español la integración por sí sola no es viable si no dispone de otros mecanismos que la afiancen y la complementen.

Naturalmente, una educación integrada va a requerir un estricto cumplimiento del artículo cincuenta y cuatro de la propia Ley en lo que afecta a la supresión de barreras arquitectónicas y movilidad, y ello no sólo en las escuelas o centros de enseñanza primaria o media, sino también en las facultades y escuelas técnicas. De poco vale disponer la integración en un centro del tipo que sea si el desplazarse hasta él va a suponer para el minusválido una permanente carrera de obstáculos o una vez dentro existen zonas que le son vedadas porque le es imposible acceder a ellas.

Sin embargo, la Ley prevé, y es una previsión digna de tenerse en cuenta, el derecho de la persona con minusvalía a solicitar una ampliación del número de convocatorias, teniendo los centros universitarios la obligación de acceder a esa petición en la medida que se compense su dificultad.

Dentro de este marco de integración, también se facilita al niño que está internado en un hospital la posibilidad de continuar

con sus estudios al obligar a los centros hospitalarios a contar con una sección pedagógica.

Con una redacción escasamente afortunada que ya ha suscitado comentarios al respecto[3] la LISMI dedica un breve párrafo a la Formación Profesional en el artículo 31, a la que enmarca en la parcela educativa, sin que, en principio, se contemplen otras posibilidades de formación que han venido siendo impartidas desde otros ámbitos de la administración laboral.

La educación especial, al igual que la educación integrada, descansa sobre la base fundamental de un diagnóstico adecuado, realizado por un equipo multiprofesional, que no sólo ha de ocuparse del minusválido al inicio del proceso, sino a lo largo del mismo, para garantizar las atenciones que pueda requerir cada educando. Así pues, la Ley cuenta con la existencia de estos equipos cuya creación ha quedado regulada en el título cuarto referido al diagnóstico y valoración de las minusvalías.

Al contemplar la existencia de los equipos, la Ley hurta a la pedagogía la tentación de exclusividad que ha tenido en el campo de algunas deficiencias, como antes la tuvieron algunas ramas de la medicina. Por lo demás, la Ley desea para los profesionales que intervienen en la educación especial unas cualidades tan excelsas como excepcionales.

En lo que respecta a la educación especial propiamente dicha, la que la Ley prevé para quienes no puedan integrarse en el sistema educativo ordinario, el artículo veintisiete recoge un principio enunciado en el Plan Nacional de Educación Especial: la individualización de la enseñanza[4] que implica, al menos en teoría, la flexibilización del proceso educativo y la aplicación

personalizada a cada individuo, debiendo iniciarse aquélla tan precozmente como sea posible.

Aunque tiene una aplicación en ambos campos -educación integrada o especial- resulta particularmente destacable la distinción implícita que la Ley realiza entre escolarización y educación ya que de la misma se deriva que todo sujeto puede beneficiarse de la pedagogía aunque no siempre sea susceptible de ser escolarizado. Este planteamiento tiene especial trascendencia en las minusvalías más acusadas y de manera particular en la deficiencia mental profunda o en otras que siendo más leves acumulan sobre el mismo niño otras malformaciones físicas o sensoriales que le incapacitan para resultar beneficiado de una acción pedagógica.

Junto con la definición que el artículo veintiséis hace de la educación especial en sus aspectos técnicos, también acota su situación en la vertiente administrativa al especificar que "... comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos...". Por esta vía queda resuelto un contencioso que en la práctica ha venido enfrentando a las autoridades educativas y a las entidades representativas de los sectores afectados ya que la Ley General de Educación de 1970 a lo más que llegó en esta materia fué a considerar que: "Estarán incluidas en el sistema educativo las modalidades que vengan exigidas por las peculiaridades de los alumnos, de los métodos y de las materias" (art. 12.2). Esta inconcreción fué causa de que los beneficios de la gratuidad en la educación básica no se hicieran llegar de manera automática a la educación especial como una modalidad específica de aquélla.

En lo que respecta a la participación, la mención que se hace de la misma en el artículo treinta y uno, se desmarca de la formulación general que se establece en el artículo tres, en el que

se prevé la intervención de los interesados o sus representantes así como del personal al servicio de los centros que, al no especificar de qué tipo, cabe interpretarlo en sentido amplio. Al igual que el citado artículo treinta y uno tiene en cuenta a los efectos de control y seguimiento las circunstancias específicas de los equipos multiprofesionales, hubiera debido contemplar las también específicas circunstancias de quienes, teniendo su capacidad mental disminuída, no están impedidos para expresar su opinión y, por lo tanto, tomar parte en determinados aspectos del funcionamiento de los centros.

4.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

Los principios constitucionales en materia de educación y la plasmación de los mismos en normas de distinto rango, entre las que la LISMI constituye una pieza de primer orden, han provocado un cambio importante en el sector de las minusvalías, sin que ello quiera decir, ni mucho menos, que los problemas estén solucionados o que la puesta en práctica de unas determinadas líneas de acción se esté desarrollando sin traumas. Al contrario, la aplicación del principio de integración ha provocado, y continúa haciéndolo, un amplio debate no sólo entre los propios sujetos afectados o sus familias, sino entre los profesionales de la pedagogía quienes con declaraciones y afirmaciones, unas veces cargadas de sentido común y otras de demagogia, se han incorporado a una discusión de la que, cabe esperar, la educación en general y la educación especial en particular salgan favorecidas.

4.3.1. Desarrollo de la ley 13/1982 por los poderes centrales y de las Comunidades Autónomas.

4.3.1.1. La Administración Central

La evaluación del grado de desarrollo de la Ley 13/1982 podría haberse orientado atendiendo a criterios estrictamente cronológicos y, por tanto, examinando las normas de desarrollo según las fechas de su aparición en el Boletín Oficial del Estado. Parece, sin embargo, que una mínima sistematización del tema exige cierto tratamiento unificado de los diversos elementos que conforman el entramado educativo que de manera más directa afecta a las personas con minusvalía. Por ello, los epígrafes que siguen a continuación se corresponden con el lugar en que han sido descritos los principios o las disposiciones que contiene la LISMI en lo que concierne, en primer lugar, a la Administración Central y, posteriormente, a la actividad de las Comunidades Autónomas.

A.- El derecho a la educación. La gratuidad de la enseñanza

El artículo 27 de la Constitución establece el derecho a la educación. En consecuencia, la LISMI no reitera esta formulación aunque sí lo hace respecto de la gratuidad de la enseñanza en la etapa educativa, de acuerdo con la normativa vigente. Con posterioridad, la Ley 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación, vuelve a insistir en el tema reconociendo el derecho de todos los españoles a una educación básica.
Las consecuencias que se derivan de ambas normas son básicamente dos: la gratuidad de la enseñanza y la extensión de la misma a quien precise de ella con independencia de su grado de minusvalía.

Por lo que respecta a la gratuidad, en el período que media entre la Ley de Integración Social de Minusválidos y la Ley

Orgánica del Derecho a la Educación (1982-1985), no existe una normativa que permita afirmar, con carácter general, que ese derecho está garantizado para todos los minusválidos. De hecho, se sigue utilizando el sistema de subvenciones y ayudas que, en su aplicación coordinada, arranca del régimen unificado previsto en el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, cuyo artículo 10.1. determina el carácter complementario de las mismas[5].

Que la gratuidad no es un hecho lo reconoce el propio Ministerio de Educación en el breve preámbulo de la Orden de 16 de noviembre de 1983 por la que se fijan nuevos módulos de subvención a centros privados de educación especial para el año 1983, al admitir que: "Teniendo en cuenta que uno de los objetivos prioritarios del Departamento es conseguir una efectiva y real gratuidad de la enseñanza en los centros subvencionados...". Es decir, que la gratuidad es, en ese año, una esperanza, no una realidad.

Sin embargo, a pesar de que la situación es así, se producen avances importantes a los que no es ajeno el Decreto 620 de Presidencia de Gobierno antes aludido ya que, a partir del mismo, se instaura un sistema de modulación más correcto y que resulta particularmente necesario como fórmula sustitutoria de los regímenes de Consejo Escolar Primario o de Patronato, en vías de extinción.

Por otra parte, la Orden de 15 de febrero de 1983, sobre régimen unificado de ayudas, determina ya las cuantías máximas de ayudas individuales en materia de enseñanza, así como de reeducación pedagógica o de lenguaje completando, de esta forma, las ayudas por módulos antes aludidas.

En estos cuatro años existe una circunstancia destacable que se deriva de la aún insuficiente oferta pública de puestos

escolares. Ello hace que sea necesario un esfuerzo suplementario por parte del Ministerio para completar y, sobre todo, financiar la acción privada sin que, entre el conjunto de ambas, pueda ofrecerse ni el número de puestos escolares precisos ni la plena gratuidad de los mismos.

Esta situación se modifica de manera sustancial como consecuencia tanto de la LODE como del Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial. Si la LODE sienta las premisas generales en lo que afecta a la educación de minusválidos, es el Real Decreto el que determina expresamente en su artículo 4.1. que "La educación especial, como modalidad educativa, será obligatoria y gratuita en los niveles así establecidos en el sistema educativo ordinario".

De este Real Decreto cabe afirmar que, aunque es previo a la LODE, se inscribe lógicamente en el mismo marco de voluntad política. Sin embargo, todo él se constituye en norma de desarrollo, esencial, de la LISMI. Y, en este sentido, es preciso mencionar que si bien el Real Decreto 2839/1982, de 15 de octubre, de ordenación de la educación especial, también hacía mención, aunque marginal, de la Ley de Integración, existe entre ambos, a los efectos de este apartado, una diferencia fundamental: mientras la norma de 1982 resultaba más voluntarista que llamada a la eficacia, la de 1985 contenía unas consecuencias económicas que habían sido previamente asumidas por el Gobierno de la Nación, lo que hacía que las presunciones de eficacia fueran mayores. De hecho, a la gratuidad de la enseñanza en centros no estatales de educación especial se destinaron más de cuatro mil millones de pesetas en el presupuesto del Ministerio de Educación y Ciencia para 1986.

Puede, pues, afirmarse que el derecho a la educación y la gratuidad de la educación especial en los centros específicos

tienen un grado de implantación que si no es pleno está muy cerca de la plenitud, aunque aún existen algunas lagunas de financiación que afectan a aspectos puntuales de los centros específicos que se rigen por el sistema de conciertos.

Por lo que respecta a los centros específicos, aún destacando que la política de conciertos con los privados ha contribuido a darles estabilidad en su funcionamiento, hay que admitir que existen diferencias con los dependientes de la esfera pública, algunas de las cuales son:

- Los centros públicos cuentan con el apoyo de los Ayuntamientos para algunos gastos concretos de mantenimiento a los que los privados deben hacer frente con asignaciones establecidas en los módulos que resultan insuficientes.

- En tanto que en los centros públicos la financiación del comedor está asegurada, en los concertados es preciso recurrir al sistema restrictivo de becas porque aún el Ministerio no ha asumido los gastos derivados de esa actividad.

- En determinados centros de dimensiones más reducidas existen actividades -como la asistencia social o la educación física- que no forman parte del concierto.

En relación con estas diferencias, es necesario advertir que no se trata de caer en la típica discusión maniquea entre lo público y lo privado, sino simplemente de advertir que aunque en la garantía de la educación especial gratuita se han producido avances sustanciales en la política educativa, sin embargo, aún

subsisten algunas cuestiones que continúan sin resolverse y que empañan una trayectoria positiva.

B.- La integración escolar. Sus consecuencias prácticas

La integración del minusválido en el sistema educativo ordinario, previsión formulada en el Plan Nacional de Educación Especial, constituye uno de los pronunciamientos claves de la LISMI.

La integración escolar está contemplada en dos Reales Decretos de Ordenación de la Educación Especial, el primero de 15 de octubre de 1982 y el segundo de 6 de marzo de 1985, es decir que entre ambos transcurren dos años y medio.

A pesar de que el primero de ellos hace una alusión, si se quiere complementaria, a la existencia de la LISMI en su exposición de motivos, entronca claramente la incorporación social de los deficientes e inadaptados con la Ley General de Educación, lo que no deja de resultar un tanto anómalo puesto que la novedad de la Ley de Integración brinda la oportunidad -y en alguna manera la exigencia- de remitirse a ella plenamente en lugar de tener que remontarse doce años atrás.

Ciertamente que esta norma no tuvo importantes consecuencias prácticas en lo que a la integración se refiere ya que continuaron aplicándose sin excesiva decisión algunos programas de creación de aulas de educación especial en centros ordinarios, mientras los técnicos educativos, en el marco de un cambio de responsables en el Ministerio de Educación, comenzaban la elaboración de una nueva norma que respondiera a las necesidades del momento y desarrollara adecuadamente la LISMI.

El Real Decreto de 6 de marzo de 1985, de Ordenación de la Educación Especial, marca claramente el comienzo de una etapa por dos razones básicas. De una parte, por su propio contenido técnico que recoge, de una vez por todas, los principios de actuación en este campo que estaban dispersos, genéricamente reconocidos pero sin la necesaria y eficaz puesta en práctica. De otra, porque supone el compromiso más serio que el Ministerio de Educación ha adoptado con la educación de las personas con minusvalía.

Este compromiso queda puesto de manifiesto no sólo en las consecuencias económicas, a las que se ha hecho alusión en epígrafes precedentes, asumidas por le Ministerio de Educación, sino en las distintas normas que desarrollan el Real Decreto y que demuestran la voluntad de acometer con seriedad el proceso de integración educativa(6). Así, desde la promulgación del Real Decreto de referencia, anualmente se vienen publicando las respectivas órdenes ministeriales que planifican el curso académico en materia de educación especial e integración escolar.

Resultaría fuera de contexto analizar en qué consiste este proceso de integración en su vertiente educativa aunque no está de más enumerar las ideas genéricas que se desprenden del Real Decreto de 6 de marzo de 1985.

- Siempre que sea posible, deberá ser en el marco de la escuela ordinaria donde se de la necesaria respuesta educativa.

- Esa respuesta educativa ha de respetar las diferencias individuales partiendo del principio de que todo niños es educable.

- La integración escolar no puede ser impuesta sino que tendrá que resultar fruto de una oferta conjunta de padres, alumnos y profesionales[7].

Conviene añadir que uno de los puntos esenciales sobre los que gravita la integración escolar son los apoyos que el propio Real Decreto prevé y que han sido regulados en dos ocasiones: La Orden de 30 de enero de 1986 estableció una primera proporción en las aulas de centros ordinarios, en aulas de educación especial, en apoyos para el refuerzo pedagógico y para tratamientos correctores, rehabilitadores y de atención y cuidados personales. Esta Orden podría haberse convertido en el primer y único intento de la administración educativa en la regulación de los apoyos. Afortunadamente no ha sido así y, en consonancia con la citada Orden, que preveía la revisión de dichas proporciones, ésta se produce mediante Orden de 18 de septiembre de 1990.

Esta norma establece nuevas proporciones entre el personal (profesores, fisioterapeutas, logopedas y auxiliares técnicos educativos) y los alumnos de manera que éstas quedan mejor ajustadas a las necesidades del colectivo escolar.

Han transcurrido ya seis años desde la aprobación del Decreto de Ordenación de la Educación Especial y, aunque aún no hay una perspectiva excesivamente amplia como para enjuiciar la globalidad del proceso, sí cabe hablar de una implantación casi general en el sector público, aunque haya de lamentarse la escasa receptividad del sector privado a las innovaciones educativas que ha supuesto la integración escolar.

A pesar de esta política decidida en favor de la integración, ésta aún no ha alcanzado aún la calidad requerida. A pesar de la existencia de profesionales de apoyo en un número importante, éste es aún insuficiente.

Algunos centros públicos todavía tienen barreras arquitectónicas que dificultan o impiden el acceso a alumnos con discapacidades motóricas lo que ha motivado una acción más intensa por parte del Ministerio durante los dos últimos cuyo reflejo presupuestario se recoge en un anexo final. Por otra parte, el sistema educativo no produce profesionales en determinadas materias en la proporción necesaria. Por ello, aunque la Orden de 18 de septiembre de 1990 establece unas ratios adecuadas, por ejemplo de fisioterapeutas, difícilmente podrá ponerse en práctica porque es ésta una especialidad en la que no hay suficientes profesionales.

Finalmente, en torno a la integración hay que señalar la dificultad que ésta encuentra para su puesta en práctica en el mundo rural, ya que es difícil aglutinar suficientes alumnos en un centro cuando, a veces, las distancias son largas y pequeña la densidad de población escolar.

Existen en la LISMI otras dos disposiciones de sentido claramente integrador. Por lo que respecta al mantenimiento de secciones pedagógicas en hospitales infantiles o servicios de pediatría, consta su existencia aunque aún no en el número que las necesidades requieren. El fomento de estas secciones queda referido a la posibilidad de que las administraciones educativas puedan concertar el establecimiento de las dotaciones pedagógicas precisas con establecimientos públicos o privados de carácter sanitario o asistencial, de acuerdo con las disposiciones adicionales segunda y tercera del Real Decreto de 6 de marzo de 1985.

Por lo que respecta a la ampliación de convocatorias para los minusválidos que cursen estudios universitarios, que la LISMI regula en el artículo 31.2., es preciso proceder por exclusión, puesto que se carece de datos al respecto: puesto que no se producen denuncias, hay que presumir que o los universitarios con

minusvalía no demandan convocatorias especiales o, si las demandan, las autoridades académicas responden de manera positiva.

C.- Funciones de apoyo

La LISMI ha previsto, y el Real Decreto de 6 de marzo de 1985 recoge en su texto, la existencia de equipos multiprofesionales sin que tales equipos hayan quedado regulados de acuerdo con la actual filosofía del Ministerio de Educación y Ciencia. En el marco educativo, sin tener en cuenta la LISMI, los equipos multiprofesionales fueron regulados de manera unilateral por el Ministerio de Educación y Ciencia, por Orden de 9 de septiembre de 1982, en cuanto a su composición y funciones. Pese a la desconexión de esta norma con la Ley de Integración, su utilidad durante estos años ha sido evidente porque sobre ellos ha descansado -siquiera provisionalmente- la labor que la Ley encomienda a unos equipos presumiblemente configurados de manera diferente.

A pesar de los trabajos que los diferentes departamentos de la Administración han venido realizando, la falta de regulación de los equipos constituye un tema pendiente en el desarrollo de la LISMI, aunque, por lo que afecta a la actividad en el plano pedagógico, ésta haya quedado cubierta mediante los Equipos Interdisciplinares de Sector y de Equipos Específicos que complementan su tarea.

Sin embargo, los equipos multiprofesionales no tienen únicamente una función diagnóstica ya que la LISMI, en la parcela educativa, les confiere la misión de garantizar las diversas atenciones que requiere el deficiente (art. 28.1.), lo que da carta de naturaleza a la intervención, en el proceso educativo, de los profesionales que han estado a caballo entre tareas pedagógicas y rehabilitadoras. Las consecuencias de esta situación, a las que el

desarrollo de la Ley de Integración ha puesto fin, han sido la adscripción o la dependencia de estos profesionales de diferentes departamentos, lo que complicaba a Administración y administrados en una cierta confusión de competencias.

Esta exigencia de la LISMI referida al personal ha tenido su reflejo en el artículo 25 del Real Decreto 334/1985 que ordena la educación especial. Nuevamente, en este tema, se pueden apreciar las consecuencias económicas que el Ministerio de Educación y Ciencia ha previsto y que contribuyen a dar credibilidad a las actuaciones de referencia. En efecto, el concurso de otras profesiones en la educación especial queda recogido inicialmente en el anexo I de la Orden de 5 de junio de 1986, sobre aplicación del régimen provisional de subvenciones a centros docentes privados de educación especial para el curso 1985-1986, en el que se contempla la existencia de logopedas y psicoterapeutas en los módulos subvencionables.

D.- Individualización y flexibilización de la enseñanza. Su aplicación temprana

El Real Decreto de 6 de marzo de 1985 contiene referencias abundantes en su articulado a la enseñanza personalizada y a la individualización del proceso educativo; referencias que la misma norma determina que deben desarrollarse en el plazo de seis meses en lo que se refiere a la proporción entre personal docente o de otro tipo y alumnos. Naturalmente, el establecimiento de estas proporciones resulta básico porque de las mismas se deriva que pueda producirse una atención más o menos intensa, más o menos individualizada hacia el alumno que la precisa.

En este sentido, la Orden de 30 de enero de 1986 da cumplimiento a la disposición final primera del Real Decreto de

Ordenación de la Educación Especial al establecer las proporciones de personal/alumnos en esta modalidad, y si esta modulación hay que interpretarla como orientada a hacer realidad el criterio de individualización, como manifestación de flexibilidad hay que reconocer la Orden de 14 de mayo de 1986 que revisa dichas proporciones establecidas cuatro meses antes.

Asimismo, y con el fin de que en los centros específicos puedan llevarse a cabo, con carácter gratuito, los tratamientos y atenciones personalizadas, se dicta la Orden de 5 de junio de 1986, sobre aplicación del régimen provisional de subvenciones a centros docentes privados, de la que hay que destacar tanto la importancia de su contenido como el hecho de que su publicación en el BOE coincida con la finalización del curso para el que ha sido dictada.

En relación con el inicio del proceso educativo que ha de resultar tan precoz como sea posible, el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial enmienda un error conceptual de la LISMI al mencionar, en su artículo primero, la necesidad de una atención educativa temprana, que no precoz.

Con base en este texto, la Administración educativa ha venido suscribiendo convenios de colaboración con Comunidades Autónomas, Diputaciones y Ayuntamientos con la finalidad de integrar a niños con minusvalías en centros ordinarios de educación infantil. Como consecuencia de estos convenios, el Ministerio ha proporcionado los necesarios equipos cuya finalidad es el prestar apoyo y tratamiento a estos escolares.

La necesidad de la atención temprana queda recogida de nuevo en la LOGSE, cuyo artículo 37.2. dice textualmente: "La atención a los alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección.".

E.- Educación y minusvalías graves

El Real Decreto que se viene analizando comienza, en su artículo primero, reiterando el derecho de todos los ciudadanos a la educación y prevé el recurrir a la educación especial cuando los circunstancias lo hagan necesario. Asimismo, reconoce en el artículo catorce que los tratamientos y atenciones personalizadas estarán en función de las características y necesidades de los alumnos que lo precisen. Así pues, la norma, sienta las bases para que la educación especial pueda extenderse a todos aquéllos que, por la gravedad de su minusvalía, han permanecido, y lamentablemente aún permanecen, desprovistos de atención educativa, al menos de atención educativa reglada.

Este es un punto en el que el Ministerio aún no ha ido más allá a pesar del general convencimiento de que es preciso actuar y hacerlo pronto. Acaso la dificultad haya que buscarla en las rigideces estructurales del propio Ministerio que impiden dotar de maestros y personal pedagógico a grupos de educandos si previamente no se ha constituído, administrativamente, como aula de educación especial.

Los esfuerzos de la administración educativa se han detenido, por ahora, en el reconocimiento que hace la Orden de 18 de septiembre de 1990 de la existencia de alumnos que requieren adaptaciones muy significativas de los elementos del curriculum ordinario, lo que implica una mejor atención de quienes, estando escolarizados, presentan deficiencias más graves. Sin embargo, en la medida en que la norma se refiere a alumnos hay que entender que persisten excluídos quienes, teniendo deficiencias más profundas, están fuera -físicamente- del sistema escolar y, por tanto, no resultan aún susceptibles de este tipo de atención.

F.- Formación Profesional

La Formación Profesional Especial quedó planteada en el artículo 31 de la LISMI dentro del marco de la educación especial, y el Decreto de 6 de marzo de 1985, que la regulaba en sus líneas generales, le otorgaba una duración equivalente para la Formación Profesional de primer grado, con los mismos contenidos y objetivos.

G.- Participación

La LISMI reconocía la particularidad de los equipos multiprofesionales en cuanto a la participación del control y la gestión de los centros, de acuerdo con el Estatuto de Centros Escolares, vigente en el momento de su promulgación. A este respecto, cabe decir que no se ha producido un desarrollo específico del citado artículo ya que el Estatuto de Centros Escolares quedó derogado como consecuencia de la promulgación de la Ley Orgánica del Derecho a la Educación y la puesta en práctica de los correspondientes Consejos Escolares que no contemplan las circunstancias concretas que puedan concurrir en los equipos especializados.

4.3.1.2. Las Comunidades Autónomas

Son seis las Comunidades Autónomas que hasta la fecha han asumido competencias plenas en materia de educación, habiéndoseles traspasado los correspondientes servicios[8]. Esta asunción de competencias plenas por parte de estas Comunidades es preciso ponerla en relación con el artículo 149.2 de la Constitución, que asigna al Estado como deber y atribución esencial el servicio de la cultura. Quiere ello decir que las Comunidades que ejercen dichas competencias no sólo desenvuelven su actividad en el marco

fijado por la Constitución, sino que su potestad normativa ha de desarrollarse sin que contradiga las líneas generales de la normativa del Estado que, en este caso, resulta supletoria de la autonómica.

Es destacable el hecho de que las disposiciones emanadas de estas comunidades en materia de educación especial -incluído el proceso de integración- lo reconocen inserto en la legislación general del Estado en la materia, pero solo en contadas ocasiones hacen reconocimiento expreso de que esas normas puedan resultar inspiradas en la LISMI.

A.-País Vasco

En virtud del Real Decreto 3159/1980, de 30 de diciembre, se traspasan servicios del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Educación Especial.

Sobre esta base, el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, junto con expertos en este campo, elaboran el Plan de Educación Especial del País Vasco, cuyos trabajos finalizan el 1 de junio de 1982. El contenido de dicho Plan queda aprobado mediante Orden del Departamento de Educación del 2 de septiembre de 1982, por la que se regulan las enseñanzas de Educación Especial en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El contenido básico del Plan guarda grandes similitudes con el Plan Nacional de Educación Especial en cuanto a los principios de integración, sectorización y normalización que lo inspiran sin que, por otra parte, la Orden de referencia, a pesar de que su promulgación es posterior a la LISMI, haga alusión a la Ley General de Educación de 1970 pero no a la Ley de Integración Social de Minusválidos.

Cabe decir que las disposiciones posteriores emanadas del Departamento de Educación que crean equipos multiprofesionales, convocan subvenciones para la gratuidad de la educación especial o para equipos de apoyo del sistema educativo y establecen módulos económicos por unidad escolar, no hacen referencia alguna a la Ley de Integración, aunque es evidente que las líneas generales de la misma quedan recogidas en este conjunto de normas.

En todo caso, la política educativa de la Comunidad apuesta decididamente por la integración de los escolares minusválidos en el red ordinaria de centros escolares, proceso que en esta Comunidad puede resultar más dificultoso que en otras para ser llevado a la práctica debido a la excelente red de equipamiento de centros específicos de que dispone el País Vasco y que hace que los propios usuarios sean menos proclives al cambio que supone una educación integrada.

El refuerzo de la integración se materializa en el Decreto 154/1988, de 14 de junio, por el que se regula la creación y funcionamiento de los centros de orientación pedagógica, una de cuyas áreas de actuación es la educación especial y que, entre otras funciones, tienen la de ofrecer a los centros el apoyo pedagógico necesario para el diagnóstico y resolución de problemas de aprendizaje o que recaben un especial seguimiento desde el punto de vista psicológico.

B.- Cataluña

La Secretaría General del Departamento de Enseñanza, en la Circular de 4 de septiembre de 1981, recoge los principios inspiradores del Plan Nacional de Educación Especial y establece los criterios de actuación en este campo. Esta norma hay que

interpretarla como un deseo de dar respuesta positiva al traspaso de competencias en materia de educación que habían quedado asumidas como consecuencia del Real Decreto 2809/1980, de 3 de octubre.

De hecho, la ordenación de este campo se produce mediante el Decreto 117/1984, de 17 de abril, de la Consejería de Enseñanza, sobre Ordenación de la Educación Especial para su integración en el sistema educativo ordinario que pretende dar cumplimiento al artículo 49 de la Constitución y a las correspondientes disposiciones contenidas en la LISMI. Está basado en los principios que inspiran toda la política estatal en materia de educación de minusválidos y cabe decir del mismo que si bien todo él está teñido de un fuerte tinte integrador, no se han producido las necesarias normas de desarrollo.

El propio Decreto determina la exigencia de que el Departamento de Enseñanza establezca un plan de implantación progresiva. Este plan contempla una serie de actuaciones de la Administración Educativa que forman parte de un conjunto de medidas dirigidas a la mejora del sistema y la renovación pedagógica y que comprende, entre otras: los centros de recursos, las orientaciones y programas, planes de formación e investigación, etc...[9].

Dentro de estos criterios, y en concordancia con la legislación general del Estado, el Departamento de Enseñanza viene publicando las convocatorias de ayudas no sólo para hacer viable la gratuidad de la enseñanza, sino para hacer frente a los gastos derivados de los servicios técnicos complementarios.

En esta línea, y con la finalidad de proponer criterios técnicos para aplicar la reforma educativa y la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales, de acuerdo con el citado Decreto de Ordenación de la Educación Especial, se ha creado

por Orden de la Consejería de Enseñanza, de 15 de junio de 1990, la Comisión Técnica de Educación Especial.

Asimismo, se han dictado normas de matriculación en los centros docentes públicos que imparten enseñanza primaria en las que se obliga a dichos centros a informar públicamente de los recursos materiales y humanos que favorezcan la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales, cuyo número no podrá exceder de dos en cada unidad.

C.- Galicia

La Comunidad Autónoma de Galicia se ha sumado a las corrientes pedagógicas imperantes en el resto de España en la atención escolar de los alumnos con minusvalías en general y a su integración en el sistema ordinario en particular.

Sin embargo, no puede considerarse que las actividades y planteamientos de la Consejería de Educación de la Junta de Galicia constituyan un desarrollo formal de la LISMI puesto que únicamente la Resolución de 6 de junio de 1984, de la Dirección General de Educación Básica, por la que se convocan cursos de formación de profesores especializados en Pedagogía Terapeútica, hace mención a la necesidad de contar con personal preparado para hacer posible la integración de la persona con minusvalía en el sistema ordinario, recibiendo para ello los oportunos apoyos. Esta disposición, a pesar de su carácter provisional -en tanto no se aprueba el Plan de Formación del Profesorado- se reproduce en otra de contenido similar, de 4 de julio de 1985, con el propósito de la Consejería de Educación de mejorar la atención de los alumnos disminuídos.

Asimismo, y enmarcada en la legislación del Estado, existe una cierta profusión normativa orientada a la convocatoria de ayudas de funcionamiento de centros de educación especial y subvenciones para hacer efectiva la gratuidad de la enseñanza.

En el campo de la integración escolar, la Consejería de Educación ha regulado los equipos psicopedagógicos de apoyo y viene dictando disposiciones anuales para la planificación de la educación especial y experimentación de la integración en los correspondientes cursos académicos.

La timidez con que la Comunidad Gallega se incorporó al proceso de integración en beneficio de los centros especiales (en 1986 había 213 unidades de educación especial en centros específicos frente a 8 en centros ordinarios) queda paliada, no sólo con las normas anuales a las que se ha hecho referencia en el párrafo anterior, sino con la Orden de 13 de abril de 1989, por la que se establece con carácter experimental la integración de alumnos con minusvalías en centros ordinarios de enseñanza media para el curso 1989/90, ya que "... los resultados académicos alcanzados por muchos alumnos con minusvalías aconsejan regular y potenciar su integración en los centros de enseñanzas medias", según reza la exposición de motivos de la Orden. Será interesante seguir con atención este proceso para conocer los resultados del mismo por lo que respecta a los alumnos con necesidades educativas especiales. En todo caso, la experiencia ha sido ampliada, mediante Orden de 9 de mayo de 1990, a los centros ordinarios de bachillerato, formación profesional y artes aplicadas y oficios artísticos que soliciten poner en marcha, con carácter experimental, proyectos de integración educativa de alumnos con minusvalías.

Completa el cuadro normativo el Decreto 77/1986, de 20 de marzo, por el que se regulan los criterios de admisión de alumnos en centros docentes no universitarios sostenidos con fondos

públicos, que establece como criterio complementario para la admisión de alumnos la existencia de minusvalías del alumno y de sus padres yo hermanos en edad escolar.

D.- Andalucía

Con independencia de las normas que regulan ayudas institucionales para hacer realidad la gratuidad de la enseñanza en el campo de la educación especial, la actividad de esta Comunidad Autónoma en el mismo, y de manera específica en lo que a la integración atañe, está apoyada formalmente en la LISMI, en el Decreto de 6 de marzo de 1985 y en los principios que inspiran ambas disposiciones. Ello se hace patente en la Orden de 19 de junio de 1984, por la que se regulan las ayudas institucionales para funcionamiento de centros de educación especial, así como en la de 15 de marzo de 1985 que convoca cursos de formación de profesores especializados en Pedagogía Terapeútica.

Asimismo, los cursos 86/87 y 87/88 fueron objeto de planificación en materia de educación especial siguiendo una fase experimental regulada por Ordenes de 25 de marzo de 1986 y 27 de abril de 1987. Este tipo de normas, que encerraban cierto carácter de provisionalidad, han quedado subsumidas en otras de carácter más amplio, de periodicidad también anual, la última de las cuales es la Resolución de 16 de julio de 1990, de la Dirección General de Planificación y Centros, sobre organización y funcionamiento de los centros de preescolar, educación general básica y educación especial para el curso 1990-1991, en la que se regula el programa de integración y los profesionales de apoyo a la integración.

La escolarización de alumnos, tanto en la modalidad de educación especial como en preescolar y educación general básica, queda regulada en la Resolución de 13 de mayo de 1986 que, si bien

está orientada al desarrollo de la LODE, recoge los criterios generales imperantes en la materia. Cabe destacar en relación con esta norma, aunque es previa a la misma, la Orden de 27 de diciembre de 1985, sobre la supresión de barreras arquitectónicas en los edificios escolares públicos, que se manifiesta como voluntad patente de posibilitar con eficacia la integración escolar, proceso que, dada la escasez de centros de educación especial en Andalucía, se presume menos laborioso que el que se lleva a cabo en otras Comunidades con mejores dotaciones de centros específicos.

E.- Comunidad Valenciana

A partir del Real Decreto 2009/1983, de 27 de junio, en que se traspasan a la Comunidad Valenciana las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de educación, la Consejería de Cultura, Educación y Ciencia comienza a articular una política de modulación de subvenciones con el fin de conseguir la efectiva gratuidad de la enseñanza. La Orden de 12 de diciembre de 1985, sobre actualización de los módulos, hace referencia expresa al Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, como el introductor de sustanciales innovaciones en relación con la educación de disminuídos e inadaptados. Sin embargo, es la Orden de 30 de abril de 1986, sobre planificación de la educación especial y experimentación de la integración para el curso 86/87 en centros ordinarios, la que, basada en el citado Real Decreto, asume formalmente las líneas generales de la política de integración puesta en práctica desde el Ministerio de Educación y Ciencia, sin que dicha norma contenga diferencias importantes con las emanadas de la Administración Central para la planificación y experimentación de la integración escolar.

Aunque no puede considerarse en sentido estricto una norma dictada en desarrollo de la LISMI, hay que mencionar el Decreto 136/1984, de 10 de diciembre, que crea los Servicios Psicopedagógicos Escolares en la Consejería de Cultura, Educación y Ciencia. Esta disposición intenta refundir los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional, los Equipos Multiprofesionales, los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, los Institutos de Psicología Aplicada y los Gabinetes Sociopsicopedagógicos.

La organización de estos servicios ha quedado plasmada mediante el Decreto 53/1989, de 18 de abril, y, en desarrollo del mismo, la Orden de 14 de febrero de 1990 fija las normas para su funcionamiento.

Estos servicios psicopedagógicos inciden en la educación de escolares con minusvalías mediante la detección de los alumnos con dificultades de aprendizaje o problemas que afectan al desarrollo, diagnóstico y valoración multidisciplinar, elaboración de programas de desarrollo individual así como la promoción de la integración ene l sistema general de educación del alumno con necesidades especiales.

En línea con los criterios del Ministerio de Educación y Ciencia y otras administraciones educativas, se ha dictado la Orden de 15 de Junio de 1990 que aprueba instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de centros docentes de educación preescolar, general básica, especial, bachillerato y formación profesional dependientes de la Generalitat Valenciana. En esta norma se regulan tanto las programaciones como la estructura de los centros, horarios, etc... y en ella se presta destacada atención a los alumnos con necesidades educativas especiales así como a los centros de educación especial.

Cabe, finalmente, destacar cómo la aplicación del régimen de ayudas para el funcionamiento de centros de educación especial en régimen de gratuidad, regulada por Orden de 12 de febrero de 1986, cuyo contenido quedó actualizado mediante la regulación de módulos de ayudas institucionales (O.M. 28.7.86) para dar cumplimiento a las previsiones contenidas en la LISMI, ha sido sustituído por el sistema de conciertos previsto en la LODE y desarrollado a partir de la Orden de 27 de diciembre de 1988 de la Consellería de Cultura, Educación y Ciencia.

F.- Canarias

La Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Canarias ha dictado algunas disposiciones que, mediante la técnica de subvención o el régimen de conciertos, tiende a hacer efectiva la gratuidad de la educación especial a partir del curso 85/86. Sin embargo, desde la atribución de las funciones y servicios en materia de educación realizada mediante el Real Decreto 2091/1983, de 28 de julio, no se produce ninguna norma de ámbito autonómico que pueda considerarse desarrollo específico de la LISMI hasta el Decreto de 24 de octubre de 1986, de Ordenación de la Pedagogía Terapeútica en un sistema integrador.

Con posterioridad a la misma, se publica la Orden de 28 de abril de 1989 que regula la planificación de la educación especial en la Comunidad de Canarias y cuyo artículo 19 señala que la atención a alumnos con necesidades educativas especiales se establecerá a través de la implantación de proyectos de aulas-taller cuya realización con carácter experimental, para el curso 89/90, se convoca por Resolución de 23 de octubre de 1989.

Una circunstancia formal de la normativa canaria consiste en denominar pedagogía terapeútica lo que en la LISMI y sus

disposiciones de desarrollo, tanto de ámbito estatal como autonómico, se denomina educación especial, lo que se mantiene, al menos, hasta la Orden de 14 de marzo de 1990 que regula los procedimientos de admisión de alumnos en los diversos centros para el curso académico 1990/1991.

Un segundo elemento diferenciador radica en que la integración en centros ordinarios no se produce directamente, es decir, no se integra al alumno minusválido en el aula, sino que se integran una o varias unidades de pedagogía terapeútica en un centro ordinario. Cabe hablar de una integración de segundo grado a la que se le dota de los servicios concurrentes que consisten en Equipos Psicopedagógicos, Equipos de Apoyo, Residencia, Transporte y Comedor, desarrollados en el Decreto con cierta minuciosidad.

La referida norma de 24 de octubre de 1986 reproduce en su disposición adicional primera el contenido de las adicionales segunda y tercera del Real Decreto de 6 de marzo de 1985 en cuanto a la posibilidad de concertar con las autoridades y establecimientos sanitarios las dotaciones pedagógicas para los alumnos hospitalizados.

Finalmente, la disposición adicional segunda tiene en cuenta la supresión de barreras arquitectónicas en la construcción y reforma de centros docentes como elemento imprescindible para hacer viable la integración.

4.3.1.3.La actividad de las restantes Comunidades Autónomas en materia de educación especial

En las Comunidades Autónomas que no han asumido competencias en el campo de la educación, éstas cumplen una función de ejecución de la normativa de ámbito estatal, por lo que el análisis sobre el

desarrollo de la LISMI se corresponde al ya realizado en los epígrafes precedentes referidos a la acción de la Administración del Estado.

Sin embargo, existen acciones puntuales de colaboración entre la Administración Central y algunas Comunidades Autónomas que resultan destacables.

Así, el 31 de julio y el 5 de noviembre de 1986, sendas Resoluciones, de la Dirección General de Coordinación y de la Alta Inspección, del Ministerio de Educación y Ciencia, dan publicidad a los convenios firmados entre este Departamento y las Comunidades Autónomas de Madrid y La Rioja respectivamente, con la finalidad de iniciar los programas de atención temprana e integración en centros de educación infantil de niños con alguna deficiencia. Ambos convenios reflejan la voluntad de coordinación con el programa de integración derivado de la LISMI y del Real Decreto 334/85.

Para el desarrollo de estos programas de integración temprana, el Ministerio de Educación proporciona, entre otros recursos, equipos de apoyo compuestos de psicólogo, pedagogo, logopeda y asistente social.

De estos convenios se derivan a su vez otras acciones concertadas entre las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos. En el caso de la Comunidad de Madrid, es el Decreto de la Consejería de Educación y Juventud 88/86, de 11 de septiembre, el que regula los convenios con los Ayuntamientos para la atención educativa a la población infantil de 0-5 años.

En esta línea de cooperación entre la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Educación y Ciencia para el desarrollo de la educación temprana, es destacable la Orden de la Consejería de

Educación y Juventud, de 22 de mayo de 1986, sobre planificación de ayudas para la integración de niños con deficiencias en guarderías y escuelas infantiles en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Esta norma contiene una doble referencia: en su vertiente de integración ésta la constituye el Real Decreto 334/1985, y en su faceta de educación infantil se inspira en la Orden de Selección de Centros Públicos para el Plan Experimental de Educación Infantil, de 1 de abril de 1986. Como consecuencia de esta planificación se vienen convocando anualmente ayudas para integración de niños con necesidades educativas especiales en

escuelas infantiles, la última de las cuales es de 25 de abril de 1991.

4.3.2. Normas incidentes en la materia

El modelo pedagógico surgido como consecuencia de la LISMI y desarrollado primordialmente a través del tantas veces referido Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo de ordenación de la educación especial, recibe un nuevo impulso a través de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) que dedica a la educación especial el capítulo V del Título I que comprende las enseñanzas de régimen general.

De esta Ley, y en concreto de sus artículos 36 y 37, conviene destacar cómo la educación especial en las modalidades de escolarización que en cada caso proceda, no queda determinada en función de colectivos concretos y tipificados (alumnos con deficiencia mental, parálisis cerebral, etc.), sino que aparece como una posibilidad abierta a cualquier alumno del sistema que,

en un momento determinado, de manera permanente o circunstancial, precisa de algún tipo de apoyo o atención. Así, el término "alumnos con necesidades educativas especiales" no es, como podría parecer, un eufemismo referido a grupos concretos, sino referencia a una circunstancia que puede afectar a cualquier alumno del sistema, sin prejuzgar su capacidad de aprendizaje. No se tata aquí de hacer un comentario pormenorizado de la LOGSE pero conviene destacar que en cuanto resulta ser la formulación normativa de la reforma de la enseñanza, recoge los postulados de integración en los diferentes niveles, etapas y ciclos del sistema educativo lo cual es un avance en relación con la situación anterior, aunque, al mismo tiempo, presenta dificultades -como la integración en la educación secundaria- que constituyen un desafío cuya respuesta se intuye difícil.

Con la globalidad de una Ley Orgánica, la LOGSE formula nuevos planteamientos de la Formación Profesional que requerirán en el futuro el correspondiente desarrollo normativo. De ahí que, para poder conocer la ideología que subyace en la norma, convenga recurrir como documento previo al Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo en donde, en su capítulo X referido a los alumnos con necesidades educativas especiales señala cómo "para posibilitar la preparación profesional y la formación laboral de los alumnos con deficiencias más graves se realizarán las adaptaciones necesarias en los módulos profesionales, especialmente en los que se oferta al finalizar la enseñanza obligatoria".

La LOGSE abre también las puertas a la participación, en el título preliminar, al señalar como un principio que informará la actividad educativa, la participación y colaboración de los padres o tutores para contribuir a la mejor consecución de los objetivos educativos. Por lo que se refiere a la educación especial, la ley obliga a las Administraciones educativas a regular y favorecer la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten

a la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales..

Como elemento esencial del proceso integrador, ya se ha citado, el papel de los equipos multiprofesionales en cuento mecanismos de apoyo ha sido reconicido en la LISMI y sus disposiciones de desarrollo. Este papel queda reconocido, a partir de 1986, en las diferentes Leyes de Presupuestos Generales del Estado, cuyos anexos regulan los módulos subvencionables en los que se incluyen, además de logopedas y psicoterapeutas que venían siendo subvencionados con carácter provisional, los cuidadores quienes se incorporan así al elenco de profesionales vinculados directamente con la educación de alumnos con discapacidades.

En relación con los apoyos cabe reseñar la Orden de 25 de febrero de 1988 por la que se convocan, para el curso 1988/89, con carácter experimental, Proyectos de Apoyo Psicopedagógico y Orientación Educativa en Centros de Educación General Básica, en cuya exposición de motivos se reconoce que "..el tratamiento de las necesidades educativas especiales, dentro de los centros ordinarios, tal como el propio proyecto para la reforma de la enseñanza reconoce expresamente, y conforme ya se está llevando a cabo en la experiencia de los centos de integración, aconseja también la incorporación a estos centros de recursos personales y materiales (profesores de apoyo, logopedas) que deben actuar coordinadamente".

4.4.-OTRAS ACTUACIONES Y REALIZACIONES

Con carácter nacional, y dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia, existían tres institutos: el de Reeducación

de Inválidos, el de Pedagogía de Sordos y el de Pedagogía Terapéutica, creados en los años 1931, 1947 y 1967 respectivamente.

Como consecuencia de la mayor oferta de servicios escolares en todas las provincias, estos centros habían perdido su carácter nacional, que no tenía ya ningún sentido, para escolarizar alumnos de la Comunidad Autónoma de Madrid y, en su etapa final, únicamente de su capital.

Por ello, el Real Decreto 967/1986, de 11 de abril, ha transformado los tres institutos en centros específicos de educación especial en régimen ordinario, adecuando la acción del Ministerio de Educación y Ciencia a las directrices de la LISMI y a los criterios de normalización, integración y sectorización educativa.

Simultáneamente a la transformación de dichos institutos, se ha creado, mediante el Real Decreto 969/1986, de 11 de abril, el **Centro Nacional de Recursos**, con la finalidad de potenciar la investigación y la formación de profesionales de las distintas áreas de la educación especial así como de adaptar y producir material e instrumentos pedagógicos para los alumnos con deficiencias. El Centro se constituye así como lugar de elaboración, reflexión y experimentación de las orientaciones básicas emanadas del Ministerio de Educación y Ciencia en relación con la educación especial, según reza el preámbulo del Real Decreto.

La creación de este Centro ha venido a llenar una laguna puesta de relieve entre los profesionales que se ocupan de la educación especial, precisamente por su propia naturaleza de organismo de apoyo a la tarea de estos profesionales que, hasta ahora, no siempre han encontrado los necesarios soportes técnicos que les ayuden a realizar con eficacia su labor.

