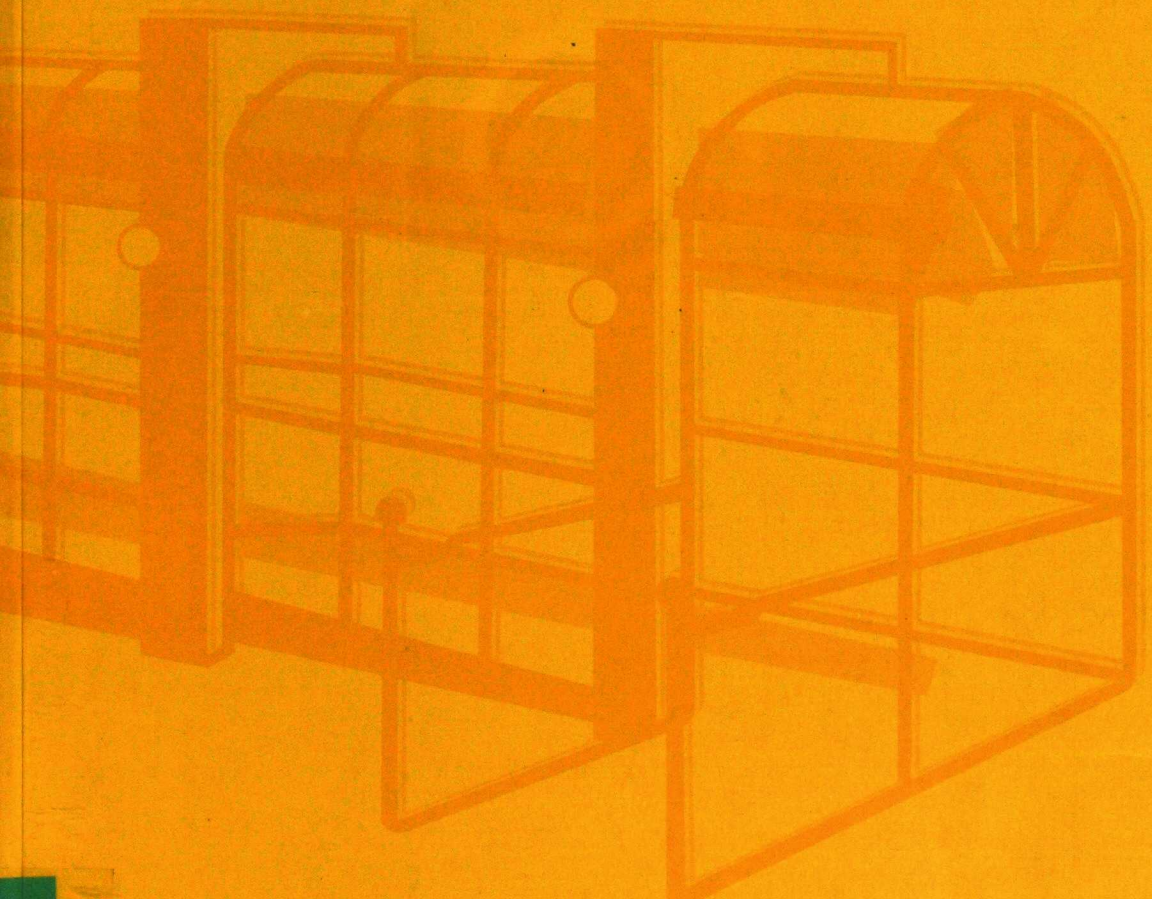
POLÍTICAS PARA LA DISCAPACIDAD

Seminario de Derecho comparado sobre discapacidades (España, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia)



DOCUMENTOS · 52/99

POLÍTICAS PARA LA DISCAPACIDAD

Seminario de Derecho comparado sobre discapacidades

(España, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia)

POLÍTICAS PARA LA DISCAPACIDAD.
Seminario de Derecho comparado sobre discapacidades (España, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia)

COMPILACIÓN: Secretaría Ejecutiva del Real Patronato y SIIS Centro de Documentación y Estudios.

AUTORES: José María Alonso Seco, José María Amate Blanco, Alberto Astarloa, Juan Manuel Castellote Olivito, Andreu Corominas Malet, Carlos Egea García, Ricard Esteban Legarreta, Fernando Fantova Azkoaga, Jesús Flórez, José Vidal García Alonso, Manuel García Viso, Maite González Royuela, Soledad Jiménez González, Gloria Llinás Cano, Adela Mateo Echanagorria, Luis Osorio Gullón, SIIS Centro de Documentación y Estudios, Concepción Terceño Iglesias, Ricard Valls Riera, Antoni Vilà Mancebo y Marino Villa Rubio.

DOCUMENTOS 52/99 (Circulación institucional)

EDITA: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

CUIDADO DE LA EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad. Serrano, 140. 28006 Madrid. Tel.: 91 411 55 00. Fax: 91 411 55 02. Correos electrónicos: rp@futurnet.es y siis@futurnet.es

Primera edición: Diciembre de 1999. 1.000 ejemplares

IMPRIME: Artegraf. Sebastián Gómez, 5. 28026 Madrid.

Depósito Legal: M. 48.609-1999

ÍNDICE

Presentación 7
Introducción. SIIS Centro de Documentación y Estudios 9

1. **Prevención de deficiencias,** por José María Alonso Seco 35
2. **Diagnóstico y valoración,** por Carlos Egea García 51
3. **Atención temprana,** por José María Alonso Seco 65
   Normativa relativa a la atención temprana, por Gloria Llinás 71
4. **Rehabilitación,** por Manuel García Viso 79
5. **Accesibilidad al medio físico,** por Adela Mateo Echanogorria 95
   Análisis comparado de la legislación relativa a la accesibilidad en el transporte, por Ricard Valls Riera 123
6. **Educación,** por Jesús Flórez y SIIS Centro de Documentación y Estudios 131
7. **Empleo.**
   Comentarios sobre la situación de la legislación española comparada con la de cuatro países europeos, por Luis Osorio Gullón 165
   El empleo de las personas con discapacidad y la incentivación directa e indirecta a favor del empleo en el medio ordinario de trabajo. Una visión comparada desde el Derecho español, por Ricard Esteban Legarreta 179
8. **Prestaciones económicas y beneficios fiscales.**
   Comparación de la legislación de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia con la de España en lo relativo a políticas para la discapacidad en materia de prestaciones económicas y beneficios fiscales, por Fernando Fantova Azkoaga 203
   Prestaciones económicas y beneficios fiscales para las personas con discapacidad, por Concepción Terceño Iglesias 217
9. **Servicios sociales,** por Antoni Vilà Mancebo 241
   Servicios sociales para personas con discapacidad, por Maite González Royuela 255
   Servicios sociales residenciales y de atención diurna, por Soledad Jiménez González ... 265
10. **La protección jurídica de las personas con minusvalía en la legislación española, con breve referencia a las de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia,** por Marino Villa Rubio 281

Documentación

Valoración de la función física en niños preescolares o escolarizados con deficiencias en extremidades, por Juan Manuel Castellote Olivito y otros 299

Sinopsis del panorama internacional y de la cobertura pública de los audífonos en la edad infantil, por José María Amate Blanco y otros 311

La financiación de la accesibilidad, por José-Vidal García Alonso 323

La normativa de empleo en España, por Alberto Astarloa 337

Regulación del empleo, por Luis Osorio Gullón 353

Regulación de la protección jurídica, Andreu Corominas Malet 373

PRESENTACIÓN

A comienzos del año 1998, el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía consideró oportuno elaborar un estudio comparativo de la normativa vigente en diversos países europeos en materia de discapacidad y, fruto de esa iniciativa, la institución publicó, en el nº 51/99 de su serie Documentos, el informe *Legislación relativa a la Política para la Discapacidad – Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia*, elaborado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios.

Su objetivo era ofrecer una visión global, en lo posible mediante descripciones claras y sistematizadas, de los modelos de prevención y atención vigentes en algunos países europeos, atendiendo, en lo esencial, a los contenidos adoptados con anterioridad en la publicación *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*, a efectos, precisamente, de facilitar su comparación con el ordenamiento español.

De acuerdo con esa finalidad, y como colofón necesario del proceso, se organizó un Seminario de Derecho Comparado sobre Discapacidades, cuya sesión presencial fue celebrada en Madrid, los días 29 y 30 de junio de 1999. El presente documento recoge las aportaciones que realizaron los participantes en dicha ocasión, ateniéndose, en términos generales, a la estructura temática del Seminario. Con todo, y en atención a mantener la coherencia interna del proyecto, se ha organizado el material en dos bloques: el cuerpo de la obra está formado por aquellos textos que, efectivamente, responden a la finalidad comparativa, traten la totalidad de un capítulo o una parte del mismo; en anexo documental se incluyen aquellos otros que contienen información relevante para el Seminario, pese a que no desarrollaron la comparación internacional de modo analítico y/o completo.

En lo que concierne a la cronología de la información normativa, procede indicar lo siguiente: el acopio de normas llevado a cabo para la elaboración del Documento 51/99 se cerró en diciembre de 1998; para la legislación española, debe tomarse como fecha de cierre general la de la celebración del Seminario (junio de 1999). Cabe hacer la salvedad de que, en el proceso de revisión de los textos que se incluyen en este volumen, algunos autores incorporaron información normativa posterior a la fecha mencionada.

Octubre de 1999
Secretaría Ejecutiva del Real Patronato de Prevención
y de Atención a Personas con Minusvalía y
SIIS Centro de Documentación y Estudios

INTRODUCCIÓN

Puesto que las ponencias y comunicaciones de carácter comparado que dan cuerpo al presente documento toman como referencia las descripciones del estudio *"Legislación relativa a la Política para la Discapacidad"*[1], acerca de los sistemas vigentes en Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia, parece oportuno ofrecer, con ánimo introductorio, algunos comentarios que informen sobre sus antecedentes, la metodología adoptada y, también, las dificultadas asociadas a su elaboración, por cuanto permiten contextualizar algunas limitaciones que pueden apreciarse en sus contenidos, aunque estas anotaciones ya se hicieran constar en la presentación del mencionado informe.

Aclarados esos detalles, se pasará a describir lo más comprensible y sintéticamente posible algunos rasgos generales de los modelos estudiados —su estructura político-administrativa, su distribución competencial, la forma en que se articula la coordinación interinstitucional, etc.— que, si bien llevan forzosamente a una exposición un tanto árida y tediosa, resultan imprescindibles para comprender aspectos más interesantes y específicos de los sistemas. En cualquier caso, se intentará dar cuenta de estas cuestiones con brevedad y, en lo posible, recurriendo a tablas explicativas que no requieren sino muy escuetos comentarios.

I. ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA

A. Origen y antecedentes del estudio *"Legislación relativa a la Política para la Discapacidad"*

Cuando inicialmente se consideró la posibilidad de elaborar un estudio descriptivo de las políticas para la discapacidad aplicadas en algunos países europeos, se tenía en mente ofrecer una visión muy general de los sistemas vigentes, al estilo de la descripción ofrecida por Demetrio Casado en su artículo *"Política social española concerniente a la discapacidad"*[2]. Lo cierto es que un enfoque como aquél hubiera resultado más interesante que el que se adoptó finalmente, pero exigía un conocimiento profundo, histórico y normativo, de las políticas europeas sobre discapacidad. Es obvio que tal conocimiento sólo se adquiere cuando, durante años, se está en continua relación con un modelo de atención, presenciando sus avatares, bien porque se interviene directamente en su aplicación, bien porque se somete a análisis, y una descripción de esas características sólo adquiere sentido cuando los lectores también están familiarizados con ese sistema y se encuentran, por lo tanto, en condiciones de enmarcar y contextualizar la información analítica que se les ofrece sin

---

[1] Publicado en el nº 51/99 de la serie Documentos del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

[2] *Política Social y Estado del Bienestar.* Ministerio de Asuntos Sociales. 1992.

requerir aproximaciones detalladas sobre el funcionamiento o la ordenación del modelo. De modo que se consideró más didáctico, aunque eso sí muy laborioso, empezar por el principio y tratar de obtener un cuadro de información básica que permitiera, tras su lectura, situarse en uno u otro sistema.

Creemos y esperamos haber conseguido ese objetivo, modesto, de haber informado con coherencia y sistemática sobre los modelos presentados. A partir de ahí, sería factible, si interesara, enjaretar, progresivamente, detalles sobre aspectos que parezcan presentar mayor interés.

B. La selección de los países

La selección de los países obedeció a la conveniencia de introducir un ejemplo representativo de los diversos modelos existentes en el ámbito europeo:

- Alemania, como modelo tradicionalmente centrado en la activa participación de las organizaciones no gubernamentales;
- Francia, como modelo administrativo centralizado;
- Reino Unido[3], por los elementos diferenciadores que aportan las últimas orientaciones de su normativa antidiscriminación;
- y finalmente Suecia, en su calidad de representante del modelo escandinavo de bienestar.

Posiblemente, hubiera resultado deseable, por más completo y riguroso, analizar el conjunto de las políticas occidentales. Todas pueden sugerir planteamientos, enfoques o iniciativas interesantes e incluso aprovechables, bien porque ofrecen pautas de aplicación eficaces de políticas ya adoptadas en nuestro ámbito, bien porque, por el contrario, proponen alternativas, o un contrapunto, a nuestro enfoque normativo, como sería claramente el caso de los sistemas estadounidense y canadiense.

La amplitud del esquema que se deseaba seguir en la descripción, sin embargo, hacía imposible extender el proyecto a más de cuatro modelos, ya que las exigencias de análisis documental y normativo y la necesidad de contar con el apoyo de expertos en cada país hubiera alargado desmesuradamente el tiempo de realización del proyecto. Con todo creemos que los países seleccionados constituyen una representación adecuada de la diversidad existente y que su conocimiento permite situar, con mayor acierto, el modelo vigente en nuestro ámbito en el marco europeo.

---

[3] Si bien el modelo descrito es el vigente en el Reino Unido, algunos de los aspectos analizados son sólo aplicables a Inglaterra y Gales.

C. La metodología adoptada

Conscientes de que el principal inconveniente de este tipo de estudios suele venir dado por las dificultades de comparación de las informaciones aportadas, se trató de minimizar este riesgo elaborando inicialmente una estructura muy detallada a la que se ajustan, en lo posible, las descripciones de cada uno de los países.

La elaboración de las descripciones requirió el análisis de las normas vigentes, los antecedentes normativos cuando resultaban determinantes de la situación actual, los documentos oficiales elaborados por los gobiernos en materia de discapacidad, la literatura especializada centrada en la descripción de los sistemas y, en algún caso, trabajos que adoptaban una postura crítica frente al modelo existente.

Para colmar los aspectos a los que no permitió dar respuesta la documentación consultada, se contó, en cada país, con la colaboración de una persona experta en la materia. Estos expertos se seleccionaron en base al conocimiento previo de sus trabajos o a colaboraciones previas en el marco de otras iniciativas. El equipo de estudio agradece su ayuda a:

- Marie-José Schmitt (*Grupo para el Empleo de las Personas con Deficiencia Mental* - Francia),
- Michael Moore (*Departamento de Educación y Empleo* - Reino Unido),
- Anders Karlsson (*Oficina del Defensor de las Personas con Discapacidad* - Suecia)
- y H. Haines (*Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* - Alemania).

El contenido de las descripciones fue examinado periódicamente en un seminario de expertos. Participaron en el mismo, José María Alonso Seco, Manuel Aznar, Paulino Azúa, Demetrio Casado, Carlos Egea, Manuel García Viso, Sabino Murillo, Antoni Vilá y los técnicos del SIIS-Centro de Documentación y Estudios, cuya función ha sido revisar los contenidos y proponer las ampliaciones o reorientaciones oportunas.

Conviene, antes de iniciar la exposición, mencionar algunas dificultades metodológicas que, necesariamente, se reflejan en el contenido del estudio.

Todos los que alguna vez se han implicado en la elaboración de un estudio de estas características saben que la información disponible con respecto a uno u otro aspecto es a veces mucho más detallada para unos países que para otros. La cuestión es, en tales casos, optar entre incorporar toda la información recabada y limitar el detalle de la exposición atendiendo al mínimo común de los cuatro países. Ambas alternativas tienen sus ventajas y sus inconvenientes. La primera implica, introducir un elemento de desequilibrio. La segunda implica desaprovechar la información

recabada. Se prefirió reflejar los datos disponibles —bien complicado es obtenerlos para después darlos por perdidos— y por incluirla en su totalidad. Esto significa, por lo tanto, que el texto contiene, en determinados casos, desequilibrios que no siempre son fiel reflejo de un desequilibrio real entre las normativas aplicables.

Por último, es necesario recordar que las descripciones ofrecidas corresponden a la situación existente en 1998, dándose por cerrada la actualización de la información a diciembre de ese año. Sin haber procedido a un seguimiento continuado y exhaustivo de la situación en los distintos países desde esa fecha, nos consta que ya se han producido cambios, alguno de transcendencia, como es la introducción de la normativa antidiscriminación en Suecia, en el ámbito laboral, a contar desde enero de 1999. En la información comparativa que se ofrece a continuación, con respecto al marco general, se ha tratado de reflejar esta evolución, por lo que, en ocasiones, los datos referentes a Suecia, no se corresponden con la descripción ofrecida en el estudio *"Legislación sobre la Política para la Discapacidad"*.

II. MARCO GENERAL

II.1. Datos básicos

	ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
POBLACIÓN	82.000.000	39.000.000	59.000.000	59.000.000	9.000.000
RENTA PER CÁPITA (en pesetas)	4.408.560	2.263.560	4.063.800	3.230.760	4.090.320

II.2. Estructura político-administrativa

	ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
RÉGIMEN POLÍTICO	República Federal	Monarquía Parlamentaria	República Presidencial	Monarquía Parlamentaria	Monarquía Parlamentaria
JEFE DEL ESTADO	Presidente de la República	Monarca	Presidente de la República	Monarca	Monarca
JEFE DEL GOBIERNO	Canciller Federal	Presidente del Gobierno	Primer Ministro	Primer Ministro	Primer Ministro
ÓRGANO LEGISLATIVO	Parlamento bicameral: ■ Cámara de Diputados ■ Consejo Federal	Parlamento bicameral: ■ Congreso de Diputados ■ Senado	Parlamento bicameral: ■ Asamblea general ■ Senado	Parlamento bicameral: ■ Cámara de los Comunes ■ Cámara de los Lores	Parlamento unicameral
DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL	■ 16 estados federados *(länder)*. ■ Cuentan con: • constitución • parlamento • gobierno • amplias competencias fundamentalmente en cultura, bienestar social y educación	■ 17 Comunidades Autónomas y dos Ciudades Autónomas. ■ Cuentan con: • estatuto de autonomía • parlamento • gobierno • amplias competencias	■ 22 regiones ■ 96 departamentos ■ Los órganos de gobierno son: • Consejos regionales • Consejos departamentales ■ No tienen estatuto de autonomía y sus competencias son muy limitadas a pesar de la ley de descentralización de 1986	■ 4 territorios: • Inglaterra • País de Gales • Escocia • Irlanda del Norte ■ Proceso de descentralización reciente	■ 2 regiones ■ 18 provincias o condados ■ 289 municipios ■ Proceso de descentralización competencial durante la década de los 90, reforzando las responsabilidades municipales

II.3. Distribución competencial

Atendiendo a los niveles competenciales que corresponden a cada uno de los ámbitos territoriales, las diferencias entre unos países y otros están muy marcadas:

- España es, sin duda, el país competencialmente más descentralizado y las Comunidades Autónomas cuentan, si bien en grado diverso, con unos niveles competenciales superiores a los que se observan en los *Länder* alemanes, sobre todo en materia normativa.

- Alemania, de estructura federal, también otorga amplias competencias a sus estados federados, principalmente en materia de educación, cultura y bienestar social, así como para el desarrollo normativo y la ejecución de la legislación federal.

- En el Reino Unido, el proceso de descentralización es extremadamente reciente, siendo los niveles competenciales asumidos por sus territorios mucho más limitados que los previstos en los ámbitos descentralizados en Alemania y España.

- Suecia, por su parte, inició hace algunos años, un proceso de descentralización en el que la nota dominante es el reforzamiento de las competencias atribuidas a las unidades territoriales más pequeñas, los municipios, a fin de garantizar la aplicación efectiva del principio de proximidad, principalmente en el ámbito de los servicios sociales.

- Francia sigue siendo, a pesar de la descentralización administrativa iniciada en 1986, un estado muy centralizado. Las regiones, los departamentos y los municipios cuentan con un nivel competencial extremadamente limitado, sobre todo en materia normativa.

a) Aspectos generales de la distribución competencial

Lo indicado anteriormente se refleja con claridad en los aspectos básicos de la distribución competencial:

- En los ámbitos que nos interesan, las competencias normativas recaen siempre, en cuanto se refiere a la legislación básica, en los poderes centrales, reflejándose el distinto grado de descentralización entre unos y otros países en la capacidad de desarrollo normativo y en la amplitud de las competencias ejecutivas.

- La excepción viene dada por España, que presenta, en su ámbito competencial, las siguientes particularidades:

  - El artículo 149 de la Constitución define expresamente las competencias que, en todo caso, corresponden al Estado. En cuanto afecta a la materia que nos ocupa, cabría destacar sus responsabilidades exclusivas en Legislación Laboral, Seguridad Social y

Transportes y Telecomunicaciones (en la medida en que estos últimos afecten a más de una Comunidad Autónoma).

- El artículo 148 del texto constitucional detalla las competencias que pueden asumir las Comunidades Autónomas, a las que se añaden todas las no atribuidas expresamente al Estado (siempre que se asuman en los correspondientes Estatutos de Autonomía).

- Las competencias no asumidas por los Estatutos de Autonomía corresponden al Estado (artículo 149-3 CE).

- El Estado puede dictar leyes armonizadoras de las disposiciones autonómicas, incluso cuando correspondan a competencias exclusivas de las Comunidades Autónomas, cuando se estime necesario para el interés general y ello por mayoría absoluta de cada Cámara (artículo 150-3).

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
■ La regulación de los servicios y prestaciones se estructura en torno a tres centros de gravedad: • Seguridad Social • Asistencia Social • Fondos de Compensación Social ■ Las competencias normativas básicas del sistema de protección social corresponden al Gobierno Central. ■ Los estados federados asumen el desarrollo normativo de la legislación federal y amplias competencias ejecutivas en los campos educativo y social.	■ Son competencias exclusivas del Estado: • Legislación laboral • Seguridad Social • Transportes y telecomunicaciones. ■ Son competencias que pueden asumir las CCAA, las indicadas en el artículo 148 y todas las no atribuidas expresamente al Estado por la CE. ■ Las competencias no asumidas por los Estatutos de Autonomía corresponden al Estado. ■ El Estado puede dictar leyes armonizadoras de las disposiciones autonómicas.	■ Con carácter general puede indicarse que las competencias normativas recaen en los poderes centrales y las competencias ejecutivas corresponden a los diversos niveles territoriales.	■ Con carácter general, las competencias normativas corresponden al Gobierno Central. ■ Las competencias ejecutivas pueden recaer en los órganos centrales siendo ejercidas por sus delegaciones a nivel regional o local, o recaer directamente en administraciones regionales o locales.	■ Con carácter general, el Gobierno Central asume las responsabilidades normativas y de planificación de la política de protección social. ■ Los condados y los municipios gozan de gran autonomía en lo que se refiere al desarrollo normativo y a la ejecución.

b) Seguridad Social

- Es un ámbito en el que el Estado se reserva siempre la competencia normativa, a veces incluso el desarrollo normativo y las responsabilidades ejecutivas, como es el caso en el Reino Unido.

- Otro elemento destacable es la intervención de las Cajas Aseguradoras constituidas a nivel local, regional o estatal, que pueden tener un ámbito global de cobertura o especializarse, como es el caso del sistema de cajas correspondientes al seguro de desempleo en Alemania y en Suecia.

- En España, las competencias normativas vienen atribuidas constitucionalmente al Estado, siendo posible trasladar la gestión a las Comunidades Autónomas.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa: ■ Gobierno Federal - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ■ El desarrollo normativo corresponde a los *Länder* **C. Ejecutiva:** ■ Cajas Aseguradoras	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central **C. Ejecutiva:** ■ Estado ■ CCAA	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) **C. Ejecutiva:** ■ Cajas Aseguradoras a nivel nacional, regional y local	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central (Departamento de Salud y Seguridad Social) **C. Ejecutiva:** ■ Gobierno Central (Departamento de Salud y Seguridad Social)	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales) **C. Ejecutiva:** ■ La administración y la supervisión del sistema corresponde a la Dirección General de la Seguridad Social. ■ La aplicación corresponde a las 25 cajas u oficinas regionales de la Seguridad Social y a las 40 Cajas del Seguro de Desempleo

c) Sanidad

- La competencia normativa para la elaboración de la legislación básica corresponde al Estado.

- El desarrollo normativo se descentraliza tanto en España como en Suecia; en España, a favor de algunas Comunidades Autónomas y en Suecia a favor de los Condados que ejercen sus responsabilidades a través de los Consejos de Condado.

- Las competencias ejecutivas se encuentran descentralizadas en Alemania (*Länder*, Cajas Aseguradoras, Fondos de Compensación y Asistencia Social), en España y en Suecia.

- Francia y Reino Unido mantienen un régimen administrativamente centralizado aunque territorialmente desconcentrado. En Francia, la ejecución de la normativa sanitaria corresponde a las Direcciones Departamentales de la Acción Sanitaria y Social (delegaciones de la administración central) y en el Reino Unido al Servicio Nacional de Salud, que actúa a través de las autoridades sanitarias locales, establecidas a nivel de Condado, y directamente dependientes del mismo.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa: ■ Gobierno Federal (Ministerio de Sanidad) **C. Ejecutiva**: ■ *Länder* ■ Cajas Aseguradoras ■ Fondos de Compensación ■ Asistencia Social	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central ■ CCAA **C. Ejecutiva**: ■ CCAA	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Ministerio de Sanidad) **C. Ejecutiva**: ■ Gobierno Central a través de las Direcciones Departamentales de la Acción Sanitaria y Social.	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Departamento de Salud y de Seguridad Social) **C. Ejecutiva**: ■ Gobierno Central a través del Servicio Nacional de Salud	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales). ■ El desarrollo normativo corresponde a los Consejos de Condado **C. Ejecutiva**: ■ Consejos de Condado

d) Educación y formación

- La competencia normativa recae, en lo referente a la legislación básica, en los Estados.

- El desarrollo normativo se descentraliza en Alemania y España, en donde los *Länder* y las Comunidades Autónomas, respectivamente, asumen estas competencias. En los demás países, el desarrollo normativo corresponde al Estado.

- Las competencias ejecutivas corresponden al Estado en Francia. En Suecia, el Estado comparte estas competencias, que ejerce a través de la Dirección General de Educación y del

Instituto Nacional para las Cuestiones relativas a la Discapacidad, con los Ayuntamientos. En Alemania, España y el Reino Unido, las competencias ejecutivas están descentralizadas: *Länder*, Comunidades Autónomas y autoridades educativas locales, respectivamente.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa ■ Gobierno Federal (política y planificación educativa) ■ El desarrollo normativo corresponde a los *Länder* **C. Ejecutiva** ■ *Länder*	**C. Normativa** ■ Gobierno Central ■ CCAA **C. Ejecutiva** ■ CCAA	**C. Normativa** ■ Gobierno Central (Ministerio de Educación) **C. Ejecutiva** ■ Gobierno Central	**C. Normativa** ■ Gobierno Central (Departamento para la Educación y el Empleo) **C. Ejecutiva** ■ Autoridades educativas a nivel local	**C. Normativa** ■ Gobierno Central (Ministerio de Educación y Ciencia) **C. Ejecutiva** ■ Gobierno Central (Dirección General de Educación e Instituto Nacional para las Cuestiones relativas a las Personas con Discapacidad en el ámbito educativo) ■ Administración Municipal

e) Empleo

- La legislación básica en materia de empleo corresponde a los Estados.

- En lo que se refiere a las competencias para el desarrollo normativo, se observan dos casos de mayor descentralización:

  - El de Suecia, en donde el desarrollo normativo corresponde a las Delegaciones Provinciales de Trabajo, a las Oficinas de Empleo y a los Institutos del Mercado de Trabajo.
  - El de España, en donde, si bien la materia relativa a la protección por desemplo corresponden en exclusiva al Estado, otras áreas, concretamente las políticas activas de empleo, pueden tener desarrollo normativo por parte de algunas Comunidades Autónomas.

- Las competencias ejecutivas se encuentran totalmente centralizadas, a nivel competencial,

en Francia y Reino Unido, aunque las administraciones centrales las ejercen a través de sus Servicios de Empleo, territorialmente descentralizados.

- Estas competencias ejecutivas son compartidas por la Administración Central y otras administraciones: en España (Comunidades Autónomas), en Suecia (Unidades Provinciales de Trabajo, Oficinas de Empleo e Institutos del Mercado de Trabajo) y en Alemania (*Länder* y municipios).

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa: ■ Gobierno Federal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) **C. Ejecutiva**: ■ Gobierno Federal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Servicio Federal de Empleo) ■ *Länder* ■ Administración Municipal.	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (protección por desempleo y promoción de empleo y políticas activas) ■ CCAA (desarrollo normativo de las políticas activas de empleo) **C. Ejecutiva**: ■ Gobierno Central (INEM) ■ CCAA	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Ministerio de Empleo) **C. Ejecutiva**: ■ Gobierno Central	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Departamento para la Educación y el Empleo) **C. Ejecutiva**: ■ Servicios de Empleo (distribuidos a nivel local)	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Ministerio de Trabajo) ■ El desarrollo normativo corresponde a las Delegaciones Provinciales de Trabajo, a las Oficinas de Empleo y a los Institutos del Mercado de Trabajo. **C. Ejecutiva**: ■ Dirección General de Sanidad (servicios de inspección laboral) ■ Delegaciones provinciales de Trabajo, Oficinas de Empleo e Institutos del Mercado de Trabajo

f) Urbanismo, vivienda y transporte

- Las competencias normativas corresponden, en lo que se refiere a la legislación básica, a los Estados. En España, únicamente es éste el caso en materia de transporte, siempre que la normativa afecte a varias Comunidades Autónomas.

- El desarrollo normativo corresponde en todos los casos, a los diversos niveles administrativos descentralizados.

- Las competencias ejecutivas corresponden, atendiendo a la materia, a los diversos niveles administrativos descentralizados.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa: ■ Gobierno Federal (Ministerio Federal de Planificación Territorial, Construcción y Urbanismo y del Ministerio de Transportes). **C. Ejecutiva**: ■ *Länder* ■ Administración Municipal	**C. Normativa**: ■ El Gobierno Central tiene competencias normativas en materia de trasnporte en cuanto afecte a varias Comunidades Autónomas. ■ En el resto de los casos la competencia normativa corresponde a las CCAA y a las Entidades locales **C. Ejecutiva**: ■ CCAA ■ Entidades locales	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Ministerio de Vivienda) ■ El desarrollo normativo corresponde a los departamentos y a los municipios **C. Ejecutiva**: ■ Entidades Locales	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Departamento de Vivienda y Departamento de Medio Ambiente ■ El desarrollo normativo corresponde a las administraciones locales **C. Ejecutiva**: ■ Administraciones Locales	**C. Normativa**: ■ Gobierno Central (Ministerio de Vivienda y Gestión del Territorio y Ministerio de Transportes y Comunicaciones) ■ El desarrollo normativo corresponde a los ayuntamientos **C. Ejecutiva**: ■ Administración Municipal

g) Servicios sociales

- España es el único de los cinco países en el que la competencia normativa, incluido en el nivel básico, se encuentra totalmente descentralizada. El artículo 148 de la Constitución incluye esta materia entre las que las Comunidades Autónomas pueden atribuirse en sus Estatutos de Autonomía.

- En los demás casos la competencia normativa recae:

  - bien únicamente en el Estado, como es el caso de Francia;
  - bien en el Estado, para la legislación básica y en administraciones descentralizadas para el desarrollo normativo (Alemania, a través de sus *Länder* y de los municipios; Suecia, a través de los ayuntamientos; Reino Unido, a través de las autoridades locales).

- Las competencias ejecutivas corresponden en todos los casos a administraciones descentralizadas, en sus diversos ámbitos territoriales.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa: ■ Gobierno Federal ■ El desarrollo normativo recae en los *Länder* **C. Ejecutiva:** ■ *Länder* ■ Administración Municipal ■ Asociaciones privadas	**C. Normativa:** ■ CCAA **C. Ejecutiva:** ■ CCAA ■ Entidades locales	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central (Ministerio de Asuntos Sociales) **C. Ejecutiva:** ■ Entidades Locales	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central (Departamento de Salud y Seguridad Social) **C. Ejecutiva:** ■ Administraciones Locales (Departamentos de Servicios Sociales)	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales – Dirección General de Salud y Asistencia Social) ■ El desarrollo normativo corresponde a los Ayuntamientos **C. Ejecutiva:** ■ Administración Municipal

h) Protección jurídica

- La competencia normativa corresponde en todos los casos al Estado, con la excepción prevista para los Derechos Forales en la legislación civil española.

- La competencia ejecutiva corresponde en todos los casos al poder judicial. En Suecia conviene señalar la peculiaridad de la intervención de los ayuntamientos, que actúan a través de un servicio especializado en la supervisión y en la gestión de las distintas figuras de protección jurídica (apoyo, asesoramiento, mentor o administrador), bien sea proponiendo candidatos, bien derivando a posibles usuarios, bien financiando los servicios.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
C. Normativa: ■ Gobierno Federal **C. Ejecutiva:** ■ Poder judicial (Tribunales Tutelares)	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central **C. Ejecutiva:** ■ Poder judicial (Juzgados de familia)	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central **C. Ejecutiva:** ■ Poder Judicial (Juzgados de lo Civil)	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central **C. Ejecutiva:** ■ Poder Judicial (Tribunales de Protección)	**C. Normativa:** ■ Gobierno Central **C. Ejecutiva:** ■ Tribunales de Distrito ■ Ayuntamientos

II.4. Coordinación interinstitucional

- La gran diversidad normativa y competencial, tanto entre distintas administraciones intervinientes en la elaboración de las normas y en su aplicación, como entre los diversos departamentos de una misma administración, han llevado a la necesidad de crear y gestionar cauces de coordinación cuya función es precisamente tratar de garantizar cierta coherencia en las políticas sobre discapacidad. Esta necesidad se observa en todos los países analizados.

- Esta coordinación se organiza en los diversos ámbitos territoriales:

  - A nivel internacional, además de las iniciativas desarrolladas por la UE, destaca el Comité Nórdico para las Discapacidades que asesora a los gobiernos nórdicos en materias relacionadas con la accesibilidad al medio físico y coordina las actividades desarrolladas por los mismos.

  - A nivel estatal, destacan los siguientes aspectos:

    - En algunos países, existen organismos de coordinación de carácter general, es decir no sectoriales, cuya misión es garantizar la coordinación del conjunto de las políticas sobre discapacidad. Es el caso del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, en España, del Consejo Nacional sobre Discapacidad del Reino Unido, creado en 1995, con objeto de asesorar al Secretario de Estado en materias relacionadas con la discapacidad y con las estrategias aplicables con objeto de eliminar los actos de discrimación o del Comité Interministerial de Coordinación en materia de Adaptación y Readaptación, en Francia.

    - En todos los países, con excepción de España, existen, a nivel estatal, organismos de coordinación de carácter sectorial:

      - En el ámbito de lo socio-sanitario, cabe citar el Consejo para la Rehabilitación de las Personas con Discapacidad y el Centro Federal de Educación para la Salud (Alemania), el Comité Nacional de Organización Sanitaria y Social (Francia), el Comité Asesor en Servicios de Maternidad (Reino Unido).

      - En el ámbito del empleo asumen competencias de coordinación: el Consejo para la Rehabilitación de las Personas con Discapacidad ya mencionado (Alemania), el Consejo Superior para la Readaptación Profesional y Social de los Trabajadores con Discapacidad (Francia), el Consejo Nacional Asesor en materia de Empleo de

Personas con Discapacidad (Reino Unido), el Consejo Nacional para la Coordinación en materia de Promoción de Empleo y Rehabilitación Profesional (Suecia).

- ♦ En el ámbito educativo destacan: la Conferencia permanente de Ministros de Educación y Cultura de los *Länder* (Alemania) o el Instituto Nacional para las Cuestiones Relativas a las Personas con Discapacidad en el Ámbito Educativo (Suecia).

- ♦ En el ámbito del transporte cabe citar: el Grupo de Trabajo sobre Transporte Público Accesible a las Personas con Discapacidad (Alemania), el Comité de Enlace para el Transporte de las Personas con Discapacidad (Francia), el Comité Consultivo para el Transporte de las Personas con Discapacidad (Reino Unido).

- ♦ En el ámbito de las ayudas técnicas, sólo Suecia cuenta con un organismo encargado de la coordinación de las diversas actuaciones, el Instituto Sueco de Discapacidad.

- ♦ En el ámbito de la protección de los derechos intervienen: el Consejo Nacional sobre Discapacidad (Reino Unido) y el Defensor de las Personas con Discapacidad (Suecia).

- En los niveles administrativos descentralizados, los organismos de coordinación tienden a otorgar a las políticas sobre discapacidad un tratamiento global. Existen, de todos modos, algunos organismos que actúan en ámbitos sectoriales:

  - La Comisión consultiva de Seguridad y Accesibilidad constituida a nivel departamental (Francia) cuyas principales funciones consisten en dictaminar acerca de la aplicabilidad de las excepciones contempladas en la legislación sobre accesibilidad y sobre las reformas destinadas a garantizar la accesibilidad de las instalaciones de uso público y de las vías públicas;

  - Los Comités para el Empleo de las Personas con Discapacidad (Reino Unido);

  - Los Grupos de coordinación establecidos a nivel de municipio y de condado en materia de promoción de empleo y de rehabilitación profesional (Suecia).

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
Nivel federal ■ Consejo para la Rehabilitación de las Personas con Discapacidad adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ■ Conferencia Permanente de Ministros de Educación y Cultura de los *Länder* ■ Centro Federal de Educación para la Salud ■ Grupo de Trabajo sobre Transporte Público Accesible a Personas con Discpacidad **Nivel estatal *(Länder)*** ■ Comités Asesores sobre Personas con Discapacidad adscritos a las Oficinas Regionales de Empleo **Nivel local** ■ Comités Asesores sobre Personas con Discapacidad adscritos a las oficinas locales de empleo	**Nivel estatal** ■ Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía ■ Consejo Estatal de las Personas con Discapacidad (creación en junio 1999) **Nivel autonómico** ■ Comisiones interdepartamentales e interadministrativas en materia de bienestar social **Nivel local** ■ Comisiones interdepartamentales en materia de bienestar social	**Nivel estatal** ■ Comité Interministerial de Coordinación en materia de Adaptación y Readaptación ■ Consejo Superior para la Rehabilitación Profesional y Social de los Trabajadores con Discapacidad ■ Comité de Enlace para el Transporte de las Personas con Discapacidad ■ Sección Social del Comité Nacional de Organización Sanitaria y Social ■ Centro Técnico Nacional de Estudios y de Investigación sobre las Personas con Discapacidad y las Inadaptaciones **Nivel local** ■ Sección Social del Comité Regional de la Organización Sanitaria y Social ■ Centro Regional para la Infancia y la Adolescencia Inadaptada ■ Comisión Consultiva de Seguridad y Accesibilidad	**Nivel estatal** ■ Consejo Nacional sobre Discapacidad ■ Consejo Nacional Asesor en materia de Empleo de las Personas con Discapacidad ■ Comité Asesor en Servicios de Maternidad ■ Comité Asesor en materia de Transporte **Nivel local** ■ Comités para el Empleo de las Personas con Discapacidad ■ Comisiones Conjuntas Socio-sanitarias	**Nivel internacional** ■ Comité Nórdico para las Discapacidades **Nivel estatal** ■ Dirección General de Salud y Asistencia Social ■ Consejo de Personas con Discapacidad ■ Instituto Nacional para las Cuestiones relativas a las Personas con Discapacidad en el Ámbito Educativo ■ Comisión de Coordinación para la Promoción de Empleo y la Rehabilitación Profesional ■ Defensor de las Personas con Discapacidad ■ Instituto Sueco de Discapacidad

II.5. Cauces de participación de las entidades privadas

- La participación de las entidades privadas destaca sobre todo en Alemania. En este sistema, se aplica el denominado principio de subsidiariedad en virtud del cual la administración pública sólo interviene subsidiariamente en la prestación de los servicios (aun siendo la financiación de las organizaciones eminentemente pública). En los demás países, la participación del sector privado, aun siendo importante, no alcanza tal relevancia, aplicándose un principio de responsabilidad pública.

- La participación de las entidades privadas se da en dos vertientes:

  - Participan en los procesos de elaboración normativa a través de los órganos consultivos;
  - Participan activamente en la prestación de servicios.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
■ 6 grandes Federaciones de Asociaciones (agrupación ideológica) ■ Federaciones paraguas (agrupación por sector de intervención) ■ Pequeñas organizaciones de autoayuda no afiliadas a las Federaciones ■ Grupo de Trabajo de Previsión Social Voluntaria ■ Asociación Alemana de Asistencia Social Pública y Privada	■ Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía ■ Consejo Estatal de las Personas con Discapacidad (IMSERSO), creado en junio 1999 ■ Consejo Estatal de Representantes de Minusválidos (CERMI) que reagrupa a las principales federaciones de personas con discapacidad	■ Consejo Nacional Consultivo de Personas con Discapacidad	■ Consejo Nacional sobre Discapacidad	■ Órgano de Colaboración de las Federaciones de Personas con Discapacidad ■ Consejo de Personas con Discapacidad ■ Dirección General del Mercado de Trabajo y Consejos Regionales de Trabajo

III. MARCO NORMATIVO

- Con carácter general parece oportuno distinguir tres aspectos:
  - Los derechos de las personas con discapacidad;
  - Las obligaciones de los poderes públicos;
  - Los principios aplicados en las políticas para la discapacidad.

- Esta distinción parece tanto más oportuna por cuanto que, en la actualidad, se está asistiendo, en cierta medida, a un cambio de orientación en determinadas legislaciones tradicionalmente basadas en el establecimiento de obligaciones para los poderes públicos hacia modelos basados en el reconocimiento de los derechos subjetivos. Nos referimos, claro está, a las normativas antidiscriminación que, desde Estados Unidos y Canadá han empezado a desteñir en la legislación británica, pero también en la sueca, en la alemana o en la francesa, por lo menos en áreas determinadas y, fundamentalmente, en el área laboral.

- Reconocimiento de los derechos:

  - Puede decirse que el texto constitucional español fue el primero de los de su rango en pronunciarse expresamente en la materia, al reconocer el derecho a la no discriminación por razón de cualquier condición o circunstancia personal o social.
  - Por su parte, Suecia ha optado por la introducción de una normativa antidiscrimanción en el ámbito laboral específicamente destinada a garantizar el derecho a la integracón laboral de las personas con discapacidad.
  - Francia aprobó en 1990 una ley sobre la protección de las personas contra la discriminación en razón de su estado de salud o de su discapacidad.
  - Alemania introduce el principio de no discriminación en su última reforma constitucional.
  - Reino Unido, en 1995, aprueba una normativa antidiscriminación en el ámbito de la discapacidad, respondiendo así a una reivindicación que el movimiento defensor de los derechos de las personas con discapacidad mantenía desde hacía una década.

- Obligaciones de los poderes públicos

  - Todas las legislaciones imponen a los poderes públicos obligaciones destinadas a garantizar la atención de las personas con discapacidad.
  - En el Reino Unido, Alemania, Francia y Suecia esta obligación se explicita en todos aquellos ámbitos que no recaen en el campo de aplicación de la normativa antidiscriminación, es decir, en la gran mayoría de las áreas de intervención;

- En España, la obligación básica se expresa en el artículo 9.2 de la Constitución: "Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; 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".

■ Principios de actuación

- De forma expresa o no, todos los ordenamientos parecen coincidir en los siguientes principios:
  - Principio de integración;
  - Principio de individualización de la atención;
  - Principio de participación.
- Destacan dos particularidades:
  - El principio de subsidiariedad de la intervención del sector público en la prestación de los servicios, en Alemania.
  - La concepción social de la discapacidad explícitamente reconocida en el ordenamiento sueco, al igual que en el resto de los ordenamientos escandinavos, por el que se considera que la discapacidad no es una característica atribuible al individuo, sino una inadecuación ambiental, del entorno, a la gran diversidad de las necesidades que presentan los ciudadanos.

Elementos del modelo normativo

Elementos	ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
Derechos	■ Derecho constitucional a la no discriminación por razón de la discapacidad en el ámbito laboral	■ Derecho constitucional a la no discriminación por razón de cualquier condición o circunstancia personal o social (art. 14)	■ Derecho a la no discriminación (Ley relativa a la protección de las personas contra la discriminación en razón de su estado de salud o de su discapacidad de 1990)	■ Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos fundamentales y civiles que el resto de los ciudadanos ■ Derecho subjetivo en el ámbito del empleo y del acceso a los servicios	■ Derecho subjetivo en el ámbito del empleo (normativa antidiscriminación de 1999)

Elementos	ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
Obligación pública	■ El Código social establece para los poderes públicos la obligación de adoptar las medidas pertinentes a fin de: • prevenir, eliminar o aliviar la discapacidad, así como a evitar su agravación y reducir sus efectos; • poder integrarse en la comunidad, en particular en la vida laboral.	■ La Constitución Española establece en su artículo 9.2: "Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida polítca, económica, cultural y social".	■ La legislación francesa establece como obligación pública: • la prevención • el diagnóstico • la atención • la educación, formación y orientación profesional • el empleo • la garantía mínima de ingresos • la integración social • el acceso a los deportes y al ocio.	■ Los poderes públicos deben garantizar la atención a las personas con discapacidad en los ámbitos de atención no abarcados por la normativa antidiscriminación.	■ Los poderes públicos deben garantizar la atención a las personas con discapacidad en los ámbitos de atención no abarcados por la normativa antidiscriminación.
Principios	■ Integración social ■ Finalidad ■ Intervención en fase temprana ■ Atención individualizada	■ Integración social ■ Prioridad en la atención en el medio ordinario ■ Atención individualizada ■ Promoción de la sensibilización social ■ Promoción de la iniciativa privada y de los grupos de autoayuda	■ Integración en la comunidad ■ Atención individualizada	■ Participación social ■ Integración social ■ Atención individualizada	■ Integración social ■ Participación ■ Normalización ■ Atención individualizada ■ Concepción social de la discapacidad

Todos los países cuentan, a pesar de la diversidad competencial y normativa, con un marco legislativo definido, de carácter específico, referido a la prevención y a la atención a las personas con discapacidad.

■ En Alemania, este marco fue introducido con el Tratado de Unificación en 1990 y

completado por la introducción en el texto constitucional de una reforma por la que, en 1994, se proclamaba el principio de no discriminación por razón de la discapacidad.

- En España, el marco regulador básico viene dado por los artículos 9.2 y 14 de la Constitución que establecen la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, y de 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 y el derecho a la no discriminación. Este marco vino a completarse con la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982 y, posteriormente, por las leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas.

- En Francia, el marco básico fue introducido en 1975, por la Ley de Orientación a favor de las Personas con Discapacidad.

- En el Reino Unido, la legislación básica específica es muy reciente. Se introduce con la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con Ciertos Impedimentos Funcionales, en vigor desde 1994 y se completa con la normativa antidiscrimación en el ámbito laboral en vigor desde fechas recientes (comienzos del año 1999).

- A continuación, se recogen en tres cuadros diferenciados las referencias correspondientes a la legislación básica en los términos indicados en los apartados anteriores, a los textos normativos de carácter general que abarcan, en su ámbito personal de aplicación, a las personas con discapacidad y que, en ocasiones, incluyen disposiciones especiales para dicho colectivo, y, finalmente, a los textos normativos de carácter específico.

Legislación básica

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
■ Código Social (1975) ■ Tratado de unificación (1990) introduce un marco legislativo homogéneo para la atención a las personas con discapacidad ■ Modificación constitucional para introducir el principio de no discriminación por razón de la discapacidad (1994)	■ Constitución Española: • Art. 14: no discriminación • Art. 9.2. Obligación de los poderes públicos ■ Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982 ■ Leyes de Servicios Sociales de las CCAA	■ Ley de Orientación a favor de las Personas con Discapacidad (1975)	■ Diversidad normativa ■ Ley sobre Discriminación por Razón de la Discapacidad (1995)	■ Diversidad normativa ■ Ley de Ayuda y Servicios a Personas con Ciertos Impedimentos Funcionales (1994) ■ Ley del Subsidio de Asistencia (1994) ■ Ley Antidiscriminación en el Ambito Laboral (1999)

Normativa general

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
■ Ley Básica o Constitución de 1949 ■ Ley de Compensación a las Víctimas de Crímenes de 16 de mayo de 1976 ■ Ley Federal de Previsión para la Víctimas de Guerra de 22 de enero de 1982 ■ Código Social ■ Tratado de la Unión de 3 de octubre de 1990 ■ Ley de Mujeres Embarazadas y Ayuda Familiar de junio de 1992 ■ Ley de Tutela de 1992 ■ Ley de Promoción de la Transición Gradual a la Jubilación de 1 de agosto de 1996 ■ Ley de Desarrollo y Empleo de 1997 ■ Código de Seguros ■ Ley del Seguro de los Trabajadores ■ Ley de Subsidios de Vivienda ■ Ley para la Promoción del Empleo	■ Constitución de 1978 ■ Código Civil ■ Código Penal ■ Estatuto de los Trabajadores ■ Ley General de Sanidad ■ LOGSE ■ Legislación de Seguridad Social ■ Estatutos de Autonomía ■ Leyes de Servicios Sociales de las CCAA	■ Código de la Seguridad Social ■ Código de la Familia y de la Ayuda Social ■ Código de Seguros ■ Código del Trabajo ■ Código de la Construcción y de la Vivienda. ■ Código de Urbanismo ■ Código General de Impuestos ■ Código de la Salud Pública	■ Ley de Seguridad Social de 1986 ■ Reglamento General de Ayudas para la Vivienda de 1987 ■ Ley de Reforma Educativa de 1988 ■ Ley de Administración Local y Vivienda de 1989 ■ Ley de Seguridad Social de 1989 ■ Ley sobre la Infancia de 1989 ■ Reglamento de la Construcción de 1991 ■ Ley de Educación Superior de 1992 ■ Ley de Administración de la Seguridad Social de 1992 ■ Reglamento General de la Prestación para el Pago de los Impuestos Locales de 1992 ■ Ley de Contribuciones y de Prestaciones de la Seguridad Social de 1992 ■ Ley del Servicio Nacional de Salud y de la Atención Comunitaria de 1990 ■ Ley de Educación de 1993 ■ Ley de Cuidadores de 1995 ■ Ley de Educación de 1996	■ Ley de Subsidios Familiares de 1947 ■ Ley General de la Seguridad Social aprobada el 25 de mayo de 1962 ■ Ley de Construcción y Urbanismo de 1966 ■ Ley del Seguro de Desempleo de 5 de junio de 1973 ■ Ley de Seguridad en el Empleo de 1974 ■ Ley relativa a las Medidas de Promoción de Empleo de 1974 ■ Ley de Interrupción del Embarazo de 1974 ■ Ley de Seguros Familiares de 1974 ■ Ley de Accidentes de Trabajo de 1976 ■ Ley de Tráfico de 1977 ■ Ley sobre el Medio Ambiente Laboral de 1978 ■ Ley de Transportes Colectivos de 1979 ■ Ley de Servicios Sociales aprobada el 19 de junio de 1980 ■ Ley de Servicios Médicos y Sanitarios aprobada el 30 de junio de 1982 ■ Ley de Subsidios Sociales de 1982 ■ Ley General de Educación Escolar de 1985 ■ Ley sobre Responsabilidad Parental modificada en 1989 ■ Ley de Asistencia Juvenil de 1990 ■ Ley de Gobierno Local de 1992 ■ Ley de Educación de Superior de 1993 ■ Ley de Bases sobre la Reforma de las Pensiones, aprobada el 8 de junio de 1994 ■ Código de Familia y Tutela ■ Ley de Horarios de Trabajo ■ Ley de Vacaciones Anuales ■ Ordenanza del Mercado de Trabajo

Normativa específica

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
■ Ley Federal de Asistencia Social de 30 de junio de 1961 ■ Ley para las Personas con Discapacidades Severas de 29 de abril de 1974 ■ Ley de Armonización de las Prestaciones de Rehabilitación de 7 de agosto de 1974 ■ Regulación de la Ayuda para la Integración ■ Regulación de la Tasa Compensatoria para Personas con Discapacidad ■ Ley de Ortopedia de 1989 ■ Orden para la Rehabilitación Industrial y Profesional de las Personas con Discapacidad ■ Ley de Asistencia Jurídica de 1 de enero de 1992 ■ Ley de 26 de mayo de 1994 reguladora del Seguro de Dependencia ■ Acuerdos Generales tendentes a coordinar las actuaciones de diferentes organismos. Cabe destacar los siguientes: • Acuerdo General sobre Información y Servicios de Orientación relativos a los Subsidios de Rehabilitación • Acuerdo General sobre Prestaciones Provisionales • Acuerdo General sobre Planificación Integral. • Acuerdo General sobre Cooperación del Servicio Federal de Empleo para la Rehabilitación Profesional • Acuerdos Generales para la Observancia de los Principios Básicos de Economía y Ahorro en las Medidas de Rehabilitación Médica y Profesional	■ Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos ■ Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre, de Ordenación de la Educación Especial ■ 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 ■ Real Decreto 631/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional ■ Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales ■ Ley 15/1995, de 30 de mayo, sobre Límites del Dominio sobre Inmuebles para Eliminar Barreras ■ Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales ■ En la actualidad la mayor parte de la legislación en materia de discapacidad se promulga a nivel autonómico, de modo que conviene remitirse a los cuerpos normativos de las Comunidades Autónomas para alcanzar una visión de conjunto del panorama legislativo vigente.	■ Ley nº 75-534 de 30 de Junio de 1.975, de Orientación en favor de las Personas con Discapacidad ■ Ley 89-486, de 10 de julio de 1989, de Orientación en materia de Educación ■ Ley nº 90-602 de 12 de Julio de 1990, relativa a la Protección de las Personas contra la Discriminación en Razón de su Estado de Salud o de su Discapacidad ■ Ley nº 87-517 de 10 de Julio de 1987, en favor del Empleo de los Trabajadores con Discapacidad ■ Código de Pensiones de Invalidez Militares y de Víctimas de Guerra	■ Ley sobre el Empleo de las Personas con Discapacidad de 1944 ■ Ley sobre Enfermos Crónicos y Personas con Discapacidad de 1970 ■ Ley de Servicios, Participación y Representación de las Personas con Discapacidad de 1986 ■ Circular 10/90, de 18 de junio, del Departamento del Medio Ambiente y del Departamento de la Salud sobre Adaptación de las Viviendas para las Personas con Discapacidad de 1990 ■ Ley sobre Discriminación por razón de la Discapacidad de 1995	■ Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales aprobada el 27 de mayo de 1993 ■ Ley del Subsidio de Asistencia aprobada el 27 de mayo de 1993 ■ Ley del Defensor de las Personas con Discapacidad ■ Ordenanza de Adaptación de los Servicios Públicos de Transporte a las Condiciones de la Discapacidad ■ Ley antidiscrimanción en el ámbito laboral por razón de la discapacidad

1. PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

José María Alonso Seco
Oficina del Defensor del Pueblo

NOTA PRELIMINAR

La información contenida en el Documento 51/99. *Legislación relativa a la Política para la Discapacidad, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia,* que sirve de base para la comparación entre los sistemas existentes en dichos países y España, no sólo se refiere a la prevención de deficiencias, en el sentido estricto de este último término, sino también a la de enfermedades. A efectos de evitar posibles dispersiones, las páginas que siguen se ceñirán a la prevención de deficiencias.

1. REGULACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

Al igual que en los cuatro países de referencia (Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia), la prevención de las deficiencias en España se constituye como una obligación del Estado, pero también como un derecho y deber de todo ciudadano (Ley de Integración Social de los Minusválidos, art. 8).

Se desconoce cuál es la fuerza jurídica obligacional que, en los países citados, tiene el citado deber de la Administración. Por lo que se refiere a España ha de decirse, con carácter general, que se trata de una obligación que no genera derechos subjetivos correlativos en el ciudadano. Está incluida en la noción de obligaciones administrativas prestacionales, sólo exigibles cuando el servicio ha sido previamente establecido por la Administración. Nuestra Constitución no les concede tampoco naturaleza de derechos subjetivos, al encuadrar la sanidad, la seguridad social, el derecho a la seguridad en el trabajo y la protección de los minusválidos en la categoría de "principios rectores de la política social y económica", con garantías jurídicas más limitadas.

No obstante lo anterior, determinadas modalidades preventivas se constituyen en derechos estrictos. Así sucede con algunos aspectos de la prevención sanitaria, y con la prevención de riesgos laborales, configurada como un derecho del trabajador y una correlativa obligación del empresario.

2. NORMATIVA REGULADORA DE LA PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

Vistas las normas que se citan en el informe, se llega a la conclusión de que prácticamente todos los países las refieren a determinados ámbitos coincidentes: 1) Leyes específicas sobre *discapacidad* en su conjunto o algunos aspectos de ella (Alemania, Francia, Reino Unido); 2) Leyes

sobre *sanidad* (Alemania, Francia, Reino Unido, Suecia); 3) Leyes sobre *seguridad social* (Alemania, Francia, Reino Unido); 4) Leyes relativas al *trabajo, salud o ambiente laboral* (Alemania, Francia, Suecia); 5) Leyes sobre *asistencia social* (Alemania, Suecia).

Existen otros ámbitos que sólo son citados en alguno de los países: *protección social del consumidor* (Reino Unido), y *construcción y urbanismo* (Suecia),

No se diferencia, en la descripción de los países, si las normas provienen de los poderes centrales del Estado, o también de sus divisiones territoriales, en el caso de que existan, aunque es de suponer que en Alemania tienen competencias normativas también los estados federados.

En España no podía ser de otra manera, especialmente en lo que se refiere a los cinco ámbitos comunes más arriba señalados. Así ha de ser, dado que la prevención de deficiencias abarca todos esos campos o áreas, por lo cual habrá de contemplarse en las normas que regulan cada uno de ellos. Procede, por tanto, llegar a una primera conclusión: nuestra normativa no es diferente, en ese sentido, de la existente en dichos países. Pero con una importante matización: España está configurada como un "Estado compuesto", según expresión acuñada por la doctrina jurídica jurisprudencial, organizado territorialmente en distintas Comunidades Autónomas, las cuales tienen competencias exclusivas, o compartidas con el Estado, en todas las materias citadas.

Siguiendo, a efectos metodológicos, el esquema arriba diseñado, las principales normas reguladoras de la prevención en nuestro país son las siguientes:

1) *Leyes específicas sobre discapacidad*

Con el carácter de *legislación estatal* se encuentra la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. Contiene un título específico dedicado a la prevención de minusvalías. Establece la obligatoriedad de elaborar Planes Nacionales de Prevención, y define sucintamente los contenidos de la prevención de deficiencias.

Como *legislación autonómica* es preciso hacer mención a la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. Dedica un capítulo específico a la prevención de discapacidades. Describe, asimismo, las medidas que han de tomarse.

2) *Leyes sobre sanidad*

En cuanto *legislación básica estatal*, se ha promulgado la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. La prevención de deficiencias está enmarcada en la noción más amplia de prevención de la enfermedad, pero también contiene algunas referencias explícitas, entre ellas "los programas

de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas", como actuación pública del sistema de salud (art. 18.5). También se refiere a la prevención de la salud laboral.

La *legislación autonómica* de ordenación sanitaria sigue la misma línea que la Ley General de Sanidad, repitiendo, incluso, su misma formulación. Las han promulgado algunas Comunidades Autónomas. Son también importantes las *leyes autonómicas de salud escolar*, que contienen referencias directas a la prevención.

3) *Leyes sobre Seguridad Social*

Hasta el momento sólo existe legislación estatal. Como texto más importante se cita el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Contiene disposiciones sobre prevención de accidentes de trabajo, tanto medidas de fomento (menor cotización a la Seguridad Social si es efectiva la disminución de accidentes), como punitivas (recargo sobre prestaciones cuanto se incumplen las medidas de seguridad). La enfermedad profesional, además, es objeto de tratamiento especial en cuanto a la obligatoriedad de reconocimientos previos y jurídicos por las empresas, y a la posibilidad de bajas laborales durante períodos de observación

4) *Leyes relativas al trabajo, salud o ambiente laboral*

La norma básica es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Contempla la prevención desde distintos aspectos: vigilancia de la salud de los trabajadores, control de las condiciones de seguridad de locales, equipos de trabajo y medios personales de protección, prevención de colectivos especialmente vulnerables. Debe hacerse especial mención a la mayor novedad que introduce la Ley; creación de servicios de prevención en las empresas, en los que es prioritaria la participación de empresarios y trabajadores, junto a los técnicos de prevención.

5) *Leyes sobre asistencia social*

Promulgadas sólo en el ámbito autonómico. La prevención de deficiencias queda en ellas más desdibujada por la propia noción de asistencia social existente en nuestro país, concebida como prestaciones (económicas y de servicios sociales) dirigidas a personas en estado de necesidad.

Al igual que en Suecia, también en nuestro país ha tenido gran repercusión la legislación relativa a *accesibilidad y urbanismo*, pero no son, en nuestro caso, leyes de carácter preventivo, en el sentido estricto de este término. Sin embargo, respecto de las normas sobre *consumidores y usuarios*

(citadas en el Reino Unido), ha de decirse que, en España, la protección de la salud de los consumidores y usuarios goza de garantías constitucionales (Constitución, artículo 51.1 y 2), y se encuentra regulada por la Ley 26/1984, de 19 de julio, General de los Consumidores y Usuarios y por las leyes autonómicas de Consumidores y Usuarios. La protección de la salud de consumidores y usuarios es, ciertamente, un concepto más amplio que el de prevención de deficiencias, pero guardan indudable conexión entre sí.

Más importante nos parece, aunque no se encuentre reflejado en ninguno de los países objeto de comparación, las normas sobre *seguridad en el tráfico vial*, legislación estatal en nuestro país (Constitución, art. 149.1.21ª). Se cita, al respecto, el 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 principio, se trata de una norma sancionadora, pero ha introducido el importante concepto de seguridad vial, muy asociado al de prevención.

a) Prevención sanitaria

1) *Vacunación contra enfermedades contagiosas*

Procede realizar la comparación con los países de referencia en tres aspectos: distribución competencial en el diseño de política de vacunaciones, carácter obligatorio o voluntario de éstas, tipos de vacunas.

– *Distribución competencial*

La situación en nuestro país no es como la de Alemania, donde la competencia corresponde a los estados federados; ni tampoco como las de Francia o Reino Unido, donde se residencia en Departamentos de la Administración Central.

En España la competencia está compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas: los servicios de vigilancia y análisis epidemiológico corresponden a la Administración del Estado (Ley General de Sanidad, art. 40.12), pero el establecimiento de los programas de vacunación, su prescripción y aplicación, corresponde a las Comunidades Autónomas. En la práctica, y a efectos de coordinación, este asunto se trata y decide en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Por lo mismo, la legislación se encuentra en el ámbito estatal: Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de la Sanidad Nacional, Ley 22/1980, de 24 de abril, sobre vacunaciones obligatorias, impuestas y recomendadas. También en el ámbito autonómico.

Debe hacerse una excepción a lo dicho anteriormente: las medidas preventivas y profilácticas por razones de salud pública en el tráfico internacional de personas son competencia exclusiva del Estado, por tratarse de la llamada sanidad exterior (Constitución, art. 149.1.16ª, Ley General de Sanidad, art. 8.1; Real Decreto 1418/1986. de 13 de junio, sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior, art. 6.4). En este punto se diferencia también de Alemania, donde tales competencias se atribuyen a los estados federados, y parece ser coincidente con la de Francia y el Reino Unido.

Las vacunaciones previstas o recomendadas en los programas de los servicios autonómicos de salud forman parte de la atención sanitaria financiada con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, y son dispensadas en la atención primaria de salud (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo 1.2).

– *Carácter de las vacunaciones*

La legislación española es más similar, con las matizaciones que luego se dirán, a la de Alemania y Suecia, países en los que las vacunaciones no tienen carácter voluntario, y algo menos parecida a la de Francia y Reino Unido, países en los que existen vacunas de carácter obligatorio.

La Ley General de Sanidad establece el principio de voluntariedad en los tratamientos sanitarios, salvo que, entre otros motivos, la negativa a recibirlos suponga un riesgo para la salud pública (art. 10.5 y 9). En correspondencia con este derecho reconocido al ciudadano, la base IV de la ley de 25 de noviembre de 1944, según modificación dada por la Ley 22/1980, de 24 de abril, establece que la viruela, la difteria, y las infecciones tíficas y paratíficas no son obligatorias, pero pueden ser declaradas como tales por el Gobierno cuando, por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades, o por el estado epidémico del momento o previsible, se juzgue conveniente. En el resto de infecciones podrán ser recomendadas por el Gobierno, pero es posible que, atendidas las circunstancias epidemiológicas, puedan también ser impuestas por las autoridades sanitarias.

En las coordenadas descritas en el párrafo precedente ha de mencionarse la ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. Se determina en ella que "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos..." (art. 3).

En el sentido expuesto se pronuncian algunas de las normas autonómicas sobre calendario de vacunaciones, en las cuales se afirma expresamente que las vacunaciones establecidas son voluntarias.

En aquellos casos en que las vacunas forman parte del programa autonómico de vacunaciones, son siempre gratuitas.

– *Tipos de vacunas*

La legislación española es bastante coincidente con la de los países en comparación, con alguna excepción: mientras en Alemania, Francia y Reino Unido (de Suecia no existe información) se vacuna contra la tuberculosis, los calendarios de vacunaciones de las Comunidades Autónomas, con excepción del País Vasco, no contemplan dicha vacuna, tradicional en las campañas epidemiológicas de la primera mitad de siglo y prevista todavía, aunque se aplica sólo para especiales situaciones de riesgo, en el Real Decreto 2121/1978, de 22 de agosto (art. 2) y en la Orden, de desarrollo de éste, de 24 de octubre de 1978 (art. 7.c)

Las restantes vacunas, salvo alguna excepción, son prácticamente las mismas: contra la difteria, tétanos, tosferina, polio trivalente, triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis) y, la más recientemente incorporada, contra la Hepatitis B.

Ha de destacarse, asimismo, que los calendarios de vacunas (según edades del niño) que han sido publicadas por las distintas Comunidades Autónomas no son del todo coincidentes, si bien responden a parámetros y rangos de edad similares.

2) *Programas de orientación y planificación familiar*

De la información ofrecida sobre los países objeto de comparación se desprende que, tanto entre ellos como en relación a España, no puede considerarse que exista regulación jurídica ni actuaciones unitarias, si bien existe un núcleo esencial que los hace homologables. Se hace preciso diferenciar los distintos apartados que conforman estos programas: Orientación genética; información y asesoramiento a las futuras madres; e interrupción voluntaria del embarazo.

– *Orientación genética*

En el documento elaborado sólo se menciona su realización en Alemania, si bien en el inciso siguiente también se cita en Francia. Se llevan a cabo con personas que presentan factores de riesgo de carácter hereditario, en las clínicas universitarias (Alemania). En España la situación es similar. Ha de decirse que este ámbito de la prevención de deficiencias se encuentra bastante bien desarrollado. Se aplica, asimismo, a los grupos de riesgo. Su realización, en relación con las técnicas de diagnóstico prenatal (invasivas y no invasivas), es de carácter totalmente voluntario. Se contempla como una de las prestaciones sanitarias financiada por la Seguridad Social o con cargo a fondos estatales adscritos a la sanidad, dispensada en el ámbito de la atención especializada de salud (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo I, 5.3.5º g). Se realiza en los Servicios de Genética de determinados hospitales públicos (por lo general, aunque no necesariamente, universitarios) y

también en algunos privados. Su distribución geográfica y funcional permite que, en la actualidad, todas las personas con riesgo de carácter hereditario puedan acceder a ellos.

La orientación genética se realiza por médicos especializados, después del análisis y comprobación de los correspondientes cariotipos, que se obtienen mediante muestras del líquido amniótico (amniocentesis), del corion (biopsia corial), o de la sangre del cordón umbilical (funiculocentesis).

– *Información y asesoramiento a futuras madres*

En esta materia no existe el mismo grado de semejanza de nuestro país con los de referencia. La acción más efectiva parece darse en Alemania, donde existen cursos obligatorios de educación sexual en los centros escolares; en el Reino Unido el asesoramiento es ofrecido por los médicos generalistas; en Suecia se afirma que, en materia de anticoncepción, el servicio es accesible y gratuito para todos los ciudadanos a través de los servicios de salud pública.

En España no existe, en los diseños curriculares de la enseñanza obligatoria, una materia específica al respecto. La planificación familiar fue ya uno de los contenidos de la prevención previstos en la Ley de Integración Social de los Minusválidos (art. 9.3), se encuentra presente en la Ley General de Sanidad (art. 18.7), es una de las prestaciones del sistema público de salud (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo I, 5.3.5º.g), que se imparte tanto desde la atención primaria de salud (programa de atención a la mujer) como de la especializada.

Quedan subsistentes, todavía, los Centros de Orientación Familiar de Comunidades Autónomas y Ayuntamientos de población numerosa. Se tiende a su integración en la red de atención primaria, pero sin perder su propia identidad funcional. En las Comunidades Autónomas existe normativa que regula estos centros o servicios, tanto en las Leyes autonómicas sanitarias como en disposiciones específicas dictadas al respecto.

3) *Interrupción voluntaria del embarazo*

La existencia de esta práctica es común en los cuatro países de comparación y en el nuestro, si bien las circunstancias en que puede realizarse no son unívocas. Dado que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es materia más amplia que la relativa a prevención de deficiencias, el análisis que sigue se circunscribe únicamente al supuesto de IVE que guarda conexión con aquélla, el de malformación congénita del feto.

Alemania y Francia tienen tasados los supuestos de IVE, entre ellos el de malformación congénita del feto. En el Reino Unido la formulación es más amplia: puede llevarse a cabo cuando

la salud física o mental de la madre o del niño puedan verse afectados. En Suecia el aborto es libre hasta la semana 18ª de gestación; pasado ese tiempo, requiere autorización sanitaria, que se da en supuestos de anomalías que pongan en peligro la salud de la madre o del niño.

En España la situación es más comparable a la de Alemania y Francia (con matices respecto de Alemania, donde también se contempla como supuesto de aborto legal el originado por motivos sociales y psicológicos). En nuestra legislación no es punible el aborto cuando exista presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, además de los supuestos de violación y grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la madre (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio).

En comparación con los países de referencia, y ateniéndonos únicamente al supuesto de IVE por presunción de malformaciones congénitas en el feto, el sistema establecido en España es bastante similar al de Alemania, pero sin que tampoco difiera mucho del de otros países. Según la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, ha de practicarse dentro de las veintidós semanas del embarazo (Alemania, Reino Unido, Suecia; en Francia no constan datos); se exige el dictamen de dos especialistas, distintos de quien efectúa la IVE (Francia, Reino Unido; en Alemania se exige sólo uno); ha de realizarse en centros públicos o privados acreditados (todos los países), conforme a las normas del Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre; se exige el previo asesoramiento a la mujer, por personal sanitario, sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción (Alemania, Suecia), según el artículo 9 del Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre; es una prestación del sistema público de salud (todos los países), conforme al Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo I, 5.3.5º.g).

4) *Atención al embarazo y parto; diagnóstico prenatal y detección de anomalías congénitas*

La información obtenida de los países comparados no es uniforme. Es bastante sucinta en Alemania y Suecia, extensa en Francia y Reino Unido. En los cuatro se ofrece información sobre *atención al embarazo*, sin hacer mención a los otros dos aspectos del epígrafe. La referencia a las atenciones durante el parto es circunstancial.

Sobre dicha actuación, en Alemania se menciona la competencia de los *länder* en la materia, mientras que en Suecia existen centros específicos —los Centros de Maternidad— para la atención adecuada de la mujer embarazada. El número de controles que se hacen a la gestante viene a ser similar, alrededor de uno mensual, algunos de ellos realizados por médicos y el resto por enfermeras especializadas.

En Francia las actuaciones sobre la gestante en el momento del embarazo se encuentran reguladas por Decreto; se realizan siete controles, algunos por médicos, y el resto por comadronas. Existe un plan quincenal de actuación, con establecimiento de objetivos, controles y sistemas de evaluación.

En el Reino Unido se mencionan las distintas medidas que se toman; entre ellas conviene destacar la recomendación de la amniocentesis a las mujeres mayores de treinta y cinco años, realizada en la decimosexta semana del embarazo, para detectar si en el feto existen malformaciones congénitas y así ofrecer información a la gestante sobre la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo.

En España la *atención al embarazo y al parto* es una actuación del sistema público de salud, en el nivel de atención primaria y el de especializada (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo 1.2.1º y 3), residente en su mayor parte en los centros sanitarios de la Seguridad Social (Instituto Nacional de la Salud, u órgano equivalente de la Comunidad Autónoma en aquellas Comunidades en que el INSALUD ha sido traspasado). La competencia en la materia se ejerce, pues, por las Administraciones central y autonómicas; se encuentra regulada en la Ley General de Sanidad y en las leyes autonómicas de ordenación sanitaria. Los controles sobre la embarazada se realizan de manera regular; no están contemplados por Real Decreto, pero figuran en los protocolos sanitarios, los cuales siguen pautas semejantes a los de los países comparados. Se encuentra establecida, desde 1978 (Orden de 24 de octubre de 1978), la "Cartilla Sanitaria de la Embarazada", lugar donde deben figurar dichos controles, así como otros posibles datos de riesgo (determinación de anticuerpos frente a rubéola, toxoplasmosis, Rh negativo, etc.)

El *diagnóstico prenatal*, en cuanto se refiere a la realización de técnicas invasivas, es también una actuación pública. Se encuentra contemplada como medida del sistema público de salud (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo 1.3.5ºc). La Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, facultó al Gobierno para elaborar la lista de enfermedades genéticas o hereditarias que puedan ser detectadas con el diagnóstico prenatal, a efectos de prevención o terapéuticas (disposición final primera, letra c). Su realización tiene carácter totalmente voluntario, y no existe recomendación genérica en la norma, al contrario de lo que parece suceder en el Reino Unido, para llevarla a cabo.

5) *Atención perinatal*

En nuestro país esta atención se encuentra regulada en la Ley General de Sanidad y en las Leyes autonómicas de ordenación sanitaria. De manera explícita se contempla la realización de exámenes y pruebas diagnósticas, incluido el examen neonatal, entre las actuaciones hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, y están financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, Anexo 1, 3, 3ºa). La atención hospitalaria es complementada en los Centros de Salud, en gran parte de los cuales existen pediatras para la atención de niños hasta los catorce años (programa "El niño sano"), los cuales tienen encomendadas también funciones de control y preventivas en el ámbito escolar (Leyes y reglamentos autonómicos de salud escolar).

Comparado con los países de referencia, parece concluirse que en éstos la prevención de riesgos en el neonato, niño y preadolescente se encuentra más reglada en cuanto a número de controles establecidos, y en el cierre completo de ese ciclo a una determinada edad (Alemania, Suecia); en Alemania, a diferencia de España, existe una ficha donde se reflejan los sucesivos controles. También a diferencia de España, en Alemania existen centros médicos escolares; y en Suecia la sectorización, por así llamarla, es mayor, al quedar la prevención de deficiencias en la población infantil (hasta los siete años) bajo la competencia y funciones de unos centros específicos: los Centros de Protección a la Infancia, de carácter sanitario.

Por lo que se refiere a la *detección precoz de metabolopatías*, que ha de realizarse necesariamente en los primeros días de la vida del niño, se trata de una medida preventiva común en los cuatro países de referencia, y también en el nuestro. Ha sido uno de los programas preventivos mejor instrumentados. Desde 1980 (Orden de 30 de abril de 1980, sobre instrucciones sanitarias para prevención de la subnormalidad), se garantizó de forma gratuita el análisis de muestras a todos los recién nacidos. Por razones prácticas, la muestra sanguínea se obtiene en los hospitales donde ha tenido lugar el embarazo, antes de que madre y niño abandonen el hospital (generalmente antes del tercer día), y es analizada en laboratorios existentes en cada una de las Comunidades Autónomas. En la actualidad este programa se realiza con todos los recién nacidos. La Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, faculta a las autoridades sanitarias para la investigación sobre el origen de las enfermedades genéticas y hereditarias, entre ellas las metabolopatías. Asimismo, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero (Anexo 1.4.3º), y la Orden de 30 de abril de 1997 por la que se regulan los tratamientos dietoterápicos complejos, incluyen como prestación del sistema público de salud los tratamientos que necesitan los niños detectados de metabolopatías.

b) Prevención ambiental

1) *Prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales*

Se tiene información de Alemania, Francia y Suecia. La comparación con lo existente en nuestro país puede hacerse en tres aspectos: legislación aplicable, organismos y entidades competentes, profesionales que realizan la prevención.

– *Legislación aplicable*

En Francia se encuentra en los ámbitos más generales de trabajo y Seguridad Social (Código de Trabajo y Código de la Seguridad Social), sin que, al parecer, exista una ley específica al respecto. En Alemania, aunque no se mencione explícitamente, también se encuentra en las áreas citadas, y en la de salud. Suecia tiene una ley específica, la Ley de Medio Ambiente Laboral.

En España se encuentra en leyes generales, correspondientes a los ámbitos de la sanidad (Ley General de Sanidad y Leyes autonómicas de desarrollo de ésta, aunque con referencia breve), de trabajo (Estatuto de los Trabajadores y Ordenanza de Seguridad e Higiene en el Trabajo), y de Seguridad Social (Ley General de la Seguridad Social). Pero la legislación se ha decantado, en los últimos años, y sin perjuicio de la subsistencia de normas en las leyes generales antes citadas, hacia una Ley especial, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995, con sus numerosos Reglamentos de desarrollo, entre los que ha de destacarse el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

– *Organismos y entidades competentes*

En Alemania y en Francia existen organismos públicos, centrales y regionales, correspondientes a las áreas laboral y de seguridad social, sobre los que recae la organización, planificación y control de la prevención de riesgos laborales. En Alemania son organismos centrales el Instituto Federal de Salud y Seguridad en el Trabajo y las Cajas del Seguro de Accidentes Laborales; órganos regionales son las Oficinas de Salud y Seguridad. En Francia son órganos centrales la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad y el Instituto de Investigación y de Seguridad; órganos regionales son las Cajas Regionales del Seguro de Enfermedad. En Suecia la competencia radica en un organismo central del ámbito laboral, la Dirección General de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ha de destacarse, por su singularidad con respecto a los otros países, que en Alemania son también competentes las asociaciones de profesionales, las cuales han creado entidades con la finalidad específica de evitar los riesgos laborales: el Instituto de Asociaciones Profesionales para la Seguridad Laboral y el Servicio de Medicina del Trabajo de las Asociaciones Profesionales.

En España los organismos tienen, preferentemente, carácter central. En el ámbito sanitario están el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. En el área laboral la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Inspección de Trabajo y el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En el ámbito de la Seguridad Social, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ha de decirse, no obstante, que determinadas funciones (las correspondientes a la Inspección de Trabajo y, en buena parte también, al Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo) han sido traspasadas a las Comunidades Autónomas. Además de los anteriores organismos públicos, existen entidades de carácter lucrativo, de reciente creación, y cuya importancia va en aumento; realizan la prevención de riesgos laborales en el contexto más amplio del control del absentismo motivado por bajas laborales.

No existe, por lo dicho, diferencia con los países comparados (salvo los necesarios matices peculiares de cada país). Pero ha de insistirse, como aspecto más diferencial nuestro, la gran importancia que tienen las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la

Seguridad Social, principales gestoras, directa o indirectamente a través de sus empresas asociadas, de la política de prevención de incapacidades laborales.

– *Profesionales que realizan la prevención*

La información se ofrece sobre Alemania y Suecia, países donde se resalta la función prevalente que, al respecto, tienen los médicos de empresa.

En España ha sido así hasta la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, sobre Servicios de Prevención. Si bien continúan los médicos de empresa, pertenecientes a empresas de gran tamaño, desempeñando funciones conexas con las de prevención (reconocimientos médicos obligatorios exigidos en la Ley General de Seguridad Social para la prevención de enfermedades profesionales, así como reconocimientos iniciales y periódicos voluntarios), la actividad de dichos profesionales ha sido integrada en los servicios de prevención propios que las empresas han de tener, cuando cuenta con un número de trabajadores superior a 500 (o con 250, pero que desarrollan determinadas actividades tipificadas como de elevado riesgo). En nuestro país son, pues, los servicios de prevención quienes ejercen la función preventiva laboral. Si la empresa no tiene obligación de establecer servicio de prevención propio, ha de contratar servicios ajenos, con la misma finalidad.

Los servicios de prevención, propios o ajenos, se configuran como equipos multiprofesionales, de composición y cualificación variables según las funciones (prevención de nivel básico, intermedio o superior) que deban desarrollar en la empresa. Están formados por personal sanitario —médico especialista en Medicina del Trabajo, Diplomado Universitario de Enfermería de empresas— y de una nueva figura profesional, el Prevencionista laboral.

Característica común de nuestro país con los cuatro de referencia es la participación exigida de empresario y trabajadores (a través de los delegados de prevención) en los servicios de prevención de las empresas. Nada tiene de extraño esta afinidad porque las cinco legislaciones responden a Directivas de la Unión Europea, cuyos preceptos han de ser incluidos en las distintas legislaciones de los Estados miembros.

2) *Prevención de accidentes de tráfico*

La comparación de las medidas preventivas existentes en España no difiere de las tomadas en los tres países de los que tenemos noticias. La prevención se realiza sobre cuatro vertientes: el conductor (cinturón y casco de seguridad, control de la alcoholemia, etc.), el vehículo (revisiones técnicas, especialmente, y renovación del parque móvil mediante incentivos económicos), acondicionamiento de la vía (construcción de autovías, mejora de carreteras, supresión de

intersecciones peligrosas, etc.) y campañas en los medios de comunicación. Al igual que en Francia, también en España se han incluido materias sobre prevención y seguridad vial en los diseños curriculares de la enseñanza básica obligatoria.

En los tres países comparados llaman la atención las medidas restrictivas que se han impuesto sobre el grado alcoholemia permitido para poder conducir. En España, hace algunos años se establecieron las primeras medidas al respecto, las cuales, en la actualidad, tienden a ser tan restrictivas como en los países de referencia.

3) *Prevención de accidentes infantiles, domésticos y otros*

A excepción de Suecia, país que dispone de alguna legislación al respecto y organismos especializados para aplicarla en el resto de países la situación es bastante similar, y puede sintetizarse en dos características: ausencia de legislación específica, y campañas de diversa índole para evitar este tipo de accidentes.

En España la situación es prácticamente la misma. Salvo algunas alusiones, y escasas, en las leyes de sanidad, de salud escolar y de la infancia, no existe legislación al respecto. Ha de hacerse alguna salvedad respecto de las normas de seguridad vial y de determinadas ordenanzas municipales que prescriben los tipos y características de los parques infantiles y áreas de recreo. En lo concerniente a campañas de publicidad, debe decirse que, en nuestro país, son frecuentes; han sido editados numerosos folletos, bastante didácticos, por las distintas Comunidades Autónomas, los cuales son distribuidos en los Centros de Salud y otros servicios de atención primaria. Están referidos, de manera especial, a los accidentes infantiles, cuya tipología, etiología y manifestaciones más frecuentes son más fáciles de detectar en los centros sanitarios. La información incluye los accidentes infantiles y los riesgos domésticos.

3. FINANCIACIÓN

Las referencias existentes en el documento objeto de comparación son genéricas, como no podía ser de otro modo teniendo en cuenta la diversidad de acciones preventivas, su gestión por organismos públicos y entidades privadas, etc.

Por lo que se refiere a España, ha de hablarse también genéricamente de la financiación de la prevención, en especial por la dificultad de cuantificar su coste. En lo que se refiere a las fuentes de financiación, ya se ha visto en páginas anteriores que un buen número de acciones de la prevención sanitaria corre a cargo del sistema público de salud. La prevención laboral es financiada, en su integridad, por Empresas y Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

2. DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Carlos Egea García
Dirección General de Política Social
Región de Murcia

INTRODUCCIÓN

Mi formación universitaria no ha sido la del Derecho, sino la de la Pedagogía, más concretamente la Educación Especial. Mi relación con el mundo de las leyes ha venido dada por mi ejercicio profesional dentro de la Administración Autonómica de la Región de Murcia, como responsable de los programas para personas con discapacidad. En tal sentido, no he tenido más remedio que estar cerca de las leyes, como usuario de ellas y, también, en un papel activo, como asesor técnico, desde el campo de la discapacidad, para los compañeros juristas responsables del desarrollo normativo en materia de Política Social y otras materias conexas en las que se veía involucrado el colectivo de personas con discapacidad.

Con las limitaciones que se derivan de lo expuesto en el párrafo anterior y desde la perspectiva que me impone mi condición profesional, es como intervengo en este Seminario, centrado en el derecho comparado y referido al campo de la discapacidad. Por lo tanto, mis opiniones se deberán interpretar como las de un conocedor del mundo de la discapacidad y nunca como las de un especialista en la comparación de normas legales.

REFLEXIÓN SOBRE LOS TÉRMINOS

Mi primera reflexión la centro en los propios términos **"diagnóstico"** y **"valoración"**, ya que son, frecuentemente, motivo de controversia entre distintos profesionales.