Se deben señalar también otras acciones que se han llevado a cabo desde el Ministerio de Educación y Ciencia que, en unos casos, han hecho posible el desarrollo de los diferentes programas mientras que, en otros, han cubierto necesidades especiales de algunos alumnos cuya atención no quedaba plenamente cubierta desde los programas en marcha. En este sentido, cabe destacar:

* **Equipos Interdisciplinares de sector:** A lo largo de los años de desarrollo de la LISMI estos equipos interdisciplinares han aumentado considerablemente su número. De igual forma, se ha dotado a diferentes provincias del territorio administrado por el Ministerio de Educación y Ciencia de Equipos Específicos con la finalidad de completar la tarea de los Equipos de Sector en relación con la valoración de las necesidades especiales derivadas de déficit motor, auditivo o autismo. El esfuerzo del Ministerio en dotar al sistema educativo del número suficiente de estos equipos, contrasta con los diferentes criterios de funcionamiento -tanto a la hora de establecer los diagnósticos como en sus funciones de apoyo- no solo entre las diferentes provincias, sino entre los diferentes equipos de una misma provincia.

* En relación con la atención educativa a los alumnos con deficiencia visual el Ministerio de Educación y Ciencia ha suscrito un Convenio Marco con la Organización Nacional de Ciegos Españoles, que se está concretando en diferentes provincias mediante convenios provinciales.

* Como consecuencia de los convenios para la atención temprana suscritos con Comunidades Autónomas no transferidas, a los que se ha hecho alusión en el epígrafe anterior, en la actualidad, un total de 55 **Equipos Interdisciplinares de Atención Temprana** está, ofreciendo su atención a niños con diversas deficiencias, cuyas edades están entre 0 y 6 años, y que están integrados en escuelas infantiles ordinarias.

* En desarrollo del artículo 29 de la LISMI que establece la atención pedagógica a niños que están hospitalizados para evitar su marginación del sistema educativo, se ha puesto en funcionamiento en 24 instituciones hospitalarias con servicios pediátricos, un total de 32 unidades escolares.

* Por lo que respecta a la Formación Profesional de alumnos con discapacidades, en el período de tiempo que se está analizando, el Ministerio de Educación y Ciencia ha puesto n marcha 124 secciones de Formación Profesional en su modalidad de aprendizaje de tareas en otros tantos centros de educación especial en todo el país, siendo 73 en centros públicos y 51 en centro concertados. Estas secciones suponen 292 unidades de Formación Profesional lo que representa una oferta de 5.840 puesto escolares de este nivel y modalidad. Asimismo, el Ministerio ha puesto en marcha 6 secciones de Formación Profesional Especial, modalidad adaptada, con 21 unidades que dan lugar a una oferta de 671 puestos escolares.

Por otra parte, en el curso 1989/1990 se abrió la posibilidad de que los alumnos con necesidades educativas especiales que realizan su preparación laboral en Secciones de Formación Profesional Especial (modalidades de aprendizaje de tareas y adaptada) realicen prácticas en alternancia en empresas con las que se establezca este acuerdo. En la actualidad hay que un total de 312 alumnos con discapacidad que están recibiendo esta formación.

* El reconocimiento del derecho de todo niño a recibir educación con independencia de la gravedad de su minusvalía, a que se ha hecho referencia en el epígrafe E, ha llevado a escolarizar en centros de educación especial a alumnos muy gravemente afectados aunque no es posible determinar su cifra exacta. Con todo, la aprobación de la Orden de 18 de Septiembre de 1990, ya mencionada

en dicho epígrafe, ha actualizado la proporción entre profesionales/alumnos lo que está permitiendo un incremento de profesionales especializados en los centros para atender el mismo número de alumnos.

* El Ministerio de Educación y Ciencia ha venido, asimismo, actuando en la adaptación de centros públicos y en la eliminación de barreras arquitectónicas, así como en le mejora de equipamiento específico para los alumnos con discapacidades. En el anexo III se recogen los datos de los dos últimos años, así como el presupuesto para 1992.

Hay que destacar que, a pesar de este esfuerzo presupuestario, y en evidente contradicción con la política global del Ministerio, aún se siguen construyendo centros de educación, en diversos niveles, con barreras arquitectónicas.

Todo el proceso de integración requiere una evaluación periódica. Así lo ha entendido el MEC y, en 1988, elaboró un primer informe titulado "Evaluación de la Integración Escolar" que ha quedado completado con una segunda publicación que recoge las conclusiones y sugerencias de la evaluación realizada en el período 1985-1989. Esta positiva actitud del Ministerio de Educación y Ciencia convendrá que sea contrastada con la evaluación que pueda realizarse desde las familias cuyos hijos se encuentran en este proceso y cuya realización compete, en principio, a las propias organizaciones que agrupan a estas familias.

* * *

La educación de los niños con minusvalía tiene ante sí algunos retos importantes cara al futuro:

En primer lugar, el perfeccionamiento de las disposiciones y de los recursos que hagan posible no sólo la gratuidad de la enseñanza -prácticamente conseguida-, sino el dotar a la educación de niños con necesidades especiales de todos los medios y apoyos que garanticen su eficacia.

Por ello, es preciso no sólo la continuación, y en su caso el incremento presupuestario por parte de las Administraciones Educativas, sino la mejora de la gestión administrativa de manera que no se originen las disfunciones que en estos años de aplicación del nuevo sistema se están derivando.

En segundo lugar, la integración escolar, derivada inicialmente del Decreto de 1985 y entroncada en la reciente LOGSE, plantea interrogantes de futuro.

La aplicación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo requiere, como los propios responsables del Ministerio de Educación y Ciencia han puesto de relieve, cambios importantes en el sistema educativo, cambios que la propia Ley afronta y cuyo desarrollo y puesta en práctica consumirá los próximos cursos académicos.

Los alumnos con necesidades educativas especiales van a beneficiarse de este proceso aunque hay aún algunos aspectos -como la integración en secundaria- que aún no han sido suficientemente abordados ni resueltos.

Parece, en opinión de los expertos, que los aprendizajes académicos en un marco de educación integrada, en el caso de alumnos cuya discapacidad esté originada por una deficiencia mental, se resiente en beneficio del enriquecimiento como persona. Cabría decir, simplificando la afirmación, que un alumno de estas características aprende menos pero adquiere mayores y mejores

pautas de sociabilización. El reto de los próximos años está en conseguir que ambas facetas se enriquezcan en paralelo y que, estos alumnos, aprendan y se integren sin que se resienta ninguna de ellas.

A modo de conclusión global, hay que reseñar cómo las disposiciones comprendidas en la LISMI han sido inspiradoras y han quedado subsumidas en otras disposiciones posteriores, algunas de rango superior. Buen fin para una ley, que su espíritu y sus postulados hayan perdido su valor en cuanto norma autónoma para pasar a formar parte del ordenamiento que el país ha dotado para todos los alumnos, tengan o no necesidades especiales.

N O T A S

(1) De hecho, la elaboración del Plan Nacional de Educación Especial constituye la respuesta a un mandato de la Junta de Gobierno del Real Patronato de Educación Especial creada por Decreto de 9 de abril de 1976.

(2) Recuérdese la emisión de bonos lanzada por el Ministerio de Hacienda cuya campaña de publicidad tenía como slogan "Para que todos nuestros hijos tengan escuela".

(3) M. AZNAR, P. AZUA y E. NIÑO: Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982. Págs. 113 y sgts.

(4) REAL PATRONATO DE EDUCACION ESPECIAL: Plan Nacional de Educación Especial. Madrid. Ed. conjunta, Fundación General Mediterránea. Dirección General de Servicios Sociales, SEREM, 1979. Págs. 188 y 189.

(5) Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, art. 10.1.: "Las ayudas de educación especial se destinarán a colaborar en los gastos que tengan que satisfacer las personas que, por su deficiencia o inadaptación, precisan de aquélla".

(6) A. MARCHESI: La situación educativa en España y el proyecto de Real Decreto sobre la integración escolar de los niños disminuídos, en "Integración en EGB: una nueva escuela". Madrid. Fundación Banco Exterior. Colección Seminarios y cursos. 1986. Págs. 7-10.

(7) MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA: Guía de la Integración. Madrid, 1986. Págs. 7-10.

(8) País Vasco (R.D. 2808/1980, de 26 de septiembre), Cataluña (R.D. 2809/1980, de 3 de octubre), Galicia (R.D. 1763/1982, de 24 de julio), Andalucía (R.D. 3936/1982, de 29 de diciembre), Comunidad Valenciana (R.D. 2009/1983, de 27 de junio), Canarias (R.D. 2091/1983, de 28 de julio).

(9) C. GINE: La Educación Especial y la Integración Escolar de los Niños Disminuídos en Cataluña, en "Integración en EGB: una nueva escuela". Madrid. Fundación Banco Exterior. Colección Seminarios y cursos. 1986. Págs. 37-42.

Cuadro Nº 1

DATOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACION EN E.G.B. A 20-9-91

	CENTROS			PROFESORES			PUESTOS ESCOLARES		
CURSO	PUBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PUBLICOS	PRIVADOS	TOTAL	PUBLICOS	PRIVADOS	TOTAL
85/86	152	29	181	304	58	362	1824	348	2172
86/87	146	24	170	444	77	521	2360	404	2764
87/88	87	5	92	320	34	354	2352	156	2508
88/89	106	10	116	299	25	324	3024	140	3164
89/90	158	36	194	422	82	504	4092	472	4564
90/91	132	12	144	422	60	482	3652	512	4164
91/92	47	10	57	226	32	258	3312	504	3816
TOTALES	828	126	954	2437	368	2805	20616	2536	23152

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia

Cuadro Nº 2

EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE SECTOR

Perfil	Situación Laboral							TOTAL
	Definitivo	Comisión Servicios	Contratado Laboral	Otras Situaciones				
				Contrato Temporal	Excedente	Interino	Otras	
Pedagogo	211	75	191	1	0	10	2	490
Psicólogo	221	53	197	1	0	16	3	491
Tbr.Social	0	0	267	0	0	0	1	270
Médico	1	0	8	0	0	0	0	9
Logopeda	0	22	51	0	0	8	0	81
Profesor Itinerante	4	9	1	0	0	4	7	25
TOTAL	437	159	717	2	0	38	13	1366

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia

Cuadro Nº 3

PRESUPUESTO PARA SUPRESION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS Y EQUIPAMIENTO EN CENTROS QUE ESCOLARIZAN ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

AÑO	OBRAS	EQUIPAMIENTO
1988	753.800.000	246.200.000
1989	1.029.800.000	436.200.000
1990	1.165.500.000	275.548.679
1991	1.431.420.000	453.400.000
1992	1.599.233.000	564.628.000

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia

5. INTEGRACION LABORAL

Eusebio Niño Ráez
Asesor del Defensor del Pueblo

I N D I C E

5.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982.

5.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

5.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

5.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por la Administración Central.

5.3.1.1. Empleo ordinario

5.3.1.2. Empleo protegido

5.3.2. Desarrollo autonómico.

5.3.3. Normas incidentes en la materia.

5.4. REALIZACIONES.

ANEXO ESTADISTICO

5. INTEGRACION LABORAL.

El derecho de toda persona a ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado y la consiguiente obligación de los poderes públicos de realizar las acciones políticas que garanticen la efectividad de tal derecho, vienen recogidos en las más solemnes normas internacionales desde la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hasta la Carta Social Europea.

Este último texto muy ilustrativo por lo que aquí nos concierne, establece como garantía del "ejercicio efectivo del derecho al trabajo", el compromiso de los Estados signatarios a reconocer como uno de sus principales objetivos la obtención y el mantenimiento de un nivel lo más elevado y estable posible de empleo, con el fin de lograr "el pleno empleo", así como a tomar las medidas adecuadas para facilitar la formación profesional y la readaptación profesional y social a las personas físicas o mentalmente disminuídas, proporcionándoles un puesto de trabajo "particulamente por medio de servicios especiales de colocación, posibilidades de empleo protegido y medidas destinadas a estimular a los empleadores".

5.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982.

El Derecho español recoge esta problemática ya en la Ley 193/1963, de Bases de la Seguridad Social, cuyo preámbulo al exponer la justificación y directrices de la misma y después de

proclamar "la preocupación preferente sobre los servicios de recuperación y rehabilitación" establecía que éstos "tratarán a toda costa de que el inválido vuelva a su antiguo trabajo o que adquiera la aptitud necesaria para prestar otro distinto en consonancia con su capacidad reducida".

La propia Ley de Bases preveía el establecimiento de una serie de medidas para el cumplimiento de dicho objetivo al disponer que "Sin perjuicio de las normas que se establezcan sobre los cupos de readaptados y rehabilitados a que habrán de dar ocupación las empresas, en proporción a sus plantillas respectivas, y de las que se dicten sobre readmisión por las mismas de sus propios trabajadores una vez terminados los correspondientes procesos de readaptación y rehabilitación, se montarán Centros Piloto para el empleo de quienes se hayan beneficiado de tales procesos" (Base 8a. art. 34).

Estos importantes principios contenidos en la Ley de Bases, no obstante haber sido recogidos en numerosas normas con posterioridad, están muy lejos de haber alcanzado todas sus consecuencias concretas (1) hasta el punto de que la propia Ley 13/1982, en su artículo 40, vino a disponer, casi veinte años después, un plazo de seis meses para que se dictaran "las normas de desarrollo sobre el empleo selectivo regulado en la sección tercera del capítulo VII, del Título II de la Ley General de la Seguridad Social".

En efecto el artículo 151 del Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social, de 21 de abril de 1.966 y de la Ley 24/1972, de 21 de junio, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, disponía que " El Ministerio de Trabajo regulará el empleo selectivo de quienes figuren inscritos en el Registro a

que se refiere el número 4 del artículo anterior, pudiendo a tal fin, entre otras medidas, establecer la reserva con preferencia absoluta de determinados puestos de trabajo.... y fijar los cupos de trabajadores con derecho a empleo selectivo a que habrán de dar ocupación [las empresas] en proporción a sus plantillas respectivas, obligación que podrá sustituirse, previa autorización del indicado Departamento, por el pago de la cantidad que reglamentariamente se determine, cuando se trate de empresas que, en atención a su técnica especial o a la peligrosidad del empleo, no puedan ocupar trabajadores de capacidad disminuída...".

Por su parte, el artículo 152 del Texto Refundido preveía como medidas complementarias del empleo selectivo, entre otras, las siguientes: adaptación de puestos de trabajo, maquinaria y utillaje, eliminación de barreras arquitectónicas, que dificulten el acceso y la movilidad en los centros de producción y el pago de cuotas de la Seguridad Social.

Estas disposiciones se desarrollaban parcialmente por los artículos 10 y 11 del Decreto 2531/1970, de 22 de agosto (2), que extendían la aplicación de la reserva a todos los inscritos en el Registro de Trabajadores Minusválidos y se fijaba en un dos por ciento el cupo de minusválidos que debían emplear las empresas en plantillas superiores a cincuenta trabajadores.

El propio Decreto preveía la posibilidad de reducir hasta en un veinticinco por ciento el salario del minusválido, en proporción a la disminución de su capacidad (art.14) e incluía otra serie de medidas como la concesión de ayudas para fomentar el trabajo autónomo, cooperativo o asociativo de minusválidos, que al igual que las previstas en el artículo 152 del Texto

Refundido antes citado, eran financiadas en los Planes anuales de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo.

El establecimiento de todas las medidas parciales de fomento del empleo de trabajadores minusválidos hasta aquí mencionadas parecía demandar una regulación laboral específica, y esa necesidad fue atendida por el legislador, al incluir en la Ley de Relaciones Laborales, de 8 de abril de 1.976, dentro de las de carácter especial "el trabajo de las personas con capacidad física o psíquica disminuída" (art. 3.c)), sin que las normas de desarrollo de tal relación laboral especial se llegaran a dictar no obstante tener fijado para ello un plazo máximo de dos años (Disp. Adic. 4a.)

En cuanto al trabajo protegido, la situación anterior a la Ley 13/1982, se caracteriza por la fragmentación, desconexión y falta de desarrollo de la sucesiva normativa aplicable en la materia, que lleva a configurar una situación de absoluta confusión, cuyo reflejo más expresivo fue la abundancia de términos acuñados para la denominación de Centros de trabajo protegido de similar naturaleza que llegaron a coexistir en el tiempo: Centros Piloto de carácter especial, Talleres Protegidos, Centros de Empleo para Trabajadores Minusválidos, Centros de Empleo Protegido, Empresas Protegidas, Centros Ocupacionales, Centros Ocupacionales de carácter especial, Talleres Ocupacionales etc. (3).

Dicha confusión tuvo su origen en la vaguedad tanto de la Ley General de la Seguridad Social, como del Decreto 2531/1970, al establecer los citados Centros sin adelantar ninguna definición de los mismos, y en el posterior desarrollo de dichos textos legales efectuado, erróneamente, por las Normas de

aplicación de los sucesivos Planes de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo, que llevaron finalmente a su desnaturalización, al operarse en los mismos un proceso de selección competitiva similar al de cualquier empresa, en virtud del cual, únicamente eran contratados aquellos minusválidos capaces de un rendimiento laboral normal, y cuyas dificultades de empleo no eran sino las propias de la cuyuntura general del país. (4)

La Constitución Española de 1978 aborda la garantía de los derechos "al trabajo" y al "pleno empleo", mediante una doble vía; en primer lugar incorporando, como preceptividad propia, el derecho internacional (art. 10.2) y en segundo lugar mediante la incorporación de principios específicos sobre la materia.

Así establece de un lado que "todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión y oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia..." y a continuación impone a los poderes públicos la realización de "una política orientada al pleno empleo" (art. 40.1), para finalmente introducir como garantia adicional para los minusválidos otro artículo, el 49, por el que se les otorga un amparo especial para el disfrute de todos sus derechos, entre ellos el derecho a un trabajo libre, digno y remunerado.

El Estatuto de los Trabajadores realiza una construcción paralela a la de la Constitución, al establecer en su artículo 4-2 a) el derecho de los trabajadores a no ser discriminados en la relación de trabajo, entre otras causas, "... por razón de

disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, siempre que se hallaren en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate", sin que, lógicamente, esta prohibición de discriminaciones sea obstáculo para la existencia de reglas especiales para la contratación de minusválidos, como las previstas en el artículo 17-3°, "discriminaciones positivas" que no son sino la concreción de ese "amparo especial" del artículo 49 de la Constitución, para poner en condiciones de igualdad a trabajadores que parten en situación de desventaja.

Por su parte la Ley 51/1980, de 8 de octubre Básica de Empleo prevé en su artículo 5-3° el establecimiento selectivo de medidas de fomento de empleo "... para colectivos determinados de trabajadores con dificultades de colocación", y, a continuación, en su artículo 13, bajo la rúbrica de "fomento de empleo de los minusválidos" establece que "Con objeto de facilitar la colocación y empleo selectivo de los disminuídos físicos, psíquicos y sensoriales, el Gobierno dictará normas relativas al fomento de la contratación y beneficios especiales a las empresas, todo ello referido a cualquier tipo de centro de trabajo, así como para la creación y ampliación de las empresas de empleo protegido y centros ocupacionales..."

Finalmente y como antecedentes más inmediatos a la LISMI cabe citar el Real Decreto 1327/1981, de 19 de junio, sobre programas de empleo para trabajadores minusválidos, y el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuídos.

5.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

Tomando como referencia el marco normativo que acabamos de describir, el Título VII de la LISMI bajo la rúbrica "de la integración laboral" comienza con un artículo el 37 que, utilizando una correcta sistemática, adelanta el principio de prioridad de la incorporación al sistema productivo ordinario a través de las medidas previstas en los arts. 38, 39 y 40 de aquellos minusválidos que gocen de una capacidad de rendimiento normal o casi normal, y de una autonomía suficiente en la vida profesional y social, previendo, por otro lado, para los que no gocen de dicha capacidad y autonomía, la existencia de un sector de trabajo protegido como medio de integración laboral de aquellos que son capaces de una cierta actividad profesional, sin llegar a cubrir las exigencias, cada vez mayores, de una sociedad competitiva.

Como ya hemos adelantado, la LISMI da prioridad al empleo ordinario y, a tal efecto, establece diversas medidas como la reserva de puestos de trabajo - 2% en empresas de más de cincuenta trabajadores - (art. 38-1°); fomento y estímulo de la contratación de trabajadores minusválidos mediante el establecimiento de subvenciones y ayudas (art. 38-3°); control de dicha contratación mediante el establecimiento de un Registro de trabajadores minusválidos demandantes de empleo (art. 39), y exigencia del desarrollo de las normas sobre empleo selectivo previstas en la Ley General de la Seguridad Social, especialmente las condiciones de readmisión por las empresas de sus propios trabajadores una vez terminados los correspondientes procesos de recuperación (art. 40).

Tras las medidas introducidas en los artículos 38, 39 y 40 para favorecer el empleo ordinario de los trabajadores minusválidos, el artículo 41 de la LISMI viene a consagrar la existencia de un sector de trabajo protegido, como medio de integración laboral de aquellos minusválidos que, siendo capaces de una cierta actividad profesional, no llegan a cubrir las exigencias mínimas de la economía en una sociedad industrial.

Dicho precepto dispone que los minusválidos que, por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías, no puedan provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, deberán ser empleados en Centros Especiales de Empleo (en adelante C.E.E.), cuando su capacidad de trabajo sea igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual, que se fijará por la correspondiente norma reguladora de la relación laboral de carácter especial.

Dichos C.E.E. son definidos por la propia Ley como "aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal, y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal" (art. 42).

Otras notas características que la Ley atribuye a los C.E.E. son que la totalidad de la plantilla esté constituída por trabajadores minusválidos, sin perjuicio del personal no minusválido necesario para el desarrollo de su actividad (art. 42-2°), posibilidad de su creación y promoción tanto por la

iniciativa pública como privada (art.45) y previsiones de acceso a subvenciones y otras compensaciones económicas, siempre que reúnan las condiciones de utilidad pública y carezcan de ánimo de lucro (art. 43-2°).

La integración laboral se cierra con la institución de los llamados Centros Ocupacionales (citados en adelante, CO), previstos para integrar a los minusválidos cuya capacidad queda por debajo de los límites que dan lugar a la integración en los CEE. Por tanto, los CO tienen como finalidad "asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo" (art. 51,1 LISMI). Tal y como había apuntado la doctrina, y posteriormente han confirmado las normas de desarrollo reglamentario la denominación utilizada por la Ley no remite tanto a una especie cuanto a un género, pudiendo, considerar CO a cualquier centro que, al margen de su denominación (hogar de rehabilitación laboral, centro de trabajo diurno, etc) "ofrezca a los minusválidos una ocupación en el límite entre el trabajo y la ergoterapia, ejecutando trabajos no rentables en razón del bajo nivel de sus capacidades funcionales, tratando de desarrollar las capacidades sociales y profesionales, e intentando, en la medida de lo posible, la adaptación psicológica, médica, social y profesional y procurando poner a cada minusválido en la ocupación más adaptada a su situación personal, en orden a su posible integración laboral" (5).

5.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

5.3.1. Desarrollo Normativo de la Ley 13/1982 por la Administración Central.

5.3.1.1. Empleo Ordinario.

Siguiendo el esquema adoptado por la LISMI y comenzando por la regulación del trabajo del minusválido integrado en el sistema ordinario, hemos de decir que éste se configura, tras la aprobación del Real Decreto 1451/83, de 11 de mayo, por las siguientes medidas:

a) Reincorporación y readmisión de trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente:

El Real Decreto 1451/83, antes mencionado, fija las reglas para la continuidad en el trabajo de los incapacitados permanentes parciales, así como para la readmisión de aquellos que, habiendo cesado en la empresa por reconocérseles una incapacidad permanente o absoluta, hubieren recobrado su plena capacidad laboral, o bien su situación de incapacidad permanente parcial. (6)

Estas readmisiones dan derecho a reducciones del cincuenta por ciento de la cuota patronal de la Seguridad Social, por contingencias comunes, durante un período de dos años. Asímismo, se prevé la posibilidad de reducir el salario proporcionalmente a la disminución del rendimiento acreditado de los declarados en incapacidad permanente parcial, con un tope del veinticinco por ciento y siempre que el salario resultante no sea inferior al mínimo interprofesional.

b) Reserva de puestos de trabajo: alcanza a las empresas que tengan más de cincuenta trabajadores y el porcentaje fijado es de al menos un dos por ciento de la plantilla. Al efecto las empresas que superen el citado número de trabajadores tienen la obligación de enviar a la Oficina de Empleo del INEM que les corresponda, una relación detallada de los puestos de trabajo ocupados por trabajadores minusválidos y de aquellos que por sus características queden reservados a los mismos (art. 5 R.D. 1451/83).

El incumplimiento de las medidas de reserva, duración o preferencia en el empleo establecidas en favor de los minusválidos se tipifica como infracción grave en el art. 27.4 de la Ley 8/1988, de 7 de abril, sobre infracciones y sanciones de orden social.

En el documento publicado con ocasión de los cinco años de vigencia de la LISMI (7), hacíamos hincapie en la anomalía que suponía el hecho de que el mayor "empresario" del país -La Administración Pública- quedara al margen de la obligación de reserva de puestos de trabajo para minusválidos como consecuencia de la redacción literal del art. 38 de la LISMI. Asímismo dejábamos constancia de que la falta de justificación de tal exoneración había impelido a las diversas Administraciones Públicas a soslayar dicha laguna, a través de las normas de aprobación de las respectivas Ofertas de Empleo Público, al menos, en lo que se refería a las plantillas de personal laboral.

Nuestro comentario concluía criticando, no obstante, que no se ampliara la aplicación de la reserva a las plantillas de

funcionarios, ampliación avalada en nuestra opinión, en base al principio de igualdad de hecho, real y efectiva, proclamado por el art. 9.2° CE, que justificaría un tratamiento formalmente desigual -discriminación positiva- para compensar las condiciones específicas adversas de los minusválidos, trato plenamente compatible con los principios de mérito y capacidad del art. 103.3 CE, en tanto dicha discriminación positiva se mantuviere, como tiene señalado el Tribunal Constitucional, en una relación de "razonable proporcionalidad".

Pues bien, esta posición que sirvió de fundamento a una Sugerencia formulada por el Defensor del Pueblo al Ministerio para las Administraciones Públicas (8) tuvo, finalmente, su reflejo en la Ley 23/1988, de 28 de julio de Modificación de la Ley para la Reforma de la Función Pública, cuya disposición adicional decimonovena prevé la reserva de un cupo no inferior al 3 por 100 de las vacantes existentes, hasta alcanzar el 2 por ciento de los efectivos totales de la Administración del Estado, para su cobertura por personas minusválidas, precepto que ha sido recogido en las sucesivas Ofertas de Empleo Público que anualmente aprueba el Gobierno.

Igualmente conviene hacer constar que las citadas Ofertas de Empleo Público (9) incluyen junto a la reserva de puestos de trabajo, otras medidas para facilitar la selección y contratación de minusválidos así como la posibilidad de adaptaciones de tiempo y medios para la realización de las pruebas selectivas, y la atribución a Organos ajenos a la Entidad convocante de las plazas, de la compatibilidad del estado del aspirante minusválido con el desempeño de las tareas y funciones de los puestos de trabajo a los que opta. (10)

Ha de reseñarse finalmente, en lo que concierne al empleo en la función pública, el Real Decreto 28/1990, de 15 de enero (BOE de 16.1.90), por el que se aprueba el Reglamento General de Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios Civiles del Estado, cuyo artículo 13 establece que los funcionarios con alguna discapacidad podrán instar en la propia solicitud de vacantes que deban ser provistas mediante concurso la adaptación del puesto o puestos de trabajo solicitados que no supongan una modificación exorbitante en el contexto de la organización. La Comisión de Valoración podrá recabar del interesado, en la entrevista personal, la información que estime necesaria en orden a la adaptación deducida, así como el dictamen de los órganos técnicos de la Administración Laboral, Sanitaria o de los competentes del Ministerio de Asuntos Sociales y, en su caso, de la Comunidad Autónoma correspondiente, respecto de la procedencia de la adaptación y de la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones del puesto en concreto, extremos estos sobre los que habrá de hacerse indicación expresa en las convocatorias de concursos.

Por su parte, el artículo 15 en su párrafo 4 señala que los aspirantes con alguna discapacidad podrán solicitar en la instancia de participación de concursos específicos de provisión de puestos, las posibles adaptaciones de tiempo y medios para la realización de las entrevistas.

c) Medidas de fomento del empleo: Junto a las anteriores medidas, el propio R.D. 1451/1983, establece la posibilidad de que las empresas que contraten a trabajadores minusválidos, por tiempo indefinido y a jornada completa, puedan beneficiarse de las siguientes ayudas:

SIIS
Reina [illegible] 5 Bajo
Apdo. [illegible]
20003 SAN SEBASTIAN

- subvención de 500.000 pts. por cada contratación de trabajo.

- bonificación en las cuotas empresariales de la Seguridad Social por todas las contingencias, variable en función de la edad del trabajador a la elaboración del contrato, por importe del setenta o noventa por ciento de su cuantía según se trate de menores o mayores de 45 años respectivamente.

- formación profesional concertada con el INEM y subvenciones con cargo a este mismo Instituto para la adaptación de puestos de trabajo o dotación de medios de protección personal necesarios para desempeñar el trabajo en condiciones de seguridad.

Todas estas ayudas se incluyen en las convocatorias que anualmente se llevan a cabo de conformidad con las previsiones del R.D. 620/1981, de 5 de febrero sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuídos, la última de las cuales, correspondiente al ejercicio de 1991, se efectuó por O.M. de 15 de febrero de 1991 (BOE 21.2.91).

Dicha convocatoria además de fijar en 150.000 pts. el importe máximo de las subvenciones previstas para la adaptación de puestos de trabajo o para la disposición de los medios de protección personal necesarios para evitar accidentes laborales al trabajador disminuído, prevé, asimismo, ayudas para el establecimiento como trabajadores autónomos consistentes en la subvención parcial de los intereses de los préstamos obtenidos con tal finalidad, así como en una subvención de hasta 400.000 pts. para inversión en capital fijo.

Aparte de las anteriores medidas destinadas a fomentar el empleo en condiciones de estabilidad, el Real Decreto 1451/1983, prevé la posibilidad de celebrar contratos de formación con objeto de lograr la mejor adaptación al puesto de trabajo. Estos contratos, en tanto no se desarrolle reglamentariamente el contrato especial previsto en el artículo 34-2° de la LISMI, se rigen por el Real Decreto 1992/84, de 31 de octubre, y se aplican a los mayores de 16 y menores de 20 años, con la única especialidad respecto de los trabajadores minusválidos de no jugar el tope máximo de edad.

Este régimen de contratación da derecho, siempre que el contrato se celebre a tiempo completo y por una duración mínima de seis meses, a una subvención que puede llegar hasta el setenta y cinco por ciento del salario mínimo interprofesional, excluída la parte proporcional de pagas extraordinarias (art. 2° R.D. 1618/1990, de 14 de diciembre, BOE de 19.12.90).

Dicha subvención es a su vez compatible con las que se hayan podido conceder en virtud de lo previsto en el R.D. 27/1986, de 10 de enero, sobre prórroga del plazo de solicitud de determinadas ayudas del Fondo de Solidaridad, así como con las reducciones de la cuota de la Seguridad Social previstas en el art. 11 del R.D. 1992/1984, de 31 de octubre reducciones que oscilan entre el noventa y el cien por cien de la cuota empresarial por contingencias comunes, según se trate de empresas con una plantilla superior o inferior a veinticinco trabajadores.

De otro lado, con cargo al Fondo de Solidaridad (11) creado por el Acuerdo Económico Social (AES), se han venido

otorgando a las empresas que contrataban minusválidos, previo el establecimiento de un concierto al efecto, los siguientes beneficios:

- Subvenciones para sufragar los gastos de formación o reconversión profesional.

- Subvención del 15 por 100 del sueldo, incluídas las cotizaciones sociales, por un año de contrato.

Finalmente cabe citar entre las medidas de fomento del empleo libre el incremento en la deducción en el impuesto de sociedades por la contratación de trabajadores minusválidos establecido en la Ley 31/1990, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1991.

5.3.1.2. Empleo protegido.

En cumplimiento del mandato contenido en el artículo 41 de la LISMI, y al amparo de lo previsto en el artículo 2 de la Ley 8/1980, de 10 de marzo, del Estatuto de los Trabajadores, el Gobierno mediante Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, procedió a regular la relación laboral de carácter especial de los minusválidos empleados en C.E.E., estableciendo un esquema básico, lo más aproximado posible al de las relaciones laborales comunes, sin duda, para facilitar el objeto último de estos Centros, que no es otro que posibilitar el acceso de sus beneficiarios al mercado ordinario de trabajo, e introduciendo una serie de particularidades dirigidas fundamentalmente a otorgar una protección más intensa de los minusválidos, tales como la exigencia de contrato escrito en modelo oficial (art. 5), limitación de los incentivos salariales que puedan suponer

riesgos para la salud (art. 12), prohibición de realizar jornadas superiores a ocho horas y correlativa prohibición de trabajar horas extraordinarias (art. 13), así como la preceptiva intervención de los Equipos Multiprofesionales en numerosos momentos de la relación de trabajo, quedando convertidos de esta forma en el eje del desarrollo de las relaciones laborales en el seno de los C.E.E, como después veremos.

El artículo 2 del mencionado Real Decreto 1368/1985, establece como requisitos para integrarse como trabajadores en los C.E.E., tener reconocida una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100, y como consecuencia una disminución de la capacidad de trabajo al menos igual a dicho porcentaje que se apreciará poniéndola en relación con la capacidad normal de trabajo de una persona de similar cualificación profesional, cuya determinación se llevará a cabo por los repetidos Equipos Multiprofesionales.

Esta actuación, prevista ya en el artículo 41-3°de la LISMI, se convierte en la garantía del correcto proceso de implantación de los C.E.E., evitando que se vuelva a operar en ellos el proceso seguido en anteriores fórmulas de trabajo protegido que quedaron desvirtuadas al no tenerse en cuenta la repercusión de la minusvalía en la capacidad laboral, tal y como ha quedado reflejado en el apartado 5.1. que antecede.

Los trabajadores minusválidos que pretendan acceder a algún CEE han de inscribirse en las Oficinas de Empleo, las cuales clasifican a los solicitantes en razón al tipo y grado de minusvalía de que estén afectos, y en razón también al grado de capacidad de trabajo que hayan reconocido los Equipos Multiprofesionales. A través de estas mismas Oficinas de Empleo,

los empleadores que pretendan contratar habrán de describir detalladamente en las ofertas que formulen los puestos de trabajo a cubrir, con sus características técnicas y las circunstancias personales y/o profesionales que deben cumplir los candidatos. Las Oficinas de Empleo, previo informe de los Equipos Multiprofesionales, facilitan a los empleadores los trabajadores adecuados para desempeñar el trabajo respectivo.

La intervención de los Equipos Multiprofesionales se manifiesta en otros diversos momentos a lo largo del desarrollo de la relación de trabajo en el CEE, fundamentalmente en los que siguen:

1°) Al menos con una periodicidad de dos años, los Equipos revisarán la efectiva adecuación del minusválido al trabajo encomendado, y si comprueban que éste significa un riesgo grave para la salud han de declarar su inadecuación, en cuyo caso el trabajador debe pasar a realizar otro trabajo, y de no ser ello posible, en el Centro de que se trate, cesar provisional o definitivamente.

2°) En el caso de que el titular de la empresa quiera extinguir el contrato por ineptitud del trabajador minusválido, conocida o sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en el Centro, el Equipo Multiprofesional ha de constatar la alegada ineptitud, aunque sin fuerza vinculante. Será en su caso el juez el que deba determinar, ante una reclamación del interesado, si la causa extintiva invocada por la empresa tiene o no eficacia resolutoria.

3°) Cuando las circunstancias personales del minusválido lo requieran puede celebrarse el contrato de trabajo entre él y

el CEE "a bajo rendimiento", entendiendo como tal aquel en el que el trabajador, aún prestando sus servicios en la jornada de trabajo normal, lo hace con un rendimiento inferior al normal en un 25%, siempre que haya una constatación previa por parte del Equipo Multiprofesional, sin que la reducción del salario pueda exceder del mismo porcentaje citado.

4°) La movilidad geográfica o funcional del trabajador minusválido exige el informe del Equipo Multiprofesional e igual ocurre para la modificación de cualquier condición de trabajo.

La organización y funcionamiento de los Centros Especiales de Empleo ha sido regulada por Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, por el que se aprueba su Reglamento, que, fundamentalmente, viene a racionalizar su estructura y a determinar el código de relación entre ellos y las Administraciones Públicas, especialmente mediante la determinación de las vías de financiación que aseguren su funcionamiento. En este sentido, establece en su artículo 10 que la financiación de los C.E.E. se cubrirá, aparte de posibles aportaciones de sus titulares y de otros particulares, mediante las ayudas establecidas en la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 21 de febrero de 1986, por la que se establecen diversos programas de apoyo a la creación de empleo, ayudas cuyo importe ha sido fijado para el presente ejercicio, mediante O.M. de 15 de febrero de 1.991, en las siguientes cuantías:

a) Ayudas para la creación de C.E.E. que podrán consistir en subvenciones para asistencia técnica, subvenciones parciales de los intereses de los préstamos que obtenga de Entidades de crédito con las que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

tenga suscrito el oportuno convenio, y subvenciones para proyectos de reconocido interés social para financiar parcialmente la correspondiente inversión.

Estas subvenciones no superarán en conjunto la cuantía de 2.000.000 pts. por puesto de trabajo creado con carácter estable.

b) Subvenciones para el mantenimiento de puestos de trabajo en Centros Especiales de Empleo:

* Subvención del coste salarial correspondiente al puesto de trabajo ocupado por minusválido en jornada normal y en alta en Seguridad Social, por un importe máximo del 50 por 100 del salario mínimo interprofesional.

* Bonificación del 100 por 100 de la cuota empresarial a la Seguridad Social, incluídas todas las contingencias.

* Subvenciones para adaptación de puestos de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas en una cuantía máxima no superior a 300.000 pts. por puesto de trabajo, sin que en ningún caso, rebase el 80 por 100 del coste real de la adaptación o eliminación.

* Subvención por una sola vez para equilibrar y sanear financieramente los C.E.E. cuya función social justifique su necesidad previa suscripción de un Convenio Especial (arts. 11 y 12 R.D. 2273/1985).

* Asistencia técnica para el mantenimiento de puestos de trabajo en alguna de las siguientes modalidades: selección y

contratación de gerentes o técnicos, estudios de viabilidad, organización y diagnosis, auditorias e informes económicos y asesoramiento empresarial.

La gestión de todas estas ayudas al igual que la de las previstas para fomentar el empleo ordinario de los minusválidos a que se ha hecho alusión en el apartado A) corresponde a la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, a través de las Direcciones Provinciales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, excepto en aquellas Comunidades Autónomas que tienen transferidas competencias en la materia, concretamente Andalucía, Canarias, Galicia, Navarra y Comunidad Valenciana, a quienes anualmente se les distribuyen las subvenciones correspondientes a los programas de apoyo al empleo cuyas competencias han asumido (11), y que a su vez son objeto de las oportunas convocatorias de aplicación en los territorios de cada una de ellas.

Unicamente queda citar para concluir este apartado las previsiones contenidas en la Ley 20/1990, de 19 de diciembre (BOE de 20.12.90) sobre régimen fiscal de las cooperativas cuya disposición adicional tercera establece que las cooperativas de trabajo asociado fiscalmente protegidas que integren, al menos,un 50% de socios con minusvalías, y que acrediten que en el momento de constituirse la cooperativa, dichos socios se hallaban en situación de desempleo, gozarán de una bonificación del 90% de la cuota íntegra del Impuesto sobre Sociedades, durante los cinco primeros años de actividad social, en tanto se mantenga el referido porcentaje de socios.

El mismo precepto legal matiza, sin embargo, que la Ley de Presupuestos Generales del Estado podrá adecuar o suprimir

esta bonificación en función de la evolución del mercado de trabajo.

5.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por las Administraciones Autonómicas.

* La obligación de reserva de puestos de trabajo impuesta por el artículo 38.1 de la LISMI fue desarrollada en primer lugar en el ámbito de Cataluña tras la aprobación del Decreto 72/1984, de 15 de marzo (D.O.G. de 13.4.84) sobre integración de los disminuídos en los organismos dependientes de la Generalidad, cuyo artículo 2° establece las siguientes cuotas de reserva en las contrataciones tanto administrativas como laborales:

- Administrativos y Auxiliares: cinco por ciento, Telefonistas: veinticinco por ciento y Subalternos: diez por ciento.

- Al margen de los anteriores porcentajes, en el resto de las categorias se establece la reserva en un dos por ciento de las plazas vacantes a cubrir.

Por otra parte y como incentivo al cumplimiento de la reserva impuesta por el citado artículo 38 de la LISMI, en todas las convocatorias de programas de ayudas a cooperativas y sociedades autónomas laborales se condiciona el acceso a las mismas a la acreditación de que las plantillas de las empresas solicitantes tienen cubierto el cupo de trabajadores minusválidos.

La obligación de reserva en el ámbito de la Administración autonómica ha sido recogida sin excepción en las normas reguladoras de la Función Pública de cada Comunidad, con su consiguiente reflejo en las correspondientes Ofertas de Empleo Público.

* El empleo protegido ha sido regulado específicamente solo en Andalucía, mediante Orden de 29.7.83, sobre organización de los Registros de Empresas Protegidas, Centros Especiales de Empleo y Centros Especiales de Iniciación Productiva, y en Galicia, mediante Orden de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social y Emigración de 25 de noviembre de 1985, por la que se determinan las condiciones que deben cumplir los Centros de Empleo Protegido para su calificación e inscripción en el Registro autonómico creado al efecto.

En Cataluña, por su parte, se han creado los servicios sociales de apoyo a la integración laboral de las personas con disminución (SSIL), mediante Orden del Departamento de Bienestar Social de 1 de marzo de 1990 (D.O.G.C. de 14.3.90) destinados a potenciar la integración social, especialmente en lo referente a la dinámica del paso de los trabajadores con disminución desde los Centros especiales de empleo hacia el sistema ordinario de trabajo, siendo su finalidad, una vez conseguida la integración, velar para que la actividad laboral de los minusválidos se realice sin discriminaciones.

5.3.3. Normas incidentes en la materia.

En el ámbito de la Comunidad Económica Europea se han llevado a cabo diversos programas de acciones encaminadas a

fomentar la integración social y la autonomía de los minusválidos:

El primero de ellos fué adoptado por Resolución del Consejo de 21 de diciembre de 1981 (D.O. n° C 343, de 31 .12.81) por el que se trataba de asegurar que los minusválidos no sufrieran injustamente las consecuencias, particularmente desde el punto de vista del empleo, de las dificultades económicas, y, a su vez, fomentar medidas destinadas a preparar a los minusválidos para la vida activa.

Al amparo de la anterior Resolución se adoptó la Recomendación del Consejo de 24 de julio de 1986 (86/379/CEE) sobre el empleo de los minusválidos en la Comunidad, en la que tras afirmarse que los minusválidos tienen el mismo derecho que el resto de los trabajadores a la igualdad de oportunidades en materia de formación y empleo, se reconoce la necesidad de medidas específicas a nivel comunitario y nacional para conseguirlo, medidas que se encuadran tanto en la eliminación de las discriminaciones negativas como en la realización de acciones positivas para el fomento del empleo de minusválidos, bien en el ámbito del empleo libre, bien en el del empleo protegido (13).

Las Conclusiones del Consejo de 12 de junio de 1989 (89/C 173/89), sobre el Informe de la Comisión acerca de la aplicación de la Recomendación 86/379/CEE, finaliza invitando a la Comisión:

a) a desarrollar en el marco del programa HELIOS, acciones dirigidas a favorecer la colaboración e intercambio de

experiencias que posibilite alcanzar una mayor integración profesional de las personas minusválidas.

b) a seguir manteniendo, en particular en el marco de las reglas del Fondo Social Europeo, un apoyo eficaz a las medidas nacionales de integración profesional de minusválidos.

c) a presentar al Consejo, sobre la base de la evaluación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Recomendación 86/379/CEE, propuestas que posibiliten una mayor coordinación de las acciones de cada Estado miembro.

En cuanto a las medidas previstas en el apartado a) hay que decir que a finales de 1990 la Comisión de las Comunidades Europeas creó la iniciativa HORIZON (90/C 327/05, D.O. n° C 327/9 de 29.12.90) cuyo objeto en relación con el colectivo de minusválidos es mejorar las condiciones de acceso al mercado de trabajo y su competitividad, en particular mediante la formación profesional, de forma que se garantice su inserción profesional, previéndose, asimismo, reforzar el programa HELIOS (88/231/CEE, D.O. n° L 104 de 23.4.88) que tiene como objetivo la promoción del empleo y de la formación profesional y la integración socioeconómica y educativa de los minusválidos, así como el sistema HANDYNET (89/658/CEE, D.O. n° L 393 de 30.12.89), referente a las ayudas técnicas para la formación profesional y el empleo de este colectivo.

En cuanto a las medidas de apoyo a la integración profesional de minusválidos por parte del Fondo Social Europeo, han sido plasmadas en el Reglamento del Consejo n° 4255/88, de 19 de diciembre (D.O. n° L 374/21), por el que se aprueban las

disposiciones de aplicación del Reglamento (CEE) n° 2058/88, en lo relativo al citado Fondo, y son las siguientes:

a) acciones de formación profesional complementadas en su caso con acciones de orientación profesional.

b) de ayuda a la contratación en puestos de trabajo de naturaleza estable de nueva creación y ayudas a la creación de actividades independientes.

5.4. REALIZACIONES.

Decíamos hace cinco años que la incorporación del minusválido al trabajo, a pesar de todas las acciones emprendidas para su fomento, seguía resultando problemática, dada la coyuntura económica caracterizada fundamentalmente por unas elevadas tasas de paro y unos bajos índices de creación de nuevos puestos de trabajo, situación agravada por las cada día más elevadas exigencias de la sociedad industrial, en relación con el ejercicio profesional y la capacidad de adaptación al medio de trabajo.

Afirmábamos que todo ello obligaba a buscar soluciones imaginativas que permitieran aprovechar las grandes posibilidades que ofrece el desarrollo tecnológico, en orden a la introducción de los minusválidos en determinadas profesiones para las que puedan estar plenamente capacitados.

En esta línea se enmarcaba la actividad de la Organización Nacional de Ciegos, dirigida a dotar a los invidentes de aquellos instrumentos y materiales especiales,

generalmente de elevada tecnología y sofisticación, necesarios para el desempeño con normalidad de determinados puestos de trabajo (14), iniciativa completada con la creación de equipos de búsqueda de empleo, especialmente en el sector de la informática dadas las elevadas posibilidades que ofrece para la integración de las personas ciegas.