Así, el **diagnóstico** suele estar vinculado al ejercicio profesional de la medicina y, por extensión, al de la psicología. Si bien hoy día se admite la aportación que otras áreas profesionales como la pedagogía o el trabajo social hacen al diagnóstico, sigue prevaleciendo la visión clínica como eje central del diagnóstico. El ejercicio del diagnóstico recae, hoy día, en equipos multiprofesionales que, tomando como referencia sistemas normalizados o estandarizados, realizan un pronunciamiento facultativo, más o menos descriptivo, que sitúa al sujeto del diagnóstico en función de sus condiciones de salud. Estas condiciones pueden hacer referencia a la disposición de sus órganos, tanto en la estructura como en la función de los mismos, a su capacidad de realizar actividades como persona o a su participación en la vida social dentro de su entorno.

La **valoración** suele interpretarse como un acto administrativo derivado del diagnóstico, por el cual determinados pronunciamientos médicos y, como hemos dicho, de otros campos afines toman forma más o menos numérica y sitúan dentro de los valores de un baremo al sujeto diagnosticado. Por lo tanto, el ejercicio de la capacidad de valoración parece estar asociado a un

órgano administrativo cuya capacidad es la de conceder un estatus o condición que dará o limitará el acceso a la persona valorada a determinadas ventajas que, normalmente, se plasman en forma de prestaciones o servicios.

En la legislación comparada (alemana, francesa, británica y sueca con respecto a la española) a la que estamos haciendo referencia, los procedimientos de diagnóstico y valoración se fundamentan sobre la base de terminologías diferentes. Así, mientras que en la legislación francesa hay un pronunciamiento a favor de adoptar la terminología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), en Alemania y Reino Unido optan, como en España, por acogerse a sus propias "tablas", si bien tienen el denominador común de hacer referencia a las elaboradas por la American Medical Association (popularmente conocidas como JAMA por el medio que, en su día, se encargó de su difusión, el Journal of American Medical Association). El caso sueco queda a mitad de camino, ya que si bien existe un pronunciamiento por el cual las definiciones recomendadas por la OMS constituyen un referente básico, el contenido de las mismas no tiene una aplicación legal directa.

Esta falta de respaldo común para la terminología empleada, crea serios problemas a la hora de conocer sobre lo que estamos hablando, teniendo que deducir del discurso el concepto al que se refiere la norma. Los términos más empleados, deficiencia, discapacidad y minusvalía, no siempre hacen referencia al mismo concepto, ya entre las normas de los distintos países o dentro de las normas propias de cada uno de ellos a lo largo del tiempo. A ello hay que añadir la concurrencia de otros términos que se entrecruzan en determinados procesos de diagnóstico y valoración (incapacidad, invalidez, menoscabo, etc.).

Mi personal pronunciamiento es seguir las recomendaciones de la OMS, con sus limitaciones y sus ventajas, ya que ésta sería la manera de contar con un "terreno de juego" común para todos. En cualquier caso, en mi exposición seguiré estas recomendaciones, que entienden por **deficiencia** la consecuencia de un proceso de salud a nivel del órgano o de su función, la **discapacidad** (o limitación de la actividad) como la repercusión a nivel del desenvolvimiento personal derivada de la deficiencia y la **minusvalía** (o restricción de la participación) como la secuela que deficiencias y discapacidades dejan en el sujeto en su relación con el entorno habitual.

¿QUÉ SE DIAGNOSTICA Y VALORA?

Las normativas comparadas centran el diagnóstico en la **deficiencia**. Se trata de conocer la repercusión que un proceso de salud (incluidos los accidentes) produce en los órganos o en la función de los mismos. Sin embargo, la valoración pretendida, ya que se trata de medir la ausencia o merma en las capacidades para el desenvolvimiento personal, se centra en la **discapacidad**, como

limitación de las posibles actividades que puede desarrollar un sujeto, y la **minusvalía**, como la restricción a que se ve sometido un sujeto en la participación social dentro de su entorno habitual, siempre como consecuencia de un proceso de salud. Esta falta de coherencia entre lo diagnosticado y lo valorado se produce en menor medida en el caso francés, que, como ya dijimos, tiene su referente en la CIDDM y la aplica en el ámbito de la norma legal. Suecia se pronuncia a favor de diagnosticar y valorar la discapacidad y la minusvalía, aunque mostramos ciertas reservas a que esto se produzca de una forma efectiva, si bien es cierto que la adopción de un sistema de diagnóstico y valoración en el que no existe un organismo único con competencias exclusivas, da cierta opción a que se produzca una mejor interpretación de las consecuencias de los procesos de salud. Las normas españolas, alemanas y británicas muestran claramente esta incoherencia terminológica, que con el paso del tiempo parece atenuarse pero que aún es muy relevante.

La consecuencia final del proceso de diagnóstico y valoración apareja la adquisición de la "condición de...", reconocido en todas las legislaciones estudiadas como un **derecho del ciudadano y como un deber público**, ya que tal reconocimiento supone el acceso a servicios y prestaciones que, en todo caso, presta o regula la propia Administración. Opino que esa adquisición de una condición determinada (la de persona con discapacidad, la de alumno con necesidades educativas especiales, etc.) es la oficialización de un hecho irrefutable: exista o no el diagnóstico y la valoración, existe la circunstancia de salud y su repercusión en las actividades y participación de una persona. Podemos concluir que es el acto administrativo y la circunstancia de proveer de determinadas "ventajas" al sujeto diagnosticado y valorado lo que da sentido a este tipo de regulación, y no tanto la existencia de dichos sujetos y las necesidades que estos manifiestan. Más radicalmente, la decisión de prestar apoyos y ventajas es la que desencadena el proceso de diagnóstico y valoración, de los que se deduce la adqusición de la "condición de ...".

En muchos casos nos han hecho la pregunta de si está obligada la persona con discapacidad a declarar su condición. La respuesta inmediata es que **"NO"**, pero con ciertas matizaciones. Las declaraciones de más amplio rango legislativo hacen un pronunciamiento positivo en el sentido que los Gobiernos y sus Administraciones velarán por la integración de los ciudadanos con limitaciones y no en el sentido de que los ciudadanos con limitaciones darán cuenta de éstas a los poderes públicos. La matización radica en que la declaración de la condición se convierte en obligatoria cuando la persona pretende acceder a los beneficios regulados por la norma para las personas con discapacidad, y por lo tanto debe someterse a un proceso de diagnóstico y valoración.

¿CÓMO SE REGULA?

De los países estudiados, **Francia y España son los que regulan al máximo nivel** el procedimiento de valoración y diagnóstico en sus Leyes integrales (la Ley del 75 francesa y nuestra LISMI). Los otros tres países lo hacen de una forma diferente. **Suecia y Reino Unido dejan a las**

normas que regulan el acceso a los diferentes beneficios, en forma de prestaciones y servicios, la regulación del diagnóstico y la valoración. Y **en el caso alemán podríamos hablar de un sistema mixto**, ya que si bien no se exige una calificación global para todos los beneficios, establece una fórmula, en el caso de lo que llama "discapacidades severas", que da acceso al sistema de prestaciones y servicios de una forma general.

Sería interesante hacer una reflexión sobre la oportunidad y beneficios que conllevan cada una de estas alternativas. Si bien la existencia de normas integrales supone la creación de un marco referencial que beneficia claramente la posibilidad de llevar a efecto las reivindicaciones del colectivo al mayor nivel, no deja de ser menos cierto que genera una situación de excepcionalidad que no deja de ser discriminadora, por positiva que sea. Parece que este tipo de normas generales son más apropiadas para sociedades que hayan evolucionado poco, en lo que respecta a beneficios sociales. En la práctica, no parecen ser muy ejecutivas, ya que su aplicación presupone un desarrollo normativo, que no siempre se da. Por el contrario, en el caso de normas concretas, de menor rango, su puesta en la práctica es más ejecutiva. Eso sí, a cambio de perder la posibilidad de optar a las máximas instancias legales, que con la norma integral está asegurada. Es nuestra personal opinión, que, conforme se evoluciona en lo social, las sociedades modernas se ajustan más al modelo de normas específicas, prácticas tanto para el usuario como para la Administración encargada de llevarlas a efecto.

En todas las normativas comparadas, el diagnóstico se hace siguiendo criterios técnicos, fundamentalmente de tipo médico, cuando el reconocimiento se hace por una fórmula general, dando cabida a profesionales más especializados en los diagnósticos para el acceso a servicios concretos (empleo, educación, etc.). La participación de los profesionales del área social suele estar condicionada al pronunciamiento del área de la salud, ya que sólo se tendrán en cuenta los factores sociales si en el individuo concurren determinadas condiciones de salud.

La valoración se establece por órganos administrativos autorizados a tal efecto, en los que la participación técnica está altamente representada, pero que se suelen ratificar por un estamento administrativo superior.

En concordancia con la política general centralizadora, es en el caso francés donde encontramos una mayor dependencia de órganos administrativos centrales, si bien se procura que los centros de valoración se encuentren cercanos al individuo. En la legislación española, los equipos multiprofesionales son los que tienen esta facultad diagnosticadora y valoradora, rigiéndose por un baremo establecido en el ámbito nacional, pero la concesión del reconocimiento se hace desde las administraciones autonómicas, de forma delegada. Reino Unido y Suecia depositan en los estamentos locales esta facultad y en el caso alemán se sigue un esquema mixto, incluyendo la posibilidad de valoración a entidades no administrativas para algunas prestaciones, como más adelante veremos.

SEGURIDAD SOCIAL

La concesión de beneficios en esta área, plasmados generalmente en la concesión de pensiones, viene vinculada a la pérdida de capacidad de ganancia productiva del sujeto en el caso de las legislaciones de Alemania, Reino Unido y Suecia. En la legislación francesa se tienen en cuenta otras variables como son la edad, las facultades físicas y mentales, la formación profesional y las aptitudes personales. La normativa española abre la puerta a las pensiones por la vía del propio reconocimiento de la condición de minusválido, estableciendo cuál es el porcentaje mínimo de minusvalía, la edad y las condiciones económicas familiares que dan la posibilidad de acceso a estas prestaciones económicas (en versión no contributiva).

De las dos tendencias existentes, en función del grado de minusvalía o en función de la pérdida de capacidad productiva, parece que es esta segunda la que promueve una política más activa. Este hecho se repite en los procesos de rehabilitación profesional y en las políticas de empleo, siendo una traba, que se intenta subsanar, la política de concesión de pensiones solamente en función del grado de discapacidad. No cabe duda que esta disyuntiva es muy importante en cuanto a poder establecer dónde se estimulan políticas activas, que tienden a acercar a la persona con discapacidad a los requerimientos sociales generales, y dónde se procuran soluciones para conllevar una situación social desfavorable, que dejan al margen de los procesos sociales a aquellos que las disfrutan y de los que se espera el 'eterno agradecimiento' por la solidaridad manifestada por el resto de ciudadanos. En cualquier tipo de sociedad, la capacidad de participar en la vida productiva de una comunidad es un valor positivo que se tiene mucho en cuenta a la hora de situar a un sujeto dentro de su marco social. Esto es especialmente notable en las más evolucionadas, como son las que tratamos, donde la participación en los procesos productivos, sean de la índole que sean, es nota importante para la ubicación social de cualquier sujeto. Consideramos opotuno destacar que las tendencias más punteras, en lo que a política social se refiere con lo que ello conlleva en otros campos, principalmente el laboral, tratan de partir de la capacidad del sujeto y no de sus posibles limitaciones.

SERVICIOS DE SALUD

La extensión de la cobertura sanitaria al 100% de la población, hace que el reconocimiento de la minusvalía sea irrelevante en este área. Sólo en el caso alemán, donde los seguros de enfermedad quedan de forma mayoritaria en manos de la iniciativa privada, encontramos ciertas limitaciones, que no afectan a los reconocidos dentro del grupo de "discapacidades severas".

Sí es destacable el distinto reconocimiento que tienen las enfermedades comunes y los accidentes no profesionales, con los que se derivan del desempeño laboral. Es en estos segundos donde la cobertura es mayor y se siguen procesos rehabilitadores más activos. Ello es debido a la

genérica mayor consideración que tienen los aspectos laborales y, por lo tanto, las consecuencias de salud derivadas del trabajo, como a la distinta consideración que tienen unos y otros, en lo que a asistencia sanitaria se refiere. Mientras la atención sanitaria al conjunto de la sociedad dispone de amplios mecanismos de atención, pero dedicados a un vasto espectro poblacional que demanda cuidados paliativos por encima de los preventivos y recuperadores, la asistencia sanitaria del mundo del trabajo restringe sus mecanismos a aspectos más especializados, destinados un grupo poblacional más restringido y con demandas, en cuanto a lo preventivo, paliativo y recuperador, más homogeneas. También juega un papel importante la distinta consideración social que tienen las consecuencias en la salud, según su origen y procedencia. Si excluimos la alta consideración de la que suelen gozar las 'heridas de guerra', son las secuelas del trabajo las que gozan de un 'mayor prestigio', mientras que las de origen 'habitual' ocupan un lugar relegado, cuando no estigmatizado por consideraciones de índole moral o religiosa.

La cobertura farmacéutica no ha sido recogida en las legislaciones extranjeras, siendo en la española fuente de conflicto, ya que la persona con discapacidad puede estar recogida como perceptor directo de la prestación farmacéutica (con lo que tendría la consideración de pensionista y por tanto con derecho a acceder de forma gratuita a los medicamentos aprobados) o si lo es por vía de un familiar, con lo que se somete al reconocimiento que éste tenga (habitualmente le tocará pagar el porcentaje establecido en la reglamentación).

SISTEMA EDUCATIVO

El diagnóstico y la valoración en este sistema sigue una pauta similar en toda la normativa comparada. El alumno con necesidades especiales deberá someterse a una valoración de sus capacidades para el aprendizaje y el órgano designado al efecto propondrá las medidas oportunas para su incorporación al sistema. Las diferencias existentes radican en:

- La necesidad de que exista un pronunciamiento anterior sobre si el alumno puede ser considerado como "especial", en el caso de las legislaciones española y francesa.
- Los participantes en la comisión que decide sobre la necesidad de aplicación de medidas especiales, que incluye a los padres en el caso de Alemania.

En todo caso, se valoran las características individuales del alumno, así como las necesidades educativas que plantea. En España, caso que conocemos más profundamente, esta valoración de las condiciones del sujeto se ve muy mediatizada por los recursos disponibles y la capacidad para poderlos ofrecer a un sujeto determinado en un momento concreto.

En todas las normativas, este proceso está muy descentralizado y queda en manos de las autoridades educativas. Sin embargo, los procedimientos están más estructurados en las legislaciones centralizadoras (España, Francia y Reino Unido).

SERVICIOS DE EMPLEO

Debemos distinguir entre los servicios que se encargarían de garantizar los ingresos de los trabajadores inmersos en procesos de salud adversos (ayudas económicas y pensiones) que se rigen por lo establecido en el apartado del Sistema de Seguridad Social, y los que se encargan de llevar a efecto la ocupación real de los individuos y la aplicación del derecho al trabajo, reconocido en todos los países estudiados al máximo nivel.

En este apartado nos centraremos en los servicios que se refieren a la aplicación del derecho al trabajo.

La fórmula británica de proteger a las personas con discapacidad mediante una ley antidiscriminación, hace de esta normativa la más avanzada, al menos en la teoría. En este sentido, el gobierno debe garantizar el acceso al empleo de las personas definidas en su legislación como personas con discapacidad al menos en las mismas condiciones que para el resto de la población. Por lo tanto, no pueden ser los problemas de accesibilidad o la reducción, pero sí inadecuación, de su capacidad productiva una razón para que se limite su acceso. Pero sí lo sería la existencia de problemas de desempleo en el sector o crisis de una empresa concreta, ya que esto debería afectar por igual a quienes presenten o no limitaciones.

En todo caso, se procede siempre a una valoración de las capacidades productivas, basadas en todo caso en los problemas derivados de procesos de salud. Francia y Suecia asocian estos problemas a pérdidas en la capacidad ocupacional (que incluye circunstancias que van más allá de las presentadas por el propio sujeto). España, Alemania y Reino Unido valoran la deficiencia que presenta el trabajador como único argumento en su posible colocación.

En España, son los mismos equipos multiprofesionales que dictaminan la condición de "minusválido" los que emiten una certificación de adecuación de las capacidades del sujeto con respecto al puesto de trabajo que pretende. Ello se hace a solicitud de las Oficinas de Empleo, los empleadores o los propios sujetos, con el objeto de poder acceder a los beneficios legales establecidos.

La legislación alemana prevé la posibilidad de que sean los propios empresarios quienes valoren la capacidad productiva del trabajador que van a contratar, hecho que no se repite en ninguna otra de las legislaciones estudiadas.

VIVIENDA Y TRANSPORTE

En las legislaciones que prevén la existencia de una certificación genérica, es ésta la que marca la posibilidad de acceso a los beneficios que en esta materia se establecen en cada país.

Alemania limita el acceso a estos beneficios a las personas que entran dentro de su definición de "discapacidad severa". En España y Francia se aplican criterios restrictivos sobre la calificación global de "minusválidos" limitando la posibilidad de que éstos puedan acceder a los beneficios establecidos en función de que cumplan con determinados criterios específicos para cada uno de ellos.

Suecia y Reino Unido establecen en su normativa el que sean los servicios locales los que determinen la posibilidad de acceder a beneficios de este tipo, así como la capacidad de satisfacerlos.

SERVICIOS SOCIALES

Todas las legislaciones estudiadas han descentralizado la capacidad de valoración de la necesidad de acceso a los servicios sociales y en concreto los que se derivan de la condición de persona con discapacidad.

En el caso de Alemania, son los servicios de Asistencia Social los que tiene la capacidad discrecional de determinar la acreditación de las necesidades manifestadas por el solicitante. Suecia no establece ningún sistema de valoración, basta con acreditar que no puede satisfacer de otra manera la necesidad manifestada. Francia y España no establecen tampoco un sistema de valoración propio, remitiéndose a las acreditaciones generales que establece su legislación. En el Reino Unido, por lo general, se supedita a la valoración realizada para el acceso a prestaciones de la seguridad social.

En todo caso, se tiene acceso a los beneficios previstos en materia de servicios sociales por el mero hecho de ser ciudadano, ya que todas las legislaciones estudiadas establecen en su máxima norma la obligación que el Estado tiene de garantizar unas mínimas condiciones sociales a todos sus ciudadanos.

FINANCIACIÓN

Todas las legislaciones establecen la **obligatoriedad de financiar el diagnóstico y la valoración de la discapacidad por parte de los órganos administrativos competentes**. En ningún caso se prevé aportación alguna por parte del solicitante.

REFLEXIONES

- *¿Qué se diagnóstica y valora?:* Cabría esperar que en un futuro el diagnóstico y valoración de la discapacidad propendiera a seguir esquemas basados en la consideración de qué

es lo realmente diagnosticable y valorable. Pensamos que **se tenderá hacia modelos que tengan más en consideración las limitaciones en la actividad** (discapacidad), así como la restricción en la participación (minusvalía), con sus circunstancias ambientales que la condicionan, en lugar de basarse, casi exclusivamente, en la deficiencia. Efectivamente, la posibilidad de acceder a ayudas técnicas, que solventen las limitaciones en la actividad, y la intervención sobre las circunstancias ambientales, que minimizan el impacto sobre la participación social, pueden llegar a hacer irrelevante la existencia de una deficiencia.

- *¿Quién diagnostica y valora?:* En consonancia con lo expuesto en el apartado anterior, **el diagnóstico y valoración meramente clínicos perderán su alto peso específico** en proporción directa a que sea la deficiencia el foco principal del proceso. Otros campos profesionales deberán ir asumiendo una mayor relevancia y ocupando el puesto lógico que su implicación en la determinación de las capacidades personales y posibilidades sociales del sujeto lleva implícitas.
- *¿Para qué se diagnóstica y valora?:* Habría que propender a **olvidar las fórmulas de diagnóstico y valoración global de un sujeto y su propensión a determinar una "condición" personal**. Estos procedimientos no dejan de ser un "etiquetamiento" de la persona, a la cual se la ubica en una visión global relegando sus circunstancias personales y sociales a un segundo plano, cuando éstas son las que determinan la posibilidad de incorporación plena a la sociedad en la que le ha tocado vivir.

En definitiva, personalmente me decanto por pensar que **es la sociedad la que impone ciertas circunstancias**, en contra de ese otro pensamiento que considera que el sujeto es el que no es capaz de adecuarse a las circunstancias sociales. Pero nos queda por responder a cuestiones, sobre las que me hace reflexionar Demetrio Casado, como las de ¿qué acondicionamiento hará la sociedad para salvar la discapacidad de un autista profundo, de un esquizofrénico grave, de un deficiente mental necesitado de tutela? En cualquier caso, soy profundamente optimista, ya que si hemos llegado a crear la necesidad de dar este giro copernicano, en cuanto a la perspectiva desde la que debemos afrontar el análisis de la situación de las personas con discapacidad, pienso que seremos capaces de responder a ciertas preguntas a las que hoy día nos cuesta dar respuesta.

Junio de 1999

3. ATENCIÓN TEMPRANA

ATENCIÓN TEMPRANA

José María Alonso Seco
Oficina del Defensor del Pueblo

1. REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

En nuestro país la atención temprana, entendida como modalidad específica de intervención, ha carecido de una regulación unitaria. La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), no la consideró de manera explícita. Ni tampoco la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. A partir de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, comienza a tener configuración legal, aunque sólo para el ámbito educativo. Mención especial debe hacerse a la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.

En suma, a diferencia de los países de referencia, en todos los cuales la atención temprana se constituye como una obligación de la Administración, en el nuestro no existe tal obligación regulada legalmente.

2. NORMATIVA REGULADORA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

En los países de referencia, la normativa se encuentra en legislación específica sobre discapacidad (Alemania, Reino Unido y Suecia), sobre salud (Francia, Suecia) y sobre la infancia (Suecia). No puede decirse que exista un modelo común a ellos, si bien cabe destacar lo siguiente:

1) La atención temprana es una medida preventiva que se sitúa preferentemente en el área de salud (Alemania y Francia; también, aunque menos acusado, Suecia), aunque sin descartar su conexión con el ámbito educativo, familiar y de servicios sociales (Suecia, especialmente).

2) Incluso dentro de cada país existe dispersión y heterogeneidad en cuanto a número de centros, organización y métodos de trabajo (Alemania).

3) Los tratamientos de atención temprana se realizan por equipos multiprofesionales, formados por médicos especialistas, psicólogos, fisioterapeutas, educadores, trabajadores sociales, etc. (Alemania, Francia, Suecia).

4) La competencia en la materia reside en órganos centrales (Francia) o en órganos centrales y regionales (Alemania, Suecia).

La situación en España, siguiendo el mismo esquema anteriormente diseñado, puede decirse que es la siguiente:

1) No existe un criterio claro, al menos por el momento, acerca del *área* en que deba descansar la atención temprana, como eje en torno al cual han de girar las demás.

   Los servicios de salud contemplan la atención temprana, aunque de forma tangencial, dentro de los tratamientos neonatales de la atención especializada y de los pediátricos en la atención primaria. Existe un criterio común en cuanto a que han de ser los servicios sanitarios quienes primero detecten y traten precozmente al niño que presenta deficiencias o riesgo de padecerlas.

   La legislación de servicios sociales (leyes autonómicas de servicios sociales, leyes autonómicas sobre la infancia, normas reglamentarias autonómicas sobre atención temprana) se ocupa de manera específica sobre la materia, en buena parte porque fue la que inició e impulsó la atención temprana en España.

   La legislación educativa es más precisa en la materia; debe hacerse especial mención al Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de los alumnos con necesidades educativas especiales.

2) La *dispersión y falta de coordinación* entre servicios es también nota característica de la atención temprana en España, más evidente todavía en la actualidad por haberse incrementado el número de servicios y centros. Existen importantes iniciativas, generalmente nacidas del sector profesional privado aunque financiadas por el sector público, para lograr la necesaria coordinación. En este aspecto la situación de los países comparados no parece ser distinta.

3) Los servicios sociales y educativos antes mencionados disponen en su estructura de *equipos multiprofesionales*, formados por especialistas sanitarios, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales. Los de servicios sociales actúan especialmente durante los tres primeros años de la vida del niño, y los educativos durante el momento de escolarización (a partir de los tres años). En el ámbito sanitario se están introduciendo paulatinamente dichos equipos.

4) La *competencia* en materia de atención precoz está, por el momento, compartida entre los poderes centrales del Estado y las Comunidades Autónomas. A medida que los servicios sanitarios de la Seguridad Social y los educativos se vayan traspasando a estas últimas, la competencia quedará residenciada en las Comunidades Autónomas, pues

retendrán funciones exclusivas, salvo legislación básica en algunos supuestos, en materia de sanidad, educación y servicios sociales.

5) En nuestro país (quizás también en los de referencia, aunque no se mencione) existen bastantes *servicios privados de atención temprana*, de distinta tipología: desde los centros formalmente constituidos como tales, hasta los pequeños gabinetes. Su importancia en modo alguno es desdeñable.

3. FINANCIACIÓN

En los países comparados la financiación de la atención temprana es pública, sea a cargo de la Seguridad Social (Alemania, Francia, Reino Unido), de los estados federados (Alemania), o de los Ayuntamientos (Suecia).

La situación en España es bastante desigual en relación a dichos países. Cada Administración, tanto en su división funcional como territorial, corre a cargo con los gastos de sus propios servicios. El hecho de que todavía no exista un programa bien definido, y debidamente protocolizado, de atención temprana, hace muy difícil evaluar el sistema de financiación en nuestro país, y más aún intentar alguna cuantificación de sus gastos.

Los servicios privados de atención temprana, sin perjuicio de la financiación privada que tienen, reciben subvenciones del sector público, sean en forma de ayudas colectivas o individuales por los tratamientos que realizan.

NORMATIVA RELATIVA A LA ATENCIÓN TEMPRANA

Gloria Llinás Cano
Instituto Andaluz de Servicios Sociales

En Alemania, la atención precoz está incluida en la "Ley de Armonización de las Prestaciones de Rehabilitación" y en el Código Social.

En Francia, en el Código de Salud Pública.

En el Reino Unido, en las disposiciones de Seguridad Social y en la Ley sobre enfermos crónicos y personas con discapacidad de 1.970.

En Suecia, la atención temprana está regulada en la Ley de Servicios Sociales Médicos y Sanitarios, en la Ley de Servicios Sociales y en la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales.

En España, la Ley General de Sanidad de 1.986 establece en su art. 18.5 los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE de 10 de febrero), se contempla el programa del niño sano en el nivel de atención primaria y en el nivel de atención especializada, el examen neonatal y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el niño, así como la rehabilitación.

En ese mismo sentido de atender a grupos de riesgo, se manifiestan las distintas Leyes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas. En Andalucía el Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento, menciona expresamente el derecho del recién nacido a recibir tratamiento de estimulación precoz (art. 3.j) asignando, en el art.11 de la recién aprobada Ley 1/1999 de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, BOJA nº 45 de 17 de abril, al Sistema Público de Salud este tipo de atención.

Por su parte, la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo en su artículo 37.1 (único en toda la Ley referido a la educación especial) establece que la atención a los alumnos con necesidades educativas especiales, se iniciará desde el momento de su detección. A tal fin, existirán los servicios educativos precisos para estimular y favorecer el mejor desarrollo de estos alumnos y las administraciones educativas competentes garantizarán su escolarización (aunque la enseñanza se marca obligatoria desde los seis años, actualmente está bastante extendida la educación desde los tres años).

En 1992 se crean los Equipos de Atención Temprana y los Equipos Especializados de Apoyo para la orientación y la atención educativa a alumnos con minusvalías o disfunciones. Estos Equipos se unen a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, antes denominados Equipos Multiprofesionales y se amplían con fisioterapeutas y logopedas.

Los Equipos de Atención Temprana se centran en la detección precoz de niños y niñas con necesidades especiales, en la etapa de Educación Infantil y en la atención temprana de los mismos.

El Real Decreto 695/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales (BOE de 2 de junio), se refiere de nuevo a los Equipos de Atención Temprana y les asigna, además, el apoyo a los padres, en orden a un óptimo desarrollo de sus hijos. En el artículo 3.1 refiere que "la atención educativa a los niños y niñas con necesidades educativas especiales comenzará tan pronto como se adviertan circunstancias que aconsejen tal atención, cualquiera que sea su edad, o se detecte riesgo de aparición de discapacidad".

Más adelante, en el artículo 12.2 incide en que se iniciará la atención en el momento que se produzca la detección de una discapacidad psíquica, sensorial o motora, y tendrá por objeto corregir precozmente, en lo posible, las secuelas de la discapacidad detectada, prevenir y evitar la aparición de las mismas y apoyar y estimular su proceso de desarrollo y aprendizaje en un contexto de máxima integración.

En España no existe una Ley marco de Servicios Sociales, por lo que cada Comunidad Autónoma ha incluido los servicios que ha considerado oportunos. Nos encontramos desde Cataluña que mediante rango de norma legal incluye la atención precoz en los Servicios Sociales Especializados, hasta la de Andalucía, que no los menciona, aunque después de once años desde su publicación, continúa ofreciéndola desde Servicios Sociales.

SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA Y SU FINANCIACIÓN EN LOS DISTINTOS PAÍSES

ALEMANIA

- *Los servicios de atención primaria:* atienden las consultas y los tratamientos médicos a través de sus pediatras y médicos especialistas, apoyados por personal especializado en la atención a personas con discapacidad de las Oficinas de Salud.

- *Centros de atención precoz:* su trabajo se centra en los aspectos psicológicos y pediátricos y en el apoyo social de los niños y a sus padres.

- *Centros socio-pediátricos:* su labor se centra en los servicios de diagnóstico y terapia médica para casos especialmente complejos.

Los centros de atención precoz y socio-pediátricos funcionan de forma complementaria y muestran gran diferencia entre los distintos estados y municipios en cuanto a su número, nivel de equipamiento, organización y métodos de trabajo.

- *Equipos móviles* que prestan servicios de atención precoz a domicilio.

- *Centros de asesoramiento en escuelas de educación especial* en los que los niños pueden recibir la atención temprana necesaria. Estos centros son gratuitos y ofrecen servicios de profesores de educación especial, logopedas, médicos y otros especialistas.

Financiación:

La financiación de la atención temprana corresponde a la Seguridad Social, especialmente a los seguros de enfermedad y a los estados federados responsables de las oficinas de salud y los centros de educación especial. En ocasiones también cuentan con financiación privada.

FRANCIA

- *Servicios de protección materno-infantil (a nivel departamental):* entre sus funciones está la de prevenir las deficiencias de los niños de edad inferior a seis años. Para ello realizan exámenes médicos obligatorios: nueve exámenes en el primer año, tres exámenes en el segundo año y dos exámenes en los siguientes cuatro años, es decir, hasta los seis años. Caso de detectarse deficiencias, se derivan a centros de atención temprana denominados centros de acción médico-social precoz. Estos servicios de protección materno-infantil también desarrollan su actividad en los establecimientos de educación infantil.

- *Centros de atención médico-social precoz:* ejercen funciones de detección, de tratamiento ambulatorio y de reeducación de niños con deficiencias sensoriales, motoras o mentales con vistas a su adaptación social y educativa al medio ordinario. Están a cargo de un equipo multidisciplinar formado por médicos especialistas, psicólogos, educadores, trabajadores sociales y colaboran con los padres en el tratamiento. Estos centros pueden estar en un establecimiento hospitalario, en un servicio de protección materno-infantil, en un centro médico-psicopedagógico o bien en establecimientos habilitados para atender a niños de edad preescolar afectados por una discapacidad sensorial, motora o mental.

- *Centro de observación:* pueden ser atendidos en régimen de internamiento o en régimen ambulatorio, durante un período máximo de seis meses, con objeto de analizar su personalidad y de determinar la acción psicopedagógica a seguir.

Financiación:

Los exámenes obligatorios realizados en los centros de protección materno-infantil son a cargo de la Seguridad Social, cubiertos por el seguro de enfermedad.

Los centros de acción médico-social precoz son financiados al 20% por los departamentos y al 80% por las cajas primarias del seguro de enfermedad.

Los centros de observación corren a cargo de la Seguridad Social o de la Ayuda Social a la Infancia.

REINO UNIDO

La financiación corresponde a la Seguridad Social. No se describen los recursos puestos a disposición para la atención temprana.

SUECIA

- *Centros de protección a la infancia,* dependientes de los Consejos del Condado, presta servicios médicos a niños de 0 a 7 años. Desarrollan programas de inmunización, planificación dietética y atención psicológica, así como el diagnóstico y prevención de las deficiencias.

- *Centros preescolares especiales.* Son centros de día, funcionan como centros de rehabilitación y atención precoz a niños con discapacidad y ofrecen servicios de logopedia, fisioterapia, tratamiento médico, asesoramiento y orientación.

- *Servicios de rehabilitación para niños y jóvenes de 0 a 18 años,* formado por pediatras, fisioterapeutas, psicólogos, especialistas en terapia ocupacional y trastornos del lenguaje, trabajadores sociales, educadores, etc., que trabajan en estrecha relación con la familia.

- *Servicios educativos* de competencia municipal y previos a la enseñanza obligatoria:
  - Guarderías a partir de 6 meses para niños con o sin necesidades especiales.

- Centros de media jornada para niños entre 4 y 6 años.
- Hogares-guardería: cuidadores especializados cuidan en su domicilio a grupos de hasta 10 niños entre 0 y 12 años.
- Centros preescolares abiertos que funcionan como centros de día y de recursos pedagógicos.

En todos estos centros, los niños con discapacidad tienen preferencia sobre el resto en la adjudicación de plazas.

Financiación:

Por la Seguridad Social cuando se prestan en el marco de los centros de atención sanitaria y por los Ayuntamientos cuando se prestan en el marco de los centros preescolares.

ESPAÑA

- En el nivel de *atención médica primaria* está establecido el programa del niño sano y en el nivel de atención especializada, el examen neonatal y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos, así como la rehabilitación. En algunos hospitales existen Unidades de Maduración y Servicios de Rehabilitación infantil.

- *Centros de atención temprana*, dependientes de Ayuntamientos, Diputaciones, de los Servicios Sociales Especializados de las Comunidades Autónomas y de entidades privadas, atienden en régimen ambulatorio a niños de 0 a 6 años y cuentan con personal especializado: estimuladores, psicomotricistas, logopedas, fisioterapeutas.

No hay un modelo único de atención, por lo que son muy diferentes en cuanto a organización, personal, equipamiento y métodos de trabajo.

- En Andalucía existe una reserva de plazas en las *guarderías públicas* dependientes de la Comunidad Autónoma para niños con minusvalía, y el personal de tratamiento de los Centros Base presta apoyo a los maestros y realiza el seguimiento del niño.

- En los colegios públicos existen Equipos de Atención Temprana y Equipos Especializados de Apoyo, para la detección precoz de niños con necesidades especiales en la etapa de educación infantil y en la atención temprana a los mismos.

Financiación:

A cargo de los Presupuestos Generales del Estado, destinados a Salud, Educación y Servicios Sociales. En algunas provincias, como Almería, se realizan convocatorias públicas desde el Sistema de Salud para la realización de tratamientos de atención temprana, y los Ayuntamientos, Diputaciones y Comunidades Autónomas prestan la atención a través de centros propios y otorgando subvenciones discrecionales a entidades privadas.

4. REHABILITACIÓN

Manuel García Viso
Real Patronato de Prevención y
de Atención a Personas con Minusvalía

El análisis normativo de la función rehabilitadora refleja de modo bastante evidente las diversas etapas que han venido consumiendo las políticas para la discapacidad. Aunque no se trate aquí de revisar diacrónicamente la evolución histórica, debe quedar constancia del progresivo adelgazamiento o, si se quiere, pérdida de peso, experimentado por la rehabilitación en el conjunto de las políticas para la discapacidad. De los diferentes y numerosos servicios que solían acogerse a la función rehabilitadora, fueron desprendiéndose sucesivamente distintos grupos con pretensiones de disciplina autónoma, grupos que hoy configuran una auténtica tabla de materias, si no independientes, sí delimitables. Delimitables, desde la perspectiva técnica por una parte y por otra, que para esta ocasión resulta más pertinente, desde la perspectiva jurídico-positiva.

Sin embargo, por atractivo que resulte el reto del estudio histórico[1], debe quedar para otra ocasión. Importa, sobre todo, en este trabajo, una descripción cortical y comparativa entre ordenamientos de distintos países que prescinda de trayectorias históricas, y que se centre en la situación actual de las variables que afectan a la función rehabilitación por referencia a los tópicos siguientes:

1. REGULACIÓN DE LA REHABILITACIÓN

En España, la rehabilitación se configura como derecho de la persona, de toda persona "que presente alguna limitación funcional"[2]. Si bien se observa, en comparación con otros países, un especial reforzamiento del derecho subjetivo —con la singularísima y aparentemente blindada regulación legal/constitucional—, es preciso advertir que la formulación textual de la misma relativiza ese reforzamiento al expresarlo en tiempo verbal futuro: *realizarán, prestarán, ampararán* (los poderes públicos) o *fomentará, establecerá* (el Estado). Lo cual, salvando las formas del estilo jurídico correspondiente, contribuye a suavizar el aspecto imperativo de las normas, en la vía paradójica que apunta Sánchez Ferlosio cuando afirma que "si pasara ya el futuro de una vez empezaríamos a tener tiempo de hacer algunas cosas" (*Pecios*, ABC Cultural, 26/VI/99).

Como es natural, ese derecho de la persona engendra una obligación correlativa en la esfera

---

[1] Un reto insoslayable, por cierto. La fotografía momentánea se acuerda mal con las descripciones sociojurídicas. Parafraseando a Sender, *si se espera un poquito*, los contornos de las figuras retratadas comienzan a perder nitidez.

[2] M. Aznar, con la colaboración de P. Sánchez de Muniaín, en *Realizaciones sobre discapacidad en España (balance de 20 años)*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1997. La norma reguladora correspondiente, el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, establece el objeto de la prestación; las condiciones que han de reunir los beneficiarios (en este punto, se observa una notable restricción a la universalidad del derecho al requerir una afectación "en grado igual o superior al 33 por 100"), y la extensión de los servicios.

pública, "deudora" de la atención rehabilitadora. En este aspecto, merece señalarse, no obstante, que no es lo mismo responsabilizar de la obligación de rehabilitación a los poderes públicos o al Estado (como ocurre con las normas españolas) que a la Administración (caso de los ordenamientos alemán, francés, británico y, en parte, sueco). La responsabilidad en el ordenamiento español es más amplia por cuanto que *la actividad de los poderes públicos o del Estado* incluye la de la Administración y la de otros órganos; por ejemplo, posibles actuaciones de vigilancia o control por parte del poder judicial[3] y de la institución del Defensor del Pueblo.

2. NORMATIVA REGULADORA DE LA REHABILITACIÓN

La rehabilitación en el ordenamiento español se concibe, desde la aparición de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, como "proceso unitario y global" (Aznar, *Realizaciones...*, pág. 112) pero complejo *a fortiori*. Debido a esta complejidad, las distintas partes del proceso se regulan mediante normas muy distintas y de muy diversa procedencia; lo que, por otra parte, ocurre también en los ordenamientos alemán, francés, británico y sueco. Resulta evidente que se ha producido "una evolución tanto en el contenido como en el espíritu de las actividades que se describen como rehabilitación" (*Programa de Acción Mundial*, 1983[4]), si bien la función rehabilitación sigue abarcando "una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional" (*Normas Uniformes*, 1993[5]).

En España, las normas principales sobre rehabilitación se contienen en: la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, conocida como LISMI, que algún tratadista (Gala, 1999) ha considerado como complementaria del sistema de Seguridad Social; las menciones a la rehabilitación incluidas en la Ley General de Sanidad (LGS), de 25 de abril de 1986, y las disposiciones legislativas sobre salud emanadas de las Comunidades Autónomas, que consideran las prestaciones de rehabilitación como de "asistencia sanitaria especializada"; y, finalmente, lo dispuesto sobre acción protectora (recuperación profesional, derecho a la reeducación y rehabilitación, y prestaciones recuperadoras) por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS). La normativa general y autonómica en materia de educación y servicios sociales (aunque incluya aspectos de rehabilitación) afecta de modo más intenso a otros apartados de esta publicación y sólo

---

[3] Véanse, a este respecto, las interesantes precisiones que sobre el papel de los jueces en el perfeccionamiento de los derechos contiene el trabajo del magistrado P. Andrés Ibáñez, *Garantía judicial de los derechos humanos* (**Claves** de razón práctica, nº 90, marzo 1999).

[4] Naciones Unidas: *Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad y Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Real Patronato. Madrid, 1996. Pág. 44.

[5] Naciones Unidas: op. cit., pág. 153.

se menciona con objeto de completar genéricamente un panorama muy interrelacionado en lo técnico y en lo jurídico.

Esa normativa legal, muy cambiante en los últimos tiempos, delimita dos grandes núcleos de sujetos de atención, de acusado dinamismo convergente, en cuanto a la equiparación de prestaciones rehabilitadoras:

Uno.- El conjunto amplio de todas las personas a quienes resulta de aplicación la legislación sanitaria general, que comprende también las actividades sanitarias privadas, dentro del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.).

Dos.- El círculo más limitado de las personas incluidas en el campo de aplicación de la Seguridad Social contributiva (regímenes general y especiales) que, en su origen, mediante el desarrollo de planes individuales de recuperación, pretendía fundamentalmente la readaptación o recuperación profesional, pero que, con la tendencia hacia la universalización de la actividad rehabilitadora, y la acción coordinadora propiciada por el SNS, ha perdido buena parte de su inicial preponderancia.

En los países con los que se lleva a cabo la comparación, la normativa en vigor presenta asimismo una complejidad característica. En Alemania, las principales normas aplicables (Ley para las Personas con Discapacidades Severas, de 1986, modificada en 1994, y Ley de Armonización de las Prestaciones Rehabilitadoras de 1974, modificada en 1994) se integran en el Código Social, inspirado en el artículo 20 de la Ley Fundamental alemana; todas estas normas han dado lugar a una significativa jurisprudencia y a numerosas disposiciones de desarrollo. En Francia, la normativa también refleja la diversidad de regulaciones antecedentes; la integran, en su escalón básico, la Ley de orientación para las personas con discapacidad (1975), el Código de la Seguridad Social (1945 y numerosas modificaciones posteriores) y el Código de Seguros. La legislación básica del Reino Unido la componen las alusiones incluidas en las sucesivas normas sobre Seguridad Social (1948, 1975, 1983, 1984, 1986, 1989, 1992) y sobre Salud (1977, 1983, 1984, 1995) así como los textos más específicos sobre discapacidad que vienen apareciendo desde 1944: Ley sobre Empleo de las personas con discapacidad (1994), Ley sobre enfermos crónicos y personas con discapacidad (1970) o Ley sobre Discriminación por razón de la discapacidad (1995). Finalmente, para el caso de Suecia, importa mencionar la Ley de Servicios Médicos y Sanitarios (1982, modificada en 1993), la Ley de Seguridad Social (1962), en la que se regulan sobre todo los subsidios y prestaciones económicas, y la Ley de Servicios Sociales (1980), una ley de carácter básico que concede gran libertad a las autoridades locales para establecer servicios y que, a su vez, está en el origen de otras disposiciones, por ejemplo, sobre Manutención y Servicios para personas con determinadas deficiencias funcionales (1993).

a) Rehabilitación médico-funcional

Aun coincidiendo en el fondo (atención rehabilitadora mediante la red básica de cobertura sanitaria general o de los seguros de enfermedad y de accidentes) y en los principios, el panorama español y el de los cuatro países descritos en el "libro amarillo" (SIIS, 1999), resulta imprescindible poner de relieve ciertas características de las prestaciones de rehabilitación medico-funcional en España para hacernos una idea, siquiera sea esquemática, de sus peculiaridades más sobresalientes:

- En 1986, la LGS, a partir del reconocimiento constitucional del derecho a la *protección de la salud para todos*, desarrolla también el alcance del artículo 49 de la norma suprema que encomienda a los poderes públicos la realización de una política de rehabilitación, entre otros objetivos. Aunque de modo indirecto y genérico, las normas sobre rehabilitación en otros países invocan también directrices y mandatos constitucionales: el principio del Estado Social (artículo 20 de la Ley Fundamental alemana), o la igualdad en dignidad y derechos arraigada en el sistema sueco.

El contenido de la LGS en este sentido se completa y coordina, como también ocurre en otros ordenamientos, teniendo en cuenta las competencias de las entidades territoriales menores (Comunidades Autónomas, en España; Länder, en Alemania; Departamentos, en Francia; Entes locales, en el Reino Unido; Condados, en Suecia). En todos los casos, la *red sanitaria general* (SNS en España) es la estructura organizativa sobre la que se despliega la acción protectora. Así, por ejemplo, todo un capítulo de la LGS, el capítulo IV, se dedica sucesivamente a delimitar el alcance y características de la coordinación general sanitaria y, en concreto, de los planes de salud conjuntos Estado/Comunidades Autónomas.

Pues bien, entre los principios generales del sistema de salud, se incluye el de "promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente". Por lo que respecta a las *actuaciones* sanitarias propiamente dichas, la legislación española individualiza las correspondientes a la rehabilitación como parte de la "asistencia sanitaria especializada" del sistema público de salud, en el cual se incluyen: la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación[6]. Dentro de este mismo círculo amplio de prestaciones que lleva a cabo el SNS, se prevé también la regulación del suministro y mantenimiento de prótesis y ortesis[7]. Los

[6] Aunque debe advertirse que, al ordenar las prestaciones del SNS, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, registra la rehabilitación tan sólo como parte integrante de la asistencia hospitalaria y considera la prestación ortoprotésica dentro de las prestaciones complementarias.

[7] Considerable importancia ha de atribuirse, en este sentido, a un aspecto generalmente olvidado pero de gran repercusión social y económica: el seguimiento del uso de prótesis mediante el establecimiento del registro sanitario correspondiente. La recogida y utilización pertinente de los datos registrales ya se lleva a cabo, por ejemplo, en Suecia (Registro Nacional de Instituciones Protésicas) y en otros países nórdicos. Para un mayor detalle, puede consultarse la comunicación presentada en el Seminario de Derecho Comparado sobre Discapacidades por Juan Manuel Castellote y colaboradores (Agencia de Evaluación de Tecnologías. Ministerio de Sanidad y Consumo) con el título de *Seguimiento*

ordenamientos de los otros países que venimos considerando establecen determinados aspectos diferenciadores en este círculo más general de protección: en Alemania se cuenta con una descripción detallada de las actividades necesarias para prevenir, aliviar o eliminar la discapacidad, se da prioridad a la atención ambulatoria y se establecen centros específicos para el caso de personas ancianas; en Francia, se puede observar, sobre los presupuestos comunes de integración en el entorno, una preocupación muy especial por el factor edad y, así, las prestaciones rehabilitadoras tienen ciertas características propias según estén destinadas a niños/adolescentes (compatibilidad con la función educativa, especialización de centros por tipos de discapacidades,...) o destinadas a adultos (readaptación profesional, ingreso en centros,...); se observa una insistente preocupación por la no discriminación en el Reino Unido, mientras que la calidad de la asistencia, conseguida a través de una suficiente oferta de servicios y ayudas técnicas, así como por el perfeccionamiento de la participación del afectado en el proceso, prestan singularidad al caso sueco.

- El segundo núcleo de atención antes aludido, el de las personas beneficiarias del sistema contributivo de aseguramiento social, también guarda ciertos paralelismos entre el ordenamiento español y algunos de los ordenamientos a los que se viene haciendo referencia. En el sistema español, los procesos tradicionales de rehabilitación médico-funcional se integran en un plan o programa de recuperación a cuya realización se dirigían los tratamientos sanitarios en general (medicina física, ergoterapia y otros) y los de carácter complementario, entre los que cabe destacar la llamada orientación profesional que hasta puede preceder o ser simultánea a los tratamientos sanitarios en sentido estricto. Justo es reconocer aquí el papel y la proyección de la todavía en parte vigente LISMI, que articula la rehabilitación médico-funcional como derecho universal, no sólo para quienes tengan diagnosticada una limitación funcional sino también para quienes corran riesgo de que tal limitación se produzca por no haberse llevado a cabo las prestaciones rehabilitadoras; algo así como una prevención secundaria o, en palabras de los comentaristas de la LISMI (Aznar y otros, 1982), "rehabilitación preventiva".

Toda esta preocupación por la *pronta iniciación de los tratamientos* médico-funcionales la traslada la LISMI a las normas posteriores que ocupan su ámbito territorial y/o personal. Así, la LGS acentúa la importancia de las acciones preventivas y la LGSS proclama, entre otros extremos, el derecho a iniciar los procesos de recuperación incluso antes de la previa declaración de incapacidad permanente, "tan pronto como se aprecie la procedencia" (artículo 153), o "la iniciativa inmediata de los procesos de recuperación" (artículo 155). Es preciso decir que esta inquietud por la rápida iniciación de la rehabilitación es compartida por otros ordenamientos estudiados (Ley

---

del uso de prótesis en los Servicios de Salud en Europa (Madrid, 29-30 de junio de 1999). Otro asunto de cierta relevancia en términos comparativos es el de la ampliación de los recursos técnicos utilizables en la terapia rehabilitadora. En el mismo Seminario se presentó otra comunicación relacionada con la *hipoterapia* (Catalina Ernst: *Aspectos legales de la terapia asistida con caballos*) que podría ejemplificar ese vector extensivo de medios terapéuticos.

alemana de Armonización, Código francés de Salud Pública y Ley sueca de Servicios Médicos y Sanitarios).

En cuanto a *contenidos* de la prestación de rehabilitación médico-funcional, la recuperación profesional[8] exige, en primer lugar, un adecuado tratamiento sanitario muy especialmente en cuanto concierne a la rehabilitación funcional. Ese tratamiento sanitario comprende, aparte la asistencia sanitaria propiamente dicha, intervenciones en materia de medicina física, ergoterapia y otras técnicas necesarias. Pero lo que caracteriza a la rehabilitación médico-funcional en el ordenamiento español de la Seguridad Social contributiva es el plan o programa individual de recuperación en el que se tendrán en cuenta, para cada beneficiario, sus aptitudes y facultades residuales, o que se prevean como tales, edad, sexo y residencia familiar, así como en el supuesto de incapacitados permanentes recuperables, las características de su antigua ocupación y deseos razonables de promoción social, "dentro siempre de las exigencias técnicas y profesionales derivadas de las condiciones de empleo" (artículo 155).

La primacía de los propósitos de recuperación y de (re)integración laboral es perceptible también en el ordenamiento alemán, (incluso en la legislación sobre minusválidos profundos); en el derecho francés, en el que asimismo destaca (leyes de 1975 y 1978) la posibilidad de arbitrar un programa de readaptación; en las numerosas disposiciones del Reino Unido, más preocupadas sin embargo por la cuestión de la no discriminación en los procesos selectivos, y en el ordenamiento sueco.

Las prestaciones de carácter técnico destinadas a la rehabilitación médico-funcional son muy semejantes, en cuanto a cobertura básica, a las que se ofrecen en el núcleo más amplio, de la atención sanitaria general tratada anteriormente a los ciudadanos de los diversos países. Las mismas prestaciones ortoprotésicas y los elementos de ayuda a la movilidad pueden rastrearse oportunamente en los distintos ordenamientos; la diferencia entre unas normas y otras estriba en la mayor intensidad y amplitud de la cobertura (en Suecia, la modificación de la Ley de Servicios Médicos y Sanitarios de 1993 posibilita incluso la financiación de servicios de interpretación para casos de deficiencia sensorial) o en el mayor o menor rango de la disposición reguladora (en Alemania, se ha elaborado toda una Ley de Ortopedia para la parcela de los seguros de accidentes). En España, la prestación ortoprotésica tiene el carácter de prestación sanitaria complementaria (anexo I del Real Decreto 63/1995) y su desarrollo normativo se contiene en una Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 18 de enero de 1996 modificada por otra Orden del mismo Departamento, de 23 de julio de 1999.

---

[8] Puede observarse en la terminología de la LGSS la permanencia de expresiones tradicionales; por ejemplo, la voz recuperación denota la antigua preponderancia del primordial objetivo de la recuperación profesional en los procesos rehabilitadores.

• Centros.- La rehabilitación médico-funcional como prestación sanitaria propia del SNS, incluida la implantación de prótesis y su oportuna renovación, se modaliza en el Real Decreto 63/1995 como *asistencia especializada en régimen de hospitalización*; por tal motivo, habrá de prestarse en las unidades hospitalarias del SNS pertenecientes al *conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas* (LGS, artículo 44). En el ámbito de la Seguridad Social, aparte de los centros privados concertados, se puede anotar la existencia de algunos otros centros con claros cometidos rehabilitadores, como los generalmente denominados Centros-base en las Comunidades Autónomas y los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF). La legislación española excluye como prestación financiable por la Seguridad Social o por fondos estatales destinados a asistencia sanitaria, los tratamientos en balnearios y las curas de reposo (anexo III, 3, al Real Decreto 63/1995).

En los *países comparados*, la situación es muy diversa. El ordenamiento alemán prioriza la atención ambulatoria y regula una red de centros de rehabilitación destinados principalmente a personas mayores; en Francia, previo dictamen de la Comisión Técnica correspondiente, se pueden seguir los tratamientos en centros públicos o privados concertados; el régimen del Reino Unido, aparte de su conocida querencia por las *soluciones locales*, lo fía casi todo a la suficiencia y racionalidad de las prestaciones económicas, y la legislación sueca ha establecido una red de centros especializados dependientes de los Condados.

• Atención en materia de salud mental.- La LGS (capítulo III) y las disposiciones autonómicas proclaman la prioridad de la atención ambulatoria, la asistencia a domicilio y la hospitalización parcial para las cuestiones relacionadas con la salud mental. La hospitalización, en su caso, se llevará a cabo en unidades psiquiátricas de hospitales generales donde se desarrollarán los servicios de rehabilitación necesarios.

Las normas de otros países establecen, en cambio, el ingreso en un centro sanitario o psiquiátrico, por razones puramente médicas, la sectorización y la posibilidad de llevar a cabo programas de readaptación que se ha quedado tan sólo en posibilidad (Francia); la responsabilidad de los gestores de prestaciones sociales —entre ellas, la rehabilitación— para determinar las requeridas en cada caso concreto (Alemania); la decisión personalizada por parte de las autoridades locales (Reino Unido), y el objetivo de la máxima participación de la persona interesada —*paciente*— en los procesos de rehabilitación (Suecia). En estos dos últimos ordenamientos y en general en el mundo anglosajón, la calidad de la rehabilitación viene configurada por el tratamiento individualizado, estructurado y con recursos disponibles.

b) Tratamiento y orientación psicológicos

Al tratar este asunto, la LISMI (artículo 22) pone de manifiesto la necesidad de una presencia permanente del apoyo psicológico en todas las fases del proceso rehabilitador, el objetivo

último de la superación personal, y la característica metodológica de su simultaneidad con los "tratamientos funcionales". Verdadera "oveja negra" —u oveja para todo— del proceso rehabilitador propiamente dicho, se trata de un conjunto de prestacional que ni ha tenido desarrollo normativo consecuente, ni a lo mejor tenía por qué tenerlo, al no constituir una fase peculiar y autónoma del proceso.

En términos comparados, da la impresión de ocurrir otro tanto: el apoyo psicológico en Alemania constituye una tarea adicional de las instancias rehabilitadoras generales (servicios clínico-sanitarios, servicios laborales o de bienestar social); igual sucede en Francia (centros educativos, de atención médica y psico-pedagógica) y en el Reino Unido, con servicios "ad hoc" en los centros educativos o en los más especializados de salud mental; y también en Suecia donde, para las personas con discapacidad grave, se regulan de modo especializado esos servicios de apoyo psicológico por la Ley de Ayuda y Servicios a personas con ciertos impedimentos funcionales. Puede decirse que, para el caso español, el tratamiento y orientación psicológicos revisten —en el terreno puramente fáctico y en el supuesto de que existan— tantas peculiaridades como centros son los que los prestan.

c) Rehabilitación educativa

Aunque la función educativa se analiza mucho más a fondo en otro apartado de este volumen, determinados aspectos de la educación se encuentran muy estrechamente vinculados a la parcela rehabilitadora. Cabe subrayar aquí lo apuntado al principio, en el sentido de observar una progresiva y hasta muy notable autonomización de distintos aspectos en la amplia gama de servicios asignados a la función *rehabilitación* —el educativo es uno de ellos— y de su correlativo desarrollo en el ámbito del ordenamiento jurídico de los países.

De este modo, en España a pesar de la insistencia inicial, claramente manifestada en la LISMI, (cuya estructura incluye la educación en el título VI, dedicado a la rehabilitación) los aspectos relacionados con el campo educativo se han ido emancipando progresivamente del proceso rehabilitador. La realidad posterior, en la que sin duda han influido factores de aproximación conceptual marcada por documentos tan significativos como el Programa de Acción Mundial y la Clasificación de la OMS, ha venido a mostrar bien a las claras que *lo educativo*, en una sociedad dada, abarca también las necesidades especiales. Por eso, pasa a regularse, y así ocurre en los ordenamientos de *nuestros* países, dentro del sector educativo general en el que se integran las peculiaridades oportunas para satisfacer las necesidades mencionadas. De ahí, la importancia progresiva de las normas que afectan al sector educativo (en España, la Ley Orgánica del Derecho a la Educación, LODE, Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, LOGSE, y disposiciones aplicativas, en especial, el Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales). Por lo que concierne a la llamada rehabilitación educativa en sentido estricto, consiste en procesos residuales o complementarios de

la rehabilitación funcional, o preparatorios de la transición a otras fases del proceso: formación en habilidades elementales, preorientación profesional, creación de hábitos,... Igual sucede en los demás países. El ordenamiento alemán, aunque no se tengan datos precisos sobre sus disposiciones de aplicación, parte de la necesidad de ayuda para que los ciudadanos lleven una vida autónoma, propia de su dignidad humana. En Francia, los grupos de ayuda, las denominadas *enseñanzas de adaptación*, las curas ambulatorias, los centros médico-psicopedagógicos y los establecimientos médico-educativos, tienden a compensar las necesidades derivadas de las deficiencias y a la convergencia en la *corriente* educativa ordinaria (Ley de Orientación, 1975). En el Reino Unido, es notoria la impronta de las leyes educativas (*Education Acts* de 1993 y 1996) en la cobertura de las necesidades especiales. El ordenamiento sueco, finalmente, se basa en el principio de accesibilidad plena a los recursos educativos.

d) Rehabilitación profesional

Para la población en general, de no beneficiarios del régimen contributivo de la Seguridad Social, la LISMI universaliza el derecho a la recuperación profesional. Su contenido tiene similar alcance al ya mencionado del régimen contributivo de Seguridad Social: tratamiento de rehabilitación médico-funcional —resulta oportuno hacer referencia al punto 2.a) anterior—, orientación profesional y formación (readaptación o reeducación) profesional. Asimismo se regula la posibilidad de que la formación profesional se realice en empresas mediante un contrato especial. En la disposición mencionada se prevén también: determinadas medidas adicionales facilitadoras del desarrollo personal y de la integración social, la gratuidad de los tratamientos rehabilitadores y un subsidio para quienes reciban esos tratamientos, utilizando la misma red de centros de recuperación y de rehabilitación de la Seguridad Social. Se vuelve a insistir en el comienzo temprano de la prestación recuperadora. Las personas en situación de riesgo de aparición de una minusvalía se asimilan a la condición de beneficiarios, subordinándose el derecho a las prestaciones a la relación razonable de proporcionalidad coste/eficacia. El subsidio de recuperación depende de los gastos adicionales necesarios (alojamiento, transporte, comedor).

- Además de lo ya señalado acerca de la finalidad recuperadora, en el régimen general de la Seguridad Social contributiva, la recuperación profesional se destina, en principio, a quienes cumplan con los requisitos establecidos por la LGSS y les haya sido declarada la figura de la invalidez permanente[9]. La recuperación puede comprender alguna o algunas de las siguientes prestaciones: tratamiento sanitario adecuado, especialmente rehabilitación funcional, orientación profesional y formación profesional (sea de readaptación al trabajo anterior o de reeducación para uno nuevo). El tratamiento sanitario (medicina física, ergoterapia y otros actos recuperadores que

[9] Tan pronto como se aprecie la procedencia de llevar a cabo la recuperación "sin que sea precisa la existencia de una previa declaración de incapacidad permanente" (art. 153 LGSS).

se estimen adecuados) se prestará en régimen ambulatorio o de internado, en servicios sanitarios propios o concertados de la Seguridad Social, en centros y servicios de las Mutuas patronales, en los de las Empresas colaboradoras, o en los centros privados reconocidos. Por lo que se refiere a la orientación, también se proporcionará en esos centros; de acuerdo con ella, se proporcionará formación profesional mediante cursos en centros propios o concertados con las entidades gestoras/colaboradoras. El conjunto de actuaciones y prestaciones obedecerá a un plan o programa individual de recuperación. Los beneficiarios de estas prestaciones tienen además la posibilidad de percibir un subsidio de recuperación asi como el derecho a disfrutar, en su caso, de las ventajas de lo establecido sobre empleo selectivo.

- Los ordenamientos de los países que se vienen comparando, aun con ciertas semejanzas en cuanto a propósitos genéricos (prioridad a la integración laboral, importancia decisiva de los aspectos formativos, centros y servicios de recuperación, adaptación de puestos de trabajo...), mantienen diferencias significativas. En Alemania y en Francia, se observa una gran preocupación por el establecimiento y mantenimiento de centros especializados característicos a los que se accede generalmente tras dictamen técnico: centros de formación profesional, de rehabilitación profesional y de rehabilitación médico-ocupacional, en el caso alemán; equipos de preparación y seguimiento de la reincorporación, centros de preorientación y centros de formación/rehabilitación profesional, en el caso francés. Por el contrario, en el Reino Unido y en Suecia, se percibe una mayor inquietud por los principios: no discriminación/adaptación razonable, en el ordenamiento británico; recorte en los gastos (por ahorro en prestaciones de invalidez y enfermedad), evaluación periódica del potencial profesional y diversificación de la oferta formativa, en las normas suecas.

3. FINANCIACIÓN

La financiación de los procesos rehabilitadores sigue fielmente la pauta marcada por la evolución de los servicios de atención, principalmente en cuanto se refiere a la progresiva extensión a toda la población del derecho correspondiente. Así, en el ordenamiento español, el marco normativo para la protección universalizada se configura por el Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria (R.D. Legislativo 1091/1988, de 23 de septiembre, modificado por la Ley 37/1988 de Presupuestos Generales del Estado para 1989).

- De otra parte, por lo que hace al ámbito de la Seguridad Social, cuyo marco normativo es la Ley General de la Seguridad Social de 1994, modificada por la Ley 24/1997, de Consolidación y Racionalización del sistema de la Seguridad Social, los recursos proceden del mismo Presupuesto de la Seguridad Social que, aun incluido en los Generales del Estado, tiene una financiación y una dinámica propias. Ese presupuesto, en lo concerniente a ingresos, está constituido por:

- ✓ cuotas de trabajadores y empresarios destinadas principalmente a financiar las prestaciones denominadas contributivas;

- ✓ "aportaciones progresivas del Estado", unas consignadas permanentemente en sus presupuestos y otras especialmente acordadas por exigencias especiales y coyunturales dirigidas al pago de las prestaciones universales y de naturaleza no contributiva;

- ✓ ingresos diversos (por recargos, sanciones, productos patrimoniales y otros).

• Caso especialísimo y notorio en un esquema de derecho comparado como el que nos ocupa es el que se refiere a la financiación peculiar de determinados aspectos de la rehabilitación para el grupo de personas constituido por quienes tienen cierto grado de deficiencia visual. En este sentido, merece anotarse la especialidad en cuanto a medios económicos de la Organización Nacional de Ciegos Españoles al contemplarse como tales medios —entre otros varios— los "beneficios de la explotación en exclusiva de la concesión estatal de la venta del cupón prociegos" (R.D. 358/1991, de 15 de marzo).

• Los otros ordenamientos comparados (alemán, francés, británico y sueco) tienen, como es natural, esquemas de financiación muy estrechamente correlacionados, asimismo, con su propia trayectoria histórica en cuanto a prestaciones y servicios. Así, en Alemania, la rehabilitación médico-funcional se financia según la situación de cobertura en cada caso por los seguros de enfermedad, de accidentes, de pensiones, o, en último término, por la asistencia social; la rehabilitación profesional, por el Servicio Federal de Empleo y las entidades aseguradoras correspondientes. En Francia, de acuerdo con el tipo de centro, los servicios se financian por el sistema de la Seguridad Social (centros médico-psicopedagógicos, centros de educación motriz, gastos de estancia en centros de rehabilitación profesional...) o por los presupuestos educativos, en los centros que tienen este carácter. Casi lo mismo ocurre en el Reino Unido, donde la finalidad del empleo, la educación o la salud, condiciona la financiación de los centros: Departamento de Empleo, autoridad educativa local o Seguridad Social universal, respectivamente. Por último, en Suecia, tanto la rehabilitación médica como la profesional, y las ayudas correspondientes se financian por el sistema universalista de Seguridad Social, con diversos matices y cuantías teniendo en cuenta el destino de las ayudas y subvenciones pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

- P. Andrés Ibáñez: "Garantía judicial de los derechos humanos", en **Claves** de razón práctica (nº 90; marzo, 1999).

- M. Aznar López, P. Azúa Berra y E. Niño Ráez: *Integración Social de los Minusválidos (Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril)*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1982.

- C. Gala Vallejo. *El Sistema de la Seguridad Social en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Cuarta edición. Madrid, 1999.

- S. Muñoz Machado y R. de Lorenzo (directores): *Código Europeo de las Minusvalías*. Escuela Libre Editorial. Madrid, 1996.

- Naciones Unidas: *Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad y Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1996.

- *Réadaptation*: "L'intégration sociale des personnes handicapées par maladies mentales", número monográfico (nº 409, abril 1994).

- SIIS. Centro de Documentación y Estudios: *Legislación relativa a la política para la discapacidad (Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia)*, documento reconocible como "libro amarillo". Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, col. Documentos, nº 51/99. Madrid, 1999.

- V.V. A.A.: *Código de Protección Social*. 2 tomos. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 1995.

- V.V. A.A.: *Realizaciones sobre discapacidad en España (balance de 20 años)*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1997.

5. ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO

ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO

Adela Mateo Echanagorria
Servicio de Estudios IMSERSO

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad al medio físico no es sino una cualidad del mismo para hacerlo asequible, alcanzable para llegar hasta él. Es, por tanto, una condición necesaria para dar cumplimiento al principio de igualdad de oportunidades, principio-guía que impregna nuestra norma fundamental de 1978.

Las circunstancias históricas de nuestro país no propiciaron una regulación que impulsara la mejora de las condiciones de accesibilidad al medio físico hasta la década de los años ochenta tras la promulgación de la Constitución de 1978, que recogió en su articulado las inquietudes existentes en el seno de la sociedad para eliminar los obstáculos impedidores de una inserción social plena de las personas con discapacidades.

La tardía incorporación de nuestro país en la regulación de la accesibilidad al medio físico ha supuesto un desfase temporal en la regulación normativa con respecto a otros países europeos, desventaja de partida que ha permitido evitar reproducir errores cometidos en otros lugares, evitando a veces una discriminación subsidiaria provocada por un proteccionismo conducente a una marginación intersocietaria.

El punto de partida hay que establecerlo en la Constitución de 1978, ya que las normas anteriores a la misma no tienen gran relevancia ni por su cantidad ni por las materias reguladas. La Constitución diseña un Estado con una estructura descentralizada y distribución competencial entre Estado, Comunidades Autónomas y Municipios que tienen capacidad para normar las materias atribuidas.

La complejidad del sistema competencial diseñado por nuestra Constitución tiene plena incidencia en la variedad de materias que componen el conglomerado de lo que es comúnmente aceptado como "accesibilidad al medio físico".

La distribución de competencias sobre estas materias entre Estado, Comunidades Autónomas y Municipios que pueden regularlas jurídicamente se ha traducido en una normativa heterogénea desde el punto de vista formal y material. La comparación con la normativa de otros países tendrá que realizarse en estos niveles: estatal, autonómico y local (provincial y/o municipal), teniendo en cuenta que las diferencias normativas no son sino un reflejo de estructuras políticas, económicas, sociales y culturales fraguadas en una historia propia.

Francia, con una estructura de poder centralizada regula la accesibilidad al medio físico con normas que irradian su obligatoriedad a todo el ámbito territorial.

Alemania, país de estructura federal residencia la competencia normativa en los länder y en el parlamento federal, utilizando la convención para armonizar los diferentes niveles.

Reino Unido articula normas de comprensión para todo el ámbito del territorio, siendo los entes locales los ejecutores prácticos.

Suecia utiliza su poder normativo a nivel estatal para fijar la obligatoriedad de hacer accesible el medio físico con unos parámetros comunes, corriendo por cuenta de los entes locales la responsabilidad de las realizaciones prácticas.

REGULACIÓN ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO

La accesibilidad al medio físico tiene cobertura constitucional en su art. 49 que acoge el principio de integración de las personas con minusvalías según dispone: "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos".

La igualdad formal que establece el art. 14 de la Constitución "los españoles son iguales ante la ley" se complementa con el principio de igualdad real del art. 9.2. "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran 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".

La Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos, verdadero punto de inflexión en la política de integración social de los minusválidos, regula a nivel estatal en sus artículos 54 a 60 la accesibilidad al medio físico, para dar cumplimiento a lo preceptuado constitucionalmente.

De forma similar, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia dotan del mayor grado jerárquico la accesibilidad al medio físico a nivel de ámbito estatal, bien en leyes de carácter sectorial (asistencia social, construcción...) o bien de carácter específico del colectivo de personas con movilidad reducida. (Ley de Discapacidad Francesa, Ley Alemana del Seguro de Discapacidad) (cuadro nº 1).

El Reino Unido es el país que de forma más reciente se ha incorporado a la regulación de la accesibilidad al más alto nivel jerárquico, al aprobar en 1995 la Ley sobre Discriminación de

Personas con Discapacidad que homogeniza la normativa de accesibilidad a nivel de todo el Estado en sintonía con la perspectiva de igualdad de oportunidades dada por la Comunidad Europea como aquélla que tiene como fin el poner todos los medios existentes a disposición de los ciudadanos en términos de igualdad y eficacia equitativa.

CUADRO N.º 1: REGULACIÓN ACCESIBILIDAD

ALEMANIA	L. Fundamental Bonn (art.20)	Ley Federal	Normas Específicas	Normas Sectoriales
FRANCIA		Ley Estatal	Específica PMR *	N. Sectoriales
REINO UNIDO		Ley Estatal	Específica PMR	N. Sectoriales
SUECIA		Ley Estatal	Específica PMR	N. Sectoriales
ESPAÑA	Constitución (art. 49; art. 9.7)	Ley Estatal	Específica PMR	N. Sectoriales

(*) PMR: Personas con movilidad reducida.

Normativa reguladora de accesibilidad al medio físico

La normativa de accesibilidad al medio físico viene enmarcada en la Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos, y el Real Decreto 5561/1989, de 19 de mayo, de medidas mínimas de accesibilidad en los edificios.

Constitucionalmente son las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos los competentes en la regulación del urbanismo, construcción, transportes y servicios sociales dentro de su ámbito territorial, por lo que las Comunidades Autónomas han sido las que han

	Reino Unido	**Suecia**	**Alemania**	**Francia**	**España**
Aseos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aparcamiento	Sí	Sí (5% total plazas)	Sí	Sí	Porcentaje o cupo s/ C.A.
Espacios abiertos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sanciones	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (diferente grado de sanción s/ C.A.)

normativizado la materia, sirviendo la Ley 13/1982 y el R. Decreto 556/1989 como normas básicas y subsidiarias.

Todas las Comunidades Autónomas han regulado, bien mediante Decreto del Consejo de Gobierno, bien mediante Leyes de Asamblea, las líneas básicas de accesibilidad ampliando la mayoría de las veces el grado de accesibilidad y en otras, endureciendo (haciendo más exigentes) la normativa básica estatal (anexo I).

El desarrollo normativo llevado a cabo por las Comunidades Autónomas es comparable al existente en los cuatro países que examinamos, a pesar de las diferencias entre los sistemas políticos de estos cinco países, que van desde la estructura centralizada a una estructura federal, o a sistemas totalmente descentralizados que descansan sobre la primacía de los entes locales. La diferencia principal podría radicar, no tanto en el desarrollo normativo, sino en cuanto a la homogeneidad de las normas en su sustrato básico, configurando un todo armónico. (cuadro nº 2)

Toda la normativa española de accesibilidad al medio físico respeta los parámetros marcados por el R.D. 556/1989, y en muchos casos regula y especifica más medidas de las contempladas en el mismo, pero sin tener un criterio unificador de todo el corpus autonómico.

a) **Vías y espacios públicos, incluidos los naturales**

La cobertura estatal viene dada por el Texto Refundido de la Ley del Suelo y Ordenación urbana de 26 de Junio de 1992, y los reglamentos de planeamiento, gestión y disciplina urbanística, que no contemplan un planeamiento accesible. Es la Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos, la que en sus arts. 54 y 55 establece que la planificación urbana y su ejecución se efectuará de forma que sean accesibles y utilizables para los minusválidos, así como la adaptación gradual de lo ya construído.

La competencia normativa reguladora del urbanismo es municipal y autonómica. Las Comunidades Autónomas, a través de la normativa aprobada de accesibilidad y supresión de barreras, contemplan los diferentes aspectos del planeamiento urbanístico que los hace equiparables a la de Alemania, Reino Unido, Suecia y Francia. Con carácter general regulan:

- Itinerarios peatonales:
  - Anchos mínimos de acera (de 0,90 m. a 1,20 m. y cruces).
  - Espacios cambio de dirección.
  - Pendientes longitudinales transversales y desniveles.
  - Alturas bordillos.

CUADRO N.º 2: NORMATIVA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO

España	Alemania	Francia	Reino Unido	Suecia
• Ámbito Estatal. * *Ley 13/1982 Integración Social Minusválidos*	• Ámbito Estatal. * *Leyes Federales* • *Personas con Discapacidades Severas* • *Asistencia Social*	• Ámbito Estatal. * *Ley Orientación en favor de Personas con Discapacidad.* * *Ley contra la Discriminación en razón de su estado de salud o discapacidad*	• Ámbito Estatal. * *Ley sobre Discriminación por razón de Discapacidad"* (1970)	• Ámbito Estatal. * *Ley Construcción y Urbanismo* Normas Instituto Sueco Discapacidad
• *RD 5561/1989 Medidas mínimas accesibilidad edificios*	• Acuerdos	• Decretos	• Circular Adaptación de Viviendas para personas con Discapacidad	• Ordenanza Adaptación de los Servicios Públicos de Transportes
• Ámbito Autonómico * *Medidas mínimas accesibilidad edificios*	• Estados Federales * *Leyes Länder*			
• Ámbito local * *Planes Generales de Ordenación Urbana* * *ORDENANZAS*	• Ámbito local * *Ordenación Urbana*	• Ámbito local * *Ordenación Urbana*	• Ámbito local	* Ámbito local

- Pavimentos: mínimo antideslizantes, diferenciaciones, colocación rejas, registros y alcorques.
- Vados: anchos mínimos (mínimo 1,20 m.), pendientes.
- Pasos peatonales.
- Escaleras: ancho mínimo 1,20 m. a 1,80 m.; pavimentos, pasamanos, número máximo de peldaños, longitud de rellano.
- Rampas: anchuras, pendientes, longitudinales y transversales.
- Ascensores: profundidad y anchura de cabina, ancho puertas, altura botonera.
- Servicios higiénicos.
- Aparcamientos: plazas reservadas, señalización.
- Mobiliario urbano: fuentes, teléfonos, contenedores, semáforos, asientos públicos (dimensiones y colocación).

VÍAS Y ESPACIOS PÚBLICOS

	Reino Unido	Suecia	Alemania	Francia	España
Normativa reguladora	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria. Nueva construcción
Aceras y pavimentos	Sí	Sí	Sí (normas DIN)	Sí	Sí (sin homogeneizar a nivel estatal)
Pasos de peatones	Sí	Sí	Sí	Sí (según presc. técnicas)	Sí
Rampas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Escaleras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Barandillas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Señales	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mobiliario urbano	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuidados y mantenimiento	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

En Alemania, la estructura de estado federal donde los länder tienen competencias plenas en urbanismo, no impide que se lleguen a acuerdos de funcionamiento con los estados federados y los municipios adoptando las decisiones en competencias de construcción y transporte a nivel de estado. La accesibilidad de los edificios y de las infraestructuras viarias han de acomodarse a las normas estandarizadas DIN en todo el territorio del Estado federado.

El Reino Unido, con carácter tardío, ha regulado a nivel estatal (Ley sobre Discriminación por razón de la Discapacidad de 1995) la accesibilidad de las aceras, paso de peatones, rampas, escaleras, barandillas, mobiliario urbano, aparcamiento, tipos de pavimentos y señales, así como el acceso al espacio abierto.

Francia, mediante la Ley de 1991, impone la accesibilidad tanto de las vías públicas como privadas regulando los diferentes parámetros a través de prescripciones técnicas, si bien, en la Ley 75.534 de 30 de junio de 1975 en el cap. V se prevén las adaptaciones al medio físico.

Suecia establece la obligatoriedad en las vías públicas y en los espacios naturales con unos mínimos que se han de contemplar a nivel de todo el país. Las entidades locales pueden regular normas de accesibilidad siempre respetando los mínimos establecidos a nivel estatal.

b) **Edificaciones públicas**

El Real Decreto 556/ 1989 de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad de los edificios, es la única norma que regula a nivel de todo el ámbito del estado español "exigencias dimensionales mínimas", norma que actúa con carácter supletorio de las disposiciones de las Comunidades Autónomas.

Las condiciones mínimas que regula este Real Decreto son aplicables tanto a los edificios de uso público como privado, siempre y cuando sean de nueva construcción. No establece ninguna disposición para la adecuación de la accesibilidad de los edificios existentes.

EDIFICACIONES PÚBLICAS

Entrada.	**Reino Unido**	**Suecia** (1)	**Alemania** Las establecidas en las normas DIN	**Francia** Construcciones nueva planta (2)	**España** * (estatal) - comunicación interior/exterior - comunicación acceso edificio/y áreas o depencias
- anchura mínima entrada	1,20 m.				0,90 m.
Rampa:	1,20 m.				0,90 m.
- Pendiente	<1:15 R 10 m. >1:12 R 5 m.				Máx. 8% <10 m. 10% < 3 m. 12%
- Barandillas	900 mm. sobre ram 1000 mm.sobre descansillo				
Puerta	0,80 m.				0,70 m.
Espacio puerta paredes	300 mm.				1,20 m.
Escaleras:					
- Altura uniforme	H < 150mm				plano inclinado 60%
- Anchura escalón	1,2 m.				desniv. máx 0,12
Pasillos:					
- Anchura mínima	1,20 m.				

(1) La legislación de ámbito estatal sueca relaciona los elementos a contemplar para hacerlos accesibles, aunque no establece las dimensiones. Los entes locales marcan las características técnicas que se deben respetar.

	Reino Unido	Suecia	Alemania	Francia	España
Ascensores:					
- Ancho puerta	0,80 m.				0,80 m.
- Dimensión interior	1,1 x 1,4 m.	1,1 x 1,4 m.			0,90 x 1,20 m.
- Superficie					1,20 m^2
- Panel control altura	0,9 a 1,2 m.				——— (*)
- " " identif. táctil					——— (*)
- Apertura puerta	3 segundos				
Aseos:					
Baño:	1 silla ruedas 1 PRM				
Techos		soportar 150 kg.			
Vestuarios					
Asiento	a 9,475 m. suelo				
Barandilla horizontal	0,7 m. del suelo				
Espejo altura	0,55 y 2,45 m. del suelo				
Colocación asientos, barandillas...	si				

(2) Los edificios existentes tienen obligación de adaptarse si son públicos de acuerdo a la población de cada municipio.
(*) Normativa estatal

La normativa de las Comunidades Autónomas diferencia en general entre los edificios de uso público y privado, estableciendo requisitos diferentes según sea su uso final. Desde esta perspectiva, la normativa de las Comunidades Autónomas se corresponde más con la normativa de los países europeos, que tienen reglamentaciones diferenciadas según el uso público o privado que la regulación de ámbito estatal que establece unos estándares generales y mínimos[1].

[1] Hay que tener en cuenta las normas sectoriales como la que regula las construcciones dedicadas a hostelería.

La existencia de una norma marco dónde se establecen unos mínimos a respetar, no ha evitado la disparidad en las regulaciones de ámbito autonómico, al regular los diferentes elementos y sobre todo en la especificación de los indicadores y parámetros.

En todo caso, las estipulaciones contempladas en este Real Decreto se corresponden en términos globales con la normativa de los países europeos, aunque éstas sean más amplias.

Hay que destacar la minuciosidad de la normativa del Reino Unido que refleja su juventud[2], y de Francia. Francia distingue entre exigencias a cumplir para hacer accesibles los edificios de nueva planta que se extiende tanto a los edificios públicos como privados, y la accesibilidad para los edificios ya existentes donde convierte en obligatoria la accesibilidad sólo a los edificios públicos.

La normativa de accesibilidad a edificios de nueva construcción sigue la pauta general de los otros países europeos y regula recibidor, ascensores, escaleras, baños, teléfono, mobiliario, señalización, aparcamientos, etc...

En 1978, Francia estableció mediante Decreto la regulación de la accesibilidad a los edificios públicos existentes, distinguiendo entre poblaciones menores de 5.000 habitantes y poblaciones con población mayor a 5.000 habitantes. Para estos núcleos de población impone un plazo de 3 años para inventariar todos los edificios públicos existentes y clasificarlos de acuerdo a 3 categorías: accesible, adaptable, no adaptable. Los edificios adaptables prevé lo sean en un plazo de 5 a 15 años según el costo de la reforma.

En los núcleos de población menor de 5.000 habitantes deben ser las personas con problemas de movilidad las que solicitarán la adaptación del edificio público ante su ayuntamiento, respondiendo el ayuntamiento en el plazo de seis meses desde la solicitud. En 1994 mediante Decreto modifica y desarrolla las previsiones del Código de Urbanismo para la adaptabilidad de los edificios públicos y privados.

c) **Vivienda**

La Ley 13/1982 de 7 de abril, en su art. 57 prevé la reserva de un 3% en las viviendas de protección oficial y viviendas sociales con características constructivas suficientes para el desenvolvimiento normal de sus actividades motrices y su integración en el núcleo en el que habiten.

---

[2] El Reino Unido regula en 1991 mediante reglamentos la accesibilidad a los edificios.

La competencia que en vivienda y urbanismo les otorga la Constitución a las Comunidades Autónomas, ha motivado que sean éstas las que han regulado las condiciones de accesibilidad de las viviendas con destino al uso de personal con reducción en su autonomía personal.

La Ley 8/1999 de 6 de abril de Reforma de la Ley 49/1960 de 21 de julio sobre propiedad horizontal, en su art. 13 rebaja el quórum necesario para la realización de obras o el establecimiento de nuevos servicios comunes que tengan como finalidad la supresión de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso a la vivienda. Este quórum ha sido rebajado a mayoría simple de los propietarios, siempre que representen la mayoría de las cuotas de participación.

Esta reforma del quórum de aprobación supone una sensible mejora de la anterior regulación de la Ley 3/1990 de 21 de junio modificadora de la Ley 49/1960 de 21 de julio de Propiedad Horizontal.

La Ley 15/1995 de 30 de mayo sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad establece el procedimiento para la adopción de acuerdos entre interesado y propietario, comunidad o mancomunidades sobre la forma de ejecución de las obras de adaptación.

El Decreto 556/1989 de 19 de mayo, por el que arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios es de aplicación a las viviendas de nueva construcción, así como la Orden de 3 de marzo de 1980 del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo sobre características de los accesos, aparatos elevadores y condiciones interiores de las viviendas para minusválidos, proyectadas en viviendas de protección oficial. Esta orden regula tanto la accesibilidad al inmueble de viviendas y los accesos en el interior del inmueble hacia las viviendas. Contiene además las especificaciones técnicas de los aparatos elevadores y del interior de las viviendas.

Las Comunidades Autónomas dentro de sus competencias han regulado dentro de sus normas de accesibilidad las condiciones de las viviendas para personas de movilidad reducida, primero a través de normas dictadas por los Consejos de Gobierno y posteriormente por Leyes de Accesibilidad dictadas por las Asambleas que descienden incluso a regular las especificaciones técnicas con objeto de hacer más imperativo su cumplimiento.

Los Reales Decretos 355/1980 de 25 de enero (BOE 28280) y el 241/1981 de 5 de febrero (BOE 26.2.81) previos a la LISMI contemplan una serie de medidas en cuanto a la reserva y situación de las viviendas de protección oficial destinadas a minusválidos físicos.

El segundo Real Decreto cambia el modo de reserva de viviendas del anterior que lo fijaba en un 3%, a una regulación más flexible y gradual debido a la negatividad de la anterior regulación que limitaba incluso la situación de la vivienda para minusválidos en la planta baja.

VIVIENDAS

	Alemania	Francia	Reino Unido	Suecia	España
Entrada edificio	Normas DIN	Si (NC)			1 (NC)
• Puertas	Normas DIN	Si (NC)	Sí	Sí	0,80 m.
• Rampas			Sí	Sí	
• Barandilla			Sí	Sí	0,80-0,90 m.
Areas comunicación		Sí (NC)	Sí	Sí	1,10 m.
Ascensores		NC y edificios exist.	Sí	Sí	
Diferencia rellano/cabina					± 0,002 m.
Dimensión cabina					1,40 x 1,10 (*)
Alto botonera					1.10 m.
Timbres				Opticos y táctiles	
Indicadores				Opticos y táctiles	
Escaleras				1,20 mm. x 1,50 mm.	
Interior vivienda					
Paredes y techos				Sí	
Espacios de almacén			Sí	Sí	
Baños		Sí	Sí	1 accesible	Sí
Areas comunicación		Sí	Sí	Sí	1,10 m.
Dormitorio		Sí			Sí
Cocina		Sí		Sí	Sí
Balcones		Sí	Sí	Sí	0,80 m.
Puertas		Sí	Sí	Sí	0,80 m.
Garages		Sí	Sí	Sí	

(1) Normativa estatal. Orden de 3 de marzo de Mº de Obras Públicas y Urbanismo sobre características de accesos, aparatos elevadores y acondicionamiento interior de las viviendas de protección oficial destinadas a minusválidos.
(NC) Nueva construcción.
(*) Dimensiones cabina de 1,20 fondo (acceso) x 0,90 m. ancho y 1,20 m² superficie (R.D. 556/1989).