Finalmente concluíamos avanzando diversas actuaciones necesarias para impulsar el cumplimiento de las normas en materia de empleo de minusválidos, entre ellas las siguientes:

a) En el ámbito de las Administraciones Públicas se propugnaba el estudio en profundidad de los distintos puestos de trabajo, que debería traducirse en una selección de los que se consideraran mas adecuados para su desempeño por trabajadores minusválidos, de forma que se pudieran agrupar en ellos los porcentajes de reserva obligatoria sobre el total global de las plazas convocadas en las respectivas Ofertas de Empleo Público.

b) De otro lado, se argumentaba la necesidad de la extensión de la obligación de reserva de puestos de trabajo a las plantillas de funcionarios.

c) Se estimaba necesario, asímismo, que las medidas de fomento del empleo ordinario, deberían completarse con una intensificación de las ayudas en favor del empleo protegido, de manera que se hiciera factible el trasvase a los Centros Especiales de Empleo de aquellos minusválidos que, tras desarrollar sus capacidades sociales y profesionales en Centros Ocupacionales, estuviesen en condiciones de integrarse en un trabajo protegido, aumento de la protección que, a su vez, induciría a los promotores de Centros Ocupacionales a la

creación alternativa de centros especiales de empleo que hasta la fecha se veía dificultada por la falta de garantías en su financiación.

Ya hemos visto que a partir de 1988 la obligación de reserva de puestos de trabajo en la Administración Pública se ha extendido tanto a la plantilla de trabajadores laborales como de funcionarios, aun cuando la incidencia de esta medida no parezca haber sido muy importante, si nos atenemos a los resultados de las sucesivas Ofertas de empleo público a partir de 1989, año en el que los aspirantes minusválidos obtuvieron únicamente el 0,23 por ciento de las plazas incluídas en convocatorias de acceso a la condición de funcionarios, no llegando tampoco al dos por ciento el número de trabajadores minusválidos seleccionados en las convocatorias para personal laboral que alcanzó únicamente el 1,7 por ciento de las plazas convocadas (15).

En cuanto a la Oferta pública de empleo para 1990 el número de aspirantes minusválidos aprobados alcanzó el 0,7 por ciento de las plazas convocadas para funcionarios y el 1,3 por ciento de las correspondientes a personal laboral, datos referidos a las Administraciones del Estado y de la Seguridad Social (16), y en lo concerniente a las Ofertas de empleo público de las Comunidades Autónomas dichos porcentajes fueron del 0,8 y del 0,2 respectivamente (17)

Por lo que se refiere a las cuantías de las subvenciones y ayudas para financiar los programas de integración laboral de minusválidos en Centros especiales de empleo y como trabajadores autónomos (O.M. de 21.2.1986) quedan reflejadas en el cuadro anexo número 1, en el que se desglosan por Comunidades Autónomas

las cantidades concedidas desde el ejercicio de 1986 al de 1990, según datos suministrados por el INEM.

Asimismo se incluyen cuadros estadísticos, con los datos también obtenidos del INEM, sobre la evolución de la creación de puestos de trabajo (anexo número 2), sobre las subvenciones para mantenimiento -50% S.M.I.- en Centros Especiales de Empleo y otras diversas ayudas (anexo número 3), sobre las variaciones en incrementos del presupuesto, del número de puestos de trabajo y de los costes medios por puesto de trabajo creado (anexo número 4), añadiéndose a continuación una serie histórica de gestión por Comunidades Autónomas de las subvenciones por contratación de minusválidos en empresas ordinarias previstas en el R.D. 1451/1983 (anexo número 5).

Por último y dentro de este capítulo de realizaciones cabe citar la creación en mayo de 1989 por parte de la ONCE del Grupo FUNDOSA, sociedad anónima instrumental de la Fundación ONCE, que desde el inicio de su gestión ha aprobado un total de 189 proyectos generadores de empleo con una dotación financiera de 6.224 millones de pesetas (18) que han supuesto la creación de 3.016 puestos de trabajo, así como la consolidación de otros 1.295 en centros o empresas en peligro de desaparición.

NOTAS

(1) Respecto del desarrollo concreto de las medidas de empleo selectivo previstas en el artículo 151 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y sobre el resto de las normas específicas sobre condiciones laborales especiales de los minusváldios ver "El Empleo de Minusválidos y la Seguridad Social" E. NIÑO RAEZ (Boletín informativo de la Sociedad de Rehabilitación Laboral, n°8, mayo a agosto 1.979)

(2) El Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, establecía en su artículo 22 el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM), con el carácter de Servicio Común de la Seguridad Social.

(3) Sobre el proceso de implantación de las diversas figuras de Centros de Trabajo protegido ver E. NIÑO RAEZ: La Constitución y el empleo de minusválidos, en Revista "Siglo Cero", n°6, mayo-junio 1.980.

(4) Sobre el proceso de desnaturalización de los denominados Centros de Empleo Protegido ver: M. AZNAR, P.AZUA Y E. NIÑO: Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1.982.

(5) M. AZNAR, P. AZUA Y E. NIÑO OB.CIT, en nota anterior.

(6) El Estatuto de los Trabajadores (art. 49) prevé entre las causas de extinción del contrato de trabajo la gran invalidez, permanente total o absoluta del trabajador, mientras que ni la invalidez provisional, (con una duración máxima de seis años a partir del inicio de la situación de incapacidad laboral transitoria) ni la invalidez permanente parcial, justifica la extinción del contrato de trabajo a instancias del empresario.

(7) Doc. 16/88 del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

(8) Ver Informe del Defensor del Pueblo a las Cortes Generales del año 1988, pág. 302-305.

(9) Ver como ejemplo la última Oferta de Empleo Público, correspondiente a 1991, aprobada por Real Decreto 226/1991, de 22 de febrero del mismo año.

Ver, asímismo, el Real Decreto 352/1986, de 10 de febrero, (B.O.E. 22.02.86) por el que se establecen criterios de coordinación de la oferta de empleo público de las Corporaciones Locales para 1.986.

(10) Por Resolución de 9 de diciembre de 1986, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública (BOE de 19.12.86) se aprobó el modelo de impreso para solicitud de admisión a pruebas selectivas a la Administración Pública, modelo que incluye dos casillas (los números 6 y 7) donde deberá hacerse constar, en su caso, los datos relativos a la minusvalía que afecte al solicitante y la posible necesidad de adaptación de las pruebas.

(11) El Fondo de Solidaridad, venía regulado por el Real Decreto 180/1985, de 13 de febrero, mediante el que se desarrollaban diversos programas destinados entre otras finalidades a financiar acciones de reinserción e integración socio-profesional en favor de personas con especiales dificultades en el mercado de trabajo, entre los que se encontraban los minusválidos inscritos como desempleados

Al respecto, la Ley 31/1990, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1.991, establece que "Los remanentes de crédito que puedan derivarse del Fondo de Solidaridad, creado por la disposición adicional decimonovena de la Ley 50/1984, se aplicarán, hasta su total agotamiento, a los programas de fomento del autoempleo y de la economía social gestionados por el Instituto Nacional de Fomento de la Economía Social, que determine el Gobierno, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social" (disp. trans. novena).

(12) Ver Orden de 16 de Julio de 1.991 (B.O.E. 30.07.91) por la que se distribuyen territorialmente, para el ejercicio económico de 1990, las subvenciones correspondientes a los programas de apoyo a la creación de empleo y ayudas destinadas a facilitar la jubilación de trabajadores de empresas en crisis no acogidas a planes de reconversión entre las Comunidades Autónomas que han asumido competencias en esas materias.

(13) El marco de orientación de acciones positivas para el fomento del empleo y de la formación profesional de los

minusválidos se fija en el anexo a la Recomendación 86/379/CEE del Consejo de 24 de julio de 1986.

(14) La ONCE a través de la Unidad Tiflotécnica, se encarga de la evaluación, importación y reparación de aparatos y materiales especiales, generalmente muy sofisticados, necesarios para paliar la minusvalía de los ciegos, así como de poner a disposición de los afiliados un equipo de profesores instructores en tiflotecnología, para el aprendizaje del correcto funcionamiento de los aparatos más complicados.

(15) Datos obtenidos del "Informe sobre los resultados de las Ofertas de las Administraciones del Estado y de la Seguridad Social para 1989", por encargo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, presentado por Tomás Rosón Olmedo a las V Sesiones Informáticas sobre acceso de las personas con discapacidad al empleo público (Valencia 7 y 8 de noviembre de 1990).

(16) Datos obtenidos del "Informe sobre los resultados de las Ofertas de las Administraciones del Estado y de la Seguridad Social para 1989", por encargo del Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía, presentado por Tomás Rosón Olmedo a las VI Sesiones Informáticas sobre acceso de las personas con discapacidad al empleo público (Sevilla 25 de noviembre de 1991)

(17) Datos obtenidos del "Informe sobre el acceso de las personas con minusvalía en las Comunidades Autónomas. Ofertas de Empleo, convocatorias y resultados del año 1990", presentado por encargo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, presentada por Jaime Ferri Dura a las VI Sesiones Informáticas sobre acceso de las personas con discapacidad al empleo público (Sevilla 25 de noviembre de 1991).

(18) Según datos obtenidos del balance social del Grupo Fundosa (Septiembre 1988 a Diciembre 1990).

ANEXO ESTADISTICO

CUADRO 1

O.M. 21.02.86. SUBVENCIONES TOTALES EN MILLONES DE PTAS. POR CC.AA.

SERIE HISTORICA DE GESTION

CC.AA.	1986	1987	1988	1989	1990
ARAGON	9,13	12,43	101,74	60,22	76,37
ASTURIAS	47,11	57,79	200,60	188,48	227,44
BALEARES	8,84	4,96	5,81	5,92	45,76
CANTABRIA	46,81	26,81	87,24	63,42	51,50
CEUTA/MELILLA	0,38	0,40	-	-	-
CASTILLA-LA MANCHA	13,10	10,36	18,52	39,80	61,45
CASTILLA-LEON	79,21	86,16	107,62	247,39	234,50
CATALUÑA	143,76	264,24	659,07	604,91	753,13
EXTREMADURA	28,20	50,07	79,85	140,78	89,00
MADRID	167,66	221,62	351,35	466,25	577,87
MURCIA	7,45	6,72	9,82	49,46	44,00
RIOJA, LA	1,02	1,67	3,20	3,98	39,06
PAIS VASCO	178,59	253,83	477,23	868,98	648,77
SUBTOTAL (12)	**731,26**	**998,06**	**2.102,05**	**2.739,53**	**2.848,85**
ANDALUCIA	304,58	323,20	691,37	783,86	754,23
CANARIAS	47,40	50,79	113,25	59,33	58,12
GALICIA	87,58	100,66	196,99	128,76	135,63
NAVARRA	13,87	41,95	* 68,05	337,30	286,77
COMUNIDAD VALENCIANA	111,48	120,64	267,80	290,75	365,25
SUBTOTAL (5)	**564,81**	**637,24**	**1.337,46**	**1.600,00**	**1.600,00**
TOTAL SUBVENCIONES	**1.296,07**	**1.635,30**	**3.439,51**	**4.339,53**	**4.448,85**
Total estimado **BONIFICACIONES S.S.**		**720,00**	**850,00**	**1.050,00**	**1.200,00**
TOTAL COSTE PROGRAMA		**2.355,30**	**4.289,51**	**5.389,53**	**5.648,85**

* La transferencia a Navarra en 1986 aún no estaba asumida. En 1988, no se materializó el importe de dicha transferencia, que se materializa en 1989.

CUADRO II

CREACION DE EMPLEO + AUTONOMOS, POR CC.AA.
SERIE HISTORICA DE GESTION

Datos aprox. cierre

CC.AA.	1987				1988				1989				1990			
	Auton.	P.T. en CEE	Total	Sub. mill. pte.	Auton.	P.T. en CEE	Total	Sub. mill. pte.	Auton.	P.T. en CEE	Total	Sub. mill. pte.	Auton.	P.T. en CEE	Total	Sub. mill. pte.
ARAGON	4	-	4	1,6	15	78	93	67,5	2	21	23	29,6	2	12	14	17,7
ASTURIAS	5	-	5	1,5	10	57	67	120,8	5	57	62	98,9	1	68	69	96,8
BALEARES	-	-	-	-	1	-	1	0,4	2	-	2	0,8	1	20	21	38,2
CANTABRIA	5	-	5	2,1	6	30	36	47,7	4	10	14	18,0	6	-	6	2,4
CEUTA/MELILLA	1	-	1	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTILLA-LA MANCHA	20	-	20	7,1	9	5	14	9,6	10	15	25	28,9	6	19	25	35,8
CASTILLA-LEON	18	50	68	68,8	31	24	55	49,8	18	116	134	177,4	12	62	74	124,8
CATALUÑA	8	107	115	88,3	17	246	263	383,5	18	169	187	295,4	12	158	170	283,6
EXTREMADURA	17	13	30	28,4	9	22	31	39,3	18	68	86	100,2	4	8	12	15,6
MADRID	22	4	26	16,5	48	17	65	48,0	33	193	226	207,5	12	110	122	270,8
MURCIA	15	-	15	6,1	19	-	19	7,1	14	21	35	47,6	-	17	17	34,0
RIOJA, LA	2	-	2	0,8	5	-	5	2,0	4	-	4	1,6	2	13	15	26,8
PAIS VASCO	11	2	13	4,6	14	143	157	156,3	12	315	327	483,1	-	124	124	151,8
SUBTOTAL	**128**	**176**	**304**	**226,2**	**184**	**622**	**806**	**932,2**	**140**	**985**	**1.125**	**1.489,4**	**58**	**611**	**669**	**1.098,3**
ANDALUCIA				323,2				691,4				328,7				343,2
CANARIAS				50,8				113,2				43,1				39,7
GALICIA				100,7				197,0				35,0				55,8
NAVARRA				41,9				68,1				29,1				29,1
VALENCIA				120,6				267,8				114,1				132,2
SUBTOTAL				*637,2				*1 337,5				550,0				600,0
TOTAL				863,4				1 430,7				2.039,4				1 698,3

* Estas cantidades son el total de la transferencia, tanto para creación como para mantenimiento

SUBVENCION MANTENIMIENTO (50% S.M.I.) EN C.E.E. Y OTRAS AYUDAS VARIAS
SERIE HISTORICA

Datos aprox. cierre

CC.AA.	1987			1988			1989			1990		
	Nº Centros	Plantilla	Millones Pts.	Nº Centros	Plantilla	Millones Pts.	Nº Centros	Plantilla	Millones Pts.	Nº Centros	Plantilla	Millones Pts.
ARAGON	5	74	10,83	5	97	34,20	7	111	30,4	10	170	58,7
ASTURIAS	7	214	57,26	10	267	79,77	9	336	89,5	9	427	130,6
BALEARES	2	24	4,96	2	14	5,41	2	20	5,1	2	20	7,6
CANTABRIA	2	97	24,73	2	139	39,41	2	147	45,4	2	159	49,1
CASTILLA-LA MANCHA	2	20	3,27	2	25	8,94	2	35	10,8	2	41	25,6
CASTILLA-LEON	18	91	17,35	15	211	57,79	20	261	69,9	21	292	109,7
CATALUÑA	27	660	175,98	31	828	275,52	42	1.127	309,5	46	1.334	469,5
EXTREMADURA	8	94	21,70	9	119	40,58	8	152	40,6	9	197	73,4
MADRID	20	762	205,09	24	823	303,33	24	929	258,8	29	936	307,0
MURCIA	1	6	0,64	1	4	2,74	1	5	1,9	1	5	10,0
RIOJA, LA	1	3	0,87	1	3	1,23	2	11	2,4	3	24	12,3
PAIS VASCO	15	868	249,24	16	1.182	320,91	18	1.369	385,8	19	1.588	497,0
SUBTOTAL SUBVENCIONES	**103**	**2.913**	**771,92**	**118**	**3.712**	**1.169,83**	**137**	**4.503**	**1.250,1**	**153**	**5.193**	**1.750,5**
ANDLUCIA			323,20	23	515	691,37	23	670	455,2	23	670	411,0
CANARIAS			50,79	2	25	113,25	2	28	16,2	2	30	18,4
GALICIA			100,66	12	144	196,99	16	110	93,8	16	130	79,8
NAVARRA			41,95	6	369	68,05	8	412	308,2	8	420	257,7
VALENCIA			120,64	23	253	267,80	25	320	176,6	25	380	233,1
SUBTOTAL			*** 637,24**	**66**	**1.306**	*** 1.337,46**	**74**	**1.540**	**1.050,0**	**74**	**1.630**	**1.000,0**
TOTALES			**1.409,16**	**184**	**5.018**	**2.507,29**	**211**	**6.043**	**2.300,1**	**227**	**6.823**	**2.750,5**

* Estas cantidades son el total de la transferencia, tanto para creación como para mantenimiento

CUADRO IV

INTEGRACIÓN LABORAL DE MINUSVÁLIDOS EN C.E.E. (O.M. 21.02.86)

VARIACION E INCREMENTOS DEL PRESUPUESTO

AÑOS	PRESUPUESTO TOTAL INICIAL (MILLONES PTAS)	INDICE	INCREMENTO S/AÑO ANTERIOR	
			CUANTIA	%
1.987	1.651,5	100	-	-
1.988	3.252,-	197	1.600,5	97
1.989	5.457,6	330	2.205,6	68
1.990	5.500,-	333	42,9	1

VARIACIONES DE LOS PUESTOS DE TRABAJO CREADOS EN C.E.E.

AÑOS	Nº PUESTOS TRABAJO	INDICE	INCREMENTO S/AÑO ANTERIOR	
			PUESTOS	%
1.987	176	100	-	-
1.988	622	353	446	253
1.989	985	559	363	58
1.990	611	347	-374	-38

VARIACIONES DE LOS COSTES MEDIOS POR PUESTO DE TRABAJO CREADO EN C.E.E.

AÑOS	CUANTIA SUBV PARA CREACION (MILLONES)	COSTE MEDIO POR PUESTO TRABAJO (PTAS)	INDICE	INCREMENTO COSTE S/AÑO ANTERIOR
1.987	177,3	1.007.000,-	100	-
1.988	862,7	1.387.000,-	138	38
1.989	1.434,-	1.456.000,-	145	5
1.990	1.075,3	1.760.000,-	175	21

SUBVENCIONES POR CONTRATACION MINUSVALIDOS EN EMPRESAS ORDINARIAS (R.D. 1451/83)
SERIE HISTORICA DE GESTION POR CC.AA.

Datos al 31-10-90

CC.AA.	1986		1987		1988		1989		1990	
	Nº Puestos	Importe Mill. Pts.	Nº Puestos	Importe Mill. Pts.	Nº Puestos	Importe Mill. Pts.	Nº Puestos	Importe Mill. Pts.	Nº Puestos	Importe Mill. Pts.
ANDALUCIA	305	152,5	275	137,5	249	124,5	316	158,0	194	97,0
ARAGON	130	65,0	107	53,5	144	72,0	144	72,0	84	42,0
ASTURIAS	47	23,5	72	36,0	63	31,5	80	40,0	21	10,5
BALEARES	47	23,5	55	27,5	48	24,0	76	38,0	43	21,5
CANARIAS	33	16,5	60	30,0	68	34,0	53	26,5	28	14,0
CANTABRIA	30	15,0	13	6,5	31	15,5	46	23,0	67	33,5
CASTILLA-LA MANCHA	67	33,5	67	33,5	45	22,5	100	50,0	82	41,0
CASTILLA-LEON	111	55,5	85	42,5	127	63,5	149	74,5	103	51,5
CATALUÑA	289	144,5	284	142,0	392	196,0	472	236,0	381	190,5
EXTREMADURA	43	21,5	40	20,0	56	28,0	54	27,0	34	17,0
GALICIA	106	53,0	103	51,5	128	64,0	137	68,5	121	60,5
MADRID	289	144,5	339	169,5	345	172,5	326	163,0	305	152,5
MURCIA	147	73,5	126	63,0	170	85,0	158	79,0	122	61,0
NAVARRA	58	29,0	34	17,0	63	31,5	59	29,5	56	28
RIOJA, LA	13	6,5	21	10,5	21	10,5	24	12,0	28	14,0
COMUNIDAD VALENCIANA	288	144,0	357	178,5	396	198,0	504	252,0	362	181,0
PAIS VASCO	67	33,5	65	32,5	85	42,5	81	40,5	46	23,0
CEUTA/MELILLA	8	4,0	6	3,0	4	2,0	3	1,5	1	0,5
TOTAL SUBVENCION	**2.078**	**1.039,0**	**2.109**	**1.054,5**	**2.435**	**1.217,5**	**2.782**	**1.391,0**	**2.078**	**1.039,0**
Importe estimado **BONIFICACIONES S.S**		**392,0**		**436,5**		**547,5**		**335,9**		**297,0**
TOTAL Coste Programa R.D. 1451		**1.431,0**		**1.491,0**		**1 765,0**		**1.726,0**		**1.336,0**

6. SERVICIOS SOCIALES

Antoni Vilà

I N D I C E

6.1.ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982.

6.1.1. Los Servicios Sociales pre-constitucionales.

6.1.1.1. Beneficencia pública.

6.1.1.2. Asistencia Social.

6.1.1.3. Seguridad Social.

6.1.2. Los servicios sociales en la Constitución Española.

6.1.3. Los servicios sociales en los Estatutos de Autonomía y los traspasos de servicios.

6.2.DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982.

6.2.1. Objetivos.

6.2.2. Principios Generales.

6.2.3. Tipología de servicios sociales para minusválidos.

6.3.NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

6.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes centrales.

6.3.1.1.Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local.

6.3.1.2.Centros Ocupacionales para Minusválidos.

6.3.1.3.Otras disposiciones.

6.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes de las Comunidades Autónomas.

6.3.2.1.Las Leyes de Servicios Sociales.

6.3.2.2.Organismos e Institutos autonómicos de gestión.

6.3.2.3.Otras disposiciones.

6.4.REALIZACIONES.

NOTAS.

6.SERVICIOS SOCIALES

> **"Por eso pienso a veces que, en lugar de llamar a esta ley 'Ley para la integración social de los minusválidos', deberíamos denominarla 'Ley para la humanización y para la civilización de la sociedad española'"**
>
> **RAMON TRIAS FARGAS.**
>
> Presidente de la Comisión Especial del Congreso para el Estudio de los Problemas de los Minusválidos.

6.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/1982.(1)

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) tuvo un largo período de gestación que se inició con la creación de la "Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de los Minusválidos" a finales de 1977; esta etapa coincidió con un período crucial de la historia de España con grandes transformaciones en todos los ámbitos, especialmente en el social.

Para analizar la situación de los servicios sociales para minusválidos con anterioridad a la LISMI lo haremos cronológicamente, en tres etapas: los servicios sociales pre-constitucionales; los servicios sociales en la Constitución Española; los servicios sociales en los Estatutos de Autonomía y su transferencia a las Comunidades Autónomas.

6.1.1. Los servicios sociales pre-constitucionales.

En este apartado sólo haremos una breve referencia a aquellas instituciones y prestaciones que subsistieron hasta el momento de aprobación de la LISMI.

6.1.1.1. Beneficencia pública.

Si tomamos como punto de partida la segunda Ley General de Beneficencia de 1849 (2), veremos que otorga a la beneficencia pública importantes atribuciones a los diferentes niveles de la Administración (central, provincial y municipal), referentes a la protección sanitaria, educativa y socio-asistencial. Esta Ley y su reglamento de desarrollo (Real Decreto de 14 de mayo de 1852) concretan la obligación de los poderes públicos de establecer determinadas prestaciones y servicios; como ejemplo citamos, por referirse al campo de las minusvalías, las relativas a: "seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y dieciocho de decrépitos, imposibilitados e impedidos"(3). La aplicación de esta ley se caracterizó por su carácter discrecional, la escasez de recursos, sus métodos obsoletos, la poca observancia de sus normas y su carácter estigmatizante ; seguramente, fueron estos aspectos negativos y el inicio de las primeras formas de previsión social y de seguros sociales obligatorios los que originaron un cierto declive a inicios de siglo.

Después de la Guerra Civil se produjo la abolición de las normas e instituciones de la Segunda República, pero se dejó vigente la Ley de Beneficencia, que ha llegado hasta nuestros días. A esta institución se le añadió otra, más politizada y con menor solidez jurídica, nos referimos al **Auxilio Social**, que posteriormente se englobó con parte de la beneficencia pública central en el Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS, 1974).

6.1.1.2. Asistencia Social.

El término asistencia social tuvo sus primeras formulaciones con anterioridad a la Guerra Civil; después, se recuperó con la creación del Fondo Nacional de **Asistencia Social** (1960), el citado INAS (1974) y también se introdujo, como veremos, en el ámbito de la seguridad social. La creación de los **Fondos Nacionales** (el Fondo Nacional para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades, el Fondo Nacional de Asistencia Social, el Fondo Nacional de Protección al Trabajo y el Fondo Nacional de Crédito para la Difusión de la Propiedad Inmobiliaria) se produce a partir de una fase de crecimiento económico en nuestro país que se inicia con el plan de estabilización (1959) y que significó un cambio en los planteamientos sociales.

A pesar de la importancia e incidencia que tuvieron estos

fondos en la política social, no crearon nuevos organismos, sólo fueron instrumentos financieros. En concreto, el Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS), no fué propiamente un servicio social, sino una nueva e importante fuente de recursos para el sector y concretamente para las prestaciones económicas periódicas individuales para ancianos y enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo sin medios económicos y sin posibilidad de percibir otra pensión del Estado, provincia o municipio, ni prestaciones de la seguridad social. También posibilitó el establecimiento de ayudas individuales a la infancia necesitada y a los **minusválidos** y otras personas en estado de necesidad. Por otro lado, instauró subvenciones a instituciones sin ánimo de lucro para la realización de programas destinados a los **minusválidos**, ancianos, drogodependientes, etc. El Fondo Nacional de Protección al Trabajo (FNPT) tenia previstas también una serie de subvenciones, entre las cuales cabe destacar las dirigidas a la **integración laboral de las personas minusválidas.**

6.1.1.3. Seguridad Social. (4)

La Ley 193/1963, de 28 de Diciembre, de Bases de la Seguridad Social, se fijó como objetivo "operar el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales a un Sistema de Seguridad Social". Entre las directrices que presiden esta ley se cita "la preocupación preferente sobre los servicios de **recuperación y rehabilitación**", creando dentro del nuevo sistema los

servicios sociales como "complemento de las prestaciones otorgadas ante las diversas situaciones y contingencias previstas... con funciones definidas en orden a la **reeducación y rehabilitación de inválidos**, medicina preventiva, higiene y seguridad en el trabajo y acción formativa, buscándose así la apertura de la Seguridad Social hacia campos nuevos y fecundos de promoción social y comunitaria", señalando a continuación su voluntad de "potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras".

Por otro lado, esta ley considera que la "Seguridad Social, entendida como sistema de superación de los esquemas clásicos de Previsión y Seguros Sociales, exige inexcusablemente un régimen complementario de **Asistencia Social**", reservándola para actuar en casos límite: "para paliar o eliminar los estados de necesidad en que puedan incidir las personas incluidas en el campo de aplicación de la Ley cuando no se acredite el derecho a las prestaciones o se haya agotado el tiempo máximo previsto para su disfrute, incluidas las prórrogas, o resulten insuficientes para la satisfacción de las necesidades que las determinan"

El Decreto 2531/1970, de 22 de Agosto, sobre el empleo de trabajadores minusválidos, en desarrollo de la Ley de Bases citada y de su texto articulado, creó el "**Servicio Social de**

Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos" al que se le encomendaban "todas las acciones que reglamentariamente se le atribuyan en la aplicación de este Decreto, principalmente las encaminadas a la rehabilitación médica y laboral, para lo cual creará sucesivamente los centros correspondientes, así como los de asistencia posterior a minusválidos". Después, el Decreto 731/1974, de 21 de febrero, fusionó este Servicio con el **"Servicio Social de Asistencia a los Subnormales"**,que había sido establecido por el Decreto 2421/1968, de 20 de Septiembre, dando lugar al Servicio Común de la Seguridad Social denominado **"Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos"**, conocido por sus siglas: **SEREM** (5). Este Servicio durante su existencia fue un instrumento en el desarrollo de la política pública y de la iniciativa privada en el ámbito de la atención e integración de los minusválidos, también colaboró de forma destacada en la preparación de la LISMI.

El SEREM fue extinguido por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, que estableció un nuevo modelo de gestión de la Seguridad Social, fundamentado en tres entidades gestoras: INSS, INSALUD e INSERSO, a las cuales se les encomendaba la gestión de las prestaciones económicas, asistencia sanitaria y servicios sociales, respectivamente.

Esta norma reconocía la existencia de otras redes

protectoras de servicios sociales, al señalar en la exposición de motivos que "al Estado se reintegran las funciones que había asumido la Seguridad Social y que **no son propias de ella**: empleo, educación y **servicios sociales**", al mismo tiempo, es un exponente del actual debate sobre la pertenencia o no de los servicios sociales a la esfera de la Seguridad Social.

El **Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)**, es pues una entidad gestora de las seguridad social, con personalidad jurídica propia, competente en la "gestión de los servicios complementarios de la Seguridad Social", según establece el Real Decreto-Ley 1856/1979, de 30 de Julio. A este Instituto se le encomendó la gestión de los servicios sociales que el SEREM instrumentaba.

El INSERSO fue estructurado inicialmente en tres servicios sociales: Tercera Edad; Minusválidos Físicos y Psíquicos; Programas Especiales. Referente a las personas con minusvalía protegidas por la Seguridad Social, realizaba fundamentalmente las funciones siguientes:

a) Determinación de la existencia de posibilidad de recuperación y, en su caso, la elaboración y desarrollo del programa en las situaciones de invalidez de la Seguridad Social.

b) Gestión de todos los aspectos relativos a la fijación

y ejecución de los programas individuales de recuperación para la rehabilitación integral del minusválido.

c) Reconocimiento y calificación de la condición legal de minusválido y orientación y asesoramiento técnico, mediante los Equipos de Valoración y Orientación (EVO).

d) Gestión de las prestaciones individuales no periódicas de convocatoria anual.

e) Gestión de las subvenciones a Corporaciones Locales e Instituciones sin ánimo de lucro que prestan servicios para el tratamiento, integración, mentalización, estudios, así como asesoramiento técnico a las mismas.

f) Gestión de la Prestación económica de la Seguridad Social, establecida por O. de 8 de Mayo de 1970 (3000 Pta./mes) para los trabajadores o pensionistas que tuvieran hijos u otra persona minusválida a su cargo.

Como conclusiones de este período que hemos descrito someramente, destacamos las siguientes características:

Primera. Se distinguen, al menos, tres grandes redes o

complejos institucionales del sector público (6):

* Estatal.
  La beneficencia pública, la asistencia y los servicios sociales del Estado.(Fondo Nacional de Asistencia Social, Instituto Nacional de Asistencia Social, otros.)

* Seguridad Social.
  La asistencia y servicios sociales de la Seguridad Social (INSERSO).

* Administración Local.
  La beneficencia pública, asistencia social y servicios sociales de las Diputaciones Provinciales y de los Ayuntamientos.

Segunda. El sector privado (Iglesia, asociaciones de afectados, de padres, voluntarias, etc), disponía de una importante red de servicios para personas con minusvalía y tenía, por tanto, gran incidencia en el sector. En la práctica, este sector operaba con total independencia y plena descoordinación de las redes públicas, a pesar de recibir subvenciones de la Administración.

Tercera. El perfil de los servicios sociales en el momento histórico que describimos, es el siguiente:

a) Oferta sesgada hacia la especialización, la institucionalización y las prestaciones económicas puntuales, y la consiguiente escasez de orientaciones primarias y preventivas.

b) Inarticulación legal y dispersión administrativa y orgánica.

c) Ausencia de sistemas de planificación y coordinación institucional, que posibilitaron un crecimiento espontáneo de los servicios privados.

d) Centralización administrativa e insuficiencia de canales de participación.

e) Insuficiente dotación económica y de servicios e importantes desequilibrios territoriales.

f) Falta de bases informativas y de instrumentos de planificación del sector.

6.1.2. Los servicios sociales en la Constitución Española.

La promulgación de la Constitución Española (CE) de 1.978, supone un cambio radical en relación a la situación anterior y abre un amplio período de transición. El nuevo modelo de Estado que establece se caracteriza por ser

democrático, descentralizado y de bienestar social. El aspecto **social** viene establecido en el primer artículo ("... Estado Social...") y concretado en el mandato contenido en el artículo 9.2 de la CE:

"Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social"

Referente a las **personas con minusvalía** la Constitución les dedica el artículo 49 que establece: **"Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos"**

Si atendemos, ahora, al concepto constitucional de los **servicios sociales** y de la **asistencia social** podremos constatar:

a) La única referencia explícita a los **servicios sociales** en la norma constitucional la encontramos en el artículo 50, relativo a la Tercera Edad ("...un

sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio"), que es imprecisa y amplia y no se corresponde con ninguna de las definiciones técnicas comunmente admitidas.

b) Diversos artículos de la Constitución hacen referencia a grupos o colectivos que normalmente configuran el ámbito de los servicios sociales: familia e infancia (Art. 39); juventud (Art. 48); **disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos** (Art. 49); tercera edad (Art.50), etc.

c) El término **asistencia social** se cita únicamente en el artículo 148.1.20 como posible competencia autonómica, pero sin determinar su contenido.

d) El artículo 41 hace una defición muy amplia y ambigua de **Seguridad Social**: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad". De esta materia reserva al Estado la "legislación básica y el régimen económico".(Art.149.1.17).

e) La regulación de las **condiciones básicas** que han de

> garantizar la **igualdad** de todos los españoles en el ejercicio de todos los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales, según el artículo 149.1.1., se reserva a la competencia exclusiva del Estado. Sin embargo, en este artículo que trata de las competencias del Estado no figura ni la **asistencia ni los servicios sociales.**

A la vista de esta situación queda patente la indeterminación semántica con que la Constitución trata el tema de la asistencia y los servicios sociales. Esta situación se agrava aún más al no ajustarse la mayoría de Estatutos de Autonomía a la terminología constitucional y establecer competencias exclusivas en "asistencia social y servicios sociales"; "asistencia social y beneficencia"; "asistencia social y bienestar social"; "servicios sociales y bienestar social". Esta situación ha propiciado abundantes trabajos y debates sobre dichos términos, que "en cualquier caso, ha de añadirse que todas estas cuestiones tendrían una fuerte carga de nominalismo si no fuera porque, a causa del distinto régimen competencial a que están sometidas la Seguridad Social y la Asistencia Social, el problema se sitúa claramente en el terreno político, estribando a la postre, en el reparto del dinero y del poder" (7).

Dejando,pues, estas cuestiones interpretativas -que, por otro lado, se mantienen abiertas-, por superar ampliamente el

objetivo de este trabajo (8), nos centraremos en la interpretación dada por las Comisiones Mixtas de traspasos que, a pesar de no ser uniformes, han considerando el término constitucional "asistencia social" como comprensivo de los servicios sociales, y, así, se han transferido a las CCAA con carácter de competencia exclusiva la materia de "servicios y asistencia sociales"; la única excepción la constituyen los servicios sociales de la seguridad social, en cuya transferencia primó la procedencia de ésta y siguen por tanto el régimen competencial del artículo 149.1.17 CE.(9)

6.1.3. Los servicios sociales en los Estatutos de Autonomía y los traspasos de servicios.

A partir de las previsiones constitucionales se abre el período de aprobación de los Estatutos de Autonomía como norma básica de las 17 Comunidades Autónomas que se constituyeron. Este proceso duró más de tres años (de finales de 1979 a principio de 1983). En el momento del nacimiento de la la LISMI tenían Estatuto de Autonomía el País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Asturias y Cantabria.

Uno de los aspectos básicos de los Estatutos de Autonomía es la regulación del régimen competencial, el cual se fundamenta en los artículos 147, 148 y 149 de la CE. De acuerdo con dichos preceptos se establecen incialmente dos grupos de CCAA.:

A) Las constituidas a partir de la Disposición Transitoria Segunda (las que hubieran plebiscitado afirmativamente proyectos de Estatutos de Autonomía y que en el momento de promulgar la CE tuvieran un régimen provisional de autonomía), Disposición Adicional Primera (actualización regimen foral) y por la vía del artículo 151 de la CE, las cuales pueden asumir inicialmente competencias en todas las materias no atribuidas expresamente al Estado.

B) Las constituidas según el artículo 143, llamadas de "vía lenta", que pueden asumir sólo competencias en las 22 materias relacionadas en el artículo 148 de la CE, las cuales podrán ser ampliadas, como señala el núm. 2 del mismo artículo, transcurridos cinco años, mediante la reforma de sus Estatutos en el marco establecido en el artículo 149 de la CE. Las Comunidades Autónomas de este grupo pueden ampliar competencias antes de transcurrido el período de cinco años, mediante el procedimiento establecido en el artículo 150 CE, como ha ocurrido en los casos de Canarias y de la Comunidad Valenciana, las cuales mediante Leyes Orgánicas han recibido transferencias complementarias.

De acuerdo con las posibilidades que ofrecían estos

criterios de reparto del quantum competencial, todos los Estatutos de Autonomía se atribuyeron **competencia exclusiva** en materia de asistencia y servicios sociales, aunque describen el campo material con distintas denominaciones, como ya hemos comentado anteriormente. Además, algunos Estatutos atribuyen este mismo tipo de competencias a la atención de colectivos y grupos considerados acreedores de especial atención: juventud; tercera edad; menores; mujer; **minusválidos**; emigrantes, etc.

Las únicas referencias explícitas de los Estatutos de Autonomía al sector de minusválidos las encontramos en los de la Comunidad Valenciana, que el el artículo 31.27 establece la competencia exclusiva en "instituciones públicas de protección y ayuda a ... **minusválidos**..., incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación", y en el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, que en el artículo 31, p) recoge la competencia exclusiva en la "promoción y ayuda a... **minusválidos**..., incluida la creación de centros de protección, reinserción o rehabilitación".

En materia de Seguridad Social el régimen competencial viene condicionado, en primer lugar, por la reserva que la CE establece a favor del Estado en el citado artículo 149.1.17. (legislación básica y régimen económico). Los Estatutos de Autonomía recogen de forma distinta la competencia sobre esta materia, en gran parte debido a que entre las 22 materias establecidas en el artículo 148 para las autonomías de "vía

lenta", no se menciona la seguridad social y, por tanto, las posibilidades de asumir funciones sobre esta materia dependen del techo competencial inicial.

A partir del examen de las competencias que en materia de seguridad social establecen los Estatutos de Autonomía se pueden agrupar de la siguiente forma:

a) Un primer grupo constituido por las CCAA del País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Navarra y Valencia, que tienen atribuidas competencia en:

- desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico.

- Gestión del régimen económico.

- Organización y administración de todos los servicios.

- Tutela de las instituciones, entidades y fundaciones.

El ejercicio de estas competencias debe ajustarse a criterios de participación. El Estado se reserva la alta inspección.

b) Para las demás CCAA la seguridad social es una competencia asumible transcurridos cinco años o en

virtud de Ley Orgánica de Delegación o Transferencia. En la mayoría de Estatutos de estas CCAA no se concretan las funciones que asumirán en esta materia, a excepción de los de la Región de Murcia ("gestión del régimen económico de la seguridad social", art.13.1.11), Canarias ("ejecución de los servicios de la seguridad social", art. 34, b, 3), Islas Baleares ("servicios de la seguridad social y gestión de su régimen económico", art.12.5.)

c) Finalmente, queda el caso singular de la Comunidad Autónoma de Madrid, cuyo Estatuto no menciona esta materia.

De acuerdo con las citadas previsiones constitucionales y estatutarias se inicia el proceso de transferencias a las CCAA de los servicios que les correspondían en virtud de las competencias que tenían atribuidas. La aparición de la LISMI coincide también con este proceso de traspasos en materia de asistencia y servicios sociales. En aquel momento se hallaba en plena transferencia el bloque relativo a la asistencia y servicios sociales del Estado (FNAS, INAS, etc.) y se había iniciado el correspondiente a la asistencia y servicios sociales de la seguridad social (INSERSO) con el traspaso a Cataluña.

Este peculiar y trascendental entorno que envolvió la

preparación y aprobación de la LISMI influyó decisivamente en la misma. A su vez, ésta servirá de guía e inspiración a buena parte de la normativa posterior de servicios sociales.

6.2.DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982 (10)

La LISMI dedica el Título VIII a los SERVICIOS SOCIALES; este título sufrió varias modificaciones durante el proceso de trámite parlamentario, que alcanzaron al propio nombre, que en la proposición de ley se denominaba de "asistencia social". Estos cambios son debidos a la influencia que iban ejerciendo sobre la proposición de ley las transformaciones sociales y jurídicas que se producian en España y, en todo caso, supone, como veremos, la superación de las concepciones benéficas a las que hemos hecho referencia.

El contenido de este Título de la LISMI diseña un modelo de servicios sociales para personas con minusvalía moderno y abierto, que pensamos ha incidido en el sector.

El modelo que establece contempla los siguientes aspectos:

6.2.1.Objetivos (Art. 49 LISMI)

A) Garantizar a los minusválidos el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad.

B) Superación de las discriminaciones adicionales padecidas por los minusválidos que residan en zonas rurales.

El objetivo general que fija la ley consiste en posibilitar la superación de las desventajas y marginaciones que a menudo padece la población minusválida con el fin de lograr su integración y bienestar social. Tiene, además, un objetivo específico dirigido a solventar los graves problemas adicionales que sufren las personas con minusvalía que viven en las zonas rurales (deficientes comunicaciones, rentas bajas, escasez de recursos generales y específicos, etc.) (11), estableciendo la necesidad de que los servicios sociales garanticen la superación de este tipo de discriminaciones.

Por otro lado, estos objetivos son congruentes y se complementan con los globales que establece la ley que, al final del artículo 1, después de fundamentar los derechos de los minusválidos en el citado art.49 de la CE, establece que su función es: "para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la atención y tutela necesarias".

6.2.2.Principios Generales (Art.50 LISMI)

La LISMI establece como criterios o principios que han de

enmarcar los servicios sociales que establece, los siguientes:

a) El derecho a los servicios sociales.

Este derecho, reconocido ya en el art. 49 CE, es la expresión clara de la superación de concepciones anteriores basadas en criterios graciables. El carácter universalista con que se otorga este derecho hace desaparecer también las diferencias existentes entre beneficiarios y no beneficiarios de la seguridad social.

Por otro lado, debe relacionarse con el derecho que con carácter general establece el artículo 3 de la Ley, que señala: "los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1, constituyendo una obligación del Estado... la garantía de unos derechos sociales mínimos y la Seguridad Social", añadiendo que "a estos efectos estarán obligados a participar, para su efectiva realización, en el ámbito de competencias correspondientes, la Administración Central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, los Sindicatos, las entidades y organismos públicos y las asociaciones y personas privadas".

b) Sistema mixto de prestación de servicios sociales.

La Ley establece que la **prestación** de los servicios sociales podrá ser realizada tanto por la Administración Pública como por las Instituciones o personas jurídicas privadas sin ánimo de lucro. La inclusión de este principio, por un lado, reconoce la labor realizada por la iniciativa social en este campo y, por otro, supone su adscripción en la tendencia actual de valorar las ventajas que normalmente se le atribuyen a la gestión privada: flexibilidad; rapidez; estructuras sencillas y no burocratizadas; mayor adaptabilidad a los cambios sociales y económicos; más innovadores; incremento de la participación; posibilitan la existencia de modelos pluralistas; etc.(12)

Este planteamiento debe completarse con las normas que regulan el tema de la participación de la iniciativa social en el sector de la minusvalía. En concreto el artículo 4 establece las siguientes cuestiones:

* Amparo y colaboración.

  La Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales ampararán la iniciativa privada sin ánimo de lucro, colaborando en el desarrollo de estas actividades mediante

asesoramiento técnico, coordinación, planificación y apoyo económico.

* Sometimiento a la planificación pública.

Será requisito indispensable para percibir dicha colaboración y ayuda que las actuaciones privadas se adecuen a las lineas y exigencias de la planificación sectorial que se establezca por parte de las administraciones públicas.

* Organos de participación en los centros privados.

En los centros financiados, en todo o en parte, con cargo a fondos públicos, existirán órganos de participación de los interesados o subsidiariamente sus representantes legales, de la dirección y del personal al servicio de los centros, sin perjuicio de las facultades que corresponden a los poderes públicos.

c) Responsabilidad Pública

Este principio viene determinado con carácter general en el citado artículo 3 y en particular para los servicios sociales en el arículo 50 c): "los servicios sociales para minusválidos, responsabilidad de las

Administraciones Públicas,..."

d) Normalización e integración.

Estos principios obligan a la utilización por parte de los servicios sociales de los cauces y recursos ordinarios, con la excepción de los casos en que las características de la minusvalía exijan una atención singularizada. Así el lugar de la prestación será su medio normal: familia, entorno geográfico, etc.

Este criterio tiene su equivalente como principio general de la ley en el artículo 6, que establece que "las medidas tendentes a la promoción educativa, cultural, laboral y social de los minusválidos se llevarán a cabo mediante su integración en las instituciones de carácter general, excepto cuando por las características de sus minusvalías requieran una atención peculiar a través de servicios y centros especiales".

e) Descentralización.

Este principio es una consecuencia de los anteriores que exigen una cercanía de servicios y centros. Este principio aparece también como criterio rector de la organización administrativa: "la descentralización de

los servicios mediante la sectorización de los mismos" (Art. 65.2. LISMI)

f) Participación.

La LISMI establece distintos niveles de participación:

* En todos los **centros** para minusválidos **financiados** con fondos públicos (Art.4.3), como ya se ha comentado al tratar de la iniciativa social.

* En las tareas de **convivencia, dirección** y de **control** de los servicios sociales (Art.50,e): "se procurará hasta el límite que impongan los distintos tipos de minusvalía la participación de los propios minusválidos, singularmente en el caso de adultos".

* En la **organización administrativa** (Art. 65.2.): "la participación democrática de los beneficiarios, por sí mismos o a través de sus legales representantes y de los profesionales del campo a la deficiencia directamente o a través de Asociaciones específicas".

g) Planificación y coordinación.

Aunque no se mencionen explícitamente estos dos principios en el Título dedicado a los servicios

sociales, son principios de carácter general y por tanto también aplicables a este sector. Ambos principios vienen recogidos en el artículo 65 que trata de la reorganización administrativa.