Las Comunidades Autónomas se han preocupado de regular también este aspecto desde diferentes ángulos, siendo la tendencia a que las viviendas para personas con movilidad reducida puedan ser adaptadas sin grandes obras.

España no se sustrae a la regulación establecida por Alemania, Francia, Suecia y Reino Unido en la accesibilidad de la vivienda y a pesar de que también en esta materia existen diferencias entre las regulaciones autonómicas todas ellas respetan los mínimos de la regulación estatal contenido en el R.D. 556/1989 de 19 de mayo y la Orden de 3 de marzo de 1980 del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, normativa de carácter supletorio y en cierta forma modélica para otros países europeos al mejorar la integración social de las personas de movilidad reducida en su entorno evitando la creación de zonas especiales para estos colectivos que promuevan la segregación de los mismos.

Las normativas de estos países regulan en todo caso: entrada al edificio, aparcamiento, ascensores, puertas de acceso y accesibilidad interna de la vivienda.

Francia distingue entre edificios de nueva construcción para los que la accesibilidad al inmueble es obligatoria y la fácil adaptabilidad de la vivienda y los edificios ya existentes para los que obliga al menos a la accesibilidad de los ascensores para personas en sillas de ruedas. Las instrucciones y circulares de 1989 y 1990 acomodan normas anteriores.

El Reino Unido regula la accesibilidad al inmueble y al interior del edificio que incluye la accesibilidad a las diferentes estancias y áreas de comunicación. La circular 10/90 regula la adaptación de viviendas para personas con discapacidad.

Suecia regula a nivel estatal la accesibilidad de las viviendas en la Ley de Construcción y Urbanismo, y en las normas dictadas por el Instituto Sueco de Discapacidad. Los entes locales son los que tienen competencia para normalizar las especificaciones técnicas que han de reunir los inmuebles destinados a vivienda para personas con movilidad reducida.

Alemania estandariza los parámetros a través de normas DIN.

d) **Lugares de trabajo**

Nuestro país no cuenta con una norma específica que regule la accesibilidad a los lugares de trabajo y es de aplicación con carácter general el R.D. 556/1989 de 19 de mayo por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios, tanto en cuanto todo edificio de nueva construcción ha de contemplar dichas prescripciones.

El R. Decreto 1451/1983 de 11 de mayo en su art. 12 establece la posibilidad de solicitar subvenciones con cargo al INEM para la adaptación de los puestos de trabajo para las empresas que contraten trabajadores minusválidos.

La Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales, en el art. 25 obliga al empresario a prevenir los riesgos específicos de la protección de los trabajadores especialmente sensibles "incluidos aquéllos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial".

El art. 42 de la Ley 15/1995 de 30 de mayo sobre "límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad" prevé la posibilidad de realizar las obras necesarias de adaptación del inmueble cuando el usuario sea un trabajador minusválido por cuenta ajena y las obras hayan de realizarse en el interior del centro de trabajo.

Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia cuentan con normativa reciente que obliga o incita al empresario a la adaptación del puesto de trabajo.

La Ley Alemana de Personas con Discapacidad Severa, sólo obliga a que los procesos de organización y producción se adapten a las condiciones de los trabajadores discapacitados cuando estas sean razonables o no supongan un gasto desproporcionado.

La vía de adaptación de los lugares de trabajo a las personas discapacitadas es indirecta al imponer una tasa compensatoria al empresario que no realice las adaptaciones necesarias, tasa que se destina a la financiación de ayudas para la mejora de la accesibilidad de los lugares de trabajo y vivienda.

Francia regula específicamente por Ley 91/663 de 13 de julio de 1991 las condiciones de accesibilidad específicas de acuerdo al número de empleados:

- Planta accesible en los centros de trabajo con una capacidad de 20 a 200 trabajadores.
- Dependencias de uso común accesibles en centros de trabajo con más de 200 trabajadores.

Por Decreto de 27 de junio de 1994 especifica las características técnicas que deben reunir los diferentes elementos arquitectónicos de los lugares de trabajo.

El Reino Unido a raíz de la Ley sobre Discriminación de las personas con discapacidad contempla una serie de medidas sin carácter obligatorio para hacer accesible el puesto de trabajo, que van desde el cambio del diseño de los locales, designación de un trabajador de apoyo,

introducción de equipamiento adaptado, etc..., siempre y cuando supongan una clara desventaja para el trabajador con discapacidad.

Suecia a través de su Ley de Medio Ambiente Laboral impone la adaptación de las condiciones de trabajo a las necesidades del trabajador discapacitado. El incumplimiento conlleva sanciones para el empleador.

ADAPTACIÓN LUGARES DE TRABAJO

	Alemania	Francia (*)	Reino Unido	Suecia	España
Normativa específica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Obligatoriedad	indic/indirec	Sí	No	Sí	No
Sanciones	Tasas	Sí	No	Sí	No

(*) Exigencias diferentes dependiendo del número de empleados del centro de trabajo.

e) **Transportes públicos**

La normativa reguladora de los transportes públicos en nuestro país sigue el mismo esquema de distribución competencial que en materias anteriores.

La Constitución Española de 1978 establece en los arts. 148 y 149 la distribución de competencias de los transportes y de las obras públicas.

El art. 148.1 atribuye a las Comunidades Autónomas la competencia en:

- 5.º Ferrocarriles y carreteras cuyo itinerario se desarrolle íntegramente en el territorio de la Comunidad Autónoma y en los mismos términos el transporte desarrollado por estos medios o por cable.
- 6.º Los puertos de refugio, puertos, aeropuertos deportivos y en general los que no desarrollen actividades comerciales.

Al Estado se le atribuye la competencia exclusiva en el art. 149.1.21 en "ferrocarriles y transportes terrestres que transcurran por el territorio de más de una Comunidad Autónoma, régimen general de comunicaciones, tráfico y circulación de vehículos a motor, correos y telecomunicaciones, cables aéreos, submarinos y radiocomunicación.

En su apartado 2.4. Las obras públicas de interés general o cuya realización afecte a más de una comunidad autónoma.

Partiendo de la distribución competencial, la normativa reguladora del transporte público se establece en tres niveles:

- Nivel estatal
- Nivel de comunidad autónoma
- Nivel local: transporte urbano

Solo la Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración social de los minusválidos prevé en su art. 59, la adaptación progresiva de los transportes públicos colectivos a fin de facilitar la movilidad de los minusválidos.

El Real Decreto 2574/83 de 13 de julio sobre prescripciones relativas a las características de construcción de vehículos dedicados al transporte colectivo de personas, establece en su art. 1, apartado 3 que los autobuses y autocares destinados al transporte de escolares, minusválidos o enfermos se pueden regir por su normativa específica.

La regulación más específica de ámbito estatal es el Real Decreto 3250/1983 de 7 de diciembre por el que se regula el uso de perros-guía para deficientes visuales, que establece el derecho de los deficientes visuales a ir acompañados de perros-guía en cualquier lugar, alojamiento, establecimiento, local y transporte público, sin que deba suponer gasto adicional alguno.

La escasa regulación en el ámbito estatal se compensa con la numerosa y exhaustiva normativa en los espacios propios de las Comunidades Autónomas. Todas ellas, a excepción de Ceuta y Melilla regulan, bien mediante Ley de Asamblea o bien por Decreto u Orden del Consejo Ejecutivo, la accesibilidad a los transportes públicos teniendo contenidos diversos.

En todo caso regulan la accesibilidad a estaciones de tansporte, material movil de nueva adquisición, y modificación de los medios de transporte existentes, así como la financiación de los mismos.

Los municipios a través de los Planes de Urbanismo, o bien mediante ordenanzas municipales específicas sobre condiciones de accesibilidad urbanística regulan la accesibilidad del transporte público, las paradas de autobuses y taxis, y los aparcamientos.

Aunque la normativa tanto de Comunidades Autónomas, como la de ámbito municipal tienden a legislar las mismas materias, la disparidad en sus contenidos es muy grande. Por ejemplo, no hay siquiera homogeneidad en las ordenanzas reguladoras de reserva de aparcamientos para

TRANSPORTE PÚBLICO ACCESIBLE

	Reino Unido	Suecia	Alemania	Francia	España
COMPETENCIA	Estatal Local	Estatal Local	Estatal Federal	Estatal	Estatal Autonómico Local
NORMATIVA	Ley Estatal: - Servicios Públicos de Pasajeros (1981) - Transporte (1985) - Antidiscriminación (1995) Locales: Normas municipales	Estatal: Ordenanza Adaptación Servicios Públicos de Transporte a las Condiciones de la Discapacidad (1980) Locales: Normativa municipal	Estatal: - Ley para personas Discapacitadas Severas - Ley Transporte Gratuito Personas Discapac. Severas (1979) - Ordenanza M.º Transporte sobre construcc. y explotac. metros y tranvías. Homogeniza normativa federal - Normas DIN: Estándares Minimos para la construcción de vehículos	Estatal: Decreto: Regula entre otras las disposiciones aplicables a las instalaciones y servicios regulares de transporte colectivo de pasajeros públicos o privados y a las instalaciones abiertas al público de los servicios de transporte.	Estatal: Ley 13/82 art. 59 Ley 16/87 Ordenación Transportes Terrestres R.D. 2574/83 Construcción vehículos R.D. 3250/83 Perros-guía. Autonómica: - Leyes de Asamblea de Accesibilidad y Supresión de Barreras. - Decreto Consejos Ejecutivos Local: Ordenanzas: Transporte Urbano, Aparcamientos: Planes Urbanismo.
ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS	Ministerio Transportes - Comité Consultivo Personas con Discapacidad	- Oficina Estatal Transportes y carreteras - Consejo de Tráfico - Consejos Locales y Regionales		- Consejo Nacional de Transporte - Comité de Enlace para Transpsorte de las Personas con Diccapacidad	- Mº de Fomento Consejo Nacional Transportes Terrestres (consumidores y usuarios) - Nivel autonómico: Consejos de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras (representantes de asociaciones de discapacitados - Mº Trabajo y Asuntos Sociales: IMSERSO)

	Reino Unido	Suecia	Alemania	Francia	España
REALIZACIONES: Ferrocarril	Construcción de trenes accesibles desde 1998. Adaptación estaciones: - plazas aparcamiento - aseos accesibles - Reserva de plazas adaptadas a trenes		Incremento accesibilidad en toda la red: - Adaptación estaciones - estandarización andenes. - Aseos accesibles - Asientos especiales - Adaptación trenes	Programas para incrementar la accesibilidad en estaciones y material móvil	Convenio IMSERSO-RENFE: - Mejorar la accesibilidad material móvil. - Mejora en las estaciones
Metro	Las medidas de accesibilidad sólo están en fase experimental en escasos puntos de la red		Homologadas las medidas en instalación, cintas transportadoras, puertas de acceso (0,8 m. ancho)		- Sólo son accesibles algunos puntos de la red del metro en las ciudades que cuentan con él
Autobús	Transporte adaptado mayoritariamente. Obligatoriedad de estar totalmente adaptado en el 2015				- Escasas ciudades de autobuses adaptados - Adaptados los particulares destinados a uso exclusivo de personas con problemas de movilidad.
Taxi	Todos los taxis deberán ser accesibles en el 2012.				- Gran escasez de taxis adaptados. - Convenio con la ONCE y la FEMP.
Aéreo					- Plan de Accesibilidad IBERIA.
Sanciones		No	Sí	No	No con carácter general. Sí en normativa autonómica.

personas con movilidad reducida en unas se reserva un número de plazas; en otras un porcentaje del total de plazas.

Las diferencias sustanciales en cuanto a la normativa de estos países, no es tanto la falta de normativa, sino la falta de un criterio homogeneizador que haga obligatorios unos mínimos a cumplir con carácter general en todo el sistema de transporte, principalmente público.

No existe un plan general a nivel nacional que establezca los criterios mínimos que han de regir la accesibilidad en el transporte público, por lo que las realizaciones conseguidas son diferentes no ya entre comunidades autónomas, sino también en municipios, ya que dependen en gran medida de la sensibilización existente en el equipo de gobierno y en la dotación presupuestaria. Dotación que no deja de reflejar el desarrollo económico y social conseguido por la Comunidad Autónoma o el Municipio.

El IMSERSO (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) desde 1990, desarrolla un programa de prestaciones técnicas e I + D (Proyecto Piter), que a través de convenios con las empresas públicas, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), o bien con otras organizaciones (ONCE) financia acciones que conlleven la accesibilidad a las personas con movilidad reducida.

Desde 1997, el convenio suscrito con la empresa de ferrocarriles RENFE para la realización de actuaciones tanto en trenes como en las estaciones, ha conllevado una serie de mejoras que se concretan en acciones prioritarias como:

- Trenes: incorporación de aseos, adaptación y transformación de unidades de tren para sillas de ruedas.

- Estaciones:

  - adaptación de las estaciones de cercanías de las principales ciudades españolas,
  - instalación de plataformas elevadoras móviles,
  - adquisición sillas de ruedas.

El convenio de IMSERSO con la FEMP tiene como objetivo el promover la incorporación progresiva de vehículos plenamente accesibles a las flotas de autobuses regulares.

El convenio entre el IMSERSO y la Fundación ONCE trata de promover la extensión del servicio de taxi adaptado, apoyando la incorporación de taxis accesibles a las flotas municipales.

f) **Telecomunicaciones y comunicación social**

La tendencia en este segmento es a facilitar el acceso a las comunicaciones a través de subvenciones o prestaciones económicas destinadas a la adquisición de ayudas técnicas.

La regulación es escasa y se realiza en las normas que regulan la prestación de servicios médicos y sanitarios.

Alemania dispone de una regulación de Ayuda a la Integración que contempla ayudas para equipamientos de telecomunicación y reducción de tasas en los aparatos telefónicos adaptados. Algunos länders eximen del pago de las tasas de radio y tv. para personas con graves discapacidades.

La Ley del Seguro de Dependencia de 1994, contempla una serie de medidas para proveer de recursos humanos y técnicos la necesidad de ayuda para persona con dependencia. Las ayudas técnicas para la mejora de visión, audición y comunicación se contemplan dentro de los servicios médicos y sanitarios.

Francia no difiere de la tendencia de establecer prestaciones, aunque ha introducido los subtítulos en las emisiones de T.V., a través del Minitel, así como el derecho a disponer de un traductor del lenguaje de signos en las relaciones con la Administración Pública.

Reino Unido y Suecia facilitan a través de los servicios de salud las ayudas técnicas que faciliten la comunicación social.

Suecia cuenta además con centros de ayudas técnicas que sirven para la investigación y la formación en el uso de nuevas tecnologías a personas discapacitadas. Dispone también de centros de intérpretes.

España sigue la tendencia marcada por otros países y cubre dos vías:

1. Investigación. La Orden de 7 de abril de 1989 del Ministerio de Asuntos Sociales crea el Centro Estatal de Autonomía Personal y de Ayudas Técnicas (CEAPAT) entre cuyos fines primordiales se encuentra la investigación de técnicas modernas y aparatos destinados a facilitar a las personas discapacitadas la movilidad, así como al desarrollo de una tecnología propia sobre útiles y aparatos de ayudas técnicas.
2. Prestaciones asistenciales, en forma de ayudas para la adquisición de ayudas técnicas.

No hay una normativa estatal que contemple unos mínimos de accesibilidad en la Comunicación Social. El Real Decreto [3] 3250/1983 de 7 de Diciembre por el que se regula el uso de

perros guía para deficientes visuales es la única norma a nivel de ámbito estatal que regula la accesibilidad en la comunicación social para invidentes.

Las Comunidades Autónomas tienen la competencia sobre la materia y aunque la mayoría de ellas han normado sobre la accesibilidad, son muy pocas las que contemplan medidas generales para facilitar la accesibilidad a la comunicación, y lo regulado es dispar.

La regulación en la comunicación en transporte, vivienda y urbanismo es prácticamente inexistente en cuanto a la ordenación de información y señalización. La mayoría de las Comunidades Autónomas establecen planes intencionales que permitan adaptar el uso de la lengua de signos y las subtitulaciones en los programas de TV.

TELECOMUNICACIONES Y COMUNICACIÓN SOCIAL

	Alemania	**Francia (*)**	**Reino Unido**	**Suecia**	**España**
Ayudas Técnicas	Sistema de Salud	Sistema de Salud	Sistema de Salud	Sistema de Salud	Prestaciones Asistenciales
Medios de Comunic.		Subtitulación			
Comunicación urbana, vivienda...	Ley Seguro Dependencia				Alguna C.A. R.D. perro-guía (estatal)
Comunicación Administrativa	–	Intérpretes	–	Centros Intérpretes	
Centros Investigación Ayudas técnicas		Sí			Sí

La regulación de compensación de recursos técnicos y humanos para discapacidades de audición o visuales son prácticamente inexistentes. Existen programas a nivel nacional patrocinados por el IMSERSO cuyo objeto es facilitar la accesibilidad en la comunicación como la promoción de teléfonos de texto para sordos o el servicio de teleasistencia domiciliaria, programas puntuales que se llevan a cabo en colaboración con empresas, las Comunidades Autónomas y la y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

g) **Financiación**

La accesibilidad al medio físico se financia a través de la Ley de Presupuestos Generales del Estado, y con cargo a las Leyes de Presupuestos de las Comunidades Autónomas y de las

Corporaciones Locales de acuerdo a sus competencias. La Ley 13/1982 de 7 de abril de integración de los minusválidos lo prevé en su art. 66.

La diversidad de sectores que agrupa la accesibilidad al medio físico incrementa la dificultad de la normativa en cuanto a su financiación, ya que habrá actuaciones de competencia exclusivamente pública (como puede ser la infraestructura, el transporte público...) que se financian con partidas finalistas del presupuesto público (bien sea de ámbito estatal, autonómico o local) y otras que pertenecen al mundo privado, donde el estado actúa promoviendo su fomento bien mediante subvenciones, o exenciones.

Estas hetereogeneidades, añadidas al ya complejo normativismo de nuestro sistema competencial en base territorial, producen una variedad de regulaciones de difícil sistematización.

A nivel estatal se regulan con caracter básico la financiación para la adaptabilidad de viviendas mediante subvenciones y créditos cualificados:

- R.Decreto 224/89 de 3 de marzo sobre medidas de financiación de actuaciones protegibles en materia de vivienda.
- R.Decreto 1186/1998 de 12 de junio sobre medidas de financiación de actuaciones protegidas en materia de vivienda y suelo del Plan 1998-2001.

El transporte es la actividad que tiene una mayor cobertura normativa de financiación.

La Ley 13/1982 de 7 de abril, de integración social de los minusválidos en la Disposición Final Séptima, quinta, contempla la creación de un subsidio de movilidad y compensación de transporte.

De forma indirecta a través de exenciones fiscales se fomenta la adquisición de vehículos de motor y sillas de ruedas en las siguientes normas:

- Ley 39/1988 de 28 de Diciembre reguladora de Hacienda Locales.
- Ley 37/1992 de 28 de Diciembre reguladora reguladora de Impuesto del Valor Añadido: Reducción del IVA al 4%.
- Ley 38/1992 de 28 de Diciembre de Impuestos Especiales: Exención impuesto matriculación de coches de minusválidos.

El IMSERSO financia convenios con diferentes organismos, instituciones y empresas dirigidos a la mejora de la accesibilidad, que van desde la financiación de planes integrados de accesibilidad en ciudades, a la mejora de ayudas técnicas y a la investigación.

Las Comunidades Autónomas a través de sus presupuestos financian todas aquellas acciones que sean de su competencia.

La financiación de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia es muy similar en las modalidades aunque varíe en el cuanto y en las acciones a subvencionar. Por ejemplo, Francia regula una reducción de impuestos para las adaptaciones de inmuebles y de viviendas para las personas con discapacidad (Instrucción DGI de 16/07/93).

En Alemania la importancia que tiene la sociedad civil a través de organizaciones complica aun más el sistema de financiación. Hay que subrayar la particularidad de destinar a la financiación de la mejora de la accesibilidad la tasa compensatoria por incumplimiento de las normas de contratación de personas con discapacidad, pauta que contemplan algunas Leyes de Accesibilidad de Comunidades Autónomas como la de la Comunidad Autónoma de Madrid, que destina las sanciones impuestas por incumplimiento de la normativa de accesibilidad a la financiación de acciones encaminadas a este objetivo.

CONCLUSIÓN

Una de las notas caracterizadoras de la normativa reguladora de la accesibilidad al medio físico en nuestro país es la hetereogeneidad que no viene dada tanto por el modo en que se norma como por los diferentes parámetros que se regulan.

La inexistencia de normas que homogenicen a nivel estatal los mínimos comunes aplicables a todo el territorio del Estado (recordemos que sólo se ha regulado a nivel estatal la accesibilidad a los edificios) bien pudiera romper el principio constitucional de igualdad al aplicarse de forma muy diferente de un territorio del Estado a otro unas normas de contenido dispar, ruptura que puede amplificarse por el sistema de financiación.

La previsión de que la accesibilidad al medio físico se realice a través de los presupuestos generales bien del Estado, bien de cada Comunidad Autónoma o del propio municipio o ente local, sin establecer un mecanismo permanente de financiación, promueve la variabilidad en los fondos destinados a las mejoras de la accesibilidad que dependerá en muchos casos del interés político, de la presión de los colectivos implicados, de la concienciación y presión social.

Las diferencias en el desarrollo interregional y de la propia expansión de los servicios sociales favorecen aún más las desigualdades en la accesibilidad al medio físico en el ámbito autonómico, que puede verse incrementada por la multiplicidad de agentes intervinientes y de intereses a nivel local en el planeamiento urbano y los recursos varios municipales.

El modelo alemán de la convención, del acuerdo entre los länder y el Estado federal puede ser un ejemplo de cómo es posible adoptar normas aplicables a todo el ámbito estatal sin dañar las competencias pertenecientes a otras estructuras estatales.

La armonización puede constituirse en un principio clave en la regulación de la accesibilidad al medio físico que ha de servir como hilo conductor para el logro de la igualdad de oportunidades.

En este sentido, el Plan de Acción para personas con discapacidad 1997-2002 elaborado por el IMSERSO, contempla un plan sectorial de integración comunitaria y vida autónoma cuyo objetivo común es el éxito en la meta de la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, meta que no se alcanzará si no se aprovechan todas las oportunidades para ello.

La futura Ley de Ordenación de la Edificación puede ser una nueva oportunidad perdida en el camino de la armonización, también necesaria a nivel comunitario si se quiere conseguir conseguir una "Europa de los ciudadanos, con igualdad de oportunidades; con un alto nivel de protección y de calidad de vida, de cohesión económica y social...", tal y como proclama el Tratado de Amsterdam en su artículo 2.

ANEXO

NORMAS BÁSICAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS REGULADORAS DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO (*)

Andalucía

Decreto 12/92 de 5 de mayo y Decreto 133/1992 de 21 de julio: normas técnicas y régimen transitorio de normas técnicas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y el transporte en Andalucía.

Aragón

Ley 3/1997 de 7 de abril de Promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas de transportes y la comunicación.

Asturias

Ley 5/1995 de 6 de abril de promoción de accesibilidad y supresión de barreras.

Baleares

Ley 3/1993 de 4 de mayo, para la mejora de la accesibilidad y de la supresión de las barreras arquitectónicas. Decreto 96/1994 de 27 de julio por el que se aprueba la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas.

Canarias

Ley 8/1995 de 6 de abril de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación.

Cantabria

Ley 3/1996 de 6 de julio sobre accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas en Cantabria.

Castilla-La Mancha

Ley 1/1994 de 24 de mayo de accesibilidad y eliminación de barreras en Castilla-La Mancha. Decreto 25/1996 de 27 de febrero por el que se regula la organización y funcionamiento del Consejo Regional de Accesibilidad.

Castilla-León

Ley 3/1998 de 24 de junio de accesibilidad y supresión de barreras.

(*) Hay que hacer referencia además a todas las leyes, decretos y demás normas de servicios sociales, leyes de solidaridad... etc. que contienen regulaciones respecto a las personas con movilidad reducida.

Cataluña

Ley 20/1991 de 25 de noviembre de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

Decreto 135/1995 de 24 de marzo, de desarrollo de la Ley 20/1991 de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas y de aprobación del Código de Accesibilidad.

Extremadura

Ley 8/1997 de 18 de junio de promoción de accesibilidad de Extremadura.

Galicia

Ley 5/1996 de 6 de junio sobre el acceso al entorno de las personas con deficiencia visual

Decreto 286/1992 de 8 de octubre de accesibilidad y eliminación de barreras

La Rioja

Ley 5/1994 de 19 de julio de supresión de barreras arquitectónicas y promoción de accesibilidad.

Orden de 20 de junio de 1996 por la que se crea el Consejo Sectorial de Discapacidad.

Madrid

Ley 8/1993 (modificada por Ley 10/1996) de 22 de junio de promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

Murcia

Ley 5/1995 de 7 de abril de condiciones de habitabilidad en edificios de viviendas y de promoción de la accesibilidad general.

Navarra

Ley Foral 4/1988 de 11 de julio, sobre barreras físicas y sensoriales.

Decreto Foral 250/1988 de 6 de octubre, por el que se crea la Comisión Interdepartamental de Barreras Físicas y Sensoriales.

Decretos Forales 154/1989 de 29 de junio por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo y aplicación de la Ley Foral 4/1988 de 11 de julio.

Decreto Foral 57/1990 de 15 de marzo por el que se aprueba el Reglamento para la eliminación de barreras físicas y sensoriales del transporte.

País Vasco

Decreto 59/1981 de 24 de marzo sobre Normativa para la supresión de barreras urbanísticas.

Decreto 291/1983 de 19 de diciembre sobre Normativa para supresión de barreras arquitectónicas.

Decreto 257/1986 de 18 de noviembre sobre servicios sociales para minusválidos.

Comunidad Valenciana

Decreto 193/1988 de 12 de diciembre, por el que se aprueban las "Normas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas".

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- CASADO, N. y VALLS, R. Análisis comparado de las normas autonómicas y estatales de accesibilidad. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1998, 220 págs.

- COMITÉ DE LIAISON POUR LE TRANSPORT DES PERSONNES HANDICAPEES. Mesures en faveur des personnes handicapées dans les differents moyens de transport et les differents pays, 18 de. París, Conseil National des Transports, 1999, 157 págs.

- HERNANDEZ MORALES, Javier. Accesibilidad y supresión de barreras. El procedimiento en la Comunidad de Madrid. Madrid. IMSERSO, 1996, 127 págs.

- IMSERSO. PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: 1997-2002. Madrid, 1996, 231 págs.

- JUNCÁ, J.A. Transporte Público accesible en los países de la C.E. Organización, políticas, normas y principales realizaciones. Serie Documentos 32/92. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1992, 441 págs.

- MUÑOZ, S. y DE LORENZO, R. (dirs.) Código europeo de las minusvalías. Colección Solidaridad nº 8. Madrid, Escuela Libre Editorial, 1996, 1811 págs.

- REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA. Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1997, 462 págs.

- REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA. Desarrollo y aplicación de la LISMI (1982-1992). Tomos I y II. Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1992, 260 págs.

- REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA. Legislación relativa a la política para la discapacidad: Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia. Serie Documentos 51/99. Madrid. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1999, 193 pág

- Proyecto de Ley de Ordenación de la Edificación. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, núm. 163.1 de 15 de marzo de 1999.

ANÁLISIS COMPARADO DE LA LEGISLACIÓN RELATIVA A LA ACCESIBILIDAD EN EL TRANSPORTE

Ricard Valls Riera

Projecció

1. ASPECTOS GENERALES

En esta presentación vamos a realizar un análisis comparado de la legislación de accesibilidad en el ámbito del transporte en España, Alemania, Francia, Gran Bretaña y Suecia. Más allá del interés que nos pueda aportar la descripción detallada de las reglamentaciones, sujetas al paso del tiempo o a las veleidades de la política a corto plazo o a la inutilidad derivada de su incumplimiento, vamos a intentar hacer explícitas aquellas opciones políticas que hay detrás de la legislación y cuáles son sus implicaciones en la accesibilidad al transporte.

La estructura de la presentación va a consistir en el análisis de la aproximación que hacen las legislaciones de la accesibilidad al transporte, bien sea como un derecho subjetivo exigible del ciudadano, para cuyo ejercicio hay que desarrollar medidas a corto plazo, o bien como la regulación de las infraestructuras y medios de transporte.

Estas alternativas legislativas no son en sí mismas excluyentes, por lo que el interés del análisis estará centrado más que en su misma regulación, en cómo se han desarrollado estas estrategias, cuáles son sus consecuencias y porqué se ha optado por ellas. La aplicación de recursos económicos escasos por parte de las administraciones públicas u opciones políticas de gasto entre mantenimiento e inversión nos permitirán entender las diferentes opciones.

Por tanto, nos enfrentaremos al falso dilema de si en el ámbito de la accesibilidad en el transporte la prioridad política y jurídica debe ser la garantía del derecho al transporte de aquellas personas con movilidad reducida, mediante estructuras de transporte personalizado, o bien las políticas que benefician a toda la población y especialmente a las personas con movilidad reducida mediante la accesibilidad del transporte ordinario.

Mientras la inversión en la accesibilidad de los medios de transporte ordinarios parece la continuidad lógica de las políticas que garantizan el derecho al transporte a las personas con movilidad reducida, parece difícilmente justificable que se invierta en accesibilidad para todos sin antes haber resuelto la primera necesidad.

En resumen, vamos a tener que analizar cuál es la prioridad jurídica de las legislaciones de transporte: la garantía de derechos de una minoría mediante servicios de transporte especial o soluciones individualizadas, frente a la mejora de la calidad de vida de toda la población mediante la accesibilidad de las infraestructura y los medios de transporte. Ello también nos va a plantear la

cuestión de quién tiene la responsabilidad última de la accesibilidad como derecho: los departamentos de bienestar social o los de transportes.

2. NORMATIVA APLICABLE: DERECHO A LA ACCESIBILIDAD AL TRANSPORTE O REGULACIÓN DEL ENTORNO

El eje de la normativa de accesibilidad en España viene en el artículo 59 de la LISMI que pretende "facilitar" la movilidad mediante medidas técnicas orientadas a la adaptación "progresiva" en los transportes públicos colectivos.

Por tanto, la regulación de la accesibilidad cuando se refiere a medios de transporte ordinarios parte de diferenciar entre este facilitar y el garantizar que conllevaría el derecho de la movilidad.

Este artículo viene complementado por el Artículo 12.2 d relativo al subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte y por el Artículo 60 sobre estacionamiento de vehículos de personas con movilidad reducida. Ambos artículos obedecen ya a una lógica que pretende compensar económicamente los costes adicionales de la movilidad reducida o facilitar el uso del vehículo particular. En cualquier caso, al desarrollarse la prestación por gastos de transporte de acuerdo a módulos objetivos de coste, sin considerar los gastos reales, se está derivando la financiación hacia la persona con movilidad reducida o creando un nuevo tipo de movilidad reducida por razones económicas.

Por otra parte, en toda la LISMI se recoge la filosofía de la proximidad de los servicios respecto al domicilio y se recoge, implícitamente, la evidencia de que existen unos medios de transporte que garantizan el acceso a los servicios especiales o normalizados.

Sin embargo, en ninguna parte de la LISMI se recoge la existencia de una red de transporte especial de gestión local o comarcal, próxima a las necesidades del ciudadano, quizá debido a las prevenciones ante la creación de cualquier servicio no integrado.

La regulación posterior de la accesibilidad por parte de las comunidades autónomas ha insistido en la regulación de condiciones técnicas de accesibilidad de las infraestructuras y medios de transporte ordinarios, limitando las referencias a las soluciones personalizadas de transporte como una competencia municipal a cubrir mediante servicios de vehículo especial o taxi adaptado. Así, algunas legislaciones autonómicas establecen la obligatoriedad de disponer de vehículos o taxis en municipios de más de 50.000 habitantes.

Naturalmente se han hecho regulaciones extensas sobre autobuses urbanos e interurbanos,

ferrocarriles, metro y transporte aéreo, siguiendo una política de fomento del uso del transporte público por parte de las personas con movilidad reducida, que nadie está exigiendo al resto de la población española. Por otra parte, no existen en nuestro país políticas de precios que incentiven el uso de dichos medios de transporte, si lo comparamos con las políticas de tarifas de Alemania, Suecia y Gran Bretaña.

Frente a este modelo legislativo español, cabe destacar la opción de Gran Bretaña donde la regulación de la **Disability Discrimination Act**, se ha centrado en el ejercicio del derecho subjetivo de movilidad, lo que ha llevado a planificar servicios más próximos a las necesidades y a la realidad de las personas con movilidad reducida, fueran las soluciones en el ámbito de las soluciones personalizadas o para toda la población.

La existencia de organizaciones no lucrativas y empresas que se dedican a proveer de soluciones personalizadas de transporte, es una muestra de las prioridades políticas derivadas del planteamiento de la movilidad como derecho subjetivo inmediato.

En el mismo sentido, cabe destacar que la legislación sueca establece desde 1997 un fondo para promover la coordinación de acciones locales y comarcales orientadas a los servicios de transporte accesible. Quizás la tradición de planificación y gestión de servicios sociales locales en los países nórdicos ha facilitado la creación de estas estructuras locales y de soluciones personalizadas a las necesidades de movilidad.

La legislación sueca también establece grandes ventajas en los precios de los servicios de transporte, con reducciones muy significativas en todos sus medios de transporte, incluido el aéreo.

En Alemania las soluciones personalizadas de transporte están fuertemente desarrolladas y financiadas con cargo a los fondos de asistencia social, a pesar de disponer de esquemas de gestión y criterios de servicio de base local. La regulación en Alemania está basada en la Ley de Transporte Gratuito para personas con minusvalía severa, en la que se regula la accesibilidad gratuita al transporte a cambio de una tasa anual de 120 marcos, 10.200 pesetas.

En Francia la regulación de la accesibilidad al transporte viene establecida originariamente por el Decreto 78-1167, por la Ley 82-1125 sobre orientación en los transportes interiores. La información recogida no nos permite sacar otras conclusiones que las derivadas del conocimiento de acciones puntuales en algunos municipios en los que se han desarrollado medidas personalizadas de transporte. Por otra parte también existen tarifas muy reducidas para el transporte de personas con movilidad reducida en medios de transporte público.

En las regulaciones de los cuatro países se establecen, profusamente, disposiciones técnicas orientadas a la accesibilidad de las estructuras y medios de transporte ordinarios, sin embargo, en

todas ellas hay una clara coincidencia en que su aplicación está plenamente condicionado a planificaciones de renovación de flotas o a necesidades de reforma estructural de las infraestructuras de transporte. Por tanto, son políticas sometidas a elementos externos a la accesibilidad y a las necesidades a corto plazo de movilidad.

3. CONCLUSIONES

Del análisis de los modelos que definen las legislaciones correspondientes de la accesibilidad se puede concluir:

1. La atención de la legislación, especialmente la española, se ha centrado en la regulación del transporte ordinario, que también se ha visto beneficiado por la necesidad de recambio de flotas durante los años 90 y la mejora de la tecnología aplicada al transporte.

2. El transporte especial se ha configurado en España como una necesidad complementaria de otros servicios especializados (ocio, integración laboral, educación), dificultando el acceso a los servicios normalizados.

3. La accesibilidad de los medios ordinarios de transporte es consecuencia de políticas de calidad de vida, calidad de los servicios y del creciente envejecimiento. Así no cabe aplicar las inversiones en accesibilidad a los medios de transporte como una inversión destinada a las personas con movilidad reducida, sino a toda la población.

4. El actual diseño de las políticas de transporte para personas con movilidad reducida, no configuran derechos de movilidad sino oportunidades escasas.

5. Frente a modelos personalizados de transporte con altos costes de mantenimiento se ha optado por la inversión en los medios de transporte ordinario.

6. La integración de las personas con movilidad reducida en el uso de los medios de transporte ordinario es un avance importante pero no significa necesariamente dar más calidad. La calidad está en la personalización del servicio.

7. Las soluciones personalizadas de transporte definen alternativas efectivas a corto plazo, mientras que la accesibilidad del transporte ordinario son siempre a largo o incierto plazo.

8. La accesibilidad del transporte ordinario es una solución demográficamente relativa fuera de ámbitos metropolitanos y de determinados tipos de minusvalía en los que las motivaciones de desplazamiento son muy diversas.

9. La ausencia de estructuras locales de servicios sociales fuertes ha limitado las soluciones personalizadas de accesibilidad en el entorno local.

10. El diseño final del modelo español de transporte accesible responde a un diseño pensado para las estructuras y los medios de transporte y sin tener en cuenta las necesidades actuales de las personas, cuyas necesidades reales nunca se han estudiado.

11. En ningún caso, estas conclusiones, subjetivas, son un alegato contra la accesibilidad para todos, al contrario; son un defensa de la accesibilidad para todos, pero primero para los que tienen movilidad reducida.

Barcelona, 14 de septiembre de 1999

6. EDUCACIÓN

Jesús Flórez
Fundación Síndrome de Down de Cantabria y
SIIS Centro de Documentación y Estudios

1. REGULACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Al igual que en los cuatro países objeto de análisis en el informe de *Legislación Relativa a la Política para la Discapacidad*, en **España** la educación de niños y adolescentes con discapacidad es obligatoria, entre los 6 y los 16 años de edad. Este deber que, a la vez, constituye un derecho, se proclama en la Constitución de 1978, cuyo artículo 27 consagra la educación obligatoria y gratuita de manera generalizada y sin excepciones, y se desarrolla en la Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos-LISMI y en la Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo-LOGSE.

Por cuanto se refiere a la asunción de responsabilidades, puede decirse, con carácter general, que la competencia normativa recae, en lo referente a la legislación básica, en los Estados. El desarrollo normativo se descentraliza en **Alemania** y **España**, en donde los *Länder* y las Comunidades Autónomas, respectivamente, asumen estas competencias. En los demás países, el desarrollo normativo corresponde al Estado. El reparto de las competencias ejecutivas se articula del siguiente modo: corresponden al Estado en **Francia**; en **Suecia**, el Estado las comparte con los Ayuntamientos; en **Alemania**, **España** y **Reino Unido**, las competencias ejecutivas se encuentran descentralizadas, recayendo, respectivamente, en los *Länder*, las Comunidades Autónomas y las Autoridades Educativas Locales.

2. NORMATIVA REGULADORA DE LA EDUCACIÓN Y DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

En **Alemania**, las normas básicas reguladoras de la educación son, a nivel federal, la Ley Básica de Universidades, la Ley Federal de Promoción de la Educación y la Ley de Formación Profesional. Cada estado federado cuenta con amplias competencias de desarrollo normativo que dan lugar a una gran diversidad interterritorial.

En el modelo vigente en **Francia**, la normativa básica se recoge en la Ley de 1975 y en la Ley 89/486, de 10 de julio de 1989, de orientación en materia de educación.

En el **Reino Unido**, el ámbito educativo ha sufrido diversas diversas reformas en los últimos años. La más reciente es la consignada en la Ley de Educación de 1996). También está en vigor la Ley de Educación Superior de 1992. Con todo, a efectos de claridad expositiva conviene tener presentes las disposiciones introducidas con anterioridad a estas fechas y fundamentalmente los importantes cambios que, en la política de educación, se produjeron a consecuencia del informe Warnock de 1978.

La normativa sueca básica está recogida en la Ley General de Educación Escolar de 1985 que establece la igualdad de acceso a la enseñanza dentro del sistema público. Una reforma posterior establece que los alumnos con necesidades especiales tienen prioridad en la asignación de los recursos educativos. Esta política de acción positiva tiene por objeto garantizar la equiparación de oportunidades en este ámbito.

En **España**, y dada la trascendencia que supuso la LISMI en la aplicación de la reforma educativa, conviene destacar sus principales aportaciones.

Esta Ley reconoce el derecho a la educación para todos los españoles de acuerdo con la Constitución; pero insiste en *que dicho derecho incluye también a las personas con minusvalía.* Hace referencia expresa al derecho a la gratuidad de la enseñanza para los minusválidos, también señalado en la constitución. Y amplía este derecho a todos los minusválidos, con independencia del tipo de deficiencia o del grado de aptitudes que posea.

La LISMI formula como premisa básica la *integración del minusválido en el sistema educativo ordinario,* debiéndose recurrir a la educación especial en centros específicos sólo cuando no sea posible esta integración. De la formulación de esta ley derivan también importantes realizaciones:

- la elaboración de programas de apoyo;
- la supresión de barreras arquitectónicas y de movilidad, tanto en las escuelas e institutos como en las facultades y escuelas técnicas;
- el derecho del alumno con minusvalía a solicitar ampliación de convocatorias de examen, acorde con sus dificultades intrínsecas;
- la facilitación de los estudios a niños de larga estancia en hospitales;
- la necesidad de efectuar previamente adecuados diagnósticos por parte de equipos multiprofesionales, insistiendo en la naturaleza multiprofesional de su constitución;
- la necesidad de impartir una educación individualizada, sobre todo a los alumnos de educación especial que no pueden integrarse en el sistema educativo ordinario;
- la especificación de que la educación especial obligatoria comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos, es decir, toda la educación general básica.

La profunda revisión conceptual que supuso la LISMI quedó plasmada en el ordenamiento posterior.

En primer lugar, la *Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, del Derecho a la Educación (LODE).* Subraya el derecho de todos los españoles a una educación básica, de lo que derivan dos consecuencias: la gratuidad de la enseñanza y la extensión de dicha enseñanza gratuita a quien precise de ella, con independencia de su grado de minusvalía.

En segundo lugar, el *Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial.* Aunque cronológicamente es previo a la LODE, se inscribe en el mismo marco de voluntad política. Si la LODE sienta las premisas generales en lo que afecta a la educación de los minusválidos, el Real Decreto determina expresamente en su artículo 4.1. que la educación especial será obligatoria y gratuita en los niveles establecidos en el sistema ordinario.

a) Educación ordinaria

En todos los países estudiados, incluido **España**, el principio básico sobre el que se basa la educación de las personas con discapacidad es el de la integración escolar.

En el sistema educativo **alemán**, la educación es obligatoria para todos los niños y se aplica el principio por el que se otorga prioridad a la integración de los niños con discapacidad en la escuela ordinaria. Si los alumnos no están en condiciones de adaptarse al programa de estudios, pueden matricularse en distintos tipos de escuelas especiales que imparten los mismos niveles de enseñanza que las escuelas ordinarias. Este modelo se ha ido desarrollando a lo largo de las dos últimas décadas, desde que, en 1972, el Consejo Educativo Alemán presentó sus "Recomendaciones sobre la Educación Escolar Especial" en las que consideraba que convenía poner fin a la estructura de educación especial hasta entonces vigente e iniciar una política de integración escolar. En 1994, el Consejo renovó sus recomendaciones con el fin de garantizar el perfeccionamiento de la enseñanza para niños con discapacidad, sobre la base del principio de integración escolar y de individualización de las necesidades.

Como consecuencia de estos cambios existen, en el marco de la educación ordinaria, distintas fórmulas de respuesta a las necesidades educativas especiales: medidas preventivas en la escuela ordinaria (distintas organizaciones privadas se encargan de aplicar, fundamentalmente en los jardines de infancia, medidas para prevenir las discapacidades o, en su caso, aliviar sus efectos); educación especial en aulas especiales (se trata de aulas con un grupo reducido de alumnos, concebidas para aquellos alumnos cuya discapacidad será, previsiblemente, temporal); apoyo educativo especial móvil (los alumnos con discapacidad pueden recibir un apoyo educativo especial por parte de equipos móviles, al tiempo que asisten a un centro ordinario); apoyo educativo especial (se basa en la colaboración entre el centro especial y la escuela ordinaria para la organización de actividades conjuntas entre alumnos de uno y otro centro); apoyo educativo especial en escuelas ordinarias (consiste en ofrecer un apoyo educativo a los alumnos con necesidades especiales en el marco de la enseñanza ordinaria).

En **Francia**, la Ley 89-486 de 10 de julio de 1989 de orientación en materia de educación establece que la integración escolar debe constituir una prioridad. Dos circulares de 1991 explicitaN las condiciones y las modalidades existentes. La integración puede ser individual o colectiva, a

tiempo parcial o a tiempo completo, aplicada en un aula ordinaria o especial, Y ser objeto de apoyos externos. La modalidad de integración debe precisarse en un proyecto pedagógico individual. Las Comisiones de Educación, creadas a nivel departamental, son responsables de la aplicación efectiva del principio de integración.

En el **Reino Unido**, la Ley de Educación de 1981 incorporó al sistema las principales recomendaciones del Informe Warnock:

- eliminación de la categorización de las deficiencias y adopción del término "necesidades educativas especiales";
- reconocimiento de la existencia de un continuo entre los niños con necesidades ordinarias y los alumnos con necesidades especiales;
- integración de los niños con necesidades especiales en escuelas ordinarias;
- énfasis en la importancia que, en el proceso de integración educativa, tiene la participación activa de los padres;
- énfasis en la necesidad de promover la colaboración entre profesionales de distintas áreas;
- designación de una persona responsable de garantizar que se procede adecuadamente a la identificación de las necesidades de los niños, a su evaluación y a la puesta en marcha de los recursos más adecuados para responder a ellas.

La mencionada norma introdujo así mismo la necesidad de identificar las necesidades especiales de los alumnos mediante una acreditación formal, por la que se definirían los recursos que, para responder a las mismas, sería necesario aplicar.

En 1988, la Ley de Reforma Educativa impone a las escuelas la obligación de nombrar a un profesor que, específicamente, adquiera la responsabilidad de la educación de los alumnos con necesidades especiales. Este tutor recibe la denominación de Coordinador de necesidades educativas especiales.

En el sistema educativo **sueco**, la educación es obligatoria para todos los niños y se aplica el principio de integración de los niños con discapacidad en la escuela ordinaria. La obligación de asistir a la escuela comienza a los siete años de edad y se extiende hasta los 16 años. Para responder a las necesidades educativas especiales en el medio ordinario se adoptan diferentes fórmulas de apoyo en los distintos niveles educativos, basados fundamentalmente en la prestación de un apoyo suplementario a cargo de profesores especializados, en la limitación del número de niños con discapacidad por clase y en el diseño del tipo de apoyo en función de las necesidades individuales del alumno.

En **España**, el Real Decreto 334/1985 es considerado como el primer y fundamental instrumento que establece la integración educativa de la persona con minusvalía. Establece que ha

de ser la escuela ordinaria, siempre que sea posible, el marco habitual dentro del cual se ofrezca la educación. Define que la respuesta educativa ha de respetar las diferencias individuales partiendo del principio de que todo niño es educable. Acepta que la integración escolar no puede ser impuesta sino que será el fruto resultante de una oferta conjunta de padres, alumnos y profesionales. Al aceptar el modelo integrador de escolarización conjunta de alumnos normales y discapacitados en el sistema ordinario, la Educación Especial se configura como una oferta residual y específica para aquellos sujetos más gravemente afectados, cuyas necesidades son de tal complejidad que no van a poder ser atendidas por los centros ordinarios. Y como no todas las necesidades educativas especiales son de la misma naturaleza o requieren actuaciones y medios similares, los centros de Educación especial se estructuran como un recurso más de atención a la diversidad dentro del sistema escolar.

Los principios establecidos en el Real Decreto 334/1985 se concretaron en la Orden de 20 de marzo de 1985, sobre planificación de la Educación Especial y experimentación de la integración para el primer curso 1985/86, iniciándose así el primero de un período de ocho años previstos en el Real Decreto.

La Orden establece la proporción de apoyos con que habrán de contar las aulas de Centros Ordinarios y las aulas de Educación Especial, tanto para el refuerzo pedagógico como para los tratamientos correctores, rehabilitadores y de atención y cuidados personales. Estas proporciones han sido revisadas posteriormente, para adaptarlas en lo posible a las nuevas necesidades. Con el fin de que los Centros específicos de Educación especial puedan llevar a cabo, con carácter gratuito, los tratamientos y atenciones personalizados, se dicta la Orden de 5 de junio de 1986 sobre régimen de subvenciones a centros docentes privados.

La función y características de los Equipos Multiprofesionales fueron desarrollándose progresivamente mediante sucesivas instrucciones sobre su funcionamiento, especialmente las dictadas en julio de 1993.

Las proporciones entre profesionales y alumnos con necesidades educativas especiales quedaron establecidas en la Orden de 18 de septiembre de 1990.

El modelo pedagógico surgido como consecuencia de la LISMI y del R.D. 334/1985 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.

La LOGSE establece las siguientes etapas educativas, cuyos currículos son regulados por sucesivos Reales Decretos en 1991, 1992 y 1993:

- Educación infantil;
- Educación primaria;
- Educación secundaria obligatoria (ESO);
- Bachillerato;
- Formación profesional.

La LOGSE recoge los postulados de integración en los diferentes niveles, etapas y ciclos del sistema educativo. En su artículo 37.1 afirma que "los centros deberán contar con la debida organización escolar y realizar las adaptaciones y diversificaciones curriculares necesarias para facilitar a los alumnos la consecución de los fines indicados". En su artículo 37.2 impone a las administraciones educativas competentes el garantizar la escolarización de los *alumnos con Necesidades Educativas Especiales* (NEE) en el régimen de mayor integración posible. De hecho, en el artículo 37.3 indica expresamente que "la escolarización en unidades o centros de educación especial sólo se llevará a cabo cuando las necesidades del alumno no puedan ser atendidas por un centro ordinario". Pero, además, abre las puertas a la participación y cooperación al propiciar un compromiso recogido en el artículo 37.4 para regular y fomentar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización de estos alumnos con NEE.

La nueva configuración del sistema educativo establecida en la LOGSE de 1990 queda completada con una nueva Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre: *Ley Orgánica en la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes (LOPEGCE o LOPEG)*. A esta Ley Orgánica acompañan otros importantes Reales Decretos: el 696/95 de 28 de abril sobre la ordenación de la educación de los alumnos con NEE el 299/1996, de 28 de febrero, de ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación, y el 366/1997 de 14 de marzo por el que se regula el régimen de elección de centro educativo.

La LOPEG define a los alumnos con NEE como aquellos que "requieran en un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas por padecer discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, pro manifestar trastornos graves de conducta, o por estar en situaciones sociales o culturales desfavorecidas". La misma ley Orgánica amplía el ámbito de atención educativa, considerando que el derecho a la escolarización de estos alumnos debe extenderse a cualquier centro docente sostenido con fondos públicos, al igual que la obligación de éstos a escolarizarlos, de acuerdo con los límites máximos que la Administración educativa determine. Para que no haya dudas, una posterior Orden de 14 de febrero de 1996 afirmará que "ningún alumno con NEE podrá quedar excluído de la posibilidad de escolarización". El R.D. 366/1997 contempla en su artículo 12 el derecho que asiste a los padres o tutores de los alumnos con NEE a elegir el centro escolar en el que matricular a sus hijos, si bien especifica que: "entre aquellos que reúnan los recursos personales y materiales adecuados para garantizarles una

atención educativa de calidad". Además, "la admisión será objeto de un tratamiento singular, de conformidad con lo establecido en la LOPEG".

El Real Decreto 696/1995 establece en su artículo 3 que "la atención educativa de los niños y niñas con NEE comenzará tan pronto como se adviertan circunstancias que aconsejen tal atención, cualquiera que sea su edad, o se detecte riesgo de aparición de discapacidad". "Las propuestas de escolarización de estos alumnos, así como la identificación de los que requieren apoyos y medios complementarios a lo largo de su proceso educativo, se efectuará por parte de los servicios de Administración educativa. Dichas propuestas estarán fundamentadas en la *evaluación psicopedagógica* en la que se tendrán en cuenta tanto las condiciones y características del alumno o alumna como las de su entorno familiar y escolar".

Este proceso de evaluación psicopedagógica se convierte en el instrumento clave que identifica y determina las NEE, y concreta la oferta educativa, ordinaria o específica, que habrá de incluir las medidas y apoyos necesarios. En este proceso tienen que participar padres y tutores. Se considera a la evaluación psicopedagógica como el punto de arranque y la información preliminar con que "el equipo de apoyo a la integración" del centro ha de contar para realizar una propuesta curricular individualizada.

La determinación de las NEE y los procedimientos para realizar la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización de este alumnado fueron regulados por la Orden de 14 de febrero de 1996. En esta Orden se define *la evaluación psicopedagógica* como "el proceso de recogida, análisis y valoración de la información relevante sobre los distintos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje, para identificar las necesidades educativas de determinados alumnos que presentan, o pueden presentar, desajustes en su desarrollo personal y/o académico, y para fundamentar y concretar las decisiones respecto a la propuesta curricular y al tipo de ayudas que aquéllos pueden precisar en el desarrollo de las distintas capacidades". Establece, además, que la evaluación psicopedagógica ha de ser necesaria para determinar si un alumno tiene NEE, tomar decisiones relativas a su escolarización, realizar propuestas extraordinarias de flexibilización del período de escolarización, elaborar propuestas de adaptaciones curriculares significativas, adoptar propuestas de diversificación curricular, determinar recursos y apoyos específicos, realizar la orientación escolar y profesional al término de la escolaridad obligatoria. Es decir, la evaluación psicopedagógica conduce al *dictamen de escolarización*: la identificación y valoración precisas de una necesidades terminan en la concreción de una oferta educativa.

Queda clara la importancia de esta evaluación. La competencia de realización de esta evaluación corresponde a los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) y a los Departamentos de Orientación de los centros docentes; en ambos casos, el responsable ha de ser un profesor de la especialidad de Psicología y Pedagogía.

Los contenidos y la información obtenida han de recogerse explícitamente en el *informe psicopedagógico*. Es un documento "en el que de forma clara y completa se refleja la situación evolutiva y educativa actual del alumno en los diferentes contextos de desarrollo o enseñanza, se concretan sus NEE, si las tuviera, y, por último, se orienta la propuesta curricular y el tipo de ayuda que puede necesitar durante su escolarización para facilitar y estimular su progreso". La identificación de las NEE ha de permitir la adecuación de la oferta educativa, así como la provisión de apoyos personales y materiales a partir de los recursos existentes o que, razonablemente, puedan ser incorporados. En los casos en que sea necesaria una propuesta de escolarización que requiera una provisión de recursos, en función de las necesidades del alumno, será preciso elaborar el *dictamen de escolarización*.

La Orden de 26 de marzo de 1997, por la que se regula el procedimiento para la elección de centro educativo y la admisión de alumnos en centros sostenidos con fondos públicos de Educación infantil, Educación primaria y Educación secundaria (R.D. 366/1997 de 14 de marzo), establece en su artículo 7.2. las competencias de las Comisiones de Escolarización de alumnos con NEE: "adoptarán las medidas necesarias para facilitar la escolarización de los alumnos con NEE... Deberá conseguirse una distribución equilibrada de estos alumnos entre los centros sostenidos con fondos públicos en condiciones que favorezcan su inserción, evitando su concentración o dispersión excesivas... Oídos los padres o tutores y en función del grado de discapacidad o sobredotación manifestado en el dictamen del Equipo de Orientación, adoptarán las medidas que permitan su escolarización en centros ordinarios con medios físicos, técnicos y profesionales adecuados, en cuyo caso podrá realizarse una reserva de dos plazas por unidad para este tipo de alumnos". "Para la consecución de los fines citados será necesario presentar el dictamen emitido por el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica".

Como fácilmente se comprende, el dictamen de escolarización se convierte en el documento que regula el proceso de escolarización de los alumnos con NEE en todos aquellos centros sostenidos con fondos públicos. Su elaboración y contenido están regulados en el capítulo II de la Orden de 14 de febrero de 1996. Debe recoger las conclusiones del proceso de evaluación psicopedagógica, hacer una propuesta curricular completa con orientaciones muy concretas, incluir la opinión de los padres en relación con la propuesta, y terminar con una propuesta razonada de escolarización, para cualquiera de las etapas educativas previstas en la LOGSE, sean o no obligatorias:

- En la etapa anterior a la enseñanza obligatoria: propuestas de atención educativa temprana.
- En la etapa obligatoria: la propuesta por la que la oferta educativa mejor se adapte a las necesidades del alumno
- En la etapa post-obligatoria: proporcionar la atención educativa más acorde con las características personales del alumno con la finalidad de facilitarle su transición a la

vida adulta y laboral mediante la continuidad de sus estudios en "Programas de Transición a la Vida Adulta", de "Garantía Social", en las diferentes opciones de Formación Profesional o en las distintas modalidades de Bachillerato.

Educación infantil, primaria y secundaria

En **Alemania**, la obligación de asistir a la escuela comienza a los seis años de edad y dura 9 o 10 años, según los *länder*. Después de la escuela primaria, que dura 4 años, los alumnos pasan a la secundaria donde eligen entre la secundaria profesional, que dura 4 años, la secundaria general que dura 5 años, o el instituto de bachillerato que dura 8 años.

Una vez finalizado el período de educación obligatoria, normalmente a los 16 años, los alumnos provenientes de la educación secundaria general y profesional pueden acceder a una escuela de formación profesional o a otras modalidades de formación laboral por un periodo de tres años. En caso de haber optado por la formación en instituto de bachillerato, pueden, a su finalización, ingresar en la universidad.

Los jardines de infancia o guarderías ofrecen un servicio individualizado y flexible y a ellos asisten indistintamente niños con y sin discapacidad. Existen distintas modalidades, en función del apoyo que prestan a los niños con discapacidad: integración individual en guarderías ordinarias, grupos de integración en guarderías ordinarias y grupos de integración en guarderías especiales. Previo consentimiento de los padres y una vez cumplidos los tres años (dos años en el caso de los discapacitados físicos), los niños con discapacidad tienen derecho a ser admitidos en un jardín de infancia especial o en el jardín de infancia del centro especial que corresponda a su tipo de discapacidad. Una vez alcanzada la edad de la educación primaria, se determina, de forma individual, si los niños deben continuar en la red especial o pueden integrarse, con los apoyos que se precisen, en la red ordinaria.

En **Francia**, en las escuelas de educación primaria existen aulas de integración escolar que atienden a niños con discapacidad física, sensorial, o mental, cuando se considera que pueden beneficiarse, en el medio escolar ordinario, de una escolaridad adaptada a su edad y a su capacidad.

La determinación del grado de capacidad corresponde a la Comisión Departamental de Educación Especial y debe ser suficiente para asumir las exigencias mínimas de conducta inherentes a la vida escolar. Por otro lado, es necesario que el alumno haya adquirido o esté en vías de adquirir una capacidad de comunicación compatible con la enseñanza escolar y la vida colectiva.

Estas aulas constituyen una etapa del proceso de integración, siendo su función organizar la escolaridad adaptada de los alumnos con discapacidad que no pueden acceder de inmediato a un aula ordinaria y para los cuales la admisión en un centro especializado no se estima necesaria.

Existen así mismo diversas alternativas de formación ordinaria fuera del marco escolar. Esta posibilidad puede contemplarse cuando el estado de salud del niño no justifica su admisión en un centro especializado pero tampoco permite su integración en el medio escolar ordinario. Existen diversas modalidades: educación por correspondencia a cargo de centros públicos o privados; escolarización a domicilio, organizada por el Centro Nacional de Educación a Distancia; escolarización hospitalaria.

En el marco de la educación secundaria, para tener acceso al medio escolar ordinario deben cumplirse los siguientes requisitos:

- los alumnos con discapacidad motora deben tener un grado suficiente de autonomía para realizar los gestos esenciales de la vida diaria en el ámbito escolar;
- los alumnos con discapacidad visual deben demostrar su capacidad para escribir en braille o mediante otra técnica sustitutiva;
- los alumnos con discapacidad auditiva deben acreditar un nivel mínimo de comunicación y de conocimiento de la lengua francesa;
- los alumnos con discapacidad mental deben acreditar su capacidad de comunicación, de socialización y dar muestras de una dinámica de progreso en su aprendizaje escolar en relación con las enseñanzas fundamentales del centro.

Para los alumnos con discapacidad mental, se han creado en algunos centros de enseñanza secundaria, las llamadas unidades pedagógicas de integración. Atienden a preadolescentes y adolescentes de edades comprendidas entre 11 y 16 años con diferentes tipos de discapacidad mental, que pueden beneficiarse de su integración en el medio escolar ordinario, siempre que la escolarización se adapte a su capacidad, a la naturaleza y al grado de su discapacidad.

La aplicación efectiva de la integración se basa en dos elementos fundamentales:

- el proyecto individualizado de formación;
- la llamada convención de integración, por la que un centro o servicio especializado de educación, de atención sanitaria, una entidad pública, una asociación o una persona física se compromete a colaborar en el funcionamiento de la estructura educativa con objeto de facilitar el proceso de integración;
- la aplicación de una serie de apoyos especializados:
  - apoyo escolar y educativo: es un seguimiento personalizado a cargo de profesores dependientes de la Educación Nacional;
  - apoyo médico: los cuidados y apoyos especializados suelen prestarse desde los servicios médico-educativos, los servicios de psiquiatría infanto-juvenil, los centros médico-psicopedagógicos o desde cualquier centro médico responsable del seguimiento del adolescente; cuando el alumno sufre una discapacidad grave puede

beneficiarse de los servicios de una persona encargada de ayudarle en sus actividades de la vida diaria;

- apoyo material: acondicionamientos arquitectónicos de los centros o adquisición de los medios necesarios a la enseñanza (ayudas técnicas o informáticas, por ejemplo);
- formación del profesorado.

En el **modelo británico**, en las fases de educación infantil, primaria y secundaria, las modalidades a las que acceden los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales en el ámbito ordinario son las mismas:

- integración escolar o funcional: corresponde a la integración plena en aula ordinaria;
- integración social: se produce cuando los alumnos con necesidades especiales están en un aula ubicada en un centro ordinario, pero se relacionan con el resto de los alumnos en el recreo, las comidas, etc.;
- integración por ubicación: se da cuando las aulas especiales están situadas en escuelas ordinarias, pero no existe relación entre sus alumnos y el resto de los niños.

El 99% de los alumnos con necesidades especiales se integran en escuelas ordinarias. Esta clara opción por un modelo integrador se ha reafirmado en las propuestas del libro blanco titulado "Excelencia para todos los niños: respuesta a las necesidades educativas especiales" publicado en octubre de 1997, sobre la base de las propuestas formuladas por el Grupo Consultivo Nacional en materia de Necesidades Educativas Especiales, en el que participaron representantes de las escuelas, de las autoridades educativas locales, organizaciones voluntarias representativas de los alumnos y de los padres, etc.

En **Suecia**, los niños menores de siete años pueden acudir a los diversos servicios de educación preescolar (guarderías, centros de media jornada u hogares-guardería) gestionados y financiados por las autoridades locales. La Ley de Servicios Sociales establece que los niños con discapacidad han de tener prioridad a la hora de ser admitidos en los centros de educación pre-escolar ordinarios y que la provisión de los apoyos específicos necesarios para su integración en los mismos corresponde a los ayuntamientos.

La educación primaria, que se inicia a partir de los siete años, comprende los cursos primero a noveno y se divide en tres ciclos de tres años cada uno. La educación secundaria no obligatoria puede durar, dependiendo de los estudios elegidos, de dos a cuatro años. Existen numerosas modalidades con un amplio abanico entre la preparación para el acceso a los estudios universitarios y la formación profesional especialmente orientada al acceso directo al mercado laboral.

La mayor parte de los alumnos con necesidades especiales están integrados en centros escolares ordinarios. A tal efecto, las escuelas disponen de recursos educativos especiales:

profesores de apoyo, clases suplementarias para grupos reducidos, ayudas técnicas, sistemas de atención individualizada, etc. Normalmente, a los niños con necesidades especiales se les ofrecen, dentro del sistema escolar ordinario, algunas horas semanales de atención especial, ya sea en el aula ordinaria de forma paralela a la enseñanza ordinaria o en un aula anexa en la que el profesor de apoyo ofrece instrucción compensatoria a grupos pequeños de alumnos, con contenidos y ritmos adaptados a sus necesidades.

En la actualidad, no existen límites mínimos fijados para dicha instrucción compensatoria, y cada municipio goza de autonomía para establecer de qué forma va a utilizar los recursos económicos destinados a la atención a alumnos con discapacidad. La Dirección General de Educación ha establecido que debe diseñarse un Plan Educativo Individual para todos los alumnos con necesidades especiales integrados en centros de educación ordinaria. A pesar de ello, muchos alumnos carecen de este tipo de planes.

En **España,** los criterios para la escolarización de alumnos con necesidades especiales pueden sintetizarse de la forma siguiente[1]:

- De carácter general:
  - Ningún alumno con NEE podrá quedar excluído de la posibilidad de escolarización.
  - Las decisiones sobre escolarización inicial y la revisión han de perseguir la situación de mayor normalización e integración escolar posible. Por tanto, la escolarización se hará, siempre que sea posible, en centros ordinarios que dispongan de los medios personales y de las ayudas técnicas necesarias, o que razonablemente puedan ser incorporadas. En determinadas circunstancias, podrán establecerse fórmulas de escolarización combinadas entre centros ordinarios y de educación Especial.
  - La demanda inicial de escolarización de un alumno con NEE será puesta en conocimiento del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica del sector en que dicho centro esté ublicado, a través del director de centro en el que los padres hayan presentado la solicitud de admisión. El director informará a los padres o tutores de las actuaciones que se han de seguir hasta que se produzca la admisión: evaluación psicopedagógica y emisión del dictamen de escolarización; información a las familias sobre la propuesta de escolarización recabando, por escrito, su opinión; traslado del dictamen a la Inspección educativa correspondiente al centro; informe de esta Inspección que se eleva al presidente de la Comisión de Escolarización; comunicación de la resolución y notificación a la familia; matriculación.

---

[1] Gómez Castro, J.L. *Gestión académica de alumnos con necesidades educativas especiales.* Madrid, Editorial Escuela Española, 1998.

- La escolarización deberá iniciarse cuanto antes y, una vez iniciada, se asegurará su continuidad. Las decisiones podrán ser revisables.
- Toda propuesta de escolarización deberá basarse en las NEE del alumno identificadas a partir de la evaluación psicopedagógica, en las características de los centros y sus recursos, tanto personales como materiales.
- Los padres o tutores participarán en el proceso de escolarización. Para ello se les facilitará información tanto del procedimiento a seguir como de las distintas opciones de escolarización, y serán oídos antes de adoptar la Resolución de escolarización.
- Se propondrá la escolarización en el centro de Educación Especial que le corresponda cuando en la evaluación psicopedagógica se estime que el alumno con NEE asociadas a discapacidad psíquica, sensorial o motora, graves trastornos del desarrollo y múltiples deficiencias, requiere o puede requerir a lo largo de su escolarización unas adaptaciones curriculares significativas en prácticamente todas las áreas del currículo, o la provisión de medios personales y materiales poco comunes en los centros ordinarios, y cuando se prevea que en estos centros su adaptación e integración social será reducida. En zonas lejanas de un centro de educación especial, estos alumnos podrán ser escolarizados en unidades de Educación especial en centros ordinarios, que tendrán un carácter sustitutorio de un centro de Educación Especial.

– Alumnado con discapacidad auditiva

- La escolarización del alumnado se llevará a cabo, siempre que sea posible, en el centro ordinario que disponga de los medios personales y de las ayudas técnicas necesarias o que razonablemente puedan ser incorporadas y, prioritariamente, en aquellos centros con modalidad de "integración preferente" para este tipo de discapacidad.
- En el momento de proponer la escolarización se atenderá a la educación temprana que ha recibido, a sus posibilidades de acceso al lenguaje oral, a su socialización y a si precisa un sistema complementario de comunicación, o bien lenguaje de signos; además habrá de valorarse si el centro puede ofrecer el sistema de comunicación que el alumno precisa y si está en condiciones de asegurar su desarrollo comunicativo y lingüístico con los medios personales y técnicos que precise.
- Cuando la gravedad de la sordera dificulte seriamente la posibilidad de comunicación con el profesor y el centro ordinario no pueda asegurar sistemas de comunicación adecuados para el aprendizaje, haciendo poco viable el aprovechamiento del alumno, podrá ser escolarizado en un centro de Educación Especial específico para alumnos sordos, o en unidades específicas de la misma naturaleza que garanticen el sistema de comunicación adecuado.

- Alumnado con discapacidad motora

  · La escolarización se llevará a cabo en los centros ordinarios que dispongan de los medios personales y las ayudas técnicas necesarias o que razonablemente puedan ser incorporadas y, prioritariamente, en aquellos centros con modalidad de "integración preferente" para este tipo de discapacidad.
  · Dada la complejidad de la evaluación psicopedagógica de determinados alumnos con discapacidad motora, sobre todo cuando presentan graves dificultades de comunicación, para que su escolarización responda al criterio general de máxima normalización, deberán valorarse de manera especial las posibilidades de compensación de éstas mediante sistemas alternativos y medios técnicos adecuados.
  · Habrán de valorarse sus posibilidades de deambulación, control postural y manipulación, con objeto de facilitar su acceso y participación en las actividades de enseñanza y aprendizaje incluidas en la propuesta curricular.

En cuanto a la evaluación de los progresos realizados por los alumnos con necesidades especiales conviene destacar los siguientes aspectos:

- Evaluación

  La evaluación de los aprendizajes de los alumnos con NEE que precisan adaptaciones de acceso o adaptaciones curriculares significativas se rige por la Orden de 14 de febrero de 1996, que establece la evaluación de estos alumnos que cursan enseñanzas de régimen general establecidas en la LOGSE. La Orden establece de manera expresa que la evaluación de los alumnos con NEE para las materias o áreas que hubieran sido objeto de *adaptaciones curriculares significativas*, se efectuará tomando como referencia los objetivos y criterios de evaluación fijados para ellos en dichas adaptaciones. "Son adaptaciones significativas cuando modifiquen los contenidos básicos de las diferentes áreas curriculares y afecten a los objetivos generales y a los respectivos criterios de evaluación de dichas áreas y, por tanto, al grado de consecución de las capacidades de la etapa correspondiente". La información que se proporcione a los alumnos o a sus representantes legales constará, además de las calificaciones, de una "valoración cualitativa del progreso de cada alumno o alumna respecto a los objetivos propuestos en su adaptación curricular". Las adaptaciones curriculares significativas que se realicen se recogen en el Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC).

- Permanencia y promoción en Educación Infantil

  Las Direcciones Provinciales del Departamento podrán autorizar la permanencia de un alumno durante un año más en el segundo ciclo de Educación Infantil. El alumno puede iniciar su escolaridad obligatoria en el año natural en que cumpla siete años.

- Permanencia y promoción en Educación Primaria
  La decisión de promoción de un ciclo a otro se adoptará, tal como está previsto para el conjunto de los alumnos, siempre que éste hubiera alcanzado los objetivos propuestos para él y expresados en su DIAC. Los alumnos podrán permanecer un año más en la etapa, tal como establece el artículo 11.4 del R.D. 1344/1991, de 6 de septiembre.

- Permanencia y promoción en la Enseñanza Secundaria Obligatoria
  El R.D. 1345/1991 establece en su artículo 17.1 que "en la Educación Secundaria Obligatoria se pueden realizar adaptaciones curriculares que se aparten significativamente de los contenidos y criterios de evaluación del currículo, dirigidas a los alumnos con NEE. Tales adaptaciones pueden consistir en la adecuación de los objetivos educativos, la eliminación o inclusión de determinados contenidos y la consiguiente modificación de los criterios de evaluación, así como en la ampliación de las actividades educativas de determinadas áreas curriculares". La Orden de 14 de febrero de 1996 sobre evaluación de los alumnos con NEE desarrolla este aspecto y permite adecuar esta evaluación teniendo en cuenta las adaptaciones curriculares significativas realizadas. Ya se ha indicado anteriormente qué se entiende por *adaptaciones curriculares significativas.* Las calificaciones que reflejan la valoración del proceso de aprendizaje de las áreas y materias en que se define el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria, que hayan sido objeto de adaptaciones curriculares significativas, se expresarán en los mismos términos y utilizarán las mismas escalas que los establecidos en la Orden que regula la evaluación general. Por otra parte, la información que se proporcione a los alumnos o a sus representantes legales constará, además de las calificaciones, de una valoración cualitativa del progreso de cada alumno o alumna respecto a los objetivos propuestos en su adaptación curricular.

Las adaptaciones curriculares significativas han de figurar en la DIAC, que incluirá las propuestas de adaptación, tanto las de acceso al currículo como las propiamente curriculares, modalidades de apoyo, colaboración con la familia, criterios de promoción y acuerdos tomados al realizar los oportunos seguimientos. Todas estas adaptaciones se deberán incorporar a los documentos de evaluación del alumno.

Se realizará un informe ordinario de evaluación individualizados al finalizar el primer ciclo y el tercer curso de ESO (también en 4º de ESO para los alumnos que hayan permanecido un año más en ese curso). El consejo orientador sobre el futuro académico y profesional del alumno incluirá las propuestas que se consideren más adecuadas para él, teniendo en cuenta tanto sus preferencias como los itinerarios educativos más acordes con sus capacidades.

La decisión de promoción del alumno con NEE de un ciclo a otro y, en su caso, de un curso a otro se adoptará tal como está previsto para el conjunto de los alumnos, siempre que hubiera

alcanzado los objetivos propuestos para él en su DIAC. La decisión de que el alumno permanezca un año más en un ciclo o curso podrá adoptarse, con carácter general, una vez al término del primer ciclo o de alguno de los cursos del segundo ciclo. Excepcionalmente, el grupo de profesores, asesorados por el Departamento de Orientación del centro, oídos el alumno y el padre, podrá adoptar la decisión de permanencia en un ciclo o curso una segunda vez, al final de un ciclo o curso distinto, cuando estimen que el alumno tiene posibilidades de obtener el título de Graduado en Educación Secundaria. Esta decisión irá acompañada de las oportunas medidas educativas complementarias.

Si al término de la Educación Secundaria Obligatoria el alumno hubiera alcanzado, en términos globales, los objetivos establecidos para esta etapa, se le propondrá para la obtención del título de Graduado en Educación Secundaria. Se considerará que el alumno ha conseguido, en términos globales, los objetivos de la etapa cuando, a juicio del conjunto de profesores, haya alcanzado las capacidades que le permitan proseguir sus estudios, con garantía de aprovechamiento, en alguna de las modalidades del Bachillerato o en la Formación Profesional específica de Grado Medio.

El Consejo Orientador sobre el futuro académico y profesional para los alumnos con NEE que obtengan el título de Graduado proporcionará la información precisa e incluirá las propuestas que se consideren adecuadas para cada alumno, teniendo en cuenta sus preferencias y los itinerarios educativos que le permitan desarrollar más plenamente sus capacidades.

- Permanencia y promoción en el Bachillerato y Formación Profesional específica

En el R.D. 1179/1992, de 2 de octubre, en el que se establece el currículo del Bachillerato se afirma en su Disposición Adicional primera que "el MEC establecerá para aquellos alumnos con problemas graves de audición, visión y psicomotricidad, el marco que regule las posibles adaptaciones y podrá autorizar, en su caso, la exención total o parcial en determinadas materias del Bachillerato". Es evidente que limita el ámbito de la discapacidad que debe presentar el alumno, eliminando las discapacidades asociadas a la deficiencia mental.

La Orden de 12 de noviembre de 1992, por la que se regula la evaluación y calificación de los alumnos que cursan Bachillerato, indica que "la evaluación de los alumnos con problemas graves de audición, visión o motricidad, se regirá con carácter general por lo dispuesto en la Orden, teniendo en cuenta, en su caso, las adaptaciones curriculares previstas en el R.D. 1179/1992. Como los criterios de evaluación de las materias están en relación con la consecución de las capacidades presentes en los objetivos de etapa, éstos marcan la referencia para determinar la evaluación positiva o negativa de los alumnos y, en última instancia, la adopción de decisiones sobre la promoción de los alumnos y su titulación al término de la etapa.

Pero con la Orden de 14 de febrero de 1996 sobre evaluación de los alumnos con NEE, se consigue, por un lado, adecuar el referente de la evaluación a las características de los alumnos con

NEE que cursan el Bachillerato y la Formación Profesional específica, teniendo en cuenta las posibles adaptaciones curriculares que se hubieran realizado en determinadas materias y, por otra, regular el procedimiento de exención de cursar determinadas materias para aquellos alumnos con problemas graves de audición,, visión o motricidad que cursan el Bachillerato.

De nuevo indica la citada Orden que la evaluación en aquellas materias o áreas que hubieran sido objeto de adaptaciones significativas se efectuará tomando como referencia los objetivos y criterios de evaluación fijados en tales adaptaciones, que habrán sido incorporadas al DIAC. Y para el caso concreto de la Formación profesional específica, tanto de Grado Medio como de Grado Superior, la evaluación de aprendizajes de alumnos con NEE y con adaptaciones curriculares en algunos de sus módulos se realizará tomando como referencia los criterios de evaluación para ellos propuestos que, en todo caso, asegurarán un nivel suficiente de las capacidades correspondientes.

La información proporcionada a los alumnos o sus representantes legales incluirá una valoración cualitativa de su progreso respecto a los objetivos propuestos en su adaptación curricular.

Se contempla la posibilidad de *exenciones*: dispensa o exoneración de cursar una determinada materia del currículo. La autorización de exención total supone una contradicción con el principio asumido en la LOGSE de adaptación del currículo. Pero con la finalidad de garantizar el principio de igualdad de oportunidades educativas y de acceso a la formación para todos los alumnos, sobre todo quienes presentan condiciones personales de discapacidad sensorial o motora, es posible cursar el Bachillerato y obtener la titulación correspondiente mediante exención de cursar determinadas materias, sobre todo las comunes o de modalidad más directamente relacionadas con los hándicaps que presenten (gimnasia, dibujo técnico, etc.). Se hará constar esta circunstancia en el expediente, actas de evaluación, etc. Las materias consideradas exentas no se computarán en la determinación de la nota media del Bachillerato.

En la Formación Profesional específica el régimen de evaluaciones queda contemplado en la Orden de 21 de julio de 1994 y de 14 de noviembre del mismo año. La normativa es similar a la expuesta anteriormente, con la posibilidad de realizar adaptaciones curriculares significativas que deberán estar registradas en el DIAC del alumno.

En cuanto al *régimen de permanencias*, la normativa amplía para los alumnos con NEE la permanencia en la etapa de Bachillerato, al reconocer la posibilidad de fragmentar en bloques las materias que componen el currículo de cada uno de los cursos del Bachillerato. En este caso, el número de cuatro años de permanencia se amplía en dos más.

En el caso de la Formación Profesional, se autoriza a los alumnos con NEE a cursar las actividades programadas para un mismo módulo profesional un máximo de cuatro veces, y a presentarse a la evaluación y calificación un máximo de seis veces.

- Educación superior

En **Alemania**, la Ley Básica de Universidades insta a los centros de educación superior a tener en cuenta las necesidades especiales de los alumnos con discapacidad.

Paralelamente, la Asociación Nacional Alemana de Estudiantes ha puesto en marcha un centro de asesoramiento que orienta a los estudiantes con discapacidad acerca de las posibilidades educativas existentes.

Por otra parte, la Universidad ofrece diversas modalidades de estudio (cursos abiertos, enseñanza a distancia, etc.) que permiten un mayor nivel de flexibilidad y autonomía en los ritmos de aprendizaje, lo que, sin duda, favorece la integración de las personas con discapacidad.

En el **modelo francés**, si bien las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a la Universidad, lo cierto es que las cifras todavía no reflejan esta posibilidad. Desde 1991, se llevan a cabo acciones de información, sensibilización, así como de adaptación de los centros universitarios, con objeto de fomentar la participación de este colectivo en la vida universitaria. Los estudios universitarios pueden desarrollarse en diversas modalidades: en la propia Universidad, en centros especializados, por la vía de la educación universitaria telemática o por correspondencia.

La educación superior en el **Reino Unido** comprende los estudios universitarios, los que se desarrollan en colegios de educación superior, y algunas modalidades de formación profesional y técnica.

Si bien el Informe Warnock de 1978 insistía en la necesidad de facilitar el acceso a la educación superior de las personas con necesidades especiales mayores de 19 años, lo cierto es que la educación no obligatoria no ha llegado, en ningún momento, a centrar tanto la atención como la educación escolar. En todos estos años, se han desarrollado algunas iniciativas de buena práctica, pero no se ha promovido su extensión al conjunto de los centros de enseñanza, lo que contribuye al desequilibrio que se observa en la actualidad entre unas estructuras y otras. Existe, es cierto, una tendencia general a introducir pautas de actuación basadas en el principio de igualdad de oportunidades.

La Ley de Educación Superior dedica algunas de sus disposiciones al acceso de las personas con necesidades especiales a la educación y el Código de Buena Práctica de 1994 publicado en aplicación de la Ley de Educación de 1993 recomienda que las escuelas elaboren para sus alumnos con necesidades especiales planes de transición a la vida adulta. Esta normativa ha contribuido a promover una respuesta más coherente en el periodo de transición de la escuela a la vida adulta, exigiendo que se proceda a una evaluación de necesidades en la que intervengan los servicios educativos, pero también los servicios sociales y los sanitarios.

Las instituciones que intervienen en la prestación de servicios educativos en el marco de la enseñanza superior son los Consejos de Financiación de la Educación Superior y las autoridades educativas locales.

Los centros que ofrecen educación superior pueden acceder a subvenciones específicamente destinadas a cubrir los gastos originados por las adaptaciones a las necesidades especiales de los alumnos, y los Consejos de Financiación a los que se ha aludido anteriormente han incrementado, en los dos últimos años, la cuantía de los fondos dedicados a esta finalidad.

En **Suecia**, los centros de educación superior tienen la obligación de realizar las modificaciones destinadas a garantizar la accesibilidad para los estudiantes con discapacidades funcionales y de asumir los gastos correspondientes (hasta un 0,15% de su presupuesto). La Coordinadora Nacional de Estudiantes con Discapacidad asigna fondos estatales a las universidades que hayan realizado gastos significativos en este capítulo.

En **España**, el Real Decreto 1005/1991, de 14 de junio, modificado por el Rela Decreto 1060/1992, de 4 de septiembre, dictado en aplicación de las previsiones del artículo 26.1 de la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, reguló los procedimientos para el ingreso en los centros universitarios, considerando entre sus objetivos el establecimiento de una reserva de plazas en las Universidades para grupos de estudiantes determinados a fin de garantizar efectivamente el derecho constitucional a la educación, en concreto para las personas con severas minusvalías.

De conformidad con lo anterior, el Real Decreto 704/1999, de 30 de abril, por el que se regulan los procedimientos de selección para el ingreso en los centros universitarios de los estudiantes que reúnan los requisitos legales necesarios para el acceso a la Universidad, indica que un 3% de las plazas disponibles se reservará para estudiantes que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%, o padezcan menoscabo total del habla o pérdida total de audición, así como para aquellos estudiantes con necesidades educativas especiales permanentes asociadas a las condiciones personales de discapacidad que durante su escolarización anterior hayan precisado recursos extraordinarios.

b) Educación especial

En el modelo vigente en **Alemania**, los alumnos a cuyas necesidades no se responde adecuadamente con la combinación de las alternativas educativas existentes en las escuelas ordinarias y de los equipos pedagógicos móviles, acuden a los centros de educación especial. Estos centros cuentan con personal especializado y con los medios técnicos adecuados, y tienen competencia para definir el programa educativo que se adapte a las necesidades especiales

individuales. Los alumnos acceden a distintos tipos de centros de educación especial en función de su deficiencia:

- Escuelas para niños ciegos;
- Escuelas para niños sordos;
- Escuelas para niños con discapacidad auditiva ligera;
- Escuelas para niños con discapacidad visual ligera;
- Escuelas para niños con problemas de movilidad;
- Escuelas para niños con problemas de aprendizaje;
- Escuelas para niños con problemas de lenguaje;
- Escuelas para niños con problemas de conducta;
- Escuelas para niños con deficiencias intelectuales.

Existen además escuelas para niños enfermos y servicios para aquellos que, por distintas razones, deben permanecer en sus casas. Los niños con discapacidades múltiples son atendidos en los centros que mejor se adapten a sus necesidades especiales.

Interesa destacar que las escuelas especiales se desarrollan cada vez más como "centros de promoción pedagógica especial". Además de responsabilizarse de la educación de sus propios alumnos, asumen tareas de diagnóstico y asesoramiento a niños y adolescentes con discapacidad integrados en las escuelas ordinarias, así como a sus padres y maestros.

Conviene indicar, finalmente, que las escuelas especiales apoyan la integración social mediante fórmulas abiertas de enseñanza en las que pueden participar personas ajenas a las escuelas, y mediante numerosas formas de encuentro y cooperación con alumnos de la red ordinaria. El espectro de esta cooperación abarca desde actividades vivenciales hasta proyectos de enseñanza común de duración variable. Todo ello aumenta las posibilidades de contacto entre alumnos con y sin discapacidad.

En **Francia**, en aquellos casos en los que se considera que la integración educativa en el medio ordinario no es viable, la educación deberá desarrollarse en el ámbito de la educación especial. Esta decisión corresponde a la Comisión de Educación Especial o a una Comisión de circunscripción de Educación Secundaria.

En este ámbito, cabe distinguir la función de los llamados Establecimientos Regionales de Enseñanza Adaptada, que progresivamente irán denominándose Liceos de Enseñanza Adaptada. Estos centros hacen posible que los adolescentes con discapacidad elaboren su proyecto de orientación y de formación así como su proyecto de integración profesional y social en función de sus aspiraciones y de sus capacidades, mediante un sistema de enseñanza que permite la individualización tanto de la duración de los programas como de los contenidos de los mismos.

Garantizan una enseñanza general de carácter profesional, en régimen de internado o de externado. Si lo consideran posible, reorientan al alumno hacia el medio ordinario, tan pronto como lo consideren en situación de beneficiarse de esta alternativa. Además de estos centros, existen otra serie de estructuras de educación especial, encuadrados en el marco de la rehabilitación educativa.

Sólo un 1% de los alumnos con necesidades educativas especiales cursa en centros especiales. Atendiendo a la naturaleza de la discapacidad de los alumnos atendidos pueden diferenciarse los siguientes:

- Centros para alumnos con deficiencia visual.
- Centros para alumnos con problemas de lenguaje.
- Centros para alumnos con problemas emocionales y conductuales. Las escuelas especiales destinadas a alumnos con problemas emocionales y conductuales suelen ser estructuras de tamaño reducido, unos 60 alumnos en total, distribuidos en aulas de 6 alumnos. Atienden al 8% de la población que cursa en centros especiales.
- Centros para alumnos con problemas de aprendizaje de grado moderado. Si bien sólo una minoría de los niños y adolescentes incluidos en esta categoría cuenta con una acreditación formal de sus necesidades especiales, constituyen el 50% de la población atendida en centros de educación especial. Estos centros son estructuras con una capacidad total que oscila entre 75 y 150 plazas, siendo las aulas de unos 10 ó 12 alumnos. El currículum y la organización escolar es similar a la de los centros de educación ordinaria; simplemente, el ritmo de enseñanza es más lento y la atención más individualizada.
- Centros para alumnos con problemas de aprendizaje de grado severo. En esta categoría se incluye a los alumnos con deficiencias profundas y a alumnos con deficiencias múltiples. En su inmensa mayoría cursan sus estudios en escuelas especiales que atienden a alumnos de edades comprendidas entre 2 y 19 años, aunque la edad habitual de ingreso está en 4 años. Se les aplica el Currículum Nacional, aunque pueda limitarse su aplicación durante determinados periodos de tiempo. El currículum se adapta a las necesidades educativas individuales de los alumnos, poniéndose el énfasis en la adquisición de habilidades sociales y de habilidades de la vida diaria. La aplicación de métodos especiales de enseñanza requiere disponer de equipamiento adaptado. Estas escuelas atienden al 24% de la población que cursa en centros de educación especial. Su capacidad suele oscilar entre 40 y 80 alumnos, de los que un tercio presenta deficiencia múltiple. La capacidad de las aulas oscila entre 8 y 10 alumnos.

En **Suecia** existen tres excepciones a la norma general de integración con apoyo en la escuela ordinaria:

- Los centros para alumnos con discapacidades auditivas. En su día, los padres y representantes de los alumnos con dificultades auditivas decidieron no integrarse en la

red de escuelas ordinarias. En consecuencia, perviven centros especiales de educación para niños con deficiencias auditivas gestionados por el Gobierno central. Esta situación se explica así mismo por el hecho de que el Parlamento sueco reconociera el derecho de las personas con discapacidades auditivas a conocer el lenguaje de signos y a que el mismo fuera considerado su primer idioma, derivándose de dicho reconocimiento el derecho de los niños, jóvenes y adultos sordos a que se les imparta la enseñanza en dicho idioma.

- Los centros para alumnos con retraso mental. La mayor parte de los alumnos con retraso mental acude a clases especiales, si bien éstas están ubicadas en los mismos edificios que los centros ordinarios. La educación obligatoria en estos centros dura diez años, un año más que la ordinaria, debido a que los alumnos realizan prácticas de preparación laboral fuera de la escuela durante los dos últimos años. Los alumnos de estos centros se dividen en dos grupos en función de su capacidad intelectual: Escuelas Generales para las personas con menor capacidad de aprendizaje y Escuelas de Formación para el resto. El curriculum escolar para los niños con discapacidad psíquica se establece en un documento oficial, que es, en realidad, la adaptación del curriculum de la escuela primaria ordinaria, a sus necesidades especiales.
- La denominada Educación especial separada. La "educación especial separada", dirigida a los alumnos con discapacidad mental que, por diversas razones, no pueden asistir a un centro escolar. Es prestada por un profesor especial, durante siete horas semanales, en el domicilio del alumno. En ocasiones, este sistema se utiliza como recurso suplementario para los alumnos con necesidades especiales integrados en escuelas ordinarias.

En **España**, la LOGSE en su artículo 37.2 impone a las administraciones educativas competentes el garantizar la escolarización de los *alumnos con Necesidades Educativas Especiales* (NEE) en el régimen de mayor integración posible. De hecho, en el artículo 37.3 indica expresamente que "la escolarización en unidades o centros de educación especial sólo se llevará a cabo cuando las necesidades del alumno no puedan ser atendidas por un centro ordinario". Pero, además, abre las puertas a la participación y cooperación al propiciar un compromiso recogido en el artículo 37.4 para regular y fomentar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización de estos alumnos con NEE.

Al aceptar el modelo integrador de escolarización conjunta de alumnos normales y discapacitados en el sistema ordinario, la Educación Especial se configura como una oferta residual y específica para aquellos sujetos más gravemente afectados, cuyas necesidades son de tal complejidad que no van a poder ser atendidas por los centros ordinarios. Y como no todas las necesidades educativas especiales son de la misma naturaleza o requieren actuaciones y medios

similares, los centros de Educación Especial se estructuran como un recurso más de atención a la diversidad dentro del sistema escolar.

Con el fin de que los Centros específicos de Educación Especial puedan llevar a cabo, con carácter gratuito, los tratamientos y atenciones personalizados, se dicta la Orden de 5 de junio de 1986 sobre régimen de subvenciones a centros docentes privados.

Se propondrá la escolarización en el centro de Educación Especial que le corresponda cuando en la evaluación psicopedagógica se estime que el alumno con NEE asociadas a discapacidad psíquica, sensorial o motora, graves trastornos del desarrollo y múltiples deficiencias, requiere o puede requerir a lo largo de su escolarización unas adaptaciones curriculares significativas en prácticamente todas las áreas del currículo, o la provisión de medios personales y materiales poco comunes en los centros ordinarios, y cuando se prevea que en estos centros su adaptación e integración social será reducida. En zonas lejanas de un centro de educación especial, estos alumnos podrán ser escolarizados en unidades de Educación especial en centros ordinarios, que tendrán un carácter sustitutorio de un centro de Educación Especial.

Ya se ha indicado anteriormente qué alumnos con NEE son susceptibles de matricularse en estos centros. Con carácter general, en estos centros de Educación Especial se impartirá la educación básica obligatoria, que se iniciará y finalizará en las edades establecidas por la ley con carácter general para todos los alumnos, y una formación que facilite la transición a la vida adulta de los alumnos escolarizados en ellos. Ésta tendrá una duración de dos años, pudiéndose ampliar a tres cuando el proceso educativo del alumno y las posibilidades laborales del entorno lo aconsejen. El límite de edad para permanecer escolarizado en un centro de Educación Especial es de veinte años.

La elaboración del proyecto curricular de la Enseñanza Básica Obligatoria en los centros de Educación Especial queda regulada por una resolución de 25 de abril de 1996, de la Secretaría de Estado de Educación.

c) La formación profesional

Una particularidad de la educación especial en **Alemania** es su énfasis en la formación profesional de las personas con discapacidad, formación hacia la que se les conduce mediante cursos de orientación profesional impartidos durante los últimos años de enseñanza obligatoria. El sistema ofrece a los jóvenes con discapacidad la posibilidad de formarse en un oficio concreto en centros adaptados a sus necesidades. Existe, además, una amplia variedad de cursos que prestan apoyo educativo y asistencia sociopedagógica hasta el momento en el que los alumnos pueden integrarse en el mercado de trabajo ordinario o en los centros de empleo protegido.

Las legislaciones de los *Länder* regulan la duración de la formación profesional, las características de la orientación profesional desarrollada en las escuelas y los requisitos para el ingreso en los centros especiales de formación profesional. Estos centros preparan a sus alumnos para acceder a los centros de empleo protegido.

Por su parte, el Servicio Federal de Empleo tiene la obligación de colaborar con los centros educativos a la hora de ofrecer asesoramiento profesional. Para articular esta colaboración se ha alcanzado un Acuerdo General y se realizan reuniones periódicas a nivel federal y regional entre las autoridades educativas y el Servicio Federal de Empleo. Los servicios especializados de orientación laboral a personas con discapacidad establecidos en las oficinas locales de empleo deben cumplir las siguientes funciones:

- ofrecer asesoramiento e información respecto a la elección de un oficio o a un posible cambio de profesión;
- dar a conocer las prestaciones y ayudas disponibles para la formación profesional, de acuerdo con las particularidades del caso;
- colocar a los usuarios del servicio en plazas de formación profesional.

Los servicios de orientación también ofrecen información sobre las prestaciones económicas disponibles para la integración profesional de las personas con discapacidad. La utilización de los servicios de orientación laboral es voluntaria y gratuita.

En **Francia**, las personas con discapacidad tienen acceso a todos los dispositivos ordinarios de formación profesional, pudiendo en algunos casos, beneficiarse de disposiciones particulares destinadas a compensar su discapacidad. Pueden acceder, en el marco de la formación profesional ordinaria, a los contratos de aprendizaje, pudiendo aplicarse algunas medidas particulares destinadas a compensar su discapacidad. En virtud de este contrato, el empresario se compromete por un lado al pago de un salario y por otro a ofrecer al trabajador de edad inferior a 26 años una formación profesional. Esta formación se imparte en la empresa y en un centro de formación de aprendices. En el caso de las personas con discapacidad, la edad máxima se eleva a 27 años, introduciéndose así mismo algunas variantes en la duración y las modalidades de la formación.

En el **modelo británico**, los programas de formación para incorporarse al medio laboral ordinario corren a cargo de los Consejos Locales de Formación y Empresa en Inglaterra y Gales y de las Compañías Locales de Empresa. Disponen de una amplia gama de apoyos destinados a garantizar que las personas con discapacidad acceden a los programas de formación profesional. Estos organismos elaboran anualmente un plan de actuación en el que deben describir las iniciativas que proyectan desarrollar, especificando las particularidades referidas a la formación de las personas con discapacidad.

Al margen de los programas de formación dirigidos a la población en su conjunto, que pueden ser objeto de adaptaciones para favorecer o posibilitar la participación de personas con discapacidad, existen, para facilitar el acceso al mercado ordinario de trabajo, una serie de servicios especializados de formación y de colocación destinados a preparar a las personas con discapacidad para que se integren en el medio normalizado. Entre ellos destacan los siguientes:

- Equipos de evaluación y de asesoramiento para la colocación. Se crearon en 1992 con objeto de integrar en una sola estructura diversos servicios prestados con anterioridad por otra serie de agentes (los oficiales de recolocación de personas con discapacidad, el servicio de asesoramiento en materia de discapacidad, y el servicio de rehabilitación para el empleo). En la actualidad, los responsables de los PACTs, designados como Asesores de Empleo para Personas con Discapacidad, tienen su sede en los Centros de Empleo, es decir, en los servicios de colocación. Sus funciones consisten en ayudar a las personas con discapacidad a obtener o a retener un puesto de trabajo, en realizar la evaluación correspondiente y en orientar hacia los servicios de rehabilitación profesional que mejor se ajusten a sus necesidades y a sus capacidades, hacia los Programas de Formación para el Empleo del ámbito ordinario, hacia los Programas especializados de Acceso al Empleo, o hacia el empleo apoyado. Cuando se crearon los PACTs en 1992, se crearon también, a nivel regional, nueve Centros de Desarrollo de las Habilidades. Su función es apoyar las actividades de los PACTs con objeto de mejorar la calidad del apoyo especializado que se ofrece a las personas con discapacidad.
- La mayoría de las personas con discapacidad reciben su formación a través de los Programas de Formación para el Empleo. Quienes presentan discapacidades severas pueden acceder a programas de formación, fundamentalmente financiados por el Departamento para la Educación y el Empleo. Estos programas se prestan en dos modalidades:

  · Programas de formación impartidos en el medio residencial, en los llamados Centros Residenciales de Formación. Además de la formación, ofrecen un servicio adicional de apoyo y un servicio de atención médica. Algunos de estos centros se destinan específicamente a la formación de personas con discapacidad sensorial.
  · Los Programas de Formación Especial a nivel local se iniciaron en 1993 con objeto de atender a personas para las que no resultaba adecuado el ámbito residencial. Los TECs pueden proporcionar una alternativa a nivel local recurriendo a fondos adicionales del Departamento de Educación y Empleo.

En **Suecia**, la formación profesional ordinaria tiene una duración de dos o tres años, dependiendo del tipo de formación elegida.

La educación secundaria de los alumnos con retraso mental que acuden a centros especiales tiene un contenido eminentemente profesional y adopta tres modalidades:

- Los alumnos con discapacidades severas acuden a Centros de Actividades y posteriormente a Centros de Día, donde acceden a servicios terapéuticos y de ajuste laboral y social.
- Los alumnos que pueden leer y escribir asisten a las Escuelas Profesionales, donde reciben cursos de formación en oficios.
- Existen además Escuelas de Formación Profesional donde los alumnos reciben la formación necesaria para su entrada en centros de empleo protegido.

Desde 1990, la cooperación entre las escuelas y los servicios de orientación se ha incrementado y los alumnos reciben información y orientación que facilita su transición a la vida laboral.

En **España**, la LOGSE incluye la Formación Profesional como etapa alternativa al Bachillerato dentro del proceso educativo, y sus enseñanzas mínimas quedan reguladas por Real Decreto 676 de 7 de mayo de 1993. Al igual que en las anteriores etapas, provoca un cambio sustancial en la Formación Profesional Especial. Este Real Decreto 676/1993 indica en su artículo 16 que "las administraciones educativas competentes establecerán para aquel alumnado con NEE el marco que regule las posibles adaptaciones curriculares que les faciliten el logro de las finalidades establecidas en el presente Real decreto". (Véase más arriba el apartado dedicado a "Permanencia y promoción en Bachillerato y Formación profesional").

El R.D. 696/1995 garantiza una oferta de formación profesional adecuada a los alumnos con NEE, a través de distintas modalidades: la Formación Profesional Adaptada, los programas de formación para la transición a la vida adulta en los centros de Educación Especial, y los programas de Garantía Social.

Particular desarrollo han tenido los programas de Garantía Social, reconocidos en el artículo 23.2 de la LOGSE y desarrollados en la orden de 10 de noviembre de 1993. Están destinados, en principio, a jóvenes mayores de 16 años y menores de 21 años, que cumplan algunas de las siguientes condiciones: alumnos escolarizados en el segundo ciclo de Educación Secundaria Obligatoria que no estén en condiciones de alcanzar los objetivos de la etapa por esa vía, jóvenes desescolarizados que no posean titulación académica superior a la de Graduado Escolar, o que, habiendo alcanzado dicha titulación, carezcan del título de Formación Profesional de primer grado.

Los programas de Garantía Social presentan varias modalidades: Iniciación profesional, que se desarrolla en Centros Educativos; para alumnos con NEE que se desarrollan en Centros Educativos de Educación Especial; formación-empleo que se realizan en colaboración con los Ayuntamientos; talleres profesionales, que son gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro.

3. FINANCIACIÓN

En **Alemania**, la enseñanza pública, ya sea en los niveles obligatorios o en los posteriores, es gratuita. Con todo, existen algunos servicios educativos muy especializados que requieren la participación económica de los usuarios, a veces facilitada por la concesión de créditos a bajo interés. La financiación de los servicios educativos corresponde, fundamentalmente, a la administración de los *länder*, mientras que las prestaciones económicas individuales —subsidio de enseñanza— se financian entre el Gobierno Federal (que aporta un 65%) y los estados federados (que aportan el 35% restante).

Todos los alumnos tienen el mismo derecho a las medidas de promoción de la enseñanza recogidas en la Ley Federal de Promoción de la Educación. Esta Ley incorpora además disposiciones especiales con objeto de compensar las desventajas producidas por la discapacidad. Por ejemplo, las prestaciones económicas individuales que, debido a la discapacidad, se requieran por tiempo superior al habitual, se prestan como subsidio y no como crédito reembolsable.

Además, la Ley Federal de Asistencia Social establece que si las escuelas no están capacitadas para ofrecer la atención adecuada a las necesidades especiales del alumno, los padres pueden recurrir a la Asistencia Social, independientemente de su nivel de ingresos económicos. La Asistencia Social puede financiar los servicios terapéuticos adicionales durante la etapa escolar, o los servicios precisados a aquellas personas que no pueden asistir a un centro de educación especial, siempre en el supuesto de que estos servicios no queden cubiertos por los organismos competentes en razón de la materia, como las cajas del Seguro de Enfermedad.

Los gastos de viaje en medios de transporte público, en los autobuses escolares o, de ser necesario, en taxi, son financiados, en gran parte, con fondos públicos, aunque se cobra una contribución específica destinada a la cobertura parcial de dichos gastos.

Cuando los niños discapacitados están matriculados en centros especiales, en régimen de internado, el erario público asume, además de los gastos de enseñanza, los gastos de alojamiento, y los padres o tutores contribuyen exclusivamente con una cantidad equivalente a los gastos que, por tal circunstancia, se ahorran en el domicilio. Cuando se trata de internados privados, los padres deben costear los gastos de atención personal. Para ello, sin embargo, pueden solicitar la asunción parcial de dichos gastos por la Asistencia Social.

En **Francia**, a efectos de financiación, es necesario distinguir entre los gastos relativos a la enseñanza y a la formación profesional, los gastos de carácter residencial y de tratamiento, y finalmente los gastos de transporte.

- Los gastos de educación y de formación profesional inicial corren a cargo del Estado, bien atendiendo a estos niños y adolescentes en centros o servicios públicos, bien dotando a otros centros o servicios de personal educativo dependiente de la Educación Nacional, bien conveniando sus servicios con centros de naturaleza privada.

- Los gastos de carácter residencial y los gastos originados por el tratamiento administrado en centros de educación especial y profesional, así como los gastos médicos administrados fuera de estos centros quedan integralmente cubiertos por el seguro de enfermedad.

  En caso de que el alumno sea atendido en un centro en régimen de semi-internado y no pueda volver todos los días al domicilio familiar en razón de la distancia, la ayuda social cubre los gastos que pudiera originar su acogimiento en una familia, sin que, a tal efecto, se tenga en cuenta el nivel de recursos de los padres.

  En caso de que el alumno de un centro de educación especial, una vez cumplidos los 20 años, no pueda ser admitido en un centro destinado a adultos designado por la Comisión Técnica de Orientación y de Reincorporación Profesional, su estancia en el centro educativo puede prolongarse, correspondiendo la cobertura de los gastos a la entidad a la que hubiera correspondido la financiación de su ingreso en un centro de adultos, es decir, según el caso, al seguro médico o al departamento.

- Los gastos de transporte individual de los estudiantes con discapacidad a sus centros educativos corresponden al departamento de residencia. Al efecto, es necesario que su imposibilidad para hacer uso de los transportes colectivos sea reconocida por la Comisión Departamental de Educación Especial o por la Comisión Técnica de Orientación y de Reincorporación Profesional.

  Los gastos de transporte colectivo o individual a los centros de naturaleza médico-educativa corren a cargo de la Seguridad Social o de la Ayuda Social, según los casos, por quedar incluidos en los gastos de explotación de los centros en cuestión.

En el **Reino Unido**, la Ley de Reforma Educativa de 1988 introdujo un cambio fundamental en materia de financiación. La denominada gestión local de las escuelas implica que todos los centros públicos gestionan su propio presupuesto, con excepción de los centros de educación especial cuya gestión presupuestaria sigue correspondiendo a la autoridades educativas a nivel local. Esto significa que los centros disponen de un presupuesto y que con ese presupuesto deben cubrir todos los gastos de personal, de mantenimiento, la compra de equipamiento y la organización de los planes de formación que correspondan. Una consecuencia fundamental de este cambio, es que, teniendo en cuenta que la educación de un niño con necesidades especiales resulta económicamente más costosa

que la de un niño con necesidades ordinarias, podría producirse una tendencia a no admitir a niños con necesidades educativas especiales. Algunos de estos gastos suplementarios quedan cubiertos con ayudas económicas específicas asignadas a quienes cuentan con una acreditación formal de las necesidades educativas especiales, pero el número de niños que cuenta con ella es muy reducido (aproximadamente un 2% de los alumnos con necesidades especiales).

De acuerdo con la Ley de Reforma Educativa de 1988, la prestación y la financiación de los servicios de terapia del lenguaje corresponden a las autoridades sanitarias a nivel local, aunque subsidiariamente la responsabilidad recae en las autoridades educativas.

Por otro lado, existen diversas fórmulas destinadas a la financiación de los estudios superiores:

- Ayudas no discrecionales. Sólo se atribuyen para cursos específicos y su cuantía se establece en función del nivel de ingresos. En caso de cumplirse los requisitos de acceso, constituyen un derecho.

- Ayudas discrecionales. Son ayudas ecónomicas de carácter discrecional destinadas a pagos puntuales y no a cursos completos. Su importe puede ser muy limitado (por ejemplo, el correspondiente únicamente al pago de la matrícula) o tan elevado como una ayuda no discrecional.

- Prestación para Estudiantes con Discapacidad. Pueden acceder a ellas quienes tienen acceso a las ayudas no discrecionales. Cubre cualquier gasto suplementario que, en el marco de los estudios, origina la discapacidad, con excepción de los gastos de transporte. Así pueden quedar cubiertos gastos de adquisición de equipamiento adaptado a las necesidades especiales (máquinas de escribir, o la ayuda de terceras personas para prestar apoyo como intérpretes o lectores), gastos suplementarios de calefacción o de alimentación dietética, etc. En caso de no tener acceso a una ayuda no discrecional pero sí a una discrecional, algunas delegaciones de educación a nivel local también conceden la prestación para estudiantes con discapacidad. Créditos a estudiantes, destinados a estudiantes en educación universitaria, a tiempo completo. Quedan excluidos los estudiantes mayores de 50 años y los estudiantes de post-grado.

- Créditos para el desarrollo de una carrera destinados a la financiación de cursos de carácter profesional. Su importe varía entre 200 y 8000 libras.

Los Consejos para la Financiación de la Educación Superior otorgan a los centros subvenciones específicas, destinadas a cubrir los gastos originados por las adaptaciones introducidas en atención a las necesidades educativas especiales de los alumnos.

En cuanto a la financiación de la formación profesional, las personas con discapacidad que participan en Programas de Formación para el Empleo pueden ser beneficiarias de una prestación de formación equivalente. El tiempo máximo durante el cual es posible beneficiarse de esta prestación es de dos años.

En **Suecia**, la educación pública es completamente gratuita. Los libros, la alimentación y el transporte escolar son así mismo gratuitos en la educación primaria obligatoria. La educación obligatoria ordinaria es financiada por los ayuntamientos, mientras que los centros de educación especial son financiados por el Gobierno central.

En **España**, como ya se ha indicado, la educación obligatoria, sea ordinaria o especial, es gratuita, de acuerdo con el artículo 27 de la Constitución y, con carácter más específico, de conformidad con la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, del Derecho a la Educación (LODE) y del Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial.

7. EMPLEO

COMENTARIOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA COMPARADA CON LA DE CUATRO PAÍSES EUROPEOS

Luis Osorio Gullón
Delegación del Gobierno Madrid

1. REGULACIÓN DEL EMPLEO

El proceso de elaboración de una política española de empleo para la discapacidad comienza en los primeros años 70, en torno a una nueva concepción de la Seguridad Social. A partir de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 se van a introducir en el ordenamiento jurídico instituciones cuyo desarrollo trae el avance de un sistema más universal de la Seguridad Social, apegado hasta entonces exclusivamente al molde laboral. Esta nueva orientación responde a las exigencias de las organizaciones internacionales que marcan nuevas pautas a los países desarrollados para las políticas sociales.

La institución de los Servicios Sociales de la Seguridad Social permite la consolidación de las condiciones científicas y técnicas, junto con la creación de las estructuras necesarias, tanto públicas como de la sociedad civil, para el establecimiento de los principios y prácticas sociales que requiere la atención especializada de las necesidades de las personas con discapacidad en orden a su integración social.

En 1978 la Constitución introduce los elementos básicos para el diseño de la arquitectura de las políticas sociales y del empleo más concretamente. En ella se declara el derecho a la igualdad de oportunidades, sin discriminación y el derecho al trabajo, como derechos fundamentales de todos los españoles y responsabiliza a los poderes públicos de la realización de una política orientada al pleno empleo y de unas políticas que amparen a las personas con discapacidad en el disfrute de los derechos reconocidos en la propia Constitución.

La concreción legal de los principios constitucionales se produce, en la materia relativa a la Política de Empleo para la Discapacidad: 1. En la Ley 51/1980, Básica de Empleo y de manera muy destacada; 2. En la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos —LISMI—, con la aportación de importantes materiales para la definición de la política de atención global a las personas con minusvalía; 3. En el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, de Régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos; 4. En el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, de regulación del empleo selectivo y de las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos; 5. En el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio –modificado por el Real Decreto 427/1999, de 12 de marzo–; y 6. En el Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre, de regulación laboral de carácter especial y de los Centros Especiales de Empleo.

Por tanto, la regulación del empleo para personas con discapacidad se introduce al máximo nivel jurídico, en la Constitución, como derecho fundamental, así como el derecho a la igualdad de

oportunidades. La legislación ordinaria, por su parte, configura unas condiciones de aplicación del derecho al trabajo de las personas con discapacidad equiparables a las establecidas en los países analizados, correspondiendo su implantación a un periodo de tiempo posterior en varias décadas al de promulgación en dichos países.

No obstante, en un primer resumen de aproximación se destaca que el empleo obligatorio de personas con discapacidad se efectúa en relación con las empresas que empleen a más de 50 trabajadores, claramente superado por la normativa de los países estudiados y, sin embargo, las ayudas para el fomento de la contratación en empresas ordinarias no están limitadas, pudiéndose obtener los beneficios reglamentarios por cada contrato realizado, lo que hace que en este punto la legislación española sea más favorable.

2. NORMATIVA REGULADORA DEL EMPLEO

La LISMI de 1982 es el marco normativo fundamental del ordenamiento jurídico laboral para las personas con discapacidad, en el que se definen, además, las bases para una política integral de los poderes públicos en orden a la aplicación de los principios de la Constitución para la integración social de las personas con discapacidad.

Esta Ley produce una elevación del rango normativo para tratar diversas materias reguladas desde 1970 (Decreto 2531/1970) en disposiciones reglamentarias, introduciendo una nueva sistematización de principios, definiciones, procedimientos y objetivos para el empleo de personas con discapacidad, que no han sido modificados hasta la fecha, salvo la previsión que efectúa la Ley 50/1998 para poder compensar, con otras medidas alternativas, la exención de la obligación de reserva del 2% de los puestos de la plantilla para su cobertura por personas con discapacidad, en empresas que empleen a más de 50 trabajadores.

El objetivo primordial de la Ley es integrar en el sistema laboral ordinario a las personas con discapacidad o, en su defecto, su incorporación por medio del empleo protegido en Centros especiales. El reconocimiento de la condición de persona con discapacidad, afectada por una minusvalía en grado igual o superior al 33%, lo efectúan los equipos multiprofesionales de los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, quienes en coordinación con el Servicio Público de Empleo (INEM), que gestiona un registro de trabajadores minusválidos, determinarán la procedencia de un medio u otro para la integración laboral de la persona con minusvalía.

El Estatuto de los Trabajadores, como norma prevista en la Constitución para regular con carácter estatal las relaciones laborales, parte del criterio de la LISMI de conseguir la integración de las personas con discapacidad en el sistema ordinario de trabajo, y por tanto no contempla un tratamiento diferenciado que regule unas condiciones laborales especiales para las personas con

discapacidad en la empresa ordinaria. En cambio, tanto la Ley Básica de Empleo de 1980, que configura mecanismos de fomento especiales para lograr la integración laboral de las personas con discapacidad, como la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, también establece una consideración especial de las personas con discapacidad para su protección frente a los riesgos derivados del ambiente de trabajo.

El panorama español de la normativa reguladora del empleo expuesto nos permite encontrar sintonías y diferencias con la normativa de los cuatro países europeos.

1.º Como en Alemania, el derecho al trabajo se encuentra proclamado en el máximo nivel constitucional del ordenamiento jurídico. Frente al caso de Francia y Suecia, el Estatuto de los Trabajadores no efectúa ningún tratamiento ni regulación especial para las relaciones laborales de las personas con discapacidad en el sistema ordinario de empleo, dado que las especialidades que se contemplan se llevan a cabo en una Ley específica —LISMI—, como en el Reino Unido, en Alemania y en Francia.

2.º Coincide con la legislación alemana, francesa y británica en la obligatoriedad de reserva de un cupo de puestos de trabajo para personas con discapacidad, pero discrepa en el número mínimo de puestos de plantilla (16/20/50) y el porcentaje de reserva con respecto a ésta (6%-3%-2%). El incumplimiento de la reserva obligatoria se puede sancionar en España por la Inspección de Trabajo. Por otro lado, como novedad destacada de la última reforma de la LISMI, la reserva obligatoria puede eximirse de su cumplimiento por medio de medidas alternativas, aún por determinar reglamentariamente. En Alemania las medidas alternativas previstas como tasa compensatoria generan fondos que revierten en la financiación de medidas favorecedoras, flexibles y adaptables a la organización de las empresas de régimen ordinario, para la mejor integración laboral de las personas con discapacidad.

3.º No se establece la figura del representante laboral en las empresas con más de 5 trabajadores discapacitados, como existe en Alemania, ni se regulan disposiciones extraordinarias contra el despido improcedente de los trabajadores con discapacidad, como en el Reino Unido, en Francia y en Alemania. Tampoco se prevé ninguna medida complementaria, como vacaciones extraordinarias pagadas, que se reconocen a las personas con discapacidad alemanas.

4.º Al igual que en el Reino Unido, en España se declara nulo cualquier acto o disposición que produzca la discriminación de las personas con discapacidad en el ámbito laboral, si bien en el caso español con independencia del número de trabajadores de plantilla de la empresa (más de 15 en el caso británico).

5.º Los equipos multiprofesionales españoles efectúan una labor igual o similar a la que desarrollan las Comisiones Técnicas de Orientación y de Reincorporación Profesional en Francia y

los Comités Asesores en el ámbito local del Reino Unido, en materia de evaluación y orientación profesional de las personas con discapacidad, y determinación del ámbito de trabajo más adecuado, ordinario o protegido, en relación con los servicios de empleo y registro de trabajadores minusválidos.

a) Empleo ordinario

La prioridad legal de la política de empleo en España para personas con discapacidad **se centra en la integración en el mercado laboral ordinario**, que se basa 1. en la reincorporación de los trabajadores en la empresa en la que causaron baja por incapacidad permanente; 2. en el fomento de la contratación a través de medidas fiscales y beneficios en las cotizaciones sociales; 3. en la obligatoriedad de ocupar a un determinado número de personas con discapacidad en las empresas del sector público o privado con más de 50 trabajadores; y 4. por medio de la creación de un contexto favorecedor de la permanencia en el puesto de trabajo, financiando la eliminación de barreras y la adaptación del puesto de trabajo o procurando unas condiciones que les protejan de los riesgos laborales.

– **En el sector privado**:

- **Medidas de fomento del empleo ordinario en las empresas**:

* *Accesibilidad física y ergonomía*

Las declaraciones legales de la norma específica —LISMI— y de las leyes generales que definen la política de empleo para personas con discapacidad en España, ya en el nivel programático, adolecen en este capítulo, de importantes carencias respecto a medidas, métodos de actuación y prácticas saludables, más estructurados y desarrollados en la legislación comparada, que favorecen las posibilidades reales del empleo en el sector privado ordinario.

Las obligaciones concretas para el empresario que aparecen en las leyes de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia relativas a la accesibilidad y ergonomía del medio laboral para adecuarlo a las personas con discapacidad no tienen equivalencia en las leyes españolas. Solamente la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, contiene las bases para lograr, cuando se haga el desarrollo íntegro de sus previsiones y/o por medio de la negociación colectiva, la consecución de las condiciones físicas que protejan contra los riesgos que provocan las barreras o la concepción inapropiada de los puestos de trabajo y métodos de producción. El principio básico de esta Ley, en cuanto pretende adaptar el trabajo a la persona, también aboga por la adopción de medidas de accesibilidad y ergonomía de una manera poco concreta.

La LISMI prevé el apoyo financiero para la adaptación de los puestos de trabajo y la

eliminación de las barreras arquitectónicas con ayudas y subvenciones que permitan a las empresas acometer las inversiones necesarias para lograr el acceso y la movilidad en los centros de producción.

* *Incentivos a la contratación (exenciones, bonificaciones)*

En España se mantiene una cultura consolidada de fomento de la contratación laboral de personas con discapacidad, incentivado con ayudas, subvenciones y beneficios fiscales y en las cotizaciones sociales, para promover la incorporación al trabajo en régimen ordinario.

Esta política de fomento del empleo se caracteriza, en línea con las políticas activas establecidas por el Estado para el empleo de otros colectivos desfavorecidos y con las medidas de activación del empleo para la población desempleada en general, por dar prioridad al empleo estable. No obstante, se amplían las facilidades de las políticas activas, en el caso de las personas con discapacidad, a la contratación temporal bajo diversas formas: por tiempo determinado, en prácticas y para la formación, pudiendo en estos casos beneficiarse de las condiciones generales previstas para el fomento del empleo estable cuando estos contratos temporales se transformen en indefinidos.

Las ayudas del Estado en el contrato típico por tiempo indefinido (con una permanencia mínima de 3 años), por cada uno de los contratos que se suscriban entre la empresa y el trabajador con discapacidad, consisten en: 1. Una subvención de 650.000 pts., para la *jornada completa* y graduable en función de la *jornada laboral parcial* pactada; 2. Bonificación de las cuotas empresariales de la Seguridad Social, incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, entre el 90% y el 70%, para mayores de 45 años o de edad inferior, respectivamente; 3. Deducción de 800.000 pts. de la cuota íntegra del Impuesto de Sociedades, por cada trabajador con discapacidad que incremente el promedio de la plantilla de trabajadores con discapacidad empleados en el ejercicio impositivo anterior, en jornada completa y por tiempo indefinido; 4. Subvención hasta 150.000 pts. para la adaptación de puestos de trabajo o dotación de medios de protección personal; 5. Reducción de la indemnización por despido: 33 días de salario por año de servicio; 6. Subvenciones para la formación profesional.

Las ayudas que otorga el Estado a las contrataciones temporales siguen el esquema anterior en cuanto a las bonificaciones en cuotas sociales, con reducción general de los porcentajes frente al contrato por tiempo indefinido, pero no obtienen subvención ni beneficios fiscales.

El sistema español de fomento del empleo de personas con discapacidad se diferencia claramente del previsto en los cuatro países analizados.

En primer lugar, destaca la inexistencia en la legislación española de prestaciones públicas

para el pago de salarios o medidas legales reductoras del mismo en consideración al rendimiento de la persona con discapacidad en el puesto de trabajo. Solamente se pueden reducir, según prevé la legislación laboral española, los salarios en el empleo selectivo, en los contratos a tiempo parcial, en prácticas y para la formación, y ello en razón de la reconversión en el empleo selectivo o por la causa de tales contratos y la doble finalidad que conllevan los dos últimos, de producción y de formación. Por el contrario, las legislaciones de esos países no contemplan una subvención inicial de carácter no finalista ni las bonificaciones en cotizaciones empresariales a la Seguridad Social.

En la legislación británica y sueca se disponen una serie de medidas de apoyo económico para solucionar problemas concretos de las empresas en relación con la integración de las personas con discapacidad, como la formación de compañeros sin discapacidad para la atención de las personas sordas o ciegas, asignación de un trabajador de apoyo para la realización de actividades de transporte, intérpretes, etc. que no han tenido acogida en España.

* *Empleo selectivo*

Las medidas que se adoptan en Francia y en España bajo este concepto, para el fomento del empleo ordinario en las empresas de las personas con discapacidad, no tienen una posible homologación.

En la legislación española se consideran incluidas en la categoría de Empleo Selectivo las situaciones de los trabajadores que causan baja en la empresa por incapacidad permanente, declarada por los procedimientos específicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en cualquiera de sus grados: parcial, total o absoluta, a los que se les otorga un derecho de preferencia absoluta para la reincorporación a su empresa, en determinadas condiciones, adaptadas a las circunstancias individuales, pudiendo en todo caso reincorporarse a su categoría o grupo profesional si hubiera recobrado su plena capacidad laboral.

Las condiciones del empleo selectivo pueden afectar: 1. Al puesto de trabajo, para permitir que los incapacitados permanentes, tras haber recibido las prestaciones de recuperación profesional, puedan desempeñar un puesto de trabajo adecuado a su capacidad residual, diferente al anteriormente ocupado en la empresa, cuando se produzca una disminución acreditada en el rendimiento. 2. Asimismo los incapacitados permanentes pueden ver reducidas las retribuciones de contraprestación por el trabajo si no existiera en la empresa un puesto adecuado a la capacidad residual del incapacitado en el momento de la reincorporación, no pudiendo la reducción ser superior al 25% ni los ingresos finales inferiores al salario mínimo interprofesional, cuando se realice jornada completa. 3. Por último, el empleo selectivo aplicado a las situaciones de empleados incapacitados permanentes da derecho a las empresas españolas en que se reincorporan a una reducción del 50% de la cuota patronal de la Seguridad Social por contingencias comunes durante dos años.

Las fórmulas de la legislación francesa encuadradas en el estudio bajo este epígrafe podrían corresponder a medidas de fomento de empleo protegido en empresas ordinarias que la legislación española ha derogado, en favor de la potenciación del principio de normalización (artículo 6 de la LISMI).

* *Enclave*

La orientación de la legislación española desde la promulgación de la LISMI ha respetado el criterio de la máxima integración posible de las personas con discapacidad en el ámbito laboral ordinario, reservando las incursiones de la ley laboral a aquellas materias que precisan una actuación y una ordenación necesarias para garantizar la mejor atención de las necesidades de las personas con discapacidad en el desarrollo de su actividad laboral en el medio ordinario de las empresas. No es por ello inconsecuente que se hayan excluido, de manera prudente o circunstancial, aquellas relaciones laborales y organización del trabajo que pueden tener carácter experimental o de difícil encaje en las instituciones y regulaciones del Derecho laboral común.

En esta tendencia se podrían incluir las experiencias que se han recogido sobre los enclaves en las legislaciones de los cuatro países analizados. En la normativa española solamente se citan estas iniciativas con el fin de darles el apoyo financiero de incentivación que permita obtener de su desarrollo y experiencia las conclusiones y resultados que hagan posible un futuro tratamiento, como medidas que posibilitan una organización de las empresas para dar una mejor acogida a las personas con discapacidad. Se trata de iniciativas que pueden ser introducidas por las propias empresas, dentro de su capacidad de organización del trabajo.

* *Reserva de puestos de trabajo*

La legislación española se sumó a la política de los países europeos, salvo Suecia, de reserva obligatoria de puestos de trabajo para personas con discapacidad en las empresas, tanto de capital privado como público, a partir de 1970.

La LISMI mantuvo la reserva obligatoria del 2% de los puestos de la plantilla, en empresas con más de 50 trabajadores fijos, para su cobertura por personas con discapacidad, y hasta 1988 no se ha introducido la primera variación en el sistema, que sufre una modulación para adecuar la efectividad de la reserva de puestos en el ámbito de las Administraciones Públicas. En la reciente Ley 50/1998 se prevé un cambio sustancial de la fórmula inicial de la LISMI, por cuanto la disposición adicional undécima permite, a partir de las normas que desarrollen reglamentariamente la misma, la exención parcial o total de la obligación de reserva del cupo del 2% de puestos para personas con discapacidad mediante la aplicación de medidas alternativas.

Las normas de las legislaciones alemana y francesa han mantenido una clara preocupación por elaborar una casuística amplia en orden a contemplar situaciones que hagan lo más equilibrada

y ajustada a las circunstancias de las empresas y de las personas con discapacidad la aplicación de la reserva obligatoria de puestos para personas con discapacidad. Responden a estos criterios las fórmulas de cómputo de puestos cubiertos por personas con discapacidad cuando la naturaleza de la minusvalía o la especial dificultad para la colocación de un trabajador aconsejan dar valor de dos o tres puestos por cada uno cubierto por persona con minusvalía de especial gravedad.

La legislación española, como se ha comentado, se ha mantenido inamovible en los últimos 30 años en su fórmula inicial, carente de matices y regulación de casos que hagan posible el cumplimiento de la obligación.

Las normas de los tres países que aplican la obligatoriedad de la reserva de puestos para personas con discapacidad tienen un nivel de exigencia superior al español, por dos motivos. El porcentaje de reserva es tres veces superior y el mínimo de plantilla de las empresas a considerar es igualmente tres veces inferior.

Las condiciones legales para verificar el cumplimiento, o régimen sancionador en caso contrario, de la obligación de reserva de puestos para personas con discapacidad, así como las precisiones para poder ser sujeto beneficiario de las medidas de reserva, son similares en los tres países analizados y los que tiene establecidos la legislación española.

Por último, las experiencias alemana y francesa, en cuanto a las medidas alternativas que permitan la exención parcial o total de la obligación legal de reserva de puestos para personas con discapacidad pueden ser un importante elemento de referencia para el próximo desarrollo reglamentario de la Ley 50/1998, citada. En particular parecen especialmente interesantes las oportunidades que puede abrir la generación de Fondos procedentes de la Tasa de Compensación, prevista en Alemania, para financiar nuevas iniciativas de apoyo al empleo de personas con discapacidad en empresas en el medio ordinario.

* *Otros*

Servicios de colocación

Las bases legales establecidas para ordenar los servicios públicos de colocación de personas con discapacidad en España responden a criterios claros, estructuras adecuadas y potencialmente operativas, abriendo la posibilidad a la participación y colaboración de las Organizaciones no Gubernamentales en la prestación de este decisivo servicio para el empleo de personas con discapacidad.

Con la situación en Suecia comparte la legislación española el principio de normalización para la atención básica por los servicios del INEM, si bien atemperado en la experiencia española por la estructura específica prevista para la valoración de las circunstancias de las personas con

discapacidad y su acomodación a los puestos de trabajo por medio de la institución de los Equipos Multiprofesionales, que la acercan a los modelos de Alemania y Francia.

Autoempleo, trabajo por cuenta propia

Las personas con discapacidad pueden optar, en situación de desempleo, a medidas de apoyo e incentivación para el establecimiento como empresarios o para iniciar una actividad económica de manera autónoma, no dependiente o sometida a la regulación del trabajo por cuenta ajena. Las subvenciones que reconocen las Administraciones Públicas en España tienen la doble finalidad de cubrir gastos por la suscripción de préstamos y para financiar la inversión en capital fijo.

Estas líneas de financiación de la actividad económica autónoma de las personas con discapacidad, que pueden complementarse con otras, dirigidas a toda la población, de Asistencia Técnica para realizar estudios de viabilidad, auditoría y asesoramiento y subvención para garantizar durante el inicio de la actividad unos ingresos mínimos, se consideran homologables a las que tienen establecidas las legislaciones de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia.

* *Ventajas y derechos asociados del trabajador con discapacidad*

Las directrices y principios establecidos por la LISMI, que definen la política estatal para la atención y la integración social de las personas con discapacidad, han determinado a partir de la misma una definida orientación general de la legislación laboral, para la cual son excepcionales las medidas que puedan constituir ventajas y derechos asociados del trabajador con discapacidad y las escasas que se han regulado se encuentran dentro del ámbito de las relaciones laborales de carácter especial en Centros Especiales de Empleo. En cualquier caso, siempre podrían tratarse este tipo de ventajas y derechos en el marco de la negociación colectiva, no investigado, como pactos de mejora de las normas mínimas establecidas en las leyes.

En consecuencia, el variado escenario de situaciones favorables a las personas con discapacidad contenidas en la legislación de los cuatro países estudiados no puede tener una traslación inmediata.

Entre las medias de la legislación alemana, francesa y sueca frente a la rescisión empresarial de las relaciones laborales de las personas con discapacidad sería posible, para trasladar a la situación española, valorar la conveniencia de la participación obligatoria de los Equipos Multiprofesionales en el análisis de las causas de incapacidad sobrevenida del trabajador en el momento anterior a la rescisión causal del contrato de trabajo.

La experiencia alemana respecto de la representación de los trabajadores resulta especialmente oportuna para velar específicamente por los intereses de las personas con

discapacidad, dado que se prevé la elección de un delegado de personal de las personas con discapacidad, con facultades concretas de consulta y asesoramiento a este fin.

- **En el sector público**

Las empresas del sector público tienen las mismas normas laborales que las empresas privadas, por tanto las obligaciones y condiciones referidas para el tratamiento en las empresas privadas de las relaciones laborales para personas con discapacidad son trasladables íntegramente a este sector. En este sentido la legislación española es homologable a la de los cuatro países.

En el ámbito de las Administraciones Públicas se producen peculiaridades en la normativa de empleo de personas con discapacidad por la propia naturaleza del sujeto de la relación administrativa o laboral que actúa como empleador.

El volumen y la antigüedad en la conformación de las plantillas de las Administraciones Públicas favorece que la reserva de puestos obligatoria se amplíe en España al 3% de las vacantes que anualmente autorice a cubrir el Consejo de Ministros, con el objetivo de alcanzar progresivamente el 2% de los efectivos totales de la Administración del Estado, según expresión de la Ley de Función Pública. Por otro lado, los procesos selectivos, característicos de las Administraciones Públicas para garantizar el principio de igualdad de oportunidades, prevén una serie de ayudas y medidas que persiguen compensar determinadas situaciones de especial dificultad para realizar las pruebas, de forma que las personas con discapacidad cuenten con tiempo superior al fijado con carácter general para desarrollar las pruebas selectivas y puedan utilizar recursos especiales que les habiliten para cumplimentar adecuadamente los exámenes teóricos y prácticos. Sin embargo, la Ley se encarga de precisar, en aplicación del principio de normalización, que el nivel mínimo establecido por el órgano seleccionador para conseguir la aptitud debe ser superado por las personas con discapacidad.

Esta normativa para la Función Pública puede considerarse, en sus desarrollos reglamentarios, plenamente equiparable a la de Francia.

Con respecto a la situación de la legislación en Suecia, relativa al empleo protegido público, cabe recordar que la LISMI tiene establecido que las Administraciones Públicas promoverán la creación y puesta en marcha de Centros Especiales de Empleo, sea directamente o en colaboración con otros organismos o entidades.

b) <u>Empleo protegido</u>

La figura del empleo protegido responde a unos principios generales, estructura, organización y objetivos que pueden considerarse básicamente acordes con el concepto esencial del

empleo protegido en los países analizados y en España. La tradición de cada uno de ellos en el desarrollo del modelo definido en cada caso y su realización práctica y la consolidación de las experiencias sobre sistemas de producción y financiación del programa, en cambio, puede marcar las diferencias.

El ámbito subjetivo de los centros de empleo protegido es muy similar en todos estos países, con mayor preocupación por dibujar los perfiles en unas regulaciones que en otras. En Alemania, por ejemplo, no se establecen requisitos en función de la naturaleza o gravedad de la discapacidad para poder entrar en este tipo de centros, dado que tienen acceso al empleo protegido las personas con discapacidad que puedan desarrollar una actividad productiva mínima. Pero la nota común en los demás países pone el énfasis en que las personas que tengan acceso a estos centros no sea posible su integración en el empleo productivo ordinario, además de establecer un baremo objetivo para determinar los mínimos de acceso, como en Francia y en España; en el caso del Reino Unido se fija un límite, pero no está definido el sistema de evaluación del rendimiento.

Los servicios que se prestan a los trabajadores con discapacidad tienden a adaptarse a las necesidades de los sujetos empleados en los centros de empleo protegido con el objetivo de su adscripción a puestos de trabajo que puedan desempeñar adecuadamente y siendo la meta, en los casos posibles, el paso al empleo ordinario.

Los sistemas de producción, captación de clientes, comercialización y financiación se estructura conforme a la manera en que cada país estableció en los años 1960 y siguientes las primeras organizaciones que se responsabilizaron del programa de empleo protegido. Los esquemas actuales de configuración del empleo protegido confluyen hacia una mayor vinculación o dependencia de los presupuestos o de las ayudas y beneficios legalmente establecidos por el Estado para ordenar los diferentes aspectos del programa, bien con financiación directa por subvenciones finalistas o por la aplicación de fondos especiales, procedentes de la exención de la obligatoriedad de las empresas de emplear un cupo de trabajadores con discapacidad, como se produce en la legislación alemana.

Las relaciones laborales establecidas en este programa de empleo protegido regulan los derechos y obligaciones contractuales de manera flexible y acomodadas a las posibilidades de producción de los trabajadores con discapacidad, siendo apoyado por el Estado el régimen retributivo y los derechos sociales vinculados a los sistemas de la Seguridad Social.

La regulación especial en España está habilitada por el Estatuto de los Trabajadores, que tipifica las relaciones laborales de carácter especial, entre las que se contempla la introducida por la LISMI para los Centros Especiales de Empleo. La regulación recientemente desarrollada efectúa un amplio recorrido por los diferentes conceptos y capítulos de la relación laboral para definir las

peculiaridades de la propia y típica en los Centros Especiales de Empleo, con lo que se consigue una sistemática clara y una ordenación equiparable a la de los cuatro países analizados.

3. FINANCIACIÓN

Los recursos para la financiación de la política de empleo de personas con discapacidad provienen directamente de los presupuestos del Estado o mediante la creación legislativa de fondos que se nutren de exacciones o tasas obligatorias a las empresas para compensar la falta de empleo de personas con discapacidad.

Madrid, 21 de junio de 1999

EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y LA INCENTIVACIÓN DIRECTA E INDIRECTA EN FAVOR DEL EMPLEO EN EL MEDIO ORDINARIO DE TRABAJO. UNA VISIÓN COMPARADA DESDE EL DERECHO ESPAÑOL

Ricard Esteban Legarreta
Dpto. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad Rovira i Virgili
Tarragona

1. PLANTEAMIENTO. EL INTERÉS POR UN EQUILIBRIO ENTRE EL EMPLEO PROTEGIDO Y EL EMPLEO ORDINARIO

1.1. Introducción

Tradicionalmente, **el empleo protegido ha constituido el punto de entrada de un número importante de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo**, especialmente de personas con discapacidad psíquica, por lo general con restraso mental (CES, 1995[1]), para las que el empleo protegido constituye en ocasiones el punto en el que desemboca todo el esfuerzo formativo y de ajuste personal y social.

Lo cierto es que, sin negar *a priori* el interés de los entornos laborales protegidos, en mi opinión, cabe abogar por el seguimiento y control de la dimensión de este sector, en base a algunos postulados jurídicos que a continuación pasaremos a examinar. A partir de aquí, la idea principal de la ponencia se basará en **examinar hasta qué punto el diseño normativo español del empleo de las personas con discapacidad permite a la vez, una adecuada dimensión del empleo protegido y el trasvase de mano de obra del sector protegido al mercado normalizado de trabajo**[2], para lo que acudiremos a una panorámica de derecho extranjero que nos ofrece el documento *Legislación Relativa a la Política para la Discapacidad (Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia)*[3] (en adelante Documento 51/1999).

---

[1] Consejo Económico y Social: *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*. Madrid, CES, 1995.

[2] Como reflexión a pie de página he considerado de interés señalar la que se suscitó en el debate realizado tras las ponencias sobre empleo en el Seminario de Derecho Comparado sobre Discapacidad. Así, parece oportuno señalar que existen otras vías para paliar el sobredimensionamiento del empleo protegido, que escaparían a la manida —pero real— problemática del tránsito hacia el mercado ordinario de trabajo:

1) La primera de estas técnicas consistiría en "desdibujar" o "diluir" los centros de empleo protegido mediante la entrada en ellos de contingentes de trabajadores sin discapacidad. En esta línea parecen haberse orientado las últimas reformas operadas en la LISMI que han comportado la posibilidad de que los CEE puedan contratar hasta un 30 por 100 de trabajadores de su plantilla sin discapacidad. De todos modos, tal contratación es absolutamente facultativa pero constituye en sí misma una primera vía con innegables posibilidades.

2) Otra opción la de potenciar la utilización de otras estructuras que hoy en día no se encuentran reguladas pero que desarrollan su actividad bajo una clara apuesta por la inserción en el mercado ordinario de trabajo: las empresas de inserción. Estas entidades, si bien desarrollan fundamentalmente su actividad con personas excluidas socialmente pueden contar en sus plantillas con algunas personas afectadas de discapacidad física, psíquica o sensorial.

3) Finalmente, puede señalarse también el modelo de las empresas mixtas, que podrían contratar a trabajadores con discapacidad bajo la relación laboral especial, trabajadores con discapacidad bajo la relación laboral ordinaria y trabajadores sin discapacidad. Se trataría de un modelo que buscaría el punto medio entre la empresa ordinaria y los centros protegidos y cuya regulación se propuso en el punto 10 de la Proposición no de Ley del Congreso de los Diputados sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de 22 de septiembre de 1998.

[3] Madrid, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 1999.

De modo breve, quisiera apuntar algunos de los datos normativos por los que parece obligado revisar el estado de la normativa española dentro del equilibrio mercado protegido-mercado ordinario. En cualquier caso, no se trata de entrar en una dialéctica "empleo bueno" —normalizado— "empleo malo" —en centros protegidos— pero sí **remarcar algunos datos que desde la norma jurídica exigen un mayor control de esta materia:**

a) **De un lado, debe atenderse a que nuestro Derecho ha expresado que la política en favor del empleo de las personas con discapacidad tendrá como finalidad primordial su integración en el medio ordinario de trabajo (art. 37 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, en delante LISMI). A mi juicio, tal postulado no es gratuito, sino que se basa en el convencimiento de que la integración ha de perseguir una normalidad que sólo —o muy especialmente— va a lograrse en el mercado ordinario de trabajo**. Y cabe no olvidar que la integración y perpetuación masiva de estos trabajadores en Centros Especiales de Empleo provoca dudas respecto a la adecuación de tal opción al principio de la dignidad de la persona humana (art. 10.1 de la Constitución Española de 1978[4]). Del mismo modo, el artículo 9.2 CE exige a los poderes públicos una política dirigida al fomento de la participación de los ciudadanos en los diversos ámbitos de la comunidad, por lo que se está exigiendo, en mi opinión, una participación lo más real e intensa posible dentro del tejido social[5].

Al fin y al cabo, dar por buena la integración segregada, implica aceptar una situación que marca permanentemente la diferencia bajo el esquema de un "empleo especial para *«personas especiales»*".

b) De otro lado, para lograr que el empleo protegido sea, al menos en parte, un instrumento que permita el trasvase de trabajadores desde la inactividad al mercado normalizado de trabajo, es necesario seguir de cerca la dimensión del empleo protegido. **Así, nuestra normativa ha venido afirmando, al menos de modo parcial, que la fase de empleo en Centros Especiales debe servir para que la mayor parte de las personas acaben pasando a desarrollar su actividad en el mercado ordinario de**

---

[4] El artículo 10.1 de la Constitución Española de 1978 establece que "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social". No pretende afirmarse que el empleo en entornos protegidos afecte *per se* a la dignidad de la persona humana. Ahora bien, más dudas aparecen cuando tal sistema crece de un modo innecesario y desproporcionado acentuando sus rasgos de instrumento de segregación.

[5] El artículo 9.2 CE establece que "Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; 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".

trabajo. Sin embargo, tal planteamiento es un tanto débil ya que a la vez, la Ley otorga un cierto carácter de permanencia para el empleo protegido[6].

En cualquier caso, aunque sea simplemente para que los CEE puedan desarrollar su parcial naturaleza de instrumento de transición, debe valorarse el estado actual de la cuestión en nuestro ordenamiento jurídico.

Finalmente, cabe apuntar que no es voluntad de este texto establecer una comparación general entre el Derecho español y Derecho extranjero. Al contrario, se ha intentado que el sesgo se situase en el siempre problemático tránsito entre el mercado ordinario y el mercado protegido, lo que deja de lado el estudio de otros aspectos de nuestra normativa en que la situación actual es más alentadora.

1.2. Clarificación conceptual y ubicación del empleo protegido y del empleo normalizado

A los efectos de una mayor claridad conceptual se ha considerado oportuno diferenciar, tanto desde el punto de vista del Derecho español como del Derecho extranjero, entre el empleo protegido y el empleo ordinario. Así, el empleo protegido vendría caracterizado básicamente por dos notas:

— **Empleo**: es decir, la persona con discapacidad deberá desarrollar una actividad de naturaleza laboral. De este modo, de acuerdo con el artículo 1.1 del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto-Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, en adelante ET) la persona deberá desempeñar una actividad por cuenta del empleador, de modo voluntario, remunerado y bajo la dirección de éste.

— **Protegido**: el trabajador desarrollará su actividad **bajo la organización y dirección de una estructura de trabajo protegido.** Es decir, no es suficiente con que una estructura determinada proteja y acompañe en el proceso de inserción. A mi juicio, para hablar de empleo protegido es necesario que la dirección y organización del trabajo concierna a esa estructura.

---

[6] Ciertamente, en este punto la LISMI permite una multiplicidad de lecturas. **Así, su artículo 42.1 atribuye dos papeles a los CEE:**

De un lado, asegurar un empleo remunerado y la recepción de servicios de ajuste personal y social para las personas con discapacidad.

De otro, al mismo tiempo, el CEE deberá ser un medio de integración en el medio ordinario de trabajo.

Igualmente, el artículo 37 del mismo texto sugiere el papel de los CEE como fuente de empleo permanente o estable en favor de las personas con discapacidad. Así, es cierto que tal precepto manifiesta la preferencia por el empleo ordinario, pero de inmediato recuerda la opción de la "incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido".

Por este motivo, **encajan en tal modelo de trabajo protegido**, las actividades desarrolladas en los CEE, pero también, las actividades de las personas con discapacidad que contratadas por centros protegidos, **desarrollan su actividad en empresas ordinarias, bajo la dirección y organización de aquéllos normalmente en régimen de contrata (Documento 51/1999) y bajo la denominación de enclave**[7]. Por ello, con las cautelas oportunas se podría afirmar que en caso de duda, **lo que diferencia empleo protegido de empleo ordinario estaría en la naturaleza de quien dirige y organiza de modo efectivo el trabajo de la persona con discapacidad**.

Existen, no obstante, ciertos casos que entrarían en un estadio intermedio o de empleo semiprotegido. Como ejemplo paradigmático de ello, cabe señalar el típico supuesto de empleo con apoyo. Así, en estos casos quien dirige la actividad es la empresa ordinaria, no obstante el apoyo externo que puede recibir el trabajador mediante monitor o preparador vinculado a una entidad promotora de empleo con apoyo[8]. Por ello, siguiendo el criterio de la dirección de la actividad laboral, los supuestos de empleo con apoyo han de considerarse dentro del empleo ordinario.

Finalizada la introducción, pasaremos a desarrollar el análisis comparado de algunas instituciones jurídicas que nos permitirá determinar si las opciones tomadas por nuestro ordenamiento son fieles al favorecimiento del empleo en el medio ordinario.

2. DIVERSOS ENFOQUES DE LA RESERVA DE EMPLEO

2.1. Reserva de empleo un instrumento poliédrico

La reserva de empleo es un instrumento que obliga directamente a la contratación de trabajadores con discapacidad bajo las condiciones que cada país pueda considerar oportuno. Se ha afirmado el carácter poliédrico de tal institución **ya que mientras algunos ordenamientos jurídicos la han introducido y mantenido, valorándola como un instrumento aceptable** (España, Alemania, Francia), **otros ordenamientos jurídicos parecen haberla despreciado (Suecia[9]) o al menos la han**

---

[7] Se advierte que la denominación enclave no es precisamente pacífica, hasta el punto de ser un término afectado de una alarmante polisemia que el autor intentará aclarar en un momento posterior.

[8] Obsérvese que tal modalidad, parece ser considerada en Gran Bretaña como un empleo protegido. En este sentido, la actividad de las Agencias de Empleo Apoyado (Documento 51/1999, pág. 135), que encajarían sin problemas en el modelo mencionado, parecen incluirse conceptualmente en el empleo protegido.

[9] Además, destaca cómo el ordenamiento jurídico sueco ha optado por abordar la regulación del empleo de las personas con discapacidad renunciando a Leyes especiales. Contrariamente, el resto de países ha utilizado una técnica diferente. Sin extenderme en exceso sobre este particular sí quisiera recordar que ambos modelos —ley especial o leyes ordinarias— me parecen válidos, siendo lo importante el resultado obtenido, no la utilización de una u otra técnica. Así, elaborar una ley especial o/y una ley marco en favor de la integración de las personas con discapacidad no me parece necesariamente estigmatizante. Del mismo modo, reflejar el contenido de los derechos de las personas con discapacidad en diversas leyes ordinarias no es tampoco una opción incorrecta. Sin lugar a dudas, la clave estará en la calidad del texto y de los derechos reflejados en él.

puesto en cuestión (Reino Unido) en base a otras consideraciones como pueden ser el rechazo a la imposición de contratación por los empleadores, al carácter estigmatizador de tal medida para los propios beneficiarios, u otras. Tal situación encajaría en la ola de crisis padecida en los últimos años por las medidas de *affirmative action* o acción positiva en los países anglosajones, y significativamente, en los Estados Unidos.

En mi opinión, sin negar los inconvenientes que acompañan a la reserva de empleo, considero que **se trata de un instrumento aceptable para mejorar** el empleo de las personas con discapacidad, **y sobre todo, para facilitar su inserción en el mercado normalizado**; eso sí, bajo dos premisas que seguramente han fallado en España:

- Un diseño jurídico de la reserva que garantice su eficacia.
- Que el ordenamiento jurídico facilite a través de otros medios —subvenciones, bonificaciones, acompañamiento— la efectividad de la reserva.

Por otro lado, a nadie se le escapa que uno de los grandes problemas de la reserva de empleo está en la tendencia a su incumplimiento más descarnado, un dato que se manifiesta, en mayor o menor medida, en los diferentes países que la han adoptado[10]. Sin embargo, a pesar de los incumplimientos, a mayor nivel cuantitativo de exigencia de reserva aparece un mayor nivel de trabajadores insertados en empresas ordinarias[11], razón por la que más adelante se propone la ampliación de la reserva española.

2.2. La reserva y su eficacia como instrumento de inserción. Planteamiento en el Derecho español y en el Derecho extranjero

Uno de los mayores problemas de los que adolece la reserva de empleo en España es el de una regulación insuficiente, tanto desde un punto de vista cuantitativo como desde un punto de vista cualitativo, lo que a la hora de mesurar resultados revela las deficiencias de nuestra reserva establecida en el artículo 38.1 LISMI bajo la previsión de que "Las empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores que exceda de 50 vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 por 100 de la plantilla".

---

[10] En diversos estudios recogidos en MUÑOZ MACHADO, S. y DE LORENZO, R.: *Código Europeo de las Minusvalías*, Madrid, Escuela Libre Editorial, 1996, se refleja como el incumplimiento de la reserva constituye una enfermedad endémica y muy extendida en Europa Occidental. En el mismo sentido, *vid* el Documento 51/1999, pág. 124, donde se refleja el incumplimiento de la reserva en Alemania.

[11] En este sentido, algún autor que se ha aproximado a la realidad francesa (AUVERGNON, P.: "L'obligation d'emploi...", ob. cit., pág. 604) destaca que, a pesar de que los incumplimientos de la cuota del 6 por 100 son importantes, el resultado final está muy por encima del 2 por 100, que es la reserva de empleo obligatoria existente en España.

De una lectura comparada entre nuestra regulación y la extranjera **cabe deducir que nuestro legislador parece no haber estado del todo convencido de la eficacia de la reserva de empleo y por ende, de la inserción laboral normalizada.** De ahí las notables deficiencias que se extraen del análisis de la institución y que expondremos de modo sucinto y comparado con la normativa señalada en el Documento 51/1999:

a) En primer lugar, **nuestra reserva de empleo deja fuera de su campo de aplicación a muchas de las pequeñas y medianas empresas**. De este modo, a pesar de las últimas correcciones introducidas en la materia[12], la mayoría de las empresas españolas quedan fuera del alcance de la reserva de empleo, solamente obligatoria para empresas con más de 50 trabajadores. En este sentido, Francia la exige para empresas de 20 ó más trabajadores, Alemania, para empresas de más de 16 y Gran Bretaña para aquéllas que tengan más de 15 trabajadores. La situación se agrava aún más si tenemos en cuenta que el tejido empresarial español está formado, fundamentalmente, por empresas de pequeña dimensión.

b) Por si no fuera poca la diferencia, la exigencia de empleo reservado en otros países es notoriamente superior: así, la normativa alemana y francesa exigen un 6 por 100 de reserva y la normativa británica un 3 por 100, mientras que en España, el nivel general está previsto en un 2 por 100.

Dejando de lado los aspectos cuantitativos quisiera adentrarme **en dos aspectos cualitativos** de nuestra normativa que en el balance comparativo no acaban de salir bien parados.

a) De un lado, nuestra regulación **no introduce una reserva cualitatitiva**, es decir, una reserva que tenga en cuenta el grado de discapacidad del trabajador insertado, mientras que la normativa alemana y francesa contemplan tal aspecto de manera que, dependiendo del grado de discapacidad, la contratación del trabajador puede tener un valor de 1'5, 2 , etc, en el cumplimiento de la reserva de empleo.

La regulación española acaba comportando unas consecuencias similares a las que luego verificaremos en los incentivos: **no se promueve el paso al mercado ordinario de trabajadores con especiales dificultades, lo que al final revierte negativamente en el balance mercado ordinario-**

---

[12] La ley 66/1997, modificó el artículo 38.1 LISMI imponiendo la reserva de empleo para todas las empresas con más de 50 trabajadores, eliminando del anterior redactado el requisito de que estos trabajadores fuesen fijos. La mejora es interesante ya que con ella se evita el absurdo anterior, por el cual muchas empresas con 70, 80 ó más trabajadores se veían exentas de cumplir la reserva a causa de su alta tasa de temporalidad; dicho de otro modo, no llegaban a tener más de 50 trabajadores fijos.

Del mismo modo, la reforma de la Ley 66/1997 ha clarificado que el cómputo de la totalidad de la plantilla de la empresa al objeto de comprobar la obligación de reserva deberá realizarse a nivel de empresa, no a nivel de centro de trabajo; una aclaración que ha reforzado la reserva en algunos casos dudosos.

mercado protegido ya que el empleador puede limitarse a contratar trabajadores con discapacidades leves. Dicho en otros términos, si reducimos el alcance de los trabajadores "interesantes" al objeto del cumplimiento de la reserva, corremos el riesgo de reducir la efectividad de tal reserva y por añadidura, disminuye el interés empresarial en la contratación del colectivo.

b) De otro lado, a través de las reformas introducidas mediante la Ley 66/1997, se ha sido especialmente flexible a la hora de permitir el futuro desarrollo **de algunas "medidas alternativas al cumplimiento de la reserva"[13], más que discutibles**. Tales medidas se encuentran reflejadas en el Acuerdo MTAS-CERMI, con el siguiente contenido:

1) "Realización de contratos de suministros y/o prestaciones de servicios con C.E.E. en equivalencia adecuada en cómputo anual por cada trabajador dejado de contratar".

2) "Suscripción por el empresario de un convenio específico con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para la creación de empleo, conforme a los programas especiales para la creación colectiva de puestos de trabajo para personas con discapacidad".

Ante la eventual regulación de las anteriores medidas cabría efectuar diversas consideraciones:

La primera, que la posibilidad de que la empresa pueda subcontratar a un Centro Especial de Empleo un determinado volumen de actividad que le exima de contratar directamente trabajadores es una posibilidad de la que sólo se han encontrado paralelismos directos en el ordenamiento jurídico francés[14] e indirectos en el alemán[15], aunque en el contexto español se ha de ser especialmente crítico por una razón. Así, mediante esta fórmula alternativa de

---

[13] Curiosamente, la flexibilidad a la hora de permitir la introducción de medidas alternativas es notable en el artículo 38.1 LISMI. Así, la mala conciencia empujó al legislador a encabezar la disposición manifestando que las medidas alternativas tendrán un carácter excepcional ("De manera excepcional..."). No obstante, sin perjuicio de los improbables frenos que puedan introducirse en el desarrollo reglamentario, el redactado actual es el paradigma de la flexibilidad de modo que la introducción de medidas alternativas a la reserva podrá ser:

- Total o parcial
- Recogida en negociación colectiva sectorial estatal o bien en otros ámbitos inferiores de negociación, incluido por tanto el convenio de empresa o de ámbito inferior.
- De todos modos, si el convenio colectivo nada prevé siempre hay solución. En este caso, será suficiente la opción voluntaria del empresario comunicada a la autoridad laboral.

[14] Documento 51/1999, pág. 124.

[15] Documento 51/1999, pág. 124. Indirectamente, el Derecho alemán prevé tal medida alternativa. Así, la Ley permite que el empresario incumpla con su obligación de empleo pagando una tasa económica compensatoria (*vid infra)* por cada puesto de reserva que no se ocupe de forma efectiva con un trabajador con discapacidad. No obstante, y aquí está la clave de la medida, si la empresa incumple con la obligación de empleo directo pero subcontrata el oportuno volumen de obra o servicio a un centro de empleo protegido, la tasa económica compensatoria a pagar por la empresa ordinaria será de menor cuantía (Documento 51/1999, pág. 122).

cumplimiento, la reserva no sólo deja de ser un instrumento eficaz en el equilibrio empleo protegido-empleo normalizado; **al contrario, la reserva puede convertirse en un tapón si se generaliza tal modalidad de cumplimiento alternativo.** Es decir, esta medida alternativa puede favorecer el estancamiento de los trabajadores con discapacidad en el mercado protegido y un espaldarazo a determinados sectores que no comparten claramente la idea de un empleo protegido como empleo de transición.

Por lo que respecta **a la segunda —y críptica— posibilidad alternativa al cumplimiento de la reserva, el Acuerdo MTAS-CERMI ofrece a las empresas la posibilidad de que, en lugar de emplear de modo directo, se firme un Convenio con la administración para crear empleo. Personalmente, no llego a comprender tal complicación ya que me parece más sencillo crear el empleo directamente mediante contratación que firmar un Convenio con la administración para crear empleo en un futuro**, más o menos próximo, dentro de planes colectivos. Las dudas que genera tal posibilidad de medida alternativa vienen confirmadas por la esperiencia francesa[16] donde la medida se ha convertido en una manera de cumplir con la ley a un menor coste y sin respetar su finalidad[17].

Por otra parte, y lamentablemente, no parece que vaya a desarrollarse una medida de mayor interés que no aparece en el Acuerdo MTAS-CERMI: la posibilidad de que las empresas paguen, alternativamente, un canon económico por la no contratación de personas con discapacidad. Tal medida fue propuesta en su día por el CES en su informe 5/1995 como mecanismo mediante el cual podían obtenerse unos fondos que se utilizarían **para potenciar políticas de empleo en el mercado ordinario de trabajo**, como sucede en el derecho francés o alemán[18]. Al no aparecer en el Acuerdo MTAS-CERMI, su regulación es bastante improbable con lo que de nuevo se ha dado la espalda a las opciones que inciden de modo más positivo en el trasvase mercado protegido-mercado ordinario. Así, sin que tal medida me parezca la más óptima sí parece

---

[16] Como se indica en el Documento 51/1999 (pág. 124) en la normativa francesa existe también una medida alternativa similar a la señalada en el Acuerdo MTAS-CERMI. Por ello, el examen de la disposición francesa, ya aprobada, puede servir de pista del futuro contenido de lo proyectado en el Acuerdo MTAS-CERMI, aunque como se verá, tampoco se entiende muy bien la razón de tal opción.

Así, la normativa francesa prevé que de modo alternativo las empresas podrán cumplir la obligación de empleo "Firmando un convenio de sector o un convenio colectivo por el que se compromete a tomar medidas a favor de la integración laboral en el medio ordinario, de la formación profesional, de la adaptación a los cambios tecnológicos, del mantenimiento de los trabajadores con discapacidad en caso de recorte de plantilla".

[17] AUVERGNON, J.P.: "L'obligation d'emploi des handicapés", Droit Social, núm. 7/8, 1991, pág. 604.

[18] El planteamiento de la medida es diferente en el Derecho francés y alemán. Por lo que respecta al Derecho francés, el empleador deberá pagar una cantidad cuando no quiera cumplir, total o parcialmente, con su obligación de contratar personas con discapacidad (Documento 51/1999, pág.124).

En el caso de Alemania, la empresa tiene la opción de pagar mensualmente 200 marcos por cada puesto objeto de reserva que no sea ocupado por un trabajador con discapacidad. Incluso deberá pagar, aunque menos, cuando subcontrate la cantidad correspondiente de trabajo a un centro de empleo protegido.

ser la que puede incidir de modo menos negativo en la inserción de las personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo.

3. LOS INCENTIVOS A LA CONTRATACIÓN. LA DESEABLE REORIENTACIÓN DE LA NORMATIVA ESPAÑOLA HACIA LA CAUSALIDAD DE LOS INCENTIVOS

Otro elemento de importancia para lograr un destacado nivel de inserción de las personas con discapacidad en el mercado ordinario vendría dado por la **necesidad de causalizar los incentivos, es decir, de adaptarlos a la disminución real del rendimiento que pueda producirse en cada persona.**

En este sentido, se ha de señalar que tradicionalmente, el Derecho español ha instituido las ayudas a la contratación de trabajadores con discapacidad de un modo objetivo. Es decir, se ha pretendido incentivar tal contratación, pero sin "afinar" la orientación dada a los incentivos. **De este modo, por ejemplo, da igual que se contrate a una persona ligeramente discapacitada que a una persona gravemente discapacitada; la contratación de todas ellas recibe el mismo grado de ayuda, al menos en lo que se refiere a la normativa estatal de fomento del empleo**: contratos formativos, subvención y bonificación de Seguridad Social por la contratación de duración indeterminada (RD 1451/1983) donde el único factor que matiza la cuantía de la bonificación a las cuotas empresariales de Seguridad Social es la edad del trabajador[19], o bien la subvención del 50 por 100 del smi a la contratación en los Centros Especiales de Empleo.

Por lo contrario, **una visión desde el Derecho extranjero y desde el sentido común parecen sugerir la necesidad de reordenar los incentivos, y adecuarlos al grado de disminución que afecte a cada trabajador.** Podría parecer que tal propuesta no tiene porqué favorecer el acceso de las personas con discapacidad al mercado normalizado, y por ende, reequilibrar el reparto de papeles entre los entornos protegidos y los entornos normalizados. **Personalmente, estoy convencido del papel reequilibrador de la causalización de los incentivos ya que con el sistema actual, para la empresa ordinaria puede ser muy atractivo contratar trabajadores con discapacidad leve,** que no generarán excesivos contratiempos en su adaptación y para los que el sistema de incentivación compensa sobradamente. **Por lo contrario, para hacer atractiva la contratación de trabajadores con mayores dificultades de rendimiento en la empresa ordinaria, debieran aplicarse incentivos causalizados.**

---

[19] El artículo 7 del Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, regulador del empleo selectivo y de las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos modula la bonificación a las cuotas de Seguridad Social de recaudación conjunta dependiendo de que el trabajador tenga menos de 45 años (70 por 100) o bien más de 45 años (90 por 100).

El modelo causalizado de los incentivos puede tomar básicamente dos formas que pasaremos a exponer sintéticamente, junto a sus manifestaciones en Derecho español y en Derecho extranjero:

A) **Una primera posibilidad sería la de un incentivo económico directo** para el empresario vehiculado mediante subvenciones, bonificaciones a las cuotas empresariales a la Seguridad Social, u otras, y **que se aquilatará a la concreta o aproximada disminución que afecte a cada trabajador.** Algunas de estas medidas tienen carácter temporal, aunque otras permiten su prolongación con carácter indeterminado cuando el supuesto así lo requiera.

Así, como ejemplos de Derecho extranjero tendríamos las prestaciones temporales para el pago de salarios, compensación por rendimiento limitado y los subsidios salariales para la creación de empleo previstos en la normativa alemana[20], el esquema de introducción al trabajo de la normativa británica[21], o bien los subsidios para el pago de salarios del Derecho sueco[22].

Por lo que respecta al **Derecho español apenas existen incentivos económicos por falta de rendimiento del trabajador.** La única muestra —bastante indirecta por lo demás— de todo ello la encontramos en algunas disposiciones autonómicas que han establecido subvenciones más elevadas para favorecer la contratación de trabajadores con especiales dificultades. En el caso español, no se subvenciona mensualmente la falta de rendimiento sino que simplemente la cantidad única que se entrega a la empresa es más elevada si se presume que el trabajador va a tener

---

[20] En el Documento 51/1999, págs. 116 y 118, se describen estos incentivos:

a) Prestaciones temporales para el pago de salarios: se subvenciona el pago de salarios de trabajadores con capacidad muy limitada. La duración máxima es de tres años y se paga el 80, 70 y 50 por 100 del salario, respectivamente, durante el primero, segundo y tercer año de contrato.

b) Compensación por rendimiento limitado: sirve para compensar las limitaciones de rendimiento de personas ya contratadas, mediante una cuantía que tendrá un máximo mensual de 800 marcos. La duración de tal ayuda puede ser ilimitada.

c) Subsidios salariales para la creación de empleo. Son ayudas dirigidas a personas que en general tengan problemas de empleo, incluidas personas con discapacidad. La prestación básica consiste en el pago de entre el 50 y el 75 por 100 del salario. La duración habitual es de un año pero se puede extender a dos años o a más si los puestos creados son permanentes.

[21] En este caso, la ayuda se concede con carácter generalizado aunque se limita al periodo inicial de la contratación, durante el cual, es previsible y hasta cierto punto normal que el trabajador no alcance el rendimiento adecuado. La ayuda consistirá en una financiación parcial del salario (45 libras semanales) durante el periodo de prueba. Normalmente su duración es de seis semanas pero cabe extenderlo hasta un total de 13 semanas (Documento 51/1999, pág. 119).

[22] El subsidio para el pago de salarios compensa al empleador la falta de rendimiento del trabajador. De este modo, puede cubrirse hasta el 80 por 100 del salario, con una duración máxima de 4 años. Documento 51/1999. pág. 119.

[23] El artículo 48 de la Orden eleva la cuantía de la subvención prevista para las contrataciones de personas con discapacidad (450.000 pesetas) ampliándola en un 10 por 100 si el contratado es una persona con discapacidad que ha trabajado en un Centro Especial de Empleo y/o tiene una discapacidad psíquica o sensorial.

mayores dificultades de adaptación y/o rendimiento, como sucede en la Orden de Castilla y León de 14 de diciembre de 1998[23] o bien en el Decreto de Aragón 21/1999, de 24 de febrero[24].

B) **El segundo modelo de incentivo causalizado consistiría en autorizar las reducciones de salario en base a una acreditada disminución del rendimiento** de cada trabajador. De optarse por tal posibilidad, **puede compensarse al trabajador con una prestación económica substitutiva de la parte del salario no percibida**, que es el modelo utilizado en Francia. De este modo se logra que el empleador no se vea obligado a pagar más de lo que recibe como prestación laboral, y a su vez, se garantiza un nivel aceptable de ingresos para el trabajador con discapacidad[25].

En España, la normativa estatal ha seguido este modelo de modo parcial, y en dos supuestos residuales. Así, aparte del denominado contrato a bajo rendimiento, previsto para la relación laboral especial de los trabajadores minusválidos que desempeñan su actividad en Centros Especiales de Empleo[26], nuestra normativa permite reducciones salariales en dos supuestos relativamente residuales:

1) En el caso de los trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente parcial, cuando se dé disminución de rendimiento y no exista puesto de trabajo adecuado a su capacidad residual (art. 1 RD 1451/1983). La disminución salarial no podrá ser superior al 25 por 100 ni, en su caso, podrá percibirse una cuantía inferior al salario mínimo interprofesional. En este supuesto no hay prestación social permanente (pensión) que compense la pérdida de salario[27].

2) En el caso de trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente total,

---

[24] Este Decreto diferencia la subvención por la contratación indefinida* de trabajadores con un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100 (600.000 pesetas) [art.3 B], de la subvención por la contratación de trabajadores con una discapacidad igual o superior al 65 por 100 (50 por 100 en el caso de discapacidad mental) [art. 5]. En este caso, la contratación será de al menos un año* y la subvención de 700.000 pesetas. Se observa que contratar a trabajadores con mayor grado de dificultad implica mayor flexibilidad y una subvención más elevada. *Los subrayados son míos.

[25] Documento 51/1999, pág. 128.

[26] El artículo 12 c) del Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, regulador de la relación laboral especial de los minusválidos que desarrollan su actividad en los Centros Especiales de Empleo, establece el denominado contrato a bajo rendimiento. De acuerdo con este contrato, puede reducirse el salario del trabajador bajo determinadas condiciones:

- Es necesario que el trabajador tenga un rendimiento inferior al normal, al menos en un 25 por 100.
- En todo caso, la reducción salarial no podrá ser inferior al importe citado.

No obstante, considero que al objeto de esta ponencia el interés de este contrato es menor ya que su ámbito es el de la relación laboral especial desarrollada en Centros Especiales de Empleo.

[27] Téngase en cuenta que la incapacidad permanente parcial únicamente da derecho a percibir una cantidad a tanto alzado equivalente a veinticuatro mensualidades de la base reguladora que haya servido para determinar la prestación económica por incapacidad temporal, (art. 9 Decreto 1646/1972, de 23 de junio).

cuando en el desarrollo de la nueva actividad se constate un rendimiento menor al habitual, podrá pactarse una reducción salarial de hasta el 50 por 100 de la cuantía de la pensión percibida (art. 24.3 de la Orden de 15 de abril de 1969, reguladora de las prestaciones de incapacidad permanente del Régimen General de la Seguridad Social). En este supuesto, la norma no prevé compensación social alguna para el trabajador aunque se sobreentiende que el generoso sistema de compatibilidad entre la pensión contributiva de incapacidad permantente total y el trabajo compensa sobradamente la reducción salarial que pueda pactarse[28].

Llegados a este punto **se constata que nuestro ordenamiento jurídico no ha apostado de modo intensivo por la causalización de los incentivos, por lo que se sugiere profundizar en las opciones tomadas por otros ordenamientos europeos**. Una posibilidad entre otras muchas podría consistir en aplicar el sistema de incentivación previsto para los trabajadores al servicio de CEE (50 por 100 del smi) a los trabajadores contratados por empresas ordinarias, pero causalizado; es decir, temporal y variable en función de la evolución en la dificultades de rendimiento y con la posibilidad de mantenerlo de modo indefinido cuando ello sea necesario.

4. OTROS POSIBLES MECANISMOS DE INCIDENCIA EN EL EQUILIBRIO EMPLEO PROTEGIDO-EMPLEO ORDINARIO

4.1. Los enclaves protegidos

A modo de clarificación terminológica, cabe señalar en primer lugar que la denominación **"enclave protegido" no esta dotada hoy en día de un contenido claro, sobre todo porque no hay regulación alguna de tal materia en nuestro ordenamiento jurídico**. Por ello, a lo largo del epígrafe intentaré referirme a las concepciones de enclave protegido que conozco sin caer en la tentación de una definición genérica, demasiado arriesgada en esta materia.

El primer modelo de enclave protegido, que en adelante denominaremos "modelo de subcontrata", se encuentra claramente reflejado en Derecho extranjero descrito en el Documento 51/1991. Así, en términos generales **el enclave se plantea como la posibilidad de que la empresa ordinaria acoja en su interior la actividad de trabajadores con discapacidad que desarrollan una obra o servicio en ella pero que mantienen contratos de trabajo con un Centro de trabajo protegido**[29]. En este sentido, parece que el enclave se estructuraría bajo una forma similar, sino

---

[28] Téngase en cuenta que el artículo 141.1 de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto-Legislativo 1/1994, de 20 de junio) establece la compatibilidad entre la pensión de incapacidad permanente total y un nuevo trabajo que pueda desarrollar el pensionista, siempre que el nuevo trabajo sea diferente al realizado con anterioridad y compatible con el estado de salud del trabajador.

[29] La práctica totalidad de la información reflejada en el Documento 51/1999 se remite al mismo esquema. Véase

idéntica, a la de una contrata de obras o servicios, regulada en Derecho español en el artículo 42 del Estatuto de los Trabajadores.

De todos modos, debe advertirse que lo que regula el Derecho español es la subcontrata de obras y servicios con un carácter genérico, sin entrar en las especialidades de las subcontratas de obras y servicios de los CEE. En la práctica, los trabajadores de Centros Especiales de Empleo pueden desarrollar actividades en empresas ordinarias bajo la forma de contratas o subcontratas pero no existe una norma específica que aborde la cuestión, habiendo presentado el CERMI a discusión un borrador de regulación en el mes de julio de 1998. Tal borrador abordaba la regulación de los enclaves partiendo del modelo de la subcontratación y buscando dar contenido jurídico, a través de un solo texto, a dos cuestiones: los enclaves y la subcontratación como medida alternativa al cumplimiento de la reserva[30].

El segundo modelo de enclave protegido, que denominaremos aquí "modelo de cesión" es el reflejado en la Proposición no de Ley del Congreso de los Diputados de 22 de Septiembre de 1998, sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad[31], que **propone un modelo de enclave basado en la cesión de trabajadores del Centro Especial de Empleo a la empresa ordinaria**[32]. Tal esquema no está ausente del todo en el panorama europeo, ya que Alemania ha utilizado el mecanismo de la cesión (proyectos Star[33]) para favorecer el empleo de las personas con discapacidad leve. Por su parte, Gran Bretaña parece haber admitido tal figura a través del Sistema de Empleo Apoyado[34]. **Este segundo modelo de enclave protegido seguiría el**

---

en este sentido la información referente a Francia y Alemania (pág. 122) o a Reino Unido y Suecia (pág. 123). La única diferencia que se detecta es que los modelos alemán y sueco parecen más consolidados, mientras que especialmente en el caso francés se deduce que se trata de una experiencia embrionaria.