Por otro lado, la adecuación de las actuaciones privadas a la planificaciòn pública es un requisito indispensable para que aquellas puedan recibir colaboración y ayuda.(Art.4.2 LISMI)

6.2.3. Tipología de servicios sociales para minusválidos (Art. 51 a 53).

De forma resumida y utilizando terminología actual, consideramos que la LISMI, en el Título VIII que comentamos y en los artículos 62 a 64, establece un primer esquema de los servicios sociales para minusválidos:

A. Servicios Sociales.

A.1 Información y orientación.

A.1.1. Orientación Familiar (Art.51.1.)

- información a las familias
- capacitación y entrenamiento para atender a los hijos minusválidos.
- adecuación del entorno familiar a las necesidades rehabilitadoras

A.1.2. Orientación e información a los minusválidos (Art.51.2)

- conocimiento de las prestaciones y servicios y las condiciones de acceso.

A.2. Atención domiciliaria (Art.52.3.)

.prestaciones de carácter personal y doméstico
.prestaciones rehabilitadoras.

A.3. Residencias y Hogares comunitarios. (Art.52.4)

.atención de necesidades básicas.
.para minusválidos carentes de hogar y familia o con graves problemas de integración familiar.

A.4. Atención Especializada (52.6)

.atención residencial y asistencial.
.para minusvalías profundas que lo hagan necesario.

A.5. Centros Ocupacionales (Art. 53)

.servicios de terapia ocupacional y ajuste personal y social.
.para minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una Empresa o Centro Especial de Empleo.

A.6. Equipos multiprofesionales (art. 10)

.actuación sectorial
.asegurar una atención multidisciplinaria para garantizar la integración en el entorno socio-comunitario.
.Funciones:
- informe diagnóstico.
- orientación terapéutica.
- valoración y calificación.

B. Complemento de los servicios sociales. (Art. 51.2)

B.1. Servicios y prestaciones económicas.

.Para los minusválidos que se encuentren en:
- situación de necesidad.
- carezcan de los recursos indispensables para hacer frente a la misma.

C. Actividades. (Art.52.5)

C.1. Deportivas, culturales, de ocio y tiempo libre.

.desarrollo en instalaciones y medios ordinarios de la comunidad.

.sólo subsidiaria o complementariamente se establecerán servicios y actividades específicas para los casos de graves minuvalías que les resulte imposible su integración.

D. Recursos Humanos.

D.1.Personal. (Art. 62 y 63)

.los servicios deben estar orientados, dirigidos y realizados por personal especializado
.deben actuar como equipo multiprofesional.
.el Estado adoptará las medidas pertinentes para la formación de especialistas en servicios sociales, y establecerá programas permanentes de especialización y actualización.

D.2.Voluntariado. (Art. 64, 1 y 2)

.el Estado fomentará la colaboración del voluntariado en la atención de los minusválidos
.el Estado promoverá la constitución y funcionamiento de instituciones de voluntarios.
.las funciones de los voluntarios consistirán en prestaciones de atención domiciliaria y las que no impliquen una permanencia en el servicio ni requieran especial cualificación

D.3.Prestación Civil Sustitutoria/Servicio Civil. (Art.64.3).

.los poderes públicos procurarán orientarlos hacia la atención de los disminuidos.

Este esquema se completa con algunas precisiones que establece la propia ley relativas al carácter mixto (público-privado) en la creación, gestión y sostenimiento de los servicios (Arts.52.4., 53.2.), y al sometimiento de la iniciativa social a la ordenación y planificación pública (Art. 53.2), etc.

6.3.NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

El desarrollo de los preceptos de la LISMI en lo concerniente a los servicios sociales, ha tenido lugar básicamente a través de la normativa autonómica dictada en virtud de la competencia exclusiva que tienen sobre la materia.

A nivel Central no llegó a aprobarse ninguna ley de servicios sociales, a pesar de haber sido anunciada en más de una ocasión, quizá debido a los conflictos competenciales que presumiblemente hubiera originado con las leyes autonómicas de servicios sociales existentes.La norma estatal que incide en el ámbito competencial de servicios sociales es la Ley 7/1985, de 3 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Se han aprobado otras normas de ámbito estatal referente a los servicios sociales para minusválidos , como la que regula los Centros Ocupacionales, la que crea y regula el Registro de dichos centros, otras referentes a centros y servicios del INSERSO , regulación de la acción concertada del INSERSO, etc.

A continuación trataremos brevemente de estas normas, no de forma cronológica, sino por bloques, según sean de procedencia estatal o autonómica.

6.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes Centrales.

La Ley 7/1985, de 3 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, establece, en relación a los servicios sociales, en el artículo 25.2.k, que los municipios ejercerán, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas en **"la prestación de los Servicios Sociales y de promoción y reinserción social"**, y en el artículo 16 establece la obligatoriedad de la prestación de estos servicios en los municipios con más de 20.000 habitantes. Además de estas competencias propias podrán tener atribuidas competencias delegadas.

El artículo 36 de esta ley atribuye a las Diputaciones como competencias propias las que establezcan las leyes del Estado y de las Comunidades Autónomas en los diferentes sectores de la acción pública y en todo caso: coordinación de los servicios municipales entre sí; asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica a los municipios; la prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal; fomento y administración de los intereses peculiares de la provincia.

En realidad, la atribución competencial que efectúa esta ley a los municipios se refiere únicamente a la materia, sin

determinar las funciones que ejercerán sobre la misma. Por tanto, la concreción la realizarán las normas sectoriales, que en el caso de que tratamos serán normalmente las leyes autonómicas de servicios sociales. Las competencias de las Diputaciones son de carácter genérico y sólo indirectamente afectan a la materia de servicios sociales; por ello, consideramos que será básicamente la normativa autonómica la que deberá también concretar, dentro de sus posibilidades competenciales, las funciones que en materia de servicios sociales tienen atribuidas las diputaciones provinciales o, en su caso, otras entidades locales (islas , comarcas, áreas metropolitanas, mancomunidades de municipios, etc.) en aquellas CCAA en las que esten instituidas o reconocidas.

6.3.1.2. **Centros Ocupacionales para Minusválidos.**

El Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, regula los Centros Ocupacionales para minusválidos, en desarrollo del artículo 53 de la LISMI, estableciendo la propia norma, en su exposición de motivos, que es "sin perjuicio de las disposiciones que puedan dictar las Comunidades Autónomas sobre la materia", que como veremos han sido abundantes, en cuyo caso, las disposiciones del Real Decreto se aplicarán supletoriamente, según señala la Disposición Adicional de esta norma.

La regulación de estos centros se extiende a su concepto

y naturaleza, delimitándolo de otras figuras próximas (Centros Especiales de Empleo, Centros de Educación Especial, Servicios y Establecimientos Especializados), asignándole como finalidad la prestación de los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos, cuando por el grado de minusvalía no puedean integrarse en una empresa o en un Centro Especial de Empleo.

Establece también normas de carácter muy general relativas a la creación, registro, organización, funcionamiento y financiación de estos centros. Dedica, asimismo, dos breves capítulos a la regulación de los requisitos de acceso y a los derechos y deberes de los minusválidos integrados en dichos centros. Con posterioridad, la Orden de 23 de Julio de 1986, crea y regula el Registro de Centros Ocupacionales para personas con minusvalía.

6.3.1.3. **Otras Disposiciones.**

La Administración Central ha dictado normas, a través de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Asuntos Sociales, relativas a servicios sociales para personas con minusvalía, especialmente relacionadas con el funcionamiento de los centros del INSERSO: Orden de 13 de noviembre de 1984, que regula la naturaleza, objetivo y ámbito de actuación de los Centros de Asistencia a Minusválidos Físicos de la Seguridad Social y se constituían como tales determinados centros;

Resolución de 26 de agosto de 1987, que regula los ingresos, traslados, permutas y liquidación de estancias en los Centros Residenciales para Minusválidos; Orden de 7 de julio de 1989, que regula la acción concertada del INSERSO en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros Residenciales para la Tercera Edad y Minusválidos; Orden de 26 de Septiembre de 1989, que regula el procedimiento de ingresos, traslados y permutas en centros de Beneficencia General del Estado y del extinguido INAS, gestionados por el INSERSO, y se actualizan los precios que han de abonar los beneficiarios; etc.

6.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes de las Comunidades Autónomas.

El establecimiento y estructuración de los servicios sociales fue una de las primeras actuaciones emprendidas por las Comunidades Autónomas en ejercicio de las competencias atribuidas en sus Estatutos. La normativa generada en esta materia es abundante y consideramos que es susceptible a efectos expositivos de ser agrupada en tres grandes bloques: leyes de servicios sociales;organismos e instituciones autonómicos de gestión; y otras disposiciones de desarrollo y complementarias.

6.3.2.1. **Las Leyes de Servicios Sociales.**

El interesante proceso de establecimiento de modelos de

servicios sociales por vía autonómica, se inicia en 1982 con la aprobación por el Parlamento del País Vasco de la Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales y llega hasta nuestros dias, en que todas las Comunidades Autónomas, excepto Cantabria, disponen de leyes en esta materia, llamadas comunmente de "Servicios Sociales", aunque en algunos casos reciben otras denominaciones: "Acción Social" (Islas Baleares), "Ordenación de la Acción Social" (Aragón), "Acción Social y Servicios Sociales" (Castilla-León).

Este conjunto de leyes, a pesar de que tienen similitudes estructurales y conceptuales, no presenta modelos uniformes como revela un análisis detallado de las mismas; por el contrario, consideramos que, sin negar un cierto fondo común, las distintas leyes recogen los diferentes planteamientos políticos, técnicos y de la realidad de cada comunidad, así como, del momento histórico en que fueron promulgadas.

Todas las leyes, excepto la de la Región de Murcia, responden a la técnica de leyes marco, siendo en cambio aquélla de carácter reglamentarista. La operatividad de la mayoría de estas leyes dependerá, por tanto, en buena medida de su desarrollo reglamentario.

El análisis de estas leyes lo dividimos en dos partes, la primera, referente a la regulación del ámbito de minusválidos y la segunda a las principales características generales.

Todas las leyes de servicios sociales contemplan específicamente dentro de su ámbito de cobertura, áreas de actuación o como servicio social especializado, la atención a los minusválidos. Para facilitar una visión global, ofrecemos a continuación un extracto normativo, donde aparecen las leyes ordenadas cronológicamente, con expresión de las referencias directas a la población minusválida.

LOS MINUSVALIDOS EN LAS LEYES AUTONOMICAS DE SERVICIOS SOCIALES.

PAIS VASCO
L.6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales

"Serán áreas preferentes de actuación de los servicios sociales:... 5. La promoción de la máxima integración posible de los minusválidos en los aspectos educativo, laboral y social o, en su caso, el desarrollo mediante servicios especiales, de sus respectivas capacidades" (Artículo 3.5.)

NAVARRA
L.Foral 14/1983, de 30 de Marzo, sobre Servicios Sociales.

"Areas de actuación:... c) Minusvalías. La integración social de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, se desarrollará en conformidad con la legislación vigente, promoviendo la prevención y la máxima integración posible de los minusválidos en los aspectos educativos, laborales y sociales y, en su caso, el desarrollo mediante servicios especiales, de sus respectivas capacidades sin desarraigarles de su medio familiar. Serán actuaciones prioritarias:

1. La prevención de las minusvalías en coordinación con la correspondiente organización sanitaria foral.
2. Estimulación precoz y apoyo a las iniciativas de integración en las guarderías infantiles.
3. Educación, atención y aspectos ocupacionales del subnormal profundo.
4. Atención residencial a los minusválidos en edad laboral carentes de cobertura familiar adecuada.

5.Atención domiciliaria y económica.
6.Estimulación de programas adecuados para reinserción laboral de minusválidos en base a la ejemplarización por parte de la Administración de Navarra y al incentivo de las empresas privadas que absorban mano de obra de estas características.
7.Apoyo económico." (Artículo 3, c).

MADRID
L.11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales.

"Se organizarán los siguientes servicios sociales especializados: ... d) De minusválidos, tendente a la prevención, tratamiento, rehabilitación integral y reinserción social de disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales utilizando en lo posible los servicios generales de la comunidad" (Artículo 11, d).

MURCIA
L.8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

"Los servicios sociales especializados... , incluyendo:... El Servicio Social de Minusválidos..., que tiene por objetivo la integración social de los minusválidos, promoviendo la prevención de las minusvalías, la instauración precoz de un tratamiento integral, la rehabilitación y la integración laboral sin desarraigarles, siempre que sea posible, de su entorno socio familiar" (Artículos 8.1. y 31.)
Los artículos 32, 33 y 34 regulan, respectivamente, las funciones, beneficiarios y medios y equipamientos.

CATALUÑA
L.26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales.

"Se considerarán áreas de actuación:... d) La promoción y atención de las personas con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, así como la promoción de su integración social a fin de conseguir su desarrollo personal y la mejora de la calidad de vida"(Artículo 5, d).

CASTILLA-LA MANCHA
L. 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

"Los Servicios Sociales Especializados se llevarán a cabo por personal adecuado, a través de los siguientes programas:... e) De Minusválidos: dirigido a la prevención, rehabilitación y reinserción social de los minusválidos físicos, psíquicos y

sensoriales, a través de programas conjuntos con otros Organismos e Instituciones" (Artículo 11, e)

BALEARES

L.9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social.

"Los servicios sociales específicos serán los siguientes:... b) De rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, posibilitando su integración social, previniendo, en lo posible, las minusvalías, y eliminando las barreras que impiden su normal desenvolvimiento en la sociedad"

(Artículo 10, b).

ARAGON

L.4/1987, de 25 de Marzo, de Ordenación de la Acción Social.

"Los servicios sociales especializados dirigidos a un sector específico de la comunidad... que son aquéllos que encuentran limitaciones para lograr el acceso a los diferentes sistemas públicos de protección social por motivos de... disminución..."

(Artículo 12).

ASTURIAS

L.5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales.

"A efectos de coordinación y planificación, se establecen las siguientes áreas de actuación de los servicios sociales especializados:... d) Minusvalias"

(Artículo 8, d).

EXTREMADURA

L.5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales.

"Servicio Social especializado de atención a Minusválidos.

1. Tendente a la prevención, rehabilitación e integración social de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, desarrollando sus capacidades en los ámbitos educativos, sociales y laborales.
2. Este servicio promoverá toda serie de medidas encaminadas a eliminar obstáculos en la vida del minusválido.
3. Cuando no sea posible la permanencia del minusválido en su ámbito familiar y local, se informará a sus familiares, según los casos, de las posibilidades de integración en un Centro adecuado conforme a su situación, gestionando las soluciones pertinentes.

4.La Administración Autonómica Extremeña dispondrá la creación de Centros propios y promoverá convenios con centros privados sin ánimo de lucro que se atengan a lo dispuesto en esta Ley.
5.Dependerán funcionalmente de este Servicio todos los Centros o Servicios del Area Específica de Minusválidos que estén inscritos en el Registro Unificado de Entidades de Servicios Sociales".
(Artículo 12.)

CANARIAS
L.90/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.

"Se considerarán áreas de actuación:... e)La promoción y atención de las personas con disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales, así como la promoción de su integración social, a fin de conseguir su desarrollo personal y la mejora de su calidad de vida"(Artículo 4, e).

GALICIA
L.3/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.

"Servicios Sociales especializados:... d)Servicios sociales para minusválidos. Tienen por finalidad el desarrollo de actuaciones para disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales promoviendo la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social"
(Artículo 6, d).

ANDALUCIA
L.2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.

"Las áreas de actuación de los Servicios Sociales se concretan en las siguientes actuaciones:... 4. La atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales.
Los Servicios Sociales Especializados atenderán a los siguientes sectores:... 3.Las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, con el objeto de posibilitar su integración social, promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral."(Artículos 6.4. y 11.3.

CASTILLA-LEON
L.18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales.

"Minusválidos. Se atenderá a la prevención, rehabilitación y reinserción social de los minusválidos

físicos, psíquicos y sensoriales, eliminando los obstáculos de carácter personal y social que impidan su normal desenvolvimiento en la sociedad". Artículo 12).

VALENCIA

L.5/1989, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

"Se considerarán áreas de actuación prioritarias:... La atención a personas con minusvalía".(Artículo 4).

LA RIOJA

L.2/1990, de 10 de mayo, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

"Se incluirán dentro de los servicios sociales especializados, las siguientes áreas de actuación:... b) Minusvalías.

Minusvalías. 1.La actuación de esta área irá orientada desde la atención integral, a la prevención de las minusvalías así como a la rehabilitación y normalización de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, procurando la integración en su medio de acuerdo con la legislación vigente. 2.Para el logro de estos fines se determinarán, de forma prioritaria, las siguientes medidas: a)La prevención de las minusvalías a través de programas coordinados con el sistema sanitario; b)La atención temprana y la integración en guarderías; c)El diagnóstico y la valoración de la minusvalía; d)Educación de forma integrada; e)La promoción del empleo, la normalización y la integración laboral en empresas públicas y privadas; f)El desarrollo de centros ocupacionales y especiales de empleo; g)La asistencia domiciliaria, centros de dia y residencias; h)Las prestaciones económicas, individuales y a instituciones sociales, así como el apoyo a las familias; i)El ocio y el tiempo libre; j)La supresión de barreras arquitectónicas, sensoriales y sociales; k)La igualdad de oportunidades evitando todo tipo de marginación".(Artículos 6.b) y 8).

Del planteamiento que efectúan estas leyes en cuanto al sector de los minusválidos, queremos resaltar los siguientes aspectos:

a) Las diferencias y ambigüedad con que tratan del ámbito de los servicios sociales para minusválidos.La mayoría

los considera como colectivo que precisa de una atención específica, a través de los llamados servicios sociales especializados, sin embargo, la delimitación de este nivel varía mucho en las diferentes leyes. Así mientras algunas leyes apenas mencionan este hecho, otras se ciñen al objetivo de "promoción de la integración social" (Cataluña, Canarias), pero la mayoría, consideramos, supera ampliamente lo que correspondería a un criterio de servicios sociales en sentido estricto al extender su objetivo a todo el ámbito del artículo 49 de la CE: "prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social" (Galicia, Extremadura, Madrid, etc.), e incluso en algunos casos se refiere explícitamente a aspectos educativos y laborales (Navarra, Extremadura, La Rioja), de ocio y tiempo libre y barreras arquitectónicas (La Rioja), etc., que evidentemente corresponden a otras áreas de la administración.En este aspecto consideramos que la LISMI se estructuró con un criterio más riguroso.

Por otro lado, esto supone que las distintas CCAA asignan diferente ámbito competencial al área de servicios sociales para minusválidos, que en algunos casos podrían incluso sobrepasar o al menos bordear sus competencias estatutarias.

b) La imprecisión terminológica es notable, se habla de minusválidos, personas con minusvalía, disminuidos, personas con disminuciones, personas con deficiencias, etc. Causa sorpresa que no se haya llegado a un acuerdo terminológico, cuando el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad", aprobado por las Naciones Unidas en 1982, establece las definiciones de **deficiencia - discapacidad -minusvalía**, así como de las medidas de acción: **prevención - rehabilitación - equiparación de oportunidades**. (13).

Para finalizar este apartado dedicado a las leyes autonómicas de servicios sociales, destacaremos algunas características generales que inciden en el ámbito de las minusvalías:

*** Objeto.**

Todas estas leyes pretenden **garantizar** el derecho a los servicios sociales, si bien lo hacen con distintas expresiones: "sistema público de protección social", "régimen público unificado", "sistema de acción social", "servicio público de servicios sociales", "sistema global de acción social", "sistema de servicios sociales de responsabilidad pública", etc. Por ello, en primer lugar, cabe constatar que en todos se utiliza el término **sistema** o equivalente, con el fin de superar

la situación anterior de heterogeneidad y compartimentación administrativa; en segundo lugar, las expresiones con que se califica el sistema presentan una gama que consideramos denota el grado de intervención pública que se pretende (sistema público, servicio público, sistema de responsabilidad pública, etc.); en tercer lugar, estas leyes que comentamos no establecen mecanismos jurídicos suficientes para garantizar eficazmente el acceso a las prestaciones (14), incluso, en muchos casos, ni tan solo disponen de la transferencia de los servicios sociales de la seguridad social (INSERSO) para garantizar los derechos que establecen.

*** Principios generales.**

Los principios generales que contemplan estas leyes coinciden esencialmente con los de la LISMI: responsabilidad pública; prevención; participación; normalización; integración; planificación; coordinación; descentralización; universalidad; globalidad. Algunas leyes explicitan otros principios de carácter constitucional: igualdad, solidaridad/redistribución; en cambio, otros principios no gozan, al menos explícitamente, de unanimidad: reconocimiento y promoción de la inciativa social, sectorización, etc.

*** Prestaciones económicas.**

Varias de las leyes contemplan las ayudas a personas en estado de necesidad, ya sean periódicas u ocasionales, como **complemento** del sistema.

Referente a las subvenciones a entidades y servicios, el criterio que prevalece se basa en su substitución por una política de convenios y conciertos, previa regulación de las condiciones y requisitos que deben cumplir.

*** Distribución de competencias.**

La distribución de competencias varía según las características territoriales de las CCAA (uniprovinciales, pluriprovinciales) y de las entidades locales básicas que tenga reconocidas (islas, comarcas, etc.). En general, podríamos afirmar que el reparto de las funciones de servicios sociales entre las administraciones públicas no responde a los criterios de descentralización que con tanto énfasis se relacionan entre los principios rectores; especialmente, si se comparte el criterio de que la delegación de competencias no es una verdadera descentralización.

En términos generales podemos afirmar que las leyes reservan a los gobiernos de las CCAA las siguientes funciones: planificación y progamación general, ordenación del sector, coordinación del sistema, inspección, asistencia técnica,

estudios, estadísticas e investigaciones, formación del personal,etc. A los Ayuntamientos se les atribuyen fundamentalmente las funciones gestoras de los servicios sociales del nivel primario y de los especializados propios, la coordinación de los servicios en el ámbito municipal, colaboración con el gobierno autonómico, etc. A las Diputaciones provinciales, si exceptuamos las Diputaciones Forales vascas y el caso de Castilla-León, las leyes prácticamente se limitan a reiterar las competencias que ya tenían reconocidas por la citada Ley de Bases del Régimen Local y a dejar constancia de la posibilidad de efectuar delegaciones.

*** Modalidades.**

Existe unanimidad en establecer dos niveles de servicios sociales. Uno, de carácter primario, que recibe diversas denominaciones según las autonomías (de Base, Básicos, Generales, Comunitarios, de Atención Primaria), tienen un ámbito local y una actuación polivalente. Normalmente, se le atribuyen funciones de: información, orientación, apoyo; detección y evaluación de necesidades; promoción y cooperación social ; fomento y apoyo al asociacionismo, voluntariado, etc; servicio de ayuda a domicilio; convivencia e integración familiar y social, etc.; así como, la gestión de determinados servicios (p.e. atención domiciliaria) y ayudas (p.e. ayudas individuales de urgencia). Algunas de las leyes explicitan el carácter gratuito de este servicio, y conceptuan como básicas o

mínimas a algunas o todas las funciones. En algunos casos, se establece en la propia ley la delimitación territorial, mediante el establecimiento de zonas o sectores de actuación, e incluso se concreta su ubicación física (Centro de Servicios Sociales, Centros Sociales Polivalentes, Centros de Acción Social, etc).

El nivel secundario, llamado normalmente de servicios sociales especializados, se dirige a colectivos con necesidades específicas. Como hemos visto, la atención a los minusválidos constituye uno de estos servicios. Otros se dirigen a la atención de la familia, infancia y juventud, ancianos, toxicómanos, minorías étnicas, situaciones de emergencia, etc.A pesar de que algunas leyes consideran que debería alcanzarse la gratuidad de estos servicios, el criterio general es que los usuarios y sus familias deben contribuir, según sus posibilidades económicas al coste de dichos servicios. Por otro lado, estas normas tratan de los equipamientos necesarios para albergar dichos servicios (centros de día, residenciales, etc), aunque lo hacen con diferente intensidad y tipología.

*** La iniciativa social.**

Referente al papel que se asigna a la iniciativa privada observamos que se reconoce la labor realizada en este campo por la iniciativa privada sin ánimo de lucro, a la cual las leyes abren la posibilidad de que colaboren en el sistema, a cambio

de cumplir ciertos requisitos y de ajustarse a la planificación pública.Algunas de estas leyes establecen, además, la figura de entidades de **interés social** para la Comunidad Autónoma, **utilidad regional**, etc.

En algunas Comunidades Autónomas,se establece como prinicipio del sistema de servicios sociales el fomento, promoción e impulso de la iniciativa social, e incluso en alguna ley no se descarta la posibilidad de colaboración de la iniciativa privada con ánimo de lucro en la gestión de servicio sociales (p.e. Cataluña). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que a pesar de que en la mayoría de las normas que comentamos no se menciona la iniciativa privada con ánimo de lucro no supone que este sector no pueda operar en el campo de los servicios sociales, si reúne los requisitos mínimos esteblecidos, ya que el artículo 38 de la CE establece con carácter general la libertad de empresa.

El fomento,la promoción y colaboración del voluntariado está presente en la mayoría de leyes y en algunas incluso se define, aunque de forma incompleta. Como caso peculiar, debemos resaltar la opción del Parlamento de Cataluña (Ley 25/1991, de 13 de diciembre) de crear el Instituto Catalán del Voluntariado (INCAVOL), con el objetivo de: promocionar el voluntariado en todos los ámbitos; planificar la acción voluntaria; velar por la coordinación de los programas que inciden en el voluntariado; establecimiento de los criterios de

distribución de los recursos materiales. En el Consejo Rector hay una amplia participación de las entidades catalanas de voluntarios.

También algunas leyes tratan, en sentido parecido a la LISMI, de la prestación social sustituroria y del servicio civil, como posibles colaboradores del sistema.

*** La participación.**

Todas las leyes de servicios sociales establecen órganos de participación de carácter consultivo y asesor, aunque con composición y funciones diversas. En general, existen consejos de ámbito de la Comunidad Autónoma, en el que participan la Administración (Autonómica y local), las entidades sociales (asociaciones de afectados o sus representantes, p.e. minusválidos; entidades de iniciativa social que operan en el ámbito; sindicatos y organizaciones empresariales; entidades voluntarias; organizaciones vecinales, de consumidores,etc.) y representantes de los profesionales. La concreción de las funciones varía considerablemente entre las comunidades autónomas, pero en general las más frecuentes son las relativas a : información de la normativa y planificación autonómica; estudio de presupuestos; coordinación; seguimiento de actuaciones; elaboración de estudios y dictámenes técnicos; presentación y estudio de propuestas de mejora de servicios; etc. Por su singularidad, debemos destacar las funciones de

gestión de programas de acción social y de **elaboración, programación** y **seguimiento** que la Ley de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla-León otorga a los Consejos Sociales rurales y de barrio que han de crear las Corporaciones Locales de la Comunidad Autónoma, como órgano de participación en cada zona de acción social. Por otro lado, algunas leyes preveen que de los consejos generales dependan consejos o comisiones de carácter sectorial, entre las cuales posiblemente se encontraran los relativos a minusválidos (p.e. Asturias, Cataluña, Canarias).

También se establecen consejos de participación en el ámbito local (Ayuntamientos, Diputaciones, Comarcas, barrios, etc), aunque en la mayoría de casos no tienen un carácter obligatorio, al menos si no alcanzan los 20.000 habitantes. A nivel de los centros de servicios sociales, sólo una pocas leyes establecen órganos de participación de características parecidas a los previstos en la LISMI, que en algunos casos son obligatorios, especialmente cuando reciben algún tipo de financiación con cargo a fondos públicos (p.e. Murcia, Cataluña, Castilla-León).

6.3.2.2. Organismos e institutos autonómicos de gestión.

Uno de los objetivos principales de las CCAA fue la constitución de sistemas organizativos que simplificaran y racionalizaran las transferencias que recibían para alcanzar la

mejora en la gestión de los servicios sociales; con dicho fin, algunas CCAA crearon organismos o instituciones específicos. Aunque algunos de estos entes gestores ya se han transformado consideramos importante dejar constancia de los mismos por cuanto influyeron en la organización y desarrollo de los servicios sociales para minusválidos.

Un primer grupo de estas entidades se crearon mediante leyes autonómicas anteriores a la de servicios sociales, debido a la necesidad de disponer de forma inmediata del aparato organizativo necesario para gestionar las transferencias de servicios. En este grupo el pionero fue el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), creado en 1983, y en cuya exposición de motivos se explicita que sus objetivos se dirigen a lograr una mayor racionalización y simplificación del aparato administrativo al refundir en dicho instituto servicios procedentes de diversas entidades, considerando que con ello se incrementará la eficacia y se logrará un ahorro en el gasto público. También se inscribe en esta línea el Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, creado por Ley de 30 de mayo de 1.984.

En otros casos las leyes de servicios sociales crearon directamente instituciones semejantes: Instituto Regional de Servicios Sociales de Murcia, aunque posteriormente la Ley 11/1986 crea y regula el Instituto de Servicios Sociales de la

Región de Murcia; el Servicio de Asistencia Social, creado por la ley foral sobre servicios sociales de Navarra, que posteriormente se convertiría en el Servicio Regional de Bienestar Social; el Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS), etc.

6.3.2.3. **Otras disposiciones.**

Son abundantes las normas dictadas desde las CCAA, básicamente en desarrollo de las leyes de servicios sociales; algunas tienen como destinatarios directos las personas con minusvalías y otras tienen un carácter general y afectan a todo el sistema. A continuación ofrecemos una panorámica de los principales aspectos regulados:

A) **Normativa específica.** El Decreto del Gobierno del País Vasco 257/1986, de 18 de Noviembre, sobre servicios sociales para minusválidos, es la única disposición que con carácter específico y global regula este tema: normas generales (naturaleza de los servicios, reconocimiento de la minusvalía, orientación asistencial, admisión y baja de los usuarios en los servicios, gestión de los servicios, financiación pública) y clases de centros (Centros de Deficientes Mentales Profundos, Residencias de Grandes Inválidos, Centros de Día, Centros Ocupacionales, Servicios Residenciales, Servicios de Ocio y Tiempo Libre, Otros

Servicios, Subsidios y Ayudas económicas). En otras CCAA se regulan estos temas incluidos en los servicios sociales en general.

También se han regulado específicamente, en algunos casos, los Centros Ocupacionales, como el Decreto 279/1987, de 27 de agosto, que regula los Centros Ocupacionales para Disminuidos en Cataluña, o el Decreto 113/1988, de 8 de julio, del Gobierno de Canarias. Un nuevo servicio social es el creado mediante la Orden del Departamento de Bienestar Social de la Generalidad de Cataluña de 1 de marzo de 1990, que instituye los servicios sociales de apoyo a la integración laboral de las personas con disminución (SSIL), que son aquéllos dirigidos a los trabajadores con disminución con el objeto de posibilitar su adaptación al entorno laboral, en particular, y al entorno cívico en general.

B) **Ordenación.** La mayoría de CCAA (p.e. Andalucia, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Galicia, Madrid, Murcia, Cataluña, Navarra, País Vasco, Valencia) han dictado normas referentes a las condiciones mínimas para la concesión de las autorizaciones para la creación y funcionamiento de los centros de servicios sociales, han regulado registros de entidades y centros y, en

muchos casos, han creado inspecciones para asesorar y controlar su cumplimiento. En la tipología de centros y servicios que establecen estas normas se contemplan los destinados a los minusválidos.

C) **Estructuración.** Además de las disposiones que hemos citado referentes a la creación de organismos autónomos de gestión, las CCAA han aprobado otras dirigidas a la estructuración del sistema de servicios sociales, mediante normas que regulan el ámbito de forma **global** (p.e. el Decreto del Principado de Asturias 53/1989, de 21 de marzo, que regula la organización y funcionamiento de los servicios sociales, o el Decreto 13/1990, de 25 de Enero, de Castilla-León, que regula el sistema de Acción Social), **territorial** (p.e. las Leyes de Ordenación Territorial de Cataluña que crean las comarcas y distribuyen las competencias entre las administraciones públicas de la comunidad, o el Decreto 81/1990, de 13 de septiembre, que aprueba la zonificación de servicios sociales de la Comunidad de Madrid), o del **nivel primario** (p.e. el Decreto 131/1989, de 29 de junio, que regula los servicios sociales comunitarios de Galicia, el Decreto 28/1987, de 14 de mayo, de la Región de Murcia que regula la estructura básica de los servicios comunitarios y el régimen de subvenciones para su mantenimiento, o el

Decreto Foral 11/1987, de 16 de enero, que regula los servicios sociales de base de Navarra).

D) **Participación.** La mayoria de CCAA han regulado, en desarrollo de las leyes de servicios sociales, los órganos de particpación previstos, concretando su composición y funciones.

E) **Gestión.** El interés en la mejora de la gestión ha propiciado la aparición de normativa tendente a este fin: sustitución del sistema de subvenciones a la iniciativa social por el de convenios y conciertos, en este aspecto debemos hacer mención especial a la Ley Foral 76/1985, de 25 de octubre, de conciertos en materia de servicios sociales de Navarra, que establece los requisitos y formas de colaboración entre la iniciativa pública y privada, tambien otras CCAA han regulado la acción concertada en esta misma línea; establecimiento de instancias de coordinación y colaboración entre los distintos órganos y administraciones públicas relacionadas con los servicios sociales; establecimiento de programas integrados; etc.

6.4. REALIZACIONES.

Resulta difícil ofrecer datos concretos referentes a las

realizaciones efectuadas en el ámbito de los servicios sociales para minusválidos, debido a la pluralidad y diversidad de actuaciones llevadas a cabo, especialmente desde instancias autonómicas y el INSERSO; sin embargo, presentamos seguidamente las principales lineas por donde han discurrido las actividades:

A) **Planificación.**

A partir de las previsiones de las leyes de servicios sociales han sido muchas las CCAA que han elaborado estudios desde diferentes vertientes (jurídica, económica, sociológica, demográfica, etc.) encaminados a la confección de los llamados **mapas de servicios sociales**, que han servido de base técnica para la aprobación de **planes** autonómicos de servicios sociales que con carácter normativo concretan las actuaciones que se emprenderán en el sector, por períodos trienales o cuatrienales.

En ambos instrumentos de planificación se contemplan los servicios sociales para minusválidos. En algunos casos se han elaborado planes específicos, como p.e. el "Plan Interdepartamental de Integración Laboral de las Personas con Disminución" de Cataluña (15), que a pesar de su denominación contempla aspectos de servicios sociales.

B) **Ordenación.**

Tambien han sido muchas las CCAA que han puesto en marcha durante este período **registros de entidades y centros, servicios de inspección**, etc. Coexisten con dichos registros autonómicos otros a nivel central, como el Registro de Entidades de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, creado por Resolución de la Dirección General de la Seguridad Social de 24 de julio de 1972, que el INSERSO continúa manteniendo, y donde se inscriben las entidades que realizan actividades relacionadas, directa o indirectamente, con la población minusválida; en 1990 se han inscrito un total de 22 entidades, alcanzando el Registro el número 1.841. Este Instituto también ha puesto en marcha el Registro de Centros Ocupacionales creado en 1986, al cual se han inscrito 7 nuevos centros en 1990, alcanzando este registro el número 147 (16).

C) **Servicios sociales de nivel primario.**

El nivel primario de servicios sociales se ha puesto en marcha en todas las CCAA, aunque, como ya hemos comentado, recibe distintas denominaciones y no tiene un contenido idéntico en todas ellas. Estos servicios han experimentado un crecimiento importante, como consecuencia del interés mostrado por los gobiernos

autonómicos y la administración local en disponer de una red mínima de este nivel básico.

A partir de 1988, esta tendencia se ha visto reforzada con aportaciones del Estado a través del "Plan concertado para el desarrollo de prestaciones de servicios sociales en las Corporaciones Locales", que tiene por finalidad "lograr la colaboración entre la Administración del Estado y la de las Comunidades Autónomas para financiar conjuntamente una red de atención de servicios sociales municipales que permita garantizar las prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad". Estas prestaciones básicas incluyen: información y orientación; ayuda a domicilio; alojamiento y convivencia; prevención e inserción social (17).

La participación de cada una de las administraciones en la financiación del plan es: local (40 %), autonómica (33 %) y central (27 %). La evolución de los proyectos financiados ofrece las siguientes cifras: el número de proyectos fue de 389 (1988), 567 (1989) y de 765 (1990), que supone para el último ejercicio la cobertura de 6.402 municipios (79 % del total del Estado) y de 30.106.677 habitantes (78 % de la población total española).(18)

En este apartado consideramos necesario hacer una breve referencia a los Centros Base del INSERSO y a sus equivalentes de las CCAA que han recibido la transferencia de dicho instituto. Estos centros han desarrollado -y posiblemente aún lo hagan en muchos casos-, el papel de nivel primario para las personas con alguna minusvalía o sus familiares. En 1990 habia un total de 63 Centros Base, de los cuales 33 eran gestionados por el INSERSO y 30 por las CCAA. En los centros dependientes del citado instituto se atendieron a 355.445 personas, de las cuales 163.007 recibieron información y orientación. (19)

D) **Servicios sociales especializados para minusválidos.**

Referente a este segundo nivel de servicios sociales especializados para minusválidos (Hogares, Residencias, Centros de Atención Especializada, Centros Ocupacionales, etc), no disponemos de datos unificados relativos a estos diez últimos años, pero consideramos que en general han aumentado considerablemente.

El INSERSO, en 1990, disponia de 4 Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos con 490 plazas, 13 Centros de Atención a Minusválidos Físicos con 1595 plazas, 4 Centros Especilalizados para Minusválidos

Psíquicos con 520 plazas, y 7 Centros Ocupacionales con 611 plazas (20); sin embargo, la mayoría de los establecimientos y servicios sociales especializados dependen de entidades de iniciativa social financiados con aportaciones de los gobiernos de las CCAA. Si tomamos como ejemplo el caso de los Centros Ocupacionales, según datos de la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones pro Personas Deficientes Mentales (FEAPS), sus entidades acogen actualmente a más de 16.000 personas minusválidas. (21)

E) **Organos de participación.**

También como consecuencia de las leyes de servicios sociales, se han estructurado y puesto en marcha los órganos de participación, principalmente los consejos generales de ámbito autonómico. En varias de las CCAA donde estaba previsto se han constituido, además, los consejos sectoriales de minusválidos y los consejos de centros.

A nivel central ha funcionado el Consejo General del INSERSO, como órgano superior a través del cual se ha realizado la participación de los trabajadores, empresarios y administración pública, en el control y vigilancia de la gestión del Instituto. Dicho Consejo tiene una Comisión Ejecutiva Central y ha constiutuído ponencias y grupos de trabajo para la elaboración de

los criterios de actuación, confección del anteproyecto de presupuesto, etc. A nivel provincial y dependiente del Consejo General han funcionado Comisiones Ejecutivas que se han encargado del control y vigilancia a nivel provincial. En las CCAA que tienen transferido el INSERSO funcionan órganos de participación parecidos.

El INSERSO ha dispuesto además de un cauce específico de articipación de las personas con minusvalía, en la orientación y programación de las prestaciones y servicios, mediante el llamado Consejo Rector de Minusválidos y Consejos Rectores Provinciales.

F) **Gestión.**

Finalmente, queremos dejar constancia de los esfuerzos realizados en la mejora de la gestión de los servicios sociales durante este período: establecimiento de organismos de gestión autónomos; unificación y racionalización de los servicios y prestaciones; elaboración de programas integrados de servicios sociales; simplificación de documentos; cambio de sistemas de financiación; funcionamiento de órganos de colaboración y coordinación; etc.

N O T A S

(1) Este trabajo tiene como punto de partida el realizado por Eusebio Niño sobre "Autonomía Personal e Integración Social", en "Cinco Años de vigencia de la Ley de Integración Social de los Minusválidos", publicado en Documentos 16/88, por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1988.

(2) Esta ley tiene su precedente en la Ley de 23 de enero-6 de febrero de 1822.

(3) Citado por D. Casado en "Introducción a los Servicios Sociales" (4a. Edición), ACEBO, Madrid, 1991, pag. 145.

(4) AZNAR, M. y CASADO, D.,"Perspectivas de la Seguridad Social Española", Edit. ACEBO, Madrid, 1988.

(5) "Diez años del Servicio Social de Minusválidos, 1972-1982", INSERSO, Madrid, 1983.

(6) VALLE, A.," Modelos de Servicios Sociales en el Estado de las Autonomías", Fundación IESA, Madrid, 1985.

(7) AZNAR, M., "Nuevas variaciones sobre la descentralización de los Servicios Sociales: la interpretación "inglesa" de un modelo constitucional "a la francesa", en "Descentralización de los Servicios Sociales", Edit. ACEBO, Madrid, 1988, pág. 74.

(8) Pueden consultarse, entre otras, las publicaciones de las I y V Jornadas de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social, "Los Servicios Asistenciales y Sociales en el Estado de las Autonomías" y "Aplicación de las Leyes de Servicios Sociales", de Edit. MARSIEGA y ACEBO, Madrid, 1983 y 1987, respectivamente. Con referencia al ámbito concreto de la seguridad social, contiene interesantes ponencias sobre este tema la publicación de las "Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías, Barcelona, 1-3 de marzo de 1984". Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1985.

(9) MONTRAVETA, I. Y VILA, A., "La Legislación Autonómica de Servicios Sociales", Revista de Servicios Sociales y Política Social, núm. 4 y 5, Madrid.

(10) Sobre estos artículos de la LISMI son de gran interés los comentarios del trabajo de AZNAR, M., AZUA, P. y NIÑO, E., "Integración Social de los Minusválidos", INSERSO, Colección Rehabilitación, Madrid, 1982,pags.163 y sig.

(11) VILA, A., "La rehabilitación en las comunidades rurales. Una experiencia en la zona de los Pirineos", en "Alternativas institucionales en rehabilitación", Documentos 23/91 del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1990.

(12) ARTELLS, J., "Reflexions sobre l'actualitat de l'associacionisme i el voluntariat", en "El Voluntariat a Catalunya", Col.lecció Arnau d'Escala - 4, Diputació de Girona, Girona, 1987.

(13) Sobre estas cuestiones terminológicas resulta clarificadora la articulación que de la clasificación de la O.M.S. y de la formulación de los objetivos para la acción contenida en la Carta para los años 80 de Rehebilitación Internacional, ha elaborado D. CASADO, en "Panorámica de la Discapacidad", INTRESS, Barcelona, 1991, pag. 66.

(14) CASADO, D., "Ayudas económicas y servicios sociales en el Estado de las Autonomías", en Política Social y Servicios Sociales, Edit. Marsiega, Madrid, 1986, pags. 60-61.

(15) "Pla interdepartamental d'integració laboral de les persones amb disminució", Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social, Barcelona, 1990.

(16) "Memoria de Actividades del INSERSO 1990", Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO, Madrid, 1991, pags. 230 y sig.

(17) "Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales", Ministerio de Asuntos Sociales, Dirección General de Acción Social, Madrid, 1991, pags. 2 y 6.

(18) "Memoria de Actividades de la Dirección General de Acción Social 1990", Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1991, pags. 45 y sig.

(19) "Memoria del INSERSO" cit., pag.48.

(20) "Memoria del INSERSO" cit., pag.48.

(21) FEAPS, "La dimensión laboral de FEAPS", folleto informativo, Madrid, 1991.

7. MOVILIDAD Y BARRERAS ARQUITECTONICAS.

Eusebio Niño Ráez
Asesor del Defensor del Pueblo

I N D I C E

7.1. ANTECEDENTES.

7.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982.

7.2.1. Barreras urbanísticas.
7.2.2. Barreras en edificaciones públicas y viviendas.
7.2.3. Barreras en transportes públicos.

7.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

7.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982.
7.3.1.1. Normas generales.
7.3.1.2. Normas sectoriales.

7.3.2. Normas incidentes en la materia.

7.4. REALIZACIONES.

7. BARRERAS ARQUITECTONICAS

7.1. ANTECEDENTES

La eliminación de los obstáculos urbanísticos y arquitectónicos que impiden o dificultan a los minusválidos el normal desarrollo de una vida activa y participativa es un imperativo que tiene su engarce en diversos preceptos de la Constitución cuando proclama los derechos a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona (art. 45-1°) y a disfrutar de una vivienda digna y adecuada (art.47) y cuando atribuye a los poderes públicos la promoción de las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo sean reales y efectivas, así como la remoción de los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud, y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (art.9-2°).

Pocos son los antecedentes normativos que pueden citarse anteriores a la aprobación de la Constitución, y la mayoría de ellos tienen un carácter sectorial. Unicamente cabe destacar el Reglamento de Planeamiento de la Ley del Suelo y Ordenación Urbana, aprobado por Real Decreto 2159/1978, de 23 de junio (B.O.E. 15 y 16 de noviembre de 1978) cuyo artículo 52, al regular el Plan Parcial dispone que "la definición del trazado y características de las redes viarias y peatonal se realizará suprimiento las barreras urbanísticas que pudieran afectar a las personas impedidas y minusválidas...".

Al margen de este precepto, únicamente reseñar las siguientes normas: Decreto 1766/1975, de 20 de junio (B.O.E. 24.06.75), sobre características de accesibilidad para minusválidos en viviendas de protección oficial. Resolución de 5.10.76, de la Dirección General de Servicios Sociales, por la que se aprueban las normas sobre supresión de barreras en las edificaciones de los servicios dependientes de dicho Organo Directivo, y la Orden Ministerial de 24 de noviembre de 1976 (B.O.E. de 10 al 17 de noviembre de 1976) dictando normas técnicas de diseño y calidad de las viviendas sociales, junto con algunas Ordenanzas municipales sobre supresión de barreras arquitectónicas en la vía pública y en edificios de pública concurrencia.

Con posterioridad a la Constitución cabe destacar como antecedentes:

- Real Decreto 355/1980, de 25 de enero (B.O.E. 28.02.80), sobre reserva y situación de las viviendas de protección oficial destinadas a minusválidos físicos.

- Orden Ministerial de 3 de marzo de 1.980 (B.O.E. 18.03.80), sobre características de los accesos, aparatos elevadores y condiciones interiores de las viviendas para minusválidos proyectadas en edificios de protección oficial.

- Real Decreto 248/1981, de 5 de febrero (B.O.E. 26.02.81), sobre medidas de distribución de la reserva de viviendas destinadas a minusválidos, y establecidas en el Real Decreto 355/1980, de 25 de enero.

- Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero (B.O.E. 6.04.81), sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuídos.

- Orden Ministerial de 26 de marzo de 1.981, (B.O.E. 6.04.81) por la que se aprueban los programas de necesidades para la redacción de los proyectos de construcción y adaptación de Centros de Educación Especial.