30 Tal texto incluye algunas luces y otras tantas sombras. Así, el documento CERMI: *Proyecto de Real Decreto sobre medidas de reserva de empleo de minusválidos, y programas de enclaves laborales y empleo con apoyo*, Madrid, ejemplar fotocopiado, julio de 1998, (en adelante CERMI: Proyecto de Real Decreto...), refleja algunas opciones discutibles en su proposición de regulación de los enclaves laborales bajo un modelo de subcontrata. Es decir, lo que se pretende es que la empresa ordinaria subcontrate un servicio al centro especial de empleo y que los trabajadores de este último desarrollen su actividad o servicio en la empresa ordinaria. Tal contratación podrá utilizarse como medida alternativa al cumplimiento de la reserva de empleo (art. 2).

A pesar de que en muchos de sus puntos el texto parece aceptable, en algunos aspectos se detecta una excesiva preocupación por garantizar que la dirección y organización de la actividad de los trabajadores con discapacidad permanezca en manos de los CEE. Así, se muestra preocupación por que el vestuario que utilicen los trabajadores del CEE esté claramente diferenciado de la empresa ordinaria (art. 8) o bien se garantiza de manera tajante, la posibilidad de que el CEE pueda substituir en cualquier momento a los trabajadores que se encontraban realizando la actividad en régimen de subcontrata en la empresa ordinaria (art. 9, inciso final).

31 Téngase en cuenta que tal Proposición no de Ley surge del Grupo Catalán en el Congreso (*Convergència i Unió*) y se inspiró en gran parte en el *Pla d'inserció sociolaboral de les persones amb disminució*, Barcelona, Departamento de Bienestar Social (Generalitat de Catalunya), 1998. En concreto, en su página 53 se detalla el alcance de la propuesta de enclave que luego se trasladaría, de modo resumido, al Congreso de los Diputados.

32 En su punto undécimo, tal Proposición insta al Gobierno a que "Apruebe un Proyecto de Ley que regule los llamados «enclaves temporales» con objeto de que los Centros Especiales de Trabajo puedan ceder a las empresas, con las debidas garantías, trabajadores discapacitados, potenciándose el empleo de los mismos".

33 Documento 51/1999. pág. 126, último párrafo en el apartado dedicado a los servicios de colocación.

34 Al menos eso se deduce de la lectura del Documento 51/1999 (págs. 133 y 135) donde se explica tal técnica en

esquema utilizado por las empresas de trabajo temporal para ceder trabajadores a otras empresas, (Ley 14/1994, de 1 de junio de empresas de trabajo temporal) con la intención de potenciar, a medio plazo, la contratación directa por la empresa ordinaria. Respecto a este modelo, no existe actualmente regulación alguna en España por lo que su puesta en práctica implicaría la necesidad de reforma del artículo 43 ET que prohíbe la contratación de trabajadores para cederlos a otras empresas.

Como apunte de distinción entre estos dos primeros modelos se ha de remarcar que el enclave vehiculado a través del "modelo de cesión" permitirá una mayor implicación emocional del trabajador en la empresa ordinaria ya que el poder de dirección y de organización, siguiendo el criterio de la Ley 14/1994, recae básicamente en la empresa ordinaria (usuaria, siguiendo la terminología de la Ley 14/1994).

Además de los dos modelos anteriores de enclave, existe una tercera concepción que carece de interés en este momento ya que ni aparece en el Documento 51/1999, ni constituye un sistema que fomente el traspaso de mano de obra del mercado protegido al mercado ordinario de trabajo, ni está necesitado de regulación. Brevemente, se trataría de la posibilidad que toda empresa tiene de ubicar a sus trabajadores con discapacidad y/o con especiales dificultades en una sección, taller u otra dependencia empresarial a los efectos de concentrar mejor sus apoyos sobre el colectivo[35].

En cualquier caso, hoy en día nuestra normativa no regula ni el modelo de enclave de cesión ni el de subcontratación, con una importante diferencia. Como ya hemos dicho, la subcontratación puede llevarse a cabo sin una normativa específica, aunque sería muy conveniente establecer una regulación que evitase abusos y garantizase el trasvase mercado protegido-mercado ordinario, amén de resolver otros problemas que puedan surgir bajo tal modelo[36]. En mi opinión, **los enclaves**, en cualquiera de los dos últimos formatos señalados, **pueden ser una medida interesante para favorecer el trasvase de mano de obra desde el mercado protegido al mercado ordinario**, ya que permiten al empleador experimentar en su propia empresa la eficacia del trabajo desarrollado por personas con discapacidad, pudiendo favorecer ulteriores contrataciones directas.

En cualquier caso, **un modelo óptimo de enclave debiera contener, entre otros, dos elementos**:

---

un contexto triangular: El espónsor que es quien contrata al trabajador, la empresa que ofrece la actividad, recibe la prestación laboral y paga por ella al espónsor (probablemente, en régimen de cesión, o figuras afines) y el trabajador que recibe el salario del espónsor.

[35] Este modelo se describe brevemente en VILAR PÉREZ, M.L.: *Les possibilitats d'integració laboral del deficient mental lleu i les seves conseqüències educatives*, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears, 1995, págs. 87 y 88

[36] Ciertamente, la entrada de los CEE en subcontratas -por lo general de limpieza- de servicios a realizar en empresas ordinarias ha generado problemas jurídicos de notable dificultad, que como es obvio no vamos a tratar aquí, pero que conviene regular para no cerrar el paso a una interesante vía de contacto con el mercado ordinario de trabajo.

- **El mayor grado posible de participación de la empresa ordinaria en la dirección y organización de las personas con discapacidad** que trabajen en sus instalaciones. Algo que, aparentemente, no se produce en la mayoría de modelos extranjeros examinados, donde predomina la subcontratación.
- **Mecanismos que favorezcan la contratación directa** de los trabajadores por parte de la empresa ordinaria. En este punto, el Documento 51/1999 no ofrece datos sobre el estado de la cuestión en la normativa comparada.

4.2. Empleo con apoyo

En lo que respecta **al empleo con apoyo, tal metodología se ha revelado particularmente eficaz en el proceso de inserción de las personas con discapacidad afectadas de especiales dificultades**, a pesar de lo cual, el empleo con apoyo se enfrenta hoy en día a una flagrante falta de regulación e incentivación a nivel estatal[37]. Por lo contrario, algunas disposiciones autonómicas se refieren y regulan de alguna manera el empleo con apoyo[38]. La fragmentada e incompleta regulación española contrasta con la existencia, en los ordenamientos jurídicos de los países reflejados en el Documento 51/1999, de incentivos y servicios de apoyo, en algunos casos bajo la cobertura de instituciones públicas de colocación (Alemania, Suecia o Gran Bretaña[39]), y en otros casos mediante ayudas económicas a la contratación de trabajadores de apoyo (Suecia, Gran Bretaña o Francia[40]).

---

[37] Excepción hecha de algunas disposiciones de carácter residual que incentivan el empleo con apoyo, como es el caso de la Orden Ministerial de 9 de febrero de 1999, donde se convocan ayudas y subvenciones para la realización de programas con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, dirigidos a la integración normalizada de las personas con discapacidad. En dicha orden se prevé la cofinanciación de proyectos innovadores que favorezcan la transición desde el empleo protegido al ordinario, como el empleo con apoyo, enclaves u otros análogos.

[38] De manera destacada, disponemos de la regulación prevista en el capítulo IV de la Orden de la Generalitat Valenciana de 26 de noviembre de 1998. Por su carácter de mayor estabilidad, merece también una mención especial el artículo 26 de la Ley Andaluza 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía que institucionaliza el empleo con apoyo como fórmula de tránsito a la inserción plena en el sistema ordinario de trabajo.

[39] En Alemania, el Documento 51/1999, pág. 126, destaca las iniciativas de empleo con apoyo impulsadas desde los servicios especializados en integración.

En lo que concierne a Suecia, el Documento 51/1999 (pág. 127) refleja la existencia de oficinas de colocación, integradas por expertos en integración laboral de personas con discapacidad. De las funciones desarrolladas, se deduce, aunque tampoco se afirma, que se desarrollan programas de empleo con apoyo.

Por lo que respecta a Gran Bretaña, se ha detectado una experiencia de empleo con apoyo en el caso de las Agencias de Empleo Apoyado (*Supported Employment Agencies-SEA*) cuya actividad se describe en el Documento 51/1999, pág. 135.

[40] En el caso sueco, los empresarios que han contratado a una persona con discapacidad pueden recibir una subvención de hasta 50.000 coronas para la contratación de una persona de apoyo que ayude a la persona con discapacidad a desempeñar su labor (Documento 51/1999, pág. 119).

El Programa de Acceso al Empleo británico prevé ayudas económicas para la asignación de un trabajador de apoyo a la persona con discapacidad integrada en la empresa (Documento 51/1999, págs. 119 y 121).

En Francia, dentro del concepto Ayudas del Estado (Documento 51/1999, pág. 118) se señala la del 50 por 100

En mi opinión, tal situación debiera corregirse en un plazo breve de tiempo[41] **ya que el empleo con apoyo constituye la clave de bóveda que garantiza el equilibrio entre el empleo ordinario y el empleo protegido, activando eficazmente el acceso de los trabajadores con discapacidad al medio ordinario, evitando que permanezcan indebidamente en entornos laborales protegidos y en Centros Ocupacionales. Por lo tanto, urge una regulación estatal básica que palie la dispersión autonómica sobre la materia y que cubra los notorios e inevitables vacíos de su regulación**[42]. Con los matices oportunos, parece conveniente una regulación que siguiendo la normativa extranjera pudiese basarse en los siguientes puntos:

- **Servicios de apoyo de carácter privado y público**, ya que no parece creíble que el servicio público de colocación pueda liderar las experiencias de empleo con apoyo, lo que obliga a dejar paso a las entidades privadas, que han demostrado mayor experiencia y eficacia. Por ello, consideramos que un modelo basado en gran parte en los Servicios públicos de empleo (Alemania[43]) no podría aplicarse actualmente en España.

- Posibilidad de que el **apoyo sea prestado con la colaboración y participación de la propia empresa ordinaria**, tal y como se prevé claramente en algunos modelos comparados como el británico, en que un trabajador interno puede dedicarse a tareas de apoyo, más allá de los apoyos naturales.

- Nivel de **apoyo económico flexible, que dependerá del grado de necesidad del trabajador afectado**. En este sentido, no tendría lógica establecer un mismo nivel de incentivación para el conjunto de trabajadores necesitados de apoyo, siendo conveniente la fijación de un apoyo adecuado a la situación de los trabajadores. En este sentido, destaca de un modo especial la regulación sueca, que ha previsto un sistema de apoyo que se extiende no sólo a la inserción, sino a los problemas que puedan surgir para mantener el puesto de trabajo[44].

---

de los gastos destinados a prestar apoyo al trabajador. Del redactado parece deducirse que tal apoyo podría prestarse desde la plantilla pero ello no es del todo claro.

[41] Hasta la propia administración del Estado detecta la necesidad y reivindica una pronta regulación del empleo con apoyo. En este sentido, vid: MTAS/IMSERSO: *Plan de acción para las personas con discapacidad 1977-2002*, Madrid, MTAS/IMSERSO, 1997, pág. 176.

[42] Vacíos que hoy en día son notables. En este sentido se ha de apuntar el dato de que las Comunidades Autónomas no pueden, en rigor, regular el empleo con apoyo, sino sólo incentivarlo. Por ello, si se observa el contenido de las disposiciones autónomicas no se hallará en ellas una regulación del empleo con apoyo en sentido estricto, que estaría vedada por el artículo 149.1.7ª de nuestra Constitución, aunque en aquellas disposiciones se mencionen de soslayo algunas condiciones del "objeto" a incentivar.

Por lo contrario, las Comunidades Autónomas sí disponen de competencias para incentivar la contratación laboral, lo que derivaría de una lectura autonomista del artículo 148.1.13ª CE, donde se atribuye a las Comunidades competencias en el fomento de su desarrollo económico dentro de los objetivos marcados por la política económica nacional. De este precepto, entre otros, pueden extraer sus competencias para incentivar el empleo con apoyo.

[43] Tal esquema parecen seguir Alemania y Suecia (Documento 51/199, págs. 126 y 127).

[44] Así se expresa el Documento 51/1999, al señalar que (pág. 127) los demandantes de servicios de apoyo especial lo obtendrán para buscar, encontrar y mantener un empleo.

5. DISEÑO JURÍDICO DEL EMPLEO PROTEGIDO

5.1. Punto de partida. La valoración del empleo protegido y finalidades en el Derecho extranjero y en el Derecho español

Como es natural, si se pretende determinar cuál es la incidencia del ordenamiento jurídico en el volumen cuantitativo del empleo protegido, se hace imprescindible recordar las notas que caracterizaban la regulación del empleo protegido en el ordenamiento jurídico español:

- De un lado, es el medio para que los trabajadores con discapacidad puedan, en una segunda fase, acceder al mercado ordinario de trabajo (art. 41.1 LISMI)
- A su vez, el empleo protegido constituye un medio para proporcionar un empleo a las personas con discapacidad, cualesquiera que sean sus dificultades[45] (art. 42.1 LISMI en su inciso final).

Tras este recordatorio, cabe verificar si este planteamiento es compartido por el ordenamiento jurídico de los países objeto de comparación. En este sentido, da la impresión de que **los objetivos formulados por la normativa sueca y en parte por la británica[46] son más radicales, negando el acceso al empleo protegido a aquellos trabajadores que puedan desarrollar aceptablemente su trabajado en entornos laborales normalizados. Por lo contrario, las disposiciones francesas y alemanas parecen ser algo más flexibles permitiendo que los entornos protegidos puedan constitutir una vía de empleo para los trabajadores con discapacidad que alcanzarían un nivel de productividad aceptable** en el mercado ordinario de trabajo[47].

Este último criterio, coincidente con el que inspira nuestro ordenamiento jurídico, **puede permitir una lectura flexible del empleo protegido y dejar la puerta abierta a su expansión sobredimensionada**. Aunque en verdad, la extensión o el sobredimensionamiento del empleo protegido dependen de otros muchos factores que escapan a la calidad técnica y/o a la flexibilidad de la norma.

---

[45] Tal interpretación es compartida por el documento del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Cataluña: *Pla d'Inserció* (cit.), pág. 50.

[46] La normativa sueca limita el acceso al empleo protegido a aquellas personas que no pueden desarrollar su actividad en la empresa ordinaria (Documento 51/1999, págs. 133 y 135). Por lo que respecta a la normativa británica, al menos el acceso a los talleres especiales parece limitarse también a las personas con la misma dificultad (*Ibídem*, pág. 133).

[47] Ello se deduce de las descripciones ofrecidas por el Documento 51/1999 en las páginas 132 y 134. Así, para el caso francés se afirma que el trabajo protegido se prevé para las personas que no puedan encontrar un empleo en el sector ordinario (pág. 132). Para el caso alemán, se señala que los centros de empleo protegido están abiertos a todas las personas con discapacidad (pág. 134).

5.2. Mecanismos de control en evitación del sobredimensionamiento del empleo protegido

Un elemento de gran interés a la hora de evitar o reducir la sobredimensión del empleo protegido se encuentra en la existencia —o la ausencia— de medidas que, entre otras cuestiones:

- controlen de modo sistemático la fluidez necesaria en el trasvase de mano de obra de entornos protegidos a empresas ordinarias.
- incentiven a las empresas ordinarias a contratar trabajadores procedentes de entornos protegidos.

Ciertamente, nuestro ordenamiento jurídico estatal[48] **no prevé medida alguna en el sentido indicado anteriormente, mientras que de diversas maneras, la normativa extranjera reflejada en el Documento 51/1999 señala algunos mecanismos que sería aconsejable introducir si se quiere hacer realidad el carácter transitorio de los Centros Especiales de Empleo**. Ejemplo de todo ello lo constituyen algunos programas regulados en Alemania y Suecia que tienen un cierto interés. Así, en el caso alemán, los empleados de mayor rendimiento pueden recibir una atención especial que les capacite para su acceso al mercado laboral ordinario, aunque los resultados parecen un tanto magros ya que sólo un uno por 100 de los trabajadores —interpreto que anualmente (?)— efectúa la transición[49]. Respecto a Suecia, un 3 por 100 de los trabajadores del sistema de empleo protegido participa en programas de transición, sin que se ofrezcan datos sobre los resultados obtenidos[50].

Dicho lo anterior, **por lo que respecta al empleo protegido en España, cabría concluir que la existencia de una propuesta "abierta" del empleo protegido, unida a la falta de políticas de seguimiento y a carencias notables en mecanismos de máximo interés** como es el caso del empleo con apoyo, **rompen el equilibrio** necesario entre el papel a representar por el empleo en el mercado ordinario y el empleo protegido.

---

[48] El ordenamiento jurídico autonómico, ha expresado en ocasiones mayor sensibilidad ante este problema. Como muestra, la Orden de la Generalitat de Cataluña de 1 de marzo de 1990 reguladora de los Servicios Sociales de Integración Laboral, una estructura de apoyo a la inserción que tiene encomendada, entre otras, la función de incidir en el paso del mercado protegido al mercado ordinario de trabajo.

[49] Documento 51/1999, pág. 134.

[50] Documento 51/1999, pág. 135.

6. DOCUMENTACIÓN CITADA

A. Estudios y documentos

- CERMI: *Proyecto de Real Decreto sobre medidas de reserva de empleo para minusválidos y programas de enclaves laborales y empleo con apoyo.* Madrid, ejemplar fotocopiado, julio de 1998.

- Consejo Económico y Social: *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación (Informe núm. 5/1995).* Madrid, CES, 1995

- Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya: *Pla d'inserció sociolaboral de les persones amb disminució,* Barcelona, Departamento de Bienestar Social, 1998.

- MTAS-CERMI: *Acuerdo entre el Ministersio de Trabajo y Asuntos Sociales y el CERMI por el que se establece un Plan de Medidas Urgentes para la Promoción del Empleo de las Personas con Discapacidad,* Madrid, 1997, ejemplar fotocopiado.

- MTAS/IMSERSO:*Plan de acción para las personas con discapacidad 1997-2002,* Madrid, MTAS/IMSERSO, 1997.

- AA.VV.: *Legislación relativa a la política para la discapacidad, (Documento 51/1999).* Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1999.

B. Monografías, Artículos y Poligrafías

- AUVERGNON, P.: "L'obligation d'emploi des handicapés". Droit Social, núm. 7/8, 1991.

- MUÑOZ MACHADO, S. y DE LORENZO, R.: *Código Europeo de las Minusvalías,* Madrid, Escuela Libre Editorial, 1996.

- VILAR PÉREZ, M.L.: *Les possibilitats d'integració laboral del deficient mental lleu i les seves conseqüències educatives,* Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears, 1995.

8. PRESTACIONES ECONÓMICAS Y BENEFICIOS FISCALES

COMPARACIÓN DE LA LEGISLACIÓN DE ALEMANIA, FRANCIA, REINO UNIDO Y SUECIA CON LA DE ESPAÑA EN LO RELATIVO A POLÍTICAS PARA LA DISCAPACIDAD EN MATERIA DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y BENEFICIOS FISCALES

Fernando Fantova Azkoaga

1. INTRODUCCIÓN

La pretensión de nuestra breve aportación es la de realizar una comparación entre la legislación relativa a la política para la discapacidad de Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia y la española en materia de prestaciones económicas y beneficios fiscales. Para el acceso a la información sobre la legislación de los cuatro países mencionados y para la elección y ordenación de los asuntos a considerar nos serviremos del documento 51/99 del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, titulado *Legislación relativa a la política para la discapacidad*, algunos de cuyos contenidos habremos de resumir para hacer efectiva la deseada comparación.

Dadas las características del trabajo, nos hemos valido de nuestro conocimiento directo de la realidad española y de textos (mencionados en la bibliografía) acerca de la cuestión, sin pretender acceder directamente a la legislación en todos los casos. Nuestro principal objetivo es, como se señala en la introducción al mencionado documento, detectar aquellos elementos que pudieran presentar mayor interés para orientar las políticas sociales y la intervención en relación con las discapacidades en nuestro país.

Cabe señalar, por otra parte, que este texto tiene su origen en otro que tuvimos ocasión de compartir en la sesión presencial del *Seminario de derecho comparado sobre discapacidad* organizado por el Real Patronato en Madrid los días 29 y 30 de junio de 1999. De aquel texto, que se ocupaba de un abanico más amplio de cuestiones, hemos extraído las referencias a las prestaciones económicas y los beneficios fiscales específicos para personas con discapacidad, incluyendo alguna información adicional obtenida tanto a lo largo del seminario como con posterioridad.

2. PRESTACIONES ECONÓMICAS

En principio debemos dejar constancia, con Vilà, en lo que se refiere a las prestaciones económicas españolas en general, "de la dificultad que entraña para el tratamiento de estos temas la ausencia de un cuadro normativo general y coherente que establezca las líneas básicas que permitan unificar la terminología, delimitar y coordinar las actuaciones prestacionales e impedir duplicidades y disfunciones" (Vilà, 1996: 160).

Como veremos a continuación, "en España las prestaciones sociales y económicas destinadas a las personas con discapacidad configuran un conjunto normativo y procedimental propio (...) derivado del contenido del Título V de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración

Social de los Minusválidos (LISMI)" (García Viso, 1997: 296). Con posterioridad, las prestaciones económicas más cuantiosas contempladas en la LISMI fueron sustituidas por las instauradas por la "Ley 16/1990, de 20 de diciembre, de Prestaciones no Contributivas, y después, con la remozada Ley General de Seguridad Social (LGSS) (Real Decreto 1/1994, de 24 de julio)" (Muñoz Machado y otros, 1997: 623). García Viso señala que "posiblemente sea este título V de la LISMI el que haya dado origen a un conjunto más extenso de normas de aplicación. Lo cual no quiere decir que el árbol de las prestaciones tenga un aire esbelto y/o armónico. Las numerosas remisiones legales al desarrollo reglamentario y la necesidad de actualización periódica de cuantías ha provocado en el tronco de la Ley un crecimiento desmesurado de la fronda normativa" (García Viso, 1997: 298).

Para España, "como resumen global, puede decirse que el camino hacia la sistematización adecuada de las prestaciones está resultando excesivamente arduo y costoso (figuras residuales, vigencias parciales en las disposiciones de aplicación, ligeras desigualdades interautonómicas (...), lo que redunda en confusión por parte de los beneficiarios actuales y potenciales" (García Viso, 1997: 303). En algún grado, dicha confusión de los beneficiarios es acusada también en los otros países estudiados.

2.1. Regulación de las prestaciones económicas específicamente destinadas a las personas con discapacidad

En los cinco países ocurre que "algunas prestaciones económicas específicas se regulan como un derecho de las personas con discapacidad condicionado al cumplimiento de los requisitos de acceso. Otras, en cambio, son de carácter discrecional" (RPPAPM, 1999: 148).

2.2. Normativa reguladora del acceso a las prestaciones económicas específicamente destinadas a las personas con discapacidad

En los cuatro países con los que vamos a comparar la legislación española se han de tener en cuenta los siguientes textos legales de referencia (RPPAPM, 1999: 148-149, 191-193):

- En Alemania, las prestaciones económicas específicamente destinadas a las personas con discapacidad vienen recogidas, básicamente, en la Ley del Seguro de los Trabajadores, la Ley de Armonización de las Prestaciones de Rehabilitación, la Ley Federal de Asistencia Social y los artículos del Código Social que regulan el Seguro de Dependencia.
- En Francia hay que tomar en consideración, básicamente, la Ley de orientación en favor de las personas con discapacidad, el Código de la Seguridad Social y el Código de la Familia y la Ayuda Social.
- En el Reino Unido, la normativa aplicable es básicamente la relativa a la Seguridad Social.

- En Suecia, la normativa aplicable es la reguladora de la Seguridad Social. La Ley de Bases sobre reforma de las pensiones, aprobada en 1994, que traerá consigo cambios importantes, aún no ha sido aplicada en su totalidad. Las prestaciones para la asistencia personal son reguladas por la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales y la Ley del Subsidio de Asistencia.

En España hay que tomar en consideración, como decíamos, la Ley 13/1982 de 7 de abril conocida como LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos), así como la Ley 16/1990, de 20 de diciembre, de Prestaciones no Contributivas, y después, la Ley General de Seguridad Social (LGSS) (Real Decreto 1/1994), de 24 de julio.

Se ha señalado que, si bien "todos los Estados que hoy integran la Unión Europea disponen de un amplio instrumental de medidas orientadas a la protección de los minusválidos (...), la mayoría carece, sin embargo, de un planteamiento unificado como el que realiza la LISMI. Sólo Finlandia, Italia, Francia, Holanda y Portugal cuentan con una ley general desde la que atender al fenómeno de las minusvalías" (Muñoz Machado y otros, 1997: 649). En el caso sueco, específicamente, "el número de normas específicas es muy reducido" (RPPAPM, 1999: 27).

2.2.a. *Ingresos mínimos*

Resumamos, en primer lugar, la situación en los países de referencia (RPPAPM, 1999: 148-154):

- En Alemania hay que destacar las prestaciones contributivas de invalidez del Seguro de Pensiones (pensiones de incapacidad profesional o pensiones de invalidez, según sea mayor o menor la capacidad para la obtención de ingresos). Existe la posibilidad para personas con discapacidad severa de recibir estas pensiones tras 20 años de cotizaciones voluntarias. En el marco del Seguro de Accidentes, pueden percibirse la pensión de incapacidad permanente (compatible hasta la cuantía del sueldo anterior con rentas de trabajo y pensiones de invalidez) y la pensión capitalizada, mediante la cual se puede solicitar el pago conjunto adelantado de la mitad de la prestación que correspondería a los diez primeros años.
- En Francia hay que considerar la pensión de invalidez (contributiva), las prestaciones de carácter reparador (relacionadas, por ejemplo, con accidentes o daños en guerras) y las prestaciones no contributivas. Entre ellas está la garantía de recursos mínimos que completa, en su caso, las remuneraciones que las personas con discapacidad reciben en su trabajo. Esta prestación puede complementarse también con la prestación para adultos con discapacidad y la ayuda compensatoria (destinada a personas con discapacidades más graves). Las personas beneficiarias de la prestación para adultos con

discapacidad pueden acceder a la afiliación gratuita al régimen general de la Seguridad Social.

- En el Reino Unido, el sistema de protección en materia de accidentes laborales o enfermedades profesionales se aplica sólo a los trabajadores por cuenta ajena e incluye, entre otras, la prestación por incapacitación, que se otorga con independencia de que la persona haya sufrido una reducción en el nivel de ingresos o no. Por otra parte, existe la Prestación por Discapacidad Severa (no imponible), para personas que no cuentan con las cotizaciones necesarias para recibir la prestación de incapacidad. Además de otras prestaciones relacionadas con situaciones específicas (a raíz de guerras, delitos o vacunaciones), en octubre de 1999 entra en vigor el subsidio para trabajadores con discapacidad que garantiza a las personas con discapacidad que empiezan a trabajar unos ingresos mínimos de 220 libras (equivalente a más de 55.000 pesetas) semanales exentos del pago del impuesto sobre la renta.
- En Suecia, cabe en destacar, como principales medidas específicas, las prestaciones de invalidez del Seguro de Pensiones, de tipo contributivo. Hay que tomar en cuenta, también, las indemnizaciones anuales del Seguro de Accidentes de Trabajo.

En España, las prestaciones contributivas de incapacidad permanente (cuyo importe máximo es de 4.135. 446 pesetas al año) contemplan cuatro situaciones (MTAS, 1999: 418):

- Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual (con un importe mínimo de 797.860 pesetas al año).
- Incapacidad permanente total para la profesión habitual (con el mismo importe mínimo).
- Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo (con el mismo importe mínimo).
- Gran invalidez (con un importe mínimo de 1.196.790 pesetas al año).

En cuanto a la prestación no contributiva de invalidez, ésta se reconoce a personas con una minusvalía igual o superior al 65% que carezcan de rentas o ingresos suficientes (MTAS, 1999: 497). Su cuantía es de 531.370 pesetas anuales y se incrementa en un 50% si la minusvalía es igual o superior a un 75% y se necesita la ayuda de una tercera persona en la vida diaria. Quienes perciben esta prestación son considerados como pensionistas de la Seguridad Social a efectos de la asistencia médico-farmacéutica.

Existen también las prestaciones familiares por hijo a cargo, para las familias con menores con discapacidad o mayores de 18 años con una discapacidad igual o superior al 65%. En el caso de hijos menores de 18 años, la cuantía es de 72.000 pesetas al año. Para hijos mayores de 18 años la cuantía es de 455.460 pesetas anuales si la minusvalía es igual o superior al 65%, y de 683.220 si es igual o superior al 75% y se necesita la ayuda de una tercera persona para las actividades de la vida diaria (MTAS, 1999: 498-500).

El subsidio de garantía de ingresos mínimos y el subsidio por ayuda de tercera persona, ambos establecidos en la LISMI, quedaron suprimidos por la mencionada Ley 26/1990 aunque los que ya entonces eran beneficiarios han podido optar por continuar percibiéndolos o cobrar las prestaciones no contributivas.

Realizando la comparación, y por la información de la que disponemos, en el ámbito de las prestaciones contributivas, no contributivas y asistenciales existen similitudes entre España y los otros cuatro países en cuanto a los tipos de pensiones, el tiempo de cotización necesario para percibir las prestaciones contributivas, posibilidad de revisión y otros aspectos. En todo caso, hay indicios que apuntan a una mayor cobertura de las personas con discapacidad por parte del sistema de Seguridad Social, como parece deducirse, por ejemplo, de la cotización voluntaria para personas con discapacidad severa en Alemania o la afiliación gratuita francesa.

En cuanto a la cuantía de las prestaciones, no estamos en condiciones de realizar una comparación, aunque se asume habitualmente que las cuantías son superiores en los países de referencia y que "las divergencias que existen entre los diversos Estados, en cuanto a los niveles de protección que prestan a los ciudadanos y al colectivo considerado, dificulta, hoy por hoy, que se impongan y garanticen niveles homogéneos" (Muñoz Machado y otros, 1997: 647).

Por otra parte, una crítica habitual a los dispositivos prestacionales españoles hace referencia a la distinta protección que reciben las personas con discapacidad si la minusvalía surge durante la relación laboral o en una situación incluida en el régimen de la Seguridad Social, o al margen de estas situaciones (Muñoz Machado y otros, 1997: 626). Estos mismos autores achacan al sistema español un desarrollo parcial y desconectado de cualquier proceso encaminado a la integración (Muñoz Machado y otros, 1997: 626). Esta es una crítica común a la legislación y políticas españolas. Así García Viso señala que "se comprueba nítidamente la separación creciente de las dos parcelas: rehabilitación/empleo, por un lado, y por otro, prestaciones sociales y económicas. Pocos puentes de unión cabe observar entre ellas. Y esos puentes deberían existir" (García Viso, 1997: 303).

Estos defectos, a la vista de la legislación, no se presentan de forma tan acusada en los otros países estudiados, en términos generales. En este campo de la relación entre prestaciones económicas y empleo parece significativa la medida prevista para entrar pronto en vigor en el Reino Unido, mediante la que se garantiza una cantidad de dinero, en principio significativa, como ingreso mínimo de los trabajadores con discapacidad. Recordemos que también en el caso de Francia aparece una figura similar.

2.2.b. *Beneficios fiscales*

Resumamos en primer lugar los datos sobre los países de referencia (RPPAPM, 1999: 154-155):

- En Alemania, las personas con discapacidad están exentas del pago de las tasas públicas de radio y televisión y disfrutan de desgravaciones por los gastos de mantenimiento del vehículo adaptado. Existen deducciones en el impuesto sobre el patrimonio y en el impuesto sobre la renta; en este último, entre 600 y 2.760 marcos según la discapacidad, sin presentar facturas e independientemente de los ingresos, además de poderse deducir gastos, presentando facturas y en función del nivel de ingresos. Por otro lado, determinadas prestaciones económicas no son imponibles.
- En Francia, existen algunas ventajas fiscales para las personas con discapacidad: desgravaciones en los impuestos municipales, exención del impuesto de circulación, exención del pago del IVA en equipamientos especiales, exención de los impuestos sobre la televisión, desgravaciones en los impuestos sobre sucesiones y exención del pago de impuestos sobre los salarios en caso de contratación de un tercero.
- En el Reino Unido, las personas con discapacidad tienen la posibilidad, en algunos casos, de disfrutar de una exención del pago del impuesto de carreteras. También pueden quedar exentas del pago del IVA en la compra de equipamiento o en la adaptación de la vivienda.
- En Suecia, las personas con discapacidad están exentas del pago del impuesto de circulación de vehículos de motor y existen desgravaciones fiscales para las adaptaciones de vehículos.

En España, la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, que se ocupa del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) considera rentas exentas las prestaciones familiares por hijo a cargo, las prestaciones por incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, las cantidades percibidas de instituciones públicas con motivo del acogimiento de personas con minusvalía y otras prestaciones relacionadas con la discapacidad. Similares consideraciones se observan, por ejemplo, en las normativas del País Vasco sobre las que se afirma que en términos generales "no se ha de tributar por las pensiones públicas que se perciban por minusvalía" (Gorabide, 1998: 2.8.).

La mencionada ley española contempla en su artículo 18 (en el 19 en el caso del País Vasco), igualmente, reducciones o bonificaciones en el rendimiento neto del trabajo por el que se tributa en algunos casos de trabajadores con discapacidad. Según el artículo 40 de la Ley 40/1998, la minusvalía es también tenida en cuenta a la hora de calcular el mínimo personal y familiar que se aplica a reducir la base imponible. En la normativa vasca, sin embargo (artículo 74), existe la denominada "deducción por discapacidad" que permite restar 62.000 pesetas de la cuota líquida a partir de la cual se calcula el tributo.

Tanto en la legislación española (disposición adicional 17ª) como en el caso vasco hay que notar que se prevé un régimen fiscal especial para las aportaciones y prestaciones de Entidades de Previsión Social Voluntaria y Planes de pensiones constituidos a favor de personas con minusvalía.

Existe también la exención del impuesto de matriculación en la compra de un vehículo, siempre y cuando sea para el uso de la persona con discapacidad.

Como vemos, en todos los países se dan algunas medidas, más o menos importantes, de tratamiento fiscal diferencial para el caso de las discapacidades.

2.2.c. *Ayuda por tercera persona*

En cuanto a las prestaciones económicas relacionadas con la necesidad de ayuda por parte de una tercera persona en Alemania, Francia, el Reino Unido y Suecia cabe señalar (RPPAPM, 1999: 156-160):

- En Alemania, las ayudas por tercera persona están cubiertas fundamentalmente por el Seguro de Dependencia, un nuevo tipo de seguro, introducido en 1995 en el marco de la Seguridad Social que prevé diez clases de prestaciones, cuatro de ellas relacionadas con la ayuda de tercera persona y el resto para servicios residenciales y de apoyo. La ayuda por tercera persona (en metálico o a través de servicios) puede oscilar entre 400 y 3.750 marcos (equivalente a más de 315.000 pesetas) mensuales. Se contemplan tres grados en la necesidad de tercera persona, siendo el tercero el de quienes precisan atención durante las 24 horas del día. Por otro lado, el Seguro de Accidentes Laborales ofrece a sus beneficiarios un incremento de la pensión entre 410 y 2.106 marcos para la asistencia para la asistencia de tercera persona. También existen prestaciones asistenciales para la ayuda de tercera persona de quienes no dispongan de recursos ni estén cubiertas por los seguros.
- En Francia hay que mencionar la prestación compensatoria, que es una prestación no contributiva que varía en función de los ingresos del beneficiario. Esta prestación está destinada a quienes no puedan recibir una análoga a través de la Seguridad Social. En enero de 1997 se creó una prestación específica de dependencia.
- En el Reino Unido, la prestación por discapacidad (no contributiva y no imponible) corresponde a todas las personas con discapacidad que requieran la asistencia de una tercera persona en su vida diaria. La ayuda puede no destinarse al pago de un tercero. La prestación de cuidados cubre el mismo tipo de necesidades en el caso de mayores de 65 años.
- En Suecia se prevé la posibilidad de recibir la asistencia de personal contratado por el ayuntamiento o de recibir una cantidad económica para el pago de ese tipo de servicios.

Como Ramón Puig de la Bellacasa ha señalado en más de una ocasión, el concepto de dependencia es en este momento uno de los conceptos centrales en el actual debate europeo en materia de política social, muy vinculado a la discusión sobre el espacio sociosanitario y las redes

naturales o informales de atención como alternativa a la residencialización. En España, si bien, como hemos visto anteriormente, se utiliza el concepto de "tercera persona" no hay un desarrollo equiparable, por ejemplo, al alemán, en lo relativo a la dependencia.

2.2.d. *Prestaciones destinadas a las personas que ejercen de cuidadoras*

Si revisamos la información relativa a los cuatro países de referencia podemos señalar que (RPPAPM, 1999: 160-161; 180):

- En Alemania, los cuidadores de personas dependientes que carecen de un empleo o que lo desempeñan durante menos de 30 horas a la semana están cubiertos por los seguros de pensiones y de accidentes y sus cotizaciones son abonadas por el Seguro de Dependencia. Las personas que han de cuidar de un hijo enfermo menor de 12 años pueden acceder al subsidio de enfermedad del Seguro de Enfermedad durante un máximo de 25 días al año (50 en las familias monoparentales). Los cuidadores familiares (con la salvedad de las personas que cobren una pensión o que trabajen más de 30 horas a la semana) tienen derecho a cuatro semanas de respiro, durante las cuales, el Seguro de Dependencia cubre el ingreso temporal de la persona necesitada.
- En Francia, los cuidadores voluntarios se pueden beneficiar del seguro de vejez, en algunos casos en forma gratuita.
- En el Reino Unido, la Prestación por Cuidados a una Persona con Discapacidad se destina a personas que dedican por lo menos 35 horas semanales a cuidar a personas con discapacidad severa. Es imponible.
- En Suecia, la Seguridad Social concede un Subsidio de Asistencia a Parientes Próximos a los trabajadores que abandonan temporalmente su trabajo para cuidar a una persona gravemente enferma por un máximo de 60 días. Los padres que no pueden desempeñar un trabajo remunerado por tener que cuidar de un hijo enfermo tienen derecho a percibir un subsidio familiar temporal (120 días de subsidio por hijo). Los pensionistas que han cuidado durante seis o más años de una persona enferma o con discapacidad y han perdido puntos de cotización para el cálculo de su pensión pueden incrementar el importe de la misma.

En el contexto español, cabe mencionar, por ejemplo, una "novedad catalana en el cuadro de prestaciones derivadas de la discapacidad (...) por el contenido del Decreto 254/1992, de 26 de octubre, de creación del programa de apoyo a las familias con una persona de la tercera edad discapacitada" (García Viso, 1997: 302). En todo caso, el apoyo a las cuidadoras y cuidadores informales representa probablemente una de las asignaturas pendientes del sistema español de protección social cuyas carencias están rellenando las familias y muy en particular las mujeres, a un coste personal y social muy elevado.

2.2.e. *Otras prestaciones*

Resumimos, en primer lugar, la información sobre los cuatro países en cuestión (RPPAPM, 1999: 160-161; 180):

- En Alemania, en la mayor parte de los *länder*, las personas con discapacidad visual reciben prestaciones económicas, con independencia de su nivel de ingresos. Las personas con discapacidad severa pueden obtener un incremento de las mensualidades de la prestación para la adquisición de vivienda.
- En Francia, las personas que percibían prestaciones con anterioridad a la Ley de orientación en favor de las personas con discapacidad (de 1975) tienen reconocidos derechos adquiridos y pueden, en su caso, ver compensada la diferencia con las prestaciones posteriores. Por otra parte, la prestación de educación especial es una prestación familiar, que tiene como objetivo ayudar en el pago de los gastos suplementarios que entrañan la educación de un niño con discapacidad.
- En Suecia, existe el subsidio de automóvil para la adquisición o adaptación de un vehículo.

La LISMI contempla, además de las citadas anteriormente, otras dos prestaciones: el subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte (de 6.075 pesetas mensuales) para familias con ingresos en todo caso iguales o inferiores al salario mínimo y la de asistencia sanitaria y farmacéutica (MTAS, 1999: 559-561).

3. APOYO A LA FAMILIA EN LO RELATIVO A BENEFICIOS FISCALES

3.1. Regulación del apoyo a la familia

La atención por parte de la familia a las personas con discapacidad o dependientes se ha convertido en uno de los temas centrales del debate en materia de política social en Europa (RPPAPM, 1999: 176-177). Refiriéndose al reconocimiento del cuidado familiar de personas con discapacidad en España, el CECS señala que "respecto a las desgravaciones fiscales, éstas presentan las mismas limitaciones que las desgravaciones por hijos a cargo: son muy bajas y no han seguido el ritmo del crecimiento del nivel de vida" (CECS, 1999: 418). En todo caso la nueva legislación sobre el IRPF ha mejorado en algo la situación. Con todo, se ha llegado a hablar del "olvido sufrido por la protección a la familia en la construcción de nuestro Estado de Bienestar" (CECS, 1999: 389). Por su actualidad, cabe reseñar que en mayo de 1999 el Consejo de Ministros español aprobó un proyecto de ley para conciliar la vida laboral y familiar que podrá, en el futuro, paliar en algo este olvido.

3.2. Normativa reguladora

Al referirnos ahora a los aspectos fiscales cabe señalar que viene regulada por la legislación en materia fiscal de cada Estado.

3.2.a. *Exenciones*

En lo relativo a las exenciones (RPPAPM, 1999: 178-179) cabe decir que en los cinco países las familias de las personas con discapacidad se benefician indirectamente de las exenciones antes mencionadas en la medida en que formen parte de la misma unidad familiar a efectos tributarios.

3.2.b. *Desgravaciones*

En cuanto a los países de referencia (RPPAPM; 1999: 178-179):

- En Alemania, las familias con miembros con discapacidad se benefician de las desgravaciones, antes mencionadas que corresponden a éstos.
- En Francia se prevén desgravaciones fiscales en el impuesto de la renta relacionadas con la discapacidad. Algunas prestaciones económicas no son imponibles.
- En el Reino Unido la normativa del impuesto sobre la renta prevé atribuir las ventajas fiscales de la familia monoparental aquella en la que la discapacidad de uno de los cónyuges alcance un determinado grado.
- En Suecia las unidades familiares se benefician indirectamente de las ventajas concedidas a la persona con discapacidad que forma parte de ellas.

En el País Vasco, existen deducciones de 62.000 pesetas (o 75.000 en el caso de determinada reducción de la movilidad o necesidad de tercera persona) por cada ascendiente o descendiente (o persona acogida o tutelada) con discapacidad, tomándose en cuenta, en todo caso, los ingresos. En la legislación española sobre el IRPF, según su articulo 40, a la hora de calcular el mínimo familiar que se utiliza para reducir la base imponible, se tiene en cuenta la presencia de personas con discapacidad. Al respecto se ha afirmado que "la reforma del IRPF en vigor desde 1999 mejorará la renta disponible de las familias que sumen mayores cargas familiares. No obstante, esta mejora sigue resultando insuficiente y no representa, por tanto, un cambio sustancial" (CECS, 1999: 391).

4. CONSIDERACIONES FINALES

Hablar de pensiones públicas en España es referirse principalmente a las pensiones de la Seguridad Social; no en vano representaban, por ejemplo, el 88,1 por 100 del gasto previsto en

pensiones para el ejercicio de 1997 (Muñoz Machado y otros, 1997: 296). Esta misma importancia relativa de la Seguridad Social en el terreno de las prestaciones económicas se da en los cinco países estudiados. Sin embargo, según los mismos autores, en España, "el sistema de protección social se ha ido separando progresivamente del esquema contributivo y acercándose de forma cada vez más próxima al concepto de tributación" (Muñoz Machado y otros, 1997: 300). En definitiva, las prestaciones de la Seguridad Social, otro tipo de prestaciones y los beneficios fiscales no son otra cosa que mecanismos de solidaridad o insolidaridad que se articulan social, económica y políticamente.

Tanto en España como en los otros países está sobre la mesa el debate de la segmentación de la Seguridad Social (por ejemplo, en ramas privada contributiva, pública contributiva y pública no contributiva). Suecia, en este momento particularmente, está inmersa en una profunda reforma del sistema de pensiones. El reto en toda Europa sería el de encontrar un sistema de prestaciones económicas y beneficios fiscales justo, equitativo, viable, sostenible, no discriminatorio y compatible con todo tipo de políticas activas.

En ese contexto diríamos que, tras comparar los casos de Alemania, Francia, el Reino Unido y Suecia con el de España, cabe destacar algunos puntos a tomar en consideración:

- Las prestaciones económicas para trabajadores con discapacidad que les garantizan unos ingresos mínimos.
- Los seguros de dependencia.
- Las prestaciones económicas y beneficios fiscales dirigidos a los cuidadores informales.

En cualquier caso, no está de más recordar que ninguna medida aislada tiene sentido si no es en el contexto de una política social. Esto nos parece particularmente cierto en el caso de las prestaciones económicas y beneficios fiscales, en el que no siempre *más* quiere decir *mejor.* Sea como fuere, creemos que la comparación efectuada arroja suficiente luz sobre algunas debilidades de nuestro sistema prestacional, debilidades que se traducen, hay que decirlo, en vulneración de derechos de las personas con discapacidad y sus familias.

5. BIBLIOGRAFÍA

Además de algunos de los textos de las leyes mencionadas se han consultado las siguientes obras:

- ALEMÁN BRACHO, C. y GARCÉS FERRER, J. (coords.) (1998): *Política social.* Madrid, McGraw-Hill.

- CECS (Centro de Estudios del Cambio Social) (1999): *Informe España 1998. Una interpretación de su realidad social*. Madrid, Fundación Encuentro.

- GARCÍA VISO, M. (1997): "Prestaciones sociales y económicas" en RPPAPM (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía) : *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*. Madrid, pp. 289-307.

- GORABIDE (1998): *Guía de recursos para las personas con deficiencias psíquicas y sus familias en Bizkaia*. Bilbao.

- MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (1999): *Guía laboral 1999 y de asuntos sociales*. Madrid.

- MUÑOZ MACHADO, S. y DE LORENZO, R. (dirs.) (1996): *Código europeo de las minusvalías*. Madrid, Escuela Libre.

- MUÑOZ MACHADO, S. y otros (dirs.) (1997): *Las estructuras del bienestar. Derecho, economía y sociedad en España*. Madrid, Escuela Libre/Civitas.

- PIZZORUSSO, A. (1987): *Curso de derecho comparado*. Madrid, Ariel.

- RPPAPM (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía) (1997): *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*. Madrid.

- RPPAPM (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía) (1999): *Legislación relativa a la política para la discapacidad. Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia*. Madrid.

- VILÀ, A. (1996): "Las ayudas y subvenciones de asistencia y servicios sociales" en ALEMÁN BRACHO, M. C. y GARCÉS FERRER, J.: *Administración social: servicios de bienestar social*. Madrid, Siglo XXI, pp. 159-199.

Bilbao, 27 de septiembre de 1999

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y BENEFICIOS FISCALES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Concepción Terceño Iglesias
Instituto Andaluz de Servicios Sociales

INTRODUCCIÓN

Se intenta en esta ponencia realizar un estudio, esencialmente descriptivo, de la legislación de 5 países europeos: Alemania, Francia, Reino Unido, Suecia y España, en lo relativo a las diferentes prestaciones económicas y beneficios fiscales para las personas con discapacidad. La atención a personas con discapacidad se contempla en los países próximos a nosotros y en todos esta atención tiene un carácter complementario como corresponde a la moderna asistencia social. Significa que las prestaciones específicas se conceden a los beneficiarios cuando la situación de necesidad no está cubierta por prestaciones de los sistemas generales de protección social, Seguridad Social, Sanidad, Empleo, Educación, etc.

La atención a las personas con discapacidad ha seguido diversos caminos en los distintos países, dependiendo de su propio devenir histórico. En unas ocasiones las prestaciones de la población general han incluido entre sus perceptores también a los minusválidos, en otras ocasiones las prestaciones diseñadas para personas con discapacidad se han ido extendiendo a grupos en estado de necesidad del resto de la población hasta entonces desprotegidos.

En líneas generales, en las prestaciones asistenciales monetarias debe hablarse de *subsidiariedad* porque sólo se conceden a falta de otras principales que otorgan sistemas de protección más prevalentes y, si hablamos de servicios sociales, es más exacto hablar de *complementariedad* y ésta se concreta cuando se establecen *incompatibilidades* entre prestaciones asistenciales y las de otras modalidades

También ocurre que, mientras en unos países se inicia la protección a la población con regímenes contributivos y posteriormente se ha ido universalizando dicha protección y ampliándose con un sistema no contributivo, en otros el camino ha sido inverso.

La evolución de la protección ha sido muy variable en los diferentes países de la Unión Europea, dependiendo de sus propios avatares históricos y en este aspecto no pueden quedar sin mencionar los diferentes sistemas de financiación de esta protección, aunque sea muy brevemente. En la financiación también hay grandes diferencias entre todos los países. En ocasiones ésta se realiza con recursos generados por los trabajadores y empresarios sobre la idea de la Seguridad Social. Otras veces la protección a las personas con discapacidad es cubierta a través de aportaciones de los Presupuestos de las Administraciones Públicas (impuestos directos e indirectos) e incluso con las aportaciones de los propios usuarios.

En líneas generales, las prestaciones económicas tratan de compensar los gastos extraordinarios y financiar una serie de necesidades ocasionadas por la propia discapacidad. No obstante, estas necesidades pueden ser también atendidas por la prestación directa de servicios y ambos sistemas de cobertura sería deseable que se desarrollaran armónicamente.

Es necesario compatibilizar ambos sistemas de protección, que son complementarios, porque es fácil constatar que en ocasiones quedan necesidades sin cubrir y limitar el acceso a servicios sólo a través de las prestaciones económicas puede resultar injusto. Porque para tener acceso a prestaciones económicas es necesario reunir una serie de requisitos que limitan el número de beneficiarios y esto supone dejar sin atención a un número de personas que precisan un servicio concreto.

En los 5 países estudiados, los servicios son prestados tanto a través del sector público, (estatal, regional o local), como privado, sustancialmente financiado por recursos económicos públicos. En Francia, Reino Unido, Alemania, Suecia y España los regímenes son diferentes, mientras que el Reino Unido y Alemania fomentan la concesión de servicios, en Francia y España la respuesta no es clara. Tomar una decisión u otra está muy condicionado por el punto de partida, su desarrollo histórico y la situación financiera actual.

1. COMPETENCIAS

En líneas generales, la distribución de las competencias en el Reino Unido, Francia, Alemania, Suecia y España son de una gran complejidad. Los servicios y las prestaciones están repartidos por multitud de departamentos, organismos públicos y privados que dificultan su difusión y el acceso a ellos y ocurre que, en demasiadas ocasiones, esta complejidad redunda negativamente en su justa distribución.

En lo que hace referencia al acceso a prestaciones de las personas con discapacidad, éstas pueden acceder tanto a las mismas prestaciones y servicios de protección social general, como a las prestaciones específicas.

Básicamente, las prestaciones para las personas con discapacidad están reguladas por las diferentes leyes de la Seguridad Social y por tanto dependen normalmente de Ministerios de Trabajo y Seguridad Social o Salud y Seguridad Social, con normativa suplementaria de servicios y prestaciones de Asistencia Social.

Las prestaciones pueden estar reguladas como un derecho subjetivo, una vez que se cumplen unos requisitos de acceso, mientras que en otras ocasiones son de carácter discrecional.

1.1. Competencias de la Seguridad Social

En los países que nos ocupan, la regulación de la Seguridad Social es competencia de los Poderes Centrales pero su nivel ejecutivo corresponde a los diferentes Ministerios o Departamentos, con una mención especial para las cajas aseguradoras tan importantes en Alemania y Francia, en ocasiones muy ligadas a los sindicatos.

Existe una amplia panoplia de prestaciones para trabajadores que han sufrido una enfermedad o accidente que les ocasiona una discapacidad y que por tanto percibirán una prestación contributiva.

Las prestaciones económicas de invalidez, tanto las contributivas como las no contributivas son competencia de la Seguridad Social. En el caso de las prestaciones económicas de ayuda por tercera persona, ya sean contributivas como no contributivas, pueden ser recogidas por normativa de la Seguridad Social, aunque en Francia esta ayuda es competencia de la ayuda social.

Para establecer las pensiones contributivas, las legislaciones se basan generalmente en la pérdida de capacidad de obtención de ingresos. Esta pérdida de capacidad para obtener ingresos no depende sólo de la naturaleza del daño y de las minusvalías resultantes sino de su incidencia en la capacidad productiva.

En la actualidad, los sistemas de protección están sometidos a una intensa revisión debido sobre todo a la crisis económica y tratan de adecuar su normativa a nuevos objetivos, siendo Alemania y Suecia las están que más adelantadas en este proceso de revisión.

1.2. Competencias en materia de Asistencia Social

La comparación global de los sistemas de protección social presenta enormes dificultades por la diversidad de regímenes, modalidades, requisitos para acceder al derecho de las prestaciones y servicios. Esta complejidad no sólo es ocasionada por la normativa sino también por la gestión, sobre todo la encomendada al ámbito local que introduce diferencias muy importantes.

La regulación normativa corresponde a los poderes centrales, pero su ejecución y el desarrollo propiamente dicho corresponde sobre todo a los ámbitos regional y local. En casi todos los países hay arbitradas algún tipo de prestaciones económicas no contributivas para personas con discapacidad dirigidas a garantizar ingresos mínimos, cubrir los gastos por grave incapacidad o por ayuda a tercera persona y los gastos de transporte.

Las entidades privadas tienen una gran presencia en todo el ámbito europeo tanto en cantidad como en calidad y en muchos países asumen de manera muy directa la prestación de

diferentes servicios. Las hay de carácter religioso, dependiendo de las iglesias, y no confesionales, etc. Existen grandes Federaciones que funcionan en el ámbito estatal o regional y hay pequeñas asociaciones de autoayuda, y otras se agrupan en torno a "asociaciones paraguas" que se dedican a la coordinación y al apoyo de entidades asociadas y a la cooperación con los agentes públicos. Se financian sustancialmente con aportaciones públicas y son escasos los fondos propios. Las aportaciones pueden proceder de las declaraciones de la renta y de aportaciones de sus propios asociados.

Las relaciones entre el sector público y privado se basan en los principios de cooperación y subsidiariedad. Estas Entidades son oídas antes de la elaboración de la normativa, forman parte de diversos Consejos y Comités, asumen la representación y la defensa de los derechos de las personas con discapacidad promoviendo la elaboración de normativa, como la recientemente publicada en el año 1995 en el Reino Unido, Ley sobre la discriminación en razón de la discapacidad, etc. Sus objetivos son, entre otros, la prestación privada de servicios tanto en el medio residencial como en la atención domiciliaria, el asesoramiento a las personas discapacitadas, la mentalización y sensibilización social y ya están interviniendo muy activamente en la integración laboral ordinaria. En algún país, como Alemania, por el principio de subsidiariedad, tienen preferencia para la prestación de servicios las entidades privadas no lucrativas.

2. PENSIONES Y PRESTACIONES DE LAS QUE SE PUEDEN BENEFICIAR LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el año 1989, la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores estableció que " las personas que estén excluidas del mercado de trabajo, ya sea por no haber podido acceder a él, ya sea por no haber podido reinsertarse en el mismo, y que no dispongan de medios de subsistencia, deben poder beneficiarse de prestaciones y recursos suficientes adaptados a su situación personal".

En el mismo sentido y en el año 1992, la Comisión de las Comunidades Europeas instó a los Estados miembros a que establecieran una garantía de recursos y prestaciones suficientes para vivir conforme a la dignidad humana, especialmente con respecto a las personas excluidas del mercado laboral; son las llamadas rentas mínimas de inserción. En ese momento, en varios países como Alemania, Francia y Reino Unido ya tenían establecidas prestaciones de esta índole y, en España, el País Vasco desde 1.990 ya había iniciado la gestión de la prestación popularmente conocida como " salario social " (término que no gusta a muchos).

En Alemania, las prestaciones económicas específicas para personas con discapacidad vienen recogidas en la Ley del Seguro de los Trabajadores, la Ley de Armonización de las

Prestaciones de Rehabilitación, la Ley Federal de Asistencia Social y el Código Social en los artículos que regula el Seguro de Dependencia.

La normativa de Seguridad Social y de Asistencia Social regula las prestaciones específicas para las personas con discapacidad en Francia. En el Reino Unido, es básicamente la normativa de la Seguridad Social.

En Suecia, la Ley de Base sobre la Reforma de las Pensiones de 1994, aún no desarrollada completamente y que supondrá cambios notables en las pensiones de la Seguridad Social y las prestaciones para asistencia personal son reguladas por la Ley de Ayuda a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales y la ley el Subsidio de Asistencia.

2.1. Ingresos mínimos

En los 5 países estudiados se contemplan prestaciones cuyo objetivo es garantizar unos ingresos mínimos de subsistencia, tanto para toda la población como específicas para las personas con discapacidad. Entre estas últimas compararé fundamentalmente las prestaciones que tratan de garantizar una renta mínima de derecho subjetivo y para personas excluidas del mercado laboral, partiendo de la situación española, cuyo modelo tomamos de referencia. Se trata de buscar las pensiones más semejantes a nuestras pensiones no contributivas recientemente introducidas en el sistema de protección a las personas con discapacidad, como pensiones asistenciales dentro de la Seguridad Social, que está realizando su camino hacia la universalización cumpliendo el mandato constitucional.

No se han contemplado las pensiones de la Seguridad Social de los distintos países para trabajadores que cubren diferentes contingencias como muerte y supervivencia, jubilación, maternidad, seguros de desempleo, prestaciones familiares, etc.

Las prestaciones de renta mínima pueden englobarse en dos grandes grupos:

A. Renta o subsidio que permita el acceso a unos mínimos aceptables de nivel de vida sin contrapartida.
B. Prestación económica destinada a satisfacer las necesidades más esenciales de la vida, pero vinculada a la integración laboral o social de las personas subsidiadas.

En Alemania, esta prestación de **Garantía de medios de subsistencia** es una ayuda prestada por la Asistencia Social y es un derecho subjetivo, y puede perderse en el caso que se rechace una oferta de trabajo. Está dirigida a personas sin recursos propios y que no pueden procurárselos por sí o por terceros.

En Francia existe la **Garantía de ingresos:** ingreso mínimo de inserción para personas que carecen de un nivel mínimo de ingresos y se concede a quien, en razón de su edad, de su estado físico o mental, de su situación económica o profesional, se encuentra en la incapacidad para trabajar. Tiene 3 componentes: una prestación económica, el acceso al seguro de enfermedad y prestaciones de la vivienda y un contrato de inserción. Está dirigida a personas que se encuentran incapacitadas para trabajar por edad, estado físico o mental o de su situación económica o profesional.

En el Reino Unido existe una **Prestación de ingresos mínimos** de carácter no contributivo que se contempla dentro del marco de la unidad familiar, que permite el acceso a otras prestaciones como medicamentos, ayudas para la vivienda, ayudas del fondo social. Se benefician las personas que no pueden trabajar, enfermas, con discapacidad, personas cuidadoras, cabezas de familias monoparentales y mayores de 60 años.

En Suecia existe el **Subsidio Social** que viene regulado por la Ley de Servicios Sociales y administrado por los municipios por lo que pueden llegar a existir diferencias notables, no obstante no puede estar por debajo de un nivel mínimo de subsistencia determinado con carácter nacional. Es un subsidio de subsistencia independiente de las causas que ha generado la situación de necesidad para toda persona que carezca de medios.

En España, las pensiones de **Garantía de Ingresos Mínimos** se regulan en las diferentes Autonomías y tratan de garantizar unos ingresos mínimos de subsistencia y, en ciertas regulaciones, facilitar la inserción social. Tienen carácter temporal, y subsidiaria de prestaciones de otros sistemas públicos. Normalmente son prestaciones para familias pobres o personas en situación de exclusión social que han agotado las prestaciones contributivas y no contributivas, o no pueden acceder a ellas.

En concreto en Andalucía, la renta mínima de inserción está regulada por el Decreto 2/1999 por el que se regula el Programa de Solidaridad de los Andaluces para la erradicación de la Marginación y la Desigualdad en Andalucía. **El Ingreso Mínimo de Solidaridad** es una prestación, entre otras medidas de inserción, que trata de potenciar las medidas insertivas y capacitadoras de la familia beneficiaria frente a las meramente asistenciales. Hay medidas para la vivienda y la educación y a los miembros de la familia mayores de edad se les puede requerir un compromiso de inserción. Se financia con las partidas presupuestarias correspondientes.

Una vez descritas las diferentes prestaciones que garantizan unos ingresos para toda la población, se describen las específicas para personas con discapacidad.

En Alemania existe un Seguro de Pensiones que contempla dos prestaciones, ambas contributivas, la pensión de incapacidad profesional y la pensión de invalidez. A la *pensión de*

invalidez pueden acceder las personas con discapacidad severa, o las personas con discapacidad que no puedan trabajar con regularidad o no obtengan unos ingresos mínimos. La *pensión de incapacidad profesional* es para trabajadores que por enfermedad, discapacidad o accidente no son capaces de ganar la mitad de lo que ganan otros con similar formación, conocimientos y actitudes ni en su actual ocupación ni en otra. Ambas pensiones pueden concederse con carácter indefinido o por un periodo determinado de tiempo.

En Francia hay 3 tipos de prestaciones para personas con discapacidad reguladas por normativa de la Seguridad Social y de la Ayuda de Asistencia Social:

- Contributivas: la pensión de invalidez.
- No contributivas: garantía de recursos, y prestaciones para adultos con discapacidad.
- Y de carácter reparador: para víctimas del terrorismo y de guerra, ya sean personas civiles o militares.

Pero siguiendo la línea establecida para este estudio, hablaremos de *la Prestación para adultos con discapacidad*; creada en 1975, es una prestación no contributiva de la S.S. financiada por el presupuesto del Estado. Su objetivo es garantizar a sus titulares un mínimo de recursos que les procure una cierta autonomía. Para percibirla hay que tener una discapacidad permanente del 80%; o entre el 50 y el 80% y que sea imposible encontrar empleo; residir en Francia; ser francés o ser de un país con el que se tiene firmado un tratado de reciprocidad; tener 20 años y unos ingresos inferiores al límite fijado por decreto, límite que aumentará si está casado.

De esta prestación se pueden beneficiar personas con más 16 años si perciben una remuneración inferior al 55% del salario mínimo, se encuentran casados o conviven maritalmente, perciben una ayuda individual o social por vivienda o viven solos sin estar ligados a otro beneficiario.

La Garantía de Recursos provee un mínimo de recursos a aquellas personas con discapacidad que ejerzan una actividad profesional, ya sea en el mercado ordinario o protegido. Esta prestación puede acumularse a la prestación de adultos con discapacidad y a la ayuda compensatoria, dentro de unos límites que varían en función de la situación familiar del interesado.

Antes de hablar de los sistemas de cobertura en Suecia es necesario advertir que este país está en estos momentos en una profunda reforma de su sistema de pensiones, tras la cual aparecerá una prestación ordinaria con pensión mínima garantizada.

Existe la pensión contributiva de invalidez y pensiones complementarias de la misma, tratando de adaptarse a diferentes necesidades y circunstancias. *La pensión de invalidez* se concede a personas entre 16 y 64 años cuya capacidad de trabajo ha quedado reducida al menos en un 25%

como consecuencia de enfermedad o incapacidad física o mental. La cuantía se gradúa en función de los porcentajes de disminución de la capacidad productiva.

Dentro de las pensiones complementarias, se encuentra *el subsidio suplementario de invalidez:* es una prestación básica adicional que pueden percibir personas que sin recibir ningún tipo de pensión precisan ayuda de otros para trabajar o estudiar. Los requisitos para percibirla son tener entre 16 y 65 años, y requerir ayudas de una tercera persona para las actividades diarias, el trabajo, o los estudios o tener un incremento de gastos a causa de la discapacidad. Según la situación del mercado la Seguridad Social valora el grado de necesidad y concede el subsidio en un nivel mínimo, medio, o máximo. También pueden percibirla aquellos que tienen una pensión de invalidez.

La prestación por discapacidad severa del Reino Unido es una ayuda económica para personas en estado de necesidad que no han trabajado durante un mínimo de 28 semanas y no cuentan con cotizaciones para percibir una prestación por incapacidad. Se trata pues de una pensión no contributiva de la Seguridad Social, no tiene carácter imponible ni su atribución está condicionada por el nivel de ingresos. Los requisitos para obtenerla son tener más de 16 años, ó 19 en el caso que estudie, y menos de 65 años para concederla por primera vez; residir en el Reino Unido, haber estado incapacitado para trabajar durante 196 días y continuar en la misma situación.

En España, en el año 1990, la Seguridad Social introduce en su ámbito las pensiones no contributivas con la Ley 26/90, posteriormente incorporadas al Nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/94, de 20 de Junio. Desde aquel momento existen e España la Pensión de Invalidez contributiva y la no contributiva.

La Pensión No Contributiva de Invalidez viene a atender a aquellas personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65 %, que carecen de cotizaciones suficientes o no han trabajado nunca; han de tener de 18 años a 65 años para solicitarla por primera vez; deben ser españolas y residir en España durante al menos 5 años, 2 de ellos consecutivos e inmediatamente anteriores a la solicitud y carecer de rentas e ingresos suficientes propios o familiares. Es incompatible con rentas de trabajo, y con las pensiones derogadas de la LISMI y F.A.S. y con la protección por hijo a cargo.

Aún cuando se dan varias coincidencias, en líneas generales prevalecen las diferencias entre los 5 países estudiados, que se continúan notando en los requisitos que se establecen para su concesión. Hay establecidos requisitos de edad, de límites de ingresos ya sea de la unidad familiar o del propio solicitante, de grado de discapacidad, de compatibilidades, de nacionalidad, etc.

La incapacidad para el trabajo se mide en porcentajes que van desde el 65 de España, al 75-80 del Reino Unido, al 80 de Francia para las personas con discapacidad permanente y del 50 al 80 para aquéllos que no pueden acceder a un puesto de trabajo a causa de su discapacidad. En España, además, se aplica un baremo para demostrar la imposibilidad de acceder a un puesto de trabajo.

Los criterios para fijar la cuantía de la pensión también son diferentes, o bien se fija una cuantía igual para todos los beneficiarios o bien se contempla la posibilidad de un incremento en razón de que la persona con discapacidad tenga personas a su cargo, como ocurre en Francia, tratando de reconocer la existencia obvia de necesidades económicas diferentes. En Suecia el subsidio suplementario de invalidez se concede en un nivel mínimo, medio o máximo (36%, 53%, o 69%) en función de las circunstancias del perceptor y la situación del mercado de trabajo. O como ocurre en España que las cuantías son diferentes en razón de que existan varios miembros en la misma familia perceptores de pensiones no contributivas.

Normalmente las pensiones son incompatibles entre sí cuando son de igual naturaleza pero sí existe la posibilidad de percibir otras prestaciones suplementarias y / o complementarias.

La percepción de estas prestaciones puede ser indefinida, siempre que permanezcan las causas de su concesión, o de carácter temporal.

2.2. Ayuda por tercera persona (A.T.P.)

Esta prestación viene a compensar un exceso de gastos y no puede contemplarse como una garantía de medios económicos de subsistencia.

En este tipo de ayudas también hay gran diversidad, no ya de denominación, sino de servicios, cuantías, requisitos, objetivos, etc. Estas ayudas se perciben tanto por el sistema contributivo, como el no contributivo, pueden ser del sistema de ayuda social o de la seguridad social. También pueden ser exclusivamente económicas o exclusivamente como prestaciones de servicios o una combinación de ambas. Tampoco tienen una cuantía fija como ocurre en Suecia, que establece la cuantía en función de las distintas horas de apoyo preciso.

En España y Suecia esta ayuda ha de percibirse por primera vez antes de los 65 años. Por el contrario, Francia tiene una prestación específica de dependencia para mayores de 60 años. En Alemania, el Seguro de Dependencia inicialmente fue diseñado para personas mayores. Y, por último en el Reino Unido está la prestación de cuidados para personas mayores de 65 años.

Pueden ser percibidas para asistir al trabajo o para la realización de estudios y no se limitan exclusivamente a la atención a personas con necesidades en las actividades de la vida diaria.

Igual que ocurría en España con estas ayudas de la A.T.P. derivadas de la LISMI, en Suecia, las personas atendidas en un centro residencial no perciben este tipo de ayuda.

El seguro de A.T.P. más imaginativo es el de Alemania: el Seguro de Dependencia. Es una nueva prestación del año 1995 dentro del marco de la Seguridad Social, y puede combinarse el

abono de la prestación con la prestación directa de servicios, pudiendo realizarse hasta 10 combinaciones diferentes tratando de adecuar los servicios a las propias necesidades de la persona con discapacidad. Cuatro de las prestaciones por tercera persona que son económicas, pueden abonarse en metálico o bien a través de la prestación del servicio y las restantes modalidades son diversos servicios residenciales y de apoyo.

Estas prestaciones pueden incluir ayudas económicas para adaptación del hogar y mobiliarios, y en este caso se les puede solicitar a las personas que cofinancien el proyecto. También se incluyen servicios sociosanitarios para prestar en el domicilio.

En principio esta ayuda fue pensada para personas mayores, pero al no establecerse límites de edad pueden beneficiarse los niños a través de las cotizaciones de sus padres. Dentro de este Seguro de Dependencia, todos los trabajadores deben cotizar obligatoriamente contra el riesgo de precisar asistencia a largo plazo.

Existen dos seguros que cubren servicios o prestaciones de A.T.P.:

1. El seguro de accidentes laborales tiene un incremento entre 410 y 2.106 marcos para asistencia por parte de una tercera persona.
2. El seguro de enfermedad financia la ayuda domiciliaria si la rehabilitación médica impide realizar las tareas de la vida cotidiana y en el caso que sean precisos cuidados de enfermería.

La Ley de la Asistencia Social contempla el recurso de una tercera persona a través de varias prestaciones, como compensación por gastos realizados, cobertura de las cotizaciones de los cuidadores, subsidios suplementarios. Son ayudas prestadas por la Asistencia Social, tienen carácter subsidiario y son para personas que no están cubiertas por los seguros anteriores, etc.

La Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos impedimentos funcionales de Suecia recoge la A.T.P. y regula el derecho a la asistencia personal, para personas que presentan gran necesidad de ayuda y se puede optar por:

- percibir la ayuda en metálico para un familiar-cuidador o contratar a un asistente, o
- contratar una persona o bien recibir la ayuda por un asistente del ayuntamiento.

La modalidad de abono en metálico de esta prestación viene regulada por la Ley del subsidio de asistencia y no tiene una cuantía fija, sino que se establece en función de las horas que precisa ayuda y ha de necesitar una media de 20 horas semanales, y el importe de la hora está establecido por el Gobierno Central. En los casos que requiera menos de 20 horas la persona es atendida por parte de la Asistencia Social Municipal.

En Francia existe la prestación compensatoria, que es una pensión no contributiva que se ubica dentro del sistema de la Ayuda Social, que varía en función de los ingresos del beneficiario, tiene por objeto permitir la ayuda de una tercera persona o compensar de los gastos complementarios ocasionados por la discapacidad.

El beneficiario ha de tener un grado de discapacidad del 80%, ser mayor de 16 años, y no beneficiarse de la ayuda análoga de la Seguridad Social. El solicitante ha de justificar la necesidad de esta ayuda de tercera persona para las actividades básicas. Esta ayuda sólo se puede conseguir con la contratación de una tercera persona o bien con el apoyo de una persona de su entorno que sufre una pérdida de su ganancia. Las personas ciegas están exentas de demostrar esta necesidad. Esta prestación también la pueden percibir personas que necesitan ayuda para realizar una actividad profesional.

En el Reino Unido disponen de la prestación por discapacidad que corresponde a personas con discapacidad, independientemente de la edad y del nivel de ingresos, si requieren ayuda para las actividades de la vida diaria; es una pensión no contributiva. Tiene dos componentes, la A.T.P. y la movilidad. La prestación se atribuye a la persona con discapacidad y no a la que realiza la función cuidadora y su importe no implica que deba emplearse en la misma.

En España, la Prestación de Ayuda a Tercera Persona fue regulada por primera vez entre las prestaciones económicas derivadas de la LISMI. Más que una prestación independiente, se trata de un complemento de la pensión de invalidez no contributiva que se refleja en el incremento del 50% del importe de la pensión de invalidez. Los requisitos necesarios son tener un grado de minusvalía igual o superior al 75% y alcanzar al menos 15 puntos de necesidad de concurso de otras personas. Se le aplica las mismas incompatibilidades que a la P.N.C. de invalidez.

En todos los países estudiados está establecido el requisito de la edad hasta los 60-65 años para solicitar la A.T.P. Se contempla una prestación específica en el Reino Unido o en Francia para los mayores de 60 años. Por el contrario en Suecia y en España se excluye a las personas mayores de 65 años de un incremento de la pensión para A.T.P. por el deterioro asociado a la edad.

El criterio para percibir estas ayudas también es diferente en los cinco países. El grado de minusvalía solo se especifica en los casos de Francia y España y se fija entre el 75 % y el 80%. En Alemania hay 3 niveles de necesidad de tercera persona, y se contempla hasta aquellos discapacitados que precisan 24 horas de atención. En el Reino Unido hay que pasar el test de discapacidad y en Suecia necesitar la atención una media superior a las 20 horas.

2.3. Otras prestaciones

En este punto la diversidad hace prácticamente imposible, tras un estudio comparativo, encontrar semejanzas. La panoplia de prestaciones es casi infinita.

2.3.1. *Prestaciones de transporte*

Esta prestación trata de cubrir la ayuda necesaria para desplazarse. Sólo en el Reino Unido y en España existe un subsidio de movilidad con características semejantes; en el resto de las legislaciones para solucionar el problema del transporte se opta por otro tipo de ayudas como la adquisición de vehículos, o exenciones en impuestos de carreteras, vehículos, etc.

En el Reino Unido está comprendida en la Prestación por Discapacidad con dos componentes: la A.T.P. propiamente dicha y la de movilidad; el solicitante puede acceder a una o a las dos. Esta prestación está destinada a cubrir la ayuda necesaria para desplazarse. No tiene límite de edad ni tiene carácter contributivo. Es requisito para la primera solicitud tener menos de 65 años.

La prestación de movilidad y compensación de gastos de transporte está destinada a aquellas personas con minusvalía que tengan graves dificultades para utilizar transportes públicos. Tiene establecido un límite de renta familiar.

2.3.2. *Destinadas a personas cuidadoras*

Tanto en Alemania, como en Suecia, Reino Unido y Francia existen una serie de prestaciones destinadas a las personas que ejercen de cuidadoras, prestación que es muy demandada en España y que ha sido muy necesario explicar que no existen, ya que las ayudas de Tercera Persona son un incremento y no una pensión para la persona que presta el servicio.

Las modalidades son muy diferentes: en ocasiones, son ayudas económicas para compensar las pérdidas de ingresos; en otras, se abonan las cotizaciones a la Seguridad Social de la persona cuidadora; y en otras se disfrutan de permisos especiales en los puestos de trabajo sin perder ni éste ni los periodos de cotización de esos periodos laborales.

En Francia, los cuidadores de un menor de 20 años, cuando la comisión Técnica de Orientación y de Reincorporación Profesional haya considerado deseable que permanezca en el domicilio familiar, pueden beneficiarse del seguro de vejez y están adscritos al Régimen General de la Seguridad Social como trabajadores asalariados.

En Suecia, existe un subsidio de Asistencia a Parientes Próximos para los trabajadores que abandonan su trabajo para cuidar a una persona gravemente afectada o bien a un hijo menor de 21, aunque en ocasiones puede llegar hasta los 23. Esta prestación está sujeta a impuestos, pero el tiempo dedicado a esta actividad se computa a la hora de calcular la pensión de jubilación, que puede verse incrementada entre un 5 y un 50% según los años dedicados a la tarea.

2.3.3. *Otras prestaciones*

En este apartado se contemplan las prestaciones que van dirigidas a la eliminación de barreras arquitectónicas y a la adquisición de vehículos a motor que se recogen en todas las normativas estudiadas, ya sea como prestaciones o como exenciones de impuestos.

En la mayor parte de los länder alemanes, las personas ciegas reciben prestaciones económicas, independientemente del nivel de ingresos, para cubrir los gastos derivados de su discapacidad; su cuantía varía entre los 600 y 1.133 marcos.

2.3.3.1. Eliminación de barreras arquitectónicas

En varios países existen ayudas para hacer frente a los gastos de vivienda para toda la población, para hacer frente a los gastos de alquiler o compra, a los gastos de calefacción, o exenciones de impuestos municipales, como en Alemania y el Reino Unido.

Específicamente para los gastos de adaptación del hogar se contempla de diversas maneras:

1. En Alemania, se contemplan ayudas de estas características en varios seguros para la población general, y específicamente para las personas discapacitadas en:
   - Seguro de Dependencia: Se conceden ayudas cuya cuantía máxima es de 5.000 marcos por cada proyecto en el que se incluye el mobiliario, y al beneficiario se le puede pedir que cofinancie el proyecto.
   - También existen ayudas específicas para la adquisición de vivienda que consiste en 50 marcos mensuales siempre que tenga el solicitante una discapacidad severa con una pérdida de ingresos igual o superior al 80%. Su gestión corresponde a las Oficinas Locales de la Vivienda.
2. Francia: existe un complemento de la prestación para adultos con discapacidad para realizar las adaptaciones que le permitan una vida autónoma. Su cuantía es un 16% del importe mensual de la prestación y ha de tener una vivienda independiente. Debe tener un grado de minusvalía del 80% y ser perceptor de una prestación por discapacidad en grado pleno, o vejez, accidente de trabajo o invalidez.
3. En España estas ayudas pueden considerarse tradicionales ya que se contemplaban en el Real Decreto 620/1981 sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos y su Orden de desarrollo, que marcó un hito en el establecimiento de criterios homogéneos de acceso a la multiplicidad de subvenciones, hasta entonces concedidas por diferentes organismos en materia de educación y asistencia social, servicios sociales, empleo, y en el que el apartado de eliminación de barreras arquitectónicas y adquisición de ayudas técnicas tenía especial relevancia. Posteriormente y con el proceso de

transferencias a las diferentes comunidades autónomas se ha continuado contemplando.

2.3.3.2. Ayudas para adquisición de vehículos

Las ayudas para adquisición de vehículos se conceden en Suecia y España; otros países como Reino Unido y Alemania, que sólo en el Seguro de Accidentes Laborales contemplan ayudas para la adaptación de vehículos, optan por exenciones de impuestos en la adquisición del coche, las adaptaciones, impuestos de carreteras, etc.

Mención aparte merece el Reino Unido en el que desde el Departamento de Salud se asigna un vehículo pequeño por una normativa anterior al año 1976.

2.3.3.3. Protección por hijo a cargo

En Alemania, Reino Unido, Suecia y España existe una prestación por hijo a cargo, o subsidio infantil, hasta los 16 ó 18 años. Aunque cada país tiene sus propias características:

- En Suecia existe el subsidio infantil hasta los 16 años y los mayores en escuela obligatoria.
- Alemania paga este subsidio por cada hijo hasta los 18 años, y en determinadas condiciones hasta los 27 años. Existe otra excepción para los hijos de familias monoparentales.
- El Reino Unido tiene una prestación por hijo a cargo, independientemente del nivel de ingresos, hasta los 16 años, o hasta los 19 si cursa estudios secundarios. En caso de estudios superiores hasta los 27 años.
- En España está la prestación por hijo a cargo a todos los niños hasta los 18 años, siempre que la familia no supere los ingresos establecidos. La cuantía de este ingreso se dobla para el caso de los niños con discapacidad.

Estas prestaciones son para toda la población, y en ningún caso existe una prestación específica en razón de la discapacidad, como ocurre en España, en donde se contempla que la protección por hijo a cargo, una vez cumplidos los 18 años, específica para las personas con discapacidad, no tiene límite de ingresos familiares, puede compatibilizarse con otras pensiones como la de orfandad y se percibe durante toda la vida, siempre que se tenga un grado de minusvalía del 65% y están exentas del impuesto sobre la renta. También puede incrementarse en aquellos casos en los que es necesaria ayuda de otra persona para los actos más esenciales de la vida.

3. BENEFICIOS FISCALES

Otra forma de aportar apoyo a las personas con discapacidad son los beneficios fiscales y en este aspecto hay gran variedad de ventajas que van desde las desgravaciones de impuestos municipales a exenciones en el impuesto de acceso a bienes y servicios.

1. En Alemania, se contemplan deducciones para determinadas tasas y deducciones de la renta. En el primer caso existen exenciones de las tasas de radio y televisión. Las desgravaciones sobre el impuesto para los gastos de mantenimiento de un vehículo adaptado. En el caso de las deducciones, las hay sobre el impuesto sobre el patrimonio y en el impuesto sobre la renta que prevé la posibilidad de deducir una cuantía destinada a cubrir los gastos extraordinarios derivados de la discapacidad sin presentar facturas y en función del grado de discapacidad e independientemente del nivel de ingreso.

2. Francia contempla las siguientes ventajas fiscales para las personas con discapacidad:

   - Desgravaciones en los impuestos de sucesiones e impuestos municipales.
   - Exenciones en el impuesto de circulación, en el pago del I.V.A. en equipamientos especiales, sobre la televisión y en los salarios de contratación de una persona cuidadora.

3. Los beneficios fiscales en el Reino Unido se reducen a:

   - Exención del impuesto de carretera cuando disponga de un vehículo pequeño atribuido por el Departamento de Salud, ser beneficiario de la prestación por movilidad, en su nivel máximo y la prestación por discapacidad o de cuidados.
   - Exención en el pago del I.V.A. en la compra de equipamiento y en las reformas de adaptación de la vivienda, cuando las mismas respondan a necesidades especiales.

4. En Suecia, sólo está exento de pago el impuesto de circulación de vehículos por lo que también pueden acceder a una desgravación. Pero este criterio está motivado por entender que la población discapacitada dispone de recursos económicos y / o en especie con las que el sistema les compensa, y con el fin de garantizar su participación social, éstas deben realizar sus propias aportaciones. No se trata, pues, de falta de sensibilidad, sino muy al contrario en este criterio subyace el respeto a la dignidad de la persona discapacitada que no es un mero receptor de ayudas y protección, sino que participa en el mantenimiento de los sistemas de cobertura que utiliza. Este concepto está muy alejado del concepto paternalista y potencia la cofinanciación.

5. En España, existen beneficios fiscales en los siguientes aspectos:

- Impuesto sobre la renta de las personas físicas.
- Impuesto sobre sociedades.
- Impuesto sobre sucesiones y donaciones.
- Impuesto sobre el valor añadido.
- Impuesto sobre transmisiones y actos jurídicos documentados.
- Impuesto de matriculación.
- Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica.
- Impuesto sobre actividades económicas.

La protección a las personas con discapacidad es amplia y diversa en los 5 países estudiados y, aunque en el sistema de protección hay diferencias, los objetivos más comunes son: garantizar medios de subsistencia mínimos; la ayuda a tercera persona está adquiriendo una importancia notable, cuyo ejemplo a seguir quizá sea el Seguro de Dependencia; y las prestaciones para transporte, adaptaciones y equipamientos especiales.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES RENTAS MÍNIMAS DE INSERCIÓN

PAISES	Denominación		Definición	Prestación económica	Otros componentes	Contrapartida	Límite ingresos	Edad
ALEMANIA	Garantía medios de subsistencia.	A.S.	No poder acceder a medios de subsistencia por sí o por otros.	Sí	____	Se pierde si se rechaza oferta de trabajo.	____	____
FRANCIA	Garantía de ingresos.	____	Carecer de un nivel mínimo de ingresos por edad, enfermedad, le impiden trabajar .	Sí	Seguro médico y vivienda	Contrato de inserción.	____	____
REINO UNIDO	Prestación Ingreso mínimo.	S.S.	Personas que no pueden trabajar por enfermedad, discapacidad, persona cuidadora o cabeza de familia monoparental o mayor 60 años.	Sí	Medicina gratuita, ayuda para vivienda y sociales.	____	Sí. De la unidad Familiar	16 años
SUECIA	Subsidio Social	SS.SS	Carecer de medios de subsistencia.	Sí.	_____	No.	_____	____
ESPAÑA. (Andalucía)	Ingreso minimo de solidaridad.	SS.SS	Para familias con recursos inferiores a un límite determinado.	Sí.	Itinerarios laborales, ayuda vivienda y de educación.	Contrato de inserción de miembros mayores de edad de la U.F.	Sí.	25 años, para los que viven solos

* Se desconocen los datos de los recuadros no cumplimentados

CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES PRESTACIONES DE AYUDA A TERCERA PERSONA

PAISES		Criterios para su concesión.	Complementaria/ Suplementaria.	Objeto	P.N.C. / P.C.	Otros.
ALEMANIA (Asistencia Social)	Prestaciones de Asistencia en Condiciones Particulares de vida.	Necesitar aistencia en actividades cotidianas	Suplementaria.	Compensación por gastos, cotizaciones de cuidadores.	P.N.C.	Subsidiarias y para personas no cubiertas por los otros seguros.
ALEMANIA (Seguridad Social)	Seguro de dependencia. Seguro de accidentes de trabajo.	Idem.	Se complementa con ayudas para adaptar el hogar y el mobiliario.	Se fija según el grado de necesidad.	P.C.	Combina prestación/servicios.
FRANCIA (Asistencia Social)	Prestación Compensatoria.	80%.	Incompatible con la similar de la S.S.	Para contratar a un cuidador/o persona del entorno.	P.N.C.	Idem.
REINO UNIDO	Prestación por discapacidad.	Pasar el test de discapacidad.	_____	_____	P.N.C.	Movilidad
SUECIA	Ley de Ayuda y Servicios a personas con ciertos impedimentos y Ley del Subsidio de Asistencia.	Necesitar ayuda personal más de 20 horas a la semana.	_____	Para contratar a un cuidador o persona del entorno.		Las personas que requieren menos 20 horas de ayuda, las atiende el municipio.
ESPAÑA (Seguridad Social)	Complemento por necesidad de ayuda de otra persona.	75%, y 15 puntos en baremo específico.	Complementaria de la P.N.C.I. y Protecciòn hijo a cargo.	Compensar gastos.	P.N.C.	

* Se desconocen los datos de los recuadros no cumplimentados

CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES PRESTACIONES DE GARANTÍA DE INGRESOS MÍNIMOS

PAISES	Denominación.	% Discapacidad.	Edad.	Complmentaria/ suplementaria.	P.N.C./ P.C.	Otros
ALEMANIA (S.S.)	Pensión de incapacidad y Pensión de invalidez.	No poder obtener ingresos suficientes con el trabajo.	Se paga hasta los 65 años.	NO.	P.C.	Los que no reúnan los requisitos pueden cotizar 20 años voluntariamente.
FRANCIA (S.S.)	Prestación para adultos con discapacidad.	80%, o de 50ª 80% si no puede trabajar.	20 años, ó 16 años en determinadas circunstancias.	Incompatible pero complementaria de vejez, invalidez o A. de T	P.N.C.	Se complementa con ayudas de adaptaciones y para cubrir gastos en razón de la discapacidad.
REINO UNIDO (S.S.)	Prestación por discapacidad severa.	Entre 75% y 80%.	16 años, ó 19 en caso de estudios.	NO.	P.N.C.	No es imponible.
SUECIA	Subsidio suplementario de invalidez.	Requerir ayuda de 3ª persona.	16 años.	Es suplementaria de la de invalidez, pero se concede a quienes lo necesitan para estudiar o trabajar.	P.N.C.	Pueden establecerse para su concesión 3 niveles.
ESPAÑA (S.S.)	Pensión de no contributiva de invalidez.	65%.	18 años.	NO.	P.N.C.	No es imponible.

* Se desconocen los datos de los recuadros no cumplimentados

BIBLIOGRAFÍA

1. La Integración Social de los Minusválidos. Balance después de 10 años de vigencia de la Ley 13/1982. Varios autores. Colección Solidaridad 4. Fundación ONCE. Escuela libre editorial. Madrid, 1993.

2. La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España. José María Alonso Seco y Bernardo Gonzalo González. Serie Derecho Público. B.O.E. Madrid, 1997.

3. Realizaciones sobre Discapacidad en España. Balance de 20 años. Varios autores. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1997.

4. Los límites de la Política Social. Nathan Glazer. Colección Economía y Sociología del Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1992.

5. Legislación Relativa a la Política sobre la Discapacidad. SIIS. Centro de Documentación y Estudios. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1999.

6. Código de Protección social. Tomo II. Bernardo Gonzalo González, José M.ª Alonso Seco y otros autores. B.O.E. Madrid, 1995.

7. Guía Laboral 1998 y de Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa de la Secretaría General Técnica. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1998.

9. SERVICIOS SOCIALES

SERVICIOS SOCIALES

Antoni Vilà Mancebo
Escuela Universitaria de Trabajo Social
Barcelona

1. REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La Constitución española (CE) incluye entre los principios rectores de la política social y económica (Título I, Capítulo III CE) un precepto específico relativo a las personas con discapacidad (art. 49) que establece un tratamiento especial para este colectivo cuado sea necesario para disfrutar de todos los derechos fundamentales y, asimismo, contempla otros relacionados con los servicios sociales, como la protección a la familia y a la infancia (art. 39), la juventud (art. 48), la tercera edad (art. 50), etc. Por ello, podemos considerar que los servicios sociales para personas con discapacidad forman parte de este bloque normativo y, en tal caso, debemos recordar que la CE establece que dichos principios informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero que no son directa e inmediatamente exigibles —su plena eficacia depende de las leyes que lo desarrollen— y que tampoco gozan del procediendo preferente y sumario ni del recurso de amparo que tutelan la mayoría de los derechos civiles y políticos. Así, ante la ausencia de una ley de bases a nivel estatal, han sido principalmente las legislaciones autonómicas las que han desarrollado los citados principios constitucionales, señalando el alcance y las garantías de los servicios sociales para personas con discapacidad, con la excepción de los relativos a la seguridad social (art. 149.1.17ª). Fueron las citadas normas autonómicas las que pretendieron crear el *derecho* a los servicios sociales: todas ellas reconocen el *derecho a un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública,* aunque en su contenido no se establecen mecanismos reales y eficientes para hacerlos efectivos, dejándolos a la postre en manos de lo que establezcan las normas reglamentarias y los créditos disponibles en cada momento. Podemos concluir, pues, que la legislación autonómica a pesar de las declaraciones enfáticas que realizan no determinan claramente qué servicios son derechos esenciales y, por tanto, pueden acceder todos los ciudadanos —independientemente de si son o no gratuitos—, aunque se observan esfuerzos en esta dirección (cartas y declaraciones de derecho a los servicios sociales, determinación de derechos básicos, etc.).

En los países estudiados parece observarse un proceso más avanzado de clarificación y reconocimiento de derechos: en Alemania se distinguen los servicios que constituyen propiamente un derecho —aunque sujetos al cumplimiento de determinados requisitos— de otros que tienen un carácter discrecional; en sentido parecido, el Reino Unido separa los que constituyen una obligación de las autoridades competentes (aunque la jurisprudencia matiza que debe tenerse presente los recursos de que dispone la entidad prestadora) y de los discrecionales; en Suecia, la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales establece una declaración de derechos si se cumplen los requisitos de acceso, en cambio los servicios sociales (Ley de Servicios Sociales) son discrecionales y sujetos a condiciones de acceso, especialmente relacionadas con la imposibilidad de satisfacción de las necesidades básicas del individuo; en el caso de Francia, se

incide más en medidas concretas para hacer efectivo el derecho a permanecer en su domicilio, mediante ayudas para adaptación de la vivienda o acogimiento en medio residencial o en una familia de acogida.

Tanto en España como en los demás países se observan esfuerzos hacia la configuración y clarificación de los derechos sociales y también de los deberes, en la línea de las propuestas del Informe del Comité de Sabios como forma de reforzar la ciudadanía y la democracia en la UE. Este conjunto normativo estudiado pone de manifiesto los puntos clave del debate: contenido de la ciudadanía (lista de derechos-deberes), clasificación de las prestaciones sociales (esenciales, complementarias, accesorias), forma de establecerlos (grado de participación de la ciudadanía, forma: activa y responsable), objetivos (servicios y prestaciones técnicas, humanas y económicas mínimas que garanticen una vida digna y la cohesión social, lucha contra exclusión social, autonomía de las personas, etc.), garantías (recursos legales generales y especiales), financiación (pública, usuario, familia, etc.) y otras (servicios de proximidad, yacimientos de empleo, elegibilidad, calidad, etc.).

2. NORMATIVA REGULADORA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Podemos señalar como antecedentes más inmediatos de la normativa española de servicios sociales para personas con discapacidad: la beneficencia pública (Ley General de Beneficencia, 1849), la asistencia social (Fondo Nacional de Asistencia Social, 1959) y los servicios sociales de la Seguridad Social (Ley de Bases de la Seguridad Social, 1963; SEREM, 1979; INSERSO, 1978). Después la Constitución española (1978) establece un modelo de Estado social y autonómico que enmarca las políticas sociales (art. 9.2. y 10), cuyo artículo 49 fue desarrollado por la Ley de Integración Social de los Minusválidos (1982), que dedica el Título VIII a los servicios sociales. En este punto, debemos insisitir en que, debido posiblemente a la ambigüedad constitucional relativa a los servicios sociales y al reparto del quantum competencial, en la práctica no existe una ley estatal en esta materia y que el desarrollo de este ámbito haya sido principalmente autonómico (Leyes autonómicas de Servicios Sociales y/o Acción Social).

Los demás países analizados establecieron, especialmente a partir de la II Guerra Mundial, normas referentes a estas materias y así constatamos que al final de la década de los ochenta disponían ya de un cuerpo normativo consolidado en materia de discapacidad y de servicios sociales: a) Alemania: Ley Federal de Asistencia Social (1961), Ley de Armonización de las Prestaciones de Rehabilitación (1974), Ley para las Personas con Discapacidad Severa (1974), que después serían completadas con la introducción en el Código Social de la nueva rama de la Seguridad Social del Seguro de Dependencia (1994); b) Francia: además de la normativa general de asistencia social se aprobó como norma específica de referencia en el campo de la discapacidad la Ley de Orientación a favor de las Personas con Discapacidad (1975); c) Reino Unido: Ley de

Asistencia Social (1948), Ley sobre Personas con Enfermedades Crónicas y con Discapacidades (1970), Ley sobre Servicios, Asesoramiento y Representación de las Personas con Discapacidad (1986), Ley del Servicio Nacional de Salud y de la Atención Comunitaria (1990), además de las leyes de Trabajo Social de Escocia (1968) y la de Servicios Sociales de Inglaterra y Gales (1970); d) Suecia: Ley de Servicios Sociales (1980) y a principios de los noventa la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales (1993). Observamos, pues, de una parte la mayor antigüedad de las leyes y, de otra, la existencia a nivel estatal de normas "básicas" de servicios sociales en general y/o para determinados ámbitos de la discapacidad (incluso alguna de armonización) que luego, según el grado de descentralización, son desarrolladas y ejecutadas, en su caso, por los poderes legislativos (p.e. parlamentos de los länder) o por las entidades locales (condados, municipios, etc.).

Por otro lado, debemos señalar que España optó por la elaboración de una ley específica y global de la discapacidad que se nutrió de las tendencias y principios más modernos sobre la materia. Esta decisión se sitúa en el debate sobre la conveniencia de la legislación especial para determinados colectivos, ya que algunos consideran que dicha opción puede tener consecuencias marginadoras. Parece que el planteamiento de la LISMI pretendía constituir un marco jurídico global de actuación en el ámbito de la discapacidad y que las leyes posteriores tuvieran en cuenta sus principios y contemplaran, si fuera necesario, las especificidades que requiriera este colectivo para lograr la efectividad de sus derechos. En términos generales se valora favorablemente la experiencia, ya que son muchas las normas ordinarias que incluyen en su regulación las especialidades necesarias relativas a la discapacidad. Este seria el caso de la materia que nos ocupa, ya que las leyes autonómicas de servicios sociales (1982-1992) incluyen la discapacidad dentro de su ámbito de actuación. Sin embargo, debemos también señalar que en algún caso (p.e. Andalucía) se retorna a las legislaciones específicas y globales para este colectivo (las llamadas *"lismis autonómicas"*).

La legislación de los servicios sociales de los países analizados es anterior a las nuestras y forman parte del modelo de bienestar europeo: primero como asistencia social (leyes del Reino Unido de 1948 y de Alemania de 1961) y después ya como servicios sociales (Ley de Trabajo Social de Escocia de 1968, Ley de Servicios Sociales de Inglaterra y Gales y Ley de Servicios Sociales de Suecia de 1980) consideraron la discapacidad dentro de su ámbito de actuación. Toda esta normativa tuvo una considerable influencia en las leyes autonómicas de servicios sociales españolas. Referente a la legislación sobre la discapacidad es también abundante y en buena parte anterior a la nuestra, aunque la mayoría son parciales y se refieren a aspectos concretos (rehabilitación, servicios, dependencia, etc.), con excepción de la Ley de Orientación a favor de las Personas con discapacidad de Francia que tiene un planteamiento más global y más parecido a la LISMI.

Servicios de atención diurna y residencial

Para tratar los servicios sociales para personas con discapacidad parece conveniente abordar las siguientes cuestiones: la distribución competencial, el acceso a dichos servicios, la estructuración, la tipología, la ordenación, así como la gestión de los mismos.

a. Referente a las competencias que inciden en el ámbito de la discapacidad y los servicios sociales, la Constitución española le reserva al Estado las concernientes a la garantía de la igualdad de todos los españoles (art. 149.1.1ª) y la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17ª). Sin embargo, no se refiere a la asistencia social ni a los servicios sociales por lo que pueden corresponder a las CCAA en virtud de sus respectivos Estatutos (art. 149.3). Esta capacidad fue asumida ampliamente por todas las CCAA que incorporaron esta materia como competencia exclusiva (compartida para los procedentes de la seguridad social) y en virtud de las cuales promulgaron las leyes autonómicas de servicios sociales.

La distribución competencial en servicios sociales varía considerablemente en los países estudiados según se inscriban en tendencias más o menos centralistas. Gozan de amplias competencias en servicios sociales los 16 länder alemanes que disponen de constitución, parlamento y gobierno propios, así como los 25 Consejos de Condado suecos. Las peculiaridades del ordenamiento jurídico anglosajón (*Common law*) dificulta la comparación, aunque constituye una nota característica del modelo el alto grado de autonomía local, especialmente en servicios sociales, y, por otro lado, en estos momentos se están produciendo cambios significativos en el régimen de autonomía de sus territorios (p.e. recientes referendums de autonomía de Escocia y Gales). A pesar de su tradición centralista, Francia ha iniciado una tímida descentralización en sus 22 regiones (Consejos Regionales) y 96 departamentos (Consejos departamentales) que incide especialmente en la asistencia y los servicios sociales.

Por otro lado, debemos hacer una breve referencia al destacado papel que los servicios sociales de la Seguridad Social tienen en algunos países, como Alemania a partir de la aprobación del seguro de dependencia o el de las Cajas aseguradoras francesas. En España debería replantearse el alcance de la Seguridad Social constitucional y de sus servicios sociales.

Nuestro país se sitúa, pues, entre los más descentralizados a nivel regional y con unos importantes servicios sociales de la seguridad social, que nos situaría más cerca en estos aspectos del modelo alemán.

En relación a los entes locales, debemos señalar que la Constitución española establece los principios de la organización territorial (autonomía, igualdad, libre circulación y establecimiento, etc.) pero no concreta las competencias de los entes locales. El contenido mínimo se fijó en la Ley de Bases del Régimen Local (1985), entre las que se encuentran las referentes a servicios sociales

municipales (*prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social*), cuya prestación es obligatoria a partir de los 20.000 habitantes. Sin embargo, la concreción de las funciones a ejercer sobre esta materia corresponde a las leyes sectoriales autonómicas, que en general han optado por sistemas organizativos centralizados, con alguna notable excepción (p.e. País Vasco), relegando a un papel bastante residual al mundo local, cuyas competencias se centran en la gestión del nivel primario. Algunas leyes prevén la realización de dichas funciones en los Centros de Servicios Sociales.

En cambio, en todos los demás países europeos estudiados el mundo local ocupa un lugar destacado en la prestación de los servicios sociales, aunque se observan distintas intensidades y presentan características específicas: los ayuntamientos alemanes (Oficinas de Asistencia Social) disponen de una amplia autonomía administrativa en la prestación de los servicios básicos; en el Reino Unido las administraciones locales (Departamentos de Servicios Sociales) tienen asignadas importantes competencias ejecutivas; los municipios y regiones suecas (Comisión de Asistencia Social) han visto notablemente incrementada su tradicional autonomía en los últimos años; la complejidad de la estructura político-administrativa francesa dificulta la concreción competencial municipal, aunque sus funciones se central en los aspectos de ejecución.

El papel del sector privado, es otro elemento a tener en cuenta en la configuración de los servicios sociales para personas con discapacidad. La LISMI se pronuncia claramente por un sistema mixto, señalando que la prestación de los servicios sociales, sin perjuicio de la responsabilidad pública, puede ser realizada tanto desde el sector público como el privado, si bien considera que el público debe amparar y colaborar, especialmente con las entidades sin ánimo de lucro. Esta participación debe ajustarse a la planificación pública y las entidades que reciban fondos públicos deben establecer órganos de participación de los afectados. Las leyes autonómicas de servicios sociales siguen en la misma dirección: promoción e impulso de la iniciativa social, establecimiento de cauces de participación, cumplimiento de requisitos (condiciones mínimas, autorizaciones, registro, inspección, etc.) y ajustar la actuación a la planificación pública. En algunas de estas leyes se explicita la posibilidad de colaboración con las entidades con ánimo de lucro. El papel del sector privado y la intensidad de la colaboración varía en las distintas CCAA en función de factores históricos, culturales y políticos, aunque se aprecia en las últimas normas una tendencia a incrementar su presencia, especialmente en la gestión de servicios.

Las demás normativas estudiadas también tienen en cuenta la iniciativa privada, aunque sobresale por su singularidad el caso alemán que, en aplicación del principio de subsidiariedad, se les encarga la prestación de la mayor parte de servicios, ya que el sector público sólo interviene en ausencia o insuficiencia del privado; en Francia también ocupa un papel destacado en la

prestación de servicios. En el otro bloque de los sistemas con tradición de provisión pública de servicios (Reino Unido y Suecia) se observa asimismo un mayor protagonismo de estas entidades.

b. La efectividad del derecho a los servicios sociales depende en gran medida del sistema de acceso establecido. La LISMI, después de definir de forma amplia el concepto de discapacidad (art. 7.1), diferencia la fase de valoración del posterior reconocimiento de los derechos. La valoración es única a partir de baremos que establecen el grado de menoscabo y los factores sociales complementarios, que incluyen baremos específicos para el acceso a determinadas prestaciones. A partir de esta formula general las CCAA competentes han establecido requisitos específicos (grado afectación, situación económica y familiar, etc.) para el acceso de las personas con discapacidad a determinados servicios sociales, aunque otros tienen un carácter abierto a todos los ciudadanos (p.e. la información y orientación del nivel primario); sin embargo, la estructuración y el acceso a los servicios y prestaciones acostumbran a ser por sectores de población (minusválidos, tercera edad, infancia, etc.) y no de forma transversal por necesidades (dependencia, pobreza, etc.), quizá esta organización sectorial sea uno de los factores causantes del carácter marginal del sector.

También en los demás países el diagnóstico y la valoración es una condición previa de acceso a las prestaciones y servicios; referente a los servicios sociales suelen establecerse además por parte de la entidad responsable —normalmente las autoridades locales— requisitos específicos (necesidades especiales, medios económicos, plan de trabajo, etc.). Constituye una notable excepción el caso de Suecia donde, como consecuencia de la aplicación del concepto de discapacidad ligado al entorno, no existe un sistema general de diagnóstico y valoración y son los organismos gestores de la prestación de servicios sociales los que, a partir de un reglamento específico, establecen, tras un examen, las consecuencias que le comporta en el ámbito objeto de la ayuda. Por otro lado, en estos países muchos programas se estructuran a partir de las necesidades, como el seguro de dependencia alemán.

c. La LISMI establecía una tipología de servicios sociales para personas con discapacidad: de orientación familiar, de información y orientación, de atención domiciliaria, de residencias y hogares comunitarios, de actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio y del tiempo libre. Por otro lado, esta ley sitúa estos servicios bajo los principios de normalización *(...se prestarán por las Instituciones y Centros de carácter general a través de los cauces y mediante los recursos humanos, financieros y técnicos de carácter ordinario...)* y de permanencia en el entorno *(...respetará al máximo la permanencia de los minusválidos en su medio familiar y en su entorno geográfico...)*, explicitando la necesidad de una atención especial a los que viven en zonas rurales.

Esta primera tipología fue desarrollada y estructurada por las leyes autonómicas que los dividieron en dos niveles. El primario, que recibe distintas denominaciones (servicios sociales de

base, básicos, generales, comunitarios, de atención primaria) y tiene un ámbito de actuación local (municipios, mancomunidades, comarcas, etc.) de composición multidisciplinaria y de atención polivalente. Realiza funciones de información, orientación y soporte, servicio de ayuda a domicilio, gestión de algunas ayudas y programas de sensibilización; también realizan actividades de detección y evaluación de necesidades, desarrollan actuaciones comunitarias y de promoción y cooperación social, fomento y soporte del asociacionismo, etc. Depende de cada autonomía que tengan un carácter restringido o más amplio, extendiéndose a los servicios de proximidad, aunque sean sectoriales; estos últimos incluyen importantes servicios para las personas con discapacidad (diurnos e incluso residenciales). Los Centros Base de Minusválidos procedentes del INSERSO han desarrollado y desarrollan todavía en muchos casos funciones de este nivel (especialmente información, orientación, diagnóstico, promoción asociaciones, etc.) para las personas con discapacidad y sus familias.

El segundo nivel, llamado servicios sociales especializados, se dirige a la atención de colectivos con necesidades específicas, como sería el caso de determinadas personas con discapacidad. La tipología y características de los servicios dependen de cada Comunidad Autónoma. Una primera clasificación distingue entre los de atención diurna (atención precoz, centros ocupacionales, centros de día, etc.) y los residenciales (hogares, residencias, residencias asistidas, etc.), que a su vez se especializan según el nivel de autonomía de los usuarios. También podemos observar algunas experiencias innovadoras en la línea de las políticas europeas (servicios de alivio, equipamientos intermedios, residencias temporales, viviendas tuteladas, familias de acogida, ayudas a la familia con algún miembro discapacitado, etc.) o algunos casos que incluyen en este nivel otras materias como la integración laboral o la accesibilidad y la supresión de barreras arquitectónicas, que obviamente no corresponden a los servicios sociales. En general dichas clasificaciones y los requisitos que exigen son detallistas y rígidos, aspectos que pueden dificultar la aplicación de innovaciones, servicios alternativos y la adecuación a las necesidades reales de la población.

A pesar de que la mayoría de leyes de servicios sociales señalan la necesidad de coordinación y actuación conjunta del espacio socio-sanitario, con el fin de ofrecer una atención global a los ciudadanos y lograr una optimización de los recursos, no concretan actuaciones en este sentido. Con posterioridad, algunas CCAA han creado programas o dispositivos conjuntos especialmente para la atención a personas con problemas de salud, con altos grados de dependencia y problemática social, que incluyen básicamente a los ancianos pero también a personas con discapacidad. Se aprecia una tendencia a la creación, consolidación y ampliación de este tipo de programas para los servicios prestados tanto en el domicilio como fuera de él.

En los demás países analizados puede observarse también la presencia de un primer nivel de servicios (en Alemania a través de los Centros sociales, en Francia los Centros de acción social,

los Centros de información y asesoramiento en el Reino Unido y los prestados por las autoridades locales en Suecia, como p.e. el Servicio de asesoramiento y apoyo personal), destacando en todos ellos con nitidez la amplitud de los servicios dirigidos a favorecer y posibilitar la permanencia en el domicilio de las personas con discapacidad; para ello, disponen de equipamientos específicos (en Alemania los Centros de Asistencia Domiciliaria, los Centros de Cuidados a Domicilio y Ayuda Social Móvil) y una gran variedad de servicios y prestaciones sociales (Alemania: ayuda doméstica, cuidados personales, acompañamiento y asesoramiento en diversos aspectos de la vida cotidiana; Francia: asistencia domiciliaria, alarma electrónica; Reino Unido: asistencia domiciliaria, sistemas de alarma, terapia ocupacional, servicio de apoyo al cuidador, servicio de alivio; Suecia: asistencia doméstica domiciliaria, asistencia personal, contacto personal, servicio de compañía,), sanitarios (Alemania: cuidados de enfermería; Francia: enfermería a domicilio; Reino Unido: enfermería, enfermería comunitaria, fisioterapia, rehabilitación, terapia del lenguaje; Suecia: servicios de enfermería) y complementarios (Alemania: asistencia pedagógica y psicológica; Francia: comidas a domicilio, lavandería a domicilio, peluquería a domicilio, transporte; Reino Unido: adaptaciones de la vivienda, servicio de lavandería y de librería, comidas a domicilio, actividades de ocio, transporte, transporte sanitario; Suecia: servicio de compañía). Se trata, pues, de una amplia y potente gama de servicios sociales y sanitarios flexibles (en muchos casos no existe un sistema de evaluación y de acceso común, sino que depende de cada autoridad local) que muestra claramente una vez más la existencia de unas políticas dirigidas a la permanencia de la persona con discapacidad en su entorno, factor clave si tenemos en cuenta la importancia de este elemento en la determinación de la minusvalía.

Para reforzar estas políticas existen también centros de día de diferentes tipos (Alemania: red de centros de día y servicios diurnos —talleres, hogares, etc.—; Francia: centros de día; Reino Unido: centros de día, atención hospitalaria de día; Suecia: actividades diurnas para personas con discapacidad mental).

El otro grupo de servicios sociales se dirige a la atención residencial, para los casos en que no es posible o conveniente la permanencia en el domicilio y / o cuando la persona con discapacidad ha elegido esta alternativa. Podemos señalar que los casos estudiados presentan un amplio abanico de posibilidades: a) según la duración: los de carácter permanente de los de corta estancia (estancia temporal fuera del hogar para alivio de la familia, vacaciones de la persona con discapacidad o del cuidador, etc. Este tipo está previsto explícitamente en la normativa sueca); b) según el nivel de dependencia de los usuarios: para personas con un buen nivel de autonomía y salud (substitución del hogar) y para personas dependientes (en Alemania el Seguro de dependencia establece tres grados que determinan el tipo residencial y el pago de los gastos; en Francia distinguen entre los Centros de acogimiento especializados que atiende a las personas sin autonomía que requieren control médico y atención sanitaria permanente y los llamados Hogares de doble tarifación que se dirige a personas con discapacidad grave, con una tarifa para los cuidados sanitarios y otra para los

gastos hoteleros, de los Hogares ocupacionales para personas que a pesar de no poder ejercer una actividad profesional disponen de autonomía y, finalmente, de estructuras intermedias, a medio camino entre el medio ordinario y el institucional; en el Reino Unido disponen para los casos graves de residencias asistidas y los centros residenciales para enfermos terminales que dependen de las autoridades sanitarias y las residencias de las entidades locales y las residencias privadas para los demás casos; la red de atención asistencial sueca ha creado nuevas modalidades alternativas a la institucionalización, entre las que desatascan las viviendas asistidas y las residencias asistidas); c) según el ámbito asistencial: de servicios sociales, socio-sanitarios o médico-sociales y sanitarios; d) modalidades: institucionalización tradicional (instituciones pesadas francesas), equipamientos intermedios (residencias pequeñas de ámbito local del Reino Unido; las viviendas con servicios especiales y los apartamentos terapéuticos franceses; las viviendas y residencias asistidas suecas) o alternativos (el acogimiento familiar francés).

Se trata, en general, de una oferta de servicios sociales muy amplia, variada y bastante flexible, primando la atención en el domicilio o en pequeñas residencias, especializadas en función del nivel de autonomía y del estado de salud. Para ello, han articulado fórmulas de colaboración en el espacio socio-sanitario. La mayoría de servicios que prestan estos países también se ofertan en España aunque muchos de ellos sólo con carácter piloto; por ello, la diferencia debe situarse fundamentalmente en la amplitud y extensión de los servicios, la efectividad del acceso y en el grado de consolidación.

d. La necesidad de ordenar los servicios sociales del sector de la discapacidad ya la apuntaba la LISMI en diversos apartados, y fueron las CCAA las que dictaron normas relativas a las condiciones mínimas, autorizaciones administrativas, registro de entidades y servicios, acreditación, controles, evaluación e inspecciones y un régimen de infracciones y sanciones. Estas disposiciones eran necesarias para afrontar la desregularización del sector y garantizar unos niveles mínimos funcionales, materiales y de calidad, aunque como hemos señalado quizá la crítica puede referirse al exceso y a la poca flexibilidad que presentan en muchos casos.

Los países estudiados también disponen de normas que regulan los servicios, su acceso y control; sin embargo, parece que disponen de una mayor flexibilidad al menos en los servicios de proximidad y más innovadores (en Francia las estructuras intermedias no están sometidas a ninguna reglamentación específica; las residencias locales del Reino Unido no precisan registrarse, aunque sí están sujetas a inspección; en Suecia la instalación de los centros privados es aprobada y revisada por los Consejos de Condado).

e. La LISMI establece un sistema de gestión mixta público-privada: los servicios sociales podrán ser prestados tanto por las Administraciones Públicas como por Instituciones o personas jurídicas privadas sin ánimo de lucro (art. 50, b), aunque centrado a la iniciativa social y potenciando las participación de los propios minusválidos, singularmente en el caso de los adultos,

en las tareas comunes de convivencia, de dirección y de control de los servicios sociales (art. 50, e). La legislación autonómica reconoce la posibilidad de servicios sociales gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro y, en algunos casos, se contempla incluso la posibilidad de colaboración con la iniciativa privada mercantil, especialmente a través de la acción concertada. Por otro lado, algunas de las normas autonómicas crean órganos de participación de los afectados y/o sus representantes en los Centros, además de los Consejos generales y sectoriales a nivel autonómico.

Desde las nuevas Administraciones autonómicas se optó en varios casos por la llamada descentralización institucional, mediante la creación de organismos gestores (institutos, gerencias, etc.), que respondían a necesidades racionalizadoras y organizativas, pero que han consolidado en la práctica modelos centralistas de gestión.

Los demás países analizados presentan una variedad de modalidades de gestión, acordes con su tradición social y normativa. En primer lugar, la fórmula alemana, consecuente con el principio de subsidiariedad, encomienda a las asociaciones privadas la prestación de la mayoría de los servicios sociales. En Francia el sistema empleado es mixto, aunque con una preponderancia gestora de las entidades privadas. En el Reino Unido, aunque la gestión también es mixta (existen residencias privadas y las residencias asistidas pueden depender de las autoridades sanitarias o de organizaciones privadas, con o sin ánimo de lucro), las entidades locales gestionan directamente buena parte de los servicios sociales. En el otro extremo se encuentra el sistema sueco de gestión mayoritaria por las autoridades locales, con facultades para aprobar la instalación de centros privados.

Los modelos autonómicos de servicios sociales consideramos que podrían situarse en la franja media de los sistemas mixtos, aunque constituiría una variedad específica entre el sistema francés y el británico.

3. FINANCIACIÓN

Este aspecto es uno de los puntos más débiles de las leyes autonómicas de servicios sociales que en momentos de crisis ponen al descubierto la endeblez del derecho a los servicios sociales. Ante esta situación las CCAA están adoptando cambios notables en la forma y sistemas de financiación. Los ejes sobre los que gira el debate referente a este tema son: a) la ambigüedad en la regulación de los aspectos de financiación: fuentes, servicios gratuitos, precios públicos y comunicados, etc.; b) el cambio del sistema de pago de los usuarios: ha evolucionado desde formas basadas en los ingresos a otras fijadas con referencia al coste, con el fin de aumentar sus contribuciones; c) el papel de la familia: extensión de la obligatoriedad del pago del precio de los servicios a la familia —familiares obligados—; d) las modalidades de financiación: persistencia de

la subvención como modalidad fundamental de financiación de los servicios a las entidades sociales, en detrimento de los convenios y la acción concertada; e) las fuentes de financiación: Estado (servicios sociales de la Seguridad Social, plan concertado para prestaciones básicas, 0,52 % IRPF, Plan de Acción para Personas con Discapacidad, etc.), CCAA, Corporaciones locales (diputaciones, cabildos, consejos comarcales, ayuntamientos), de otras entidades (ONCE, mecenazgo de empresas, fundaciones, etc.) y de las aportaciones de los usuarios y sus familias. También para determinados proyectos innovadores es importante la financiación a través de programas de la Unión Europea (Helios, Horizon, etc.).

En este tema constatamos importantes diferencias entre los países comparados, originados principalmente a partir del sistema de seguridad social, de la aplicación del principio de subsidiariedad, del grado de reconocimiento de los derechos sociales y de los presupuestos de las Administraciones públicas. En principio la financiación depende del servicio social de que se trate; así, los de información y orientación y algunos de atención comunitaria suelen ser gratuitos y los demás debe pagarse un precio cuyo importe y forma varía en función del servicio concreto, de la entidad prestadora y de las posibilidades del usuario y/o su familia.

El responsable del pago del precio o tarifa fijados puede ser el usuario directamente o mediante la cobertura de la seguridad social en los casos previstos, según sean servicios sociales o sanitarios, o mediante los sistemas contributivos, como en Alemania donde los seguros sociales reembolsan los gastos o en Francia que la cobertura de los centros especializados corresponde a la Caja Primaria del Seguro de Enfermedad y los gastos de atención domiciliaria de los hogares ocupacionales que son cubiertos también por el seguro de enfermedad. En estos casos si el usuario no dispone de recursos (ni su familia) y no le alcanza la cobertura de la seguridad social se aplica el principio de subsidiariedad: entra en juego la asistencia social y las subvenciones y fondos públicos en Alemania y en Francia algunos conceptos (p.e. los gastos de carácter hotelero) corren a cargo en entes territoriales (el departamento en casos de hogares de doble tarifación y el municipio en los casos de acogimiento familiar) y la ayuda social, también como última red protectora cuando el usuario no puede cubrir todos los gastos (hogares ocupacionales, acogimiento familiar).

Son muy distintos los sistemas de financiación en los otros dos países estudiados, en los que las entidades locales ocupan un lugar central en la financiación de los servicios de atención comunitaria y residencial del Reino Unido y también en la atención diurna y residencial sueca. En ambos casos los beneficiarios están obligados a una participación económica en función de las características de los servicios (en el Reino Unido excepto los servicios de salud) y del nivel de ingresos del usuario, que si no dispone de ingresos corresponderá a la Administración competente (Reino Unido).

Para finalizar, debemos dejar constancia de dos peculiaridades relacionadas con la financiación, una se refiere al impuesto religioso (los contribuyentes lo consignan voluntariamente

en su declaración de renta) percibido por las correspondientes iglesias que supone en Alemania una capacidad de autofinanciación alta; ya hemos aludido al caso español del 0,52 % del IRPF que a pesar de ser parecido no tiene la misma finalidad. El segundo aspecto está relacionado con la capacidad de elección del servicio, que permite tanto el seguro de dependencia alemán como las residencias en el Reino Unido que, en este último caso, si los precios son más elevados el usuario deberá pagar la diferencia con los precios estipulados con carácter general.

SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Maite González Royuela
Datlan, Investigación Aplicada
Bilbao

Este documento se enmarca dentro del "Seminario de Derecho Comparado sobre Discapacidades" organizado por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía a quien deseo agradecer la oportunidad que se me brinda de analizar y comparar la legislación vigente en materia de discapacidad.

Esta reflexión se limita al capítulo de servicios sociales, para lo cual se parte del marco legislativo en el Estado español, desde una perspectiva histórica y sintética de las dos últimas décadas y se compara con la situación legal vigente en otros cuatro países europeos en el ámbito de servicios sociales para personas con discapacidad. Este doble análisis se realiza, fundamentalmente, a partir de dos informes editados por el Real Patronato, "Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años"[1] y "Legislación relativa a la Política para la Discapacidad. Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia"[2], así como de los textos de las Leyes estatales y autonómicas existentes.

A la hora de realizar la comparación se evidencia una dificultad añadida por la polisemia de algunos términos y la variedad de marcos legales y competenciales sobre los que desarrollar dicha comparación.

Esta versión, revisada con posterioridad a la celebración del Seminario, se ha visto enriquecida por las aportaciones de las otras personas que aportaron sus reflexiones en este capítulo de servicios sociales, cuya lectura me ha ayudado a concretar con mayor precisión bastantes de los aspectos tratados.

1. REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

El análisis de la naturaleza o carácter de las normas y leyes que regulan los servicios sociales para personas con discapacidad en estos países pone de relieve algunas diferencias notables.

En los cuatro países comparados con el nuestro las leyes definen derechos que, en la mayoría de los casos, quedan condicionados a determinados requisitos de acceso. Así mismo se

---

[1] **VV.AA.** "Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años." Edita: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía . Madrid, 1997.

[2] **SIIS. Centro de Documentación y Estudios.** "Legislación Relativa a la Polìtica para la Discapacidad, Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia. Documentos n.º 51/99. Edita Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid 1999.

especifican los tipos de prestaciones y la aplicación o no del criterio de discriminación positiva. También existen prestaciones discrecionales. En concreto:

En **Alemania,** algunas prestaciones se regulan como un derecho limitado al cumplimiento de unos requisitos de acceso y en otras la asignación es discrecional.

En **Francia** se plantea en el enunciado o en el objeto de las diferentes leyes, una orientación muy clara a prestaciones que fomenten la permanencia de las personas en su medio natural por medio de ayudas. Cuando esto no es posible, estas ayudas promoverán el acogimiento en servicios residenciales o en familia de acogida. Este país insiste en la propuesta de medidas más que en la garantía de derechos.

En el **Reino Unido,** la asignación de un servicio es una obligación para quien los presta, pero en última instancia se tendrán en cuenta los recursos de los que dispone la entidad prestadora.

En **Suecia** existe una ley dirigida a personas con ciertos impedimentos funcionales que plantea la discriminación positiva hacia estos colectivos siempre y cuando se cumplan unos requisitos. La legislación que regula los servicios sociales es, en cambio, discrecional.

En nuestro caso existe un conjunto de leyes autonómicas que son ***leyes marco*** en las que se establecen derechos siempre sujetos a la existencia de presupuesto. El desarrollo normativo de estas leyes no incide en la garantía de los derechos reconocidos.

Se trata de un conjunto de leyes muy heterogéneo en el que no hay coincidencia ni en cuanto al ámbito de los servicios, ni la terminología para definir a las personas a las que se destinan los servicios, etc., si bien el objeto de esta diversidad de leyes parece coincidir en cuanto al objeto a legislar que se establece como: un ***sistema público garante de derechos.***

En el caso del **País Vasco** se precisa que son servicios *de* ***responsabilidad pública, garantizados y universales,*** si bien finalmente apunta que se atenderá prioritariamente las necesidades más graves según criterios de ***discriminación positiva.***

La diferencia más destacable de nuestro Estado con relación a los otros cuatro, consiste en la falta de ***garantía efectiva*** de los derechos.

A la vista de esta diferencia, cabe plantearse la necesidad de introducir, en las diferentes normativas autonómicas, una definición de derechos que implique algún nivel de garantía, para lo cual parece necesaria una definición previa de ***necesidades básicas*** así como de criterios para la prioridad de acceso en base a características tales como el tipo y grado de discapacidad, la situación familiar y el nivel socioeconómico.

Siguiendo la reflexión en cuanto a lograr que dicha garantía sea efectiva, y teniendo en cuenta el carácter mixto de los servicios en nuestro Estado, en relación con la ***regulación*** del sector, me parece necesario establecer con precisión las funciones que le corresponden al sector público y al privado.

La función de ***regulación*** debería ser considerada de ***responsabilidad pública esencial***, mientras que la función de prestación puede ser efectuada tanto por prestadores públicos como privados, separando claramente esta última de la primera. Esto habría de tener reflejo en los desarrollos normativos con el establecimiento de: productos a prestar, estándares de calidad, prioridades y sistema de evaluación de la prestación. De esta manera se estaría en condiciones de garantizar una prestación desde principios de equidad y calidad de vida.

2. NORMATIVA REGULADORA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

En cada uno de los países analizados la normativa que regula los servicios sociales se ha desarrollado de diferente forma. De esta forma se pueden destacar las siguientes peculiaridades:

En **Alemania,** los servicios sociales se regulan fundamentalmente a través de la Ley de Armonización de las Prestaciones de Rehabilitación y los artículos del Código Social que regulan el Seguro de Dependencia. También hay que tener en cuenta la Ley de Residencias que determina los requerimientos mínimos en lo que respecta a los derechos y las condiciones de atención en los centros residenciales. En este país el desarrollo normativo que contemplan los derechos de los ciudadanos se ha enfocado desde el punto de vista de los servicios prestados.

En **Francia,** la regulación se establece a través de la Ley de 1975 de Orientación a favor de las Personas con Discapacidad, junto con la Normativa General Reguladora de la Acción Social. Todo el marco legislativo se ha desarrollado desde la orientación de favorecer la permanencia de las personas con discapacidad en su propio entorno.

Por otro lado, en el **Reino Unido** destacan la Ley del Servicio Nacional de Salud y de Atención Comunitaria y la Ley de Infancia, completadas con la Ley de Asistencia Social, la Ley sobre Personas con Enfermedades Crónicas y con Discapacidades, la Ley sobre Servicios, Asesoramiento y Representación de Personas con Discapacidad y la Ley sobre Cuidadores. El entramado legal desarrollado en este país promueve la permanencia de las personas en su medio social habitual mediante la prestación de ayudas para favorecer su autonomía. Es, sin duda, entre los países analizados, el que más ha avanzado en el desarrollo normativo. Las entidades locales tienen la obligación de prestar los servicios necesarios que haya determinado la evaluación realizada a la persona con discapacidad, aunque deberán tenerse en cuenta los recursos de los que dispone la entidad prestadora. Existen también diferencias a nivel territorial respecto a los criterios

de acceso a los servicios prestados en el nivel local. Por último, también se cuenta con un registro de personas con discapacidad que se utiliza para la planificación geográfica de los recursos necesarios, aunque dicho registro no es obligatorio para el acceso a los servicios prestados.

En **Suecia,** existen dos leyes que regulan los derechos y prestaciones de las personas con discapacidad: la Ley de Ayuda a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales y la Ley de Servicios Sociales. La primera de ellas, implica una discriminación positiva basada en la prioridad de acceso para quienes cumplan los requisitos estipulados. El objetivo de esta ley es promover la igualdad en las condiciones de vida y la plena participación en la vida social. También aporta otro punto de vista que es el de la atención integral a través de los diseños de planes individuales de atención en los cuales puede participar la propia persona afectada y otros agentes distintos a los municipios y consejos. Respecto a la Ley de Servicios Sociales, la prestación de los servicios contemplados en ella tiene en cuenta ciertas condiciones de acceso a servicios siempre y cuando se constate que las necesidades básicas del individuo no pueden ser satisfechas de ningún otro modo y son los ayuntamientos quienes garantizan dicha prestación.

En nuestro caso, **a nivel estatal**, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad, la ley más significativa es la Ley de Integración Social de los Minusválidos, LISMI/1982, cuyo objeto consiste en garantizar el desarrollo personal y la integración en la comunidad de las personas con discapacidad, establece el **derecho** a los servicios, eliminando la diferencia entre ser o no beneficiario de la Seguridad Social y define un **sistema mixto** de prestación, público/privado. Como único desarrollo del artículo 35 de esta Ley a nivel del Estado, existe el Decreto/1985 mediante el que se regulan los centros ocupacionales como servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal. Además, dentro del nivel estatal, hay que mencionar la Ley de Bases de Régimen Local/1985 que establece de forma genérica la competencia sobre la **gestión de sus respectivos intereses** para las corporaciones locales, pero deja a las Comunidades Autónomas una amplia competencia para establecer las funciones que se van a desarrollar a nivel municipal, en materia de servicios sociales.

El grueso de la normativa se ha desarrollado a nivel de las CC.AA., coincidiendo con el desarrollo de los Estatutos de Autonomía, es específica de cada Comunidad y resultante de diferentes momentos históricos de cada una de ellas, lo que implica un panorama variado y lleno de peculiaridades. Aunque todas las normas autonómicas mencionan la garantía de los servicios sociales para cubrir necesidades básicas, no se determinan los derechos mínimos u obligaciones.

Se puede mencionar la Ley 5/1996 de 18 de octubre de Servicios Sociales del País Vasco que establece la garantía del derecho de toda la ciudadanía a los servicios sociales, concreta las prestaciones y obliga al establecimiento de las consignaciones presupuestarias (art. 29 a 31)

También cabe mencionar la Ley 1/1999 de 31 de Marzo de Atención a las Personas con

Discapacidad en Andalucía que dispone que "de acuerdo con sus competencias, se destinarán los recursos necesarios para que los derechos enunciados se hagan efectivos". (art. 2)

De la comparación entre los cinco países cabe reflexionar sobre la conveniencia de los desarrollos normativos tanto en cuanto a su cantidad como en cuanto a su contenido.

Tal y como indica Antoni Vilà en su reflexión en este Seminario, una reglamentación excesiva encorseta y complica la prestación. En algunas de nuestras comunidades se ha reproducido un cierto centralismo en el sentido de que la normativa se dicta desde el nivel autonómico alejado del nivel local en el que finalmente se lleva a cabo la prestación. En este sentido cabe recomendar que se tenga como criterio prioritario la ***flexibilidad en la reglamentación***, asegurando a la vez la determinación de dispositivos para la evaluación en el momento de la gestión con lo cual el control de la calidad de la prestación no se hace descansar sobre una reglamentación muy detallada[3], pretensión inútil por otro lado, sino que se apoya en el seguimiento del funcionamiento real.

2.1. Atención diurna y residencial

Los servicios sociales que se definen en todos los piases estudiados se pueden estructurar en servicios diurnos y residenciales, pero a su vez esta clasificación oculta otra que se le superpone como es la de servicios comunitarios y especializados.

En **Alemania,** la atención diurna se articula en cuatro tipos de centros: centros sociales, centros de asistencia domiciliaria, centros de cuidados a domicilio y ayuda social móvil. De manera complementaria existe una red de centros de día y otros servicios para personas con discapacidad gestionados y prestados por la iniciativa privada. En la atención residencial, prestada en virtud de un Seguro de Dependencia y generalmente por entidades privadas, se ofertan tres niveles según el grado de dependencia financiados entre las aportaciones del Seguro de Dependencia y la persona usuaria.

En **Francia,** la atención diurna se oferta desde los centros residenciales y los servicios comunitarios. La atención residencial se clasifica en: centros de acogimiento especializados, los hogares ocupacionales, los hogares de doble tarificación y estructuras intermedias como apartamentos.

---

[3] El repaso a la legislación vigente en nuestro Estado pone de relieve una tendencia muy marcada a definir con profusión requisitos estructurales (medios materiales), en un pretendido intento de asegurar la calidad mediante el cumplimiento de este tipo de requisitos, cuando la realidad muestra que, si bien los requisitos estructurales son necesarios no son suficientes para ello, siendo mucho más importantes los aspectos funcionales (procesos, productos, resultados) cuyo aseguramiento se puede alcanzar mediante seguimiento sistematizado.

En **Suecia,** la atención diurna se presta a través de los servicios de asistencia a domicilio, los centros de día y diferentes servicios de contacto personal y acompañamiento. La oferta residencial se cubre con estancias de corta duración, acogimiento en hogares o viviendas con servicios especiales, las viviendas asistidas y residencias asistidas

En el **Reino Unido,** la atención diurna se presta a domicilio y fuera de él con una variada oferta. La atención residencial se oferta mediante cuatro modalidades: residencias pertenecientes a las entidades locales, residencias privadas, y residencias asistidas y centros residenciales para enfermos terminales.

En nuestro Estado, los servicios sociales definidos en las Leyes de Servicios Sociales de las CC. AA. plantean dos niveles de atención: primaria o de base y especializada. Los llamados servicios primarios en el sector de la discapacidad son muy escasos, de hecho se corresponden con los Centros de Información y Orientación transferidos por el IMSERSO, diferentes de los servicios sociales de base municipales que efectúan una función principalmente de derivación a servicios especializados o entidades privadas.

Los servicios especializados son diversos y su terminología no es única en todas las Autonomías. Se trata de servicios gestionados por los órganos autonómicos o por Diputaciones en el caso del País Vasco. Salvando las posibles diferencias de denominación, se puede hacer referencia a ellos diferenciando:

a) *servicios de atención diurna:* centros de día, centros ocupacionales, centros especiales de empleo, servicio de ayuda a domicilio, oferta de ocio, etc.

b) *servicios residenciales:* residencias asistidas, pisos protegidos, viviendas comunitarias, estancias temporales, etc.

Parece existir una mayor diversidad de tipos de servicios diurnos y residenciales en los cuatro países que en el nuestro y, además, se advierten algunas diferencias en cuanto a:

- Abundancia de medidas para fomentar la permanencia de las personas con discapacidad en su medio natural en países como Francia o Reino Unido, aspecto este no suficientemente promovido en nuestro entorno.

- Existencia de servicios socio-sanitarios, que en Francia se denominan de doble tarificación, o bien, diferenciación de prestaciones sanitarias y sociales, aspecto este desigualmente desarrollado en las diferentes CC.AA. de nuestro Estado, estando pendiente de concreción al algunas de ellas.

Pero quizá el aspecto más destacable consiste en que Francia y Reino Unido parecen estructurar los servicios diurnos a nivel local y comunitario, Alemania lo hace mediante entidades privadas, Suecia insiste en la prestación personalizada e integrada y en el Estado Español se estructura mediante servicios especializados, bien sean públicos o privados.

Esto plantea una cuestión importante en relación con la promoción de servicios de carácter comunitario que estimulen el mantenimiento de la persona en su medio natural en la mayor medida posible y, a la vez, aprovechen el potencial de la red natural.

En los desarrollos normativos futuros se podrían estructurar como servicios de carácter comunitario servicios que hoy se tratan como especializados, lo cual requiere una clarificación de aquello que se entiende por servicios comunitarios y el papel de la red natural en relación con ellos.

3. FINANCIACIÓN

En **Alemania** hay tres fuentes de financiación de las entidades prestadoras privadas: el cobro de los servicios a las personas usuarias o a los seguros sociales, subvenciones públicas y, por último, fondos propios. Las organizaciones de carácter confesional reciben financiación voluntaria de sus fieles mediante la declaración de la renta. De las tres fuentes de financiación mencionadas la más común es la del cobro de servicios por parte de las asociaciones privadas prestadoras de servicios. Cuando el usuario o su familia no disponen de recursos, es la propia Asistencia social la que se hace cargo de la financiación.

Reino Unido, la financiación de los servicios de atención comunitaria los realiza el Departamento de Servicios Sociales de las Entidades Locales o, cuando tienen un carácter sanitario, las instituciones sanitarias a nivel local. Estas últimas financian los servicios completamente, mientras que en la financiación de las primeras participan los usuarios a través de unos precios públicos establecidos. Los servicios residenciales en este país también son financiados por las instituciones locales sociales y sanitarias, participando el propio usuario en su financiación a partir de los ingresos económicos. Otra característica de este país es que el propio usuario puede elegir la estructura residencial preferencial, aunque su financiación se hará en parte o completa dependiendo de las precios estipulados por las entidades locales.

En **Francia,** dependiendo de los servicios prestados, la financiación es diferente. Para los centros de acogida existe una tarifa que es cubierta por la Caja Primaria del Seguro de Enfermedad. Los hogares ocupacionales se financian por los propios usuarios o en caso de no disponer de medios económicos, por la Asistencia Social. En los hogares de doble tarificación, la parte sanitaria es cubierta por el seguro de enfermedad y la hostelera por el departamento. Los servicios de acogimiento familiar al menor corresponden al municipio y los dirigidos a los adultos

corresponden a la persona acogida o a la ayuda social cuando ésta no disponga de medios económicos.

En **Suecia,** la financiación de los servicios de atención diurna y residenciales corresponde a las administraciones locales y a las personas usuarias en función del tipo de servicio y de su nivel económico. También se contempla que en los cuidados a domicilio que requieran atención sanitaria participen en su financiación los departamentos de Salud regionales.

En general, en nuestro Estado, el derecho al acceso a determinados servicios o prestaciones está supeditado a la disponibilidad presupuestaria de las CC.AA. No existe un criterio común sobre la gratuidad de los servicios o la obligación de las personas usuarias a abonarlos, aunque parece que se está avanzando hacia el establecimiento de precios públicos en torno a los ingresos económicos sobre todo de los usuarios y, en menor medida pero cada vez con más importancia, de la familia, asemejándonos a la práctica de los cuatro países comparados.

Otras fuentes de financiación existentes en el ámbito de los servicios sociales son: la Administración Central sobre todo a través del 0,52% del IRPF que es una modalidad que se asemeja al modelo alemán; las corporaciones locales si bien en muy escasa proporción; otras entidades como la Fundación ONCE que parece un sistema inusual en los otros cuatro países y, por último, las ayudas derivadas de programas de la Unión Europea, si bien estas ayudas son coyunturales y para programas experimentales.

En cuanto a la forma de financiación me parece necesario resaltar la fragilidad del sistema utilizado para los pagos a las entidades privadas que prestan servicios, que suele ser la ***subvención o convenio*** de carácter puntual y graciable.

Se puede mencionar el caso de la Comunidad de Navarra como pionera en la elaboración de normativa de ***concertación*** a través de la Ley Foral 20/1985 de octubre de conciertos en materia de servicios sociales de Navarra, en la cual se establecen los requisitos y formas de colaboración entre la iniciativa pública y privada.

Considero importante incluir a corto plazo en los desarrollos normativos la modalidad de ***concierto*** como fórmula de financiación preferente para la contratación de servicios con entidades privadas que prestan servicios regulares, dado que promueve estabilidad en la prestación, permite la aplicación de tarifas y una mayor transparencia en la gestión.

En el Reino Unido y en Suecia, la financiación está mucho más próxima a las corporaciones locales que en los demás países incluido el nuestro, lo que me hace plantear esta alternativa como una modalidad que puede contribuir al acercamiento de los servicios a la ciudadanía, si bien por el momento es una posibilidad condicionada a futuros procesos de autonomía local.

SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES Y DE ATENCIÓN DIURNA

Soledad Jiménez González
Instituto Andaluz de Servicios Sociales

PRESENTACIÓN

Buenas tardes a todos. Agradezco a la organización, al Real Patronato, la posibilidad que nos ha ofrecido de participar en este evento, al ser muy importante en estos momentos para el Instituto Andaluz de Servicios Sociales nuestra asistencia a este Seminario de Derecho Comparado sobre Discapacidad, dado que nos encontramos con una Ley de atención a las personas con discapacidad en Andalucía recién aprobada, y que nos toca desarrollar reglamentariamente. Que si bien nuestro papel será desarrollar la Ley, nos viene muy bien participar en estas jornadas de análisis de legislación comparada, que nos ofrecerá una visión útil para el trabajo que tenemos pendiente.

1. REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

En todos los países objeto de este análisis, determinadas prestaciones de servicios sociales están reguladas como un derecho condicionado al cumplimiento de los requisitos de acceso y otras, en cambio, son de carácter discrecional.

Por el contrario, en España, los servicios de atención diurna y residencial, en los que centro mi exposición, además de estar condicionados al cumplimiento de requisitos de acceso, son todos de carácter discrecional, al estar sujetos a las disponibilidades presupuestarias; hoy por hoy no son prestaciones de derecho como lo puedan ser las pensiones no contributivas, por ejemplo.

La Ley 1/99, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía puede significar un hito importante, al configurar como prestaciones de derecho las prestaciones no periódicas de carácter individual que cubren necesidades específicas a las personas con discapacidad, de forma que desaparecería el carácter de graciabilidad que hasta ahora venían ostentando.

Estas prestaciones económicas sufragarían total o parcialmente los gastos derivados de la asistencia en centros, la adquisición de ayudas técnicas, adaptación funcional del hogar, ayudas a la movilidad y a la comunicación, así como aquellas otras que favorezcan su integración social (art. 41 de la citada Ley). La determinación de los requisitos y el procedimiento de concesión de estas ayudas quedará establecido reglamentariamente.

2. NORMATIVA REGULADORA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

En ***Alemania,*** esta normativa se encuentra en la Ley de Armonización de las Prestaciones de Rehabilitación, en la Ley Federal de asistencia social, los artículos del Código Social que regulan el Seguro de Dependencia, así como en la Ley de Residencias.

En ***Francia,*** en la Ley de Orientación a favor de las personas con discapacidad de 1.975, así como en la normativa general reguladora de la Acción Social.

En ***Reino Unido,*** en la Ley del Servicio Nacional de Salud y de la Atención Comunitaria de 1990, por la Ley de Infancia de 1989, la Ley de Asistencia Social de 1948, la Ley sobre Personas con Enfermedades Crónicas y con Discapacidades de 1970, la Ley sobre Servicios, Asesoramiento y Representación de las Personas con Discapacidad de 1986, y la Ley sobre Cuidadores.

En ***Suecia,*** la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales y la Ley de Servicios Sociales.

En ***España,*** encontramos la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, las distintas leyes autonómicas de servicios sociales, así como en Andalucía la Ley 1/99, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía.

2.1. Atención diurna

En ***Alemania,*** tanto la atención médica como social a domicilio se prestan fundamentalmente por organizaciones voluntarias, entidades privadas o cuidadores independientes, servicios que se gestionan a través de cuatro tipos de centros, englobados bajo la denominación de *Organizaciones para la Atención Social Ambulatoria*:

- Centros Sociales.
- Centros de asistencia domiciliaria.
- Centros de cuidados a domicilio.
- Ayuda social móvil.

Además, existe una red de *centros de día* y *otros servicios diurnos* para personas con discapacidad. Al igual que en los servicios a domicilio, las administraciones públicas, y en concreto la administración local, encomiendan a las asociaciones privadas la gestión de servicios de atención diurna fuera del domicilio.

En ***Francia,*** la atención diurna se presta tanto a través de los mismos *centros residenciales* como de los *servicios sociales comunitarios*:

- Centros de acción social.
- Servicios de asistencia domiciliaria.
- Centros de día.
- Servicios de alarma electrónica.
- Servicios de comidas a domicilio.
- Servicios de lavandería a domicilio.
- Servicios de peluquería a domicilio.
- Servicios de enfermería a domicilio.
- Servicios de transporte a domicilio.

En ***Reino Unido*** se distingue entre los servicios que se prestan en el domicilio y los que se prestan fuera de él.

- **En el domicilio:** adaptaciones de la vivienda, servicio de asistencia domiciliaria, sistemas de alarma, servicios de enfermería, enfermería continuada, lavandería, librería, comidas a domicilio, terapia ocupacional, fisioterapia, actividades de ocio, rehabilitación, terapia del lenguaje, servicio de apoyo al cuidador, servicio de alivio,...
- Entre los que se prestan **fuera del domicilio:** centros de información y asesoramiento, centros de día, atención hospitalaria de día, transporte sanitario y transporte.

En ***Suecia*** se distinguen los servicios de asistencia a domicilio, los centros de día y diversos servicios de contacto personal y acompañamiento.

En los servicios de asistencia a domicilio, se encuentran los servicios de enfermería y de atención doméstica.

Los servicios de enfermería a domicilio son prestados tanto por los consejos de condado a través de los servicios sanitarios (dependientes de los centros de salud primaria, hospitales) como de los ayuntamientos a través de sus comisiones de Asistencia Social. Rara vez se prestan estos servicios por entidades privadas, que al igual que los servicios de asistencia doméstica, son prestados por los ayuntamientos.

La ley de Ayudas y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales regula además los siguientes servicios:

- Asesoramiento y apoyo personal.
- Contacto personal.

- Compañía.
- Asistencia doméstica domiciliaria

Asimismo, esta ley regula actividades diurnas para personas con discapacidad mental en edad laboral que carecen de trabajo remunerado y no están realizando cursos de formación.

En ***España,*** también podemos distinguir entre los servicios prestados en el propio domicilio y la atención diurna ofrecida fuera del domicilio:

- **Ayuda a domicilio.**

La ayuda a domicilio es competencia de la Administración Local a través de la red de servicios sociales comunitarios, aunque en su financiación participen a partes iguales la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas.

Normativamente comprende tanto apoyo en actividades domésticas como servicio de compañía y apoyo psicológico, y servicio de teleasistencia. No obstante, la realidad de la prestación de este servicio nos hace identificar la ayuda a domicilio con unas horas a la semana de ayuda en las tareas domésticas.

Asimismo, algunas entidades privadas sin ánimo de lucro financiadas a través del 0.5 del IRPF por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, suelen prestar servicios de atención domiciliaria.

También puede hablarse de las distintas ayudas económicas no periódicas para sufragar los costes derivados de:

- La adaptación funcional del hogar.
- La adquisición de ayudas técnicas, ayudas a la movilidad y a la comunicación.

Por otra parte, también se prestan cuidados de enfermería a domicilio por las Administraciones sanitarias (autonómicas en unos casos y del Estado en otros).

- **Servicios prestados fuera del domicilio.**

Además de los prestados por los servicios sociales comunitarios (información, orientación,...) y por los Centros Base (valoración, orientación,...) cabe destacar los *Centros de día,* entre los que distinguimos aquellos "destinados a personas cuya capacidad les permita la realización de tareas prelaborales u ocupacionales...", de aquellos "destinados a personas con discapacidad tan grave que dependan de otra persona para las actividades de la vida diaria", o sea

Centros Ocupacionales y Unidades de Día para cuyo acceso, al menos en la red de servicios concertada por la Administración andaluza, han de ser valorados y orientados por los E.V.O. de los Centros Base.

Otros dispositivos son los "talleres polivalentes y ocupacionales prelaborales", centros destinados a personas con enfermedad mental crónica, que no pueden acceder a un recurso laboral o de formación profesional normalizador, y que son derivadas y atendidas por dispositivos de salud mental.

Por otra parte, cabe mencionar servicios de índole sanitaria, entre los que se encuentran algunos que aún siguen siendo financiados por los servicios sociales, a través de las ayudas de carácter no periódico (atención temprana, fisioterapia, rehabilitación médico funcional).

2.2. Atención residencial

En ***Alemania,*** cuando la atención diurna no resulta adecuada o suficiente, el beneficiario del Seguro de Dependencia puede acceder a un centro social o sociosanitario de carácter residencial.

El Seguro de Dependencia abona los gastos en estos centros en función del grado de necesidad del beneficiario:

- 2.000 marcos mensuales (170.140 Ptas.) Grado I.
- 2.500 " " (212.675 Ptas.) Grado II.
- 2.800 " " (238.196 Ptas.) Grado III.
- 3.300 " " (280.731 Ptas.) Casos especialmente severos.

Los beneficiarios sufragan los gastos de manutención y un 25% de la tarifa residencial si ésta no excede de una determinada cantidad.

En la mayoría de los casos, las administraciones públicas, en concreto la local, encomiendan a las asociaciones privadas la prestación de servicios residenciales de corta y larga duración.

En ***Francia*** se clasifican estos servicios así:

- Centros de acogimiento especializados (para personas sin autonomía para las actividades de la vida diaria).
- Hogares ocupacionales (para personas con autonomía para las actividades de la vida diaria).
- Hogares de doble tarificación.
- Estructuras intermedias.

El acceso a los primeros y segundos se hace previo paso por las Comisiones Técnicas de Orientación y de Reincorporación Profesional.

Los terceros reciben esta denominación al aplicarse un sistema doble de tarificación para determinar el coste de la plaza:

- Una tarifa correspondiente a los servicios sanitarios.
- Una tarifa diaria correspondiente a los gastos hoteleros.

Las estructuras intermedias son lo que en España denominamos viviendas tuteladas.

En el ***Reino Unido,*** estos servicios se clasifican básicamente en cuatro categorías:

- Las residencias de las entidades locales.
- Las residencias privadas, sometidas a requisitos de registro e inspección, que pueden ser también residencias asistidas cuando prestan cuidados sanitarios.
- Las residencias asistidas, que pueden depender de las autoridades sanitarias o de entidades privadas.
- Los centros residenciales para enfermos terminales, de las autoridades sanitarias.

En ***Suecia,*** se encuentran las siguientes modalidades:

- Estancias de corta duración fuera del hogar.
- Acogimiento residencial en hogares familiares o en viviendas con servicios especiales para niños, así como viviendas con servicios especiales para adultos.
- Viviendas asistidas.
- Residencias asistidas.

Esta red de servicios se planifica coordinadamente entre el Consejo de Condado y los municipios. Los municipios deben garantizar la atención residencial de aquellas personas que lo necesiten tanto en casas-hogar, en clínicas o en residencias. Tanto las viviendas asistidas como las residencias asistidas son gestionadas normalmente por los ayuntamientos.

El Consejo de Condado es responsable de aprobar la instalación de los centros residenciales privados, cuyo funcionamiento ha de ser revisado periódicamente por los servicios sociales municipales.

Los municipios son responsables de prestar la asistencia sanitaria necesaria a las personas acogidas en centros residenciales.

En ***España,*** los centros residenciales dependen de las Comunidades Autónomas,

responsables de la provisión de *servicios sociales especializados*, si bien también encontramos servicios residenciales dependientes de la Administración Central —de ámbito estatal—, y de algunas Corporaciones Locales.

Estos servicios están generalmente gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro, aunque no siempre, si bien es la línea que se viene potenciando en los últimos años; sea cual sea la titularidad del servicio residencial —pública o privada— su gestión se privatiza.

En **Andalucía,** los centros residenciales se configuran como recursos de atención integral destinados a aquellas personas que, al no poder ser asistidas en su medio familiar, y siendo mayores de 16 años —salvo excepciones—, lo precisen temporal o permanentemente.

Encontramos la siguiente tipología de servicios residenciales:

- *Residencias de gravemente afectados*, para aquellas personas cuya discapacidad sea tan grave que precisen de la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria. Se distingue entre las dirigidas a personas con discapacidad física de las dirigidas a personas con retraso mental.
  Dentro de este tipo también se suele diferenciar aquellas residencias destinadas a personas con parálisis cerebral.
- *Residencias para psicodeficientes* destinadas a personas con retraso mental y graves y continuados trastornos de conducta.
- *Residencias de adultos* con retraso mental, para aquellas personas con cierta autonomía personal.
- *Viviendas tuteladas* para personas con retraso mental y mayor autonomía personal.

Asimismo, para pacientes de salud mental, menores de 60 años y con diagnóstico de psicosis, que sean derivados y atendidos por dispositivos de salud mental, se encuentran los denominados Alojamientos Supervisados y Alojamientos Asistidos.

También podemos hablar de:

- Programas residenciales para personas con minusvalía psíquica sometidas a medidas de seguridad privativas de libertad.
- Plazas residenciales de estancias temporales.
- Programas de respiro como apoyo a las familias cuidadoras.

No obstante, se trata de actuaciones con un menor desarrollo en comparación con los anteriores.

Si bien no podemos hablar de servicios residenciales socio-sanitarios, lo que se echa en falta, se disponen de plazas residenciales para enfermos terminales de SIDA, concertadas por los servicios sociales autonómicos.

En alguna Comunidad Autónoma de España, sí se disponen de centros residenciales socio-sanitarios financiados tanto por parte del Departamento regional de Salud como del Departamento regional de Servicios Sociales.

3. FINANCIACIÓN

En ***Alemania,*** la financiación de las asociaciones privadas prestadoras de servicios proviene de tres fuentes:

- El cobro de tarifas por la prestación de sus servicios, bien sea por parte de los usuarios —la más importante entre las fuentes— o bien a través del reembolso de los gastos por parte de los seguros sociales y, subsidiariamente, de la Asistencia Social.
- Las subvenciones públicas.
- Los fondos propios.

Las organizaciones de carácter confesional acceden a financiación a través del impuesto religioso percibido por sus iglesias, impuesto que los contribuyentes consignan voluntariamente en su declaración de la renta.

En ***Francia:***

- Los centros de acogimiento especializados se financian a través de una tarifa diaria determinada por el prefecto. Su cobertura corresponde a la Caja Primaria del Seguro de Enfermedad.
- En los hogares ocupacionales estos gastos corren principalmente a cargo de la persona acogida y, en caso de no disponer de medios para la cobertura de todos los gastos, de la ayuda social.
- En los hogares de doble tarificación estos gastos corresponden al seguro de enfermedad, por lo que respecta a los gastos propios de la atención sanitaria, y al departamento, los gastos de carácter hotelero.
- El acogimiento familiar de un menor de edad es sufragado por el municipio.

- El acogimiento familiar de un adulto con discapacidad se hace sobre la base de dos tarifas:

  - La correspondiente a la remuneración del servicio propiamente dicho.
  - La correspondiente a los gastos de mantenimiento.

Corresponde a la persona acogida y, si no dispone de recursos, su cobertura corresponde a la ayuda social.

En ***Reino Unido,*** la financiación de los servicios de atención comunitaria prestados en el domicilio de la persona beneficiaria corresponde a los Departamentos de Servicios Sociales de las Entidades Locales y, si tienen carácter sanitario, a las autoridades sanitarias a nivel local.

Las primeras pueden prever la participación económica del usuario en la financiación del servicio, a través del establecimiento de precios públicos. Las segundas no pueden optar por esta vía.

Igual ocurre con los servicios residenciales. En función del nivel de ingresos del beneficiario, se establece el coste. Una parte corresponde a la entidad local y otra parte al usuario.

Si éste no tiene ingresos corresponde su financiación en su totalidad a la administración.

El usuario puede elegir su servicio residencial. Si sus precios se encuentran dentro de los estipulados por la entidad local se cofinancia su coste, si sus precios son más elevados, la persona usuaria sólo podrá permanecer en ella si puede pagar la diferencia o si cuenta con el apoyo económico de otra entidad o de otra persona.

En ***Suecia,*** corresponde a los ayuntamientos la financiación de los servicios de atención diurna y residencial.

En función de las características de los servicios y de su nivel económico, los perceptores de estos servicios están obligados a pagar una tarifa por ellos.

Las personas que reciben algún tipo de prestación económica han de pagar —en todo o en parte— los servicios de atención diurna o residencial que reciben.

Cuando los cuidados a domicilio implican la participación de los servicios sanitarios regionales, éstos también participan en su financiación.

En ***Andalucía,*** nos encontramos con la siguiente situación, teniendo en cuenta que siempre se estudian los ingresos económicos de la unidad familiar, dando prioridad en el acceso a los

servicios públicos a quienes menores recursos económicos poseen, dado que los recursos tanto de atención diurna como residencial son escasos y tenemos listas de espera:

- **Atención diurna.**

- La ayuda a domicilio que se presta por los ayuntamientos es gratuita para los beneficiarios, al igual que la prestada por algunas entidades privadas que se financian por las Administraciones Públicas. Como antes se apuntó, los servicios sociales comunitarios en España, a través del Plan concertado de servicios sociales, se cofinancian por la Administración Central, la Administración Autonómica y las Corporaciones Locales.

- La adaptación funcional del hogar y otras ayudas a la movilidad y a la comunicación son financiadas total o parcialmente por la Administración concedente, en este caso por la autonómica. Hasta el momento son ayudas sujetas a disponibilidades presupuestarias, carácter que desaparecerá cuando se desarrolle reglamentariamente la Ley 1/99.

En la financiación de las plazas públicas de centros de día (y residenciales), el Instituto Andaluz de Servicios Sociales sigue los siguientes criterios:

1. Cuantas aportaciones o ingresos de cualquier naturaleza que el usuario tenga derecho a percibir o disfrutar y que tengan como finalidad el mantenimiento de éste, ya sea por su propia cuenta o a través de centros de atención especializada (pensiones, subsidios, prestación por hijo a cargo, becas a minusválidos, ayudas para el mantenimiento en centros, etc.) deben destinarse a cubrir el coste de la plaza que ocupe, en el porcentaje fijado según la tipología del centro, salvo que la finalidad sea exclusiva para su atención en el centro o utilización del servicio, en cuyo caso será la totalidad.

2. En ningún caso el usuario aporta una cuantía superior al coste por plaza/día o plaza/mes que anualmente se establece según la tipología de la plaza.

3. La cantidad máxima a abonar por el I.A.S.S. a cada centro no supera el 80% del coste global de todas las plazas concertadas.

4. En la ocupación de una plaza pública de *unidad de día*, el usuario, o su representante legal, abona el 40% de los ingresos líquidos anuales, excluidas, en su caso las pagas extraordinarias. El usuario de una plaza pública de *centro ocupacional* abona el 25% del coste sobre el total de sus ingresos.

*** Atención residencial.**

En la ocupación de una plaza pública de *centro residencial,* el usuario abona el 75% de sus ingresos.

COSTE DE PLAZAS CONCERTADAS, EN 1.999, POR EL I.A.S.S., PARA EL SECTOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

1. Plazas en residencias:

a) Para personas con deficiencia mental gravemente afectadas: 6.180 Ptas./día.

b) Para personas adultas con deficiencia mental: 3.137 Ptas./día.

c) Para personas con deficiencia mental con alteraciones graves y continuadas de conducta: 6.805 Ptas./día.

d) Para personas con discapacidad física gravemente afectadas: 6.805 Ptas./día.

e) Para personas con parálisis cerebral gravemente afectadas: 6.805 ptas./día.

2. Plazas en viviendas tuteladas:

Para personas adultas con deficiencia mental: 2.562 Ptas./día.

3. Plazas en unidades de día (en régimen de media pensión y transporte):

a) Para personas con deficiencia mental gravemente afectadas:

- de 8 a 19 usuarios: 70.646 Ptas./mes.
- A partir de 20 usuarios: 91.504 Ptas./mes.

b) Para personas con discapacidad física gravemente afectadas: 101.188 Ptas./mes.

4. Plazas en centros ocupacionales:

a) Para personas adultas con deficiencia mental:

- en régimen de media pensión y transporte: 51.659 Ptas./mes.
- en régimen de media pensión y sin transporte: 44.351 Ptas./mes.

- en régimen de internado (residencia de adulto o vivienda tutelada): 31.979 Ptas./mes.

COMENTARIOS

En primer lugar, de la lectura realizada del documento sobre legislación relativa a la política para la discapacidad en estos cuatro países, lo que más ha llamado la atención a la que suscribe es el importante número de leyes que regulan las distintas materias. Que las diferentes prestaciones y servicios se regulen en leyes y no en reglamentos supone una garantía en los derechos adquiridos por las personas con discapacidad.

Por otro lado, también destaca la diversidad de actuaciones que dan respuesta a las diversas necesidades de estas personas.

No obstante, al final te quedas con la impresión de que el panorama legislativo no es muy dispar comparándolo con España.

Quizás nos faltaría comparar el nivel de cobertura de estos servicios, el porcentaje de la población que tiene cubiertas las necesidades a las que dan respuesta los mismos.

En los cuatro países analizados sí se ven consolidados los servicios socio-sanitarios, la coordinación socio-sanitaria, a diferencia de lo que ocurre en España.

Asimismo en España se hace evidente que debemos avanzar en la configuración de los servicios residenciales y de día como prestaciones de derecho —derechos condicionados al cumplimiento de requisitos de acceso— para que el acceso a los mismos dejen de estar sujetos a las disponibilidades presupuestarias. Lo contrario significa la inexistencia de la garantía real del disfrute de estos derechos.

Sevilla, junio de 1999

10. PROTECCIÓN JURÍDICA

LA PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍA EN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA, CON BREVE REFERENCIA A LAS DE ALEMANIA, FRANCIA, REINO UNIDO Y SUECIA

Marino Villa Rubio
Generalidad de Cataluña
Departamento de Justicia
Dirección General de Atención a la Infancia

Y en mi locura he hallado libertad y seguridad;
la libertad de la soledad y la seguridad del no ser comprendido,
pues quienes nos comprenden esclavizan una parte de nuestro ser

EL LOCO

GIBRÁN JALIL GIBRÁN

INTRODUCCIÓN

Partiendo del hecho de que la protección jurídica de las persona es la misma para todas por la aplicación del principio de igualdad ante la ley que proclama el artículo 14 de nuestra Constitución, lo que se expone en este trabajo no puede ser el compendio de la normativa que protege a la persona con minusvalía en cuanto a persona, sino solamente un relatorio de ciertas posiciones diferenciales que la ley formula como discriminación positiva para hacer válido el mandato de especial amparo formulado por el artículo 49 de la Constitución. La posición diferencial enunciada por las leyes la encuadramos además en los ítems estudiados en el seminario pero con la cautela exigida por el hecho de la dificultad material de hacer en esta ocasión un estudio profundo de Derecho comparado y habernos de ceñir a la síntesis documental de referencia del seminario.

Ello no obstante, entendemos que esta dificultad inicial no rebaja el gran interés que la propuesta de estudio del Real Patronato comporta, sino que incita a continuar profundizando en el análisis comparado.

Centrándonos ya en el marco legal de la situación española, hemos de dejar constancia de entrada que el plus de protección jurídica de la persona discapacitada tiene en nuestro país un sólido fundamento en la Constitución de 1978 (CE78), tanto en los aspectos civiles como en los penales y en los de prestación de servicios públicos. El estudio de la protección jurídica podría hacerse recorriendo los campos del Derecho laboral y de Seguridad social, el de la Salud y el de los Servicios sociales, y también por el Derecho penal y el Derecho civil. Pero el recorrido no podría ser lineal porque España es plural y la misma Constitución avala formulaciones diversas en los sistemas jurídicos de las Comunidades Autónomas (CC.AA). En Derechos fundamentales, en Derecho laboral y en Derecho penal tenemos legislaciones monolíticas de aplicación para todo el Estado; en Derecho de la Seguridad Social ya encontraríamos diferencias aunque no tan desmesuradas como en legislación de Servicios sociales[1]; y en el Derecho civil encontramos que

[1] Sobre esta cuestión: Villa Rubio, M. "El Derecho a los servicios sociales en el Estado de Derecho" *Revista de Treball Social 142/1996.*

además del Código civil existe legislación foral o especial en seis CC.AA. No obstante, los sistemas jurídicos de Servicios sociales de las CC.AA. apenas contienen —aunque podrían hacerlo ampliamente— instituciones jurídicas protectoras de las personas discapacitadas que sean de especial interés para los ítems que se estudian en el presente seminario. Vamos, pues, a centrarnos en la legislación común española dejando para otra intervención la consideración del derecho civil catalán, el cual se desmarca del Código civil —aunque más formal que substantivamente— con una formulación nueva, y muy amplia del derecho de familia que se halla contenida en el Código de Familia aprobado por el Parlamento de Cataluña en 1998[2].

Así, a estos matices diferenciales de la protección jurídica de las personas con minusvalía en el Derecho español, referenciándolos a la información normativa aportada por la organización del seminario correspondiente a Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia, se ajusta el análisis que sigue.

1. PROTECCIÓN JURÍDICA

La protección jurídica de la persona con minusvalía tiene en España rango constitucional. Ello es así porque con la CE78 además de los derechos fundamentales de todas las personas, y de las obligaciones inherentes al Estado por su definición de Social —cual son el deber de intervenir en pro de la igualdad y remover los obstáculos que impidan o dificulten la plenitud y la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social— se enuncia un principio rector ineludible de la política social y económica que busca alcanzar para los minusválidos la realización de los valores constitucionales de igualdad material e igualdad ante la ley y en definitiva la plenitud de derechos.

Este principio[3] rector constitucional de la política social y económica contenido en el artículo 49 CE78 pretende la protección jurídica mediante la responsabilización pública que ha de hacerse patente en la legislación positiva y presidir la actuación de los poderes públicos en materia

---

[2] Aunque la regulación originaria de estos aspectos arranca de la Ley 39/1991 de la misma cámara legislativa, sin contar otros antecedentes históricos que se remontan a las "Constitucions i Altres Drets de Catalunya" de 1702 y al derecho romano.

[3] Conviene advertir una vez más contra quienes ven en los principios rectores una simple declaración de intenciones. Utilizo para ello la palabras de GARCÍA DE (Los ciudadanos y la Administración: nuevas tendencias en Derecho español. REDA 1989):

> *Lo que quiere decir* [el precepto constitucional 53.3] *es que de esos principios normalmente no se obtienen derechos subjetivos accionables, pero que, sin embargo, vinculan en sus propios términos a todos los Jueces y Tribunales como dice el propio precepto en cuanto los mismos han de "informar la práctica judicial", del mismo modo que "han de informar la legislación positiva". Esto último quiere decir algo más que el legislador sea libre de recoger o no esos "principios rectores", según la concepción puramente "programática" de los mismos. Hay ya más de una sentencia del Tribunal Constitucional en que se han usado como indiscutibles parámetros de validez de las leyes tales principios rectores, lo cual implica una vinculación positiva del legislador y no una simple invitación al mismo, que sería libre de seguir o no.*

de minusvalía. La Constitución, así, manda a los poderes públicos mantener un política de previsión-prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de minusválidos, prestándoles la atención especializada que requieran y amparándolos especialmente en la obtención de los derechos constitucionales. Es pues un amparo especial —una discriminación positiva— que deben llevar a cabo los poderes públicos, y que ha de ser concretado en leyes; leyes que permitirían implantar modelos diversos, incluso el de la línea de apoyo y servicio global como el sistema sueco de 1989 que nos refiere la documentación del seminario.

No obstante actualmente el sistema legal de protección jurídica en España —tratándose de personas incapaces de gobernarse por ellas mismas— gira en torno a la tradicional institución de la tutela civil, si bien en la modalidad conocida como tutela de autoridad, apoyada por un sistema de protección social de amplios recursos; de amplios recursos pero también de amplia discrecionalidad y menguada garantía al ir desmarcándose su regulación del Régimen Público de Seguridad Social. Así resulta que la protección jurídica en general del incapaz se lleva a cabo por la institución jurídica conocida como tutela (del latín *tueo:* velar por, proteger), la cual como en la mayoría de los países de nuestra órbita cultural procede del Derecho romano en el que la tutela y la curatela eran dos poderes sobre las personas que, aun siendo sujetos de derecho, no tenían la capacidad de entender y de querer que es necesaria para administrar convenientemente el propio patrimonio; la falta de tal capacidad podía ser total o parcial, y fundada en razones de edad, de sexo, de enfermedad mental o de tendencia a la dilapidación[4].

2. NORMATIVA REGULADORA DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA CIVIL

En el orden de la protección jurídica civil, partiendo de la base de que el mayor de edad es capaz para todos los actos de la vida civil (salvo las excepciones establecidas en casos especiales por el Código Civil), es la institución de la Incapacitación la determinante de la protección del minusválido cuando la minusvalía impide a la persona gobernarse por si misma. La imposibilidad de autogobierno personal determinante de la incapacitación ha de ser debida a enfermedad o deficiencia persistentes de carácter físico o psíquico, y ha de ser comprobada y declarada judicialmente por sentencia. A partir de entonces, y así está regulado en nuestro Código Civil desde 1888 recogiendo el derecho histórico, se constituyen las instituciones jurídicas tutelares para la protección de la persona y sus bienes.

Cabe destacar como trazos significativos de la incapacitación regulados por el Código Civil en la vigente redacción que incorporó la Ley 13/1983 de 24 de octubre y retocó la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero:

---

[4] IGLESIAS, Juan: Derecho Romano. Instituciones de Derecho Privado. Ediciones Ariel Barcelona, 1965.

a) Corresponde promover la declaración al cónyuge o descendientes y, en defecto de éstos, a los ascendientes o hermanos del presunto incapaz. El Ministerio Fiscal deberá promover la declaración si aquellas personas no existen o no lo hubieran solicitado. A este fin, las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Además cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación.

b) Los menores de edad pueden ser incapacitados cuando concurre en ellos causa de incapacitación y se prevea razonablemente que la misma persistirá después de la mayoría de edad. La promueven padres o tutores.

c) El proceso de incapacitación es, al tiempo, un procedimiento contradictorio con dos partes enfrentadas formalmente, y tuitivo en cuanto a la intervención del juez y del Ministerio Fiscal. Si el Ministerio Fiscal hubiere promovido el procedimiento, el Juez designará un defensor al presunto incapaz a no ser que ya estuviere nombrado. En los demás casos será defensor el Ministerio Público. El presunto incapaz puede comparecer en el proceso con su propia defensa y representación. El Juez oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo, oirá el dictamen de un facultativo y, sin perjuicio de las pruebas practicadas a instancia de parte, podrá decretar de oficio cuantas estime pertinentes.

d) El procedimiento acaba por sentencia que declarará la incapacitación si procede, y determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado. 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. Las resoluciones judiciales sobre incapacitación se anotarán o inscribirán en el Registro Civil, además hay normas especiales en la legislación hipotecaria y del Registro Mercantil.

Una vez ha sido declarada la incapacitación, la guarda y protección de la persona y bienes, o solamente de la persona o de los bienes de incapacitados, se realizará, en los casos que proceda, mediante la constitución de la tutela o la curatela; también en ocasiones interviene la figura del Defensor judicial. Los cargos tutelares se constituyen judicialmente por las normas establecidas en la Ley de Enjuiciamiento Civil en procedimiento de Jurisdicción Voluntaria y el propio Código Civil; la autoridad judicial dará posesión de su cargo al tutor nombrado, y la resolución se inscribirá en el Registro Civil.

En España las instituciones jurídicas tutelares tienen formulación diferente según la vecindad civil de las personas; existen legislación especial para las de vecindad civil en Navarra, Aragón y Cataluña, pudiendo promulgarse también en Galicia, Baleares y País Vasco en desarrollo

de las respectivas Compilaciones de Derecho civil foral o especial. No obstante solamente las personas de vecindad civil catalana están regidas actualmente por un sistema completo al margen del común contenido en el Código Civil.

El régimen aplicable en el territorio de aplicación del Código Civil –también llamado territorio de derecho común- es en síntesis como sigue: Los padres pueden, en testamento o documento público notarial, nombrar tutor, establecer órganos de fiscalización de la tutela así como designar las personas que hayan de integrarlos, y ordenar cualquier otra disposición sobre la persona o bienes de sus hijos menores o incapacitados. Las disposiciones paternas vinculan al Juez, al constituir la tutela, salvo que el beneficio incapacitado exija otra cosa, en cuyo caso la autoridad judicial podrá variar la decisión. Si el Ministerio Fiscal o el Juez competente tuvieren conocimiento de que existe en el territorio de su jurisdicción alguna persona que deba ser sometida a tutela, pedirá el primero y dispondrá el segundo, incluso de oficio, la constitución de la tutela. El Juez constituirá la tutela previa audiencia de los parientes más próximos, de las personas que considere oportuno y, en todo caso, del tutelado si tuviera suficiente juicio y siempre si fuera mayor de doce años. La tutela se ejercitará bajo la vigilancia del Ministerio Fiscal, que actuará de oficio o a instancia de cualquier interesado. En cualquier momento podrá exigir del tutor que le informe sobre la situación del incapacitado y del estado de la administración de la tutela.

El Juez podrá establecer, en la resolución por la que se constituye la tutela o en otra posterior las medidas de vigilancia y control que estime oportunas en beneficio del tutelado. Para el nombramiento de tutor se preferirá a los parientes, pero el juez puede designar tutor a quien, por sus relaciones con el tutelado, y en beneficio de éste, considere más idóneo y no sea inhábil para el cargo por estar incurso en los casos previstos en la ley; también podrán ser tutores las personas jurídicas que no tengan finalidad lucrativa y entre cuyos fines figure la protección de menores e incapacitados. El cargo de tutor constituye una obligación que sólo puede ser excusado cuando por razones de edad, enfermedad, ocupaciones personales o profesionales, por falta de vínculos de cualquier clase entre tutor y tutelado o por cualquier otra causa, resulte excesivamente gravoso el ejercicio del cargo, las personas jurídicas podrán excusarse cuando carezcan medios suficientes para el adecuado desempeño de la tutela. Esta excusa no es aplicable en la misma medida a la tutela encomendada a las personas jurídicas públicas, según dictamen de la Fiscalía del Estado.