7.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

Recogiendo el mandato constitucional a que antes se ha aludido, la Ley de Integración Social de los Minusválidos destina ocho artículos que, agrupados en la Sección primera del Título IX bajo el epígrafe de "Movilidad y barreras arquitectónicas", se dirigen a regular la prevención y supresión de barreras en los ámbitos del urbanismo, edificación y transporte.

7.2.1. Barreras urbanísticas.- Se consideran como tales aquellos obstáculos que dificulten o impidan la libre circulación en vías y espacios públicos (parques, jardines etc.), y al efecto se prevé que su planificación y urbanización se efectuará de forma tal que resulten accesibles y utilizables para los minusválidos (54-1°), incluyéndose previsiones sobre la adaptación gradual de las ya construídas (55-1°), a cuyo efecto se establece la obligación de los Entes públicos en general (55-1°) y de los Ayuntamientos en particular, de destinar un porcentaje de sus presupuestos a tal finalidad.

7.2.2. Barreras en edificaciones públicas y viviendas.

El artículo 54 de la LISMI extiende sus previsiones de accesibilidad y practicabilidad por los minusválidos a todos los edificios, incluso los de propiedad privada, cuyo uso implique la concurrencia de público, previsiones que alcanzan igualmente a la supresión de obstáculos en edificaciones cuya previsible duración sea aún considerable (art.55).

El artículo 57 se dedica a las viviendas, no solo de protección oficial, sino a cuantas se construyan promuevan o subvencionen por cualquier Administración Pública, fijando un porcentaje mínimo obligatorio de viviendas adaptadas en cada promoción, (art.57-1°), estableciendo una remisión genérica a las Normas técnicas básicas que deberán aprobarse para garantizar tanto la adaptación interior de las viviendas como la accesibilidad a las mismas (arts. 57-3° y 4° y 58-1°) y fijándose los criterios de fiscalización de los proyectos afectados (art. 58-2°).

7.2.3. Barreras en transportes públicos.-

Complemento obligado de todas las medidas anteriores, lo constituye la supresión de los obstáculos que dificultan los desplazamientos de las personas minusválidas y condicionan por tanto su integración social.

A tal efecto, se prevé la adopción de medidas técnicas en orden a la adaptación progresiva de los transportes públicos colectivos (art. 59). En cuanto a las medidas para facilitar la adquisición y adaptación de vehículos particulares, en esta Sección de la LISMI únicamente se contiene una alusión al

encomendarse a los Ayuntamientos la adopción de las medidas adecuadas para facilitar su estacionamiento. (art. 60)

No obstante, hemos de recordar que ya en el artículo 19.3°, se prevén, en calidad de complemento del proceso de rehabilitación, el suministro, adaptación, conservación y renovación de apartos de prótesis y ortesis, así como vehículos y otros elementos auxiliares, medidas, todas ellas, que al igual que la supresión de barreras en viviendas particulares, han venido siendo financiadas con cargo a los sucesivos Planes Unificados de Ayudas Públicas a disminuídos, convocados anualmente al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero.

En este epígrafe hemos de aludir, asímismo, al subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte (arts. 12.2° y 17) destinado, precisamente, a posibilitar el desplazamiento en medios de locomoción compatibles con la naturaleza de la disminución de sus beneficiarios, que les imposibilite el uso de los medios de transporte colectivo no adaptados específicamente.

7.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

En cumplimiento de los preceptos que acabamos de analizar resultan obligadas las siguientes actuaciones:

1a. Aprobación de las normas urbanísticas y arquitectónicas básicas para evitar y suprimir barreras (art. 54-3°) y garantizar la accesibilidad de los minusválidos (art. 58).

2a. Habilitación de consignaciones presupuestarias de los Entes públicos para financiar la adaptación de sus inmuebles y para fomentar la de los inmuebles de titularidad privada. (arts. 55-2°, y 3° y 56).

3a. Previsión en los planes municipales de ordenación urbana, de actuaciones tendentes a la supresión de barreras (arts. 55-4° y 56).

4a. Aprobación de normas, sobre construcción y reserva de viviendas adaptadas y accesibles para minusválidos (art. 57).

5a. Adopción de medidas técnicas de adaptación progresiva de los transportes públicos colectivos (art. 59).

6a. Medidas específicas para estacionamiento de vehículos de minusválidos (art. 60).

7.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982.

7.3.1.1. Normas generales

De estas actuaciones, si exceptuamos las expresamente atribuídas a los Ayuntamientos, algunos de los cuales han desarrollado una normativa propia a través de las Ordenanzas municipales y los Planes urbanísticos, el resto en su mayor parte caen dentro de las competencias transferidas a las Comunidades Autónomas.

En 1987, al comentar las actuaciones llevadas a cabo durante los cinco primeros años de vigencia de la LISMI, dejábamos constancia de que de todas las Comunidades Autónomas, únicamente Cataluña, el País Vasco y Castilla-La Mancha, habían adoptado normas generales de actuación en la materia, destacándose la actuación de la Generalidad de Cataluña que ya había regulado con un carácter de globalidad la supresión de barreras, en el campo urbanístico, en el de la edificación y en el de los transportes, mediante el Decreto 100/1984, de 10 de abril, norma desarrollada a su vez en lo referente a la definición de itinerarios practicables en edificios de viviendas (1) y en lo relativo a las dimensiones de las cabinas de ascensores en tales itinerarios. (2).

El proceso normativo emprendido en el ámbito de Cataluña ha sido completado recientemente por la Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas, que supone un paso adelante transcendente al regular las barreras de comunicación, especialmente las derivadas del uso de medios audiovisuales, fundamentalmente de la televisión, y al incluír la tipificación de faltas y sanciones en la materia (3).

Respecto del País Vasco, dejamos ya constancia de la vigencia del Decreto 59/1981, de 23 de marzo, sobre supresión de barreras urbanísticas, complementado posteriormente por el Decreto 16/1983, de 19 de diciembre, que regulaba las normas sobre supresión de barreras arquitectónicas en la edificación.

Por su parte la Junta de Castilla-La Mancha había aprobado el Decreto 71/1985, de 9 de julio, sobre eliminación de barreras arquitectónicas, tanto en vías y espacios libres de

dominio y uso público, como en edificación de viviendas, y en instalaciones, servicios y locales de uso público. (4)

Como resumen de la situación existente en 1987 afirmábamos que el grado de cumplimiento de los preceptos de la LISMI en la materia había sido muy escaso, constituyendo un ejemplo paradigmático la actuación de la Junta de Galicia que, a través de la Consejería de Presidencia, había procedido por aquellas fechas a recordar mediante Circular el contenido de la Ley. (5)

Dicha Circular partía de la situación de general inaplicación de las medidas previstas en materia de movilidad y barreras arquitectónicas al afirmar en su preámbulo lo siguiente: "La Consellería de Presidencia, muy sensibilizada por los imnumerables problemas que estos disminuídos tienen que afrontar, para su cumplida y total integración social y con la finalidad de facilitarles los desplazamientos dentro y fuera de los edificios oficiales, e incluso en los edificios particulares, se ve en la obligación de recordar el contenido de la Ley 13/82, antes mentada, por un lado a las Corporaciones Locales y por otra a los organismos oficiales de la Comunidad Autónoma que intervienen en la redacción de proyectos que de alguna manera afectan a este colectivo".

Este recordatorio se concretaba en cinco instrucciones, reproduciendo las actuaciones que resultaban obligadas según lo dispuesto en la LISMI, y a las que ya antes nos hemos referido, para concluir con una instrucción final que, asímismo, transcribiamos literalmente por considerarla todo un ejemplo de desafuero contra el principio de imperatividad de las normas jurídicas y la consiguiente exigibilidad de su cumplimiento

cuando afirma: "En resumen, las Corporaciones Locales y demás organismos públicos, dentro de sus posibilidades presupuestarias, deben esforzarse en el cumplimiento de lo dispuesto en el Título IX de dicha Ley 13/1982, de 7 de abril".

Tras citar algunas otras normas de carácter sectorial, tales como la Ordenanza de supresión de Barreras Arquitectónicas en el Municipio de Zaragoza, aprobada por Acuerdo de la Diputación General de Aragón, de 25 de mayo de 1.984, y el Plan general de Ordenación Urbana de la Rioja (Capítulo VII, sobre accesibilidad para minusválidos), nuestro comentario concluía aludiendo al no muy halagüeño panorama existente en el proceso de erradicación de cuantos obstáculos impiden o limitan la libertad de movimientos de las personas minusválidas.

Al respecto decíamos hace cinco años que el reparto de competencias entre la Administración Central, las Comunidades Autónomas y la Administración Local suponía un plus de complejidad a la hora de abordar el problema y, en consecuencia, se propugnaba la aprobación de una normativa general, con arreglo a las previsiones de la LISMI, que sirviera, de un lado para homogeneizar la actuación de aquellas Comunidades Autónomas, en tanto éstas no dispusieren de normas propias, y de otro lado, como marco de referencia para integrar aquellos aspectos no previstos específicamente en las normas autonómicas ya aprobadas o que lo fueren en el futuro (6).

Con tal finalidad, y transcurridos más de siete años desde la vigencia de la LISMI, vió la luz el Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que de forma genérica se establecen exigencias dimensionales mínimas en relación con la accesibilidad y desplazamientos en los edificios de nueva planta

cuyo uso implique la concurrencia de público y en aquellos de uso privado en que sea obligatoria la instalación de un ascensor, medidas a las que la propia norma les otorga un carácter supletorio, respecto de las disposiciones que conforme a sus competencias puedan dictar las Comunidades Autónomas.

De éstas, y al margen de Cataluña, Castilla-La Mancha y el País Vasco que ya se habían dotado de normas propias, hay que decir que en este segundo quinquenio han procedido a regular esta materia las siguientes: Aragón (7), Canarias (8), Cantabria (9), Murcia (10), Navarra (11), La Rioja (12) y Valencia (13).

Todas estas Comunidades han procedido a una regulación de forma parcial y mediante normas de muy similar contenido, excepción hecha del caso de Navarra que abordó la cuestión de forma global mediante la Ley Foral 4/1988, de 11 de julio cuyo objeto lo constituye el establecimiento de las disposiciones necesarias para facilitar a las personas afectadas por cualquier tipo de minusvalía, la accesibilidad y utilización de los bienes y servicios de la sociedad, evitar la aparición de barreras u obstáculos que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento y promover la supresión de las existentes.

La norma aborda con amplitud el problema al incluír en su ámbito de aplicación las obras de nueva planta, ampliación, reforma, adaptación o mejora tanto de espacios libres de edificación como de edificios y locales de uso o concurrencia públicas, ya sea de titularidad o dominio público o privado, extendiéndose asimismo las prescripciones de la Ley a los medios de transporte de servicio público de viajeros, y a los medios de comunicación de titularidad pública, a los sistemas de comunicación o lenguaje vigentes en los servicios de la

administración pública o en el acceso a los puestos de trabajo de la misma y a las técnicas de comunicación o información que debían ser implantadas para facilitar la participación de determinados colectivos de minusválidos en actividades culturales o en el desempeño de puestos de trabajo.

Dicha Ley contaba con el precedente del Decreto Foral 74/1987, de 26 de marzo, sobre eliminación de barreras arquitectónicas en obras y construcciones propias o subvencionadas por la Administración de la Comunidad Foral y ha sido desarrollada posteriormente por el Decreto foral 154/1989, de 29 de junio, que aprueba el Reglamento para el desarrollo y aplicación de la Ley y posteriormente por el Decreto Foral 57/1990, de 15 de marzo, por el que se aprueba el reglamento para la eliminación de barreras físicas y sensoriales en los transportes.

7.3.1.2. Normas sectoriales.

Al margen de las normas de carácter general a que se ha hecho referencia, cabe citar asimismo las siguientes normas sectoriales que vienen a desarrollar las medidas previstas expresamente en la LISMI.

A. Ambito Central.

* Real Decreto 1634/1983, de 15 de junio (B.O.E. 17.6.83), por el que se establecen las normas de clasificación de los establecimientos hoteleros, cuyo anexo 2° dispone la obligatoriedad de contar con un porcentaje de habitaciones para minusválidos que deberán cumplir las características

constructivas y de accesos determinados en el R.D. 1766/1973, de 20 de junio.

* Real Decreto 2329/1983, de 28 de julio, (B.O.E. 7.09.83), sobre protección a la rehabilitación del patrimonio residencial y urbano, cuyo artículo 5-3a) prevé la posibilidad de que las obras de adecuación de viviendas y accesos a las mismas para el uso de minusválidos, puedan acogerse a los beneficios previstos para las obras de rehabilitación.

Esta norma fue desarrollada por Orden del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, de 21 de noviembre de 1983 (B.O.E. 25.11.83), por la que se regulan las condiciones de tramitación de las ayudas de protección a la rehabilitación.

* Real Decreto 224/1989, de 3 de marzo, sobre medidas de financiación de actuaciones protegibles en materia de viviendas, cuyo art. 4°.2°, establece que "la financiación cualificada de la promoción, construcción, adquisición y rehabilitación de viviendas en edificios colectivos, se destinará con preferencia a aquellas actuaciones en las que se supriman las barreras arquitectónicas que dificulten el acceso de las personas con minusvalía a dichas viviendas..."

Este Real Decreto fue desarrollado por Orden Ministerial de 4 de marzo de 1989 (B.O.E. 9.3.89)

B. Ambito Autonómico.

* En el Principado de Asturias, el Decreto 106/1988, de 7 de diciembre (B.O.P.A. 14.1.89), por el que se modifican varios

artículos del baremo anexo al Decreto 53/1985, de 16 de mayo, sobre adjudicación de viviendas del Principado de Asturias, incluye entre las circunstancias baremables la de ocupar una vivienda propia o ajena, con barreras arquitectónicas, en el caso de que esté ocupada por un solicitante minusválido, que le hagan difícil o penoso el acceso a la vivienda y al uso de la misma, concediéndose cien puntos si la vivienda se encuentra en planta alta y cincuenta si está en planta baja.

* En la Comunidad Autónoma de Canarias el Decreto 63/1989, de 25 de abril, de adjudicación de viviendas de promoción pública (B.O.C.A.C. 29.5.89), incluye entre la reserva de viviendas, las siguientes en favor de solicitantes minusválidos: una para promociones de hasta sesenta y seis viviendas; dos para promociones entre sesenta y siete y cien, tres en las promociones entre ciento una y doscientas viviendas y una reserva complementaria de una vivienda más por cada quinientas o fracción de las programadas en el caso de promociones de más de doscientas viviendas.

Por otra parte la Ley 11/1989, de 13 de julio, de viviendas para Canarias (B.O.C.A.C. 21.7.89), incluye entre los objetivos que tenderán a cumplir los programas de rehabilitación y reparación de viviendas "las obras que permitan la supresión de barreras arquitectónicas".

* En Castilla-La Mancha el Decreto 4/1989, de 16 de enero (B.O.C.M. 31.1.89), sobre ordenación y clasificación de establecimientos hoteleros dispone en su Anexo I que dichos establecimientos, sea cual fuere la categoria, que cuenten con más de ciento cincuenta habitaciones, deberán disponer de

habitaciones polivalentes o adaptables para minusválidos, amén de contar con accesos practicables para los mismos.

* En Castilla y León la Orden de la Consejería de Bienestar Social, de 27 de abril de 1987, (B.O.C. y L. 5.5.87), establece las características que han de reunir la construcción y remodelación de los inmuebles destinados a Centros de Salud y Consultorios Locales, previéndose la eliminación de obstáculos y barreras, tanto en los accesos a las salas de urgencia como en las salas de usos múltiples y aseos, a fín de que puedan ser utilizados por personas con minusvalía.

* En La Rioja el Decreto 28/1989 (B.O.R. 25.5.89), sobre clasificación de los establecimientos hoteleros en la Comunidad impone para los de más de ciento cincuenta habitaciones la obligación, además de contar con accesos practicables, de disponer de un número de habitaciones polivalentes o adaptables para minusválidos, variable en función de la capacidad total, según la siguiente proporción: de ciento cincuenta a doscientas, tres habitaciones; de doscientas a doscientas cincuenta, cuatro habitaciones; con más de doscientas cincuenta, cinco o más habitaciones.

Asimismo cabe citar el Decreto 79/1990, de 26 de julio (B.O.R. 7.8.1990), por el que se aprueba el Reglamento Sanitario de Piscinas de uso colectivo, el cual determina que en los servicios e instalaciones del recinto de la piscina, se evitará cualquier tipo de barreras arquitectónicas o elemento constructivo que impida o dificulte el uso de los mismos por personas minusválidas, estableciendo además la obligación de eliminar dichas barreras en los vestuarios.

* En el País Vasco la Orden de la Consejería de Urbanismo, Vivienda y Medio Ambiente, de 4 de mayo de 1988 (B.O.P.V. 13.5.88), establece ayudas económicas especiales para las intervenciones de rehabilitación protegida que tengan por objeto entre otros "... la adecuación de las viviendas para el uso y movilidad de las personas minusválidas en el interior de sus viviendas".

Por su parte el Decreto 108/89, de 11 de abril (B.O.P.V. 11.5.89), sobre medidas financieras y régimen de venta y renta en viviendas de Protección Oficial de promoción privada y en vivienda usada, establece, en su art. 2.2°, que los recursos financieros tanto públicos como privados, se destinarán preferentemente a las actuaciones de promoción y adquisición en primera transmisión de viviendas de protección oficial encaminadas a suprimir las barreras arquitectónicas que dificulten el acceso de los minusválidos a todas las viviendas, anejos y locales comerciales de la promoción, cumpliendo lo establecido en la normativa aplicable en la materia.

De otro lado el Decreto 236/1989, de 17 de octubre crea la tarjeta de estacionamiento de vehículos que transporten personas minusválidas, estableciéndose sus características.

7.3.2. Normas incidentes en la materia.

Las más importantes disposiciones adaptadas al margen de las previsiones específicas de la LISMI son las siguientes:

* Real Decreto 484/1984, de 29 de febrero (B.O.E. 8.03.84), sobre cesión de viviendas arrendadas por Empresas en virtud de relación laboral, cuyo art. 1-1°, prevé la posibilidad de subrogarse a los descendientes hasta el segundo grado del inquilino, cuando se trate de "disminuídos profundos", en los derechos de adquisición o arrendamiento limitado de las viviendas promovidas por aquellas empresas obligadas a facilitar alojamiento a su personal.

* Orden del Ministerio de Asuntos Sociales de 7 de abril de 1989, por la que se crea el Centro Estatal de Autonomía Personal y de Ayudas Técnicas del INSERSO cuyos fines principales son: 1) fomentar la supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas que limitan la accesibilidad a los edificios, y dificultan a las personas discapacitadas, por razones de edad o minusvalía, su movilidad e integración en el entorno familiar y comunitario; 2) la investigación de las modernas técnicas y aparatos destinados a facilitar a las personas discapacitadas su movilidad personal y su adaptación para la realización de las actividades de la vida diaria; 3) el desarrollo de una tecnología propia sobre útiles y aparatos de ayudas técnicas que faciliten la autonomía de las personas discapacitadas; y 4) la información y asistencia técnica a las Administraciones Públicas, instituciones, entidades públicas y privadas y a cuantas personas lo soliciten, sobre los útiles y aparatos que posibilitan la adaptación y movilidad de las personas discapacitadas.

* Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

En el artículo 4 del texto articulado de la Ley se señala como competencia de la Administración del Estado, la aprobación del cuadro de las enfermedades y defectos físicos y psíquicos que inhabilitan para conducir. El artículo 18 prohibe circular por las autopistas con coches de minusválidos. Por su parte, el párrafo 4 del artículo 44 establece que los vehículos de servicio de urgencia públicos o privados y otros vehículos especiales podrán utilizar otras señales ópticas y acústicas en los casos y en las condiciones que reglamentariamente se determinen.

Por último, el artículo 47.2 indica que se establecerán reglamentariamente las excepciones a la utilización de cinturón, casco y otros elementos de seguridad, de acuerdo con las recomendaciones internacionales en la materia y atendiendo a las especiales condiciones de los conductores minusválidos.

* Ley 3/1990, de 21 de junio, por la que se modifica la Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal, para facilitar la adopción de acuerdos que tengan por finalidad la adecuada habitabilidad de minusválidos en el edificio de su vivienda.

Esta Ley modifica el régimen de validez de los acuerdos adoptados por la Junta de Propietarios, siendo suficiente el voto de las tres quintas partes del total que a su vez representen las tres quintas partes de las cuotas de participación, para modificar las reglas contenidas en el título constitutivo de la propiedad cuando tengan por finalidad la supresión de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso y la movilidad de las personas con minusvalía.

* Orden del Ministerio del Interior, de 12 de junio de 1990, por la que se regulan las pruebas de aptitud que deben realizar los solicitantes de permisos de conducción de vehículos de motor.

El artículo 22 de la Orden prevé el supuesto de personas que padezcan enfermedad o defecto orgánico o funcional que les incapacite para obtener el permiso de conducción ordinario, las cuales podrán utilizar en la realización de las pruebas coches de minusválidos o vehículos provistos de cambio automático o semiautomático o adaptados a la deficiencia de la persona que haya de conducirlos, debiéndose solicitar dictamen de la Jefatura Provincial de Tráfico sobre las adaptaciones necesarias a efectuar en el vehículo. En el desarrollo de las pruebas prácticas se efectuarán las comprobaciones que se estimen necesarias para verificar si las características del vehículo y de su adaptación ofrecen las suficientes garantías de seguridad en relación con las condiciones del aspirante.

* Ley 31/1990, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1991, cuyo artículo 74 modifica la Ley 30/1985, de 2 de agosto, del Impuesto sobre el Valor Añadido, estableciéndose que se aplicará el tipo impositivo reducido para las adquisiciones de vehículos destinados a ser utilizados como autotaxis o autoturismos especiales para el transporte de personas con minusvalía en sillas de ruedas, bien directamente o previa su adaptación.

* Directiva del Consejo de la CEE, de 29 de julio de 1991, sobre el permiso de conducción (D.O.C.E. de 24.8.91) en la que se prevén normas específicas para la conducción de determinados tipos de vehículos adaptados.

7.4. REALIZACIONES.

En primer lugar resaltar el notable avance que se ha producido en relación con la concienciación sobre la necesidad de evitar barreras en las obras de nueva construcción y de suprimir las ya existentes, y a ello ha contribuido decisivamente la actividad del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, a través del patrocinio de un Curso básico sobre evitación y supresión de barreras arquitectónicas urbanísticas y del transporte, impartido en numerosas Comunidades Autónomas y a diversas Empresas Públicas como RENFE e IBERIA.

Dentro de las actividades de concienciación llevadas a cabo por el Real Patronato ha de reseñarse, asimismo, la organización de seminarios y congresos sobre accesibilidad así como la formalización de diversos convenios de colaboración entre los que cabe destacar los siguientes:

* Protocolo de intenciones, de 1 de marzo de 1989, suscrito por la Sociedad Estatal para la Exposición Universal Sevilla 1992 S.A. (EXPO 92), sobre accesibilidad al recinto de la exposición y en el interior del mismo.

* Convenio con la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles (RENFE), de 10 de abril de 1989, para la cooperación y el intercambio recíproco para el desarrollo de medidas preventivas y facilitadoras del acceso y uso de los servicios de la Compañía a personas con movilidad reducida y otras discapacidades.

Este Convenio se incluye dentro del Programa de Accesibilidad en RENFE cuyos hitos más relevantes han sido (14):

- El Primer Curso de Formación y Sensibilización del personal directivo y técnico de la RED sobre "Supresión de barreras arquitectónicas urbanísticas y del transporte en el medio ferroviario", en mayo de 1989.

- Aprobación de la Norma básica para "Acondicionamiento del transporte ferroviario a las personas con movilidad reducida", en octubre de 1989.

- Incorporación al Grupo de trabajo "ad hoc" de la Conferencia Europea de Ministros de Transportes, a partir de enero de 1990.

- Firma de sendos Acuerdos de colaboración con INSERSO y ONCE, en 1988 y 1990 respectivamente.

- Actuaciones en 180 estaciones dentro del Plan de modernización iniciado en 1988, actuaciones que se concretan en el recrecido de andenes, entablonado de pasos en barbacanas de cabeza de vías en andenes, pasos inferiores o superiores sin barreras entre andenes, servicios para minusválidos así como la dotación de aseos y teléfonos accesibles.

- Plan 2002, para supresión de barreras en instalaciones y material de viajeros, redactado en 1990 incluyendo medidas a corto, medio y largo plazo.

- Presentación de la estación de Santa Justa de Sevilla al premio "Helios", en su categoria 2 (edificios), en enero de 1991:

Este proyecto ya construído, se incluye dentro del programa integral de la Línea de Alta Velocidad (AVE) en la que tanto las estaciones -Madrid-Atocha, Puertollano, Córdoba y Sevilla- como el material rodante y resto de los servicios serán plenamente accesibles a todo tipo de personas con movilidad diferente (discapacitados motóricos -ambulantes o no-discapacitados sensoriales, visuales y auditivos y discapacitados mentales).

Otras realizaciones dignas de destacar son las incluídas en el Plan de IBERIA de accesibilidad al transporte áereo de las personas con movilidad reducida, dentro del cual en los últimos años se vienen llevando a cabo una serie de realizaciones tendentes a permitir y facilitar los desplazamientos en el interior de las terminales, el acceso a los aviones, la ubicación y movimientos dentro de los aviones y la información tanto general como específica para pasajeros minusválidos.

Asimismo se puede citar el Plan de accesibilidad de los Ferrocarriles Vascos cuya primera experiencia, implantada en la línea de autobuses que conectan Getxo, en la margen derecha de la ría del Nervión, con el Hospital de la Seguridad Social, sito en Baracaldo en la otra orilla de la ría, fue reconocida con el premio Helios 1990 de la CEE, dando paso a la segunda experiencia, llevada a cabo en la línea ferroviaria que discurre entre San Sebastián y Hendaya, próxima a completarse, que viene a solucionar la entrada a las estaciones, la señalización e

información, y el acceso a las unidades del tren y el desplazamiento dentro de las mismas (15).

No podemos concluír este capítulo de realizaciones, en un año emblemático como 1992, sin aludir a la accesibilidad de las instalaciones de la Olimpiada de Barcelona.

Esta actuación ha estado influída decisivamente por el hecho de que la Villa Olímpica vaya a ser utilizada para el alojamiento de deportistas y acompañantes en los IX Juegos Paralímpicos lo que ha incidido en un aumento de la sensibilización que ha posibilitado unas mejoras de la accesibilidad y la movilidad que superan las estrictamente obligadas, tanto en las edificaciones e instalaciones directamente implicadas en los juegos, como en una amplia y significativa parte de la ciudad, con el resultado añadido de que de las 2.000 viviendas construídas expresamente para el evento, la cuarta parte serán completamente practicables para personas de movilidad reducida y otra cuarta parte adaptables de conformidad con la normativa vigente sobre supresión de barreras en viviendas destinadas a personas con minusvalía.

Aparte de Barcelona, las subsedes de Badalona y Mollet, cuyas instalaciones son de nueva creación, han llegado a un resultado totalmente accesible tanto para el público como para los atletas participantes (16).

Por último, y no por ello menos importante, ha de consignarse la actividad del INSERSO que, al margen de la gestión de los Planes anuales de Ayudas Públicas a disminuídos, ha iniciado en 1990 un nuevo Progama denominado "de prestaciones técnicas" impulsado, según se hace constar en la

Memoría anual del Instituto, "por la demanda que en estos últimos años ha habido en el sector de ayudas técnicas, eliminación de barreras y movilidad y transporte, ocasionada por el desarrollo de las nuevas tecnologías aplicadas a las distintas minusvalías y a la necesidad de la adecuación de ciudades, edificios, y transportes a las nuevas normas de accesibilidad en vigor en otros países".

El objetivo del nuevo Programa es "hacer el medio más accesible para lograr una mejor calidad de vida del gran colectivo de ciudadanos con problemas de relación con su entorno" y se instrumenta para ello en una variada tipología de ayudas, individuales e institucionales, que abarcan tanto las ayudas técnicas propiamente dichas como las destinadas a la supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas y posibilitar y favorecer la movilidad y el transporte, habiéndose destinado para ello un presupuesto de 1.479 millones de pesetas en 1990, y de 1.678 millones de pesetas en 1991.

Según los datos contenidos en la Memoria de actividades del INSERSO de 1990, en dicho ejercicio el 75% del presupuesto fue destinado a subvencionar acciones y programas de instituciones sin fin de lucro y Corporaciones Locales, siguiendo el espíritu de la convocatoria de priorizar las actuaciones destinadas a grupos y colectividades y de potenciar iniciativas públicas, citándose como acciones más relevantes las siguientes:

- Los proyectos de investigación de nuevas tecnologías llevados a cabo por la Universidad Politécnica de Madrid -desarrollo del ISOTON, visualizador fonético para la enseñanza del habla-; por la Universidad del País Vasco -diseño y

realización del comunicador portátil JAL-2- y por la Universidad de Córdoba -desarrollo de software y hardware aplicado a las minusvalías-.

- Los planes de eliminación de barreras urbanísticas -Ayuntamientos de Albacete, Guadalajara, Santander, Cuenca, Estella, Palencia, Alfaro (La Rioja), Segovia, Sarria (Lugo), Teruel, Valladolid, Soria, Salamanca, Santurce (Vizcaya), etc. Mejora de la accesibilidad en el puerto de Ceuta y en edificios de interés cultural en la Diputación de Granada-, y de la comunicación -Confederación Nacional de Sordos de España y Federación Española de Asociaciones de Padres y Amigos de los Sordos: "Implantación de un sistema de telefonía para sordos a través de la distribución de equipos especiales de VIDEOTEX"-.

- Y finalmente dentro del apartado de movilidad y transporte adaptado, las acciones más relevantes son el proyecto EUROTAXI, desarollado entre la Fundación ONCE y la Federación Española de Municipios y Provincias, para la implantación de un servicio de taxi adaptado para personas con movilidad reducida; y el proyecto de edición de planos en Braille de la red del Metro e instalación de los mismos en las estaciones, llevado a cabo por el Instituto Geográfico Nacional, la ONCE y la Compañía del Metropolitano de Madrid.

NOTAS

(1) Por Orden del Departamento de Política Territorial y Obras Públicas de la Generalidad de Cataluña, de 9.04.85 (D.O.G. n°533, de 30.04.85).

(2) Por Orden del Departamento de Política Territorial y Obras Públicas de la Generalidad de Cataluña, de 5.11.85 (D.O.G. n° 629, de 23.12.85).

(3) La Ley 20/1991, de 25 de noviembre, fue publicada en el DOGC de 4.12.91 y posteriormente en el BOE de 24.12.91.

(4) Desarrollado por Orden de la Consejería de Política Territorial de la Junta de Castilla-La Mancha, de 7 de abril de 1.986 (B.O.C.M. de 10.06.86).

(5) Circular de 22 de enero de 1.987, de la Dirección General de Justicia, Gobernación y Administración Local de la Junta de Galicia,, por la que se recuerda a las Corporaciones Locales y organismos públicos de la Comunidad, el contenido de la Ley 13/1982, de 7 de abril (D.O. de Galicia n°21, de 2 de febrero de 1.987).

(6) Precisamente para avanzar en la coordinación de las diferentes instancias concernidas dentro de cada Estado miembro, así como para lograr la homogeneización de las distintas situaciones en los diversos países comunitarios, se encuentra en trámite de aprobación la Propuesta de Directiva del Consejo relativa a las disposiciones mínimas destinadas a mejorar la movilidad y el transporte en condiciones seguras de los trabajadores de movilidad reducida en el trayecto de trabajo (D.O.C.E. n° C 68/7, de 16 de marzo de 1991).

(7) Por Decreto 126/1989, de 17 de octubre, (B.O.A. 30.10.89), se crea la Comisión interdepartamental para la supresión de las barreras arquitectónicas, actuación ésta que se regula con posterioridad mediante Decreto 89/1991, de 16 de abril (B.O.A. 29.4.91).

(8) Por Decreto 47/1991, de 25 de marzo (B.O.C. de 19.4.91), se regulan las condiciones de habitabilidad de las viviendas.

(9) Por Decreto 61/1990, de 6 de julio (B.O.C. de 29.11.90), sobre evitación y supresión de barreras arquitectónicas,

y por Orden de la Consejería de Industria y Energía de 20 de junio de 1991 (B.O.C. de 3.7.91), se regulan las condiciones de accesibilidad de los ascensores.

(10) Por Decreto 39/1987, de 4 de junio (B.O.R.M. de 14.8.87), sobre supresión de barreras arquitectónicas, desarrollado a su vez por Orden de 15 de octubre de 1991 (B.O.R.M. de 11.11.91) de la Consejería de Política Territorial, Obras Públicas y Medio Ambiente, sobre accesibilidad en espacios públicos y edificación.

(11) Por Ley Foral 4/1988, de 11 de julio (B.O.N. de 15.7.88), desarrollada por los Decretos Forales 154/1989, de 29 de junio y 57/1990, de 15 de marzo (B.O.N. de 26.3.90).

(12) Por Decreto 38/1988, de 16 de septiembre (B.O.R. de 29.9.88), modificado posteriormente por el Decreto 21/1989, de 7 de abril (B.O.R. de 13.4.89).

(13) Por Decreto 193/1988, de 12 de diciembre, (D.O.G.V. de 2.2.89), por el que se establecen medidas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.

(14) Según datos obtenidos de la Ponencia presentada por Leandro Estevez al III Seminario Iberoaméricano sobre Accesibilidad al Medio Físico (Pamplona 11-13 de diciembre de 1991).

(15) Datos obtenidos de la Ponencia presentada por el Presidente Consejero-Delegado de los Ferrocarriles Vascos, Alfonso Menoyo Camino, al III Seminario Iberoaméricano sobre Accesibilidad al Medio Físico (Pamplona 11-13 de diciembre de 1991).

(16) Según datos obtenidos de la Ponencia sobre "La accesibilidad en las instalaciones de la Olimpiada`92" presentada por Enric Rovira al Seminario Iberoaméricano sobre Accesibilidad al Medio Físico (Pamplona 11-13 de diciembre de 1991).

8. PRESTACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS

Manuel García Viso

INDICE

8.1. ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/ 82

8.1.1.- Confusión, pero dentro de un orden

8.1.2.- Principales etapas antecedentes en materia de asistencia sanitaria

8.1.3.- Antecedentes de las prestaciones económicas

8.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/ 82

8.2.1.- Planteamiento general

8.2.2.- Asistencia sanitaria y protección farmaceútica

8.2.3.- Subsidio de garantía de ingresos mínimos

8.2.4.- Subsidio de ayuda por tercera persona

8.2.5.- Subsidio de movilidad

8.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/ 82

8.3.1.- **Desarrollo normativo por los poderes centrales y por las Comunidades Autónomas**

8.3.1.1.- **Asistencia sanitaria y prestación farmaceútica**

8.3.1.2.- **Prestaciones económicas**

8.3.1.3.- **El papel de las Comunidades Autónomas**

8.3.2.- **Otras normas posteriores incidentes en la materia**

8.3.2.1.- **Un cuadro a medias y una desaparición anunciada**

8.3.2.2.- **El sueño de una sanidad para todos**

8.3.2.3.- **Las pensiones no contributivas**

8.4. **REALIZACIONES**

8.4.1.- **Asistencia sanitaria y prestación farmaceútica**

8.4.3.- **Subsidio de ayuda por tercera persona**

8.4.4.- **Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte**

8.- PRESTACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS

Por importantes que sean, y bien estructuradas que estén, las actividades básicas y las fases establecidas para lograr la "integración social" de las personas con discapacidad, queda siempre al final un vacío clasificatorio, una especie de laguna para la que no resulta fácil encontrar etiqueta o denominación. Se trata de lo que por reducción extensiva -nótese la propia contradicción de la licencia gramatical- en nuestro ordenamiento vigente se llaman **prestaciones sociales y económicas**. Rastrear los orígenes de la expresión, comparándola con otras, propias y foráneas, no sería inútil tarea pero resultaría inadecuada para un pequeño pórtico como éste[1].

Dentro ya de la órbita prestacional concreta representada por esa expresión en nuestro contexto normativo, es evidente que se trata de un comodín capaz de albergar todo y nada según el contenido que se le atribuya en cada momento. Para los propósitos de esta publicación, ha parecido oportuno limitarla a una parte de la acción protectora que establece el "sistema" de la LISMI: aquélla que corresponde a la asistencia sanitaria básica y a los diversos subsidios previstos. Las demás actividades de protección se encajan en otros apartados del análisis conmemorativo.

Resulta innegable que la satisfacción de las necesidades globales que asaltan a las personas con discapacidad requiere con mucha frecuencia de un determinado complemento para las prestaciones técnicas o básicas. Ése complemento viene a servir de cemento de unión, de relleno intersticial o de último socorro para las prestaciones "fuertes" (prevención, educación, diagnóstico/valoración, recuperación profesional, etc.). Bajo determinadas circunstancias concretas -objetivas y subjetivas-, las prestaciones básicas dejan de tener eficacia o la tienen muy limitada; de ahí la importancia puntual de estas prestaciones de "recubrimiento"[2].

Esa función intersticial, de último líquido elemento, encuentra su más cumplida manifestación en las prestaciones económicas. Prestaciones que se adaptan perfectamente a la mentada misión de relleno, de "sangre" para el "sistema", imprescindible para que el cuadro de prestaciones se

complete y fluidifique. No quiere decirse con esto que sean las prestaciones más importantes. Tan sólo que son las más homogéneas, las de más fácil valoración y cuantificación. Las que, por eso mismo, se han convertido con más frecuencia en bandera de reclamación masiva. En su composición, no entran matices técnicos ni cualitativos rebajadores de la tensión peticionaria. Todo el mundo capta inmediatamente sus dimensiones ("la pela es la pela"), lo cual no resulta tan fácil o tan persuasivo en el caso de las otras prestaciones.

8.1.- ANTECEDENTES: SITUACION ANTERIOR A LA LEY 13/82

8.1.1.- Confusión, pero dentro de un orden

Si hubiera que caracterizar brevemente y por lo derecho la situación normativo-organizativa previa a la todavía vigente LISMI, podría atribuírsele la condición de predominantemente confusa. El hecho de la confusión se resalta no porque sea lo más importante sino porque es lo más superficial; lo que constituye la corteza visible del sustrato vivo, lo que se percibe al simple contacto con esas prestaciones. Se trata de una confusión que, a su vez, engendra desprotección y encubre -para/por eso, quizá, se produce- el hecho evidente de la insuficiencia de las prestaciones. A nadie se le oculta que si las prestaciones económicas y sociales hubieran sido sustantivamente bastantes ("sustanciosas"), su regulación no tendría por qué haber sido confusa, sino más bien clara y transparente.

Esta confusión se percibe, en gran medida, por la conjunción de los siguientes rasgos básicos: a) un ordenamiento titubeante (ambicioso en el marco y tacaño en la cuantía de la prestación propiamente dicha), dependiente de la situación económica general del país, y b) la ausencia de una política social definida en este sector, política que hubiera servido como base para el establecimiento de un cuadro de prestaciones coherente, y de un planteamiento racional -en cuanto a objetivos, medios y gestión- desde una perspectiva rehabilitadora o, si se quiere,

integradora. Este mal de fondo provoca una serie de "ruidos" generadores de la confusión aludida, en el seno de un pretendido sistema cuyas notas se perciben con muy poca claridad. Unas notas que, además, podrían integrar una u otra melodía según los gustos personales de cada intérprete[3].

Antes se dijo que la confusión era una característica superficial, de la 'corteza' normativa, generadora de ruidos primarios. Con ello, se quería aludir a que por debajo, en lo hondo y lo vital, la situación era fruto de una cierta lógica interna y peculiar. La confusión y los ruidos apuntados encubren una evolución que sigue determinadas reglas[4]. Esas constantes subyacentes, que luego habrá ocasión de comprobar, así en la vertiente de la protección sanitaria básica como en la de la cobertura económica mínima, se pueden agrupar en tres núcleos tendenciales, simultáneos y a veces contrapuestos: **uno**, el de la **tendencia a la universalización** de las prestaciones, en cuanto que su propósito, explícitamente confesado, es el de proteger a un subconjunto cada vez más amplio de la población que, en el límite, abarcaría a todos los habitantes del país; **dos**, el de la **tendencia a la sistematización**, por la que, "instintivamente", la regulación vigente tiende siempre a integrar las prestaciones en un sistema sin formular claramente qué se entiende como tal[5], y **tres**, el de la recurrente **tendencia a la diferenciación**, como 'garantía' de que otra vez ha de comenzar, tantálicamente, el ciclo en este perpetuo movimiento combinado, centrípeto y centrífugo, que entraña la dialéctica de las prestaciones sociales y económicas. Un eterno vaivén de contradicción, característico de tantos acontecimientos humanos, pero insuperablemente plasmado en la experiencia amorosa: "...por tenerte conmigo,/ me desespero;/ pero si te acercaras,/ me alejaría".

8.1.2.- Principales etapas antecedentes en materia de asistencia sanitaria.

De acuerdo con una de las muchas periodificaciones existentes[6], se pueden distinguir tres periodos en la reciente historia de la prestación sanitaria básica: primero, un periodo de posguerra (1939-1966), dentro del cual se establece por el gobierno franquista, en 1942, el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.), gestionado a través del recién instalado 'aparato' de la Seguridad Social. Segundo, un periodo de transición, de 1967 a 1975, carácterizado por la construcción de grandes complejos hospitalarios, gestionados

centralizadamente dentro del mismo esquema asegurador, al final del cual se considera que la protección sanitaria cubre en torno al 85% de la población. Paralelamente, pero fuera del sistema de cobertura de la Seguridad Social, los municipios inician, muy tímidamente dadas las limitaciones presupuestarias, la creación de sus propios circuitos de protección para indigentes, maternidad, asistencia psiquiátrica y asistencia pública general. Por fuera de los esquemas públicos, surge también en esta época un núcleo privado de atención sanitaria selecta para la población más acomodada. Tercero, tras la muerte del general Franco, se inicia un periodo de democratización, entre 1976 y 1981, caracterizado por el mandato constitucional de crear un sistema sanitario universalizado, libre y gratuito, garante del acceso de todos los ciudadanos a los servicios de prevención, curación y rehabilitación. Habrá que esperar, sin embargo, hasta 1986 para que ese mandato se refleje en el ordenamiento mediante la Ley General de Sanidad. Desde la perspectiva orgánica, en 1977 se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que se reconvierte, en 1981, en Sanidad y Consumo. El sistema de la Seguridad Social, por lo que a prestaciones de asistencia sanitaria se refiere, se reestructura en 1978 con la reforma del INSALUD. En general, se percibe como rasgo dominante, entre los señalados, el de la tendencia la universalización, sin olvidar la presencia, menos evidente pero no por eso inerte, de los otros dos vectores decisivos, el de la sistematización y el de la diferenciación.

8.1.3.- Antecedentes de las prestaciones económicas

Aunque también podría seguirse un criterio cronológico, resulta más clarificador en este aspecto distinguir dos órbitas distintas de prestaciones, que poco a poco, se aproximan como para preparar el terreno a la LISMI: la asistencial y la de la Seguridad Social.

En cuanto a las **prestaciones económicas asistenciales**, hay que hacer referencia a dos conjuntos normativos:

a) el de las llamadas pensiones asistenciales para ancianos y enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo (Decreto 1315/62), que traen origen del establecimiento de los Fondos Nacionales para la aplicación social del impuesto y el ahorro (Ley 45/60). Su naturaleza ha sido muy controvertida pues aunque se considerara excepcional su otorgamiento, se trataba

de prestaciones de derecho con las garantías consiguientes si las personas cumplían con una serie de requisitos (Real Decreto 2620/81): más de 18 años, absoluta incapacidad para trabajar por enfermedad crónica o invalidez física permanente, carencia de ingresos propios superiores a la cuantía anual de la pensión establecida, y no tener derecho a alimentos por parte de familiares señalados en el Código Civil (cónyuge, ascendientes, hermanos).

b) el de las prestaciones derivadas del régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos (Real Decreto 620/81), que supone un verdadero esfuerzo unificador y sistematizador, exponente claro de las tendencias apuntadas. Las peculiaridades concretas de estas prestaciones (requisitos, tipos y cuantía de las ayudas) se detallan en las correspondientes normas de aplicación. En líneas generales, las ayudas, de carácter finalista, se otorgan: para la educación (directamente o a las familias numerosas), para rehabilitación (pudiendo en este caso no ser asistenciales, sino de derecho subjetivo cuando se conceden a minusválidos comprendidos en el ámbito de cobertura de la Seguridad Social), para asistencia especializada (personal, domiciliaria, institucionalizada) y complementarias, cuyo objetivo consiste en posibilitar el beneficio de los servicios a los que se destinan las anteriores ayudas básicas.

Por lo que a **prestaciones de la Seguridad Social** se refiere, además de los casos derivados del régimen unificado antes aludidos, cabe destacar la conocida aportación económica por subnormalidad. Establecida por el Decreto 2421/68[7], con la finalidad de complementar las rentas familiares contribuyendo a los gastos de educación, se fijan varios grupos cerrados de beneficiarios en función del tipo y grado de discapacidad (visual, auditiva, pérdida de extremidades, motórica, mental y cerebral) y se añaden diversos supuestos originados por circunstancias familiares. Una prestación similar denominada "complemento familiar especial" se regula (Decreto 2741/72) para los hijos minusválidos de los funcionarios civiles y militares, y se extiende posteriormente (O.M. de 23/X/73) a los funcionarios de la Administración local.

Todo este abanico de prestaciones se encuentra en vigor cuando aparece la LISMI con indudables afanes racionalizadores. Pero es muy difícil, por no decir imposible, acabar "de un plumazo" con los demonios familiares de una normativa como la que da cobertura a las situaciones de necesidad originadas por la deficiencia, la discapacidad y/o la minusvalía. Las tendencias antes señaladas (a la universalización, a la sistematización nominalista y a la

diferenciación) operan una y otra vez, creando apariencias y espejismos normativos. Pero asimismo es de justicia anotar que en cada fase de la dialéctica esbozada el 'sistema' algo gana en racionalidad y eficacia.

8.2.- DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/82

8.2.1.- Planteamiento general

Acentuando particularmente una de las líneas tendenciales expuestas, la de la sistematización, el título V de la LISMI introduce con carácter transitorio, hasta que "se desarrollen las previsiones contenidas en el artículo 41 de la Constitución", un **sistema** de protección de características embrionarias, en el camino de lo que previsiblemente habrá de constituir una Seguridad Social universalizada.

La acción protectora de tal sistema comprende, con carácter de cobertura mínima, las prestaciones siguientes (art 12. 2º):

"a) Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.
b) Subsidio de garantía de ingresos mínimos.
c) Subsidio de ayuda de tercera persona.
d) Subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte.
e) Recuperación profesional.
f) Rehabilitación médico-funcional."

En este punto, no obstante, el análisis se limita a describir[8], por las ya aludidas razones de organización de este trabajo, las cuatro primeras. Las prestaciones de recuperación profesional y las de rehabilitación médico-funcional encajan mejor en otras piezas de este mosaico.

8.2.1.- Asistencia sanitaria y protección farmacéutica.

La prestación sanitaria y farmacéutica viene contemplada en el artículo 13 de la LISMI, cuyo contenido no ha sido debidamente desarrollado, según el modelo propuesto por la Ley. Dicho modelo, si nos atenemos a la estructura del dicho artículo 13, ofrece dos niveles de protección de distinta intensidad:

Uno, el del párrafo primero en relación con el artículo 12, que alcanza a todas las personas con minusvalía que no desarrollen una actividad laboral y, por tanto, no sean titulares del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social vigente, quedando incluidos en su ámbito de aplicación quienes tuvieran reconocido el derecho a dicha asistencia en su condición de beneficiarios del titular del derecho. De estos últimos, sin embargo, no puede predicarse con fundamento, según el artículo 7 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que se encuentren incluidos en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social.

Dos, el otro nivel, de cobertura más amplia, queda exclusivamente reservado para los beneficiarios de alguna de las prestaciones económicas previstas en el artículo 12, especialmente la del subsidio de garantía de ingresos mínimos. En este caso, debido a la gravedad de las deficiencias o a las circunstancias de precariedad económica de los sujetos, se les otorga un tratamiento privilegiado, similar al de los pensionistas de la Seguridad Social, concediéndoseles la gratuidad de los medicamentos.
Esta interpretación se justifica por el hecho de que la exención del artículo 13, 2°, se establece, no en relación con los beneficiarios de la asistencia sanitaria prevista en el primer párrafo del propio artículo 13, sino mediante referencia expresa a los beneficiarios del sistema especial de prestaciones previsto en el artículo 12, remisión que no puede significar más que la regulación de los dos ámbitos de protección diferenciada antes aludidos. Tal interpretación permite soslayar además, a diferencia de otra cualquiera, la posible discriminación inversa respecto de los titulares activos (y sus beneficiarios) de la Seguridad Social quienes, en virtud del artículo 107 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, vienen obligados a participar en el coste de los medicamentos en un determinado y creciente porcentaje.

se ha indicado, de la imposibilidad de obtener un empleo adecuado como consecuencia del grado de minusvalía, el subsidio por ayuda de tercera persona se justifica por la necesidad de esta asistencia para realizar los actos más esenciales de la vida, de los cuales el propio artículo 16 presenta una enumeración ejemplificativa y abierta ("vestirse, desplazarse, comer o análogos"). Esta justificación coincide con la que la Ley General de la Seguridad Social establece para el incremento de la pensión por gran invalidez, del régimen contributivo. Sin embargo, a diferencia de ésta, que presupone siempre una incapacidad permanente absoluta, en el régimen de la LISMI, para percibir el subsidio por ayuda de tercera persona no se requiere necesariamente ser beneficiario del subsidio de garantía de ingresos mínimos.

Pero, por otro lado, haciendo uso de este paralelismo entre las dos prestaciones, se ha salvado la laguna que contiene la Ley respecto de la cuantía del subsidio, cuantía fijada reglamentariamente en el cincuenta por ciento del importe del subsidio de garantía de ingresos mínimos, con relación idéntica a la existente entre el incremento de la pensión por gran invalidez y la pensión de incapacidad permanente absoluta. Debe constatarse asimismo que, aunque de forma confusa, el apartado dos del artículo dieciséis establece la incompatibilidad de este subsidio con la percepción del repetido incremento por gran invalidez; a ello seguramente obedece, por exclusión, la referencia textual sobre "la percepción de prestaciones pecuniarias por análogo motivo".

Por lo demás, tanto los otros requisitos como los criterios de compatibilidad entre prestaciones, incluida la del internamiento en centro público, son comunes con lo establecido respecto del subsidio de garantía de ingresos mínimos.

8.2.5.- Subsidio de movilidad.

Al igual que el anterior, este subsidio viene a compensar el exceso de gastos que se ven obligadas a soportar las personas con determinadas minusvalías y que tienen necesidad de desplazarse. En este caso, las que provocan graves problemas de movilidad que impiden la utilización de medios ordinarios de transporte público.

El **antecedente** más inmediato de este subsidio lo constituye el artículo 15 del Real Decreto 620/1981, antes mencionado, al establecer que "podrán beneficiarse de las ayudas de transporte aquellos disminuidos con tan graves problemas motóricos que, imposibilitados de utilizar los medios de transporte público, requieren para su desplazamiento un gasto extraordinario". El precepto incluso va más allá que la propia LISMI pues abre la posibilidad de que la ayuda comprenda además la de un acompañante, "siempre que se acredite, normalmente, la necesidad de estos servicios y la duración de los mismos".

Por lo demás, cabe destacar aquí la ausencia de criterios para fijar la cuantía inicial y las posibles fórmulas de revalorización, sin que quepa en este caso acudir a la analogía, como ocurría en el subsidio por ayuda de tercera persona, según se ha mencionado.

8.3.- NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

8.3.1.- Desarrollo normativo de la Ley 13/82 por los poderes centrales y por las Comunidades Autónomas.

La principal conclusión que se desprende de la lectura y del análisis de los preceptos contenidos en el título V de la LISMI es la de la amplitud del margen concedido a la Administración para determinar el alcance de su sistema especial de prestaciones. Tanto en lo referido a la extensión de su campo de aplicación como en cuanto se relaciona con la cuantía y requisitos de las distintas figuras prestacionales. Con todo, ese margen, por abierto que pudiera parecer, ha sido utilizado con evidente tacañería. El desarrollo reglamentario para la aplicación de la LISMI se ha llevado a cabo con criterios totalmente restrictivos y a veces hasta contradictorios con el propio contenido de la Ley. Circunstancia que ha provocado incluso la anulación, por parte del Tribunal Supremo, de algunos preceptos integrantes de esas normas de desarrollo.

La regulación del "sistema especial de prestaciones" se plasma en el Real Decreto 383/ 1984, de 1 de febrero, cuyo capítulo primero se dedica a la determinación del campo general de

aplicación. De su tenor literal, interesa ahora destacar tan sólo el contenido del apartado tres del artículo segundo, que amplía el derecho a las prestaciones económicas de los españoles residentes en el extranjero siempre que carezcan de protección equiparable en su país de residencia, quebrando con ello el principio de la territorialidad aplicado tradicionalmente en materia de pensiones asistenciales. No obstante, la formulación abierta e indefinida del proyecto, remitiéndose a "la forma y con los requisitos que se establezcan" ha impedido su repercusión práctica por no haber sido reglamentariamente desarrollado.

8.3.1.1.- Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.

La sección primera del capítulo II del Real Decreto se refiere a la asistencia sanitaria y a la prestación farmacéutica, reguladas en unos términos que, como ya se indicó, no se corresponden adecuadamente con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de la LISMI porque introduce un requisito claramente restrictivo para los posibles beneficiarios. En efecto, el artículo 5° b) excluye a todos aquellos minusválidos que tengan derecho, "**por cualquier título**", a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, incluidos los que tuvieren un derecho a título de beneficiarios de la cartilla cuyos titulares fueren sus padres o personas bajo las que estuvieran acogidos. De acuerdo con esta interpretación, quedan excluidos de la prestación los solicitantes (titulares o beneficiarios) que ya tienen derecho a la asistencia sanitaria y farmacéutica del régimen contributivo general de la Seguridad Social o especial de determinados colectivos (MUFACE, MUNPAL, ISFAS,...).

Ya se ha dicho, y por su trascendencia conviene repetirlo, que este tratamiento se contradice abiertamente con el artículo 12 de la LISMI, el cual prevé la aplicación del sistema especial de prestaciones a todos los minusválidos que "por no desarrollar una actividad laboral, no estén incluidos en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social", remitiendo únicamente al posterior desarrollo la especificación de "las condiciones económicas que deberán reunir los beneficiarios", así como "la extensión, duración y condiciones" de la prestación (artículo 13). Pues bien, si acudimos al artículo 7 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que define la extensión del campo de aplicación del sistema contributivo, se puede comprobar que en él se encuentran comprendidos, únicamente, los titulares de la relación de aseguramiento

social y, en ningún caso, sus beneficiarios. De lo cual se puede inferir la presumible ilegalidad del precepto comentado. Ilegalidad que, sin duda, podría hacerse patente por vía contencioso-administrativa ante cualquier resolución denegatoria de derechos basada en esa excepción que venimos comentando.

La cuestión tiene su importancia pues el reconocimiento del derecho lleva aparejada la gratuidad de la prestación farmacéutica, beneficio del que se ven excluidas indebidamente, por vía reglamentaria, las personas con discapacidad.

Por contra, el artículo 6 del Real Decreto 383/1984 extiende la gratuidad a todos los beneficiarios de la prestación de asistencia sanitaria, con lo que se han rebasado las previsiones de la Ley, configurando un supuesto de discriminación difícilmente justificable. Así ocurre, por ejemplo, si se considera que, al no estar condicionado el reconocimiento del derecho a la acreditación de la carencia de recursos, ni a un grado cualificado de minusvalía, requisitos que sí se exigen para acceder a las prestaciones económicas, se podrían haber dado casos como el al siguiente: una persona con un treinta y tres por ciento de discapacidad física, y por tanto con minusvalía reconocida, que no trabaja por vivir de sus rentas, no beneficiaria del sistema de la Seguridad Social, que se ve reconocido el derecho a la asistencia farmacéutica gratuita; mientras que por otro lado a un minusválido gravemente afectado, hasta el punto de haberle atribuido los tres subsidios económicos posibles previstos en la LISMI, se le podría denegar tal derecho (prestación farmacéutica gratuita) por estar incluido como beneficiario en la cartilla de su padre. El cual padre, para apurar -con perdón- el inri, podría encontrarse a su vez en situación de desempleo sin derecho a subsidio. No parece lógico que fuera ese el objetivo del legislador; habrá que convenir, por tanto, en la necesidad de modificar la regulación correspondiente si se desea evitar caer en el absurdo.

El alcance y la tramitación de la prestación se pueden resumir añadiendo que el contenido de la asistencia sanitaria y farmacéutica del sistema de la LISMI se determina por remisión al régimen de la misma prestación en el sistema general de la Seguridad Social. El reconocimiento del derecho se atribuye al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), aun cuando la prestación de asistencia es función del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Todo ello sin perjuicio de lo previsto por los estatutos de autonomía o la legislación propia de las distintas

Comunidades Autónomas. Este reparto de competencias plantea un problema añadido toda vez que el reconocimiento del derecho en el sistema de la Seguridad Social corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)[9], que tiene encomendada la asignación de médicos, la fijación de cupos de cartillas y la informatización de los datos para el posterior pago a los facultativos. Según este esquema, sería necesario un convenio de colaboración o instrumento similar entre esta entidad (INSS), que no está transferida a las Comunidades Autónomas, y el INSERSO, cuyas competencias si han sido transferidas a bastantes de esas Comunidades.

Un caso realmente especial y privilegiado lo constituye el "reconocimiento de las prestaciones sanitarias de la Ley de Integración Social de Minusválidos a los trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente, sin derecho a pensión". En efecto, por una Resolución de 28 de abril de 1987, de la Secretaría General para la Seguridad Social, las personas que se encuentren en ese caso ni siquiera tendrán necesidad de acreditar su minusvalía 'a través de los equipos de valoración o equipos multiprofesionales' del INSERSO; las mismas declaraciones del INSS reconociendo la situación de incapacidad permanente sin derecho a pensión serán suficientes para la expedición del correspondiente documento de homologación a estos efectos.

8.3.1.2.- Prestaciones económicas.

A.- Requisitos generales

Como requisitos de orden general para el acceso a los subsidios del sistema especial de prestaciones previsto en la LISMI, el artículo 2 del Real Decreto 383/1984 establece los siguientes:

* Ser español y residente en territorio nacional; ello sin perjuicio de la prevista extensión de los beneficios, tanto a los españoles residentes en el extranjero como a los extranjeros residentes en España. En el primer supuesto, ya se adelantó la carencia de desarrollo reglamentario en la materia; en el otro caso, se estará a lo dispuesto en los convenios

internacionales o a lo que resulte aplicable en virtud del principio de reciprocidad o de las normas vigentes en este ámbito.

* Estar afectado por una disminución (deficiencia) previsiblemente permanente, de la que se derive una minusvalía en grado igual o superior a los siguientes porcentajes:

-) subsidio de garantía de ingresos mínimos: 65 %;
-) subsidio de ayuda por tercera persona: 75 %, y
-) subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte: 33 %

* No ser beneficiario o no tener derecho a prestación o ayuda de análogas naturaleza y finalidad, con igual o superior cuantía. A este respecto, y como ya se ha mencionado, según la disposición adicional primera del Real Decreto, se considerarán subsumidas en las prestaciones del sistema especial de prestaciones las siguientes:

-) ayudas económicas de carácter periódico por invalidez otorgadas por el extinguido Fondo Nacional de Asistencia Social;
-) aportación económica por subnormalidad que concede la Seguridad Social y que se regula en la Orden de 8 de mayo de 1970, y
-) complemento familiar especial, establecido por el Decreto 2741/1972, en favor de los hijos minusválidos de los funcionarios civiles y militares, y extendido por la Orden de 23 de octubre de 1973 a los de los funcionarios de la Administración Local.

Las dificultades prácticas surgidas respecto de la **compatibilidad y concurrencia** de estos subsidios con otras prestaciones similares, han motivado la Resolución de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales (comunicada mediante circular 4/1/86, de 21 de marzo) por la que se adoptan los siguientes **criterios de equivalencia**:

+ pensiones equiparables al subsidio de garantía de ingresos mínimos: jubilación, invalidez, viudedad, orfandad, en favor de familiares, S.O.V.I. y todas las similares del sistema contributivo de la Seguridad Social general o especial (MUFACE, MUNPAL, ISFAS,...) y las del

Fondo de Asistencia Social (FAS);

+ al subsidio de ayuda por tercera persona se equipara el incremento de pensión reconocido para los supuestos de gran invalidez. En este caso se dispone que para el cálculo de los ingresos compatibles con el subsidio por ayuda de tercera persona, únicamente se computará el importe de la pensión sin el citado incremento, pudiendo acreditarse el derecho a la diferencia si este fuere inferior al importe del subsidio.

* no superar el nivel de recursos, que se establece en el setenta por ciento de la cuantía del salario mínimo interprofesional computado anualmente, cantidad que ha de incrementarse en un diez por ciento por cada miembro de la unidad familiar a cargo del beneficiario, hasta un máximo del cien por cien del importe de dicho salario (artículo 32).

Los detalles de la aplicación de este requisito en el artículo 33, y luego en la Orden Ministerial de 13 de marzo de 1984 pretendían, en una interpretación evidentemente restrictiva, modificar el concepto de **recursos personales** del beneficiario, tal como se contemplaba en los artículos 14 y 16 de la LISMI, sustituyéndolo por el minuendo más amplio de los recursos familiares que englobaba, además de los recursos personales, los ingresos de las personas integrantes de la unidad familiar. Con ello, se excluía de los beneficios del sistema prácticamente a todas las personas con minusvalía que no vivieran independientemente de su familia.

El Tribunal Supremo salió al paso de dicha interpretación, anulando y dejando sin efecto estas normas de aplicación, y declarando en su lugar "que el máximo nivel económico requerido para la percepción de los subsidios de garantía de ingresos mínimos y por ayuda de tercera persona, ha de hacer referencia a los recursos económicos del posible beneficiario"[10].

En consecuencia, la estimación de los recursos personales queda sujeta a los criterios siguientes:

* Concepto básico.- Se consideran como tales "todos los bienes, rentas o ingresos, incluidos los procedentes del derecho a alimentos que conforme a la legislación civil pueda tener reconocidos, que perciba, disfrute o posea el interesado, cualquiera que sea su naturaleza o procedencia".

* Criterios específicos.- A los efectos de cuantificar adecuadamente la estimación se tendrán en cuenta las situaciones siguientes:

+ Minusválidos con persona su cargo. Unicamente se computarán para el cálculo del nivel de recursos los que sean personales del beneficiario, incrementándose el nivel máximo previsto, del setenta y cinco por ciento del salario mínimo interprofesional, en un diez por ciento adicional por cada una de las personas a su cargo, hasta el tope del cien por cien del citado salario mínimo, sin que tengan repercusión los posibles ingresos de estos. A tal efecto, se considerarán personas a cargo del minusválido, siempre que convivan con él y a sus expensas, el cónyuge y los descendientes de ambos cónyuges, o de cada uno de ellos, cualquiera que sea la naturaleza de su filiación (artículos 37, 1° y 2°).

+ Minusválidos que forman parte de una unidad familiar de la que dependen y minusválidos que llevan una vida independiente. Unicamente se tendrán en cuenta los recursos personales del beneficiario, quedando fijado el tope de rentas compatibles con los subsidios en el setenta por ciento del salario mínimo interprofesional.

La sentencia comentada plantea un problema adicional respecto de la estimación del nivel de recursos compatible con el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte: el fallo solamente alude a los subsidios de garantía de ingresos mínimos y de ayuda por tercera persona, en aplicación del principio procesal de congruencia con la demanda. El estricto cumplimiento del fallo judicial produciría, pues, una laguna respecto de aquel subsidio. En estas condiciones, una interpretación lógica, teniendo en cuenta el contexto legal, lleva a la conclusión de aplicar en el subsidio de movilidad las mismas normas aplicadas en el caso de los otros dos subsidios, para la estimación de las rentas personales. La literalidad en la interpretación del artículo 17 de la LISMI no hace más que añadir complejidad a la gestión[11].

Para finalizar con este punto, es imprescindible aludir a un grave defecto en la regulación de los ingresos compatibles con las prestaciones económicas; asunto que, por otra parte, es el que mayor repercusión tiene en su cuantía real. Se trata, naturalmente, del bajo tope fijado como límite de ingresos, especialmente cuando existen familiares a cargo del beneficiario. Parece claro que las previsiones del artículo 32 del Real Decreto priman ostensiblemnte a los hogares

unipersonales, en lo que supone un trato desigual, injustificable si no es por razones de falta de previsión sobre el alcance inicial de los beneficios del sistema de la LISMI. Dicha limitación justificaría en cualquier caso una reforma al alza de los límites de ingresos y su adecuación a la estructura real de las necesidades económicas en función del número de miembros computables en la unidad familiar.

B.- Requisitos específicos:

+ Para el subsidio de garantía de ingresos mínimos.

El artículo 21 del Real Decreto subordina el derecho al subsidio a la concurrencia en el beneficiario, junto a las condiciones generales antes referidas, de los requisitos siguientes: edad superior a dieciocho años, minusvalía en grado superior al sesenta y cinco por ciento e imposibilidad de obtener un empleo adecuado.

Respecto del requisito de la edad, cabe apuntar tan sólo que no existe límite alguno para la edad máxima; ni en cuanto al momento del reconocimiento del derecho ni para su mantenimiento en vigor.

La concreción del grado de minusvalía en el sesenta y cinco por ciento parece una exigencia excesiva, y con mayor razón aún si se tiene en cuenta que su acreditación no lleva aparejado el derecho al subsidio; además, se requiere que, por efecto del grado de minusvalía reconocido, el beneficiario se vea imposibilitado de obtener un empleo adecuado. En este sentido, la Orden Ministerial de 8 de marzo de 1984 dispone que "la relación exigida entre el grado de minusvalía y la posibilidad de obtener empleo adecuado a causa del grado de la misma (...) vendrá determinada por la aplicación del baremo que sobre factores de edad, formación, profesión, mercado de trabajo y relación entre discapacidad y ocupación se recogen en el anexo II". Y más adelante añade: "se estimará la existencia de imposibilidad de obtener un empleo adecuado por causa del grado de minusvalía siempre que se obtenga en el referido baremo una puntuación de cinco en cualquier factor, o una puntuación de siete en la suma de todos los factores".

Ahora bien, poniendo en relación estas normas, puede comprobarse fácilmente que el concepto "empleo adecuado" que aquí se utiliza es mucho más restrictivo que el que emplea la Ley 31/1984, de 2 de agosto, sobre protección del desempleo, la cual considera inadecuado, en un principio, todo trabajo que suponga cambio de la residencia habitual.[12] Por el contrario, en el baremo precitado, unicamente se valora con 1 punto la circunstancia apreciada cuando "no hay ofertas de trabajo para su profesión o profesiones afines (se entiende que siempre compatibles con su discapacidad)" y con 2 puntos cuando "no hay prácticamente ofertas de trabajo". Recordando que se necesitan 7 puntos para estimar la imposibilidad de empleo, parece deducirse que el concepto utilizado es el equivalente a cualquier tipo de empleo, no el de "empleo adecuado" al que la LISMI (artículo 14) se refiere.

+ Para el subsidio por ayuda de tercera persona.

El desarrollo reglamentario de este subsidio ofrece una nueva muestra del ánimo restrictivo imperante en las normas de aplicación de la LISMI sobre esta materia. Si el artículo 22 del Real Decreto prevé este subsidio para "aquéllas personas afectadas por una minusvalía que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales necesiten (...) la asistencia de otra persona para realizar actos esenciales de la vida...", el artículo 23 dispone a continuación que serán beneficiarios del subsidio quienes, además de otra serie de requisitos, que no aluden siquiera a la finalidad de la ayuda, tengan el de "estar afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 75 por 100".

Podría pensarse en una presunción "iuris et de iure" según la cual todos los minusválidos con este porcentaje de disminución necesitan de una tercera persona, lo que sería razonable dada la gravedad de la afectación, pero tal interpretación no coincide en absoluto con la derivada de la Orden Ministerial de 8 de marzo de 1984 que exige una determinada puntuación según baremo especial, elaborado precisamente para medir la necesidad de ayuda de tercera persona. Esta exigencia puede llevar al contrasentido de que algunas personas con minusvalía, a las que la propia norma reconoce la necesidad de dicho auxilio ("se considerará la necesidad de asistencia de tercera persona siempre que se obtenga en el baremo un mínimo de quince puntos"), no puedan disfrutar del subsidio por no alcanzar el grado de minusvalía requerido.

+ Para el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.

A diferencia de los anteriores, el desarrollo del subsidio de movilidad resulta ejemplar. Ateniéndose al verdadero objeto de la prestación, el artículo 25 del Real Decreto establece como condiciones específicas las de tener la condición de minusválido junto con graves dificultades de movilidad que impiden la utilización de transportes públicos colectivos, conforme al baremo específico (anexo IV de la repetida Orden Ministerial de 8 de marzo de 1984).

C.- Consideraciones especiales.

+ **Sobre el grado de minusvalía**.- El mandato contenido en la Ley de Integración Social de los Minusválidos es claro en lo que respecta a los requisitos relacionados con el grado de minusvalía: imposibilidad de obtener empleo adecuado a causa de la minusvalía, para el subsidio de garantía de ingresos mínimos, y necesidad de asistencia de una tercera persona, como consecuencia de pérdida anatómica y funcional, en el subsidio de ayuda por tercera persona. Cierto es que en ambos supuestos se requiere la conexión entre la gravedad de la afectación y la contingencia protegida, pero no es menos cierto que con la actual fijación de los grados de minusvalía se ha desvirtuado el "espíritu" de la norma por cuanto quedan excluidas de su protección numerosas personas que se encuentran imposibilitadas de obtener un empleo adecuado, o necesitan el auxilio de una tercera persona, y sin embargo no alcanzan el grado de disminución prefijado.

Por otro lado, ¿quién podría sostener con fundamento que en la situación actual del mercado de trabajo prácticamente cualquier tipo de minusvalía no impide de hecho la consecución de empleo?. Y todavía más si se tienen en cuenta las circunstancias de falta de cualificación de las personas con discapacidad o del escaso desarrollo del trabajo protegido en España[13]. Estas consideraciones u otras similares llevaron a introducir en la LISMI un artículo, el 47, por el que el subsidio de ingresos mínimos podría reconocerse a todos los minusválidos "que no cuenten con un puesto laboral retribuido por causas no imputables a ellos", siempre que su nivel de ingresos no rebasara lo establecido. Pero estas previsiones 'generosas' de la Ley no han tenido repercusión práctica por falta de desarrollo del precepto.

+ **Sobre la cuantía de los subsidios**.- Es necesario hacer referencia, aunque sea breve, a la fijación de cuantías y normas de revalorización de los subsidios. La LISMI menciona expresamente la cuestión respecto del de garantía de ingresos mínimos al disponer que su cuantía "será determinada por Decreto, con carácter uniforme, y no será inferior al cincuenta por ciento del salario mínimo interprofesional", en un plazo máximo de diez años, "mediante aumentos porcentuales, que se realizarán de forma progresiva y continuada, y que se determinarán reglamentariamente, empezando con un mínimo que sea superior a las actuales percepciones por este concepto".

Aunque no haya referencia alguna al subsidio de ayuda por tercera persona, aplicando criterios de analogía con la gran invalidez en el sistema contributivo de la Seguridad Social, las disposiciones reglamentarias han establecido la cuantía de este subsidio en el cincuenta por ciento de la asignada a la del de ingresos mínimos.

Más dificultades planteó, en un principio, el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte sobre el cual lo único que se prevé en la Ley es que se ha de fijar por Decreto. Tras los primeros años de aplicación, su cuantía se ha estabilizado, fijándose en el 50% de la establecida para el subsidio de ayuda por tercera persona. Con ello se ha evitado el riesgo de su congelación en ejercicios sucesivos.

Las cuantías iniciales de los subsidios fueron de 10.000 pesetas/mes (garantía de ingresos mínimos), 5.000 pesetas/mes (ayuda por tercera persona) y 3.000 pesetas/mes (movilidad). Para los dos primeros, se reconoció además el derecho a dos pagas extras, por julio y diciembre, de igual cuantía. Con tales cantidades iniciales, no resultaba difícil cumplir el expediente de dar a conocer, cada año, aumentos porcentuales superiores a los del salario mínimo e ir aproximando en el decenio las cifras al objetivo previsto del 50% del salario mínimo interprofesional para el subsidio de garantía de ingresos mínimos. Sin embargo, ni siquiera "a la hora de la muerte" (suponiendo que el sistema de prestaciones no contributivas de la Seguridad Social les sirva de sepultura) han podido estas pobres prestaciones ver respetado el proyecto inicial de hacerlas coincidir, en un plazo máximo de diez años, con ese porcentaje.

Así, la Ley 31/1991, de 30 de diciembre (de Presupuestos Generales del Estado para 1992)

establece las cuantías de 24.935 pesetas/mes para el subsidio de garantía de ingresos mínimos, cantidad equivalente a la reconocida para pensiones asistenciales en el mismo ejercicio; 9.725 pesetas/mes para el subsidio de ayuda por tercera persona, y 4.875 pesetas/mes para el de movilidad. La consagrada expresión de la "técnica del grifo"[14] ha funcionado casi a la perfección. Con un poco de tiento, hasta se hubieran cumplido las previsiones legales y...'aquí paz y después gloria'.

+ **Sobre la transitoriedad del sistema**.- A todo lo largo y ancho de estas líneas, se ha venido insistiendo sobre el carácter transitorio del sistema especial de prestaciones derivado de la LISMI. La propia Ley asi lo reconoce explícitamente: "en tanto no se desarrollen las previsiones contenidas en el artículo 41 de la Constitución...", lo cual indica bien a las claras las perspectivas de evolución de estas prestaciones. Pero en esta característica reside precisamente la importancia (histórica) del sistema especial, no contributivo, de prestaciones económicas derivado de la LISMI. Constituye el precedente básico del futuro y esperado régimen público, universalizado, de Seguridad Social constitucional: adelanta en este sentido algunas líneas de actuación y habrá de confundirse, subsumirse, agotarse -como la semilla en el surco- en el sistema general de prestaciones.

8.3.1.3. El papel de las Comunidades Autónomas

Escasa, por no decir nula, ha sido la intervención normativa de las Comunidades Autónomas en el desarrollo de la LISMI sobre esta materia. La centralización de la gestión de los subsidios y de la prestación sanitaria del sistema no se ha visto 'perturbada' por regulaciones singulares derivadas de las amplias competencias que, por lo general, contienen los diversos estatutos y la legislación emanada de las Comunidades.

Al contrario de lo sucedido con las llamadas 'pensiones no contributivas', salarios de integración, de subsistencia o similares, las Comunidades Autónomas se han limitado con el sistema de prestaciones especiales derivadas de la LISMI, a 'ver pasar' las cuantías fijadas anualmente por el poder ejecutivo central, sin llevar a cabo ningún tipo de presión o de sugerencia en favor de propuestas más generosas. Presiones o sugerencias que sin duda alguna tenían cabida en el

marco competencial que les atribuye el ordenamiento vigente. Y ello, tanto en cuanto a la posibilidad de conceder prestaciones económicas complementarias, como en cuanto al hecho de tratarse de un sector de población, el de las personas con minusvalía, especialmente contemplado en casi todas las leyes de bienestar social promulgadas en estos últimos tiempos por las Comunidades.

Tampoco faltaba en ellas base estructural y organizativa como para haber podido desempeñar un papel más activo en la materia; organismos como, por ejemplo, y citando los que antes se crearon, el Servicio navarro de Asistencia Social, el Instituto Regional murciano de Servicios Sociales y el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, no hubieran sufrido desdoro alguno en sus competencias, o daño en sus facultades si hubieran levantado una tenue voz en este sentido. Por no oirse, ni siquiera se oyó la voz de los numerosos órganos de carácter consultivo y asesor radicados en los distintos niveles territoriales, órganos de participación (¿de quién?, ¿ante quién?) como los variopintos 'consejos' y 'juntas' previstos en los múltiples cuerpos legales de bienestar y/o servicios sociales. A lo mejor, estaban todos -consejos e institutos- ocupados en preparar el porvenir de las 'pensiones no contributivas' o las estructuras básicas de la red sanitaria. Ese nuevo nivel de avanzadilla de las tendencias de universalización/sistematización/diferenciación en el que habrá de subsumirse "si el tiempo no lo impide" el sistema especial de prestaciones económicas y sociales previsto por la LISMI.

8.3.2. OTRAS NORMAS POSTERIORES INCIDENTES EN LA MATERIA

En sólo diez años de vigencia de la LISMI ha corrido mucha agua bajo los puentes del bienestar social. Por lo que a las prestaciones comentadas respecta, se han incumplido con cierto desparpajo algunos plazos de aplicación previstos en la norma original y nuevas realidades normativas han venido a incidir en este grupo de prestaciones, condicionando su evolución y sustituyendo a veces los modelos diseñados. Claro que en un análisis como éste no puede estudirse exhaustivamente ninguna prestación por simple y limitado que parezca su alcance. En materia de prestaciones sociales y económicas, todos los aspectos en que se puede descomponer una figura prestacional configuran una realidad compleja que se solapa casi siempre con otras figuras o magnitudes que, a su vez, requieren de una consideración detallada,

inviable dentro de un balance conmemorativo de decenio. Menos mal que con las tres tendencias enunciadas someramente al principio nos hemos proporcionado unas andaderas mínimas y útiles a las que hacer sucesivas referencias cuando aparecen nuevas normas. Si no fuera por ese superficial esfuerzo teórico, transitar por estos predios se convertiría en un auténtico calvario: disposición tras disposición, a la búsqueda de un esquema siempre incompleto (porque en el momento en que esto se escribe otra nueva regulación, creativa o aplicativa, seguro que ronda el caletre de alguien dotado de atribuciones legítimas para elaborar la correspondiente propuesta).

Sentado esto, no queda más remedio que bajar al ruedo de la imprescindible descripción de las disposiciones que, tras la LISMI, afectan de un modo u otro a 'nuestras' prestaciones económicas y sociales (subsidios del sistema especial de prestaciones y asistencia sanitaria, incluida la prestación farmaceútica).

8.3.2.1. Un cuadro a medias y una desaparición anunciada

Sin volver a repetir aquí el tenor literal de la normativa constitucional acerca de un auténtico sistema futuro de prestaciones sociales, dentro de un cuadro definido por los diferentes aspectos de un régimen público de Seguridad Social, es evidente que ese cuadro se halla todavía a medio pintar. Aún se encuentran muy toscamente esbozados los motivos del lienzo: el contenido de las prestaciones, la extensión de la cobertura, la coordinación intra e internacional, la financiación y la gestión son cuestiones todavía abiertas que -entre otras- han de repercutir por fuerza en la materia de las prestaciones económicas y sociales para personas con minusvalía.

Por otro lado, como antes se apuntaba, los propios preceptos de la LISMI explicitan su vocación de transitoriedad, una vocación que encuentra su más rápida consolidación, como es lógico, allí donde los cambios originan teóricamente, menos problemas, precisamente en el núcleo de los subsidios y en el de las prestaciones sanitarias básicas. Ambos núcleos se ven directamentamente

afectados por normas posteriores a la LISMI comprensivas de un más amplio espectro poblacional (tendencia a la universalización) y que contribuyen a ir perfilando los trazos del cuadro del régimen público anunciado en la Constitución (tendencia a la sistematización). Se trata, como puede suponerse, de la Ley General de la Ley General de Sanidad y de la Ley de pensiones no contributivas. Otros aspectos, sin embargo, además de una mayor complejidad técnica, ven amparado un tratamiento diferencial (repunta aquí la tendencia a la diferenciación) en el propio texto constitucional: "los poderes públicos realizarán una política de (...) integración de los disminuidos (...) a los que se prestará la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente...".

8.3.2.2. El sueño de una sanidad para todos

La Ley General de Sanidad (LGS), de 25 de abril de 1986, pretende entre otras cosas: extender la cobertura sanitaria a toda la población que por entonces aun se encuentra parcialmente desprotegida; sentar las bases para coordinar y hacer eficaces las competencias sanitarias de las distintas entidades administrativas; hacer posible el funcionamiento de una red nacional de centros de atención primaria, y configurar el esquema financiero del sistema nacional de salud. En todos esos frentes caben, bajo perspectivas diferentes, la asistencia sanitaria y la prestación farmaceútica que la LISMI había puesto en pie. Otra cosa es que las propias disposiciones de la LGS estén teniendo dificultades de aplicación: problemas financieros, envejecimiento acelerado de la población, tecnología obsoleta y utilizada de modo poco rentable, falta de planificación eficaz,...O que se estén alargando en demasía los plazos para la regulación adecuada de las previsiones legales. Entre ellas, de una prestación diferenciable, dentro del sistema, como la que corresponde a la asistencia sanitaria de las personas con deficiencia/discapacidad/minusvalía.

Por cierto, todas esas dificultades de aplicación, en general, han provocado la creación de una Comisión parlamentaria para analizar el vigente Sistema Nacional de Salud. Una Comisión cuyo dictamen ha suscitado reacciones para todos los gustos y hasta para todos los disgustos, pero cuyas propuestas y recomendaciones indican bien a las claras que el sistema no funciona bien y que la aplicación de las normas y la realización de las previsiones iniciales caminan como "las

cosas de palacio".

La LGS podría haber sido, y aun puede serlo, el marco general de regulación de los distintos aspectos sanitarios de un régimen público de Seguridad Social. A poco que se profundice en su análisis se encuentra en ella el rastro de las tres tendencias que caracterizan la dinámica de las prestaciones sociales: sistematización (implantación de un sistema nacional de salud que paradójicamente "parece escaparse de la órbita de la Seguridad Social"[15]); universalización (Ley General de Sanidad, plasmación del compromiso constitucional para todos los ciudadanos), y diferenciación (por ej., la de tipo organizativo, al distinguir entre servicios sanitarios estatales y de las Comunidades Autónomas). Todavía parece pronto para hacer una valoración de lo que esta norma básica puede dar de sí misma; quede constancia aquí, únicamente, de las dificultades que está teniendo su aplicación práctica[16]. Dominar un carruaje impulsado por los tres briosos corceles que representan las tres tendencias de marras no resulta tarea cómoda ni fácil; para lograrlo, se precisan fuertes dosis de arrojo y de pericia, algo de imaginación creadora, una voluntad inquebrantable y...dinero, mucho dinero. Mucho más dinero del que hoy se le dedica.

8.3.2.3. Las pensiones no contributivas

Otro flanco importante del sistema especial de prestaciones derivado de la LISMI es el que trata de cubrir la Ley 26/1990, "por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas". En esta Ley sí que se explicita desde su propia exposición de motivos la finalidad de desarrollar el contenido de la Constitución por lo que se refiere a la implantación de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos. La propia técnica legislativa utilizada (modificación del articulado del vigente Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social) confirma inequívocamente esos propósitos.

+ **Relación con la LISMI**.- La Ley 26/1990 se refiere directamente a la repercusión de sus disposiciones en el sistema especial de prestaciones creado por la LISMI. La disposición adicional novena establece que, a partir de su entrada en vigor, "quedan suprimidos el subsidio de garantía de ingresos mínimos y el subsidio por ayuda de tercera persona previstos en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos". En relación con lo que se viene analizando,

sigue, pues, en vigor lo relativo a la asistencia sanitaria y prestación farmaceútica, así como lo que se refiere al subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte, modalidades ambas del sistema de prestaciones especiales de la LISMI. Por otro lado, la disposición final primera autoriza al Gobierno para que integre en un nuevo Texto Refundido las disposiciones ("regularizadas, aclaradas y armonizadas") sobre Seguridad Social contenidas en la LISMI. Lo enigmático de los participios determinativos encerrados en el paréntesis no puede constituir ningún obstáculo para la adecuada acogida,dentro del sistema público y generalizado de la Seguridad Social, de la parte correspondiente al sistema especial de prestaciones suprimida con la entrada en vigor de la Ley 26/1990.

+ **Disposiciones de aplicación**.- Hasta la fecha, se han publicado dos normas de aplicación de la Ley: una, el Real Decreto 356/1991, por el que se desarrolla aquélla en materia de prestaciones por hijo a cargo; y otra, el Real Decreto 357/1991, que la desarrolla en materia de pensiones no contributivas. Precisamente el número de orden de los decretos otorga cierta prioridad a las denominadas prestaciones por hijo a cargo, lo cual no se corresponde con la sistemática seguida por la Ley matriz.

+ **Naturaleza y régimen de las prestaciones**.- Calificadas, en un alarde de inmodestia, como "derechos subjetivos perfectos", se pasa a continuación una somera revista al régimen de atribución de los mismos ciñendo la descripción a los aspectos relativos a la sustitución de los subsidios de la LISMI que se declaran suprimidos.

a) Para tener derecho a la "pensión de invalidez en su modalidad no contributiva", se requerirá:

* ser mayor de 18 años y menor de 65 en la fecha de solicitud;

* residir legalmente en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, dos por lo menos en el periodo inmediatamente anterior a la fecha de solicitud;

* tener una minusvalía o enfermedad crónica en grado igual o superior al 65%, y

* carecer de ingresos o rentas suficientes.

b) Para tener derecho a "complemento por necesidad de otra persona", se requerirá lo mismo que para la pensión de invalidez, pero el grado de minusvalía, o enfermedad crónica, habrá de ser igual o superior al 75% y habrá de estimarse la dependencia y la necesidad del concurso de otra persona mediante la aplicación del baremo correspondiente.

c) Para tener derecho a las "prestaciones por hijo a cargo", se distinguen dos figuras principales: la **modalidad contributiva** (con determinados requisitos y cuantía) y la **modalidad no contributiva**, bajo condiciones diferentes. La figura del hijo a cargo suscita diversos e interesantes problemas (diferenciación de cuantías por edad y grado de minusvalía, orfandad, determinación del beneficiario, cómputo de ingresos, etc.) tal y como se regula por el Real Decreto 356/1991, pero por no enlazar directamente con las prestaciones de la LISMI aquí se deja constancia tan sólo del esfuerzo llevado a cabo para tratar de universalizar la correspondiente prestación. Tanto en cuanto al objetivo de ampliar la Seguridad Social a la esfera de lo no contributivo, como en cuanto a la extensión de los tipos y grados de discapacidad que originan el derecho a la prestación.

8.4. REALIZACIONES

El principal inconveniente al tratar de las realizaciones en materia de prestaciones sociales y, sobre todo, económicas reside en la propia naturaleza de las mismas. Sólo puede utilizarse como elemento de referencia el esfuerzo de gestión realizado y a las cifras globales de beneficiarios de las distintas prestaciones. Pero cuestiones como las de para qué han servido, qué objetivo real han alcanzado, son cuestiones de respuesta imposible, y con más motivo si se repara en las cuantías aludidas o en la conexión sistemática con otras normas sustantivas, salvo que el análisis se limite a utilizar con frecuencia expresiones derivadas de los verbos atenuar, paliar, disminuir, mitigar, disimular,... Así pues, los datos sobre realizaciones en este punto no pueden ser otros que los datos sobre la gestión de las prestaciones.

La complejidad del proceso gestor de las prestaciones sociales y económicas, así como los

diversos avatares a que se vieron sometidas durante el decenio (variación en los procedimientos administrativos de gestión, transferencia de las competencias a las Comunidades Autónomas, rectificaciones como consecuencia de declaraciones judiciales, retraso en la publicación de documentos oficiales de balance,...) hace que la presentación -aunque sólo sea resumida- de las realizaciones prácticas resulte laboriosa.

Por otra parte, tampoco se trata aquí de apabullar a los ya muy trabajados y sufrientes lectores de este repaso con tablas, gráficos o anexos que, además, tienen otros cauces normalizados de conocimiento en documentos tradicionales de recuento y memoria[17]. Bástenos, pues, con algunos datos significativos en cada una de las prestaciones que se han venido considerando:

8.4.1. Asistencia sanitaria y prestación farmaceútica

Desde que comenzó a aplicarse la LISMI, el número total de declaraciones de derecho a esta prestación fué de 63.282, hasta 31 de diciembre de 1990. Teniendo encuenta que la gestión de las prestaciones de la LISMI comenzó a normalizarse en el ejercicio 1987 (la gestión comienza en el ejercicio de 1984, dificultades iniciales de procedimiento, tareas de informatización, escasez de medios de valoración, etc.), se ofrece a continuación un cuadro-resumen de las declaraciones de derecho acumuladas en los cuatro últimos ejercicios sobre los que se dispone de datos.

Declaraciones acumuladas a	
	17.505
31/XII/88	33.910
31/XII/89	50.843
31/XII/90	63.282

Tantos factores organizativos y mediáticos influyen en las cifras totales anteriores, y es tan corta la serie numérica, que sería temerario hacer siquiera un leve comentario sobre su evolución.

Tanto más cuanto que las propias cifras de recuento disponibles inducen a cierta confusión; así, la "estadística administrativa del movimiento de beneficiarios y subsidios de la LISMI" (INSERSO, junio 1991) da como beneficiarias a 56.334 personas en total (35.814, con minusvalía física; 15.191, psíquica, y 5.329, sensorial), sin aclarar si se trata de titulares efectivos a esa fecha o acumulados a esa fecha. La confusión proviene, claro está, de comparar este total -56.334- con el total acumulado a 31/XII/90: 63.282.

8.4.2. Subsidio de garantía de ingresos mínimos

Se trata de la prestación económica más importante y la que, de algún modo, representa los logros principales de la LISMI en esta materia. Su cuantía oscila desde las 10.000 pesetas/mes iniciales hasta las últimas 24.935 pesetas/mes previstas para 1992, cifras tan elocuentes en sí mismas que justifican un pudoroso silencio.

Por otra parte, la 'faena del grifo' regulador, combinada con la cuantía mínima establecida para las pensiones no contributivas, supondrán un golpe decisivo para el futuro de este subsidio.

La gestión de declaraciones reconocidas alcanzó en el periodo 1987-90 las siguientes cifras por ejercicio:

Declaraciones acumuladas a	
31/XII/87	52.118
31/XII/88	107.280
31/XII/89	175.073
31/XII/90	255.163

Por las mismas razones apuntadas anteriormente, no es posible hacer comentarios sobre estos totales sin grave riesgo de errores de interpretación. Los datos de la "estadística administrativa..." antes mencionada dan, a junio de 1991, un total de 244.409 beneficiarios para esta prestación

(142.564 con minusvalía física; 79.395, psíquica y 22.450, sensorial)

8.4.3. Subsidio de ayuda por tercera persona

Bajo los mismos condicionantes en la gestión, los datos correspondientes a este subsidio arrojan las cifras del cuadro que sigue:

Declaraciones acumuladas a	
31/XII/87	23.430
31/XII/88	49.309
31/XII/89	79.396
31/XII/90	110.675

En la "estadística administrativa" de junio de 1991, aparecen 92.011 beneficiarios de esta prestación: 53.517, con minusvalía física; 30.170, psíquica, y 8.324, sensorial.

8.4.4. Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte

Por último, he aquí el cuadro más elemental que puede elaborarse acerca de la gestión del subsidio destinado a atender los gastos de desplazamiento de personas con graves dificultades para la utilización de transportes colectivos. Las declaraciones de derecho acumuladas a finales de 1990 era 46.419 en total.

Nuevamente aparece, sin explicación adecuada, una cifra no coincidente en las "estadísticas administrativas del movimiento de beneficiarios..." (aunque, bien mirado, el 'movimiento'

mencionado podría tenerse por suficientemente explicativo): esta fuente informa de que, a junio de 1991, el total de beneficiarios del subsidio de transporte era de 37.894, de los que 27.207 lo eran con minusvalía física; 7.292, con minusvalía psíquica, y 3.395, con minusvalía sensorial.

Declaraciones acumuladas a	
31/XII/87	14.969
31/XII/88	24.945
31/XII/89	36.115
31/XII/90	46.419

Como resumen elemental para el conjunto de las prestaciones, se puede afirmar que a partir del ejercicio de 1990 se observa ya un menor crecimiento de la demanda, debido seguramente a una mejor preparación para la gestión.

NOTAS

1. A modo de pistas bibliográficas mínimas, para el estudioso o para cualquier interesado por estas cuestiones, se ofrecen las siguientes:
-) E. Alfandari: Action et aide sociales (Dalloz. Paris, 1987), sobre todo en la parte que trata de los conceptos, y
-) OCDE: L'avenir de la protection sociale (Paris, 1988), especialmente en el capítulo 2, dedicado al debate general sobre el futuro de la protección social.

2.Esta perspectiva recubridora se aproxima en cierto sentido a lo que desde otros supuestos Demetrio Casado configura como **asistencia de mantenimiento**: "provisión, coyuntural o estable, de (...) ayudas personales, técnicas o económicas". Panorámica de la discapacidad (INTRESS. Barcelona, 1991).
Por otra parte, es notable la importancia que se ha concedido a estas prestaciones en la primera etapa de aplicación de la LISMI: "... si realizásemos una valoración de los siete años desde que se aprobó la Ley de Integración Social de los Minusválidos, seguramente estaríamos todos de acuerdo en que durante este tiempo la acción se ha centrado fundamentalmente en el desarrollo y consolidación de un sistema de prestaciones económicas para las personas con minusvalía,tema por otra parte considerado como básico o prioritario por todos los colectivos...". Tomado de P.Cobo Gálvez: "La recuperación profesional en España, últimos progresos y previsiones", en la obra colectiva Perspectivas de Rehabilitación Internacional. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1991.

3.No es la primera vez que los motivos musicales se utilizan para ilustrar esta materia. Véase/óigase la "sinfonía" dibujada por M. Aznar en su trabajo sobre la "reforma de la Seguridad Social y la legislación autonómica de Servicios Sociales" (Documentación Social, nº 64, 1986).

4.En un apasionante artículo reciente (El País, 17/XI/91), titulado "Bienvenido caos", M. Vargas Llosa se refiere a las **estructuras disipadoras** como a "formaciones que parecen ser una respuesta a la anarquía que las circunda, al caos dentro del cual nacen". Pues bien, la persistencia de determinadas prestaciones "económicas y sociales" dentro de un proceso general caótico -sin planificar- , cuyo objetivo último es la integración social de las personas con minusvalía, se parece sospechosamente a esas estructuras disipadoras que "van surgiendo poco a poco de las tinieblas supersticiosas y violentas de la historia".

5.Sin embargo, la mayoría de las veces esta tendencia funciona tan solo como tabú terminológico: cuando se aspira a ingresar en un sistema, sea, por ejemplo, sanitario o de Seguridad Social, se espera una mayor garantía cuantitativa y cualitativa en la cobertura de la necesidad. Pero la integración real en un sistema jurídico de prestaciones es algo más. Se trata de un "conjunto de materias vinculadas recíprocamente entre sí y ordenado para un determinado objetivo" (Almansa Pastor, 1973). Lo cual, a su vez, supone: a) una "base común" en las prestaciones; b) una "relación jurídica típica", como resultado positivo; c) una "conexión interna" en las figuras reguladas, y d) que las prestaciones obedezcan a un objetivo común derivado de algún principio jurídico-social básico, en este caso, la solidaridad.
Por otra parte, desde un punto de vista más general, "todos los componentes de un sistema deben ser mutuamente compatibles, (...) un sistema es como una gran máquina" (G. Basalla, 1990)

6.Rodríguez y de Miguel, en un estudio referenciado por la publicación "Health Affairs"(fall, 1991): "The Political Dynamics of Physician Manpower Policy: The Case of Spain".

7.Su régimen y funcionamiento quedaron perfilados en las correspondientes normas de desarrollo y aplicación. Conviene señalar aquí que el Real Decreto 348/86 preceptuó la sustitución de los términos 'subnormalidad' y 'subnormal', en las disposiciones reglamentarias vigentes, por los de 'minusvalía' y 'personas con minusvalía'.

8.Tomando prestado, con muy ligeras modificaciones, -¿fusilando?- el trabajo realizado por E.Niño Ráez para el balance quinquenal de la Ley, en Cinco años de vigencia de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1988). Cualquier error que se detecte habrá de imputarse, no obstante, a la impericia del prestatario.

9.Por Resolución de la Secretaría General para la Seguridad Social de 4 de diciembre de 1986, se dispone que la Tesorería General de la Seguridad Social asuma, en coordinación con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), entre otras, las funciones de formalización de la documentación derivada del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y a la asignación de médicos.

10.Por Resolución de 6 de agosto de 1986, de la Dirección General de Servicios del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se disponía el cumplimiento de la sentencia recaída en el recurso interpuesto por la entonces Federación Española de Asociaciones Pro-subnormales (FEAPS), cuyo fallo anula y deja sin efecto los artículos 32, 3º y 4º, 37, 3º y 43, 1º A) del Real Decreto 383/1984, y los artículos 2, 2º E), 5, 3º y 11, 1º de la O.M. de 13 de marzo de 1982, declarando en su lugar:
"Primero.- Que el máximo nivel económico requerido para la percepción de los subsidios de ingresos mínimos y por ayuda de tercera persona, ha de hacer referencia a los recursos económicos del posible beneficiario".
"Segundo.- El pago de los subsidios acordado en caso de incapacidad del beneficiario para hacerlo personalmente deberá entenderse con sus representantes legales...".

11. Sin embargo, no ha sido este el criterio de la Administración al disponer el cumplimiento estricto del fallo judicial, manteniendo la vigencia de los preceptos anulados, en relación con la gestión del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte (Resolución interna del INSERSO, de 31 de octubre de 1986)

12. Con un criterio semejante al que se utiliza en el artículo 10 del Convenio número 44 de la Organización Internacional del Trabajo: "... no debe considerarse conveniente: a) un empleo cuya aceptación implique la residencia en una región donde no pueda conseguirse un alojamiento adecuado...".

13.Como ejemplo del carácter restrictivo de las disposiciones de aplicación al respecto, puede citarse el caso siguiente: una ciudadana de 52 años de edad, prácticamente ciega, sin cualificación profesional, residente con sus tres hijos en un pueblo andaluz, cuya única ocupación previsible es la de las faenas agrícolas; se ve reconocida por el correspondiente equipo de valoración y orientación una disminución de su capacidad orgánica o funcional del 94 por 100 y, posteriormente, el órgano gestor de las prestaciones le deniega el derecho al subsidio de garantía de ingresos mínimos por "no estar imposibilitada para obtener un empleo a causa de su minusvalía".

14. Aznar y Casado, por ejemplo, en su obra conjunta Perspectivas de la Seguridad Social española (Acebo. Madrid, 1988) señalan que "el giro del grifo fué demasiado leve y el desarrollo reglamentario se abordó desde una óptica restrictiva, sin duda alguna por razones financieras"

15. La obra citada en la nota anterior, Perspectivas..., ofrece un fino análisis de esta sorda insistencia de la LGS por zafarse de un hipotético régimen futuro de Seguridad Social pública, en cuyos brazos cae, no obstante, cuando se trata la cuestión de la financiación.

16.No sería oportuno ahora pasar revista a las numerosas críticas que se producen a diario en los medios informativos sobre la aplicación de la LGS. Se citan tan solo dos muestras documentales: una, la del sondeo sobre la actitud de los ciudadanos hacia el sistema sanitario ("Spanish citizens assess their Health Care System", varios autores, Health Affairs, fall 1991), y otra, la de algunos informes elaborados en medios sindicales (por todos, Evolución Social de España 1989 -Madrid, 1991- emanado del Instituto Sindical de Estudios, vinculado a la central ugetista)

17.En este sentido, las sucesivas Memorias de actividades del INSERSO pueden ser de gran utilidad para los estudiosos de la materia; especialmente las que corresponden a los ejercicios anuales de 1988, 1989, y 1990, en las cuales se sistematizan cuadros y gráficos de la gestión de las prestaciones de la LISMI, realizada por el Instituto. Para cifras más actualizadas, puede consultarse asimismo la denominada "Estadística Administrativa del Movimiento de Beneficiarios y Subsidios de la LISMI" (Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO, cuadernillos mensuales)

9. COORDINACION INSTITUCIONAL

Mª. Eugenia Zabarte Martinez de Aguirre

INDICE

9.1. ANTECEDENTES.

9.1.1. Primeros esbozos de coordinación y algunos resultados.

9.1.2. Aparición de circunstancias relevantes en el proceso de coordinación institucional: la nueva configuración territorial del Estado.

9.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982.

9.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

9.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 en la Administración del Estado:

9.3.1.1. Desconcierto inicial ante el cambio de roles.

9.3.1.2. La operatividad de una antigua fórmula: el Real Patronato.

9.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 en las Comunidades Autónomas.

9.3.3. Normas incidentes en la materia:

9.3.3.1. El artículo 103 de la Constitución y la Ley de Proceso Autonómico.

9.3.3.2. El Real Decreto 727/1988, de 11 de julio.

9.3.3.3. Las leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas: exploración de posibilidades inéditas.

9.4. REALIZACIONES.

9.4.1. La acción concertada.

9.4.2. Estructuras de coordinación en el sector de personas con minusvalía.

9. COORDINACION INSTITUCIONAL

Cuando menos en el plano teórico suele aceptarse sin mayores problemas que la función de coordinación resulta siempre necesaria a la hora de dar respuesta a demandas individuales y sociales. Ejercitándola se contribuye a una mayor adecuación de las intervenciones, evitando tanto solapamientos como lagunas, y a una racionalizaciòn y mejor aprovechamiento de los recursos escasos.

Tal función parece que debe ser especialmente tenida en cuenta, por lo que se refiere, en este caso, al campo de atención a personas con minusvalías, ante la aparición de dos circunstancias relevantes: la descentralización de competencias que se deriva del Título VIII de la Constitución española de 1978 y el mandato de reorganización administrativa contenido en el artículo 65 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.

Estos aspectos constituyen el eje de las reflexiones que se exponen a continuación.

9.1. ANTECEDENTES

9.1.1. Primeros esbozos de coordinación y algunos resultados.

A comienzos de la década de los 60 la atención institucional a personas afectadas por minusvalía adquiere en España un auge sin precedentes.

En aquellos años la sociedad española empieza a abrirse paulatinamente a las múltiples posibilidades que le ofrece su entorno geográfico y cultural. Los tímidos contactos internacionales que, en tal periodo, se producen propician un intercambio de experiencias y de información que, entre otros factores, van condicionando un nuevo funcionamiento de las instituciones de nuestro país ante muchos problemas. Entre ellos el problema de la minusvalía.

La Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre bases de la Seguridad Social, marca, en ese sentido, la pauta. Por vez primera se manifiesta en una norma que "...los problemas más arduos y difíciles, y quizás por ello los menos abordados, comienzan cuando el siniestro ha concluido de surtir sus efectos inmediatos, dejando tras de sí la secuela de una invalidez permanente...". Por ello la Ley tiende a que la creación y el desarrollo de los servicios de recuperación y rehabilitación de inválidos se constituyan en elemento principal de la reforma que en ella se contiene. Tales previsiones darán lugar a una serie de normas que van a marcar decisivamente la actuación de las instituciones en tiempos posteriores. (1)

La profusión de entidades y servicios que, como consecuencia de las normas publicadas, se constituyen a lo largo de esos años para, desde diversos ámbitos, intentar dar solución a los problemas que se plantean a las personas minusválidas, suscitan tempranamente "la necesidad de coordinar". A este reto parece responder el Decreto 731/1974, de 21 de febrero, por el que se fusionan los Servicios Comunes de la Seguridad Social de Asistencia a los Subnormales y de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Tal es así que, en su exposición de motivos, la norma establece la aconsejable unificación de la gestión de dichos servicios "...conforme a una de las conclusiones de la Conferencia Nacional sobre integración del minusválido en la sociedad...en beneficio de la economía y eficacia que deben presidir las acciones administrativas y para el mejor logro de la política

de bienestar social que inspira las realizaciones del Estado Español".

Tampoco está muy alejada de la coordinación la pretensión del Decreto de 30 de mayo de 1974, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. El capítulo V de la norma, referido a los Servicios Sociales, alude repetidamente a funciones de conexión, coordinación, colaboración. En concreto, en la Sección 4ª, dedicada a la reeducación y rehabilitación de inválidos, se dispone: "El Ministerio de Trabajo, coordinadamente con la Seguridad Social y en régimen de colaboración, en su caso, con la Organización Sindical o con otras Instituciones públicas de la Iglesia o privadas, organizará los servicios sociales...".

En esa misma época, además de la cascada normativa que se produce desde el Sistema de la Seguridad Social, se introducen importantes reorientaciones en la política educativa destinada a personas con minusvalía. La Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, de 4 de agosto de 1970, proclama, en su exposición de motivos, como objetivo básico la consecución "...de un sistema educativo permanente, no concebido como criba selectiva de los alumnos, sino capaz de desarrollar hasta el máximo la capacidad de todos y cada uno de los españoles...". De manera congruente con lo anterior, el texto legal, al regular la educación especial, establece como finalidad de la misma: "...preparar, mediante el tratamiento educativo adecuado, a todos los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social tan plena como sea posible en cada caso, según sus condiciones y resultados del sistema educativo; y con un sistema de trabajo en todos los casos posibles que les permita servirse a sí mismos y sentirse útiles a la sociedad...".

Más tarde, cuando empiezan ya a cristalizar las orientaciones apuntadas en la Ley, se publica el Decreto 1151/1975, de 23 de mayo, que crea el Instituto Nacional de Educación Especial. La

exposición de motivos de la norma justifica la creación en "...El carácter complejo de la Educación Especial, como proceso integrador de diferentes actividades, que requiere, junto a la función docente, la asistencia en los más variados campos, y obliga a la formación de equipos multiprofesionales y a la dotación de medios materiales diferentes de los de la Educación General..."; por ello se hace necesario "...coordinar la acción del Estado en este campo con la de Instituciones o Entidades públicas o privadas...". Así pues a tales fines coordinadores pretende también servir el Instituto recién creado.

Un año después, el Real Decreto 1023/1976, de 9 de abril, crea el Real Patronato de Educación Especial y modifica algunos artículos del mencionado Decreto 1151/1975 (2). A través de la institución recién creada se trata de potenciar la vía iniciada con la constitución del Instituto Nacional de Educación Especial de manera que como dice el preámbulo de la norma "...contando con las máximas asistencias, se pueden alcanzar las mejores soluciones...". Al Real Patronato se le asignan entonces funciones de coordinación de todas las actividades relacionadas con la educación de los deficientes físicos o psíquicos y las de establecimiento de los oportunos cauces de colaboración entre la iniciativa pública y la privada (art. 2º). De esta manera la citada norma apunta ya un esbozo de la función coordinadora que va a caracterizar a la institución.

Sin embargo, deberán transcurrir dos años aún para que tales señas de identidad se dibujen y expresen con mayor claridad. En 1978 el Real Patronato de Educación Especial se convierte en Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, merced a lo previsto en los Reales Decretos 2276/1978, de 21 de septiembre, y 2828/1978, de 1 de diciembre. Estas normas vienen a configurar, finalmente, a la institución como "lugar de encuentro entre titulares de funciones públicas y representantes de iniciativas no estatales". Ese rol de foro, para ser debidamente rentabilizado, exige, a su vez, y así se recoge también en la norma, que se

amplíe el ámbito de actuación del organismo a otras modalidades de atención a personas con minusvalías distintas de la educación, al objeto de que la institución contribuya adecuadamente a facilitar la promoción integral de dicho colectivo de población.

El papel coordinador del Real Patronato se aprecia con mayor precisión en el contenido de la Orden de la Presidencia de Gobierno, de 25 de junio de 1980, por la que se desarrollan su organización y funciones. Porque las actuaciones encomendadas a la institución persiguen diversas finalidades coordinadoras y a objetivos de coordinación tienden también los órganos asesores que se configuran en la Orden. Por si ello fuera poco tal norma materializa la coordinación en el propio funcionamiento interno de la institución; así prevé que para atender "las necesidades administrativas y funcionales del Real Patronato" se podrá solicitar la adscripción temporal a dicho Real Patronato de funcionarios que presten sus servicios en otros Departamentos Ministeriales.

Dos de las funciones encomendadas por la Orden citada a la institución, íntimamente relacionadas entre sí, -"Elaborar proyectos de disposiciones generales sobre aspectos referidos a los deficientes...cuando deban ser objeto de una normativa unificada o de una disposición conjunta de dos o más Ministerios..." y "Promover la mayor coordinación y unificación posible de las convocatorias y concesiones de becas, subsidios, subvenciones, préstamos y otras ayudas a deficientes..."-, fueron acometidas con celeridad por el Real Patronato. Tal iniciativa dio origen al Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos. Esta norma marcó un hito en la trayectoria de las instituciones públicas dedicadas a la atención de personas con minusvalía ya que, hasta entonces, tal atención se había caracterizado por la dispersión y desconexión de sus servicios y auxilios. No se trata de afirmar que a partir de la entrada en vigor de dicha norma la atención pública al sector fuese un ejemplo de complementariedad y coherencia; sin embargo,

la regulación unificada -así como las convocatorias que han venido desarrollando la misma- constituyó un primer intento de racionalización en un medio bastante caótico.

Con independencia del impulso coordinador que empieza a consolidarse desde el Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, otros ámbitos de la Administración comienzan también a preocuparse por establecer vías conexionadoras y racionalizadoras. La coyuntura económica es difícil en España a partir de 1973 y ello contribuye a justificar la búsqueda de fórmulas que permitan cubrir necesidades de la manera más eficaz y económica posible. Esta situación se acentúa en el ámbito de la Seguridad Social donde el incremento del paro y la correlativa disminución de cotizaciones están produciendo, a la vez que un aumento de la demanda de servicios, una progresiva disminución de recursos financieros. Se agudiza, por tanto, en este Sistema la necesidad de coordinar actuaciones y recursos, para atender lo más adecuadamente posible las distintas situaciones carenciales. A tal exigencia responde, sin duda, la publicación del Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. En el preámbulo de la norma se justifica la misma por la necesidad de perfeccionar insoslayables reformas -iniciadas por el Real Decreto de 4 de junio de 1977, que crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social- a través de la unificación de "competencias dispersas, faltas de coordinación y exentas de planificación conjunta".

9.1.2. Aparición de circunstancias relevantes en el proceso de coordinación institucional: la nueva configuración territorial del Estado.

Así las cosas, conviene detenerse en un hecho que constituye antecedente indispensable para interpretar el curso posterior de los acontecimientos.

A la hora de crear y hacer funcionar nexos de colaboración entre las diversas instituciones que tienen que ver con el mundo de la minusvalía, la aparición de una norma que multiplique súbitamente el número de organismos públicos a los que de alguna manera compete la materia constituye una circunstancia relevante a tener en cuenta en el proceso que se diseñe. Pues bien, la Constitución española de 1978, y en concreto el contenido de su Título VIII, va a desajustar el modelo de coordinación institucional que, tímidamente, se iba gestando, obligando a reformular la estrategias y a reconstruir mecanismos de coordinación más complejos en extensión y profundidad.

Comenzando por el principio habrá que decir que el artículo 2 de la norma máxima española reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que integran la nación española. Con base en dicha proclamación, el Título VIII configura una organización territorial del Estado, sustancialmente distinta a la que existía en el período anterior, fundamentada en las facultades de autogobierno, para la gestión de sus respectivos intereses, de Municipios, Provincias y Comunidades Autónomas (art. 137). El artículo 148.1.20ª (incluído dentro del Título VIII mencionado) considera como competencia susceptible de ser asumida en exclusiva por las Comunidades Autónomas, la relativa a la asistencia social. Algunos Estatutos de Comunidades Autónomas desarrollan la materia incluyendo en la misma, expresamente, actividades tales como: "...la protección y ayuda a los minusválidos..." (Estatutos de Autonomía de Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana). Más aún: las leyes de servicios sociales que, al amparo de dicha competencia exclusiva, han ido publicando las Comunidades Autónomas desde el estreno de su régimen de autogobierno, contemplan el sector de población afectada por minusvalías como una de las áreas de actuación preferente (3).

Por otra parte, el artículo 41 de la Constitución encomienda a los poderes públicos la creación de un régimen público de seguridad social que garantice prestaciones y asistencia

suficientes a las personas que se encuentren en situación de necesidad. Si a ello se añade lo dispuesto por el artículo 149.1.17ª de la Constitución, que determina como competencia exclusiva del Estado la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de que sus servicios los ejecuten las Comunidades Autónomas, podrá adivinarse la tensión competencial que existe entre las distintas Administraciones Públicas del Estado en esta materia.

Pero, aún en el caso de que no se produjera el mencionado reparto competencial, la diversidad de ámbitos de actuación pública en relación con las personas minusválidas (sanidad, educación, trabajo, asistencia...) seguiría generando una concurrencia de servicios sobre el mismo campo, en sentido vertical y horizontal, que, en todo caso, aconsejaría un replanteamiento de contenidos y de procedimiento en la coordinación institucional.

9.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982.

En el mes de noviembre de 1977, se crea, en el seno del Congreso de los Diputados, una comisión especial para el estudio de los problemas de las personas minusválidas. Desde esa fecha hasta que el 30 de abril de 1982 se publica en el Boletín Oficial del Estado la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, transcurren casi cinco años decisivos para nuestro país, en los que, entre otros acontecimientos, se produce la aprobación de la Constitución. La carta magna contiene en su artículo 49 un mandato dirigido a los poderes públicos para que desarrollen una política con objetivos plurales y globalizadores en relación con las personas minusválidas. Según ésto, la Ley 13/1982 podría considerarse el primer paso en el desarrollo del precepto constitucional sino fuera porque: 1) Su concepción, e incluso los primeros borradores del texto legal, son previos a la Constitución; y 2) consecuentemente, el contenido de la Ley queda

referido, a menudo, a una configuración territorial del Estado en la que no encuentran adecuado reflejo las facultades que la Constitución otorga a las Comunidades Autónomas y a las Corporaciones Locales. Esta circunstancia ha venido originando no pocas tensiones en el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley entre la Administración Central y las Administraciones de las Comunidades Autónomas. Con ello se ha acentuado la necesidad de establecer bases e instrumentos de cooperación y colaboración que posibiliten el intercambio de criterios, conocimientos y experiencias y que eviten tanto la duplicidad como las lagunas en la atención al cliente; que cierren el paso también a las situaciones de desigualdad asistencial que, a causa de actuaciones y actividades no conexionadas, pudiesen llegar a producirse.

No obstante, la Ley 13/1982, pese a las insuficiencias señaladas, sí recoge algunas cuestiones orgánicas que reflejan la preocupación subyacente en su génesis ante la dispersión de instituciones y servicios. El artículo 65 del texto legal encomienda al Gobierno que, en el plazo máximo de un año a partir de la entrada en vigor de la norma, efectúe "...la reorganización administrativa en orden a la atención integral a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, que racionalice, simplifique y unifique los órganos de la Administración actualmente existentes y coordine racionalmente sus competencias." A continuación el precepto apunta una serie de aspectos que deberán ser tenidos en cuenta cuando se aborde la organización administrativa señalada. Naturalmente que, entre ellos, no se alude al mosaico competencial que, ya por aquellos días, existía en el país como consecuencia de los mandatos y previsiones constitucionales. Tal hecho resulta especialmente importante teniendo en cuenta el alcance y contenido del mencionado artículo 65.

En otro orden de cosas algunos especialistas (4) han señalado la incoherencia de la norma al disponer la unificación de los órganos de la Administración y, a la vez, la coordinación de sus competencias. Si, para simplificar, se unifican los diversos

órganos, está de más, una vez unificados, prever la coordinación competencial entre los mismos.

9.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.

9.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 en la Administración del Estado.

9.3.1.1. Desconcierto inicial ante el cambio de roles.

Probablemente la poco adecuada regulación que hace la Ley 13/1982 de la función coordinadora, tanto por las incoherencias como por las insuficiencias a las que se hace referencia en el apartado anterior, haya sido la causa del desconcierto y desorientación imperante, durante los años siguientes a la entrada en vigor del texto legal, en relación con el desarrollo de dicha materia.

Para empezar se incumple el calendario previsto: "En el plazo máximo de un año, a partir de la entrada en vigor de la presente Ley..." comienza la redacción del artículo 65 mencionado. El año transcurre sin que tal aspecto se aborde de manera decidida. Por un lado, las primeras "contestaciones" de las Comunidades Autónomas a algunas resistencias de la Administración Central para reconocer las exclusividades competenciales de aquéllas y, por otro, los rechazos, solapados o evidentes, de las Comunidades Autónomas a los intentos coordinadores que inició de facto la Administración Central (5), produjeron enfrentamientos y recelos mutuos que no contribuyeron precisamente a profundizar sobre nuevas bases e instrumentos de colaboración.

Por otra parte, la peculiar redacción del precepto que da pie a la regulación desorientaba y privaba de directrices razonables a los embriones de conexión que ya existían. Así el Real

Patronato vió debilitada la incipiente pujanza que, como "foro o lugar de encuentro" entre sectores y organimos diversos, había conseguido con anterioridad a la publicación de la mencionada ley.

En los meses que siguieron a tal hecho se produjo, pues, un cierto atascamiento en la búsqueda de fórmulas que satisficieran la necesidad objetiva de colaboración entre distintas entidades relacionadas con el campo de las minusvalías. Se elaboraron, no obstante, algunos borradores de reales decretos que apuntaban tímidas soluciones, tal vez parciales o incompletas a causa de las complejas, novedosas y todavía no suficientemente conocidas condiciones objetivas que concurrían en el caso.

Finalmente el Real Decreto 405/1984, de 22 de febrero, trata de abrir una vía en el callejón sin salida al que habían conducido los últimos acontecimientos normativos. A través de dicha norma se intenta relanzar el Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes como instrumento coordinador. Para ello se amplían a tres las Vicepresidencias de la Junta de Gobierno que, a partir de ese momento, ostentan los Ministros de Educación y Ciencia, Trabajo y Seguridad Social y Sanidad y Consumo y se atribuye al Subsecretario del Ministerio de la Presidencia del Gobierno la Secretaría General del Real Patronato. Al mismo tiempo comienza a estudiarse la fórmula que dé solución a la fragilidad que presenta la institución en lo relativo a apoyos de carácter técnico y administrativo. El Real Decreto 107/1985, de 23 de enero, viene a resolver tal cuestión mediante la creación de la Secretaría Ejecutiva del Real Patronato.

Estas medidas puntuales constituyen avanzadilla suficiente para que, durante el período en que se va gestando una solución normativa más global y completa al problema de la coordinación institucional, se sienten las bases y se abone el camino del encuentro, del intercambio y de la cooperación entre las Administraciones Públicas, las entidades privadas, las personas

afectadas por minusvalías y los profesionales y científicos que intervienen en dicho campo.

9.3.1.2. La operatividad de una antigua fórmula: el Real Patronato.

"...El título VIII de la Constitución Española y la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, inciden sobre las actuaciones del Real Patronato, requiriendo la adaptación de su organización y funciones, al objeto de conseguir una mayor adecuación de las mismas a los objetivos de colaboración, cooperación e intercambio entre los distintos ámbitos..." Así reza el preámbulo del Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio, por el que se reestructura el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. De esta manera parece que la Administración Central pone término a cuatro años de desorientación, en cuanto a instrumentar la coordinación institucional se refiere. Por fin queda establecida formalmente una institución en la que participan representantes de la Administración del Estado y del sector privado y en la que pueden colaborar, asimismo, las restantes Administraciones Públicas (artículo 1º). Por fin se atribuye claramente a una institución la función, entre otras, de facilitar la colaboración y coordinación entre las distintas Administraciones Públicas, así como entre éstas y las asociaciones y entidades privadas; y se le faculta, en fin, para: 1) Propiciar la coordinación entre los distintos Departamentos y Organismos de la Administración del Estado; 2) establecer vías de colaboración entre la Administración del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales; 3) impulsar el asociacionismo y 4) desarrollar la función de encuentro, tanto a nivel nacional como internacional, entre las instituciones públicas y privadas (art. 2º.2). La norma prevé también la actuación concertada como instrumento jurídico idóneo para plasmar la coordinación que se persigue y, así, atribuye al Presidente efectivo del Real Patronato la facultad de suscribir los convenios de cooperación que celebre la institución (art.

8º, f) y prevé la organización en el seno del Real Patronato de las reuniones derivadas de los convenios suscritos con las Comunidades Autónomas (art. 11).

9.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 en las Comunidades Autónomas.

A lo largo de este proceso de búsqueda de fórmulas que desarrollen adecuadamente el contenido del artículo 65 de la Ley 013/1982, podría decirse que las Comunidades Autónomas han permanecido a la expectativa o, tal vez sea más exacto decir, han contemplado desinteresadas, al menos inicialmente, las iniciativas esbozadas por la Administración Central. Al propio tiempo, como se verá en el apartado siguiente, se han ocupado en ensayar por su cuenta, desde otros ámbitos, la coordinación.

9.3.3. Normas incidentes en la materia.

9.3.3.1. El artículo 103 de la Constitución y la Ley de Proceso Autonómico.

No obstante, paralelamente al trabajoso desarrollo de la Ley 13/1982 en la materia de coordinación y con independencia del mismo, otros textos legales han contemplado con carácter general tal función. La Constitución en su artículo 103.1 considera el principio de coordinación como uno de los que deben informar la actuación de la Administración Pública. Por otra parte, el mismo precepto, en su apartado 2, establece que los órganos de la Administración del Estado "...son...coordinados de acuerdo con la ley".

Puede ser que una de las fórmulas más interesantes, con las que se ha venido a dar cumplimiento al mencionado precepto constitucional, sean las conferencias sectoriales previstas en el

artículo cuatro de la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico. El número 1 de dicho artículo establece que "A fin de asegurar en todo momento la necesaria coherencia de la actuación de los poderes públicos y la imprescindible coordinación, se reunirán de forma regular y periódica, al menos dos veces al año, conferencias sectoriales de los Consejeros de las distintas Comunidades Autónomas y del Ministro o Ministros del ramo, bajo la presidencia de uno de éstos con el fin de intercambiar puntos de vista y examinar en común los problemas de cada sector y las acciones proyectadas para afrontarlos y resolverlos".

Estas conferencias sectoriales van reuniéndose para estudiar cuestiones que afectan a áreas de convergencia específica y que demandan criterios unitarios de los poderes públicos.

9.3.3.2. El Real Decreto 727/1988, de 11 de julio.

Esta norma crea el Ministerio de Asuntos Sociales. Entre las atribuciones que le otorga figuran la coordinación de los servicios sociales así como el fomento de la cooperación con organizaciones no gubernamentales de carácter nacional en el ámbito de la acción social.

Las funciones que se derivan de esas competencias tienen mucho que ver con lo preceptuado por el artículo 65 de la Ley 13/1982, aunque el Real Decreto no constituya propiamente norma de desarrollo de la Ley.

Se crea un Departamento Ministerial que agrupa bajo una misma dirección los órganos de la Administración existentes -la Secretaría del Real Patronato pasa, por ejemplo, a depender de dicho Ministerio de Asuntos Sociales y su Presidente efectivo pasa a ser el titular del citado Departamento (disposición adicional primera)- buscando la coordinación de sus competencias.

No obstante, no es oro todo lo que reluce. Se sustraen, al cabo, de esas pretensiones racionalizadoras -y, por tanto, de la esfera de influencia del Ministerio de Asuntos Sociales- importantes funciones como las relacionadas con el reconocimiento y pago de prestaciones económicas no contributivas -que son precisamente las que se derivan de lo preceptuado en la Ley 13/1982- que continúa ejerciéndolas el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (art. 2, 1 a) y 2 a) del Real Decreto). Da la impresión de que tampoco en éste área la función de coordinación resiste la prueba del amor: las intervenciones con fuertes repercusiones económicas quedan fuera de la órbita del Departamento al que precisamente se asigna el ensamblaje y la ordenación del mosaico.

9.3.3.3. Las leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas: exploración de posibilidades inéditas.

El fenómeno que se opera en el ámbito autonómico, señaladamente a partir de la aprobación del texto constitucional, presenta un signo inverso al descrito para el central. Así, al tiempo que la Administración Central ve desdibujadas competencias tradicionales tendiendo, en consecuencia, a establecer estrategias defensivas para su mantenimiento,-que no excluyen modalidades diversas de extorsión financiera-, las Comunidades Autónomas descubren campos nuevos de actuación, adentrándose en ellos y explorándolos con audacia y, en general, sin demasiados complejos.

De esta manera nos encontramos con que sólo un mes después de la publicación de la Ley 13/1982, se publica la ley vasca sobre Servicios Sociales. En su prolijo preámbulo se hace cumplida referencia a la situación existente en el momento de publicación de la norma y, a propósito de dicho análisis, se expresa la preocupación de la Comunidad Autónoma por la dispersión normativa, institucional y de prestación de servicios que se produce en el ámbito de los servicios sociales. Concluye la parte expositiva de la ley constatando la necesidad de establecer cauces adecuados de

coordinación. Algunos párrafos resultan extremadamente significativos: "...la dispersión e incoherencia legislativa no es sino el fiel reflejo de la multiplicidad de organismos que actualmente se preocupan del bienestar de la población..." "...Esta dispersión organizativa, además de ocasionar la dispersión legislativa antes señalada, dificulta notablemente la indispensable labor de planificación y coordinación de los servicios..." "...se impone, pues, una normativa que...institucionalice de manera oficial un procedimiento estable de colaboración entre las actividades del sector público y del privado..." No olvida, sin embargo, el legislador vasco los límites competenciales que le afectan para corregir adecuadamente los defectos enunciados. Y así apela a la prudencia legislativa: "...de modo que los inconvenientes derivados de la dispersión organizativa queden provisionalmente paliados mediante la creación de una comisión interdepartamental responsable de coordinar las acciones que la Administración, desde las diversas instancias existentes, lleva a cabo en el área de los servicios sociales...". Finalmente la citada exposición de motivos alude a la creación en el articulado (arts. 19 y ss.) de los consejos de bienestar social en cuanto cauces indispensables de comunicación para todos los sectores que trabajan en el campo de los servicios sociales.

Esta referencia detallada a la ley vasca se justifica, por un lado, en que, al ser la primera norma autonómica sobre la materia, va a constituirse en guía de las leyes que posteriormente irán publicando otras Comunidades Autónomas. Por otro, en que su texto está impregnado de preocupación por perfilar instrumentos idóneos de encuentro, comunicación y cooperación. Este último dato hace que resulte paradigmática en el presente trabajo.

Pero también el resto de las leyes autonómicas que han regulado la materia en sus respectivos territorios ha hecho, de una u otra manera, hincapié en el asunto de la coordinación. La Ley de Navarra, por ejemplo, no crea ni prevé, a diferencia de las restantes, ningún instrumento "ad hoc" para lograr la conexión entre

los sectores interesados. No obstante, afirma en su artículo 2, c) que la coordinación será uno de los principios generales inspiradores de los servicios y actuaciones sociales en la Comunidad. Además, la disposición adicional tercera de la norma prevé el desarrollo de programas, actuaciones y servicios en coordinación con otras áreas de la Administración, orientados a alcanzar mayores niveles de bienestar; destaca, en este sentido, la especial incidencia en programas de vivienda, paro y condiciones de empleo, planificación sanitaria y urbanística, actuaciones educativas y culturales, etc..., al objeto de posibilitar un contexto social positivo que reduzca la necesidad actual de actuaciones asistenciales.

El texto legal que regula los servicios sociales en la Comunidad de Madrid establece que dichos servicios deberán estar inspirados, entre otros, en el principio de coordinación (art. 3,6). Por otra parte esta ley crea un Consejo de Bienestar Social en el que se prevé la participación de las diversas instituciones de la Comunidad Autónoma, asociaciones de vecinos, ayuntamientos, centrales sindicales y organizaciones empresariales mayoritarias. Es de destacar el paralelismo de la disposición adicional tercera de esta norma con la de la ley navarra mencionada anteriormente. En ella se dispone también la coordinación de los servicios sociales con otras áreas de la Administración al objeto de "...lograr un mejor aprovechamiento de recursos y alcanzar mayores niveles de bienestar...".

El artículo 1 de la ley catalana, que determina el objeto de la norma, no deja lugar a dudas: "La presente Ley tiene por objeto ordenar, estructurar, promover y garantizar el derecho a un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública en el ámbito territorial de Cataluña con la finalidad de:...d) ejercer una gestión administrativa coordinada de los servicios sociales". Por otra parte el artículo 3, h) establece que los servicios sociales se regirán por los principios de planificación y coordinación de manera que "El Gobierno de la Generalidad planificará

la prestación de los servicios sociales coordinando las actuaciones de las administraciones públicas de Cataluña entre sí y de éstas con la iniciativa privada, con la finalidad de atender en forma ordenada y global a las necesidades sociales, evitando su tratamiento parcializado". Finalmente prevé también esta ley la creación de Consejos de Servicios Sociales tanto a nivel central como local, en los que estarán representados los distintos sectores interesados.

La Ley de la Región de Murcia hace ya una primera referencia a la coordinación necesaria en el apartado II de su exposición de motivos. Y también el apartado IV alude a la indispensable colaboración entre entidades y servicios. El artículo 1 de la norma prevé el establecimiento de niveles de coordinación entre el sistema de servicios sociales y otros sistemas: "... pensiones, subsidios, sanidad y educación principalmente..."; y el artículo 3 insiste de nuevo sobre tal asunto cuando, en el número 2, dispone: "Enmarcados en la política general de bienestar social, los servicios sociales estarán coordinados con aquellos otros recursos que, vinculados a la Administración e integrados en otras áreas, tienen por objeto alcanzar mayores cotas en la calidad de vida o en la promoción personal o social, actuando especialmente coordinados con los servicios sanitarios, culturales, educativos, urbanísticos y ecológicos". También este texto, por lo que se refiere a principios básicos informantes de los servicios sociales regulados por la norma, menciona el de coordinación con otras áreas o administraciones cuyo objeto esté igualmente relacionado con el bienestar social (artículo 6,3). Por otra parte existen otros preceptos en la ley que se refieren, asimismo, a la coordinación: 1) El artículo 57 que la instrumenta, en el ámbito de la Administración, a través del Consejo de Gobierno; 2) el artículo 92 que prevé la colaboración con las organizaciones de voluntariado; y 3) la disposición adicional que prevé la creación de una Comisión delegada para el bienestar social con finalidades coordinadoras.

La ley de Castilla-La Mancha, mantiene la tónica de sus predecesoras. El apartado I de su exposición de motivos glosa con cierto detenimiento la dispersión que afecta al sector de los servicios sociales concluyendo con la necesidad de "...iniciar un proceso racionalizador y coordinador que nos conduzca paso a paso a una concepción amplia del Bienestar Social". Crea la Ley el Consejo Castellano-Manchego de Servicios Sociales y también consejos provinciales y locales al objeto de posibilitar la participación de los diversos sectores interesados en la programación y gestión de los servicios sociales y facilitar, así, la labor coordinadora. Por último, prevé el texto legal la colaboración con la iniciativa social y privada y con las instituciones sin fines de lucro para que no queden cabos sueltos en la tarea racionalizadora y coordinadora que, con la norma, ha emprendido la Comunidad Autónoma.

El año 1987 es el de eclosión de leyes de servicios sociales en nuestro país. Nada menos que seis Comunidades Autónomas -algo más de un tercio de las que configuran el territorio del Estado- publican sus respectivos textos en dicho periodo. Por orden de aparición: la ley aragonesa en el mes de marzo; la balear en abril; en mayo, la canaria, asturiana y extremeña; a principios de junio, la gallega.

La ley aragonesa -"de ordenación de la acción social"- advierte de entrada que "no es de ninguna utilidad social mantener criterios sectoriales, por cuanto sobre cualquier colectivo social definido por su edad, sexo o condición física, psíquica, sensorial o social debe incidir integralmente la acción de todos los sistemas públicos de protección social... y no solo los servicios y prestaciones sociales... lo contrario supondría mantener a estos colectivos en un nivel marginal, por cuanto no recibirían los beneficios sociales con carácter normalizado, lo que conlleva a profundizar la disgregación social". Tras esta afirmación tan interesante se impone, en mayor medida si cabe, la constitución de mecanismos y la elaboración de estrategias que favorezcan la

convergencia en las políticas. Por ello la ley asienta el sistema de servicios y prestaciones sociales en la institución municipal y configura a ésta como la única puerta de entrada al sistema. Para apuntalar esta pretensión "se establecen los mecanismos oportunos de colaboración económica, técnica y de coordinación, cuya responsabilidad se encomienda a las diputaciones provinciales y a la Comunidad Autónoma". Ya en el texto dispositivo, el artículo 3º, d) incluye como principio inspirador de las actuaciones previstas en la Ley "la coordinación y descentralización de las actuaciones en los propios ámbitos en los que las situaciones se produzcan". A su vez el artículo 7º encomienda a los ayuntamientos la coordinación de los servicios sociales con otros servicios que se presten en su ámbito territorial, evitando en lo posible la infrautilización de otros equipamientos sociales. El artículo 28º insiste en que las distintas administraciones públicas a las que la Ley atribuye competencias establecerán cauces de coordinación con el fin de alcanzar la mayor eficacia del sistema de acción social. Finalmente, el título VI de la Ley crea el Consejo Aragonés de Bienestar Social con finalidades participativas y, por ende, coordinadoras y prevé, con idénticas finalidades, la constitución de consejos de bienestar social de carácter local o supramunicipal.

La ley balear tiene una denominación pareja a la aragonesa: "de acción social". Su preámbulo alude asimismo a la "dispersión normativa, organizativa, presupuestaria". Ante esta falta de coordinación, "se impone como tarea prioritaria la de preparar una adecuada planificación y coordinación de estas acciones, al objeto de rellenar vacíos, y evitar duplicidades". De hecho la ley se propone "fundamentalmente procurar la integración y coordinación de todo el sector público, articulando todo ello a través de órganos de encuentro de las distintas Administraciones Públicas con competencias en la materia, como la Comisión de Coordinación de Acción Social que se crea, así como la participación y colaboración del sector privado sin ánimo de lucro que tiene su reflejo en los Consejos de Acción Social". Estas declaraciones

expositivas son recogidas detalladamente en el texto dispositivo de la Ley (art. 5, a); art. 6, d) y e); art. 14, 2; art. 15, 5; art. 16, 5 y 7; art. 18; art. 19; art. 21 y título IV).

Más de lo mismo prevén las leyes canaria ("La pluralidad de intervenciones públicas y la colaboración y participación ciudadana obliga a asumir como principios informadores de la presente Ley los de planificación y coordinación debiendo responder la creación y mantenimiento de los distintos servicios en el territorio de la Comunidad Autónoma a las necesidades detectadas y recursos disponibles, coordinándose éstos entre sí y con los adscritos a otros sectores o administraciones cuyo objeto esté igualmente relacionado con el bienestar social"), asturiana (La Ley surge ante "...La necesidad de una regulación que racionalice y unifique..." y crea el sistema público de servicios sociales "...distinguiéndolo de otros sistemas de actuación pública, como el sanitario, el educativo o el cultural, y garantizando la coordinación e integración con ellos...") y extremeña ("La diversidad de los organismos que han tenido y tienen competencias en materias de asistencia social, y la dispersión de las leyes que regulan competencias hacen difícil al ciudadano acceder a las prestaciones ofertadas"). Todas ellas, tras poner el dedo en la llaga, prevén los correspondientes mecanismos de coordinación. Entre ellos: el Consejo General de Servicios Sociales en Canarias (art. 16); el Consejo Asesor de Bienestar Social del Principado de Asturias (art. 18) y el Consejo Regional de Servicios Sociales de Extremadura (art. 24).

La ley gallega incorpora como principio rector de los servicios sociales el de coordinación (art. 3) y crea el Consejo Gallego de Servicios Sociales (art. 18). Al igual que la ley andaluza. Esta, un año después, establece como principio inspirador del Sistema de Servicios Sociales el de coordinación (art. 2º, 8) y regula el respectivo Consejo Andaluz de Servicios Sociales (art. 23).

En el año 1989 se publican las leyes castellano-leonesa y valenciana. La ley de Castilla y León -"de Acción Social y Servicios Sociales"- establece en su artículo 20 que "para el mejor cumplimiento de los fines perseguidos en la presente Ley, conseguir una mejor coordinación entre las diferentes entidades de la Región, y articular la participación ciudadana, se crea el Consejo Regional de Acción Social de Castilla y León... como órgano consultivo, asesor, de propuesta y de coordinación". La ley valenciana señala en su exposición de motivos que la actual dispersión organizativa entre las instituciones que actúan en este ámbito será superada mediante la reserva de planificación y coordinación que se establece a favor del Instituto Valenciano de Servicios Sociales. Asimismo crea, para garantizar mejor la participación, el correspondiente Consejo de Bienestar Social. (art. 16).

A mediados de 1990 se publica la última de las leyes de servicios sociales aparecidas hasta el momento. Se trata de la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Su alcance y contenido es simétrico al de las leyes anteriormente comentadas que, a su vez, como puede deducirse de los textos incorporados en párrafos precedentes, difieren muy poco entre sí. La ley riojana vuelve a incorporar como principio básico de los servicios sociales el de coordinación entre las diferentes administraciones, así como entre éstas y el sector privado. También crea su propio Consejo de Bienestar Social.

Con lo expuesto se concluye la aproximación al tratamiento que, desde las Comunidades Autónomas, se ha ido dando a la coordinación institucional. Como ya se ha apuntado anteriormente dicho tratamiento no puede considerarse, en puridad, desarrollo de lo dispuesto, al efecto, en la Ley 13/1982. No obstante, refleja ampliamente una elevada sensibilidad respecto de tal asunto por parte de las Comunidades Autónomas, y ello, a su vez, permite abrigar cierta esperanza de respuesta positiva a las propuestas de coordinación que puedan formularse en el futuro.

9.4. REALIZACIONES

La realización más directa y contundente, fruto de la Ley 13/1982, es sin duda el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías. De hecho el preámbulo del Real Decreto por el que se actualiza la institución, hace referencia expresa a la Ley mencionada y, más concretamente, a los objetivos de colaboración, cooperación e intercambio entre los distintos ámbitos, intrínsecamente relacionados con la coordinación y racionalización de intervenciones.

Pero, como ya se ha visto, se han venido produciendo aproximaciones, por vías indirectas y más generales, al mismo objetivo de coordinación y racionalización que persigue dicha Ley 13/1982.

Al margen de la paulatina aplicación de las leyes comentadas anteriormente,-que constituyen un ejemplo elocuente de esa vía indirecta para desarrollar la coordinación-, y de la puesta en marcha de los instrumentos creados por ellas -conferencias sectoriales, consejos que aseguran la participación y la coordinación en el ámbito de los servicios sociales-; con independencia, asimismo, del despliegue y progresiva consolidación de competencias por parte del Ministerio de Asuntos Sociales, órgano máximo de coordinación en este ámbito en el que se incardina actualmente el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, valdría la pena señalar un par de aspectos que constituyen resultados a destacar en este apartado de Realizaciones.

9.4.1. La acción concertada.

En esta búsqueda de fórmulas que permitan la deseada coordinación en el sector, y ya con independencia de que las mismas arranquen o no del mandato del artículo 65 de la Ley 13/1982, es

reseñable un aspecto de cierto interés: el descubrimiento de la acción concertada, de los convenios-programa, de los acuerdos solemnizados entre distintos Departamentos, Administraciones y también entre los sectores público y privado.

Podría decirse que, a partir del año 1982 principalmente, se ha producido una proliferación de relaciones instrumentadas jurídicamente mediante convenio, entre sectores interesados en un determinado campo. Con anterioridad a dicha fecha también se producían esas relaciones formalizadas; pero, a raíz de la promulgación del texto constitucional y como consecuencia de la modificación de las atribuciones otorgadas a las distintas administraciones existentes en el nuevo Estado, se han ido reconduciendo las relaciones jerárquicas, propias de una concepción centralista de la vida política, hacia formas y fórmulas basadas en la cooperación y colaboración más propias de supuestos de equiparación competencial o de poder entre las partes. Ello, a su vez, ha llevado progresivamente a considerar la acción concertada como solución idónea para el nuevo marco.

La mera lectura de las leyes de servicios sociales evocadas puede dar idea de lo dicho. Pero también el Boletín Oficial del Estado aporta numerosos ejemplos de cómo se viene materializando la situación descrita. Los distintos Departamentos de la Administración Central han iniciado con decisión la andadura por la senda del acuerdo y no sólo con Comunidades Autónomas sino, también, con la Administración Local. Los Boletines de las diversas Comunidades Autónomas reflejan, asimismo, esta tendencia de concertar actuaciones entre la Administración Autonómica y los entes locales de la propia Comunidad así como con la iniciativa privada (6).

El Real Patronato, por su parte, ha contemplado la fórmula en su norma configuradora (art. 11 del Real Decreto 1475/1986) y ha abierto ya una interesante brecha con la promoción y suscripción de convenios a tres bandas -Gobierno de la Nación, los de las

Comunidades Autónomas y el Real Patronato- para la cooperación y el intercambio recíprocos en materia de prevención de las deficiencias y atención a las personas con minusvalía.

9.4.2. Estructuras de coordinación en el sector de personas con minusvalía.

El propio sector, o si se prefiere, los propios clientes de las entidades e instituciones que la Ley 13/1982 pretende coordinar, han iniciado, por su parte, la larga marcha hacia la coordinación. Puede aplicársele al dato aquéllo de que la coordinación bien entendida empieza por uno mismo. El caso es que la dispersión, también presente en el movimiento asociativo de las personas afectadas por minusvalías, provoca una gran fragilidad en el mismo y una consecuente vulnerabilidad en su posición de interlocutores con los poderes públicos. Para evitarlo se han producido diversos intentos de coordinación en el seno del movimiento asociativo que facilitan, sin duda, otras coordinaciones de mayor envergadura tanto con el sector público como con el privado. Con ello se favorece la posición negociadora de la, hasta el momento, parte más débil. La confluencia de la Coordinadora Estatal de Disminuidos Físicos, la de la Federación Española de Asociaciones Pro Personas Deficientes Mentales, la de la Confederación Nacional de Sordos de España, así como la de otras instituciones -si bien no están todas las que son- en el Consejo Estatal de Representantes de Minusválidos, dan idea del arraigo en este ámbito de la idea conexionadora. Al fin viene a tenerse en cuenta la advertencia de que en una sociedad progresivamente gestionada mediante relaciones entre grandes corporaciones, a los agentes de la acción voluntaria les conviene coordinarse. La alternativa es la impotencia.

****

Este capítulo 9 se iniciaba con el aserto de que la función de coordinación es necesaria siempre y que ello es aceptado por unanimidad entre los distintos sectores a quienes concierne tal coordinación. Sin embargo, cabría añadir que la unanimidad se produce, sobre todo, cuando la cuestión se aborda en un plano teórico. Muy distinta es la reacción cuando se trata de aplicar tal decisión en la práctica ajustándose a la disciplina, límites y servidumbres que la coordinación impone. Para fundamentar la hipótesis bastaría con echar una ojeada al proceso descrito en páginas anteriores y reflexionar sobre la frecuencia y facilidad con que se establece la función de coordinación en una norma y la ineficacia e inutilidad que, a menudo, se deriva de tal mandato. Continuar, pues, insistiendo en la vía del normativismo, de la forzosidad, no hará sino consolidar recelos y temores ante la posible prevalencia del poder del otro, que pasa a ser enemigo o contrincante al que hay que vencer. Tal ánimo no haría sino menguar el espacio necesario a la colaboración, indispensable cuando de lo que se trata es de complementar, reforzar y apoyarse mutuamente.

Es por ello por lo que parece que en este asunto sería necesario un cambio de estrategia. La experiencia viene demostrando que, para obtener los resultados apetecidos en lo que atañe a instrumentar relaciones entre instituciones públicas o privadas, a la elaboración de normas debería preceder la negociación entre las partes y parece coherente añadir a ello que, a su vez, la negociación para ser fructífera debería ir precedida de un detenido estudio de las cuestiones que afecten a dichas relaciones y de un intercambio de experiencias y criterios sobre las mismas. Solo así podrá conseguirse el acercamiento que haga posible un clima propicio a la colaboración y a la cooperación.

N O T A S

(1) Irán apareciendo posteriormente: 1) La Ley de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966; 2) el Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, que estableció en la Seguridad Social la asistencia a los menores subnormales y la Orden de 22 de febrero de 1969 que lo desarrolla; 3) la Orden de 8 de mayo de 1970 por la que se aprueba el texto refundido de los Decretos 2421/1968, de 20 de septiembre, y 1076/1970, de 9 de abril, por los que se establece y regula la asistencia en la Seguridad Social a los subnormales; 4) la Orden de 10 de junio de 1970 por la que se dictan normas de aplicación y desarrollo del texto refundido del Servicio Social de la Seguridad Social de Asistencia a los Subnormales, aprobado por Orden de 8 de mayo de 1970; 5) el Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos; 6) la Orden de 24 de noviembre de 1971 por la que se regula el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos de la Seguridad Social.

(2) Para un mayor detalle en el conocimiento de la evolución de la institución se sugiere consultar la "Memoria sobre el Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes" Boletín del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, nº 2, septiembre 1985, Madrid.

(3) -Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre "Servicios Sociales" (B.O. del País Vasco de 2 de junio de 1982). En el artículo 3º,5 se considera área de actuación preferente de los servicios sociales: "La promoción de la máxima integración posible de los minusválidos en los aspectos educativo, laboral y social o, en su caso, el desarrollo, mediante servicios especiales, de sus respectivas capacidades".

-Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre servicios sociales (B.O. de Navarra de 8 de abril de 1983). En el artículo 3º, c) se considera área de actuación de los servicios sociales la integración de los disminuídos físicos, psíquicos y sensoriales estableciendo como actuaciones prioritarias: la prevención, la estimulación precoz, la educación y atención ocupacional, la atención residencial, la atención domiciliaria y económica, el establecimiento de programas adecuados

para la reinserción laboral de minusválidos, y el apoyo económico.

-Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales (B.O. de la Comunidad de Madrid de 23 de junio de 1984). En el artículo 11, d) se prevé la organización del Servicio Social de Minusválidos "tendente a la prevención, tratamiento, rehabilitación integral y reinserción social de disminuídos físicos, psíquicos y sensoriales..."

-Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de servicios sociales de la Región de Murcia (B.O. de la Región de Murcia, de 19 de diciembre de 1985). El artículo 8.1. en relación con los artículos 31 a 35 regulan el Servicio Social de Minusválidos para "...la integración social de los minusválidos, promoviendo la prevención de las minusvalías, la instauración precoz de un tratamiento integral, la rehabilitación y la integración laboral...".

-Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de servicios sociales (D.O. de la Generalidad de Cataluña de 10 de enero de 1986). El artículo 5.2,d) establece como área de actuación "la promoción y atención de las personas con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, así como la promoción de su integración social...".

-Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (D.O. de Castilla-La Mancha de 20 de mayo de 1986). El artículo 4º.3 en relación con el 11,e) regula el Programa dedicado a Minusválidos dentro de los Servicios Sociales Especializados para la prevención, rehabilitación y reinserción social de dicho sector de población.

-Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social (Boletín Oficial de Aragón de 30 de marzo de 1987). El artículo 9º en relación con el 12º regulan los servicios sociales especializados que se orientan a atender las necesidades de sectores específicos de la sociedad: "... aquéllos que encuentran limitaciones para lograr el acceso a los diferentes sistemas públicos de protección social por motivos de...disminución...".

-Ley 9/1987, de 11 de febrero, de acción social (Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares de 28 de abril de 1987). El artículo 10, b) contempla, entre los servicios sociales específicos, los de "rehabilitación e integración de disminuídos físicos, psíquicos y sensoriales, posibilitando su integración social, previniendo, en lo posible, las minusvalías, y eliminando las barreras que impidan su normal desenvolvimiento en la sociedad".

-Ley 9/1987, de 28 de abril, de servicios sociales (Boletín Oficial de Canarias de 4 de mayo de 1987). El artículo 4, e)

considera área de actuación de los servicios sociales "La promoción y atención de las personas con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, así como la promoción de su integración social, a fin de conseguir su desarrollo personal y la mejora de su calidad de vida". El artículo 7 de la ley regula los servicios sociales especializados considerados indispensables para atender a dicho sector de población.

-Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales (Boletín Oficial del Principado de Asturias de 5 de mayo de 1987). El artículo 8,d) de la Ley contempla como una de las áreas de actuación de los servicios especializados la de "Minusvalías".

-Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales (Diario Oficial de Extremadura de 12 de mayo de 1987). También esta Ley contempla, en el artículo 4º,2, como área de actuación de los Servicios Sociales Especializados la "Atención a los Minusválidos".

-Ley 3/1987, de 27 de mayo, de Servicios Sociales (Diario Oficial de Galicia de 2 de junio de 1987). Artículo 6: Los servicios sociales especializados son aquéllos cuya actividad incide, entre otras, sobre las siguientes áreas de actuación: "d) Servicios sociales para minusválidos. Tienen por finalidad el desarrollo de actuaciones para disminuídos físicos, psíquicos y sensoriales promoviendo la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social".

-Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía de 12 de abril de 1988). Artículo 11: "Los Servicios Sociales Especializados son aquéllos que se dirigen hacia determinados sectores de población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan de una atención específica...atenderán a los siguientes sectores:...3. Las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, con el objeto de posibilitar su integración social, promoviendo y favoreciendo la prevención y rehabilitación integral."

-Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales (Boletín Oficial de Castilla y León de 9 de enero de 1989). Artículo 9º.1: "Los servicios específicos se dirigen a sectores y grupos concretos, en función de sus problemas y necesidades que requieran un tratamiento especializado". Artículo 12: "Minusválidos. Se atenderá a la prevención, rehabilitación y reinserción social de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, eliminando los obstáculos de carácter personal y social que impidan su normal desenvolvimiento en la sociedad".

-Ley de la Generalidad Valenciana 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana (Diario Oficial de la Generalidad Valenciana de 12 de julio de 1989).

Artículo cuarto:"...Se consideran áreas de intervención prioritaria (de los servicios sociales):...La atención a personas con minusvalías."

-Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja (Boletín Oficial de La Rioja de 26 de mayo de 1990). Artículo 8: "Minusvalías. La actuación de este área irá orientada, desde la atención integral, a la prevención de las minusvalías así como a la rehabilitación y normalización de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, procurando la integración en su medio..."

(4) M. Aznar, P. Azúa y E. Niño: Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982.

(5) Si bien resulta obligado reconocer que, las más de las veces, tales ensayos continuaban reflejando relaciones desiguales entre subordinados/coordinados y superiores/coordinadores, en una, a mi juicio, errónea y peligrosa concepción de la función de coordinación que, en cualquier caso, debería estar más próxima a la idea de colaborar que a la de controlar.

(6) Especialmente interesante en este sentido la regulación navarra: Ley Foral 20/85, de 25 de octubre, de conciertos en materia de servicios sociales.

10.- LAS DISPOSICIONES FINALES PRIMERA A QUINTA DE LA LEY 13/1982.

LUIS BENITO RUIZ
Abogado

I N D I C E

10.1. INCAPACITACION Y TUTELA LEGAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

10.2. MODIFICACION DE DETERMINADOS ARTICULOS DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL.

10.3. MODIFICACION DE LA REGULACION LEGAL DE LA INVALIDEZ EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

10.4. SUPRESION DEL ALTA MEDICA PARA LA VALORACION DE LA INVALIDEZ PERMANENTE EN DETERMINADOS SUPUESTOS.

10.5. CONSIDERACION AUTONOMA DE LA GRAN INVALIDEZ RESPECTO - DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA.

10.- LAS DISPOSICIONES FINALES PRIMERA A QUINTA DE LA LEY 13/1982.

La ley de Integración Social de los Minusválidos contiene ocho disposiciones finales relativas, básicamente, a plazos y autorizaciones al Poder Ejecutivo para que desarrolle o modifique determinados textos legales. También contiene, en la séptima de dichas disposiciones, un calendario de prioridades para la plena puesta en vigor del sistema especial de prestaciones sociales y económicas que instaura la ley, y cuyo contenido es objeto de atención en otros capítulos de este informe. Igualmente es motivo de reflexión en el marco de la integración social de las personas con minusvalía, el mandato obrante en la disposición final sexta, concerniente a la regulación legal de la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que presten sus servicios en los Centros Especiales de Empleo. Por último, la octava disposición final contiene la habitual fórmula derogatoria de cuantas otras normas sean contrarias a la ley.

Se ciñe, por consiguiente, el trabajo que sigue a las cinco primeras disposiciones finales. Dos contienen mandatos al Gobierno para que modifique determinados preceptos del Código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Criminal, otra autoriza a modificar por Decreto, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las disposiciones reguladoras de la invalidez contenidas en la ley General de la Seguridad Social, para adaptarlas a lo dispuesto en la LISMI y las otras dos modifican por sí mismas sendos artículos del Texto Refundido de la ley General de la Seguridad Social.

10.1.-INCAPACITACION Y TUTELA LEGAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La reforma del derecho de familia para su adaptación a los postulados constitucionales se ha realizado escalonadamente en tres etapas. La primera se cubrió con la promulgación de la ley de 13 de mayo de 1981, en materia de filiación, que suprimió la diferencia de trato entre distintas categorías de hijos, según fueran legítimos, naturales, ilegítmos, etc. distinguiendo

entre matrimoniales y no matrimoniales y reconociéndoles los mismos derechos a éstos y a los adaptados.

La segunda de las etapas reformadoras del derecho de familia español, se realiza con la aprobación de la ley de 24 de octubre de 1983, que modifica el Código Civil en materia de incapacitación y tutela. La tercera, por último, ha tenido lugar en la promulgación de la ley de 11 de noviembre de 1987 modificadora, igualmente, de determinados preceptos del Código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.

Por lo que a nosotros interesa, la segunda y la tercera reforma tienen un destacado papel en relación con el tratamiento legal de las consecuencias jurídico-sociales de las actividades de las personas con discapacidad.

La ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), consciente de las dificultades de orden procedimental, constitutivo y funcional que presentaba el sistema español de incapacitaciones y tutelas cuando se aplicaba a personas con deficiencias, emplazó, en su disposición final primera, al Gobierno para que en el término de seis meses, contados a partir de la entrada en vigor de la ley, modificara los títulos IX y X del libro I del Código Civil, en relación con la incapacidad y sistema tutelar de las personas discapacitadas.

Como es sabido los supuestos de incapacitación que contemplaba el originario artículo 200 del Código Civil hasta su reciente reforma eran simplemente:

- Los locos o dementes, aunque tengan intervalos lúcidos, y los sordomudos que no sepan leer y escribir.

- Los que por sentencia firme hubiesen sido declarados pródigos.

De tal manera que resultaba sumamente complejo, cuando no sencillamente imposible, la incapacitación de los deficientes

mentales. Solo a partir de la Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de marzo de 1947, posteriormente confirmada por otros importantes pronunciamientos del alto Tribunal, se consiguió introducir por la vía analógica la posibilidad de la incapacitación en determinados casos de retraso mental.

A pesar de ello la regulación seguía siendo extremadamente rígida, no sólo en cuanto a la parquedad de las causas de incapacitación, sino también en lo que a los efectos de la misma se refiere. En los supuestos más importantes de incapacitación, los derivados de las situaciones de locura y demencia según la terminología del propio Código, la sentencia que declaraba la incapacidad no podía graduar ni matizar su extensión, había de ser total, quedando el incapacitado plenamente sustituído para todos los actos civiles por su tutor. Por el contrario en los supuestos de sordomudez o prodigalidad, la sentencia en la que se declaraba la incapacidad fijaba la extensión de la misma, esto es, aquellos actos de contenido jurídico que el incapacitado podía seguir realizando por sí mismo y aquellos otros en los que tenía que ser subrogado por su representante legal.

De la rigidez con que fué regulada la institución tutelar derivó el hecho de su escasa vígencia social, así como la desconfianza con que fué contemplada tanto por quienes podrían haberse servido de ella, familiares, instituciones asistenciales, etc., como por los propios tribunales llamados a decretarla.

Consciente la nueva ley de que los supuestos de hecho no faltan, ha introducido un mecanismo relativamente simple en cuanto a la instauración de la tutela sin por eso privarla de las necesarias garantías de orden procesal que una institución de estas características exige, pues no olvidemos que con ella en definitiva se aminoran derechos generalmente tenidos como fundamentales.

De acuerdo con la nueva redacción dada al art. 200 del Código Civil por la ley 13/1983, de 24 de octubre, son causas

de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

La ley, a diferencia de lo que hacía el texto anterior, ha renunciado a toda enumeración de supuestos, optando por una tipificación lo suficientemente amplia y genérica como para permitir la incapacitación a partir de cualquier estado cuyo resultado sea el que una persona no pueda gobernarse por sí misma.

Además ahora, de acuerdo con lo dispuesto en el nuevo art. 210, "la sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado". Por tanto, la adecuación del grado de incapacidad natural al legal debe efectuarse por los tribunales en todos los supuestos y además con carácter permanente, pues el art. 212 nos dice que "la sentencia recaída en un procedimiento de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse judicialmente una nueva declaración que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida".

La consecuencia de este régimen gradualista es que se prevean dos tipos de instituciones con que suplir las limitaciones de los incapacitados: la tutela que acarrea una verdadera representación legal y la curatela que implica una simple asistencia legal, de tal modo que el tutor se convierte en el representante del menor o incapacitado, salvo para aquellos actos que pueda realizar por sí solo, ya sea por disposición expresa de la ley o de la sentencia de incapacitación, en tanto que el curador presta su asistencia en todos los actos que expresamente disponga la sentencia que haya establecido la curatela.

A fin de paliar las consecuencias derivadas de la extinción de la patria potestad de los deficientes que alcanzan la mayoría de edad, el nuevo artículo 201 permite una suerte de incapacitación preventiva o adelantada de los menores cuado concurra

en ellos causa de incapacitación y se prevea que la misma persistirá después de la mayoría de edad. En estos casos la patria potestad sobre los hijos que hayan sido incapacitados queda prorrogada, por ministerio de la ley, al llegar aquéllos a la mayor edad. También se ha previsto junto a esta modalidad de patria potestad prorrogada otra de patria potestad rehabilitada que tiene lugar cuando el hijo soltero mayor de edad que vive en compañía de sus padres resulta incapacitado. En este caso no se constituye la tutela sino que se rehabilita la patria potestad cuyo ejercicio se encomienda a quienes corresponda, como si el hijo fuera menor de edad. La patria potestad porrogada en cualquiera de estas dos formas se ejerce con arreglo a lo específicamente dispuesto en la resolución declarativa de la incapacitación y, subsidiariamente, con sujeción a las reglas que rigen las relaciones paterno-filiales.

En orden a la constitución de la tutela las modernas legislaciones siguen uno de los dos sistemas que la doctrina denomina, respectívamente, tutela de familia y tutela de autoridad. El primero seguido por Francia, Portugal, Bélgica y algunos países hispanoamericanos se caracteriza por ser la organización de la tutela de orden privado y fundarse en la presunción de afecto e interés familiar. Además, por desempeñar el consejo de familia un papel preponderante en tanto que los poderes públicos solo aparecen por excepción. Frente a éste, el sistema de tutela de autoridad seguido, entre otros ordenamientos, por el alemán, suizo, británico e italiano, se caracteriza por confiar la alta dirección de la tutela a organismos administrativos o judiciales, aunque el tutor sea un pariente del pupilo, lo que descansa en la idea de que, faltando los padres, solamente el Estado puede asumir el cuidado de los menores o incapaces. Así, en Alemania, el sistema se basa en el tribunal de tutelas, secundado por el consejo de huérfanos de la municipalidad y, en casos excepcionales,por el consejo de familia, que tiene mero carácter facultativo. En Suiza se sigue un sistema análogo, si bien se residencia en cada Cantón la facultad de atribuir la tutela a la autoridad administrativa municipal o a la judicial. Finalmente

en Italia, el Código Civil de 1942 suprimió los órganos familiares de dirección y vigilancia, sustituyéndolos por el juez tutelar.

En nuestro país, con anterioridad a la entrada en vigor de la ley 13/1983 de reforma del Código Civil, la organización de la institución tutelar era sumanente rígida. Implicaba la existencia de dos órganos unipersonales, tutor y protutor, más un órgano colegiado, el consejo de familia; "la tutela se ejercerá por un solo tutor bajo la vigilancia del protutor y del consejo de familia", decía el ya derogado artículo 201 del Código. Ete sistema se reveló ineficaz e insuficiente, razón por la que de hecho no se constituían apenas tutelas. La ley 13/1983 opta por un sistema radicalmente distinto, caracterizado por la simplicidad y por la seguridad que proporciona instituir una tutela eminentemente judicial. A este respecto, la nueva regulación prevé únicamente la existencia de un tutor y el control y vigilancia de juez.

En lo que a la designación de tutor se refiere, también se han introducido cambios que hay que juzgar de positivos. En su redacción originaria el Código Civil establecía un orden rígido de llamamientos a ocupar el cargo de tutor: tutor testamentario , el designado por los progenitores del tutelado, tutor legítmo, el familiar correspondiente conforme a un orden preestablecido e inalterable y tutor dativo, el nombramiento por el consejo de familia en ausencia de los anteriores. Después de la reforma de 1983, aunque el Código prevé un orden de llamadas al ejercicio del cargo tutelar, permite al juez, mediante resolución motivada, prescindir excepcionalmente de dicho orden, e incluso de todas las personas que integran el mismo si "el beneficio del menor o del incapacitado así lo exigiere", designando en tal caso tutor, a quien, por sus relaciones con el tutelado y en beneficio de éste, considere más idóneo.

Sin embargo, preciso es constatar que a pesar de las amplias facultades que la ley otorga al juez no le permite sustituir

al tutor en cualquier momento si el interés del tutelado así lo demanda. En efecto, conforme al artículo 247 del Código únicamente "serán removidos de la tutela los que después de deferida incurran en causa legal de inhabilidad, o se conduzcan mal en el desempeño de la misma, por incumplimiento de los deberes propios del cargo o por notoria ineptitud en su ejercicio". Se faculta al juez para establecer cuantas medidas de vigilancia y control estime oportunas en beneficio del tutelado, pero no se le reconoce en cambio la posibilidad de cambiar al tutor cuando resulte conveniente para el tutelado, lo que de haberse previsto hubiera dotado a la institución de una flexibilidad mucho mayor.

Como grandes novedades jurídicas regula el Código las figuras del defensor judicial y del guardador de hecho. El primero presenta especial interés por cuanto que además de los supuestos ordinarios que el propio Código prevé para su designación existe una forma de instauración automática de la representación y defensa encomendada al Ministerio Fiscal, de las personas que deben ser sometidas a tutela y en tanto no recaiga solución judicial que ponga fín al procedimiento.

Por su parte el art. 303 viene a dar respuesta a situaciones relativamente frecuentes que se producen cuando alguien desempeña sin tener la consideración legal de tutor tareas de protección y guarda de personas de similar contenido a las que corresponde al tutor. En tales casos, la autoridad judicial podrá requerir al guardador para que informe de la situación de la persona y los bienes de ésta, así como de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer las medidas de control y vigilancia que considere oportunas.

Finalmente, la ley de 11 de noviembre de 1987, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción, introduce alguna innovación en materia de tutela que merece comentario aparte.

De modo general puede decirse que la ley pretende dar solu-

ción a dos fenómenos relativamente frecuentes que desviaban a menudo el propósito tuitivo del instituto tutelar hacia fines indeseados. Por una parte la reforma quiere poner freno al descontrol de las actuaciones que preceden a la adopción, y que permitía el tantas veces denunciado "tráfico de niños", y por otra asegurarse de que la selección de los adoptantes es la más acertada posible, regulando al efecto, mecanismos de control y garantía jurisdiccional sobre este particular.

La ley pretende basar la adopción en dos principios fundamentales: la configuración de la misma como un instrumento de **integración familiar**, referido esencialmente a quienes más lo necesitan, y el **beneficio** del **adoptado** que se sobrepone a cualquier otro interés legítimo subyacente en el proceso de constitución.

La regulación mediante norma de rango legal del instituto del acogimiento familiar es también novedad destacada, junto con la introducción de una modalidad de **tutela automática** a cargo de la entidad pública a la que corresponde el ejercicio de la protección de menores en el territorio de su demarcación.

El sistema de incapacitaciones legales no sufre ninguna modificación, pero se incorporan, como digo, ciertos cambios en el régimen de tutela que podrían haber servido a las personas con discapacidad, pero que, lamentablemente, no van a dar ningún juego en este orden por la cortedad con que se han planteado. Veámoslos por separado.

El acogimiento familiar

La inclusión del acogimiento familiar dentro del articulado del Código Civil significa dotar de rango legal a una institución hasta la reforma de 1987 regulada por disposiciones fragmentarias e insuficientes de nivel administrativo (con la excepción de Cataluña, cuya ley de Protección de Menores, incluye la "acogida familiar"), y que es, sin ninguna duda, fundamental en las modernas concepciones de asistencia y protección de las

personas en situación de objetiva desigualdad en el sistema general de la sociedad (menores, discapacitados, ancianos...).

La ley española, sin embargo, ha constreñido el acogimiento al círculo exclusivo de los menores privados temporalmente de ambiente familiar propio. No se ha efectuado, como en otros ordenamientos, un desarrollo ampliado del concepto de acogimiento familiar a otras personas no menores, pero sí precisadas de un medio de convivencia de tipo familiar. Este es el supuesto de numerosas situaciones de minusvalía, especialmente psíquicas, para las que el acogimiento del sujeto afectado en el ámbito de una familia reportaría beneficios personales y sociales que no puede proporcionar su institucionalización.

El acogimiento familiar no implica el ejercicio de la tutela sobre el acogido, más bien se configura como un paso previo, no obligatorio por otra parte, hacia una posible posterior asunción tutelar. Esto permitiría que el discapacitado en régimen de acogimiento convivencial no pasara a tener una vinculación jurídico-parental con la familia que lo acoge y mantiene, por el contrario, sus lazos orgánicos con las personas de su familia, si las hubiere, o con la institución encargada de su tutela, en su defecto. Sin perjuicio, naturalmente, de que la familia que le acoge pueda recabar para sí la tutela del discapcitado, lo que facilitaría su plena integración en la nueva familia.

Curiosamente la ley de reforma de la adopción de 1987 que comentamos, suprime los supuestos, de adopción de mayores de edad, sin percatarse de que uno de los casos de más fértil uso de esa posibilidad ahora extinguida, podía haber sido el del acogimiento -que tampoco propicia- y simultánea o posterior adopción de mayores incapacidades física o psíquicamente.

La tutela automática

La otra gran novedad, por lo que al sistema tutelar se refiere, es la creación de la figura de la tutela automática. En efecto, la ley de 11 de noviembre de 1987 añade un número

4 al artículo 222 del Código Civil, en el sentido de prescribir que estarán sujetos a tutela, además de quienes ya lo estaban desde la reforma de 1983 (1. menores no emancipados no sujetos a patria potestad, 2. incapacitados, 3. sujetos a patria potestad prorrogada), los **menores** que se hallen en situación de desamparo.

El Código considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de proteción establecidos por las leyes para la guarda de los menores cuando éstos quedan privados de la necesaria asistencia moral o material. En tales casos, la reforma ha instaurado un mecanismo de asunción **automática** de la tutela por ministerio de la ley en favor de la entidad pública competente en materia de protección de menores, cuando las autoridades administrativa responsables aprecien, en caso de extrema y urgente gravedad, que un menor se encuentra en situación de desprotección.

Creo que es una limitación injustificada que la ley refiera las situaciones de desamparo exclusivamente a los menores. La carencia de protección cuidado y asistencia moral y material es, lamentablemente, un hecho no infrecuente en las personas afectadas por discapcidades. Cuántas veces no vemos reflejado en los medios de comunicación situaciones de abandono material y moral de deficientes, sobre todo psíquicos, incluso por sus propios familiares. En tales supuestos no basta con las previsiones contenidas en los artículos 229 y 230 del Código Civil que establecen, por una parte la obligación de los parientes y demás personas encargadas de la guarda y custodia de menores e incapacitados de promover la constitución de la tutela desde el momento en que se conozca el hecho que la motive, y por otra la obligación de denuncia ante el ministerio fiscal o la autoridad judicial, por cualquier persona, del hecho determinante de la tutela.

No basta digo, porque estos preceptos tan solo permiten iniciar un procedimiento judicial de variable duración e incierto resultado, pero soslayan el lado de las medidas a adoptar con

carácter inmediato pra la salvaguardia del menor o del deficiente.

La instauración de una tutela automática, no solo para los menores, sino también para las personas con discapacidades, como medida complementaria a la ya establecida en el Código en el artículo 229 bis, relativa al papel del ministerio fiscal cmo representante y defensor de la persona que debe ser sometida a tutela y en tanto no recaiga solución judicial que ponga fin al precedimiento, hubiera otorgado una mayor garantía de protección a las personas con discapacidades que pueden verse afectadas por situaciones de incuria y desprotección.

10.2.-MODIFICACION DE DETERMINADOS ARTICULOS DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL.

La segunda de las disposiciones finales de la ley 13/1982, marca el plazo de un año para que el Gobierno someta a las Cortes un proyecto que modifique el artículo 380, siguientes y concordantes de la ley de Enjuiciamiento Criminal. A pesar de la rotundidad con que se establece el mandato: "En el plazo de un año el Gobieno someterá a las Cortes ...", todavía espera la ley de Enjuiciamiento Criminal esta importante modificación. Se trata, en suma de atemperar nuestra legislación procesal penal a los dictados de la Decreación de los Derechos del Deficiente Mental, proclamada por la Naciones Unidas cuyo punto 6º reconoce a esas personas el "derecho a ser protegidos contra cualquer explotación, abuso o trato degradante" así como a que en caso de acusación legal se les garantice "un procedimiento regular que tenga totalmente en cuenta su grado de responsabilidad con relación a sus facultades mentales".

La legislación penal ha mostrado siempre un especial interés por depurar el grado de responsabilidad de aquellas formas de conducta antijurídica realizada por sujetos que sufren perturbaciones en sus facultades psíquicas, El número uno del art. 8 del Código Penal exime de responsabilidad criminal al "enajenado

y al que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir".

Para que se aprecie un estado constitutivo de enajenación o de trastorno mental transitorio se exige la plena perturbación de las facultades psíquicas, que impida al sujeto conocer la antijuridicidad de su conducta. Cuando la perturbación afecta a las facultades psíquicas, intelectuales o volitivas del agente, el trastorno de una de ellas o de ambas, motiva la aplicación de la eximente. En suma la capacidad intelectual y volitiva, es decir la capacidad de conocer y comprender la ilicitud del acto y la voluntariedad completa del mismo, cuya plena perturbación origina la estimación de la primera causa de exención del art. 8 del Código Penal, estriba en la aptitud para aprehender el significado ético-social del hacer y en la de adoptar actitudes de valor ético y social en que motivar lúcidamene la conducta.

Bajo el concepto de enajenación mental se incluyen, según ha subrayado abundante jurisprudencia, todos aquellos supuestos de disminución de las facultades intelectivas que hacen al sujeto inimputable y no únicamente la locura o la demencia extrema. Enajenación alberga por tanto las psicosis o propias enfermedades mentales, las oligofrenias y en ocasiones incluso se han estimado por los tribunales las psicopatías profundas con fondo patológico.

Pues bien, esta interpretación comúnmente aceptada por la jurisprudencia y la doctrina que extiende el concepto de enajenación hasta los deficientes psíquicos profundos a efecto de su estimación como eximente completa o incompleta de la responsabilidad penal, no ha encontrado adecuado reflejo legislativo en el ordenamiento procesal.

El art. 381 de la ley de Enjuiciamiento Criminal sigue refiriéndose exclusivamente al supuesto de enajenación mental como sinónimo de demencia y locura, por lo que según la letra de este precepto solo serían sometidos al exámen médico que el mismo artículo prevé los que presentaran indicios de padeci-

miento de tales dolencias y también solo respecto de ellos sería posible proceder a dictar auto de sobreseimiento en la forma que determina el art. 637, 3º, una vez acreditada aquella circunstancia en la fase sumarial del proceso.

Lo que se pretende con la reforma anunciada de estos preceptos de la ley penal adjetiva es que las deficiencias mentales y desde luego la oligofrenia, sean estimadas, al igual que la enajenación mental, a los efectos de que su acreditación tenga las mismas consecuencias jurídico-procesales que permitan el libre sobreseimiento de quienes aparezcan exentos de responsabilidad criminal

10.3.-MODIFICACION DE LA REGULACION LEGAL DE LA INVALIDEZ EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Mediante la técnica de la autorización al Gobierno, la disposición final tercera delega en el Ejecutivo la facultad de modificar por Decreto, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las disposiciones reguladoras de la invalidez contenidas en la ley general de la Seguridad Social, con el fin de adaptarlas a lo dispuesto en la LISMI.

Tres notas llaman la atención de la lectura de esta disposición. La primera es la **inconcreción** en cuanto a la materia, la segunda la **ilimitada** extensión del plazo para realizar la reforma, y la tercera la **degradación** de rango normativo (deslegalización) que la disposición propicia.

Inconcreción porque ni por aproximación se nos indica qué aspectos concretos del tratamiento jurídico de la invalidez serán sometidos a revisión, por lo que ante el silencio de la norma debemos entender que todos los que el legislador administrativo tenga por conveniente.

Ilimitado plazo para ejecutar la adaptación, toda vez que la disposición final tercera comentada no señala plazo alguno para realizarla. Aunque debe entenderse en una intepretación sistemática e integrada del texto legal, que ese plazo no debe

rebasar el término máximo de diez años a que se refiere la disposición final séptima para la plena puesta en vigor de todas las medidas contempladas en la ley.

Deslegalización porque una rama esencial de ordenamiento español de Seguridad Social se puede ver afectada de profundas modificaciones por simple acto del Gobierno, sin la garantía de control y participación que implica la tramitación parlamentaria, y sin que sea suficiente el natural control jurisdiccional de los actos y disposiciones administrativas, dado que este control por su propia naturaleza se extiende sobre la adecuación jurídica del reglamento a la ley pero deja fuera una amplia gama de cuestiones, sobre juicios de oportunidad y posibilidades diversas de opción.

La disposición final tercera de la LISMI conecta de esta manera con nuestra peor tradición en materia de Derecho de la Seguridad Social, la de conceder amplísimos poderes de regulación a la Administración exentos del control democrático de la producción legislativa. Tan evidente ha debido parecer este defecto que en la práctica el Gobierno no ha hecho uso apenas de la autorización que se le había conferido. Las modificaciones del régimen jurídico de la invalidez que se han hecho han sido dispersas, carentes de continuidad y faltas de una visión totalizadora que pudiera dar coherencia al conjuto, pero han sido efectuados normalmente mediante ley formal.

La rama de invalidez dentro del sistema español de Seguridad Social, según han denunciado en reiteradas ocasiones numerosos autores, ha adolecido históricamente de graves defectos de estructura y funcionamiento, lo que ha inducido a su hipertrofia hasta el punto de exigir una reforma inmediata y profunda de sus bases constitutivas.

En efecto, según datos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el número de pensiones pasa de 3.052.419 en 1973 a una cifra próxima a los 5.300.000 en 1984, produciéndose los mayores crecimientos justamente en aquellas prestaciones donde por la flexi-

bilización operada por la ley de 21 de junio de 1972, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del régimen general de la Seguridad Social, unido a la mayor tolerancia normativa y gestora, se dan las mejores posibilidades para la formación de pasivos artificiales. Así las pensiones de invalidez permanente que en 1973 eran solo 498.016, en 1984 alcanzan la cifra de 1.453.863, con un 191 por 100 de aumento, mientras que, por ejemplo, las pensiones de jubilación sólo crecen en igual período el 33 por 100.

En definitiva lo que estas cifras vienen a reflejar es que muy probablemente se ha estado utilizando el recurso a la invalidez como alternativa a un desempleo insatisfactoriamente protegido. Recientemente la ley 26/1985, de 31 de julio, de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social, preocupada esencialmente por la expansión del gasto, ha venido a poner coto al desarrollo vertiginoso del incremento de pensiones, particularmente las de invalidez, endureciendo las condiciones legales de acceso a la percepción de las mismas. Sin embargo, es dudoso que la citada ley realice una reforma estructural profunda del sistema de Seguridad Social, más bien se trata de correcciones técnicas, imprescindibles si se quiere, pero que en conjunto no alteran sustanciamente los postulados en que se inspira aquél sistema. Más difícil resulta aún supone que la ley 26/1985, opera las modificaciones de las disposiciones reguladores de la invalidez contenidas en la ley General de la Seguridad Social, para adaptarlas a lo dispuesto en la LISMI, según previene la disposición final que comentamos.

La ocasión propicia para la reforma integral y adaptación plena de la invalidez a los postulados de la LISMI pudo ser la ley de 20 de diciembre de 1990, por la que se estableció un sistema de prestaciones no contributivas en el ámbito de la Seguridad Social, en la línea del mandato contenido en el artículo 41 de la Constitución, relativo a la implantación de un régimen de Seguridad Social de cobertura universalista.

Digo que pudo ser porque en la práctica la ley que se autopresenta como destinada a "completar las reformas básicas del sistema de Seguridad Social iniciadas con la ley de 31 de julio de 1985", no termina de estructurar dicho sistema, limitándose a introducir reformas parciales por el método del "percheo" y del "acarreo", conforme a oportunidades políticas más que en desarrollo constitucional.

De otro lado es incierto que las reformas del sistema vigente de Seguridad Social se iniciaran con la ley de 1985, como asegura la ley de 20 de diciembre de 1990 en su exposición de motivos, dichas reformas comenzaron más bien en el año 1978 con la promulgación del Real Decreto-ley de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, norma que introdujo la principal reforma de la estructura de gestión de la Seguridad Social hasta hoy.

En fin, que la reforma y adaptación del régimen de invalidez a los principios de la LISMI no está realizada es algo que se constata a poco que se examinen algunos de los grandes temas pendientes de solución jurídica, como por ejemplo:

- Dotar de mayor relevancia al factor rehabilitador, colocándolo incluso en determinadas circunstancias por delante de las pensiones; así en el supuesto del artículo 47.2 de la LISMI.

- Demorar la calificación de invalidez hasta la finalización del proceso recuperador que se haya prescrito.

- Desvincular los supuestos de gran invalidez de los de invalidez permanente absoluta.

- Integrar la incapacidad transitoria con la invalidez provisional, que se distinguen solo por la temporalidad.

La ley de Prestaciones No Contributivas no parece, en cambio, ser muy consciente de ello. Parte más bien de considerar

cerrado el ciclo de reformas del sistema y propone tan solo, en aras de la claridad y coherecia del mismo, su mejor sistematización técnio-jurídica.

A tal fin autoriza al Gobierno para proceder a la elaboración de un nuevo Texto Refundido de la ley General de la Seguridad Social que acoja, debidamente aclaradas, regularizadas y armonizadas, además de las disposiciones contenidas en la propia ley de prestaciones no contributivas, todas las numerosas modificaciones llevadas a cabo por anteriores normas con rango de ley, entre las cuales la disposición final primera, dos, de la ley de Prestaciones No Contributivas cita expresamente a la de integración social de los minusválidos, a fin de dotar al ordenamiento de la Seguridad Social de "una mayor sistemática, facilidad de conocimiento y seguridad jurídica".

La reforma del régimen de invalidez de la Seguridad Social, de acuerdo con los principios de la LISMI y ahora también de acuerdo con los de la ley de Prestaciones No Contributivas que por gozar del mismo rango jerárquico deroga a aquélla en lo que expresamente se le oponga, queda nuevamente pendiente de una decisión administrativa (el Decreto-Legislativo que apruebe el Texto Refundido) solo que en esta ocasión a plazo fijo: dos años, conforme a la citada disposición final primera de la ley de 20 de diciembre de 1.990.

10.4.-SUPRESION DEL ALTA MEDICA PARA LA VALORACION DE LA INVALIDEZ PERMANENTE EN DETERMINADOS SUPUESTOS.

Ordena la LISMI en su disposición final cuarta la modificación del art. 132 de la ley General de la Seguridad Social, a fin de que no sea necesaria el alta médica para la valoración de la invalidez permamente, cuyas secuelas son definitivas.

Como es sabido, el art. 132 de la ley de la Seguridad Social define la invalidez permanente como la situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones

anatómicas o funcionales graves susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulen su capacidad laboral.

La modificación que introduce la LISMI al suprimir el requisito de alta médica para pasar a la situación de invalidez permanente permite que, cuando por la entidad y naturaleza de las lesiones pueda colegirse que van a quedar secuelas definitivas, pueda suprimirse el trámite de pasar por la antesala de la incapacidad laboral transitoria, recibiendo el afectado desde el principio la calificación de invalidez permanente. Todo ello, naturalmente, sin perjuicio de recibir el posible tratamiento médico.

Con esta medida viene a otorgarse carta de naturaleza legal a una tendencia desde antaño expresada por la jurisprudencia social que sostiene la independencia y por tanto la no condicionabilidad recíproca de ambas formas de incapacidad.

10.5.-CONSIDERACION AUTONOMA DE LA GRAN INVALIDEZ RESPECTO DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA.

En la línea de la disposición anterior, modifica la final quinta de la ley de Integración Social de los Minusválidos el art. 135 de la ley reguladora de la Seguridad Social Texto Refundido, por el que se exige para la declaración de gran invalidez estar afectado de incapacidad permamente absoluta para todo trabajo. Esto es, que la gran invalidez no implique necesariamente la incapacidad permanente absoluta para toda clase de trabajo.

En esta ocasión, como en el supuesto contemplado en la anterior disposición final, el legislador ha considerado oportuno producir por sí y con carácter inmediato la modificación de determinados preceptos de la ley General de la Seguridad Social. Sin embargo, la reforma sólo cobra verdadero sentido en la medida en que se inserta en el proceso reformador más amplio que anuncia la anteriormente examinada disposición final tercera, pues tanto

la institución de la gran invalidez como el requisito del alta médica para la valoración de la invalidez permamente presentan indiscutibles conexiones recíprocamente condicionantes con el resto de las disposiciones reguladoras de la invalidez en el ámbito de la Seguridad Social.

Como tuvieron ocasión de señalar los primeros comentaristas de la LISMI, autores de algunos de los trabajos que integran este informe: "La disposición final quinta pretende variar sustancialmente el enfoque descrito, -orientar la regulación legal de la gran invalidez en forma complementaria a la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo-, exportando al ámbito del actual sistema de Seguridad Social el criterio adoptado al regular el subsidio por ayuda de tercera persona, en el sentido de desvincular la gran invalidez de otra prestación considerada como básica y que, en este caso, sería la pensión por incapacidad permanente absoluta". Medida con la que se facilita la reintegración laboral de quienes se hallan en situación legal de gran invalidez, permitiéndoseles compatibilizar la percepción de la prestación a que tengan derecho con la realización de una actividad profesional o laboral.

Es decir, que al establecer la LISMI una clara diferencia conceptual y autónomo tratamiento jurídico de las figuras del subsidio de garantía de ingresos mínimos y de la ayuda por tercera persona, de tal suerte que resultara factible que una persona pudiera ser reconocida beneficiaria de ésta última sin necesidad de serlo también del primero, parecía obligado operar una modificación del precepto de la ley general de la Seguridad Social que vinculaba íntimamente la pensión por gran invalidez, equivalente en el sistema de Seguridad Social a la ayuda por tercera persona, con la de invalidez permanente absoluta, correlativa al subsidio de garantía de ingresos mínimos.

Aunque la modificación del artículo 135 del Texto Refundido de la ley de la Seguridad Social se produce "ope legis" de modo directo e inmediato, no existe constancia de que se esté aplican-

do en la forma querida por el legislador de la LISMI. Antes al contrario, según queja reiteradamente expresada por el Defensor del Pueblo, parece que las autoridades administrativas encargadas de la gestión de prestaciones del sistema de la Seguridad Social vienen desconociendo sistemáticamente esta modificación, produciéndose, en consecuencia, como si la misma no hubiera tenido lugar, y exigiendo para el reconocimiento del grado de gran invalidez pasar inapelablemente por la previa calificación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

Más recientemente la ley de Prestaciones No Contributivas ha producido un lamentable retroceso en esta materia. Contra lo establecido originariamente por la LISMI, la ley de 20 de diciembre de 1990, vuelve al superado sistema de vinculación o asociación entre pensión de invalidez y ayuda por tercera persona. En efecto, de acuerdo con esta ley, el nuevo artículo 137 bis del Texto Refundido de la ley General de la Seguridad Social, reconoce a las personas con derecho a la percepción de la pensión de invalidez en su modalidad no contributiva, afectadas por pérdidas o reducciones anatómicas o funcionales, que precisen del concurso de una tercera persona para realizar los actos más esenciales de la vida, el derecho a un **complemento** equivalente al cincuenta por ciento del importe de la pensión de invalidez.

El derecho económico que ahora se reconoce no merece ni siquiera la denominación de pensión. Para enfatizar más si cabe su carácter dependiente y subordinado a la pensión principal es calificado simplemente de "complemento".

Ahora bien, el hecho de que la LISMI produjera la modificación del artículo 135 de la ley de la Seguridad Social en el sentido indicado más arriba (autonomía entre gran invalidez e invalidez permamente absoluta), criterio que la ley de Pensiones No Contributivas para las pensiones tradicionales del sistema, esto es para las contributivas, no varía, implica que se ha introducido una diferencia de trato entre unos y otros pensionistas que como poco habría que calificar de irritante.

Situación que es aún más grave y paradójica si consideramos que la disociación entre ambos conceptos se introdujo en el sistema por obra del progresivo régimen de separación diseñado en la LISMI: Pues bien, en este momento el ramo contributivo de la Seguridad Social consolida dicha fórmula autónoma de las pensiones de gran invalidez e invalidez permamente absoluta (otra cosa es su grado de cumplimiento), en tanto que el ramo de las no contributivas que fué pionero en su implantación y que indujo por reflejo la modificación del criterio hasta entonces seguido en la Seguridad Social lo pierde, retrotrayéndose al modelo superado de vinculación entre ambas situaciones, presente en el régimen de invalidez de la Seguridad Social hasta la promulgación de la LISMI.

REAL PATRONATO DE PREVENCION
Y DE ATENCION A PERSONAS CON MINUSVALIA