Así investido, el tutor es el representante del menor o incapacitado, salvo para aquellos actos que pueda realizar por sí sólo, ya sea por disposición expresa de la Ley o de la sentencia de incapacitación. Los sujetos a tutela deben respeto y obediencia al tutor, y los tutores podrán, en el ejercicio de su cargo, recabar el auxilio de la autoridad. El tutor está obligado a velar por el tutelado y, en particular:

- A procurarle alimentos.

- A promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad.
- A informar al Juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado y rendirle cuenta anual de su administración.

El tutor único y, en su caso, el de los bienes es el administrador legal del patrimonio de los tutelados y está obligado a ejercer dicha administración con la diligencia de un buen padre de familia. Para determinadas actuaciones de transcendencia personal o patrimonial el tutor necesita autorización judicial.

El tutor tiene derecho a una retribución, siempre que el patrimonio del tutelado lo permita. Sólo los padres, y en sus disposiciones de última voluntad, podrán establecer que el tutor haga suyos los frutos de los bienes del tutelado a cambio de prestarle los alimentos, salvo que el Juez, en resolución motivada, disponga otra cosa.

Procede la curatela para las personas a quienes la sentencia de incapacitación o, en su caso, la resolución judicial que la modifique coloquen bajo esta forma de protección en atención a su mayor grado de discernimiento. La curatela de los incapacitados tendrá por objeto la asistencia del curador para aquellos actos que expresamente imponga la sentencia que la haya establecido. Son aplicables a los curadores las normas sobre nombramiento, inhabilidad, excusa y remoción de los tutores.

Se puede nombrar un defensor judicial que represente y ampare los intereses de los incapacitados para suplir interinamente al tutor o intervenir en las funciones tutelares cuando en algún asunto exista conflicto de intereses entre los incapacitados y sus representantes legales o el curador. Otra figura protectora recogida por la legislación española es la del guardador de hecho, la cual tiene por objeto dar cobertura legal provisional a la situación de la persona y los bienes de un presunto incapaz que se hallen atendidos por persona que no tenga habilitación legal para la guarda y administración. Los actos realizados por el guardador de hecho en interés del menor o presunto incapaz no podrán ser impugnados si redundan en su utilidad. La tutela se regula en Cataluña para las personas de vecindad civil catalana paralelamente a la normativa del Código civil, se presenta como una institución jurídica que debe ser ejercida en interés y de acuerdo con la personalidad del tutelado para su protección personal, la de sus bienes y para asegurar el ejercicio de sus derechos. Reúne al igual que en el resto de España las características de la modalidad conocida como "tutela de autoridad" aunque quiere la ley catalana dar una amplia prevalencia a la voluntad de los padres y recuperar parcialmente la fórmula de Tutela de Familia, implantando el Consejo de Tutela, y apostando por la autonomía de la voluntad con la regulación de la autotutela.

Comparando nuestro sistema de protección jurídica civil -instituciones tutelares- con las de

los cuatro países de referencia, se observa un cierto paralelismo de instrumentos y métodos, aunque con variedad de matices no siempre contrastables con la información disponible. Así:

– Alemania plantea las instituciones tutelares desde los principios de subsidiariedad y de intervención mínima y flexible, de manera que la designación judicial de tutor sólo procederá cuando con la ayuda de familiares y servicios sociales no pueda obtenerse suficiente garantía. El proceso de incapacitación-tutela se muestra como interactivo entre el juez y el susceptible de ser tutelado, aunque formalmente no divergente del procedimiento español. La incapacidad para ser tutor por posible conflicto de intereses se concreta en este país en la imposibilidad de que lo sea el trabajador de un centro residencial en que resida el tutelado. Es de destacar que el nombramiento de tutor se efectúa por tiempo determinado y limitado a cinco años. Por otra parte, la ley federal alemana fomenta una red de personas jurídicas tutelares reguladas y financiadas por los estados federados; planteamiento éste que en las CC.AA. españolas es bien viable aunque no se haya llegado a regular con tal precisión.

– Francia cuenta, como en el derecho español, con las figuras de la tutela, la curatela y el defensor judicial para la protección de las personas incapacitadas por alteración grave de sus facultades mentales o físicas. Las funciones a desempeñar por los cargos tutelares se ajustan judicialmente al caso y circunstancias concurrentes. Existe en Francia también otra figura tutelar especialmente encargada de la administración de las prestaciones sociales; esta figura parece ser de encomienda administrativa y no diferiría de la del administrador patrimonial que regula el derecho catalán con encargo específico.

– También en el Reino Unido se contempla la figura del tutor de prestaciones de la Seguridad Social por encargo de la Administración. Por lo demás, aparece la figura del tutor civil para negocios jurídicos de este orden que es nombrado por un tribunal especial de protección. El sistema parece hallarse en fase de revisión.

– Suecia tiene redefinido recientemente un sistema diferente a todos los otros países considerados, pues no contempla la figura del tutor por razón de incapacitación sino otras dos que pretenden impedir lo que en España hemos conocido como "muerte civil" del incapacitado. Así la institución del "mentor" buscaría asegurar el ejercicio de los derechos del disminuido potenciando su capacidad y asesorándolo en lugar de suplirlo; el "mentor" es designado judicialmente con conformidad o no del asistido, pero su actuación ha de desarrollarse con la conformidad de éste. En todo caso parece que se presenta más que nada como una flexibilización total de procedimientos jurídicos y de métodos asistenciales personalizados. Para los casos en que esta fórmula de apoyo personal no es operativa se reserva la figura del administrador que se aproxima al parecer bastante a la nuestra de tutor. Hay participación adicional de los servicios sociales municipales para apoyo personal y seguimiento.

3. OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN JURÍDICA

3.1. Bioética

En este apartado se contempla únicamente la cuestión de la esterilización. Al respecto cabe decir que en España está legislado que el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido (artículo 156 del Código Penal) exime de responsabilidad penal en los supuestos de esterilizaciones realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o incapaz; en estos casos no será válido el prestado por ellos ni por sus representantes legales. Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de Jurisdicción Voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz.

Por lo que respecta a la información disponible de los países de referencia:

- En Alemania la autorización para proceder a la esterilización de un incapaz se presenta como restrictiva y último recurso para alcanzar los mismos fines, y debe emanar de un tutor especialmente designado por el tribunal tutelar a este efecto.

- En Francia el planteamiento es similar al alemán, es decir último recurso, sin oposición del afectado, y nunca si es menor de veinte años.

- En el Reino Unido la esterilización de un menor o incapaz requiere autorización de un tribunal superior de justicia que la otorgará en función del interés de la persona y la situación de necesidad.

- En Suecia se admitiría la esterilización voluntaria para los mayores de 25 años. Las personas de edades entre 18 y 24 sólo podrían esterilizarse por razones médicas, y los menores en ningún caso.

3.2. Derecho de voto

Establece la Ley Electoral española de 1985 que carecen del derecho de sufragio, entre otros, los declarados incapaces en virtud de sentencia judicial firme, siempre que la misma declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio. También se establece

respecto de los internados en un hospital psiquiátrico con autorización judicial, durante el período que dure su internamiento, siempre que en la autorización el juez declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho del sufragio. Por ello se dispone que los jueces o tribunales que entiendan de los procedimientos de incapacitación o internamiento deberán pronunciarse expresamente sobre la incapacidad para el ejercicio del sufragio, lo cual se haría constar en el Registro Civil.

Alemania y Francia aplican al parecer régimen similar al español, pero, contrariamente, ni el Reino Unido ni Suecia parecen poner obstáculo alguno al ejercicio del derecho de voto por personas discapacitadas.

3.3. Tratamiento de la comunicación, y en especial del lenguaje de signos

Uno de los déficits de la legislación española de protección de las personas con disminución auditiva y visual, está en la consideración de la comunicación entre personas, de éstas con los servicios, y en general respecto a los medios. Solamente cabe citar lo que tímidamente se atisba al respecto en la Ley Orgánica reguladora del Sistema Educativo que no va mucho más allá de lo que preveía la Ley General de educación de 1970. Sin embargo en desarrollo de aquella cabe apuntar diversas normas reguladoras de la educación especial[5].

La legislación administrativa territorial cubre algunos aspectos, aunque insatisfactoriamente. Así la reciente ley andaluza del corriente año de atención a las personas con discapacidad, o las precedentes de CC.AA como Aragón, Asturias, Cantabria, País Vasco, Canarias, Las Castillas, o Extremadura que superan en ambición formal a la catalana de 1991 de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas; todas ellas definen las barreras de comunicación y prevén medidas de fomento, pero no van más allá por lo cual no puede hablarse con propiedad ni de derechos ni de protección jurídica en esta materia[6].

Por otra parte es de justicia hacer, como sugiere la organización del seminario, un reconocimiento explícito al avance que ha supuesto la inclusión en la Ley 11/1998 de 24 de abril

---

[5] – El Real Decreto 696 de 28 de abril de 1995 que reordena la Educación Especial, en el que se dice que la Administración educativa favorecerá el reconocimiento y estudio de la lengua de signos y facilitará su utilización en los centros docentes.

– La Orden del 14 de debrero de 1996 del Ministerio de Educación y Ciencia sobre escolarización y evaluación.

– La Resolución de 30 de abril de 1996 reguladora de aspectos de ordenación académica.

– El Real Decreto 2060/1995 de 22 de diciembre (desarrollado por el D.D. 1266/1997) Estableciendo el Título de Técnico Superior en iinterpretación de la Lengua de Signos.

[6] Sin embargo, sí es concreta y efectiva la ley catalana de 1995 de acceso al entorno de personas acompañadas de perros guías.

General de Telecomunicaciones —equilibrando la liberalización del sector— unas normas garantizadoras de accesibilidad al servicio público de los usuarios discapacitados mediante el condicionamiento de las autorizaciones administrativas. Esta ley tiene el interés añadidio de ser norma de aplicación general en toda España por tratarse de materia constitucionalmente reservada al Estado.

En concreto, respecto al lenguaje de signos, de la información recibida se desprende que Alemania no le da reconocimiento oficial, aunque recientemente haya empezado a divulgarse; la misma situación se daría en el Reino Unido. En Francia tiene reconocimiento como derecho a la educación más claramente que en España, y en Suecia adquiere rango de lengua oficial.

3.4. La protección jurídica penal

La protección jurídica de la persona con minusvalía desde la óptica del derecho penal en España la podemos considerar contemplando el Código Penal de 1995 desde dos ángulos: El de la protección de su seguridad personal mediante las penas adecuadas a quienes la ataquen[7], y la

---

[7] En síntesis, de la protección de la seguridad personal del minusválido en función del handicap que lo hace más débil ante el delito, y por tanto más necesitado de protección disuasoria, es como sigue:

De entrada, se considera (artículo 22CP) que son circunstancias agravantes de los delitos, entre otras, ejecutar el hecho delictivo con abuso de superioridad, y el cometer el delito por motivos de discriminación referente a la enfermedad o minusvalía que padezca la víctima. En delitos concretos el CP busca una especial protección con incrementos de penalidad, y por otra parte, y en general, establece que cuando en un delito perseguible sólo a instancia de parte el ofendido sea incapaz o desvalido, el Ministerio fiscal podrá accionar en su lugar; en estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esa clase. Así:

- En los delitos de lesiones, se agrava la pena cuando menoscaben la integridad corporal o la salud física o mental de la víctima que fuere menor de doce años o incapaz. También se establece pena específica cuando el delito consista en ejercer habitualmente violencia física sobre incapaces que convivan con el agresor o que se hallen sujetos a su potestad, tutela, curatela o guarda de hecho. No se acepta como atenuante en los delitos de lesiones, el que haya mediado el consentimiento si quien lo otorga es un menor de edad o un incapaz; en el caso de esterilización el artículo se hace un tratamiento especial, según se ha dicho en el epígrafe de bioética.
- En conductas delictivas de agresión sexual se viene a establecer una agravación de la pena cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación. En caso de abusos sexuales se consideran estos no consentidos cuando se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o abusando de su trastorno mental. Se penalizan expresamente los actos de exhibición obscena ante menores de edad o incapaces. También la difusión, venta o exposición de material pornográfico entre menores de edad o incapaces. Se protege al incapaz, en igual medida que al menor, de la prostitución. En la misma línea se castiga como delito la utilización de estas personas con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos. También se castiga la pasividad de quien lo tuviere bajo su potestad, tutela, guarda o acogimiento y no haga lo posible para impedir su continuación en estado de prostitución.
- En conductas delictivas de vulneración de la intimidad mediante la utilización indebida de datos reservados de carácter personal o familiar, cuando el perjudicado sea un menor de edad o un incapaz, el tipo penal se aplica agravado.
- Un tipo penal específico que protege a menores e incapaces es el relativo a omisiones de deberes de la guarda cuando el guardador ocasional no los presente a requerimiento de sus padres o guardadores legales sin justificación para ello. En la misma línea de protección contra la sustracción se inscribe la conducta de quien indujere a un menor de edad o a un incapaz a que abandone el domicilio familiar, o lugar donde resida con anuencia de sus

protección jurídica directa por medio de la consideración de inimputabilidad por acciones perjudiciales para terceros que sean cometidas por persona aquejadas de trastornos psíquicos. Esquemáticamente, diremos que el nuevo Código Penal[8] establece los siguientes planteamientos para la protección jurídica mediante la exoneración de responsabilidad por las acciones antijurídicas cometidas por la persona incapaz:

Como principio general se dispone que para que haya condena penal es necesario que exista intencionalidad o imprudencia en el autor del delito o falta. No obstante se pueden aplicar medidas de seguridad fundamentadas en peligrosidad criminal del sujeto.

Están exentos de responsabilidad criminal, entre otros:

- El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
- El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Por otra parte, en aquellas mismas situaciones y personas, se pueden apreciar circunstancias atenuantes cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de

---

padres, tutores o guardadores. Y en el orden contrario, también se pena el abandono de un menor de edad o un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda; en este caso, si el abandono fuere realizado por los padres, tutores o guardadores legales, la pena de prisión se impondrá agravada, y más aún si se ha puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual de la víctima.

- Se considera delito la utilización de incapaces para la práctica de la mendicidad, incluso si ésta es encubierta, y se pena con prisión. Esta utilización se penaliza agravadamente si se empleare con ellos violencia o intimidación, o se les suministrare sustancias perjudiciales para su salud, se impondrá la pena de prisión de uno a cuatro años.
- También el hurto y la estafa serán castigados con mayor gravedad cuando ponga a la víctima o a su familia en grave situación económica o se haya realizado abusando de las circunstancias personales de la víctima, cual sería el caso de una persona con disminución psíquica.
- En otro orden de cosas, está tipificada como delito la conducta de tutores, curadores o albaceas que se aprovechen del cargo en beneficio propio; la pena se extiende a la inhabilitación especial para la guarda, tutela o curatela, según los casos.
- En el campo de la protección genérica contra la discriminación, se halla el castigo a los que la provocaren o incitaren al odio o a la violencia contra grupos o asociaciones, por motivos referentes a la ideología, enfermedad o minusvalía, etc. Esta protección jurídico-penal se extiende al ámbito del servicio público, si se denegara a una persona una prestación a la que tenga derecho por causa discriminatoria entre las que se cuentan la enfermedad y la minusvalía. En el mismo orden protector jurídico-penal contra la discriminación se pena la que pudiera darse en las actividades profesionales o empresariales, aplicándose en estos casos la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión, oficio, industria o comercio hasta cuatro años.
- Especial interés merece el hecho que se considera falta punible la conducta de quien encontrando abandonado a un menor de edad o a un incapaz, no lo presente a la autoridad o a su familia, o no le presten el auxilio que las circunstancias requieran. También la de quienes dejaren de prestar asistencia o el auxilio que las circunstancias requieran a una persona discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados.

[8] La terminología aplicada en general es "incapaz" haciendo referencia a la persona que de acuerdo con el Código Civil habría de ser incapacitada por no poder gobernarse por ella misma.

responsabilidad en sus respectivos casos. También es atenuante el obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

Las medidas de seguridad referidas se aplicarán siempre que el sujeto declarado exento de responsabilidad haya cometido un hecho previsto como delito, y que del hecho y de sus circunstancias personales pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. Entre las medidas de seguridad que se pueden imponer están las de internamiento en centro psiquiátrico y del internamiento en centro educativo especial. También se puede imponer judicialmente desde un principio, o durante la ejecución, la sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario, y a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares. En estos casos, el Juez o Tribunal sentenciador ha de disponer que los servicios de asistencia social competentes presten la ayuda o atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad.

Esta posible exención de la responsabilidad criminal considerada, no comprende la de la responsabilidad civil, que se hará efectiva por los mismos causantes, o por quienes los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho, siempre que haya mediado culpa o negligencia por parte de estos. Son también responsables civilmente, en defecto de los que lo sean criminalmente, los padres o tutores, por los daños y perjuicios causados por los delitos o faltas cometidos por los mayores de dieciocho años sujetos a su patria potestad o tutela y que vivan en su compañía, siempre que haya por su parte culpa o negligencia.

Como en los restantes análisis efectuados en los epígrafes anteriores, al intentar comparar la legislación española con la sinopsis legislativa referenciada encontramos dificultad para emitir afirmaciones seguras por causa de dudosa homogeneización de los conceptos traducidos:

- Alemania: Se dice no estar exenta de responsabilidad la persona que actúa sin conocimiento, pero que ello constituiría una atenuante.

- Francia: Se apunta la exención de responsabilidad por trastorno psíquico, y al tiempo también se afirma que cabe algún tipo de pena que tal vez debamos interpretar como medida de seguridad no punitiva sino preventiva.

- Reino Unido: Parece darse la norma general de no imputabilidad, pero con aplicación de medidas de seguridad.

- Suecia: Se apunta un sistema dual: Procesamiento y penalización en centro psiquiátrico y alternativamente no procesamiento con aplicación de medida de seguridad.

También podríamos entrar a comparar algunos otros aspectos especialmente sensibles para

la vida de la persona con disminución, como el derecho al honor, el matrimonio o el testamento que dejamos apuntados[9]. Pero con todo lo visto ya es suficiente para concluir que nuestra legislación está al dia y en la corriente europea, aunque fuera bueno explorar el nuevo sistema sueco que parece reafirmar el valor de la persona, independientemente de sus estado psíquico, y le ofrece un apoyo social que no substituye su capacidad de obrar, sino que la potencia tuitivamente para que viva su propio bienestar.

---

[9] La información relativa a derechos civiles de los países analizados sólo se refiere a Francia como protección contra la discriminación otorgando para tales supuestos algunas medidas de sanción administrativa y postulación procesal, que en España tiene protección penal como hemos dejado anotado anteriormente, y que a no dudar también existirá en las demás naciones. Por ello y también para posible posterior ampliación, dejamos ahora anotadas tres referencias a derechos de la personalidad en España de especial interés:

1) DEFENSA DEL DERECHO AL HONOR LA INTIMIDAD Y LA PROPIA IMAGEN

La Ley Orgánica 1/1982 de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, establece que las intromisiones en aquellos espacios personales requiere de consentimiento del afectado, que en caso de menores o incapaces puede prestarse por ellos mismos si sus condiciones de madurez lo permiten, de acuerdo con la legislación civil; en los restantes casos el consentimiento habrá de otorgarse por escrito por su representante legal, quien estará obligado a poner en conocimiento previo del Ministerio Fiscal el consentimiento proyectado. Si en el plazo de ocho días el Ministerio Fiscal se opusiese, resolverá el Juez.

2) MATRIMONIO

La Constitución establece que el hombre y la mujer tienen derecho a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica, y que la ley regulará las formas del matrimonio, la edad, y capacidad para contraerlo, los derechos y deberes de los cónyuges, las causas de separación y disolución y sus efectos. Este derecho a contraer matrimonio está regulado en el Código Civil, el cual entre los requisitos establece el imperativo del consentimiento, y aunque no limita de entrada el acceso al matrimonio de los disminuidos psíquicos ni enfermos mentales, sí que dispone que quienes deseen contraer matrimonio han de acreditar que reúnen los requisitos de capacidad, y si alguno de los contrayentes estuviera afectado por deficiencias o anomalías psíquicas, se exigirá dictamen médico sobre su aptitud para prestar el consentimiento; este consentimiento lo hay que entender como voluntad de asumir las obligaciones inherentes al matrimonio esto es: respetarse, ayudarse, actuar en interés de la familia, vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente.

3) TESTAMENTO

También podemos considerar entre las normas de protección jurídica de los derechos de las personas con discapacidad, las limitaciones para testar. Están contenidas en el Código Civil, aunque también hay algunas normas específicas en derecho foral. Según el Código Civil, están incapacitados para testar los que habitual o accidentalmente no se hallen en su cabal juicio. Por otra parte dispone que cuando el incapacitado por virtud de sentencia que no contenga pronunciamiento acerca de su capacidad para testar pretenda otorgar testamento, el notario designará dos facultativos que respondan de su capacidad, y que para apreciar la capacidad se atenderá únicamente al estado en que se halle al tiempo de otorgar testamento.

DOCUMENTACIÓN

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN FÍSICA EN NIÑOS PREESCOLARES O ESCOLARIZADOS CON DEFICIENCIAS EN EXTREMIDADES

Juan Manuel Castellote Olivito y otros
Departamento de Ciencias de La Salud
Universidad Rey Juan Carlos
Alcorcón (Madrid)

Como contexto amplio para el desarrollo del presente trabajo se considera fundamental lo descrito por la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989, que destaca en su preámbulo:

... la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño.

... la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países.

Su ratificación ha sido realizada en diferentes momentos según países: Francia en enero de 1990 y agosto de 1990; Alemania en enero de 1990 y marzo 1992; Suecia en enero de 1990 y junio 1990; Reino Unido en abril de 1990 y diciembre de 1991; España en enero de 1990 y diciembre de 1990.

Nuestra atención se centra en tres de los artículos:

El Artículo 23 establece que:

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

El Artículo 27 refiere que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

El Artículo 28 indica que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación, ... derecho... que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades.

Por ello, en relación con la valoración de los niños con algún tipo de deficiencia ó incapacidad, se establecen las siguientes consideraciones:

1. La evaluación funcional en estos niños permite un mejor seguimiento de su calidad de vida.

2. Esta evaluación se realiza mediante escalas, que incluyen diferentes dominios de estudio y valoración.
3. Es una realidad que suelen estar preparadas y desarrolladas hacia los adultos.
4. Los fines que se busca con el estudio de la calidad de vida incluyen:

Adecuar una mejora (incluyendo la educativa).
Obtener una mayor integración del niño en su entorno.
Buscar la igualdad.

Como elemento positivo de calidad de vida, existe actualmente en Europa una tendencia hacia la integración —principalmente educativa— de los niños con limitaciones funcionales.

Esta integración se contempla en las diferentes legislaciones como así se recoge en las de Alemania, Reino Unido, Francia y Suecia.

1. *Education Reform Act* 1988, *Education Act* 1996 (Reino Unido).

2. Ley Federal de Promoción de la Educación, Ley de Formación Profesional (Alemania).

3. *Loi 84-486, du juillet, d'orientation en matière d'éducation*, 1989 (Francia).

4. Ley General de Educación Escolar de 1985 (Suecia).

En el contexto europeo se viene trabajando desde hace años desde diferentes programas en la integración escolar, existiendo enfoques variados en dependencia de contextos culturales y legislaciones propias de cada país.

Dentro de estos casos se contempla la integración de aquellos niños con deficiencias de origen físico como los defectos en extremidades o las resultantes por amputaciones, sean éstas de origen traumático, tumoral u otro (C.I.D.D.M.[1]). Dichas limitaciones obligan a realizar una adaptación desde el momento en que la desventaja se localiza, y en el caso de estos niños, puede ser ya desde el nacimiento.

Por ello se contempla que tanto la estimulación precoz, como los programas educativos en estos niños han de contemplar todos los fenómenos de modificación del entorno y del niño para una mejor escolarización y que no se merme su aprendizaje.

La medición de resultados es cada día más importante en las intervenciones en salud. Las

[1] Gesundheitswesen. 1997 Mar; 59(3): 159-63 Qualitatssicherung im Kinder und Jugendgesundheitsdienst. Meireis H.

medidas de resultados funcionales son de especial importancia en amputados ya que el proceso de rehabilitación lleva implícito una mayor movilidad e independencia personal.

En el caso de los niños, a esto se añade el hecho de ser personas en un periodo de la vida en el que lo crítico es el aprendizaje y la adquisición de habilidades y por ello destrezas.

La evaluación de la situación funcional de estos niños puede permitir un mejor seguimiento de su calidad de vida; esta evaluación suele realizarse mediante escalas que contemplan diferentes dominios de la actividad vital de la persona. Sin embargo es de destacar que suelen estar preparadas y más ampliamente desarrolladas en adultos.

En el contexto mundial se observan intentos recientes de valorar esta calidad de vida y los resultados de las intervenciones en salud en la población. De esta manera pueden adecuarse los objetivos nacionales en aras de una mejora educativa, una mayor integración y buscar la igualdad entre los ciudadanos. Aquellos casos que parecen más relevantes no se han originado en los países objeto de nuestro estudio, sino en los Estados Unidos y en los Países Bajos.

En Estados Unidos existe un grupo de trabajo en la Universidad de California en San Diego desarrollando un proyecto de valoración funcional en niños con deficiencias congénitas o adquiridas de extremidades, inicialmente en niños de 8 a 17 años[2] estando extendido el estudio con posterioridad a edades previas (4 a 7 años de edad)[3], así como habiéndose realizado una evaluación psicométrica de la bateria[4].

Quizá una primera aproximación podría hacerse mediante estudios como los del Functional Status Measure II, como continuación del ya desarrollado en 1978 (FSM I) del que se ha comprobado su consistencia interna y sus adecuadas propiedades psicométricas en lo relativo al estado de salud de niños de 0 a 16 años. El estudio ha sido desarrollado en la Escuela de Medicina Albert Einstein de Nueva York[5]. Dicho sistema de medición presenta un interés especial en lo relativo a niños afectos de procesos crónicos de índole física, que inicialmente no se encuentren incapacitados. Podría ser un adecuado punto de comienzo de estudio, como referente, para valorar posteriormente nuestra población objeto, esto es los niños con alguna limitación funcional debida a la deficiencia. Recientemente se ha hecho ya una evaluación clinimétrica del mismo en Holanda

---

[2] Psychosom Med. 1993 Nov-Dec; 55(6): 541-8. Christie MJ; French D; Sowden A; West A. Development of child-centered disease-specific questionnaires for living with asthma.

[3] Qual Life Res. 1994 Jun; 3(3): 215-24. French DJ; Christie MJ; Sowden AJ. The reproducibility of the Childhood Asthma Questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 years.

[4] Rehabilitation (Stuttg) 1998 May;37(2):XVII-XXIII. Warschburger P. Measuring the quality of life of children and adolescents with asthma -The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

[5] Z Kinder Jugendpsychiatr. 1995 Mar; 23(1): 4-8 Schmerzensgeldforderungen aufgrund immaterieller Schaden: Die kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Zusammenhang mit der geanderten Rechtsprechung. Martinius J.

por la Universidad de Utrecht, considerándose como una medida genérica de estado de salud funcional en niños[6].

Se ha realizado igualmente un estudio piloto en lo referente al Functional Independence Measure para niños, en edad preescolar y escolar, por parte de la Universidad del Estado de Nueva York[7] pero no se han observado otros intentos a nivel europeo.

En lo referente a estudios de calidad de vida hechos en los países europeos objeto del presente estudio, como elementos de valoración de resultados en niños, las aproximaciones hasta ahora encontradas se resumen en la Tabla adjunta. En ella se expresan los índices, perfiles ó escalas usados en la valoración, el país en el que se ha realizado cada estudio, así como los objetivos de cada uno de ellos. Es sabido que para una correcta valoración en calidad de vida, las herramientas que se utilicen deben de cumplir ciertos requisitos, principalmente psicométricos; en la Tabla adjunta se reflejan los esfuerzos realizados hacia ello en cada uno de los países.

En lo relativo a la valoración infantil en deficiencias en extremidades se comprueba que las aproximaciones normativas, elementos origen de las directrices legislativas, son muy discretas; existe tan sólo un aproximación, en el Reino Unido. En la Universidad de Strathclyde (Escocia), se están haciendo actualmente estudios de resultados en la población de amputados[8]. Dicho grupo ha valorado el Indice de Barthel, del que se ha descrito una falta de sensibilidad por presentar efectos techo y el Locomotor Index que parece apropiado aunque todavía no validado en la población general, y por ello tampoco en el grupo infantil.

Problemas actualmente encontrados en la valoración de estos niños son:

1. Los niños son personas, en desarrollo.
2. Edad a la que se puede evaluar la calidad de vida.
3. Evaluación directa o por allegados (en la escuela ó en la familia).
4. Existencia de elementos culturales en la evaluación.
5. Contextos nacionales.
6. Obtención de un índice ó perfil.
7. Valoración separada o conjunta de dominios.

---

[6] Disabil Rehabil. 1994 Apr-Jun; 16(2): 63-71 Inter-rater agreement of two functional independence scales: the Functional Independence Measure (FIM) and a subjective uniform continuous scale. Chau N; Daler S; Andre JM; Patris A.

[7] Arch Pediatr. 1997 Dec; 4(12): 1238-46. Manificat S; Dazord A; Cochat P; Nicolas J. Evaluation de la qualite de vie en pediatric: comment recueillir le point de vue de l'enfant.

[8] Arch Pediatr. 1999 Jan; 6(1): 79-86. Manificat S; Dazord A; Langue J; Danjou G. Qualite de vie du nourrisson: criteres des parents et des professionnels. Elaboration d'un instrument d'evaluation.

TABLA I

	Alemania	Francia	Reino Unido	Suecia	España
2. MARCO NORMATIVO					
1. Legislación básica general. Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas 1989)	La ratificación ha sido realizada en enero de 1990 y marzo 1992	La ratificación ha sido realizada en enero de 1990 y agosto de 1990	La ratificación ha sido realizada en abril de 1990 y diciembre de 1991	La ratificación ha sido realizada en enero de 1990 y junio 1990	La ratificación ha sido realizada en enero de 1990 y diciembre de 1990
2. Normativa reguladora en escolarización	Ley Federal de Promoción de la Educación, Ley de Formación Profesional	*Loi 84-486, du juillet, d'orientation en matière d'éducation*, 1989	Education Reform Act 1988, Education Act 1996	Ley General de Educación Escolar de 1985	Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos
3. Normativa reguladora en valoración de calidad de vida	No existe específica todavía	No existe específica todavía	No existe específica todavía	No existe específica todavía	No existe específica todavía
4. Aproximaciones para una propuesta de normalización	**Establecimiento de requerimientos normativos[9];** Descripción de necesidades de valoración de resultados en calidad de salud por distritos, comunidad y el *Bundeslander* **Childhood Asthma Questionnaires (CAQ-B)[10, 11, 12];** Estudio psicométrico (Validez -consistencia interna y reproducibilidad) del cuestionario. Realizado en niños con asma de 4 a 16 años de edad. **Tribunal Supremo Alemán[13];** Consideración de la lesión 'inmaterial' en casos de daño cerebral severo a efectos de compensaciones legales, requiriendo para ello el uso de mediciones de calidad de vida; sienta jurisprudencia.	**Functional Independence Measure (FIM)[14];** Estudio psicométrico (acuerdo entre observadores). El WeeFIM no se halla validado en los países referidos. **AUQUEI[15, 16, 17];** Cuestionario francés, de respuesta abierta, de calidad de vida en niños. Validación del mismo. Inicialmente desarrollado para diferenciar a niños sanos de los HIV +.	**Paediatric Quality of Life Questionnaire[18];** Valoración del dolor tras tonsilectomía **Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)[19];** Validación del índice referido. **Warwick Child Health and Morbidity Profile[20];** Desarrollo y validación de una escala de medición de salud a través de los padres; validez, reproducibilidad en el tiempo y variación entre observadores. **Indice de Barthel[8];** Estudios de resultados en la población de amputados. **Childhood Asthma Questionnaires (CAQ-B)[21, 22, 23];** Estudio psicométrico (Validez -consistencia interna y reproducibilidad) del cuestionario. Realizado en niños con asma de 4 a 16 años de edad.	**Childhood Health Assessment Questionnaire[24, 25];** Versión sueca y estudio psicométrico (reproducibilidad, validez discriminante y convergente) de la versión sueca en población con artritis crónica juvenil. Evaluación de las dimensiones de incapacidad y disconfort **Cuestionario de Calidad de Vida[26, 27];** Valoración de la calidad de vida en lo relativo a la equidad en niños con fibrosis quística ó mielomeningocele en los cinco países nórdicos. **Escala de Calidad de Vida en preadolescentes escandinavos[28, 29];** Validez construccional de una medida genérica de calidad percibida de vida en preadolescentes	**Kent Infant Development Scale[30];** Versión española y estudio psicométrico (reproducibilidad y validez) del KIDS.

(*) Estudio realizado por el Servicio de Pediatría del Hospital Clínic y del Hospital Sant Joan de Deu, Universitat de Barcelona.

Por todo ello consideramos que deben realizarse estudios adecuados en lo referente a la calidad de vida de la población infantil mencionada, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Estos niños con deficiencias en los miembros tienen mayor posibilidad de integración con sus compañeros físicamente normales que el resto de niños con otras limitaciones, como las psíquicas o sensoriales.

2. Las personas que colaboran en su educación deberían fomentar su desarrollo normal y dejarse guiar por las necesidades que en él se desarrollen, limitando la intervención sólo a aquellos momentos en que se valore necesario. Sin embargo, aquellos con limitaciones en miembros superiores son objeto con mayor frecuencia de ayudas por terceros en ciertas actividades, afectando por tanto su independencia y con ello la valoración de calidad de vida.

3. Por ello consideramos deben realizarse investigaciones en lo referente a búsqueda de sistemas de medida de su estado funcional, sistemas con una adecuada validación, y que tengan como uno de sus objetivos el ofrecer datos relevantes de uso en la educación infantil.

4. Tomando como básicos el conocimiento del estado funcional y la calidad de vida de

---

[9] Pediatrie. 1993; 48(7-8): 519-27. Manificat S; Guillaud Bataille JM; Dazord A. La qualite de vie chez l'enfant atteint de maladie chronique. Revue de la litterature et aspects conceptuels.

[10] Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1998 Jul 10; 44(2): 115-23 The development of a paediatric quality of life questionnaire to measure post-operative pain following tonsillectomy. Myatt HM; Myatt RA.

[11] Br J Dermatol. 1995 Jun; 132(6): 942-9 The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. Lewis Jones MS; Finlay AY.

[12] Child Care Health Dev 1996 Nov; 22(6):367-79, The development and validation of a measure of parent-reported child health and morbidity: the Warwick Child Health and Morbidity Profile. Spencer NJ, Coe C.

[13] Psychosom Med. 1993 Nov-Dec; 55(6): 541-8. Christie MJ; French D; Sowden A; West A. Development of child-centered disease-specific questionnaires for living with asthma.

[14] Qual Life Res. 1994 Jun; 3(3): 215-24. French DJ; Christie MJ; Sowden AJ. The reproducibility of the Childhood Asthma Questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 years.

[15] Rehabilitation (Stuttg) 1998 May;37(2):XVII-XXIII. Warschburger P. Measuring the quality of life of children and adolescents with asthma -The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

[16] Clin Exp Rheumatol. 1993 Sep-Oct; 11(5): 569-76 Measurement of functional status in juvenile chronic arthritis: evaluation of a Swedish version of the Childhood Health Assessment Questionnaire. Andersson Gare B; Fasth A; Wiklund I.

[17] J Rheumatol. 1995 Feb; 22(2): 308-19 The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study. II. Outcome. Gare BA; Fasth A.

[18] Qual Life Res 1993 Feb; 2(1): 23-32 Quality of life among children in the Nordic countries. Lindstrom B, Eriksson B.

[19] Soz Praventivmed 1993; 38(2): 83-9 Quality of life for children with disabilities. Lindstrom B, Eriksson B.

[20] Qual Life Res. 1996 Apr; 5(2): 205-11. Quality of life in early adolescence: a sixteen-dimensional health-related measure (16D). Apajasalo M; Sintonen H; Holmberg C; Sinkkonen J; Aalberg V; Pihko H; et.al.

[21] Qual Life Res. 1996 Dec; 5(6): 532-8. Quality of life in pre-adolescence: a 17-dimensional health-related measure (17D). Apajasalo M; Rautonen J; Holmberg C; Sinkkonen J; Aalberg V; Pihko H; et.al.

[22] An Esp Pediatr 1996 May;44(5):448-52. A new method for evaluating psychomotor development based on information from parents. The Spanish version of the Kent Infant Development Scale. Garcia Tornel Florensa S, Garcia Garcia JJ, Reuter J, Clow C, Reuter L.

estos niños puede desarrollarse desde los diferentes organismos nacionales una política sanitaria que permita una asignación de recursos apropiada y que colabore en la conformación del enfoque curricular del niño.

Bibliografía consultada

1 CLASIFICACION internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías : manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad : publicada para ensayo de acuerdo con la resolución WHA 29.35 de la vigesimonovena Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976. 3ª ed. Madrid : IMSERSO, 1997 .

2 Arch Phys Med Rehabil 1996 Dec;77(12):1233-8 Functional status in children with limb deficiency: development and initial validation of an outcome measure. Pruitt SD, Varni JW, Setoguchi Y.

3 Arch Phys Med Rehabil 1998 Apr;79(4):405-11 Functional status in limb deficiency: development of an outcome measure for preschool children. Pruitt SD, Varni JW, Seid M, Setoguchi Y.

4 Arch Phys Med Rehabil 1997 Jul;78(7):750-4 Prosthesis satisfaction outcome measurement in pediatric limb deficiency. Pruitt SD, Varni JW, Seid M, Setoguchi Y.

5 Med Care 1990 Nov;28(11):1041-55 Functional status II(R). A measure of child health status. Stein RE, Jessop DJ.

6 Ned Tijdschr Geneeskd 1998 Dec 5;142(49):2675-9 The Dutch version of 'Functional Status II(R)': a questionnaire measuring the functional health status of children. Post MW, Kuyvenhoven MM, Verheij MJ, de Melker RA, Hoes AW.

7 Clin Pediatr (Phila) 1994 Jul;33(7):421-30. The Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). Conceptual basis and pilot use in children with developmental disabilities. Msall ME, DiGaudio K, Rogers BT, LaForest S, Catanzaro NL, Campbell J, Wilczenski F, Duffy LC.

8 Prosthet Orthot Int 1998 Dec;22(3):178-85 Three measures of functional outcome for lower limb amputees: a retrospective review. Treweek SP, Condie ME.

9 Gesundheitswesen. 1997 Mar; 59(3): 159-63 Qualitatssicherung im Kinder und Jugendgesundheitsdienst. Meireis H.

10 Psychosom Med. 1993 Nov-Dec; 55(6): 541-8. Christie MJ; French D; Sowden A; West A. Development of child-centered disease-specific questionnaires for living with asthma.

11 Qual Life Res. 1994 Jun; 3(3): 215-24. French DJ; Christie MJ; Sowden AJ. The reproducibility

of the Childhood Asthma Questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 years.

12 Rehabilitation (Stuttg) 1998 May;37(2):XVII-XXIII. Warschburger P. Measuring the quality of life of children and adolescents with asthma -The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

13 Z Kinder Jugendpsychiatr. 1995 Mar; 23(1): 4-8 Schmerzensgeldforderungen aufgrund immaterieller Schaden: Die kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Zusammenhang mit der geanderten Rechtsprechung. Martinius J.

14 Disabil Rehabil. 1994 Apr-Jun; 16(2): 63-71 Inter-rater agreement of two functional independence scales: the Functional Independence Measure (FIM) and a subjective uniform continuous scale. Chau N; Daler S; Andre JM; Patris A.

15 Arch Pediatr. 1997 Dec; 4(12): 1238-46. Manificat S; Dazord A; Cochat P; Nicolas J. Evaluation de la qualite de vie en pediatric: comment recueillir le point de vue de l'enfant.

16 Arch Pediatr. 1999 Jan; 6(1): 79-86. Manificat S; Dazord A; Langue J; Danjou G. Qualite de vie du nourrisson: criteres des parents et des professionnels. Elaboration d'un instrument d'evaluation.

17 Pediatrie. 1993; 48(7-8): 519-27. Manificat S; Guillaud Bataille JM; Dazord A. La qualite de vie chez l'enfant atteint de maladie chronique. Revue de la litterature et aspects conceptuels.

18 Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1998 Jul 10; 44(2): 115-23 The development of a paediatric quality of life questionnaire to measure post-operative pain following tonsillectomy. Myatt HM; Myatt RA.

19 Br J Dermatol. 1995 Jun; 132(6): 942-9 The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. Lewis Jones MS; Finlay AY.

20 Child Care Health Dev 1996 Nov; 22(6):367-79, The development and validation of a measure of parent-reported child health and morbidity: the Warwick Child Health and Morbidity Profile. Spencer NJ, Coe C.

21 Psychosom Med. 1993 Nov-Dec; 55(6): 541-8. Christie MJ; French D; Sowden A; West A. Development of child-centered disease-specific questionnaires for living with asthma.

22 Qual Life Res. 1994 Jun; 3(3): 215-24. French DJ; Christie MJ; Sowden AJ. The reproducibility of the Childhood Asthma Questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 years.

23 Rehabilitation (Stuttg) 1998 May;37(2):XVII-XXIII. Warschburger P. Measuring the quality

of life of children and adolescents with asthma -The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

24 Clin Exp Rheumatol. 1993 Sep-Oct; 11(5): 569-76 Measurement of functional status in juvenile chronic arthritis: evaluation of a Swedish version of the Childhood Health Assessment Questionnaire. Andersson Gare B; Fasth A; Wiklund I.

25 J Rheumatol. 1995 Feb; 22(2): 308-19 The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study. II. Outcome. Gare BA; Fasth A.

26 Qual Life Res 1993 Feb;2(1):23-32 Quality of life among children in the Nordic countries. Lindstrom B, Eriksson B.

27 Soz Praventivmed 1993; 38(2):83-9 Quality of life for children with disabilities. Lindstrom B, Eriksson B.

28 Qual Life Res. 1996 Apr; 5(2): 205-11. Quality of life in early adolescence: a sixteen-dimensional health-related measure (16D). Apajasalo M; Sintonen H; Holmberg C; Sinkkonen J; Aalberg V; Pihko H; et.al.

29 Qual Life Res. 1996 Dec; 5(6): 532-8. Quality of life in pre-adolescence: a 17-dimensional health-related measure (17D). Apajasalo M; Rautonen J; Holmberg C; Sinkkonen J; Aalberg V; Pihko H; et.al.

30 An Esp Pediatr 1996 May;44(5):448-52. A new method for evaluating psychomotor development based on information from parents. The Spanish version of the Kent Infant Development Scale. Garcia Tornel Florensa S, Garcia Garcia JJ, Reuter J, Clow C, Reuter L.

SINOPSIS DEL PANORAMA INTERNACIONAL DE LA COBERTURA PÚBLICA DE LOS AUDÍFONOS EN LA EDAD INFANTIL

José María Amate Blanco y otros.
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud Carlos III
Madrid

INTRODUCCIÓN

La presente revisión forma parte del Informe elaborado por esta Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para la Comisión Técnico Asesora de la Prestación Ortoprotésica, del Sistema Nacional de Salud. El estudio se limitó a la edad infantil por cuanto, a diferencia del adulto, en el niño la sordera afecta a la adquisición de las cualidades de aprendizaje, debido a lo cual la prestación audioprotésica trasciende la esfera de la asistencia social para instalarse en la de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En el niño, un déficit auditivo sensorial no sólo va a dificultar el desarrollo del lenguaje sino que afectará a la adquisición de otras funciones cerebrales primordiales. Los estímulos auditivos permiten que el niño oriente o *focalice* su atención y desarrolle adecuadamente aquellos circuitos que, centrados en el sistema límbico, participan en el control de la atención. De aquí deriva la importancia de la función auditiva en la identificación del entorno y, por ésta, en su manejo propositivo.

Resulta incontrovertible que una correcta función auditiva es primordial para la adquisición de funciones superiores y establecimiento de un aprendizaje en consonancia con los diferentes estados evolutivos infantiles. En consecuencia, el oportuno diagnóstico de las citadas disfunciones, junto con la aplicación de los sistemas que faciliten la mejora auditiva, sea por sustitución o por suplementación, serán una ayuda de gran valor en estas situaciones durante la edad pediátrica o mientras se prolongue el período de desarrollo de adquisición de habilidades.

ANTECEDENTES

El tratamiento de la sordera ha sido objeto de una polémica maximalista que se reaviva cada vez que se propone una nueva intervención y que se polariza en torno a dos extremos contrapuestos:

a) La sordera es un rasgo diferencial que caracteriza a una población diferenciada, con su propio mundo interior; su propia enseñanza y su propia cultura que incluye su propio *lenguaje* de signos, y sobre la que no debe interferir la sociedad "oyente".

b) La sordera es una discapacidad que contribuye al aislamiento social del paciente cuya integración se debe promover por los medios disponibles: ayudas técnicas, cuidados sociales, educativos, médicos y de rehabilitación.

En la actualidad se puede decir que este debate está superado y que se impone la "comunicación total", en la que el uso de dispositivos se complementa con lectura labio-facial y signos de apoyo, asociados a educación y rehabilitación adecuadas. En términos psicológicos cabe considerar la mímica como un buen medio de comunicación, pero siempre que se entronque con el lenguaje, único medio de llegar a los instrumentos cognitivos y a los conocimientos que exige el medio en el que el sordo ha de integrarse; sin perjuicio de que mantenga la comunicación por signos dentro de su grupo.

Por otra parte cabe considerar que la inclinación por una de las opciones anteriores puede caer en el ámbito de la decisión personal del paciente o sus representantes, pero que no puede subordinar la política de prestaciones que adopte el Sistema Nacional de Salud al incorporar unas tecnologías seguras y efectivas.

En cualquier caso, como tal controversia responde a criterios sociológicos y emocionales que se desarrollan en muy distinta esfera que la evaluación de las tecnologías sanitarias, esta AETS ha estudiado la cobertura que, en este ámbito, se viene prestando en otros países con sistemas sociales avanzados, por considerar que constituye el mejor referente del estado de opinión que, sobre esta materia, prevalece en el mundo.

La información que se presenta en este informe proviene de diferentes instituciones relacionadas con la cobertura pública de las prestaciones sanitarias en diferentes países o con las prestaciones específicas relativas a las personas con problemas en la audición. Este un breve cuestionario ha sido canalizado a través de las Agencias que forman la *International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA.* En algunos casos se proporciona información adicional, bien obtenida de otras fuentes, bien por que las instituciones que han enviado la información no se han ceñido al cuestionario.

ENCUESTA

PREGUNTAS FORMULADAS

1. ¿Están incluidos los audífonos en los sistemas públicos de prestación?
2. En caso afirmativo, ¿En qué medida están incluidos?
3. En caso afirmativo, ¿Existe algún tipo de copago?
4. En caso afirmativo, ¿Qué condiciones clínicas están incluidas en la prestación?
5. En caso afirmativo, ¿Existe algún tipo de restricción en relación con los diferentes tipos de audífonos?
6. En caso afirmativo, ¿existe algún tipo de requisito particular para su cobertura, como

pudieran ser los administrativos, o exigencia de informes clínicos, o remisión al especialista, u otros análogos?

7. En caso negativo ¿Existe alguna otra forma alternativa para la cobertura?

En algunos casos ha sido posible recabar alguna información adicional, que se incluye en este informe.

RESPUESTAS RECIBIDAS

Alemania

Institución que remite la información: ***Bundesministerium für Gesundheit***

1. Si. Cubiertos por el seguro sanitario obligatorio. Las baterías sólo se cubren hasta los 18 años. A los niños se les puede repetir la prescripción del audífono a los cinco años; a jóvenes y adultos a los seis.
2. Se abona una cantidad máxima, viene a ser precio de referencia, con cargo a fondos federales.
3. El paciente paga la diferencia en caso de optar por dispositivos de mayor precio.
4. Los audífonos se prescriben en la asistencia ambulatoria por los especialistas ORL. Se ajustan y dispensan por los audiólogos.
5. Existe un catálogo de audífonos admitidos a la prestación.
6. Basta la prescripción del especialista en Otorrinolaringología (ORL).
7. Los mutilados de guerra acceden a la prestación por un sistema social de indemnizaciones por lesiones sanitarias.

Australia

Institución que remite la información: ***Australian Office of Hearing Services,*** dependiente del ***Department of Health and Family Services.***

1. Sí
2. 100%. Incluye la evaluación audiológica, la selección y adaptación del tipo de audífono adecuado para cada caso. También incluye la rehabilitación.
3. Se realiza un pago anual de $A25, para cubrir los gastos de: reposición baterías, mantenimiento y reparación, en su caso, de los audífonos. A los pacientes se les proporciona el producto más adecuado para su caso, de acuerdo con la prescripción del audiólogo Si el paciente desea adquirir un audífono diferente al que le haya sido prescrito, debe pagar la diferencia de precio. Esta posibilidad no se aplica en el caso de niños. El rango de audífonos disponible es "restringido", correspondiendo a suministros adquiridos en concursos público, y que resultan adecuados para satisfacer todo el rango de necesidades clínicas. Si una necesidad clínica extraordinaria requiere

un tipo de audífono no incluido en la oferta estándar, se proporciona el producto a los niños de forma gratuita.

4. Todas las condiciones clínicas. La prescripción de audífonos se realiza tras una evaluación de la capacidad auditiva por parte de un especialista cualificado; cuando es necesario, se consulta con el médico.
5. No. Se proporciona todos los tipos de audífonos, de acuerdo con las necesidades de cada paciente.
6. Los servicios son prestados por una unidad especializada (Australian Hearing Services), que cuenta con servicios locales. En el caso de una primera visita, el médico de atención primaria proporciona un volante específico para la evaluación audiológica; en el caso de visitas posteriores, el volante se obtiene a través del médico, de un servicio local o por teléfono.
7. Dentro del mismo sistema, existe un programa específico para niños, que incluye revisiones periódicas de la evolución del niño, mantenimiento de los aparatos (incluyendo baterías) y comprobación acerca de su adecuación, así como su reemplazo en caso de pérdidas. Este programa incluye la cooperación entre los audiólogos y los demás profesionales y agencias involucradas en el desarrollo del niño. Se proporciona asesoría a los padres sobre las opciones pedagógicas más adecuadas para cada caso y se recomienda el apoyo de grupos de padres con problemas similares. Existen otros tipos de ayuda social.
8. **Información adicional**. Las prestaciones que recibe la población con problemas de audición están reguladas por ley: La *Australian Hearing Services Act*, que entró en vigor el 1º de julio de 1997, sustituyendo a la anterior, *Hearing Services Act*, de 1991. Una nueva Entidad de Ordenación, la *Office of Hearing Services* (OHS), unidad independiente integrada en el *Commonwealth Department of Health and Family Services*, es responsables de la administración del sistema y, más concretamente del *Hearing Services Program*.

   La provisión de los servicios contemplados en la ley puede ser efectuada por instituciones públicas o privadas, mediante un sistema de «vales» (*hearing services voucher system*), proporcionados por la OHS a las personas con derecho a la prestación

   Paralelamente al sistema de vales, el *Australian Hearing Service* (AHS), entidad gubernamental que cuenta con un importante laboratorio de acústica y personal especializado, continúa prestando los servicios especiales: niños y adultos jóvenes; personas cuya rehabilitación presenta problemas especiales; aborígenes y personas que viven en lugares aislados;

   La AHS edita una publicación, CHOICES, que informa a las familias de los niños recientemente diagnosticados acerca de sus diversos servicios, prestando especial atención a los educativos.

Bélgica

Institución que remite la información: **Seguridad Social**, organismo dependiente del **Ministerio de Asuntos Sociales, Salud pública y Medio Ambiente**.

Al tratarse de un país federal, existen en Bélgica diversas instituciones competentes para la aplicación de las leyes relativas a las personas discapacitadas. Al nivel federal, es competente el Ministerio de Asuntos Sociales, Salud pública y Medio Ambiente. en Flandes, es competente el "*Vlaams Fonds Voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap*"; en Valonia, la "*Agence Wallonne pour l'integration de personnes Handicapees (awiph)*"; en Bruselas el "*Fonds Bruxellois Francophone pour l'integration Sociale et Professionnelle des Personnes Handicapees*" y en las regiones de habla alemana lo es el "*Dienstelle der Duetschsprachigen Gemeinschaft für Personen mit Behinderung sowie für die besondere soziale Fürsorge*".

Las prestaciones relativas a problemas relacionados con la audición están incluidas en la llamada "nomenclatura", que es la lista de los tratamientos médicos reconocidos que son reembolsados (total o parcialmente) de acuerdo con tasas establecidas oficialmente.

Los códigos de la nomenclatura correspondientes a audífonos son: 679136, 679151, 679173, 679195, 679210, 679232, 679070, 679114. a la fecha de entrega de este informe estamos aún pendientes de recibir las especificaciones que corresponden a cada uno de estos códigos y que, en principio, permitirían responder a las preguntas mencionadas al comienzo.

Los audífonos sólo pueden ser renovados tras un período de cinco años a partir de la última adaptación, período que es reducido a tres años para el caso de niños que, en el momento de la renovación, no hayan cumplido los doce años.

La seguridad social belga ha editado la "*Guide de la personne handicapée*" en la que es posible encontrar información genérica acerca de las prestaciones a las que tienen derecho en Bélgica las personas discapacitadas, abarcando todo el espectro: ayudas económicas, vivienda, atención sanitaria, apoyo psico-pedagógico; así como los datos acerca de las instituciones más relevantes.

Aunque indudablemente esta información sea extremadamente útil para los potenciales beneficiarios, no se ha podido encontrar en ella información que nos ayude a contestar las preguntas formuladas.

Holanda

Institución que remite la información: *Ziekensfondsraad* y *TNO*.

1. Sí, sobre la base de la reglamentación de 1966 (Ver 8).
2. La prestación incluye diferentes tipos de productos, además de los audífonos en sí mismos; desde los aparatos de tipo estándar hasta dispositivos electro-acústicos especiales. Este último término se refiere a :
   - Un *cros-model* (*cros= contralateral routing for signals*)

- Un *bicros-model*
- Un modelo para conducción ósea
- Un modelo con micrófono incorporado y dos conexiones
- Un modelo con micrófono externo y una conexión
- Un modelo con micrófono incorporado, un micrófono externo y una conexión.

El primer juego de baterías está incluido. Los equipos BAHA son proporcionados como préstamo.

3. Existen costes máximos definidos (Dfl. 1.249,50); los costes adicionales deben ser pagados por los pacientes. En algunos casos, esta diferencia se contempla parcialmente por aseguradoras privadas (generalmente hasta Dfl. 400); dos aseguradoras privadas cubren la totalidad de los costes. Adicionalmente a estas cantidades, se paga el coste de los servicios audiológicos que, en general, rondan los Dfl. 400.
4. La indicaciones clínicas para esta prestación están definidas estrictamente en la lista 3, sección 1 de la reglamentación de 1996:
   - Está indicado un audífono si el audiograma muestra una pérdida de audición en el mejor oído de, al menos, 35 dB (valor obtenido promediando las pérdidas auditivas a 1000, 2000 y 4000 Hz.) y si la comprensión del lenguaje hablado normal, 55 dB en circunstancias ambientales tranquilas, mejora al menos en un 25% cuando se utiliza un audífono
   - Están indicados dos audífonos si la mejora de la comprensión del lenguaje hablado es por lo menos un 10% superior a la obtenida con un solo audífono o si el reconocimiento de la dirección de donde proviene el sonido se corrige hasta un ángulo de 45º.
   - En casos excepcionales, como consecuencia de la consulta con un médico asesor del Fondo de Enfermedades.

   En la lista mencionada no se mencionan patologías concretas.
5. Anteriormente existía un conjunto seleccionado de productos, lo que ya no es el caso. Actualmente la única limitación práctica viene dada por la cantidad adicional que el paciente esté dispuesto a asumir a su cargo.
6. Para que un asegurado perciba la prestación debe remitir una solicitud al Fondo de Enfermedad, adjuntando un informe de un centro de audiología; si se refiere a un menor de 16 años, este informe debe estar confeccionada por el médico. El especialista debe establecer en la solicitud si se requiere un modelo estándar o algún audífono especial.
7. No se dispone de información al respecto.
8. **Información adicional.** La reglamentación sobre prestación sanitaria data de 1996. Desarrolla la *Ziekensfondswet* (Ley relativa a los "Fondos de Enfermedad"). Esto implica que solamente pueden acceder a los beneficios previstos en la Ley las personas que estén aseguradas en un *Ziekensfond* ("Fondo de Enfermedad"). Quienes no pertenezcan

a un Fondo, dependen para la prestación sanitaria de los seguros privados o, en el caso de los funcionarios, del seguro sanitario obligatorio que les es propio. Sin embargo, la mayoría de los seguros privados, así como el seguro sanitario de los funcionarios, se adhieren a la reglamentación derivada de la Ley, en lo que concierne a las prestaciones sanitarias; por lo que todos los aseguradores tanto públicos como privados, en principio, ofrecen el mismo conjunto básico de prestaciones. En Holanda, aproximadamente el 70% de la población está protegido por servicios públicos; el resto recurre a aseguradoras privadas.

Existe una limitación de tipo general: el derecho a acceder a esta prestación sólo es válido en función de un balance entre la naturaleza y magnitud de las necesidades y la prestación demandada. Esto puede significar que en un caso en el que se solicite la sustitución de un audífono, el Fondo de Enfermedades puede rehusar el permiso para comprar un nuevo dispositivo si considera que aún no se necesita reemplazar el anterior.

Finlandia

Institución que remite la información: **FINOHTA/STAKES** (*Finnish Office for Health Care Technology Assessment/National Research and Development Centre for Welfare and Health*)

1. Sí
2. 100%
3. No
4. Decisión del audiólogo
5. No
6. Evaluación clínica efectuada por un audiólogo o un especialista en ORL
7. Todos los audífonos están cubiertos por la prestación sanitaria. No se dispone de información acerca de otro tipo de prestaciones (por ejemplo, de tipo social)

Nueva Zelanda

Institución que remite la información: **Centro Nacional de Audiología de Nueva Zelanda (Auckland)/Ministerio de Sanidad.**

1. Sí, entre 0-21 años, si están en la escuela después de cumplir 15 años.
2. 100% en el caso de los niños.
3. No en el caso de los niños. Se fomenta entre los padres que adquieran audífonos contra pérdida/robo/deterioro, aunque esto no es obligatorio.
4. Evaluación por un asesor cualificado que puede ser el audiólogo.
5. No
6. Actualmente no existen restricciones.

7. Todos los audífonos están cubiertos por la prestación sanitaria. No se dispone de información acerca de otro tipo de prestaciones (por ejemplo, de tipo social).
8. **Información adicional.** En Nueva Zelanda el Centro Nacional de Audiología proporciona los audífonos para los niños; el Ministerio de Sanidad es responsable del diseño de políticas (policy advice).

   En el caso de adultos se mencionan cuatro casos:

   - ACC (*Accident Rehabilitation, Compensation and Insurance Corporation*). Financia los audífonos necesarios como consecuencia de pérdidas auditivas ocasionadas por el ruido. ACC constituye un sistema gubernamental de seguro sin culpabilidad (cobertura total) para las lesiones y enfermedades ocupacionales,
   - WP (*war pensions - Government Income Support)* proporciona cobertura a veteranos que sufren pérdidas auditivas como consecuencia de sus deberes militares,
   - EMS (*Equipment Management Service)*. Financiado por el *Helath Funding Authority* proporciona cobertura a los trabajadores a tiempo completo o que están incluidos en programas educativos terciarios (8 meses de espera en algunas áreas para la financiación),
   - *Workbridge*, agencia de empleo y apoyo para personas con discapacidades, financiada por el departamento de Trabajo.

Reino Unido

Instituciones que remiten la información: ***National Coordinating Centre for Health Ttechnology Assessment (NCCHTA); Wessex Institute for Health Research and Development; Royal National Institute for Deaf People; National Deaf Childrens Society.***

1. Sí.
2. 100%, incluyendo el o los audífonos, las baterías, moldes, reparaciones, nuevos tubos y reajustes necesarios. Los audífonos permanecen como propiedad del *National Health Service (NHS)*, y son proporcionados a los pacientes en calidad de préstamo, siendo ilegal su venta. También está incluido en la prestación el suministro de un audífono de mayor potencia, en caso necesario, o la sustitución del ya proporcionado, si existiera un desgaste por el uso. En caso de pérdida o deterioro por falta de cuidado, el paciente debe pagar el coste de la sustitución.

   En casos muy justificados, y dependiendo del enfoque que pueda darse en cada centro, es posible proporcionar un audífono de repuesto a los pacientes; análogamente, si en la oferta del NHS no existiese un audífono adecuado para un caso determinado, es posible prescribir un audífono comercial; las políticas en estas situaciones también pueden cambiar de un centro a otro, fundamentalmente en función de las restricciones económicas y de la forma en la que la situación del paciente se adapte a criterios previamente definidos.
3. No. (Ver punto anterior).

4. No hay referencia a patologías concretas. El equipo de audiología escoge el tipo de audífono más adecuado para cada caso.
5. El *National Health Service* selecciona y adquiere mediante concursos centralizados, los audífonos que incluye en su oferta. Cuando sea necesario sustituir un audífono que ya no esté incluido en la prestación, se reemplaza por un nuevo modelo.
6. El médico de familia refiere al paciente a un especialista: ORL, cirugía o gabinete de audiología. El tiempo de espera suele ser de algunas semanas tras la confección del molde.

   La sustitución de baterías y otros servicios de mantenimiento puede efectuarse por correo, cita previa o por visitas sin preaviso, según las circunstancias locales.
7. Los servicios sociales locales pueden proporcionar otras ayudas adicionales, tales como teléfonos especiales, amplificadores que permitan escuchar radio o TV más claramente, o realizar ciertas adaptaciones en el hogar (por ejemplo, instalación de luces de advertencia), en aplicación de la *Chronically Sick and Disabled Persons Act* (CSDP Act, 1970). También están previstas otro tipos de ayudas, como por ejemplo para transporte. Existe un sistema de ayudas (*Acces to Work*) que contribuye a financiar los equipos y apoyo especiales que necesiten las personas sordas para poder trabajar. El *Disability Living Allowance* es otra prestación de la seguridad social dirigida a paliar económicamente los costes extras ocasionados por la discapacidad (incluyendo la sordera) en el caso de niños y mayores de 65 años.
8. **Información adicional.** En el momento de adaptar el o los audífonos, el personal del gabinete de audiología debe entrenar al paciente acerca de su uso, de las posibilidades reales del aparato y ayudarle a identificar diferentes tipos de sonidos, en las sesiones de trabajo que sean necesarias. El NHS ha editado un folleto *"Como utilizar su audífono"*, que es proporcionado a los usuarios junto con el audífono.

   Es preciso destacar que, siguiendo ta tradición inglesa, existen eficientes organizaciones privadas (*charities*), cuyo objetivo es proporcionar apoyo de diverso tipo a las personas con problemas de audición.

   En su respuesta, el NCCHTA indica que la cobertura de esta prestación en el *National Health Service* "no es muy consistente" (refiriéndose, probablemente, a las diferencias locales que pueden existir en el Reino unido). Por otra parte, no han recibido aún el primer borrador del proyecto de investigación comisionada convocado por este organismo sobre *"The community provision of hearing aids: A systematic review"*, y no esperan que los resultados se publiquen antes de un año.

Suecia

Institución que remite la información: **SBU** (Statens beredning för medizinsk utvärdering)

1. Sí
2. 100%

3. No
4. No
5. No
6. Referencia al especialista.
7. Todos los audífonos están cubiertos por la prestación sanitaria. No se dispone de información acerca de otro tipo de prestaciones como pudieran ser las de tipo social.

Suiza

Institución que remite la información: **SFOSS** (Swiss Federal Office of Social Security)

1. Sí. Con carácter general, monoaural. Sin embargo la prestación es binaural para los niños y algunos casos excepcionales como pueden ser ciertas necesidades laborales.
2. En Suiza cabe distinguir entre la *Invalidenversicherung* (IV, Seguro de invalidez) y la *Krankenversicherung* (KV, seguro de enfermedad). El pago de audífonos es a cargo de la IV, en un 100%.
3. En general, en la IV no existe copago; en la KV, asciende al 10%.
4. Para la IV, aquellas en las que el audífono mejore notablemente la capacidad auditiva y las posibilidades de comunicación con el entorno. Para la KV, que haya una pérdida auditiva de 50 dB en cuatro de las cinco audiometrías siguientes a: 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz, 4.000 Hz y 8.000 Hz ; o bien que la pérdida auditiva en el mejor oído sea del 50%, o del 40% si en el peor es superior al 80%.
5. Se proporcionan audífonos normales.
6. Si se precisaran dispositivos especiales, se requeriría un segundo informe clínico motivado.

SÍNTESIS

Las respuestas obtenidas revelan que la cobertura pública de audífonos para niños está universalmente aceptada en la muestra de encuesta internacional realizada, lo que pone de manifiesto su reconocimiento como tecnología establecida.

Se constata que todos los sistemas estudiados privilegian la prestación relativa al uso infantil de los audífonos respecto a la de los beneficiarios adultos; debido a la mayor necesidad de estímulos que se precisan durante la época de adquisición de habilidades y aprendizaje.

Adicionalmente se significa que para que la prestación audioprotésica ejerza un impacto positivo, debe encuadrarse en un conjunto asistencial de diversas intervenciones integradas, tales como: detección precoz, seguimiento, rehabilitación y educación.

LA FINANCIACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD

José-Vidal García Alonso
CEAPAT - IMSERSO

1. INTRODUCCIÓN

El planteamiento estratégico para conseguir la integración social de las personas con discapacidad como objetivo "macro", requiere actuar sobre un objetivo intermedio que se constituye en un requisito previo para alcanzar la integración: la "autonomía personal". Este planteamiento obliga, en consecuencia, a actuar desde la política social y económica sobre dos variables operativas: la accesibilidad integral y el nivel de ingresos de las personas con discapacidad.

Estas dos variables se apoyan mutuamente. Al conseguir mejoras en la accesibilidad aumentan las oportunidades de las personas con discapacidad de entrar en los circuitos de generación de ingresos y conseguir mayor autonomía económica. Al mismo tiempo, mayores niveles de renta permiten el acceso a mayor cantidad de productos y servicios y de mayor calidad con los que alcanzar mayores cotas de realización personal. Pero también se puede hacer una lectura más negativa de esta relación. Los bajos niveles de renta no permiten acceder a las ayudas técnicas necesarias o los servicios de profesionales que garanticen una accesibilidad integral (en la educación, la formación o el empleo), con lo que se produce un círculo vicioso difícil de romper que incrementa el grado de "minusvalía" por razones económicas.

Según las Normas Uniformes de Naciones Unidas[1], los Estados tienen la obligación de establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible y adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación, así como de mantener el nivel de ingresos para las personas con discapacidad, bien mediante pensiones, prestación de apoyos o el desarrollo de una actividad laboral.

Las personas con discapacidad sufren todavía altos índices de exclusión del mercado de trabajo[2], lo que impide a muchas de estas personas mantener ingresos autónomos. Las pensiones por discapacidad no son suficientes para afrontar el coste adicional de la adquisición de ayudas técnicas, muchas veces, muy costosas. La financiación de la accesibilidad dependerá, por tanto, de la renta disponible de las familias con un miembro discapacitado y de las ayudas de los Estados.

Para afrontar este problema todos los países de nuestro entorno han desarrollado lo que se

---

[1] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.* Resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993. New York: Naciones Unidas, 1994, p. 22-31.

[2] Tasa de actividad muy baja y tasa de desempleo muy alta respecto al resto de la población no discapacitada.

ha dado en llamar los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas[3], a través de los cuales se conceden distintas ayudas económicas que facilitan el acceso al medio físico. En este trabajo se analizan estos mecanismos en cinco países europeos[4]: Alemania, Francia, Reino Unido, Suecia y España.

2. EL ACCESO AL MEDIO FÍSICO

Las posibilidades de acceso al medio físico dependen de la habilidad física y cognitiva de cada persona para superar las barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de las comunicaciones para manejar los distintos dispositivos o sistemas técnicos que es necesario utilizar a diario en las actividades laborales, educativas o en las propias de la vida diaria, del ocio y de la cultura. Una habilidad menor a la considerada "normal" trata de compensarse mediante la utilización de productos y servicios de uso individual o colectivo que quedan englobados bajo el paraguas del sector tecnológico denominado "Tecnologías de la Rehabilitación"[5].

2.1. El campo de las Tecnologías de la Rehabilitación

El ámbito de las Tecnologías de las Rehabilitación, como sector tecnológico, comprende cualquier tecnología de la que puedan derivarse productos, instrumentos, equipamientos o sistemas técnicos accesibles por personas con discapacidad y/o mayores —ya sean éstos producidos especialmente para ellas o con carácter general— para evitar, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía y mejorar la autonomía personal y la calidad de vida.

Ante pequeñas pérdidas de habilidad, el problema puede resolverse mediante la aplicación del concepto de "diseño para todos" a los productos y servicios de consumo general, así como a los problemas de accesibilidad arquitectónica y urbanística. Pero cuando la pérdida de habilidad llega a constituir una discapacidad, de cierto grado de profundidad, hace necesario el diseño y la creación de dispositivos o aplicaciones concretas, a las que se denomina "ayudas técnicas".

Las ayudas técnicas han sido clasificadas bajo una norma internacional conocida en todos los países del estudio y que contempla las siguientes clases, recogidas en la *tabla 1*:

---

[3] WITTE, L. de, KNOPS H., PYFERS L. et al. *European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology*. Hoensbroek (The Netherlands): IRV, 1994.

[4] CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS SIIS. *Documento nº 51/99 Legislación relativa a la política para la discapacidad: Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 1999. Documento nº 51/99.

[5] En inglés, este sector es conocido con el nombre de "Assistive Technology".

Tabla 1: Principales clases de ayudas técnicas, según la norma ISO 9999[6].

CLASE ISO	CLASE DE AYUDAS TÉCNICAS
03	Ayudas para la terapia y el entrenamiento
06	Ortesis y Prótesis
09	Ayudas para el cuidado y la protección personal
12	Ayudas para la movilidad personal
15	Ayudas para actividades domésticas
18	Mobiliario y adaptaciones para la vivienda y otros inmuebles[7]
21	Ayudas para la comunicación, la información y la señalización
24	Ayudas para el manejo de bienes y productos
27	Ayudas y equipo para la mejora del entorno, maquinaria y herramientas
30	Ayudas para el ocio y tiempo libre

El número de artículos que se pueden encontrar en el mercado, pertenecientes a alguna de estas clases, supera los cinco mil en cualquier país de los estudiados. Los avances tecnológicos y el atractivo de muchos sectores hace que el número de artículos aumente muy rápidamente.

Las soluciones técnicas al problema de la accesibilidad han sido ampliamente desarrolladas en los últimos veinte años[8]. España, pese a haberse incorporado más tarde a este proceso que los demás países analizados, es el único país que cuenta en la actualidad con una línea específica de investigación y desarrollo en su Plan Nacional de I+D. En el resto de los países la investigación específica sobre accesibilidad se desarrolla en los programas genéricos de investigación y bajo la iniciativa privada. También tiene gran importancia la participación de algunos países en los programas de I+D de la Unión Europea, donde destaca el Reino Unido.

No obstante, España sigue siendo un país claramente importador de estas tecnologías al igual que Francia. Los países con mayor nivel de cobertura interna y proyección exportadora son Alemania, Suecia y el Reino Unido[9].

---

[6] Norma ISO 9999 de Clasificación de Ayudas Técnicas. Adoptada por el COMITÉ EUROPEO DE NORMALIZACIÓN (CEN). *Norma EN 2999 de Clasificación de Ayudas Técnicas*. Bruselas: CEN, 1994.

[7] La norma ISO 9999 no ha contemplado la accesibilidad urbanística o a los edificios como clases específicas pero los artículos con los que se realizarían estos tipos de accesibilidad se encuentran recogidos en las distintas clases que se mencionan.

[8] CASADO, N. y VALLS, R. *Documento nº 47/98 Análisis comparado de las normas autonómicas y estatal de accesibilidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 1998.

[9] BÜHLER, C., LORENTSEN, O., GARCÍA, J.V. et al. *Existing Pan-European Links in Rehabilitation Technology and Assessment*. Wetter (Alemania): FTB, 1993, p. 24-82. Disponible en el CEAPAT.

2.2. Los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas

Los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas se definen como el conjunto de estructuras y procesos por los cuales una persona con discapacidad o deficiencia puede recibir ayudas técnicas y los servicios relacionados, tales como información y formación[10]. Una persona puede recibir ayudas técnicas para su uso individual o para un uso colectivo, en forma de bien público o de bien privado de uso público.

El creciente número de personas que requiere de alguna ayuda técnica para mantener una vida independiente, el importante desarrollo tecnológico producido en los últimos años y la evolución de los sistemas económicos europeos que tienden a racionalizar al máximo el gasto público, son las causas de la importancia dada a los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas.

Estos sistemas presentan características muy complejas en todos los países. En ellos intervienen múltiples tipos de agentes: administraciones públicas de varios ámbitos, industriales, comerciantes, aseguradoras, investigadores, diversa tipología de profesionales y también los propios usuarios con discapacidad, a través de sus organizaciones o individualmente considerados. Cada una de estas categorías de agentes se puede dividir, a su vez, en distintos subgrupos, según distintas variables.

La legislación que regula el acceso al Sistema de Provisión de Ayudas Técnicas está muy fragmentada en todos los países. Puede tener su origen en fuentes de carácter general como la que trata de materia sanitaria, urbanismo, vivienda, educación, transporte o empleo, pero también abunda la legislación específica sobre accesibilidad para las personas con discapacidad en cada uno de estos ámbitos, dentro de la cual destaca la legislación sobre servicios sociales.

Por otro lado, el ámbito territorial de la legislación puede ser estatal, regional o local, siendo estos últimos los ámbitos donde se tratan con más asiduidad los problemas de accesibilidad a los transportes públicos, la adaptación de viviendas, la eliminación de barreras arquitectónicas en edificios de uso público o las barreras urbanísticas. En el ámbito regional suelen tratarse los problemas de comunicación, como en Alemania (subvenciones para televisión o radio o en España la provisión de teléfonos de texto). Las ayudas técnicas de carácter sanitario aunque se prescriben en el ámbito de la salud y su gestión puede estar más centralizada, la distribución de las mismas se realiza en el ámbito local.

---

[10] PARKER, M., WITTE, L. de y JOHNSON, I. *Mejoras en los Sistemas de Provisión de productos derivados de la Tecnología de la Rehabilitación*. Madrid: INSERSO, 1996, p. 5.

1.2.1. *Productos y servicios incluidos en los Sistemas de Provisión*

Los productos y servicios incluidos en el sistema de provisión varían también de unos países a otros. Incluso dentro de los países existen diferencias según el nivel administrativo que se analice, casos de Alemania por la estructura en "Länders", Suecia por sus "Counties", España por las Comunidades Autónomas o el Reino Unido por sus diferentes "countries". Desde que muchos municipios ostentan amplias competencias en materia de servicios sociales, han aumentado las diferencias en el acceso a financiación entre la población de diferentes municipios.

En la tabla 2 se han recogido las clases de ayudas técnicas financiadas en los países estudiados así como las principales áreas de accesibilidad que pretende ser cubiertas en su conjunto con esta financiación. De su análisis puede concluirse con toda claridad que el número de productos incluidos en los diferentes Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas es muy inferior al número de artículos existentes en los mercados.

Tabla 2: Ayudas técnicas financiadas y necesidades cubiertas en diferente grado según los casos.

Tipos de ayudas técnicas financiadas en el conjunto de los diferentes países estudiados	**Necesidades objetivo**
• Ortesis y prótesis • Ayudas para el cuidado y la protección personal • Ayudas para la movilidad personal • Ayudas para la comunicación • Adaptaciones para la vivienda* • Accesibilidad urbanística	• la accesibilidad urbanística, • la accesibilidad a las viviendas de las personas con discapacidad, • la accesibilidad a los edificios de uso público, • la accesibilidad a las comunicaciones • la accesibilidad a los transportes públicos y privados y • en general, la autonomía personal y la participación social

** Las viviendas adaptables son un caso particular de adaptación accesible. Suponen un paso intermedio entre la vivienda accesible y la vivienda con barreras. Su ventaja es que abarata el coste de la accesibilidad y permite realizar la inversión cuando resulte necesaria en el futuro.*

1.2.2. *Las condiciones de acceso a la financiación*

Los diferentes sistemas limitan el acceso de beneficiarios mediante diversas medidas, como el grado de discapacidad, la edad, la antigüedad de los edificios, o el tipo de artículos necesarios. En Alemania los usuarios podrán obtener financiación para aquellos productos o servicios que cumplan las normas DIN, establecidas para la accesibilidad urbanística, arquitectónica, para el transporte público y para los elevadores de sillas en vehículos. En España, se está elaborando una norma UNE de accesibilidad a la edificación, sin que se conozca todavía el grado de exigibilidad que tendrá y la relación que mantendrá con las 17 leyes de accesibilidad que regulan esta materia en las diferentes comunidades autónomas. En los demás países no existen normas explícitas pero la legislación proporciona abundantes medidas técnicas concretas de accesibilidad que deben

cumplirse para obtener financiación. Por otro lado, la escasez de medidas de control y supervisión es común y todos los países, lo que provoca que pese a la abundante legislación existente, todavía muchas zonas urbanas y edificaciones, públicas y privadas, no cumplan las condiciones de accesibilidad exigidas por la ley.

En Francia, la financiación de ayudas técnicas para la rehabilitación médica está limitada a aquellas incluidas en la lista TIPS, las cuáles tienen que cumplir unos mínimos de calidad para ser incluidos[11]. No obstante, el sistema deja abierta la puerta a la financiación de artículos no incluidos en la lista TIPS cuando en ella no se recogen ayudas técnicas específicas para alguna necesidad individual. En Suecia, el Instituto de las Minusvalías también elabora una lista de productos cuya calidad ha de ser previamente evaluada. En otros países, existen listas de este tipo pero la calidad de los artículos no se valora ni se actualiza con las nuevas tecnologías al ritmo que sería deseable.

En el Reino Unido, el sistema financia equipos sofisticados si se acepta el concurso de asesores del Sistema Nacional de Salud que deciden el equipamiento necesario y controlan su puesta en funcionamiento. En Alemania se entregan equipos para la movilidad de personas con problemas de audición, visión y comunicación.

Las restricciones de acceso al sistema pueden venir también por el tipo de discapacidad. En Alemania las adaptaciones de puestos de trabajo se financian a personas con discapacidad severa, al igual que las reducciones de precios en el transporte. En el caso de las ayudas para la adaptación de la vivienda sólo se conceden a personas gravemente afectadas.

3. LA FINANCIACIÓN DEL ACCESO AL MEDIO FÍSICO

Durante muchos años, se ha considerado que la accesibilidad era requerida sólo por personas con graves discapacidades y, dado que éstas personas eran una pequeña parte de la población, acometer soluciones accesibles suponía un gasto excesivo. Actualmente, la consideración de la accesibilidad como un *factor determinante de la calidad* de cualquier producto o servicio que beneficia a todos los ciudadanos ha cambiado la imagen de gasto molesto por la de inversión rentable. Incluso en algunos sectores, la mejora de la calidad a través de la accesibilidad urbanística, arquitectónica o el acceso a las comunicaciones puede llegar a tener una consideración estratégica, tanto para entidades públicas como privadas.

[11] Por ejemplo, las sillas de ruedas deben ser evaluadas por un centro especializado en este tipo de productos.

3.1. Las diferentes fuentes financieras y su ámbito territorial

Los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas agrupan a un conglomerado de instituciones de muy diversa índole que ofrecen diversas formas de financiar la adquisición de ayudas técnicas. Un análisis sintético de los países estudiados lleva a mencionar las siguientes fuentes financieras principales (véase *cuadro 1*):

- El Sistema Nacional de Salud como proveedor de productos en el ámbito local. Se distinguen las entregas realizadas en situación de hospitalización de aquellas otras entregadas mediante reembolso a los beneficiarios. El número de productos en este sistema es cerrado y su financiación puede ser total o parcial (con aportación de alguna cantidad por parte del usuario).
- El Sistema de Servicios Sociales actúa preferentemente en el ámbito local. Satisface necesidades no financiadas por el Sistema Nacional de Salud e incluye adaptaciones del hogar, acceso a sistemas de transporte normalizado o especial y determinados sistemas de comunicación. La financiación aportada por este sistema es generalmente parcial y de carácter graciable. Las diferencias entre países se observan a través del grado de cobertura financiera, amplio en unos países y escaso en otros, así como a través del nivel tecnológico de los productos y sistemas financiables.

Cuadro 1: Las diferentes fuentes financieras de la accesibilidad

• El Sistema Nacional de Salud
• El Sistema de Servicios Sociales
• El sistema de rehabilitación de viviendas
• El sistema de actuación urbanística
• El sistema de transportes
• Las empresas públicas no incluidas en los puntos anteriores y las privadas
• La sociedad civil
• Los consumidores de ayudas técnicas

- El sistema de rehabilitación de viviendas se cubre generalmente por los municipios. En la mayoría de los países estudiados existen programas de ayuda a la rehabilitación de edificios de uso público y privado que ofrecen ayudas financieras especiales cuando se acomete la eliminación de barreras arquitectónicas. La financiación es siempre parcial (entre el 20 y 50% del coste de la obra, con un límite máximo). Las empresas privadas pueden acceder a una serie de ayudas, en diferente grado, para adaptar los puestos de trabajo y las zonas comunes de los edificios. En Francia, la legislación exige a las empresas que tienen entre 20 y 200 trabajadores contar con una planta accesible. También en este país se pueden conceder préstamos a los trabajadores que requieran hacer obras de accesibilidad en sus hogares.

- El sistema de actuación urbanística puede actuar desde el ámbito estatal, regional o local, generalmente a través de entidades de carácter público, aunque la iniciativa privada acomete cada vez mayor número de obras civiles: infraestructuras viarias, urbanizaciones privadas, etc.
- El sistema de transportes, con excepción del marítimo y el aéreo, actúan en el ámbito local. Las actuaciones en materia de accesibilidad son acometidas por las empresas prestadoras de los servicios, las cuales, además de realizar las inversiones adecuadas financian también parte del coste del servicio a los usuarios con discapacidad[12]. El acceso a estos servicios suele gozar de algunas ventajas financieras para el usuario, tipo descuentos, acompañante gratuito, etcétera. Existen grandes diferencias entre los mecanismos financieros utilizados en unos países y otros. En el Reino Unido todos los trenes deben ser accesibles desde el año 1998, todos los taxis a partir del 2012 y todos los autobuses a partir del 2015.
- Las organizaciones de la sociedad civil que defienden el interés general o el interés de colectivos con discapacidad y están calificadas "sin ánimo de lucro" juegan un importante papel en la financiación de la accesibilidad, siempre que el producto o servicio solicitado no sea financiable o se haya denegado en alguno de los sistemas anteriores. En muchos países son los únicos agentes que subvencionan el transporte especial.
- Las empresas públicas y privadas también financian la accesibilidad en la medida que realizan las adaptaciones necesarias al margen de los programas de ayuda procedentes de los distintos sistemas mencionados anteriormente o, al menos, autofinanciando la parte no subvencionada. Además, estas empresas ofrecen diferentes tipos de ayuda financiera para el consumo de sus productos o servicios: descuentos, eliminación o reducción de los gastos de acompañante, intérpretes de lengua de signos, etcétera. En el ámbito privado destaca el papel de las mutuas de accidentes de trabajo y las mutualidades de funcionarios.
- Por supuesto, el último grupo de fuentes financiadoras son las propias personas con discapacidad que con sus aportaciones directas o indirectas financian la mayoría de los costes de las ayudas técnicas que consumen, si se excluye la eliminación de barreras urbanísticas y arquitectónicas en edificios de uso público y la adaptación del transporte público.

Estos son los principales agentes financiadores considerados individualmente, pero cada día es más habitual la formación de convenios de colaboración entre instituciones de diversa índole para satisfacer las demandas de accesibilidad. Por ejemplo, en España los convenios de

[12] Las administraciones públicas a menudo cuentan con programas a través de los cuales colaboran con las grandes empresas de transporte en la adaptación de andenes y vehículos para hacerles accesibles.

colaboración entre el IMSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias han distribuido miles de aparatos de teléfono para sordos y han instalado cientos de autobuses de plataforma baja y taxis adaptados. Los convenios entre el IMSERSO y la Fundación ONCE han desarrollado multitud de proyectos de eliminación de barreras urbanísticas en los municipios españoles. En Alemania un acuerdo entre los Länder y el gobierno federal ha llevado a la adaptación de las estaciones y los vagones del metro.

3.2. Diferentes mecanismos financieros para la accesibilidad

Los diferentes Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas financian la accesibilidad utilizando diferentes instrumentos financieros. Las características de cada mecanismo financiero dependen de la entidad que concede la financiación y del tipo de accesibilidad concreta. En la tabla 2, con la información disponible en este momento, la cual desafortunadamente no es completa[13], se han recogido algunos de los mecanismos de financiación de la accesibilidad utilizados en los diferentes países estudiados y que resultan de mayor interés. Un análisis exhaustivo de estos mecanismos financieros resultaría muy interesante pero requeriría un estudio con profundidad sobre el tema, lo que excede el objetivo de esta presentación. La intención es que de la información contenida en esa tabla se puedan obtener algunas conclusiones. Dado que no se tiene información completa de todos los países, las conclusiones deberán basarse en el conjunto de mecanismos utilizados para la financiación de la accesibilidad.

Tabla 3: Algunos mecanismos de financiación de la accesibilidad

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
• Subvención mediante acuerdo institucional público • Subvención para determinados colectivos • Subvención con cargo a Tasa Compensatoria. • Adelantos sobre pensiones	• Subvención pública, completa o parcial al consumidor final • Acuerdo institucional público y privado para la actuación en accesibilidad	• Subvención municipal • Subvención a empresas privadas • Subvención a propietarios que alquilen • Subvención o préstamo a trabajadores para adaptación de su vivienda	• Autofinanciación de empresas públicas, municipios y empresas (Ley antidiscriminación). • Subvención para la conservación de edificios • Subvención para la conservación de viviendas.	• Precio del pasaje de tren en 2ª para todos los desplazamientos nacionales en cualquier medio con precio superior

[13] La falta de homogeneidad en los mecanismos de "financiación de la accesibilidad", dispersos en todos los países estudiados por múltiples normas legales y administrativos procedentes de diferentes ámbitos administrativos, especialmente el ámbito local, supone una grave dificultad para la realización de una comparacións internacional en esta materia. A ellos se suma la falta de estudios previos sobre este particular aspecto de la accesibilidad y la falta de organismos que centralicen la información relativa a cada país.

ALEMANIA	ESPAÑA	FRANCIA	REINO UNIDO	SUECIA
• Subvención para adaptación puestos trabajo • Subvención con cargo a multas por incumplimiento • Subvención del Estado a los Länder • Subvención pública parcial para adaptación vehículo, sólo si es para trabajar • Subvención pública parcial para permiso conducir • Descuento transporte público con cargo a Tasa compensatoria • Sistema de reserva plazas aparcamiento • Acompañante gratis en el tren • Primera clase a precio de segunda • Descuento en viajes aéreos nacionales • Acompañante gratis • Descuento en correos • Eliminación tasas de TV y radio • Descuento en telecomunicación • Suministro de aparatos telefónicos adaptados y de equipos para movilidad para plurideficientes	• Subvenciones adaptación puestos trabajo • Subvención del Estado o CC.AA. a los municipios • Subvención a ONG • Subvención a empresas • Descuento en transportes públicos • Bono-taxi • Acuerdo institucional público • IVA reducido • Sistema de reserva plazas aparcamiento • Fondo de Acción Social para Educación • Reembolso total • Reembolso parcial • Subvención pública graciable para adaptación vehículo • Subvención pública parcial para permiso conducir	• Descuentos para usuarios y acompañantes en trenes y aviones nacionales • Sistema de reserva plazas aparcamiento • Autofinanciación de la accesibilidad • Subtítulos en TV • Intérpretes lengua signos gratis en establecimientos públicos • Subvención de sistemas de alarma	• Subvención específica local para adaptaciones • Subvención orientada a una mejor utilización de la energía. • Sistema de reserva plazas aparcamiento. • Descuento para ciegos en trenes para determinadas actividades. • Acompañante gratis en tren • Descuento en metro si vive en las afueras • Autobuses gratis en determinados horarios • Subvención parcial para equipos tecnológicos avanzados • Créditos preferenciales para la compra de ayudas técnicas	• Subvención total coste transporte especial por los Ayuntamientos con subvención estatal del 35% del coste • Suministro de teléfonos especiales para sordos conectados a teléfonos ordinarios por empresa telefónica • Financiación de Biblioteca de libros sonoros y de Braille. • Suministro de periódicos sonoros a precio del estándar. • Central de compras de ayudas técnicas.

Todos los instrumentos financieros mencionados en la tabla 2 hacen referencia a personas con discapacidad, a las que se exigirá distintos requisitos para acceder a cualquiera de ellos. Aunque los mecanismos financieros que pueden utilizarse son muy variados ello no significa que todos se usen en cualquier lugar de Europa y para todos los sectores donde es necesario mejorar la accesibilidad. Más bien al contrario, existen grandes diferencias incluso dentro de la misma región de cualquiera de los países ya que se tiende a una financiación local en muchos sectores.

4. CONCLUSIONES

La inversión en accesibilidad, además de una obligación, puede suponer un componente estratégico para los gobiernos, las administraciones locales, las empresas y los usuarios y, en definitiva, para la sociedad al conseguir a través de la accesibilidad mayores niveles de calidad en la producción y en la prestación de servicios, y al fin mayores ingresos para los agentes económicos.

No obstante, conviene realizar un planteamiento sistémico de las diferentes fuentes financieras para la accesibilidad existentes en cada país (agentes y procedencia de los fondos). Este planteamiento permitirá tener una visión general de lo que se ha denominado en esta presentación el Sistema de Provisión de Ayudas Técnicas, definido según los elementos contenidos en el *cuadro 2* para cada mecanismo de financiación. Esta metodología permitirá conocer quién, qué, a quién y cuáles son las características de acceso a cada mecanismo con los que se está financiando la accesibilidad en un país y, por eliminación, podrán conocerse las áreas de la accesibilidad, productos o colectivos que no quedan cubiertos por el Sistema de Provisión de Ayudas Técnicas, lo cual puede estructurarse además según el ámbito nacional, regional o local. El "monitoreo" de estos Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas permitirá mejorar la asignación de los recursos disponibles para realizar mejoras en la accesibilidad, así como corregir desigualdades regionales derivadas de la actuación municipal en esta materia.

Cuadro 2: Modelo de análisis de un mecanismo de financiación de ayudas técnicas



Las grandes diferencias que hoy presentan los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas estudiados, al menos en cuando al suministro de ayudas técnicas individuales, se aprecian a través de las distintas fases de la *provisión de accesibilidad,* que podemos generalizar en las siguientes: iniciativa, valoración de la necesidad, selección de la ayuda técnica, autorización de la financiación, provisión física de la ayuda técnica, gestión, seguimiento y evaluación del proceso. La mejora del diseño de cada una de estas fases, así como otras anteriores como la valoración de la discapacidad (lo que da derecho a la financiación), haría más eficaz y eficiente el sistema. La mayoría de los Sistemas de Provisión de Ayudas Técnicas actuales contemplan sólo algunas de estas fases. La exigencia en el cumplimiento de la legislación vigente en materia de adaptación de espacios de uso colectivo introduce también diferencias importantes entre los distintos países.

Un diseño más estratégico de los mecanismos financieros utilizados hasta ahora en los distintos ámbitos de la accesibilidad podría garantizar un mayor suministro de ayudas técnicas a un precio adecuado a la capacidad de compra de una "central de compras", como hacen en Suecia a través de la empresa pública SUB. Al mismo tiempo, el diseño adecuado de los mecanismos de financiación de la accesibilidad en espacios de uso público debería plantearse de forma que suponga un incentivo para que la iniciativa pública y privada invierta mayores recursos en accesibilidad.

La comparación internacional favorece la adquisición de criterios de mejora de estos mecanismos al observar los que han supuesto ejemplos de buenas prácticas en otros países, y por ello hay que felicitar al Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía por la iniciativa de realizar esta publicación. Esta comparación tiene ante sí algunos puntos críticos del Sistema de Provisión de Ayudas Técnicas de uso individual en España, como pueden ser los siguientes: evaluar el sistema de reparto del coste entre el usuario y otros agentes; permitir que el usuario pueda elevar la calidad del producto prescrito asumiendo la parte de coste que exceda de la financiación máxima o básica; revisar las listas de productos a fin de que éstas se compongan de productos y servicios con cierto contenido tecnológico y calidad; atender prioritariamente las necesidades de los grandes discapacitados; aumentar los mecanismos sancionadores por incumplimiento; utilizar mayor número de mecanismos fiscales, especialmente la Tasa Compensatoria (Alemania), para motivar y obtener ingresos para la accesibilidad.

Finalmente debe señalarse que la eficacia y la eficiencia de un Sistema de Provisión de Ayudas Técnicas, medidas por el grado en que se consiga facilitar el acceso al medio físico al menor coste posible para la sociedad, dependerán de la consideración global de estos sistemas, en los cuales la evaluación y retroalimentación serán, como en todos los sistemas, las fases más importantes para alcanzar estos resultados a medio y largo plazo.

Septiembre de 1999

LA NORMATIVA DE EMPLEO EN ESPAÑA

Alberto Astarloa
CC.OO. Sector ONCE

1. REGULACIÓN DEL EMPLEO

A. MARCO LEGISLATIVO

– La Constitución española de 1978, en su Artículo 40, insta a los poderes públicos a la realización de una política orientada al pleno empleo y contempla el derecho a un trabajo digno, libre y remunerado. Y, en su Artículo 49, los emplaza a realizar una política de integración específica para las personas con disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales.

– La Ley 51/80, de 8 de octubre, Básica de empleo, en su Artículo 1, contempla que la política de empleo así como la protección de las situaciones de desempleo se adoptarán en el marco de la política económica del Gobierno de forma que permitan conseguir el pleno empleo, mejorar la estructura ocupacional y fomentar la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Esta política programará el fomento del empleo a colectivos con especiales dificultades de inserción, entre los que se encuentra el de personas con discapacidad, para lo cual surgen sucesivas disposiciones como consecuencia del emplazamiento gubernamental de ofrecer a las empresas diferentes beneficios, subvenciones, ayudas, asistencia, etc... y referido a cualquier tipo de centro de trabajo, haciendo especial referencia a aquellos trabajadores cuya deficiencia les imposibilite emplearse en empresas normales previendo que se dictarán normas para fomentar el trabajo en centros especiales de empleo. La responsabilidad de hacer efectiva esta política recae en el Gobierno (art.10), previa consulta a las Organizaciones Sindicales más representativas.

– El R.D.Legislativo 1/95, texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, en su artículo 17, regula la no discriminación en las relaciones laborales y, en el 17.3, manifiesta que el Gobierno podrá regular medidas de reserva, duración o preferencia en el empleo que tengan por objeto facilitar la colocación de trabajadores demandantes de empleo. Asimismo, a otorgar subvenciones, desgravaciones y otras medidas para fomentar el empleo de grupos específicos de trabajadores con especiales dificultades de inserción laboral, previa consulta a los agentes sociales.

En su Artículo 4c), regulador de los derechos laborales básicos, reconoce el derecho a no ser discriminados para el empleo por razón de disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales, siempre que se encuentren en condiciones de aptitud para el desempeño del trabajo o empleo de que se trate. Y, en su Artículo 2.c), contempla una relación de carácter especial para las personas minusválidas que trabajen en centros especiales de empleo.

Por tanto, el Estatuto de los Trabajadores redunda en hacer recaer sobre el Gobierno la responsabilidad de regular, previa consulta a organizaciones sindicales y de empresarios, las

medidas de fomento al empleo de grupos específicos de trabajadores que encuentren especiales dificultades para acceder al empleo en el medio ordinario de trabajo y para aquellos que no les fuera posible, por las características específicas de su minusvalía, en un medio protegido.

- La Ley 13/82 (LISMI), aprobada con un amplio consenso del Congreso de los Diputados, en su título VII, fija de nuevo la finalidad primordial de la política de empleo para las personas con discapacidad su integración en el sistema ordinario de trabajo o en su defecto el Artículo 37, contempla su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido.

- El R.D. 1451/83 de empleo selectivo y medidas de fomento al empleo, modificado el art.7 por el R.D. 4/99 establece la obligatoriedad de readmitir en las empresas a sus propios trabajadores incapacitados una vez concluidos los correspondientes procesos de recuperación y a establecer las medidas de fomento al empleo para los contratos fijos realizados en las empresas ordinarias a trabajadores demandantes de empleo con la calificación legal de minusvalía.

B. COMPROMISOS POLÍTICOS

- El Congreso de los Diputados, en 1992, con motivo del aniversario de los 10 años de la LISMI y del Programa de Acción Mundial, crea la Ponencia sobre la problemática de minusválidos, y entre sus Conclusiones surge la necesidad de elaborar un Plan que corrija las lagunas en la aplicación de la LISMI, cuya concrección se basaría en el compromiso político de todos los grupos del Parlamento, en la coordinación de las Administraciones implicadas y en la participación de las Organizaciones de discapacitados.

- El Plan de Acción para Personas con Discapacidad 1997-2002, aprobado por la Conferencia Sectorial de las Comunidades Autónomas en diciembre de 1996, cuyos trabajos de elaboración fueron coordinados por el IMSERSO con los criterios de la Ponencia Parlamentaria, reafirma el problema que supone trasladar a la realidad el principio del derecho a un trabajo digno. Señala que el alto nivel de paro, los prejuicios empresariales y la baja cualificación profesional del colectivo, inciden negativamente en la inserción laboral. Propone encuadrar, en el marco global las medidas de habilitación personal, rehabilitación profesional, inserción laboral y protección económica.

El Plan contemplaba su desarrollo mediante Planes bianuales que se deberían concretar en cada Comunidad Autónoma, de las que sólo la Comunidad de Madrid lo ha aprobado en abril de 1999 y, de forma más reducida, la Comunidad de Andalucía bajo la forma de Ley de Atención a las personas con discapacidad, en Marzo de 1999.

– Paralelamente, las organizaciones de discapacitados, a partir de 1993 demandan al Gobierno la concertación de un Plan de empleo específico y sectorial, que es objeto de estudio junto al anteproyecto del Plan de Acción por el Consejo Económico y Social (Sindicatos, Empresarios y representantes de la Economía Social). Concretándose en un acuerdo entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el CERMI, denominado "Plan de Empleo para Personas con Discapacidad", y ratificado por el Consejo de Ministros de 15 de Octubre de 1997.

– Los Agentes Sociales (Empresarios y Sindicatos) alcanzaron en marzo de 1997 el Acuerdo Interconfederal para la Estabilidad en el Empleo, entre cuyas medidas se incluyen a los trabajadores con discapacidad.

– El Plan Nacional de Acción para el Empleo del Reino de España de 1998 surge como concertación social y dentro del marco europeo, por mandato de la Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de Luxemburgo. Dicho Plan debe recoger anualmente el compromiso de cada Estado en materia de Empleo y desarrollar la directriz 19 relativa al empleo de personas con discapacidad.

1.1. Normativa reguladora del empleo

a) Empleo ordinario

Las medidas de fomento al empleo dirigidas a personas con discapacidad en la empresa ordinaria se concretan hoy en:

Derivado del Acuerdo Interconfederal para la Estabilidad en el Empleo, la formalización de tipos especiales de contratos de trabajo y la incentivación de la contratación indefinida de trabajadores desempleados incluidos en colectivos con especiales dificultades para el acceso al empleo mediante un régimen de subvenciones fiscales y de bonificaciones en las cuotas a la Seguridad Social. (Ley 63/97 de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo y el fomento de la contratación indefinida y Ley 64/97 por la que se regulan incentivos en materia de Seguridad Social).

Derivado de la negociación con los Agentes Sociales, en el marco legislativo general se incluyen acciones específicas dirigidas al colectivo. Entre las medidas que prevé el Plan de Acción para el Empleo de 1998, figuran acciones de fomento de la formación, (R.D. 488/98 por el que se desarrolla el art.11 del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratos formativos y Orden del 14 de octubre de 1998, por el que se regula el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional, respecto de los criterios de priorización de colectivos y de acciones formativas dirigidas a nuevas actividades y nuevos yacimientos de empleo).Y para mejorar la capacidad de inserción profesional,

prevé la realización de un nuevo programa mixto que combina acciones de formación y empleo en los denominados Talleres de Empleo (R.D. 282/99).

Paralelamente y derivadas del acuerdo MTAS-CERMI se producen modificaciones específicas sobre la legislación general:

Ley 63/97, en su Disposición Adicional 39ª, estableciendo medidas alternativas al cupo de reserva para personas con discapacidad en la empresa ordinaria.

Ley 50/98, ampliando las bonificaciones a los contratos temporales y

R.D. 4/99 por el que se modifica el art.7 del R.D. 1451/85 actualizando los incentivos a la contratación indefinida y su aplicación a las contrataciones a tiempo parcial.

a.1) En el sector privado:

a.1.1) Medidas de fomento del empleo ordinario en las empresas:

Se fomentará el empleo de los trabajadores minusválidos mediante el establecimiento de ayudas que faciliten la integración laboral...(art. 38.4 de LISMI)

* **Accesibilidad física y ergonomía**

En el R.D. 4/99, de 8 de enero, se determinan los tipos de ayudas: Las empresas podrán solicitar subvenciones destinadas a adaptación de puestos de trabajo o la dotación de medidas de protección personal necesarias para evitar accidentes laborales al trabajador discapacitado por importe de 150.000 pts.

* **Incentivos a la contratación (Exenciones, subvenciones,...)**

– Por contrato indefinido y en jornada completa. R.D. 4/99 de modificación del art.7 del R.D. 1451/85: Subvención de 650.000 pts. El 70% de bonificaciones en las cuotas a Seguridad Social para menores de 45 años. El 90 % para mayores de 45 años. Cuando el contrato por tiempo indefinido se concierte a tiempo parcial, la subvención se reducirá proporcionalmente a la jornada pactada.

– Por contrato temporal. Ley 50/98 de conformidad a su Disposición Adicional 10: Duración mínima de doce meses máxima de tres años con bonificaciones del 75% de las cuotas empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes.

– Por contrato en prácticas. Art.11 E.T., Ley 63/97 y R.D. 488/98: Tiene como requisitos Titulación universitaria o equivalente, no haber transcurrido seis años desde la terminación de

estudios. La duración no será superior a dos años. Reducción del 50% de la cuota empresarial de Seguridad Social por contingencias comunes.

– Por contrato para la formación. Tiene como requisitos la no existencia de límites de edad para trabajador minusválido. Reducción del 50% en las cuotas empresariales a Seguridad Social por contingencias comunes.

* **Empleo selectivo**

El R.D. 1451/83 regula el empleo selectivo por incapacidad laboral en las condiciones siguientes:

En los casos de incapacidad permanente parcial deberá el empresario reincorporarle en el mismo puesto y mantener el mismo nivel retribuido. En el caso de mantenerse una disminución del rendimiento tras situarle en un puesto adecuado, la reducción de salario en ningún caso será superior al 25%. Y sí después de recibir prestaciones de recuperación el trabajador es apto para su trabajo originario, tendrá derecho a reincorporarse en ese puesto, siempre que no haya transcurrido más de tres años en el puesto de categoría inmediatamente inferior, al que accedió inicialmente. En los casos de Incapacidad permanente total o absoluta tendrán derecho a incorporarse en la empresa en la primera vacante de su categoría, y si continuaran afectados de incapacidad permanente parcial, a reincorporarse en la primera vacante que resulte adecuada a su capacidad laboral.

En ambos casos, el empresario obtendrá reducciones del 50% de la cuota patronal de Seguridad Social en contingencias comunes durante dos años.

* **Enclave**

Derivado del Plan MTAS/CERMI el Gobierno sometió a los empresarios y sindicatos el pasado año, un borrador de Real Decreto, donde se incluían: la regulación de las medidas alternativas a la cuota de reserva en la empresa ordinaria y Administraciones Públicas, los enclaves laborales y el enunciado del compromiso de desarrollar posteriormente el empleo con apoyo. Este borrador fue rechazado por los empresarios y sindicatos y actualmente se ha desdoblado en tres, por cada una de las materias, sin que se conozcan a día de hoy los dos últimos (enclaves y empleo con apoyo).

En todo caso, decir que el modelo de enclave laboral avanzado en el primer borrador, contemplaba la celebración de un contrato civil entre el empresario/Administración Pública y un centro especial de empleo para el suministro de servicios, donde éste aportaría los medios materiales necesarios y a los trabajadores. Estos dependerían del centro especial y el empresario/Administración percibiría la prestación laboral a cambio de una contraprestación

económica. Una vez finalizada la duración del contrato, el empresario estaría obligado a incorporar a su plantilla, al menos, un 10 % de los trabajadores del enclave y, en su defecto, a devolver el equivalente a la prestación recibida.

El empresario percibiría por los trabajadores del centro especial que incorporase a su empresa las bonificaciones y subvenciones que tuvieran reconocidas en el centro de origen.

* **Reserva de puestos de trabajo**

La Ley 66/97, en su Disposición Adicional 39, que desarrolla el Plan MTAS/CERMI, da nueva redacción al art.38.1 de la LISMI del siguiente tenor:

"1. Las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores vendrán obligadas a que de entre ellos, al menos, el 2% sean trabajadores minusválidos. El cómputo mencionado anteriormente se realizará sobre la plantilla total de la empresa correspondiente, cualquiera que sea el número de centros de trabajo de aquella y cualquiera que sea la forma de contratación laboral que vincule a los trabajadores de la empresa.

De manera excepcional las empresas públicas y privadas podrán quedar exentas de esta obligación, de forma parcial o total, bien a través de acuerdos recogidos en la negociación colectiva sectorial de ámbito estatal y, en su defecto de ámbito inferior, a tenor en lo dispuesto en el art. 83, n.2, 3 del R.D. Legislativo 1/95, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores, bien por opción voluntaria del empresario, debidamente comunicada a la autoridad laboral, siempre y cuando se apliquen medidas alternativas que se determinen reglamentariamente".

El R.D. 1451/83 en su art. 4 establece que según el art. 38.1 de la LISMI: las empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de 50 vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 por 100 de la plantilla.

La Ley 50/98 de medidas fiscales, introduce un nuevo apartado en la anterior ley 8/88 sobre infracciones y sanciones de orden social.(art. 27.4), considerando infracción grave: El incumplimiento de la obligación de reserva de puestos de trabajo para minusválidos o de la aplicación de sus medidas alternativas de carácter excepcional.

Está próxima la aprobación de un borrador, que regulará las medidas alternativas al cumplimiento de la cuota de reserva, que contempla la celebración de contratos entre empresas/Administración y Centros especiales de empleo para el suministro de bienes y servicios por el importe anual de tres veces el salario mínimo interprofesional por cada trabajador minusválido dejado de contratar. Así mismo, cuando en la contratación de servicios los centros

especiales de empleo (CEEs) sustituyan a otra contrata anterior, éste no tendrá la obligación de subrogar a los trabajadores de la citada contrata.

* **Otros**

Ley 13/95 de Contratos con Administraciones públicas, que en su DA. 8, contempla la preferencia de adjudicacion de los contratos de suministros con las Administraciones Públicas a las ofertas planteadas por empresas que tengan un número de trabajadores discapacitados no inferior al 2% de su plantilla.

Al amparo del R.D. 735/95 sobre Agencias de colocación y servicios integrados para el empleo el INEM, en diciembre de 1998, autoriza el registro y funcionamiento de la Agencia de colocación FSC- Discapacidad, cuyos promotores son CERMI, FUNDACION ONCE, FUNDOSA GRUPO, FUNDOSA SOCIAL CONSULTING y CORPORACION EMPRESARIAL ONCE, de ámbito nacional y para todos los sectores, como sustituto de las Oficinas Públicas de colocación y con el fin de que los servicios de intermediación de las asociaciones del sector queden conectadas a dicha agencia.

Asimismo posibilita la suscripción de convenios entre el INEM y aquellas entidades sin animo de lucro que participen en estudios de mercado, establecimiento de itinerarios ocupacionales que incluyan la información y orientación profesional, las técnicas de búsqueda de empleo, el fomento de la actividad y todas aquellas acciones innovadoras tendentes a favorecer la ocupabilidad.

La Ley 31/95, de Prevención de Riesgos Laborales en su art.25 protege a los trabajadores con discapacidad como más sesibles a los riesgos derivados del trabajo adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias en función de la evaluación de riesgos.

a.1.2) Ventajas y derechos asociados del trabajador con discapacidad.

Mediante la negociación colectiva, existe algún convenio que en su articulado reflejan la posibilidad de que el trabajador pueda reducir su jornada, o pueda acojerse a las ayudas de acción social (ayudas para adquisición de vehículos, órtesis, prótesis, etc,...).

Todos los trabajadores con discapacidad que un grado de minusvalía igual o superior al 33% y obligados a declarar pueden deducirse de los rendimientos del trabajo personal y en concepto de gasto, un 15% de los ingresos integros en la declaración de I.R.P.F. de 1998.

Las personas con discapacidad que participen en oposiciones para el acceso a las Administraciones Públicas tendrán una reducción en las tasas del 50%.

a.2) En el sector público

La reserva de puestos en funcionarios se fundamenta en el principio de igualdad de hecho, real y efectiva (art. 9.2 C.E.) que justifica un tratamiento desigual —discriminación positiva— para compensar las condiciones adversas de los trabajadores minusválidos, trato plenamente compatible con los principios de mérito y capacidad (art. 103.3 C.E.).

Ley 23/88 de modificación de la Ley para la Reforma de la Función Pública que en su disposición adicional 19 prevé la reserva de un cupo no inferior al 3% de las vacantes existentes hasta alcanzar el 2% de los efectivos totales de la Administración del Estado.

R.D. 364/95. Reglamento General de Ingreso a la Administración del Estado, que incorpora medidas de accesibilidad al empleo público completando la disposición antes mencionada.

R.D. 1557/95 sobre acceso a las oposiciones al Título de Notario y Cuerpo de Registradores de la Propiedad y Mercantiles.

b) Empleo protegido

Los minusválidos que por razón de su naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en condiciones habituales, deberán ser empleados en centros especiales de empleo, CEEs... (Art. 41.1 de la LISMI).

Los CEEs son aquellos cuyo objetivo primordial 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. 42.1 de LISMI).

La Disposición Adicional nº 39 de Ley 66/97 establece en el punto dos que el Art. 42.2 de la LISMI queda redactado del siguiente tenor:

La plantilla de los CEEs estará constituida por el mayor número de trabajadores minusválidos que permita la naturaleza del proceso productivo y que posean certificado oficial de igual o mayor al 33% de minusvalía, en todo caso, por el 70% de aquella. A estos efectos no se contemplará el personal no minusválido dedicado a la prestación de servicios de ajuste personal y social.

R.D. 427/99 por el que se modifica el R.D.1368/85, regulador de la relación laboral de carácter especial de los CEEs:

Se podrán concertar todas las modalidades de contrato que contempla el Estatuto de los trabajadores.

El contrato de formación ajustado al art. 11, cuando se celebre con trabajadores discapacitados tendrá las siguientes peculiaridades: la duracion del contrato no podrá realizarse por más de cuatro años, la duración de la jornadas productiva no podrá superar los dos tercios, los contenidos formativos se ajustarán al informe previo de los equipos multiprofesionales, se aplicaran las bonificaciones más beneficiosas.

El contrato a domicilio (art.13 de E.T.), no se podrá celebrar con trabajadores con discapacidad psiquica, el equipo multiprofesional emitirá informe previo al contrato y anualmente realizará un seguimientoa a fin de valorar su capacidad para la integración en un medio laboral ordinario, en el contrato se hará constar las adaptaciones técnicas y los servicios de ajuste personal y social que el centro pone a disposición del trabajador.

El contrato indefinido tendrá un periodo de prueba no superior a seis meses y serán motivos de extinción del contrato por causas objetivas (art.52 del E.T.): por ineptitud sobrevenida del trabajador, por falta de adaptación a las modificaciones técnicas en el puesto de trabajo, cuando exista la necesidad de amortizar puestos de trabajo por alguna de las causas del art.51.1 del E.T. y por absentismo.

R.D. 2273/85 que regula los centros especiales de empleo, dispone en su art.1, que son centros productivos con la finalidad de asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social (rehabilitación, terapeúticos, de integración social, culturales y deportivos), así como un medio de integración al regimen de trabajo normal. Podrán carecer o no de animo de lucro. Su calificación e inscripción se realizará mediante un Registro de Centros de la Administración Central, o en su caso las Administraciones Autonómicas.

La Orden del MTAS de 16 de octubre de 1998 sobre Bases reguladoras para la concesión de ayudas y subvenciones públicas destinadas a la ntegración laboral en C.E.E.s., las cuales se concretan en:

1. Para asistencia técnica: 2 millones de ptas. cuando la plantilla de trabajadores con discapacidad supere el 90% y 1,5 millones de ptas. Cuando supere el 70 y sea inferior al 90%.

2. Para mantenimiento de puestos:

- Bonificación del 100% de la cuota empresarial a Seguridad Social.
- Subvención del coste salarial en un 50% del SMI.
- Por adaptación de puestos de trabajo hasta 300.000 ptas.

- Subvención por una sola vez, para equilibrar y sanear financieramente los centros especiales de empleo.
- Subvención para equilibrar presupuesto de los CEE declarados de utilidad pública.
- Asistencia técnica para mantenimiento de los puestos de trabajo.

1.2. Financiación

Con Presupuestos Generales del Estado y Fondos Europeos.

2. RESUMEN DE LAS DISTINTAS POLÍTICAS DE LOS PAÍSES COMPARADOS (DOCUMENTO 51/99) Y SU INCIDENCIA EN EL AUMENTO DEL EMPLEO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

El marco posterior a la Constitución de 1978, la LISMI, la Ley Básica de empleo y el Estatuto de los Trabajadores, recogiendo o integrando recomendaciones internacionales (OIT, Naciones Unidas, etc.), creó un marco teórico idóneo produciéndose no obstante un importante incumplimiento por la falta de medidas concretas constatado por el Parlamento (1992) a los diez años de LISMI. Para resolver esta situación manda al ejecutivo a elaborar un Plan de Acción en el que intervienen Comunidades Autónomas, Asociaciones de Discapacitados, y los Agentes Sociales a través de su paso por el Consejo Económico y Social (CES). A partir de este proceso de participación de los distintos agentes se generan dos documentos de referencia: Recomendaciones del CES y el Plan de Acción del IMSERSO (MTAS).

El marco legislativo en los países comparados parte de mayor antigüedad y más experiencia, los efectos de dichas políticas evidencian menos incumplimientos de sus objetivos. Se parte de mayores porcentajes de reserva y de medidas alternativas para incentivar el empleo.

Las medidas correctoras del cumplimiento parcial de las políticas mantienen el criterio de considerar el empleo protegido como acotado, fundamentalmente a grandes discapacitados. En nuestro país, a partir del Acuerdo MTAS-CERMI (1997) la empresa protegida pasa a ser objetivo prioritario de las medidas legislativas, mientras que la LISMI mantenía el mismo criterio que en los países comparados.

La financiación de estas políticas trata de potenciar fuentes de financiación complementarias a los Presupuestos Generales de los Estados, derivadas del pago de Tasas por incumplimiento de las cuotas de reserva. En España, se habilitan medidas dirigidas a fomentar el empleo en centros protegidos para eximir a las empresas del cumplimiento de la cuota de reserva.

Las medidas de fomento al empleo en los países comparados no están dirigidas al empresario para fomentar la mera contratación como ocurre en España, sino que también van dirigidas al propio trabajador para compensar el menor rendimiento de aquellos con mayor grado de minusvalía y/o la adaptación del puesto.

Existen obligaciones de adaptación total o parcial de las empresas, por el contrario en nuestro país no existe obligación legal del empresario y el Estado financia la eliminación de barreras a posteriori.

Las subvenciones dirigidas a la formación y empleo están limitadas en su percepción por el empresario en tiempo y cuantía, en nuestro país existen medidas de fomento que subvencionan salarios y bonifican cuotas de la Seguridad Social con carácter ilimitado y no causal.

Los modelos de Enclave en los países de referencia se refieren a programas entre empresas ordinarias, centros especiales de empleo y Administración, en España los enclaves funcionan sin marco legal. Las propuestas para su regulación, establecen una relación contractual mercantil sin supervisión de la administración, constituyéndose como alternativa al cumplimiento de la cuota de reserva por el empresario.

Los servicios de colocación en los cuatro países comparados tienen integrados en su estructura general los servicios específicos de orientación e información dirigidos a trabajadores discapacitados. En España, el actual proceso ha derivado en un modelo de privatización de los servicios de colocación a favor de una Agencia de titularidad de las Asociaciones del Colectivo al no desarrollarse la actuación coordinada de los organismos responsables (INEM-IMSERSO) y su avanzado proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas.

Las medidas que favorecen el empleo público son similares en todos los países comparados con una peculiaridad en Suecia al ampliarse la reserva a la contratación temporal.

El empleo protegido está acotado a trabajadores afectados en su rendimiento por la discapacidad, en nuestro país está en función de la calificación legal de minusvalía, con lo cual es una diferencia sustancial.

En varios de estos países existen comisiones entre Administración y Agentes sociales para el seguimiento de la evolución y el impacto del empleo protegido en el mercado de trabajo, en España no existen estructuras de naturaleza similar, produciéndose además un importante desconocimiento cualitativo y cuantitativo de este empleo, acentuado por el proceso de transferencias.

3. RELACION DE LA NORMATIVA BÁSICA DE EMPLEO

* LEY 51/1980, de 8 de octubre (B.O.E. 17-10-1980), Básica de Empleo.

* REAL DECRETO 1451/83, de 11 de mayo (B.O.E. 4-06-1983), que regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos.

* REAL DECRETO 1368/1985, de 17 de julio (B.O.E. 8-08-1985), por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los Centros Especiales de Empleo.

* LEY 8/1988 de 7 de abril (B.O.E. 15-04-1988), sobre infracciones y sanciones en el Orden Social.

* REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1995, de 24 de marzo, (B.O.E. 29-03-1995), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

* REAL DECRETO 735/1995 de 5 de mayo (B.O.E. 8-05-1995), por el que se regulan las agencias de colocación sin fines lucrativos y los servicios integrados para el empleo.

* LEY 63/1997, de 26 de diciembre (B.O.E. 30-12-1997), de Medidas Urgentes para la Mejora del Mercado de Trabajo y el Fomento de la Contratación Indefinida.

* LEY 64/1997, de 26 de diciembre (B.O.E. 30-12-1997), por la que se regulan incentivos en materia de Seguridad Social y de carácter fiscal para el fomento de la contratación indefinida y la estabilidad en el empleo.

* LEY 66/1997, de 30 de diciembre, (B.O.E. 31-12-1997), de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden social.

* REAL DECRETO 488/1998, de 27 de marzo (B.O.E. 9-04-1998), por el que se desarrolla el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratos formativos.

* ORDEN de 16 de octubre de 1998 (B.O.E. 21-11-1998), por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de la integración laboral de los minusválidos en centros especiales de empleo y trabajo autónomo.

* REAL DECRETO-LEY 15/1998, de 27 de noviembre (B.O.E. 28-11-1998), de medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo en relación con el trabajo a tiempo parcial y el fomento de su estabilidad.

* LEY 50/1998, de 30 de diciembre (B.O.E. 31-12-1998), de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

* REAL DECRETO 4/1999, de 8 de enero (B.O.E. 26-01-1999), por el que se modifica el artículo 7 del Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, por el que, en cumplimiento de lo previsto

en la Ley 13/1982, de 7 de abril, se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos.

* REAL DECRETO 282/1999, de 22 de febrero (B.O.E. 23-02-1999), por el que se establece el programa de talleres de empleo.

* ORDEN de 9 de marzo de 1999 (B.O.E. 23-03-1999), por la que se desarrolla el Real Decreto 282/1999, de 22 de febrero, por el que se establece el programa de Talleres de Empleo, y se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones públicas a dicho programa.

* REAL DECRETO 427/1999, de 12 de marzo (B.O.E. 26-03-1999), por el que se modifica 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.

* RESOLUCIÓN de 31 de marzo de 1999, (B.O.E 12-04-1999), del Instituto Nacional de Empleo, de aplicación y desarrollo de la Orden de 9 de marzo de 1999 por la que se desarrolla el Real Decreto 282/1999, de 22 de febrero, por el que se establece el Programa de Talleres de Empleo.

REGULACIÓN DEL EMPLEO

Luis Osorio Gullón
Delegación del Gobierno
Madrid

1. REGULACIÓN DEL EMPLEO

Los principios inspiradores del ordenamiento jurídico español en relación con el trabajo de las personas con discapacidad, descansan en declaraciones constitucionales y de la legislación ordinaria.

- Para la **Constitución de 1978** (artículo 35) la persona con discapacidad física, psíquica o sensorial tiene el derecho al trabajo y el deber de trabajar, como ciudadano del Estado español, definidos ambos dentro de la categoría de Derechos y Deberes Fundamentales, que consagra la primera norma jurídica del Estado social y democrático de Derecho.

La Constitución, además (artículo 9.2), en la delimitación de la estructura de poderes del Estado y de la organización de la sociedad para la convivencia ciudadana, identifica a los poderes públicos como responsables:

1.º de *promover las condiciones* para que la libertad y la *igualdad* del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas,

2.º de *remover los obstáculos* que impidan o dificulten su plenitud, y

3.º de *facilitar la participación* de todos los *ciudadanos en la vida económica y social.*

En esta misma línea la Constitución (artículo 49) encomienda a los poderes públicos la realización de una política de integración social de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, que les preste la atención especializada y el amparo que requieran, en orden al disfrute de los derechos y deberes fundamentales declarados en la Constitución, entre ellos el derecho al trabajo.

- Las declaraciones concretas de la **legislación ordinaria**, partiendo del ideal constitucional (artículo 40) de conseguir y mantener el nivel de pleno empleo, definen los **objetivos de la política de empleo del Estado**, entre los cuales destacan:

1. **Integrar** a los trabajadores minusválidos en el sistema ordinario de trabajo (artículo 37 de la Ley 13/1982).

2. **Fomentar la colocación** de trabajadores minusválidos que encuentren dificultades de inserción en el mercado de trabajo (artículo 2.a de la Ley 51/1980).

3. **Incorporar** a los trabajadores minusválidos que lo requieran al sistema productivo mediante el trabajo protegido **en Centros especiales de empleo** (artículo 37 de la Ley 13/1982).

SISTEMA ORDINARIO DE TRABAJO:

El ***ámbito subjetivo*** de personas a las que van dirigidas estas medidas de política de empleo son aquellas que están afectadas por una disminución, previsiblemente permanente, en sus facultades físicas, psíquicas o sensoriales, de la que se derive una *minusvalía en grado igual o superior al 33%* (artículo 2.1.a., artículo 11 y artículo 18 del Real Decreto 383/1984).

La realización del trabajo por parte de las personas con discapacidad en las empresas se tendrá que desenvolver en términos de absoluto respeto a las normas legales en materia de empleo, de retribuciones, de jornada y demás condiciones de trabajo, sancionando con *nulidad* radical las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales de las empresas que incurran *en discriminación contra las personas con minusvalía* (artículo 38.2 de la Ley 13/1982).

Las condiciones de trabajo de las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial en el ámbito de las empresas en régimen ordinario estarán *especialmente protegidas frente a los riesgos derivados del trabajo*, en razón de sus propias características personales o estado biológico.

Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con al empresa, ponerse en situación de peligro (artículo 25.1 de la Ley 31/1995).

Con carácter general, las empresas públicas y privadas (incluidas las Administraciones Públicas) que tengan más de *50 trabajadores fijos* vendrán *obligadas a emplear* un número de trabajadores minusválidos no inferior al *2% de la plantilla* (artículo 38.1 de la Ley 13/1982); ***salvo*** aquellas empresas que en ***negociación colectiva*** queden eximidas de esta obligación, total o parcialmente (disposición adicional 11 de la Ley 50/1998). Las empresas que acrediten un número de trabajadores con discapacidad no inferior al 2% de su plantilla tendrán preferencia, en igualdad de condiciones objetivas de las propuestas, en la adjudicación de contratos por las Administraciones Públicas (disposición adicional octava de la Ley 13/1995).

La Administración del Estado en las *Ofertas de Empleo Público* reservará un cupo no inferior al *3% de las vacantes* para ser cubiertas por personas con discapacidad, de modo que progresivamente se alcance el 2% de los efectivos totales (disposición adicional 19 de la Ley 30/1984, según la redacción dada por la Ley 23/1988, de 28 de julio).

Por otra parte las empresas públicas y privadas darán *prioridad de readmisión* a sus trabajadores que hayan *cesado por incapacidad permanente*, una vez terminados los procesos de recuperación (artículos 157 a 159 de la Ley General de la Seguridad Social y artículo 40 de la Ley 13/1982).

FOMENTO DEL EMPLEO:

El Gobierno queda comprometido a establecer periódicamente programas y **planes de carácter temporal** de fomento del empleo para trabajadores minusválidos con dificultades de inserción en el mercado de trabajo (artículo 13 de la Ley 51/1980), en los que determinará las acciones para el *fomento de la contratación* y los *beneficios especiales a las empresas*, tanto en régimen ordinario como en Centros especiales de empleo. Por otro lado también se contempla la posibilidad del establecimiento de las personas con discapacidad como *trabajadores autónomos*, a través de la preferencia para la obtención de créditos financieros destinados a los gastos de primer establecimiento (artículo 8.1 de la Ley 51/1980).

Asimismo se establecerán *ayudas* que fomenten el empleo de los trabajadores minusválidos, mediante subvenciones y préstamos para la *eliminación de las barreras arquitectónicas* que dificulten el acceso y la movilidad en los Centros de trabajo y la *adaptación de los puestos de trabajo* a las condiciones personales de los minusválidos, que faciliten su integración laboral (artículo 38.4 de la Ley 13/1982).

CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO:

El Estatuto de los Trabajadores ha contemplado la relación jurídica de los trabajadores minusválidos en los Centros especiales de empleo como una *relación laboral de carácter especial* (artículo 2.1.g. del Real Decreto Legislativo 1/1995).

El ámbito subjetivo de personas a quienes la legislación considera sujetos de esta relación laboral de carácter especial son 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 (artículo 41.1 de la Ley 13/1982).

En consideración a estas circunstancias los Centros especiales de empleo cumplen una doble finalidad: por un lado, una finalidad productiva y, por otro, de apoyo a la integración en el mercado laboral no protegido.

2. NORMATIVA REGULADORA DEL EMPLEO

La legislación española regula las relaciones jurídicas de las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial en el ámbito del Derecho del Trabajo a lo largo de una variada y compleja trama de leyes y disposiciones reglamentarias. El criterio que permanece y caracteriza a la legislación laboral es la consideración del derecho al trabajo de las personas con discapacidad no como una categoría autónoma, sino mediante la **singularización de las situaciones que exigen un tratamiento diferenciado para hacer viable y efectivo el derecho proclamado con carácter fundamental y universal**.

La norma básica y primera de desarrollo constitucional en materia laboral es el **1)** Estatuto de los Trabajadores (Ley 8/1980, de 10 de marzo, hoy Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo), si bien **las normas más importantes en la ejecución y plasmación del mandato constitucional de promover las condiciones y de remover los obstáculos para facilitar la participación de los discapacitados en la vida económica y social se encuentran en** la **2)** Ley 51/1980, de 8 de marzo, Básica de Empleo; **3)** Ley 13/1982, de 7 de abril, LISMI; **4)** Ley 23/1988, de 28 de julio, que modifica la Ley 30/1984, de Reforma de la Función Pública; **5)** Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, General de la Seguridad Social; y **6)** Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

2.a. Empleo ordinario

La integración de los trabajadores minusválidos en el sistema ordinario de trabajo se pretende conseguir por medio de instrumentos jurídicos de discriminación positiva, de cuotas obligatorias de empleo o a través de medidas para la adecuación de los puestos de trabajo y dotación de medios para la prevención de riesgos laborales específicos.

* En el sector privado

◊ *Medidas de fomento del empleo ordinario en las empresas: accesibilidad física y ergonomía*

La Ley de Prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995), que define la política estatal para promover la seguridad y la salud de los trabajadores, con carácter de derecho necesario mínimo indisponible, mejorable por Convenio colectivo, establece como principio de la acción preventiva, entre otros, *adaptar el trabajo a la persona*, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción (artículo 15.1.d.).

Por otra parte, se obliga al empresario a proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones (artículo 17.2).

Desde 1981 el Estado ha venido dictando, en desarrollo del Régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, disposiciones administrativas con carácter anual para regular la concesión de ayudas individuales que permitan a las personas con discapacidad sufragar el costo total o parcial de actividades de integración laboral, específicamente para la adaptación del puesto de trabajo y la dotación de medios de protección ante riesgos laborales.

La incorporación del disminuido a un puesto de trabajo podrá facilitarse mediante la reforma y acomodación del mismo a las especiales características de su minusvalía (artículo 19.4.b del R.D. 620/1981, de 5 de febrero).

En 1998 la cuantía máxima de la subvención individual para la adaptación del puesto de trabajo o la dotación de medios de protección personal ante riesgos laborales se fijó en 150.000 pts. (O.M. de 31 de marzo de 1998 –BOE de 8-4)

* **Medidas de fomento del empleo ordinario en las empresas**

◊ *Incentivos a la contratación (exenciones, subvenciones)*

La normativa estatal desde 1970 ha venido estableciendo medidas similares para incentivar el empleo de trabajadores minusválidos. Por un lado, se han desarrollado programas de formación o reconversión profesional de preparación o reinserción al empleo, y por otro, se han establecido líneas de incentivación de la contratación laboral propiamente dicha.

En cuanto a estas últimas, la norma reglamentaria de desarrollo de las tres leyes que definen las políticas activas de empleo (Básica de Empleo, Estatuto de los Trabajadores y LISMI) se encuentra en el R.D. 1451/1983, de 11 de mayo, de Fomento del empleo de minusválidos, completado por el R.D. 4/1999, de 8 de enero.

La incentivación de la contratación contempla mejoras y reducciones en las cuotas de la Seguridad Social, así como una subvención al empresario (con una plantilla integrada por un número de minusválidos inferior al 51% de aquélla), por cada contrato celebrado con un trabajador minusválido; y beneficios fiscales anuales, para empresas sujetas al Impuesto de Sociedades, por cada trabajador minusválido que incremente el promedio de la plantilla de trabajadores minusválidos empleados en el ejercicio impositivo anterior (primer ejercicio de comparación 1997), en jornada completa y por tiempo indefinido. Las cuantías anuales vienen fijadas en las Leyes de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que acompañan a las Leyes de Presupuestos Generales del Estado para el año respectivo.

Las subvenciones y las reducciones de las cuotas de la Seguridad Social están en función del tipo de contrato laboral que se pretenda celebrar:

1. El contrato típico ***por tiempo indefinido*** con jornada completa o parcial, reúne las siguientes características y tiene reconocidos los beneficios que se especifican:

- Estabilidad de al menos 3 años, debiendo ser sustituido por otro minusválido en caso de despido procedente.
- Formalización por escrito en modelo oficial
- Se registra el contrato en la Oficina de Empleo en los 10 días siguientes a la celebración.
- Reducción de la indemnización por despido: 33 días de salario por año de servicio (disposición adicional 1ª de la Ley 63/1997).
- Subvención de 650.000 pts. por contrato a jornada completa (a tiempo parcial se reducirá proporcionalmente a la jornada pactada, según el R. D 4/1999, de 8 de enero).
- Bonificación de las cuotas empresariales de la Seguridad Social, incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedad profesional: 70% por cada trabajador menor de 45 años; 90% por cada trabajador mayor de 45 años.
- Subvención para la adaptación de puestos de trabajo o dotación de medios de protección personal, hasta 150.000 pts.
- Deducción de la cuota íntegra del Impuesto de Sociedades de 800.000 pts., en las condiciones antes indicadas (artículo 4.11.2. de la Ley 66/1997).
- Subvenciones para la formación profesional de los trabajadores minusválidos.
- En 1999 los tipos de cotización para la contingencia de desempleo son del 7,8% (Ley 49/1998, de 30 de diciembre, artículo 91.9.2).
- Los beneficiarios de la pensión de invalidez, en su modalidad no contributiva y los beneficiarios del subsidio de ingresos mínimos recuperarán automáticamente el derecho a la pensión o el subsidio cuando se les extinga el contrato (artículo 144 y disposición transitoria undécima de la Ley General de la Seguridad Social).

2. La ***contratación temporal*** de trabajadores minusválidos abre diferentes posibilidades, a las que también se pueden aplicar incentivos y beneficios que, en algunos casos afectan a costes salariales directos.

2.1. Contrato de trabajo ***por tiempo determinado***:

- La duración de estos contratos no podrá ser inferior a 12 meses ni superior a 3 años.
- La jornada se puede concertar a tiempo completo o parcial.
- Las empresas, con independencia del número de trabajadores en plantilla, que contraten a minusválidos podrán reducir un 75% las cuotas empresariales de la

Seguridad Social por contingencias comunes. Dicha reducción será del 100% para el primer trabajador con discapacidad contratado, en empresas que no tengan trabajador alguno desde el 1.1.98.

- A la terminación del contrato, si el empresario no lo transforma en indefinido, el trabajador tendrá derecho a percibir una compensación económica equivalente a 12 días de salario por año de servicio.
- Si el contrato se transforma en indefinido se podrán aplicar los beneficios indicados en el párrafo 1 anterior (disposición adicional 1ª de la Ley 63/1997 y Orden ministerial de 31 de marzo de 1998 —BOE de 8-4—).
- Los beneficiarios de la pensión de invalidez, en su modalidad no contributiva y los beneficiarios del subsidio de ingresos mínimos recuperarán automáticamente el derecho a la pensión o el subsidio cuando se les extinga el contrato (artículo 144 y disposición transitoria undécima de la Ley General de la Seguridad Social).

2.2. Contrato de ***Formación***:

- Tiene por objeto la adquisición de la formación teórica (por tiempo no inferior al 15% de la jornada), y práctica necesaria para el desempeño adecuado de un oficio o de un puesto de trabajo que requiera un determinado nivel de cualificación.
- El trabajador minusválido ha de ser mayor de 16 años, sin límite de edad, y no tener la titulación requerida para celebrar un contrato en prácticas.
- El contrato será siempre por escrito en modelo oficial y se registrará en la Oficina de Empleo.
- El contrato tendrá una duración mínima de 6 meses y máxima de 2 años (o de 4 años, según Convenio colectivo), con jornada completa.
- Las acciones de formación podrán ser objeto de ayudas a través del presupuesto de formación continua del INEM (artículo 10 del R. D. 488/1998, de 27 de marzo y artículo 8 de la O.M. de 14 de julio de 1998 –BOE del 28).
- La retribución no podrá ser inferior al salario mínimo interprofesional, en proporción al trabajo efectivo, con un mínimo del 85% de aquél.
- Las cuotas empresariales de la Seguridad Social se reducen al 50% de las previstas para estos contratos formativos.
- Los beneficiarios de la pensión de invalidez, en su modalidad no contributiva y los beneficiarios del subsidio de ingresos mínimos recuperarán automáticamente el derecho a la pensión o el subsidio cuando se les extinga el contrato (artículo 144 y disposición transitoria undécima de la Ley General de la Seguridad Social).

- Si el contrato se transforma en indefinido se podrán aplicar los beneficios indicados en el párrafo 1 anterior (disposición adicional 1ª de la Ley 63/1997 y Orden ministerial de 31 de marzo de 1998 —BOE de 8-4—).

2.3. Contrato en ***Prácticas***:

- Tiene por finalidad facilitar la obtención de la práctica profesional adecuada al nivel de estudios cursados por los trabajadores minusválidos con título universitario (Diplomado, Licenciado) o de Formación Profesional (Técnico, Técnico Superior).
- No podrá concertarse transcurridos más de 6 años desde la terminación de los estudios.
- El contrato debe formalizarse por escrito en modelo oficial, registrándose en la Oficina de Empleo a los 10 días de celebrado.
- La jornada podrá concertarse a jornada completa o a tiempo parcial.
- Tendrá una duración mínima de 6 meses y máxima de 2 años, salvo pacto en Convenio colectivo.
- La retribución no podrá ser inferior al 60% o al 75% durante el primero o segundo año de vigencia del contrato, respectivamente, del salario fijado en Convenio Colectivo para un trabajador que desempeñe el mismo o equivalente puesto de trabajo; en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo interprofesional. En jornada parcial el salario se reducirá en función de la jornada pactada.
- El contrato a jornada completa tendrá una reducción del 50% de la cuota empresarial de la Seguridad Social, correspondiente a contingencias comunes.
- Si el contrato se transforma en indefinido se podrán aplicar los beneficios indicados en el párrafo 1 anterior (disposición adicional 1ª de la Ley 63/1997 y Orden ministerial de 31 de marzo de 1998 —BOE de 8-4—).
- Los beneficiarios de la pensión de invalidez, en su modalidad no contributiva y los beneficiarios del subsidio de ingresos mínimos recuperarán automáticamente el derecho a la pensión o el subsidio cuando se les extinga el contrato (artículo 144 y disposición transitoria undécima de la Ley General de la Seguridad Social).

* **Medidas de fomento del empleo ordinario en las empresas**

◊ *Empleo selectivo*

El desarrollo reglamentario que ha experimentado el denominado legalmente sistema de empleo selectivo (Ley de Seguridad Social y posteriormente recogido en la LISMI), se encuentra en el R.D. 1451/1983, de 11 de mayo.

El sistema contempla la situación de los trabajadores que hayan causado baja en la empresa por incapacidad y se les haya reconocido una de las tres categorías previstas: incapacidad permanente parcial, total o absoluta.

1. Los trabajadores declarados en situación de *incapacidad permanente parcial* tienen derecho a su reincorporación a la empresa, en las siguientes condiciones:

⇒ Si no afecta al rendimiento normal del trabajador en el puesto que ocupaba antes, el empresario está obligado a reincorporarlo al mismo puesto o al mismo nivel retributivo de aquél.

⇒ En caso de disminución acreditada en el rendimiento, el empresario ocupará al trabajador en un puesto de trabajo adecuado a su capacidad residual.

⇒ Cuando no existiera puesto adecuado a la capacidad residual en la empresa, el salario se reducirá proporcionalmente al rendimiento efectivo, no pudiendo la reducción ser superior al 25%, ni los ingresos finales inferiores al salario mínimo interprofesional, cuando se realice jornada completa.

⇒ Si el trabajador incapacitado parcialmente ocupa una categoría inferior y recupera la capacidad total para desarrollar la profesión habitual, después de recibir las prestaciones de recuperación profesional, tendrá derecho a reincorporarse al puesto originario en la empresa en el plazo de un mes, a contar desde la declaración de aptitud por el INSS.

2. Los trabajadores cesados en la empresa por incapacidad permanente total o absoluta, que después de haber recibido prestaciones de recuperación profesional, hubieran recobrado su plena capacidad laboral, tendrán preferencia absoluta para su readmisión en la empresa, en la primera vacante de su categoría o grupo profesional.

Estas readmisiones darán derecho a las empresas a una reducción del 50% de la cuota patronal de la Seguridad Social por contingencias comunes durante 2 años.

◊ *Enclaves*

En el análisis efectuado sobre fomento del empleo ordinario de trabajadores minusválidos en las empresas, no se han detectado medidas legales que traten de facilitar la integración en el medio ordinario de grupos de personas con discapacidad enclavados en Centros especiales de empleo.

No obstante, la convocatoria de ayudas y subvenciones para la realización de programas con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, dirigidos a

la integración laboral normalizada de personas con discapacidad, prevé la cofinanciación de proyectos innovadores de transición o de inserción laboral en el mercado ordinario, que garanticen la transición desde el empleo protegido al empleo ordinario, al empleo con apoyo, enclaves u otros análogos (Orden ministerial de 9 de febrero de 1999 —BOE del 12—).

◊ *Reserva de puestos de trabajo*

Las empresas que ocupen trabajadores fijos, que excedan de 50, vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2% de la plantilla (artículo 38.1 de la Ley 13/1982, LISMI).

De manera excepcional, las empresas podrán quedar exentas de esta obligación de forma parcial o total, bien a través de acuerdos recogidos en la negociación colectiva sectorial, bien por voluntad del empresario, notificada a la autoridad laboral. En ambos supuestos se aplicarán medidas alternativas (disposición adicional 11ª de la Ley 50/1998).

Hasta el momento no se han publicado las normas reglamentarias de desarrollo de la Ley 50/1998, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

El incumplimiento de estas obligaciones es tipificado como infracción grave en el orden social en materia de empleo, conforme a lo dispuesto en el artículo 27.5 de la Ley 8/1988, de 7 de abril, según redacción de la Ley 50/1998.

Los trabajadores minusválidos habrán de estar inscritos como tales en el Registro de la Oficina de Empleo local.

En el primer trimestre de cada año las empresas que empleen a más de 50 trabajadores fijos deberán enviar, con conocimiento de los representantes del personal, a las Oficinas de Empleo de los municipios en que tengan establecidos Centros de trabajo, relación detallada de los puestos de trabajo ocupados por trabajadores minusválidos. Las Oficinas de Empleo darán traslado de estas relaciones a los Equipos multiprofesionales de las CC.AA, antiguo INSERSO.

En los Convenios Colectivos se podrán identificar los puestos de trabajo reservados a los minusválidos (R.D. 1451/1983, de 11 de mayo).

◊ *Otras*

· *Servicios de colocación*

La política de colocación comprende las acciones tendentes a proporcionar a los trabajadores un empleo adecuado y facilitar a los empleadores la mano de obra necesaria para el normal desenvolvimiento de sus actividades productivas.

Son principios básicos de la política de colocación la igualdad de oportunidades y de trato en el empleo (artículo 38 de la Ley 51/1980).

El INEM organiza los Servicios de Colocación como un servicio público y gratuito, descentralizado en Agencias Locales.

Al mismo tiempo entidades sin fines lucrativos podrán constituir Agencias de Colocación, autorizadas por el INEM (R.D. 735/1995, de 5 de mayo).

Los Servicios de Colocación del INEM deberán trabajar en cooperación con los Equipos multiprofesionales, además de las relacionadas con otras materias, en orden a garantizar la adecuación del puesto de trabajo a la minusvalía de los trabajadores (artículo 8 del R.D. 1451/1983).

· *Autoempleo, trabajo por cuenta propia*

Los trabajadores con discapacidad física, psíquica o sensorial en desempleo que se constituyan en autónomos o pretendan realizar trabajo por cuenta propia, no sometido a la legislación laboral, podrán percibir:

- Subvención parcial de intereses de los préstamos suscritos con una entidad de crédito concertada con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con un máximo de 750.000 pts.
- Subvención de hasta 650.000 ptas. para inversión en capital fijo (Orden ministerial de 16 de octubre de 1998 —BOE de 21 de noviembre—).

◊ *Ventajas y derechos asociados del trabajador con discapacidad*

Con carácter general, la legislación española en materia de empleo ha efectuado una opción de mantenimiento coherente de los principios de integración y normalización de las personas con minusvalía física, psíquica o sensorial en el mercado de trabajo, de forma que son excepción las referencias legales a situaciones de ventaja o derechos asociados del trabajador con discapacidad.

En el tratamiento legal del Empleo Protegido se pueden encontrar posiciones de ventaja de las personas que ostentan una relación laboral especial en Centros Especiales de Empleo, con respecto al resto de las relaciones laborales de régimen común.

El R.D. 427/1999, de 12 de marzo, que modifica el antiguo artículo 16.2 del R.D. 1368/1985, de regulación de la relación laboral de carácter especial mencionada antes, establece que *los Equipos multiprofesionales deberán constatar la ineptitud sobrevenida* del trabajador con minusvalía, una vez

superado el periodo de prueba, para que sea posible su alegación como causa de extinción del contrato de trabajo por causas objetivas.

Las ausencias intermitentes del puesto de trabajo que no alcancen un 25% en dos meses consecutivos o un 30% en cuatro meses discontinuos, en un periodo de doce meses, no constituirán causa de extinción del contrato de trabajo.

◊ **En el sector público**

1. Las empresas del Sector Público tienen las mismas obligaciones que las empresas privadas, con respecto a la **reserva del 2%** de puestos de trabajo de la plantilla para personas con minusvalía, así como también la posibilidad, pactada en Convenio colectivo o por decisión empresarial comunicada a la autoridad laboral, de eximirse de la reserva aplicando medidas alternativas. La normativa estatal (disposición adicional 11ª de la Ley 50/1998) no ha concretado el tipo de medidas alternativas aplicables.

2. Las Administraciones Públicas están sujetas a la misma obligación de reserva del 2% de puestos de trabajo, si bien el legislador ha establecido un mecanismo de progresivo acercamiento al mandato legal, en atención a las características del empleador público, consistente en la **reserva del 3% de las vacantes de las Ofertas de Empleo Público anuales**, para ser cubiertas entre personas con discapacidad (disposición adicional 19 de la Ley 30/1984, en la redacción dada por Ley 23/1988).

En todo caso la persona con discapacidad deberá acreditar la situación de minusvalía en grado igual o superior al 33% y que dicha minusvalía es compatible con el desempeño de las tareas y funciones propias del puesto de trabajo vacante. Las acreditaciones se obtienen mediante informes o certificaciones de los Equipos multiprofesionales de la CC.AA., previstos en el R.D. 383/1984 (disposición transitoria 1ª y disposición adicional 2ª).

Los equipos multiprofesionales determinarán las ayudas o compensaciones que puedan necesitar las personas con minusvalía para desarrollar las pruebas selectivas de acceso a las vacantes convocadas en la Oferta de Empleo Público, en contacto con los Tribunales de oposición o Comisiones de Selección.

3. Las Administraciones Públicas (General del Estado, Autonómicas, Corporaciones locales y entidades dependientes) y las entidades privadas sin fines de lucro podrán promover, de manera compartida con el INEM, programas de **Talleres de Empleo**, financiados con créditos de los Presupuestos Generales del Estado —INEM—, para **contratar personas desempleadas de 25 o más años**, con especiales dificultades para insertarse en el mercado de trabajo, tales como **personas con discapacidad**.

En los Talleres de Empleo se llevarán a cabo acciones combinadas de formación profesional ocupacional y trabajo efectivo en actividades relacionadas con nuevos yacimientos de empleo (artículo 9 de la O.M. de 9 de marzo de 1999 —BOE del 23—) de utilidad pública y de interés social para mejorar la ocupabilidad de los participantes y facilitar su posterior integración en el mercado de trabajo, dentro del Plan Nacional de Acción para el Empleo del Reino de España para 1998 (R.D. 282/1999, de 22 de febrero).

La entidad promotora del Taller de Empleo podrá utilizar la **modalidad de contrato laboral más acorde con las circunstancias del trabajador** y del proyecto. Los trabajadores participantes percibirán las retribuciones salariales que les correspondan —siendo con cargo al INEM 1,5 veces el salario mínimo interprofesional y las cotizaciones a la Seguridad Social por todos los conceptos a cargo del empleador— (artículo 8.1.b. de la O.M. de 9 de marzo de 1999 —BOE del 23—), con una jornada a tiempo completo y **la duración del contrato entre 6 meses y un año**.

4. Por su parte las Corporaciones Locales, en aplicación de las políticas activas del Plan de Acción para el Empleo del Reino de España para 1998, tienen la posibilidad de contratar personas con discapacidad desempleadas, en el ámbito de colaboración del INEM con las Corporaciones Locales. El objeto de la colaboración es subvencionar los costes laborales de la contratación de estos trabajadores para la realización de servicios y obras de interés general y social (Orden ministerial de 26 de octubre de 1998 -BOE de 21-11 y Resolución de 30 de marzo de 1999 —BOE de 13-4—).

1.2. b) Empleo protegido

El derecho al trabajo es uno de los derechos fundamentales que declara la Constitución española para todos los ciudadanos. La efectividad del disfrute de este derecho depende de múltiples factores sociales y económicos. Un factor social que influye de manera importante, y que puede llegar a ser excluyente de la realización concreta del derecho al trabajo, viene determinado por las condiciones personales de la minusvalía que afecta al trabajador.

Precisamente la contemplación de esas circunstancias aconseja crear ámbitos de trabajo y relaciones laborales especiales que hagan adecuado el mundo del trabajo para las condiciones de las personas con determinadas minusvalías, sin los cuales no podrían tener acceso al trabajo.

El ámbito que procura ese ambiente propicio y permite la acomodación de las relaciones laborales a las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial es el denominado Empleo Protegido.

El desarrollo de las previsiones legales ya enunciadas se encuentra en tres Reales Decretos, que permiten la creación de Centros Especiales de Empleo y la configuración de una relación

laboral de carácter especial para los trabajadores con minusvalía que desarrollen su actividad laboral en dichos Centros.

Los Centros Especiales de Empleo, de iniciativa pública o privada, tienen como objetivo principal el trabajo productivo, mediante el empleo remunerado de trabajadores con minusvalías y la finalidad de prestarles servicios de apoyo, que se constituyan en un medio para la integración en el régimen de trabajo ordinario (artículo 1 del R.D. 2273/1985, de 4 de diciembre).

Por su parte la relación laboral de carácter especial, existente entre los trabajadores minusválidos y los Centros Especiales de Empleo, define un régimen contractual de mayor flexibilidad (en cuanto a la jornada y distribución del tiempo de trabajo, duración del periodo de prueba, condiciones retributivas y de extinción del contrato de trabajo) que el establecido en la relación jurídica laboral común, lo que permite adaptar el contrato laboral a las posibilidades reales de trabajo de las personas con minusvalía en estos Centros.

Las *personas que pueden tener acceso a estos Centros* son las declaradas con una minusvalía en grado igual o superior al 33%, con disminución igual, al menos, de su capacidad de trabajo (en relación con la capacidad normal de trabajo de una persona de similar cualificación profesional), comprobada por los Equipos multiprofesionales que, en coordinación con las Oficinas de Empleo, determinarán los puestos de trabajo más adecuados a las características de la minusvalía (artículo 4.2. del R.D. 1368/1985, de 17 de julio).

En el ámbito de los Centros Especiales de Empleo se pueden celebrar las mismas modalidades de contrato de trabajo definidas en el Estatuto de los Trabajadores, con las *modulaciones específicas para la modalidad de Formación y de trabajo a Domicilio* —no permitida esta última para la contratación de personas con minusvalía psíquica— (artículo 7 del R.D. 1368/1985, en la redacción dada por el R.D. 427/1999, de 12 de marzo).

El empleo protegido tiene líneas de subvención específicas en las convocatorias anuales de las Administraciones públicas. La Orden ministerial de 16 de octubre de 1998 (BOE del 21-11) establece el régimen de subvenciones para los Centros Especiales de Empleo, en la que se contemplan las siguientes posibilidades:

- Financiación parcial de proyectos de creación y ampliación de la plantilla de Centros Especiales de Empleo.
- Asistencia técnica, inversión fija, ayuda parcial para intereses de créditos: hasta 2.000.000 pts. por estos conceptos para cada puesto de trabajo creado con carácter estable
- Ayudas para el mantenimiento de puestos de trabajo:

- Bonificación del 100% de las cuotas empresariales a la Seguridad Social, incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedad profesional
- Subvención del coste salarial del puesto de trabajo en jornada de trabajo normal por importe del 50% del salario mínimo interprofesional. En contrato a tiempo parcial se reducirá en proporción a la jornada realizada.
- Subvención para adaptación del puesto de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas no superior a 300.000 pts. por puesto de trabajo.
- Subvención por una vez para equilibrar y sanear financieramente a los Centros Especiales de Empleo.
- Subvención para equilibrar el presupuesto de los Centros de utilidad pública, sin ánimo de lucro.

1.3. Financiación

Las medidas que se contemplan en la legislación española para el fomento del empleo de personas con discapacidad se financian básicamente con fondos anuales asignados al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en los Presupuestos Generales del Estado, en las rúbricas de Políticas activas de empleo, y de Políticas de Solidaridad, así como de la Seguridad Social, si bien en este ámbito poco significativa o asociada a otros programas presupuestarios.

DISPOSICIONES CITADAS

1. **Constitución de 1978** (artículo 9.2, artículo 35, artículo 40, artículo 49).
2. Ley 51/1980, de 8 de marzo, Básica de Empleo artículo 2.a, artículo 8.1, artículo 13, artículo 38.
3. R.D. 620/1981, de 5 de febrero, artículo 19.4.b.
4. Ley 13/1982, de 7 de abril, LISMI artículo 37, artículo 38.2 artículo 38.1, artículo 38.4, artículo 40, artículo 41.1.
5. R.D. 1451/1983, de 11 de mayo, de Fomento del empleo de minusválidos, completado por el R.D. 4/1999, de 8 de enero.
6. Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Reforma de la Función Pública; disposición adicional 19, según Ley 23/1988, de 28 de julio.
7. R.D. 383/1984, de 1 de febrero, Sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos, artículo 2.1.a., artículo 11 y artículo 18, disposición transitoria 1ª y disposición adicional 2ª.
8. R.D. 1368/1985, de regulación de la relación laboral de carácter especial en Centros

Especiales de Empleo, artículo 4.2., artículo 7, artículo 16.2, según la redacción del R.D. 427/1999, de 12 de marzo.

9. R.D. 2273/1985, de 4 de diciembre, regula los Centros Especiales de Empleo, artículo 1.

10. Ley 8/1988, de 7 de abril, de Infracciones y sanciones en el Orden Social, artículo 27.5, según redacción de la Ley 50/1998.

11. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, Ley General de la Seguridad Social, artículo 2.1.g., artículos 157 a 159.

12. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, Estatuto de los Trabajadores.

13. R.D. 735/1995, de 5 de mayo, regula las agencias de colocación sin fines lucrativos y los servicios integrados para el empleo.

14. Ley 13/1995, de 18 de mayo de Contratos de las Administraciones Públicas, disposición adicional octava.

15. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales artículo 15.1.d., artículo 17.2, artículo 25.1.

16. Ley 63/1997, de 26 de diciembre, de Medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo y el fomento de la contratación indefinida, disposición adicional 1ª de la

17. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, artículo 4.11.2.

18. R.D. 488/1998, de 27 de marzo, desarrolla el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores, en materia de contratos formativos, artículo 10.

19. O.M. de 31 de marzo de 1998, determina los tipos de ayudas a conceder a personas con minusvalía para el ejercicio de 1998 y cuantías de las mismas —BOE de 8-4—.

20. O.M. de 14 de julio de 1998, regula aspectos formativos del contrato para la formación —BOE del 28—, artículo 8.

21. O.M. de 16 de octubre de 1998, establece las bases reguladoras para la concesión de las ayudas y subvenciones públicas destinadas al fomento de su integración laboral en Centros Especiales de Empleo y trabajo autónomo —BOE del 21-11—.

22. O.M. de 26 de octubre de 1998, establece las bases para la concesión de subvenciones del INEM, en el ámbito de colaboración con las Corporaciones Locales para la contratación de trabajadores desempleados en la realización de obras y servicios de interés general y social —BOE de 21-11—.

23. Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado, artículo 91.9.2.

24. Ley 50/1998, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, disposición adicional 11ª.

25. O.M. de 9 de febrero de 1999, establece las bases reguladoras y se convocan ayudas y subvenciones para la realización de programas de cooperación y voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del IRPF, anexo A, programa 5.3. —BOE del 12—.

26. R.D. 282/1999, de 22 de febrero, por el que se establece el programa de Talleres de Empleo.

27. O.M. de 9 de marzo de 1999, por la que se desarrolla el RD 282/1999 y bases reguladoras de la concesión de subvenciones públicas a dicho programa —BOE del 23—.

28. Resolución de 30 de marzo de 1999, del INEM, desarrolla la OM de 26-20-98, de colaboración con las Corporaciones Locales para la contratación de trabajadores desempleados en la realización de obras y servicios de interés general y social —BOE de 13-4—.

29. Resolución de 31 de marzo de 1999, del INEM, de aplicación y desarrollo de la O.M. de 9 de marzo de 1999 sobre Talleres de Empleo —BOE de 12-4—.

REGULACIÓN DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA

Andreu Corominas Malet
Abogado

REGULACIÓN DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA

Las instituciones tutelares se regulan como el instrumento legal para cubrir la falta de capacidad de la personas declaradas como incapaces, que pueden serlo por causa de enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse a sí misma y/ o administrar sus bienes.

El bien a proteger y a tutelar es la persona incapacitada, más que su patrimonio, la familia o la sociedad. Se trata de facilitar al mismo los instrumentos legales para hacer valer sus derechos, supliendo su falta de capacidad.

Se distingue por primera vez entre disminuido y enfermo mental. La declaración de incapacidad debe realizarse por medio de un proceso judicial y dictarse por sentencia.La incapacidad es graduada, flexible y provisional.

NORMATIVA REGULADORA DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA

La actual normativa española se basa en la Ley 13/1983 de 24 de octubre, que reformó el titulo IX y X del vigente Código Civil.

En Cataluña, la Ley 9/1998, de 15 de julio que aprobó el Código de Familia, modificando la ley 39/1191, de 30 de diciembre, regula la institución tutelar con algunas caracteristicas especificas distintas del C. Civil.

El C. Civil establece tres instituciones tutelares: la tutela, la curatela y el defensor judicial y reconoce una situación de facto, el guardador de hecho.

En los supuestos de que la persona mayor de edad incapacitada viva con sus padres,. no se constituye la tutela, sino que se prorroga o se restablece la patria potestad de los padres.

La tutela se establece como una institución permanente y global de la persona al objeto de la guarda y protección de la persona y / o de sus bienes. Viene a desempeñar las funciones paternales, o lo que es lo mismo el tutor debe actuar como un buen padre de familia. La tutela, a diferencia de las otras instituciones tutelares, es un órgano estable que actúa de forma habitual y suple la capacidad de obrar del incapacitado.La Ley la configura como un deber, bajo la tutela judicial.

La tutela la constituye el juez, respetando en lo posible la voluntad de los padres manifestada en testamento o acta notarial, con intervención preceptiva del Ministerio Fiscal, y se ejerce, asimismo, bajo la vigilancia del juez, que actua de oficio, a solicitud del fiscal o de cualquier interesado. Por ello se ha venido a calificar la tutela española como tutela judicial, frente a la tutela familiar existente antes de la vigente normativa.

Existen una serie de controles periódicos de la acción del tutor, como es que debe elaborar el inventario de bienes dentro de los 60 días de haber aceptado la tutela, la rendición de cuentas anuales y una serie de acciones u omisiones que debe solicitar autorización judicial para actuar o dejar de hacerlo.

La ley regula la forma y requisitos para el nombramiento del tutor, que puede ser una persona física o jurídica, sin ánimo de lucro y cuyos fines sean los adecuados, los supuestos en los que una persona no puede ser nombrada tutor, el ejercio de la tutela y sus derechos y obligaciones y la extinsión de la tutela.

El tutor tiene como obligaciones el procurar alimentos al tutelado, educarlo y procurarle la formación integral, promover la adquisición o recuperación de la capacidad y su integración social.

La CURATELA es una institución que cubre parcialmente la actividad de la persona incapacitada, normalmente la faceta de su actividad económica y la administración de sus bienes. Interviene sólo en los actos en que el incapacitado no puede actuar por si solo, normalmente los que según la ley precisan de autorización judicial previa. Viene a ser como un asesor o controlador, al objeto de que no se manipule o desvirtue la actuación del incapaz.

Si en la tutela el tutor representa al tutelado sustituyéndolo, el curador no sustituye a la persona, sino que le asiste complementando su capacidad.

EL DEFENSOR JUDICIAL es una institución tutelar provisional y transitoria para actuaciones concretas al objeto de amparar y defender los intereses del incapaz, cuando existe conflicto de intereses entre menores o incapacitados y sus representantes legales, en el caso de que el tutor o curador no desempeñe aún sus funciones, en el supuesto de que el fiscal inste la incapacidad, el juez debe nombrar un defensor judicial, y en los casos previstos por la ley.

Son aplicables al curador y defensor judicial las causas de inhabilidad, excusas y remoción de los tutores.

EL GUARDA DE HECHO, viene obligado a informar al Juzgado de la persona y los bienes del presunto incapaz y sus actos no serán impugnados si redundan en utilidad de la persona incapaz.

EL ADMINISTRADOR PATRIMONIAL. La citada ley que reformó el Código Civil prevé la posibilidad de que los padres prevean el establecimiento de un administrador patrimonial distinto al tutor, con el que puede subsistir, cuidando el primero del patrimonio y el segundo de la persona.También la persona que deja bienes a un incacapcitado puede designar a su administrador patrimonial. Las funciones no conferidas al mismo recaerán en el tutor.

CONSEJO DE TUTELA. El Código de Familia de Cataluña restablece lo que el antiguo C. Civil denominaba Consejo de Familia, aunque lo hace de forma optativa por parte de los padres y con características distintas. Lo forman de 3 a 5 personas, no necesariamente familiares, que deciden en asuntos económicos sin necesidad de acudir al juzgado, y que vela por el buen desarrollo de la tutela, intentando agilizar las autorizaciones judiciales.

La curatela en Cataluña no prevé que el curador tenga la representación legal del curado, sino única y exclusivamente se limita a completar la incapacidad de la persona, asistiendo al mismo.

LA AUTOTUTELA es una figura jurídica interesante y necesaria, establecida en Cataluña por ley 11/1996, según la cual toda persona puede prever la designación de tutor o curador para el supuesto de que devenga incapaz.

OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN JURÍDICA

El vigente Código Penal, como ya lo hiciera el anterior, preve la posibilidad de la **esterilización** de la persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioroidad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oido el dictamen de dos especislistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz.

La posibilidad de dicha esterilización se halla tipificda en el Código Penal, pese a que se tramita por la vía civil su autorización, ya que es tratado dentro del capítulo de las lesiones.

Derecho al voto

El incapacitado puede tener derecho al voto, si en la sentencia de incapacidad no se halla limitado expresamente dicho derecho. Normalmente los incapacitados parcialmente tienen y usan de dicho derecho, como cualquier otro ciudadano. No existe ninguna norma concreta que limite este derecho.

Tratamiento de lengua de signos

Pese a los intentos, especialmente en la normativa catalana, de establecer la oficialidad de dicho lenguaje, hasta la fecha no hay ninguna normativa de derecho positivo al respecto. La enseñanza se da en los centros especiales. En la práctica existe un progresivo desarrollo en los medios de comunicación de establecer de forma paralela dicha lengua.

Responsabilidad penal

Inicialmente hemos de indicar que la incapacidad de la que hemos hecho mención es una incapacidad civil y que pese a la influencia que pueda tener en la vía penal, no vincula a la misma, ya que su prespectiva y criterio son distintos. Mientras en la vía civil se analiza y juzga si la persona está capacitada para gobernarse a sí misma y / o administrar sus bienes, en la vía penal se enjuicia si la persona que realiza una conducta ilícita era o no era consciente de que actuaba incorrectamente, o sea si sabe distinguir entre el bien y el mal. Evidentemente la incapacidad civil influye sino ya como eximente de la responsabilidad penal, sí como un atenuante calificado.

LISMI

Debemos destacar, asimismo, la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982, en la que por primera vez se elaboró un marco legal de atención al incapacitado, estableciendo una política y una filosofia de atención para dichas personas, tendentes a la normalización e integración social, así como una recopilación legislativa al respecto.

REGULACIÓN DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA EN CATALUNYA

En Cataluña se aplica el derecho civil propio, conocido como Compilación del Derecho Civil de Cataluña, que integra las ramas básicas del derecho civil: el de familia, el de sucesiones y el patrimonial. El Código de Sucesiones fue aprobado por Ley 40/1991, de 30 de diciembre del Parlamento Catalán, y el Código de Familia lo ha sido por Ley 9/1998, de 15 de julio. Subsidiariamente se aplica el derecho civil común.

La nueva Ley, que es totalmente respetuosa con la Constitución Española, sigue la consideración clásica de entender la familia como la institución básica y la primera célula de la sociedad y la importancia de su protección y pese a ello lo compatibiliza con el principio de autonomía de la voluntad de las personas, que ha sido siempre uno de los ejes básicos de este derecho autóctono.

Normativa reguladora de la protección jurídica

La citada Ley 9/1998, que aprueba el Código de Familia de Cataluña, además de regir los efectos del matrimonio y su régimen económico, establece la filiación matrimonial, la adopción, la potestad del padre y la madre y en el título VII se regula la tutela y las otras instituciones tutelares, siguiendo la pauta de las anteriores leyes 39/1991, de 30 de diciembre y la Ley 11/1996, de 29 de julio, con algunas particularidades que conviene poner de relieve.

Ya inicialmente el nuevo texto declara que la tutela y, en general, las funciones tutelares se ejercen siempre en interés y de acuerdo con la personalidad de los tutelados y han de asegurar la protección de la persona tutelada, la administración y la guarda de sus bienes y, en general, el ejercicio de sus derechos.

Las funciones tutelares se ejercen de forma gratuita, salvo en los casos en que se establezca expresamente una remuneración. Pueden fijar su cuantía al padre y la madre y la autoridad judicial, si los padres no lo hubieran previsto.

Están sometidos a tutela:

a. Los menores no emancipados que no se hallen sometidos a la potestad del padre y la madre o uno de ellos.

b. Los incapacitados, cuando la sentencia judicial lo haya establecido y en la medida que así lo determine, si el padre o la madre o uno de ellos no tienen la potestad prorrogada o rehabilitada. Adviertase que en Cataluña, se habla de la potestad en lugar de la patria potestad.

Uno de los elementos novedosos y que supone un avance legislativo progresivo es el denominado autotutela, en la que cualquier persona, en previsión de ser declarada incapaz, puede nombrar en escritura pública, las personas que quiere que ejerzan algún o algunos de los cargos tutelares y también designar sus sustitutos o excluir ciertas personas y regular funcionamiento y requisitos. Es indudable que dicha previsión de autotutela puede ser muy útil para las personas que luego sufren locura senil o prematura o el popular Alzheimer.

Al igual que en el Código Civil común se prevé la posibilidad de que los padres puedan ordenar por disposición testamentaria la designación de tutores o curadores y las sustituciones de los mismos.

También se prevé la administración patrimonial separada de la propia tutela o curatela.

Evidentemente la tutela la constituye el juez, el cual puede establecer, en beneficio de la persona tutelada, las medidas de vigilancia y control de la tutela y, si es el caso, de la administración patrimonial que crea conveniente.

La tutela que es constituida por la autoridad judicial, debe hacerse previa audiencia del menor o incapaz, si tiene bastante conocimiento y siempre si tiene más de 12 años y se trata de una tutela de menor, de las personas obligadas a constituir la tutela y las demás que considere oportunas. Un vez efectuado el nombramiento, la autoridad judicial da posesión del cargo a la persona que tenga que ejercer la tutela —configurada como un deber— y, si es el caso, a la persona que deba llevar la administración patrimonial.

También el derecho civil catalán preve la posibilidad de que las personas jurídicas, sin ánimo de lucro, sean tutores, cuyo nombramiento o cese debe notificarse a la Administración de la Generalitat, concretamente al órgano que lleva el control y seguimiento de dichas entidades. No pudiendo ser designados tutores las personas o las entidades que mantengan una relación laboral con el incapacitado, aunque sea de forma indirecta, ya que se considera que no se puede ser parte y al mismo tiempo controlador de esta parte.

En el Código de Familia catalán, las personas jurídicas pueden excusarse de ejercer la tutela si no disponen de medios suficientes para el desarrollo adecuado de la misma.

El tutor al aceptar el cargo se le notifica que tiene el plazo de 60 días para formalizar el inventario de bienes del tutelado, estableciendo el contenido y la forma del inventario.

También anualmente debe rendir cuentas, aunque si el patrimonio de la persona tutelada es de pequeña entidad el juez puede disponer que se haga en periodos más amplios. En todos los casos las cuentas deben presentarse y depositarse en el Registro Civil. Si existe Consejo de tutela debe ser a éste al que se presenten dichas cuentas.

Otra de las novedades que incorpora el Código de Familia de Cataluña es el polémico Consejo de Tutela, recuperando en parte la antigua figura del Consejo de Familia, aunque en este caso es siempre opcional y voluntario por parte de los padres o del que se designa la autotutela, y se formaliza, asimismo, judicialmente.

Dicho Consejo, que debe estar integrado por 3 a 5 personas, nombradas por la autoridad judicial, vela por el buen funcionamiento de la tutela, tanto en el aspecto personal como patrimonial, y puede modificar la remuneración del tutor o administrador patrimonial, resolver desacuerdos entre tutores o entre tutor y administrador patrimonial y otorgar las autorizaciones para venta y gravamen de bienes, aceptar herencias, otorgar arrendamientos, dar y tomar dinero en

préstamo, ceder créditos, avalar, y en definitiva las autorizaciones que el Código Civil exige que sea el Juez que lo haga y que en el Código de familia también, salvo que exista dicho Consejo de Tutela, también para internar al incapacitado. Si entre los miembros del Consejo de Tutela no es posible llegar a un acuerdo, la autoridad judicial resolverá.

Se intenta agilizar los trámites que exige el desarrollo de una tutela o curatela, evitando los trámites judiciales, siempre en teoría mucho más lentos.

También se regula la figura de la curatela, con muy pocas diferencias con la regulación del derecho civil común, salvo que se resalta el hecho de que el curador no tiene la representación legal del sometido a curatela, sino que simplemente le asiste y complementa su capacidad.

Tampoco existe mayor novedad en cuando al defensor judicial y al guarda de hecho.

Si el Código Civil común consagró la tutela judicial, el Código de Familia Catalán pretende configurar la tutela familiar, basado en la prevalencia de la voluntad de los padres en la designación de la persona que ha de ejercer la tutela, como concreción del principio más amplio de libertad civil, que ha inspirado tradicionalmente el modelo de tutela vigente en la sociedad catalana, se modifica la anterior normativa suprimiendo la figura del protutor, instaurda en la ley de 1991, que no había enraizado, se perfila el sistema de rendición de cuentas de la tutela y se refuerza con la creación facultativa del Consejo de Tutela, que se puede establecer en los supuestos de tutela diferida por la misma persona autotutelar o por los padres. El Consejo sustituye, en algunos casos, la intervención judicial en el control de la actuación de la persona que ejerce la tutela y puede conceder la autorización para determinados actos que, en otros casos, requieren la autorización judicial.

OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN JURÍDICA

No existe ninguna regulación normativa específica en Cataluña en cuanto a la esterilización ni de la responsabilidad penal, por ser temas supeditados al Código Penal español, en cuya materia no se tiene competencia autonómica.

CIRCULACION INSTITUCIONAL

«Para instrumentar el Programa de Acción Mundial, los Estados Miembros habrán de: ... b) Crear, mediante la legislación adecuada, las bases jurídicas y las competencias necesarias para la adopción de medidas orientadas al logro de los objetivos».
Naciones Unidas: **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad** (Párrafo 90).



REAL PATRONATO
DE PREVENCIÓN
Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA