

REALIZACIONES SOBRE DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Balance de 20 años



REAL PATRONATO
DE PREVENCIÓN
Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA

1997

R-14176
03/10/97

P. 25

(X)

**REALIZACIONES SOBRE
DISCAPACIDAD EN ESPAÑA**

BALANCE DE 20 AÑOS

REALIZACIONES SOBRE DISCAPACIDAD EN ESPAÑA. BALANCE DE 20 AÑOS

- **COORDINACIÓN:** Secretaría Ejecutiva del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- **AUTORES:** José María Alonso Seco, Manuel Aznar López, Paulino Azúa Berra, Luis Benito Ruiz, Carlos Egea García, Manuel García Viso, Eusebio Niño Ráez, M^a Luisa Ramón-Laca, Paloma Sánchez de Muniain, Antoni Vilà i Mancebo, M^a Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre y SIIS, Centro de Documentación e Información.
- **EDITA:** Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- **CONFECCIÓN:** Antonio Jiménez Lara.
- **CUIDADO DE LA EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN:** SIIS, Centro de Documentación e Información, concertado con el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Serrano, 140, 28006 Madrid.
Tlfno. 411 55 00 - Fax 411 55 02 - E-mail: sis@futurmet.es
- **IMPRIME:** Artegraf. Sebastián Gómez. 5. 28026 Madrid.
- **Primera edición:** 2.000 ejemplares.

NIPO: 201-97-021-7

Depósito Legal: M. 26.472 - 1997

ÍNDICE

PRÓLOGO, por el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Presidente Efectivo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía	xxiii
---	-------

PRESENTACIÓN, por la Secretaría General del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía	xv
---	----

1. PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

José María Alonso Seco

1.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	3
1.1.1. Actuaciones anteriores a 1976	3
1.1.2. El Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM)	6
1.1.3. El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad	7
1.1.4. Otras acciones	8
1.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982 Y SU CRÍTICA	10
1.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982 Y ASUNTOS PENDIENTES	11
1.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por los poderes centrales del Estado y por las Comunidades Autónomas	11
1.3.1.1. Legislación del Estado	12
A) Proyecto de Ley de Prevención de Minusvalías	12
B) Plan Nacional de Prevención de Minusvalías	14
1.3.1.2. Legislación de las Comunidades Autónomas	15
A) Leyes sobre prevención de deficiencias	15
B) Planes autonómicos de Prevención de Minusvalías	20
1.3.1.3. Actuación de las Entidades Locales	20
1.3.2. Otras normas incidentes en la materia	21
1.3.2.1. Modificaciones en el Código Penal	21
1.3.2.2. Seguridad y salud en el trabajo	23
1.3.2.3. Seguridad en el tráfico vial	25
1.3.2.4. Acciones destinadas a zonas rurales	26
1.3.3. Conclusión	27
1.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR	27
1.4.1. Programas de prevención realizados	28
1.4.1.1. Prevención de tipo médico	28
1.4.1.2. Prevención de tipo ambiental	40
1.4.2. Presupuesto destinado a prevención de deficiencias	51
1.4.3. Promoción de la prevención de deficiencias	52
1.4.4. Conclusión	54

2. DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

Manuel Aznar López, con la colaboración de Carlos Egea García

2.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	59
2.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRÍTICA	61
2.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES	62
A) En el sector educativo	62
B) En el ámbito de los servicios sociales	72
C) En el ámbito de la invalidez protegida por el sistema de Seguridad Social	74
D) Otras normas	75
2.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR.....	77
BIBLIOGRAFÍA	84

3. ATENCIÓN TEMPRANA

José María Alonso Seco

3.1. EL PROCESO DE RECEPCIÓN EN ESPAÑA DE LOS ESQUEMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA	89
3.1.1. Ámbito de los profesionales	90
3.1.2. Ámbito de las asociaciones de padres	92
3.1.3. Soporte jurídico-administrativo	92
3.2. PRIMEROS PROGRAMAS INSTITUCIONALES	94
3.2.1. Entidades privadas.....	94
3.2.2. Instituto Nacional de Servicios Sociales	95
3.2.2.1. Nivel central	95
3.2.2.2. Nivel autonómico	97
3.2.3. Instituto Nacional de la Salud	98
3.2.4. Administración educativa	99
3.3. EVOLUCIÓN POSTERIOR.....	100
3.3.1. Ámbito sanitario	100
3.3.2. Ámbito de los servicios sociales.....	101
3.3.3. Ámbito educativo.....	102
3.4. INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN ORGANIZATIVA Y ASUNTOS PENDIENTES	103

4. REHABILITACIÓN

Manuel Aznar López, con la colaboración de Paloma Sánchez de Muniaín

3.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	111
3.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRÍTICA	112
3.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES	113
A) En el sector sanitario	114
B) En el sector de la formación profesional ocupacional	117

C) En el sistema de Seguridad Social	118
D) En el ámbito de la Acción Social	118
E) Otras normas	120
3.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR.....	122
BIBLIOGRAFÍA	137

5. EDUCACIÓN

Paulino Azúa Berra, con la colaboración de M^a Luisa Ramón-Laca

5.1. ANTECEDENTES: SITUACIÓN ANTERIOR A LA LEY 13/1982.....	141
5.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982	146
5.3. NORMATIVA Y REALIZACIONES POSTERIORES A LA LEY 13/1982	149
5.3.1. Desarrollo de la Ley 13/1982 por los poderes centrales y de las Comunidades Autónomas.	149
5.3.2. Normas incidentes en la materia	168
5.4. OTRAS ACTUACIONES, REALIZACIONES Y PROYECTOS	169
5.5. PERSPECTIVAS	172

6. INTEGRACIÓN LABORAL

Eusebio Niño Ráez

6.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	179
6.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982	182
6.2.1. Disposiciones sobre empleo ordinario	182
6.2.2. Disposiciones sobre empleo protegido	182
6.2.3. Crítica a las disposiciones de la LISMI	183
6.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.....	184
6.3.1. Desarrollo Normativo de la Ley 13/1982 por la Administración Central.	184
6.3.1.1. Empleo Ordinario.	184
6.3.1.2. Empleo protegido	188
6.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por las Administraciones Autonómicas	192
6.3.2.1. Empleo ordinario	192
6.3.2.2. Empleo protegido	194
6.3.3. Normas incidentes en la materia	195
6.3.4. Asuntos pendientes.....	197
6.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR.....	200
6.4.1. Realizaciones.....	200
6.4.2. Demandas por cubrir	202
6.4.2.1. Empleo ordinario	203
6.4.2.2. Empleo Protegido	204

7. SERVICIOS SOCIALES

Antoni Vilà i Mancebo

7.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	213
7.1.1. La situación pre-constitucional.....	213
7.1.1.1. Beneficencia pública	213
7.1.1.2. Asistencia social.....	214
7.1.1.3. Seguridad Social	214
7.1.2. Los servicios sociales en la Constitución española	217
7.1.3. Los servicios sociales en los Estatutos de Autonomía y los trasposos de servicios.....	219
7.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRÍTICA	221
7.2.1. Disposiciones relativas a servicios sociales contenidas en la Ley 13/1982	221
7.2.2. Objetivos	222
7.2.3. Principios generales	222
7.2.4. Otras características	224
7.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES	224
7.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1992 por los poderes centrales	225
7.3.1.1. La Ley 7/1985, reguladora de las Bases del Régimen Local.	225
7.3.1.2. Los Centros ocupacionales.....	226
7.3.1.3. Participación	227
7.3.1.4. El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía	227
7.3.1.5. Otras disposiciones	228
7.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por las Comunidades autónomas: las leyes de servicios sociales	228
7.3.2.1. Características generales	228
7.3.2.2. Objeto	230
7.3.2.3. Principios generales	230
7.3.2.4. Prestaciones económicas	230
7.3.2.5. Distribución de competencias	231
7.3.2.6. Modalidades	232
7.3.2.7. La iniciativa social	232
7.3.2.8. La participación	233
7.3.2.9. Fórmulas de gestión.....	233
7.4. REALIZACIONES	234
7.4.1. Realizaciones.....	234
7.4.1.1. Derecho a los servicios sociales	234
7.4.1.2. Planificación	236
7.4.1.3. Ordenación	237
7.4.1.4. Reglamentación específica	238
7.4.1.5. Servicios sociales: nivel primario y especializado	238
7.4.1.6. Participación	240
7.4.1.7. Estructuración y gestión	241
7.4.1.8. Financiación.....	242
7.4.2. Situación actual y perspectivas de futuro.....	245

8. ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO

Eusebio Niño Ráez

8.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	259
8.1.1. Antecedentes.....	259
8.1.2. Demandas.....	260
8.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982	260
8.2.1. Barreras urbanísticas.....	260
8.2.2. Barreras en edificaciones públicas y viviendas	260
8.2.3. Barreras en transportes públicos	261
8.2.4. Crítica de las disposiciones de la LISMI	261
8.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.....	262
8.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982	263
8.3.1.1. Normas urbanísticas y arquitectónicas generales básicas	264
8.3.1.2. Normas sectoriales.....	269
8.3.2. Normas incidentes en la materia	276
8.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR	278
8.4.1. Accesibilidad arquitectónica y urbanística	280
8.4.1.1. Programas experimentales de accesibilidad integral	280
8.4.1.2. Programa de eliminación de barreras en campus universitarios	281
8.4.1.3. Otros proyectos de accesibilidad	281
8.4.2. Accesibilidad en el transporte	281
8.4.2.1. Autobuses de piso bajo.....	282
8.4.2.2. Taxi accesible: el "eurotaxi"	282
8.4.2.3. Accesibilidad en la red ferroviaria	282
8.4.2.4. Otras actuaciones	284
8.4.3. Accesibilidad de la comunicación	284
8.4.3.1. Teléfonos de texto para personas sordas	284
8.4.3.2. Teleasistencia Domiciliaria	285
8.4.3.3. Otros convenios	285
8.4.4. Actuaciones en materia de investigación	285
8.4.5. Demandas por cubrir	286

9. PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

Manuel García Viso

9.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS	291
9.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRÍTICA	294
9.2.1. Asistencia sanitaria y protección farmacéutica	294
9.2.2. Subsidio de garantía de ingresos mínimos	295
9.2.3. Subsidio de ayuda por tercera persona	296
9.2.4. Subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte.....	297
9.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES	297

9.3.1. Evolución de los subsidios y prestaciones regulados por la LISMI	298
9.3.2. La universalización de las prestaciones sanitarias y las prestaciones no contributivas del sistema de la Seguridad Social	300
9.3.3. Las disposiciones emanadas de las Comunidades Autónomas.....	302
9.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR.....	303
9.4.1. La cuantía de los subsidios y de las pensiones	304
9.4.2. Evolución comparada del número de beneficiarios	305
9.4.3. El caso singular de la asistencia sanitaria y farmacéutica	306

10. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

M^o Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre

10.1. ANTECEDENTES.....	311
10.1.1. Primeros esbozos de coordinación y algunos resultados	311
10.1.2. Aparición de circunstancias relevantes en el proceso de coordinación institucional: la nueva configuración territorial del Estado	314
10.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982	316
10.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982.....	317
10.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 en la administración general del Estado	317
10.3.1.1. Desconcierto inicial ante el cambio de roles	317
10.3.1.2. La operatividad de una antigua fórmula: el Real Patronato	318
10.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 en las comunidades autónomas	318
10.3.3. Normas incidentes en la materia	319
10.3.3.1. El artículo 103 de la Constitución, la Ley de Proceso Autonómico y alguna norma de factura más reciente	319
10.3.3.2. El Real Decreto 727/1988, de 11 de julio	319
10.3.3.3. Las leyes de servicios sociales de las comunidades autónomas: exploración de posibilidades inéditas	320
10.4. REALIZACIONES.....	324
10.4.1. La acción concertada	324
10.4.2. Estructuras de coordinación en el sector de personas con minusvalía	325

11. LAS DISPOSICIONES FINALES PRIMERA A QUINTA DE LA LEY 13/1982, DE 7 DE ABRIL, DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVÁLIDOS

Luis Benito Ruiz

11.1. INCAPACITACIÓN Y TUTELA LEGAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	329
11.2. MODIFICACIÓN DE DETERMINADOS ARTÍCULOS DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL	335
11.3. MODIFICACIONES DE LA REGULACIÓN LEGAL DE LA INVALIDEZ EN LA SEGURIDAD SOCIAL	336
11.4. SUPRESIÓN DEL ALTA MEDICA PARA LA VALORACIÓN DE LA INVALIDEZ PERMANENTE EN DETERMINADOS SUPUESTOS	338
11.5. CONSIDERACIÓN AUTÓNOMA DE LA GRAN INVALIDEZ RESPECTO DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA	339

Anexo 1. PRINCIPALES HITOS DE LA HISTORIA INTERNACIONAL DE LAS DISCAPACIDADES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

SIIS, Centro de Documentación e Información

1. ANTECEDENTES IDEOLÓGICOS	343
2. ACONTECIMIENTOS RELEVANTES EN EL PERIODO 1976-1996	347

Anexo 2. REPERTORIO DE DISPOSICIONES ESPAÑOLAS CITADAS

SIIS, Centro de Documentación e Información

De ámbito estatal	363
Andalucía.....	404
Aragón.....	410
Canarias	413
Cantabria.....	417
Castilla-La Mancha	418
Cataluña	420
Comunidad Autónoma de las Islas Baleares	428
Comunidad de Castilla y León	430
Comunidad de Madrid	432
Comunidad Valenciana	434
Extremadura.....	440
Galicia	441
Navarra.....	446
País Vasco	452
Principado de Asturias.....	456
Región de Murcia	457
La Rioja	460

PRÓLOGO

En España hay actualmente algo más de dos millones de personas discapacitadas por diferentes causas y en distintos grados. Desde principios del siglo pasado y a lo largo de todo el siglo XX, la sociedad española ha ido adquiriendo conciencia de la urgencia y la necesidad de integración social y atención solidaria que este importante colectivo necesita. En 1820 se fundaba en España la primera Escuela para Ciegos y en 1909, aparecía la primera sociedad de socorros mutuos de sordomudos. Pero puede afirmarse que es a partir de la transición democrática, y en gran medida debido a las asociaciones de defensa del discapacitado, cuando la atención al discapacitado ha adquirido una relevante consideración económica, social, jurídica y política.

Podemos sentirnos orgullosos de vivir en una sociedad como la española y en el seno de una cultura como la europea. La idea de la solidaridad, subyacente en las aproximaciones clásicas de la amistad, explícitamente presente en la concepción cristiana de la caridad y reforzada en las formulaciones ilustradas sobre la igualdad, ha hecho posible que la discapacidad no sea considerada como un obstáculo insalvable para el ejercicio de los derechos y deberes fundamentales. La diferencia que implica de hecho la discapacidad no ha conducido inevitablemente a la marginación sino que, debido a la presencia de estos resortes éticos y políticos, está desembocando en un reconocimiento cada vez más efectivo de la igualdad de oportunidades.

Las políticas sociales destinadas a la mejora de las condiciones generales de vida de los discapacitados tuvieron su más importante desarrollo con el advenimiento de la democracia y, sobre todo, a partir del consenso constitucional. Es la propia Constitución, en su artículo 49, la que obliga a los poderes públicos a realizar "una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos".

Este libro que presenta el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía es un documento de extraordinario interés para realizar un ponderado examen del esfuerzo que la sociedad española ha volcado en los últimos veinte años sobre las aspiraciones y necesidades del colectivo de discapacitados. En demasiadas ocasiones, la rapidez con que los acontecimientos se suceden impide penetrar en la estructura que adquieren y el valor que comportan. Este libro ofrece un análisis detallado de la evolución de las acciones e iniciativas que han conformado una política social, todavía insuficiente en algunos aspectos, pero ya madura y consistente.

El Real Patronato, desde su fundación en 1976, ha contado con el apoyo y el entusiasmo de Su Majestad La Reina, que siempre ha alentado desde la Presidencia de Honor que ostenta la más amplia sensibilización de la sociedad española respecto a la situación de los discapacitados. Este libro constituye una fuente de primera magnitud para, a partir del estudio de lo ya realizado, promover nuevas acciones de futuro. Este libro, en fin, es una aportación de la máxima oportunidad e importancia para profundizar en la tarea de alcanzar la más rápida y efectiva integración activa de los discapacitados en una sociedad que es la suya y que asume cada vez con más sentido de la justicia que la diferencia no puede conducir a la desigualdad.

JAVIER ARENAS BOCANEGRA
Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales
Presidente Efectivo del Real Patronato de Prevención
y de Atención a Personas con Minusvalía

PRESENTACIÓN

Este documento se elaboró en virtud del acuerdo adoptado por la Junta de Gobierno del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, en su 34ª reunión (26 de junio de 1996) y a propuesta del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Presidente Efectivo de la institución. La circunstancia que suscitó la iniciativa fue el, a la sazón, reciente cumplimiento del 20 aniversario de la creación del Real Patronato de Educación Especial (6 de abril de 1976), antecedente del actual. El mandato de la Junta de Gobierno no se limitó, de todos modos, a las realizaciones de la institución que ella rige, sino a las llevadas a cabo por el conjunto de los agentes públicos y privados del país. No parece arriesgado interpretar esta decisión relacionándola con la misión del Real Patronato, que no consiste en ejecutar políticas concernientes a la discapacidad, sino en suscitadas y promoverlas.

Son antecedentes específicos del presente balance otros dos trabajos realizados por el Real Patronato (ambos publicados en el nº 16 de la colección institucional Documentos en 1987 y 1992), los cuales tuvieron por objeto la evaluación y cumplimiento de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), en sus primeros cinco y diez años de vigencia. El período abarcado en esta ocasión comienza en fecha anterior a la de la norma citada, pero pareció oportuno seguir tomándola como referencia. Su valor como tal viene acreditado no sólo por su contenido, sino también por el modo de su elaboración. Poco después de la celebración de las primeras elecciones democráticas en nuestro país, se constituyó en el Congreso de los Diputados una Comisión especial para el estudio de los problemas de las personas con discapacidad. Esta Comisión fue presidida por Ramón Trías Fargas, y en ella se acometió la tarea de elaborar una proposición de Ley a formular por dicha Comisión, en lugar de proyecto de Ley del Gobierno, con el fin de proporcionar una norma de consenso. Después de un período de cuatro años, durante la primera y segunda legislaturas, de tramitación, se aprobó la norma en cuestión con el apoyo de todos los grupos parlamentarios. Fue publicada en el Boletín Oficial del Estado correspondiente al día 30 de abril de 1982.

Como en sus antecedentes, el esquema temático de este informe está inspirado en los conceptos de la LISMI. Los enunciados de los capítulos indican su relación con los títulos o secciones de la norma, salvo que se incluye un breve informe sobre "Atención temprana". Esta función apenas queda rozada por el texto de la Ley, pero ha cobrado una gran importancia, lo que justifica su consideración en el presente trabajo. Los artículos que integran el volumen tienen carácter autónomo y fueron redactados por sus autores sin otra pauta que la de su estructura temática. Este parece el punto apropiado para reconocer la conciencia de obra común que ha presidido el quehacer de todas las personas cuyos textos se ofrecen, así como el esforzado trabajo de documentación que debieron llevar a cabo: su competencia, por lo demás, estaba acreditada de antemano.

Marzo de 1997

Secretaría General del Real Patronato de Prevención
y de Atención a Personas con Minusvalía

1. PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

JOSÉ MARÍA ALONSO SECO

Escribir sobre la prevención de deficiencias en los últimos veinte años constituye verdadera satisfacción, en especial porque se constata la gran evolución experimentada durante dicho período, hecho que, a su vez, nos hace ser más optimistas de cara al futuro próximo.

En las páginas que siguen se ofrece una panorámica global sobre la situación de la prevención de deficiencias en España, intentando resumir una materia tan amplia, dado que la prevención de deficiencias opera sobre un espectro de actuaciones bastante diversificado. Este trabajo toma como base el realizado en 1992 con ocasión de los Diez Años de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, debidamente modificado y actualizado¹.

No puedo comenzar sin antes agradecer a la Dra. Sagrario Mateu, Jefa del Servicio de Salud Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Consumo, a la Dra. Ana Benavides, del Servicio de Genética del Hospital Central de Asturias, a Antonio Jiménez, del Consejo Económico y Social, a Leopoldo Torroba, de la Dirección General de Tráfico, a Florentino Alonso, Subdirector Técnico del Instituto de Higiene y Seguridad en el Trabajo, y a Eduardo Santos Pérez, de la Dirección General de Ordenación Jurídica de la Seguridad Social. La información documentada que tan amablemente me han suministrado para ofrecer datos empíricos sobre realizaciones en materia de prevención.

1.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS

La atención diferenciada a las personas con discapacidad comenzó, en nuestro país, mediante acciones que intentaran compensar su situación de desventaja social, tales como la educación, rehabilitación, y el empleo. Los esfuerzos organizados por evitar la aparición de deficiencias, en general, fueron algo posteriores. Por ello, puede afirmarse que el estudio y organización de sistemas de prevención de las deficiencias es un hecho relativamente reciente.

Respondiendo a un criterio metodológico, que en ocasiones es también cronológico, se describen a continuación los antecedentes de la prevención de deficiencias, agrupados en cuatro epígrafes: actuaciones anteriores a 1976, acciones de prevención iniciadas por el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM), Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, y actuaciones varias no clasificadas en las anteriores.

1.1.1. Actuaciones anteriores a 1976

En el ámbito sanitario la prevención se instrumentó bajo la forma de «luchas contra enfermedades», campañas sanitarias institucionalizadas, exigidas por las circunstancias del momento: contra el cáncer, contra enfermedades del aparato circulatorio, lucha antituberculosa, contra la lepra y dermatosis, contra la poliomielitis, contra la parálisis infantil, contra el reumatismo, contra la diabetes, contra las enfermedades infecciosas, contra la invalidez, etc.

Son muy numerosas las disposiciones que reglamentan las mencionadas «luchas». Entre todas ellas es imprescindible mencionar, por su eminente carácter preventivo, la *Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases para la organización sanitaria* (BOE de 26 de noviembre). Ya en el Título Preliminar se determina que «para el logro de la salud... en los casos y las condiciones que

¹ ALONSO SECO, J.M., *Prevención de deficiencias, en Desarrollo y aplicación de la LISMI (1982-1992)*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Colección Documentos, nº 16/92, Madrid, 1992, págs. 11-77.

prevengan las leyes y reglamentos, podrá ordenarse con carácter obligatorio las vacunaciones, el empleo de medios preventivos, el reconocimiento individual... la vigilancia y otras medidas sanitarias de prevención y de tratamiento». En ella se establece la lucha contra las enfermedades infecciosas, y se declara la obligatoriedad de vacunación contra la viruela y la difteria (base 4ª); contra el reumatismo y las cardiopatías (base 8ª); contra el paludismo (base 9ª); contra el tracoma (base 10ª); contra las enfermedades sexuales (base 11ª); contra la lepra y la dermatosis (base 12ª); contra el cáncer (base 13ª); se dedica especial atención a la sanidad maternal e infantil (base 14ª), etc.

Dicha Ley fue desarrollada por numerosos reglamentos, entre los que se destacan los siguientes: Decreto de 26 de julio de 1945, por el que se aprueba el Reglamento para la lucha contra enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación (BOE de 5 de agosto); Orden de 4 de agosto de 1947, por el que se crean Centros de lucha contra la poliomielitis (BOE de 14 de agosto); Orden de 4 de agosto de 1947, por la que se reorganiza la lucha contra enfermedades gastrointestinales (BOE de 14 de agosto); Decreto de 15 de diciembre de 1950, por el que se establece la lucha contra el reumatismo (BOE de 28 de enero de 1951); Orden de 23 de abril de 1951, por el que crea el Servicio contra la parálisis infantil (BOE de 25 de abril); Decreto de 6 de junio de 1949, por el que se establece la lucha sanitaria contra la invalidez (BOE de 20 de julio); Orden de 26 de enero de 1963, sobre vacunación antipoliomielítica (BOE de 30 de enero), etc. Aunque posterior a 1976, debe citarse también el Decreto 2121/1978, de 22 de agosto, sobre la lucha antituberculosa (BOE de 8 de septiembre). También debe mencionarse el Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, por el que los servicios de prevención se encomiendan a la Administración Institucional de la Sanidad Nacional.

En el ámbito laboral, la Ley de Contrato de Trabajo de 1944 establecía que los Reglamentos de régimen interior de las Empresas debían establecer «medidas de seguridad, higiene y sanidad» (artículo 22). Con carácter más amplio y general se dictó la Orden de 9 de marzo de 1971, por la que se aprueba la Ordenanza General de Higiene y Seguridad en el Trabajo, norma de carácter eminentemente preventivo².

En el ámbito de la Seguridad Social, la previsión en materia sanitaria se centra en la asistencia médico-farmacéutica, no en la salud pública, pero han de resaltarse las disposiciones sobre prevención de riesgos profesionales, así como la creación de órganos específicos con funciones preventivas. Su incardinación en este área es fácilmente comprensible, al ser el accidente de trabajo y la enfermedad profesional contingencias especialmente protegidas por el sistema de seguros sociales primero, y de Seguridad Social unificada después. Se describe a continuación de manera somera:

- El texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974 (artículo 72) estableció que la cuantía de las primas de cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales podía reducirse en el supuesto de empresas que se distinguan por el empleo de medios eficaces de prevención. Y a la inversa: el Gobierno estaba facultado para aumentarlas en relación a la eficacia de los medios de prevención empleados. Ambas medidas, que siguen vigentes actualmente en el texto refundido de 1994, no han sido objeto de desarrollo ni de aplicación.

² Conforme a lo establecido en la disposición derogatoria única de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE de 10 de noviembre), los Títulos I y II de esta Ordenanza han sido derogados; pero continúa expresamente en vigor el Título II en la que no se oponga a la citada Ley.

- El citado texto legal establece una sección específica, dentro del capítulo XII del Título II, sobre *seguridad e higiene en el trabajo en el Régimen General*³.
 - Especial mención merece el tratamiento preventivo de las *enfermedades profesionales*. Antes de la admisión de un trabajador a un puesto de trabajo con riesgo de enfermedad profesional es preceptivo hacerle un reconocimiento médico previo, así como los sucesivos periódicos que se determinen reglamentariamente para cada tipo de enfermedad (artículo 191). Hasta tal punto son obligatorios dichos reconocimientos, que el incumplimiento de la obligación hace responsable directa a la Empresa de todas las prestaciones derivadas de enfermedad profesional (artículo 192.2). Las Mutualidades Laborales y Mutuas Patronales están obligadas, antes de asegurar a los trabajadores de una empresa con riesgo de enfermedad profesional, a conocer el certificado del reconocimiento médico efectuado; de no hacerlo así, recae sobre ellas también la obligación de ingreso, a los fines generales de la prevención y rehabilitación, de la cuantía de la prestación debida al trabajador (artículo 192.1 y 3).
 - El artículo 93 de la Ley citada establece un recargo (del 30 al 50 por ciento) de las prestaciones económicas en caso de accidente y enfermedad profesional, cuando tengan su causa en la inobservancia de medidas de seguridad e higiene en el trabajo, o las elementales de salubridad.
 - Se crea el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (Decreto 242/1959, de 6 de febrero), y los Servicios Médicos de Empresa (Orden de 21 de noviembre de 1959), ambos con funciones de prevención de riesgos laborales, entre otras conexas⁴.
 - Como Servicios Sociales se establecen, además del que figura en el epígrafe siguiente, el *Servicio de Medicina Preventiva*, con la finalidad de «realizar campañas de medicina preventiva, previa la coordinación con la Sanidad Nacional» (LGSS de 1974, artículo 28), así como el *Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo*, con la finalidad de «eliminar o reducir los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo y estimular y desarrollar en las personas una actitud positiva y constructiva respecto de la prevención de los accidentes y enfermedades que puedan derivarse de su actividad profesional» (artículo 26).
- El *Servicio de Medicina Preventiva* fue objeto de desarrollo por el Real Decreto 1621/1978, de 12 de mayo (BOE de 8 de julio), que le atribuye como fines los siguientes: «a) apoyar las medidas y programas establecidos para la defensa de la salud colectiva; b) colaborar en la realización de campañas de medicina preventiva y protección de la salud individual; c) colaborar en la realización de programas y actividades de promoción de la salud, orientación personal y familiar y educación sanitaria de la población protegida; d) cuantas otras actividades se dirijan a prevenir las enfermedades o los accidentes o a fomentar y promover la salud de la población protegida (art. 2.1)»⁵.

³ Los antecedentes deben buscarse en la legislación tradicional sobre accidentes de trabajo. Véase al respecto el Decreto de 22 de junio de 1956, por el que se aprueba el texto refundido de la legislación de accidentes de trabajo (BOE de 15 de julio). Dedicó un capítulo específico (el 2º) a la prevención de accidentes de trabajo.

⁴ Con anterioridad, en el propio ámbito de la Seguridad Social, se había creado el Instituto Nacional de Silicosis, el cual sigue teniendo la condición de centro de referencia nacional de prevención técnico-sanitaria de las enfermedades profesionales que afectan al sistema cardiorrespiratorio (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, disposición adicional 2ª).

⁵ Este Servicio Social fue adscrito al Instituto Nacional de la Salud por el Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, por el que se regula la estructura y competencias del Instituto Nacional de la Salud (BOE de 31 de julio), y suprimido por el Real Decreto-ley 13/1980, de 3 de octubre, sobre supresión y reordenación de Organismos Autónomos en los Ministerios de Obras Públicas y Urbanismo y de Sanidad y Seguridad Social (BOE de 7 de octubre).

El *Servicio Social de Seguridad e Higiene en el Trabajo* fue implantado a nivel central y provincial para aplicar lo establecido en el Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, aprobado por Orden de 7 de abril de 1970. En 1978, en la reforma institucional de la Seguridad Social, saldría de la órbita de ésta para integrarse en la Administración del Estado.

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

En el ámbito de la Seguridad Social se crean el Servicio Social de Asistencia a los Menores Subnormales (Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, BOE de 7 de octubre), y el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, BOE de 15 de septiembre), ambos con el carácter de Servicios Comunes. En 1974 tiene lugar la celebración de la Conferencia MINUSVAL-74, de la que surgirán dos hechos de importancia decisiva para la configuración en nuestro país de un sistema de prevención de las deficiencias: la creación, el 8 de febrero de 1974, de la *Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos*, y la fusión (Decreto 731/1974, de 21 de febrero, BOE de 20 de marzo) de los dos Servicios Sociales antes citados en uno solo, que se llamará Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM, en lenguaje coloquial), adscrito al Instituto Nacional de Previsión, orientándolo no sólo hacia el sector de la recuperación de los minusválidos físicos, sino también hacia la atención de los subnormales o minusválidos psíquicos, como desde entonces se les comienza a denominar en lenguaje usual.

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

En diciembre de 1975, el SEREM aprueba su primer *Plan de Ayudas para la Asistencia a Minusválidos Psíquicos para 1976*, en el que se regulan por vez primera en nuestro país ayudas institucionales para la prevención de la subnormalidad, a través de dos programas principales: el estudio de las anomalías cromosómicas, y la investigación sobre los factores perinatales causantes de la subnormalidad⁶.

La aplicación de dicho Plan, y de los que le siguieron en años sucesivos, se plasmará, en lo que se refiere a prevención de deficiencias psíquicas, en la firma de Convenios con distintas instituciones científicas: Instituto de Genética del Centro de Investigaciones Biológicas del C.S.I.C. (1976), Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad Autónoma de Madrid (1976), Instituto de Investigación «F. Oloriz Aguilera», de la Facultad de Medicina de Granada (1977), Casa de Salud Santa Cristina (1977), Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela (1978), entre otros⁷. En el mismo

⁶ Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, *Plan de Ayudas para la Asistencia de Minusválidos Psíquicos*, capítulo I.

⁷ Mucha más podría decirse de esta primera iniciativa, cuyo principal mérito consistió en instrumentar las experiencias individuales de científicos españoles que habían investigado sobre la materia. En los archivos del INSERSO pueden encontrarse referencias sobre el objeto de cada Convenio, así como las correspondientes Memorias de cada Institución concertada, donde se reflejan las investigaciones y resultados obtenidos.

contexto debe mencionarse la Campaña de Prevención sobre la Subnormalidad, realizada profusamente en 1977 por la Dirección General de Sanidad, el SEREM y la Fundación General Mediterránea.

1.1.3. El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad

El impulso más eficaz vino del entonces llamado Real Patronato de Educación Especial⁸. En reunión presidida por S.M. La Reina, acuerda en noviembre de 1976 la elaboración de un Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Será redactado por medio centenar de expertos y aprobado por el Pleno del Real Patronato en mayo de 1977.

El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad⁹ postula una serie de acciones —de información, normativas y estructurales— cuya finalidad es prevenir la subnormalidad. Se encomienda al Real Patronato la supervisión de la aplicación del Plan, a la Dirección General de Salud Pública su ejecución, y se configura una serie de órganos técnico-asesores: el *Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad*, constituido por especialistas, representantes de la Administración, de Asociaciones de familiares y de Asociaciones profesionales; la *Comisión Ejecutiva*, como órgano permanente del Consejo Nacional; las *Comisiones Territoriales* constituidas en las Comunidades Autónomas o Entes preautonómicos; y la *Comisión Nacional*, formada por representantes de las Comisiones Territoriales y de la Comisión Ejecutiva.

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

El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, en la redacción aprobada por el Real Patronato de Educación Especial, no fue publicado en el B.O.E., pero sus contenidos básicos fueron recogidos en el Real Decreto 2176/1978, de 25 de agosto¹⁰, en el que se confiere, por así decirlo, «carta legal» al Plan, se encomienda a la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria la «dirección y coordinación» de las acciones preventivas contempladas, y se establece que la financiación de éstas se realizará con cargo al Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS), creado por la Ley 45/1960, de 21 de julio (BOE de 23 de julio) y que, a partir de 1977, ve incrementadas notoriamente sus dotaciones en materia de atención a minusválidos, y específicamente para prevención de la subnormalidad¹¹.

⁸ Acerca de los antecedentes y evolución del actual Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, véase la *Memoria del REAL PATRONATO (1976-1996)*, Madrid, 1996.

⁹ Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes. *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad*, Madrid, 1978.

¹⁰ Real Decreto 2176/1978, de 25 de agosto, por el que se encomienda al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social la realización y gestión del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad (BOE de 16 de septiembre).

¹¹ Real Decreto-Ley 16/1977, de 25 de febrero, por el que se regulan aspectos penales, administrativos y fiscales de los juegos de suerte, envite o azar y apuestas (BOE de 7 de marzo). En él se establece que, entre otros fines, «el rendimiento de esta tasa quedará afectado a acciones de asistencia, recuperación e integración social de minusválidos físicos y sensoriales y de los subnormales, con especial atención a los niveles más altos de deficiencia, *prevención de la subnormalidad* (el subrayado es nuestro), educación especial, prevención y tratamiento de la delincuencia juvenil y asistencia social de la tercera edad» (artículo tercero, número séptimo). Los créditos serán objeto de distribución anual. Véanse: Real Decreto 1762/1977, de 10 de junio (BOE de 15 de julio); Real Decreto 2490/1978, de 29 de septiembre (BOE de 26 de octubre); Real Decreto 2804/1979, de 23 de noviembre (BOE de 15 de diciembre); Real Decreto 1710/1980, de 4 de julio (BOE de 4 de septiembre).

En su funcionamiento cabría distinguir dos periodos. Uno inicial, a partir de la publicación del Real Decreto 2176/1978, en el que se financian programas de prevención por el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social con créditos del FNAS. Otro posterior, que comienza a finales de 1980 con el funcionamiento de los órganos asesores previstos en el Plan, y cuya ejecución efectiva se materializa especialmente en 1981 y 1982¹².

Con un presupuesto anual de 1.100 millones de pesetas, en ambos años se realizarán algunas de las acciones previstas, entre las que se citan como más significativas: implantación progresiva del programa de detección precoz de aminoacidopatías y del hipotiroidismo congénito, análisis de cariotipos y consejo genético, establecimiento de las primeras Unidades de Diagnóstico Prenatal, estudios de población de niños con alto riesgo perinatal, investigación sobre las causas de la mortalidad perinatal, creación de centros de maduropatías, campaña de erradicación del bocio endémico, campañas de vacunación, encuesta nacional de salud materno-infantil, acciones científicas y divulgativas¹³.

1.1.4. Otras acciones

Siquiera sea con carácter enunciativo, se indican a continuación una serie de medidas directamente relacionadas con la prevención de deficiencias, adoptadas con anterioridad a la promulgación de la Ley 13/1982, de 7 de abril de Integración Social de los Minusválidos (LISM).

— Creación de servicios de orientación y planificación familiar.

La Ley 45/1978, de 7 de octubre¹⁴, al suprimir la frase «...o de evitar la procreación...» del artículo 416 del Código Penal entonces vigente, restringió la penalización de prescripción y expedición de anticonceptivos a sólo determinados medicamentos y sustancias. En la disposición adicional encomendó al Gobierno la creación de servicios de orientación y planificación familiar. Por Real Decreto 2275/1978, de 1 de septiembre¹⁵, se establecen los referidos servicios, entre cuyos objetivos se encuentran los de «fomentar el reconocimiento médico prenupcial y el consejo genético (...), prevenir el aborto y la subnormalidad y aproximar a la población los recursos médico-sanitarios que impidan los efectos patológicos que puedan derivarse de la ignorancia o marginación» (art. 2). Al Ministerio de Cultura se le encomienda la realización de campañas de divulgación, «para que todo embarazo responda a una decisión responsable». Al Ministerio de Sanidad se le faculta para el establecimiento de servicios de orientación familiar de carácter socio-sanitario.

¹² Orden de 27 de abril de 1981 por la que se dictan normas para la ejecución del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad en el año 1981 (BOE de 5 de mayo) y Orden de 30 de marzo de 1982 por la que se dictan normas para la ejecución del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad en el año 1982 (BOE de 15 de abril).

¹³ CONSEJO NACIONAL DEL PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA SUBNORMALIDAD. *Memorias Anuales 1981 y 1982*.

¹⁴ Ley 45/1978, de 7 de octubre, por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código Penal (BOE de 11 de octubre).

¹⁵ Real Decreto 2275/1978, de 1 de septiembre, sobre establecimiento de servicios de orientación familiar (BOE de 25 de septiembre). En su Exposición de Motivos se lee lo siguiente: «El establecimiento de estos servicios no pretende en ningún caso, imponer directa ni indirectamente control de la natalidad, sino permitir la adopción de decisiones racionales y libres sobre la misma».

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

Se lleva a efecto por Orden de 24 de octubre de 1978¹⁶. La cartilla se distribuirá gratuitamente y su «única finalidad es la protección de la mujer gestante y del fruto de la gestación» (art.1). Esta medida, ya lejana, tuvo un efecto importante sobre el control obstétrico de las mujeres embarazadas, a través de un sistema de registro relativamente simple.

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

Se contienen en la Orden de 30 de abril de 1980, sobre instrucciones sanitarias para la prevención de la subnormalidad (BOE de 5 de mayo). En esta norma, que se inserta en los albores del funcionamiento del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, y a él hace en parte referencia, se establecen diversas medidas preventivas: vacunación gratuita anti-rubéola a todas las niñas mayores de 11 años, derecho de toda mujer embarazada a la cartilla sanitaria, obligación de que todo recién nacido se someta a pruebas analíticas, establecimiento del Documento de salud infantil. Algunas de estas medidas no se llevaron a la práctica con el alcance que pretendía la norma.

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

- Con anterioridad a 1976, la prevención sanitaria se orientó de modo preferente hacia una prevención masiva de las enfermedades con riesgo epidemiológico. Junto a aquella, han de destacarse las medidas preventivas, en especial de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que surgen en el ámbito de la Seguridad Social.
- La prevención de deficiencias, en cuanto investigación científica y aplicación masiva de programas a la población, dio comienzo con el análisis de los factores que originan la subnormalidad.
- Fue sumamente elogiable el intento de la Administración de fomentar y encauzar las iniciativas aisladas de expertos médicos, diseñando un Plan Nacional, aunque fuese genérico, de Prevención de la Subnormalidad. Los profesionales más cualificados respondieron de forma muy positiva.
- Aunque dicho Plan Nacional, en su estructura organizativa, ha dejado de funcionar desde 1983, no obstante determinados programas que se iniciaron siguen desarrollándose. Para financiarlos la correspondiente Dirección General del Ministerio de Sanidad siguió convocando subvenciones¹⁷, y ha destinado anualmente créditos para la ejecución de dichos programas.
- Es necesaria la consideración de los anteriores antecedentes, a fin de entender en su dimensión exacta posteriores medidas legales de prevención de deficiencias, en concreto las contempladas en la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 1982, que se elabora en los años de plena vigencia del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad.

¹⁶ Orden de 24 de octubre de 1978 por la que se establece la cartilla sanitaria de la embarazada (BOE de 3 de noviembre).

¹⁷ Véanse al respecto las Resoluciones de 1 de febrero de 1985, y la de 18 de abril de 1986. En años posteriores la financiación de tales programas se ha realizado, no sin problemas en el tránsito, a través de las Comunidades Autónomas y del INSALUD.

1.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982 Y SU CRITICA

La Ley de Integración Social de los Minusválidos, en los principios generales contenidos en el Título Primero, establece la prevención como una de las obligaciones del Estado (art. 3), y dedica el Título Tercero a la Prevención de las Minusvalías. Se transcribe íntegramente:

«Artículo ocho.

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

«Artículo nueve.

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

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

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

Por lo que se refiere a la valoración crítica de ambos artículos, cabe resaltar lo siguiente:

- En primer lugar, debe considerarse muy acertado y plausible que la LISMI dedicara un título específico a la prevención de las minusvalías. En este punto, no conviene dejarlo en el olvido, fue la primera norma con rango legal que desarrolló el artículo 49 de la Constitución en lo que atañe a prevención de deficiencias («Los poderes públicos realizarán una política de previsión... de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos...») y la que describió sus contenidos principales.
- No obstante la generalidad con que se redacta el artículo ocho, nos parece asimismo un acierto que se imponga a la sociedad, además de al Estado, la obligación de prevenir las minusvalías. En efecto, la prevención no es sólo tarea privada individual o pública estatal; afecta a todo el cuerpo social.
- El hecho de situar la prevención de deficiencias en el campo de la *salud pública* y de los *servicios sociales* puede responder a distintos motivos. Uno de ellos, el legislador entiende que la prevención opera sólo en los ámbitos citados; no somos proclives a esta interpretación porque supondría el olvido de otras áreas no menos importantes, tales como la educación, trabajo o seguridad vial. O también -opinión que nos parece más favorable- que el legislador no podía desconectar la prevención del ámbito de la salud, por lo cual cita a ésta; la mención a los servicios sociales era obligada en una Ley de signo preferentemente social.
- El análisis del artículo nueve presenta mayor complejidad. A primera vista se percibe su contenido básico; mandato al Gobierno para que elabore un Proyecto de Ley sobre

ordenación y coordinación en materia de prevención de minusvalías, mandato al Gobierno para que elabore Planes cuatrienales de Prevención de Minusvalías con contenidos que precisa la Ley, y posibilidad de que otras Administraciones Públicas (en clara alusión a las Comunidades Autónomas) puedan elaborar sus propios Planes de actuación en la materia. Pero en la naturaleza de este contenido radica, precisamente, su complejidad.

- El Proyecto de Ley de Minusvalías debe fijar los «principios y normas básicas de ordenación y coordinación». Si la prevención se sitúa en el ámbito de la salud, no ofrece ningún problema, pues el artículo 149.1.13º de la Constitución otorga competencias al Estado en materia de «bases y coordinación general de la sanidad». No sucede lo mismo si se sitúa a la prevención en el área de los servicios sociales. En este ámbito todas las Comunidades Autónomas han asumido competencias exclusivas (artículo 148.1.20º en relación con los distintos Estatutos de Autonomía), y sólo sería posible una Ley básica apelando al de siempre difícil interpretación artículo 149.1.1º de la Constitución.
- La elaboración por el Gobierno de Planes sectoriales de Prevención de Minusvalías es de encaje más problemático, aun contemplándolo desde la órbita sanitaria. En efecto, cabe preguntarse hasta qué punto la elaboración de un Plan sectorial forma parte de las competencias constitucionales estatales de «coordinación sanitaria general», dado que las Comunidades Autónomas poseen competencias en materia de sanidad (compartidas con el Estado en materia legislativa, y exclusivas en materia de ejecución de servicios). En nuestra opinión sería factible si dichos Planes se integran en un Plan Integral de Salud. Si los Planes de Prevención se formulan desde el ámbito de los servicios sociales, el Gobierno no está legitimado, a nuestro juicio, para establecer programas de obligado cumplimiento, dado que, en dicha materia, las competencias legislativas y de ejecución corresponden a las Comunidades Autónomas¹⁸.
- La elaboración de Planes de Prevención por las Comunidades Autónomas no presenta ningún tipo de problema constitucional, pues tienen plena competencia en la materia. Cabe resaltar la conexión que establece la LISMI entre el Plan Nacional de Prevención y los Planes de otras Administraciones Públicas¹⁹.

1.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982 Y ASUNTOS PENDIENTES

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

Como antes quedó apuntado, los preceptos específicos en materia de prevención que establece la LISMI se reducen a dos: elaboración de un Proyecto de Ley sobre Prevención de Minusvalías, y realización por el Gobierno de Planes cuatrienales Nacionales de Prevención. Cualquier análisis valorativo del desarrollo de la LISMI deberá concretarse, pues, al grado de realización de lo preceptuado, tanto a nivel de normación como de ejecución, y desde los dos principales niveles competenciales: el de los poderes centrales del Estado y el de las

¹⁸ Es probable que el legislador no tuviera en cuenta las consideraciones que aquí se citan, en aquel momento todavía menos precisadas por la doctrina jurídica. En nuestra opinión pesó mucho la influencia del Plan Nacional de la Subnormalidad, en plena vigencia durante la elaboración de la LISMI, y se consideró un instrumento útil a incorporar a la Ley.

¹⁹ Otros aspectos valorativos de los artículos citados pueden verse en AZNAR LOPEZ, M., AZUA BERRA, P. y NIÑO RAEZ, E., *Integración Social de las Minusválidas. Comentarios a la Ley 13/1982*, de 7 de abril, INSERSO, Madrid, 1982, pág.51-55.

Comunidades Autónomas. Se sigue este esquema, a efectos metodológicos, añadiendo breves referencias a la competencia de las Entidades Locales.

1.3.1.1. Legislación del Estado

A) Proyecto de Ley de Prevención de Minusvalías

El proyecto de ley específico, sectorial y autónomo previsto en la LISMI no ha sido presentado a las Cortes Generales. Pero en buena parte ha sido subsumido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS). La LISMI establecía que la prevención era una obligación prioritaria del Estado «en el campo de la salud pública y de los servicios sociales», con lo que parecía remitir de algún modo su regulación tanto al sector de la salud como al de los servicios sociales. Desde el ámbito estatal la inflexión se ha decantado hacia el área de la salud. Al respecto ha de citarse el Informe, de 1992, de la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de los Diputados: se dice en él que «la concepción de las minusvalías como efecto requiere que la prevención (reducción de la incidencia y prevalencia de la deficiencia en la población) se lleve a cabo en el marco más amplio de la promoción de la salud»²⁰.

Se hace preciso por consiguiente analizar, siquiera sea someramente, los preceptos de la Ley General de Sanidad referidos a la prevención. Son varios los aspectos a tener en cuenta, entre los que se destacan los siguientes:

- a) El derecho protegido por la LGS es la protección de la salud (art. 1) y son frecuentes en ella las menciones explícitas del término prevención, referido primordialmente a la salud o a la enfermedad; la prevención de los riesgos para la salud es actividad fundamental del sistema sanitario (art. 8.1); los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la protección de la salud y a la prevención de las enfermedades (art. 3.1); las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias se orientarán a la prevención de las enfermedades (art. 6.3); la atención primaria integral de la salud incluye la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad (art. 18.2); los servicios de salud mental cubrirán los aspectos de prevención primaria (art. 20.4); en casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud colectiva se otorgan a la Administración poderes especiales para adoptar medidas preventivas (art. 26.1); el Sistema Nacional de Salud, las Áreas y Centros de Salud, tienen como actividad principal la promoción de la salud (artículos 46.b); 56.2.a); 63; etc.). No puede extrañarnos esta variedad de alusiones, porque la LGS se inspira en los principios de la Conferencia de Alma-Ata, «Salud para todos en el año 2000»: la salud como norma de vida, la prevención de la enfermedad, y los cuidados comunitarios para todos.
- b) A primera vista pudiera parecer que el término «prevención» de la LISMI y el de la LGS son diferentes, por ser dispares sus objetos conceptuales: en aquella se trata de la prevención de las minusvalías, en ésta de la prevención de la enfermedad. Un examen más detenido nos revela que tal disparidad es más aparente que real.

En efecto, puestas en parangón el art. 9.3 de la LISMI, que viene a constituir una descripción de actuaciones en materia de prevención de minusvalías, con el capítulo 2º del Título Primero de la LGS, titulado «De las actuaciones sanitarias del sistema de salud», se observa lo siguiente:

²⁰ Informe sobre la Problemática de los Minusválidos, Madrid, 1992. B.O.C.D. núm. 237, de 16 de diciembre de 1992.

- En primer lugar, la LGS considera como actuación sanitaria dentro del sistema de la salud, el desarrollo de «programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas» (art. 18.5), precepto, sin lugar a dudas, el más concreto de la LGS referido a deficiencias.
- Las actuaciones de prevención contempladas en el art. 9.3 de la LISMI son de carácter general, ninguna sectorial o específica para personas con minusvalía. En otras palabras: son acciones dirigidas a toda la población para prevenir el riesgo de una posible minusvalía. Es indudable, asimismo, el carácter genérico de las actuaciones sanitarias del Capítulo 2º del Título primero de la LGS.
- Precisamente por la generalidad de su objeto, puede observarse mejor el gran parecido entre unas y otras actuaciones, que se desprenden incluso del propio tenor literal de la LISMI y de la LGS. La «orientación y planificación familiar» (LISMI, art. 9.3), con los «programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes» (LGS, art. 18.7). La «higiene y seguridad en el trabajo» (LISMI, art. 9.3), con la actuación «en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales» y «la vigilancia sobre la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos (LGS, art. 21.b) y e). El «control higiénico y sanitario de los alimentos» (LISMI, art. 9.3), con el «control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios» (LGS, art. 18.10). «El control de la contaminación ambiental» (LISMI, art. 9.3), con «la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica» (LGS, art. 18.6). En fin, «el consejo genético, la atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica (LISMI, art. 9.3), con los «programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas» (LGS, art. 18.5).

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

- c) En la misma línea de razonamiento anterior, es importante destacar que, en la exposición de motivos de la LGS, se relacionan los artículos 43 (derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y obligación de los poderes públicos de organizar el sistema de salud a través de medidas preventivas y los servicios necesarios) y 49 (obligación de los poderes públicos de realizar una adecuada política de previsión, tratamiento e integración de las personas con minusvalía), al tomar ambos como base constitucional del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.
- d) Existe otro punto de coincidencia, aunque éste sea más bien de carácter formal. La LISMI establecía que debía elaborarse un Proyecto de Ley en la que se fijaran «los principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de las minusvalías». La LGS no sólo establece las normas básicas a que se refiere la LISMI, sino que es ella misma, en el sentido del artículo 149.1.16º de la Constitución según interpretación del Tribunal Constitucional, una norma básica, tal como se determina explícitamente en su artículo 2º²¹.

²¹ «Artículo dos. 1. Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16º de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula. 2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la

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

Por ella las Cortes Generales delegan en el Gobierno la potestad de refundir en un solo texto, al amparo de lo dispuesto en el art. 82.2 de la Constitución, diversas leyes que se citan y un Real Decreto, en un plazo de dieciocho meses a partir de la entrada en vigor de la LGS, así como la facultad de regularizar, aclarar y armonizar dichos textos de acuerdo con los actuales conocimientos epidemiológicos, técnicos y científicos y la exigencia del sistema sanitario, a fin de alcanzar los objetivos de la LGS.

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

No se ha elaborado dicho texto refundido en el plazo autorizado, por lo que sería necesaria una nueva habilitación legal si la tarea quiere acometerse. Probablemente fuera más oportuno hacerlo mediante ley formal.

B) Plan Nacional de Prevención de Minusvalías

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

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

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

- a) El artículo 70, desarrollo de las competencias estatales de «coordinación» establecidas en el art.149.1.16ª de la Constitución, obliga al Estado y a las Comunidades Autónomas a aprobar, en el ámbito de sus respectivas competencias *Planes de Salud*, que incluirán, entre otras actuaciones sanitarias, «la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de prevención» (LGS, art. 70.2.b).
- b) El artículo 54 establece asimismo que cada Comunidad Autónoma debe elaborar un *Plan de Salud*, el cual debe englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud:

presente Ley en el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía).

éstas, en el contexto de la atención primaria de salud, deben desarrollar programas y funciones de prevención (art. 56.2.a).

- c) Finalmente, el artículo 74 dispone la realización del *Plan Integrado de Salud*, que «recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos (del Estado y de las Comunidades Autónomas). Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación». Tendrá el plazo de vigencia que en él se determine. Por Real Decreto 938/1989, de 21 de julio²², se ha articulado el procedimiento y plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. En esta disposición se reglamenta también el esquema o contenido que han de tener los Planes Integrados de Salud. En su primer capítulo «Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios» se contemplan las «medidas objetivas de las tendencias de la mortalidad, morbilidad, incapacidad, exposición a los factores de riesgo de la enfermedad y medidas subjetivas del estado de salud percibido» (art. 10.a).

A la luz de estos preceptos pudiera también interpretarse que el mandato del Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías de la LISMI ha quedado incorporado, de algún modo, en la obligatoriedad de establecer Planes de Salud impuesta por la LGS. Dicho en otros términos: la articulación, siempre deseable, de programas o acciones a corto y medio plazo, tendentes a prevenir la aparición de deficiencias físicas o psíquicas tiene cabida en el ámbito más general de la prevención de la salud, en los Planes de salud que el Estado y las Comunidades Autónomas (independiente o conjuntamente) puedan establecer según el ámbito de sus respectivas competencias. Hemos de concluir, pues, este apartado manifestando que a la LISMI debe reconocerse el gran acierto de haber incluido en nuestra legislación las materias relativas a prevención de deficiencias. Aquello a lo que no pudo o no quiso llegar ha sido recogido por la legislación sanitaria posterior e inscrito en el contexto más amplio de la *promoción y educación en la salud* que, si responde a algún concepto primario, éste es el de prevención de la enfermedad y, consecuentemente, de la deficiencia derivada de aquella.

La elección que ha hecho el legislador estatal al incluir la prevención en el ámbito de la salud pública, y situarla dentro de una ley básica de sanidad, ¿cierra el paso a su consideración y posible regulación desde otros sectores (educativo, de servicios sociales, etc.)? Sería arriesgada, y posiblemente errónea, una contestación afirmativa a esta pregunta. Habría de decirse, más bien, que el legislador ha querido incluir la prevención en el área de la salud por el innegable carácter sanitario que aquella tiene, y que la LGS marca una orientación a seguir por los órganos centrales y autonómicos del Estado, sin perjuicio de las conexiones que habrá de tener con otros sectores que inciden en el área preventiva y cuya regulación será probablemente necesaria para hacer efectivas las actuaciones preventivas. No se olvide tampoco que, afortunadamente, los «muros» antes existentes entre sanidad y servicios sociales tienden a convertirse en líneas divisorias de intercomunicación.

1.3.1.2. Legislación de las Comunidades Autónomas

A) Leyes sobre prevención de deficiencias

La LISMI guardó silencio acerca de la posibilidad de las Comunidades Autónomas de establecer medidas legislativas sobre prevención de deficiencias. Ello no impide, como es natural, que aquellas hayan podido legislar en virtud de las competencias de posible asunción, y efectivamente asumidas por todas ellas, en materia de sanidad interior (art. 148.1.21º de la

²² Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud (BOE de 28 de julio).

Constitución) y de asistencia social (art. 1.148.20º de la Constitución), las dos áreas que el artículo 8 de la LISMI relaciona con la prevención de las minusvalías.

El proceso operado a nivel autonómico ha sido bastante similar al de los poderes centrales del Estado. Vamos, no obstante a examinar las normas autonómicas con rango de ley que han sido adoptadas en cada una de ambas áreas.

a) *Area de salud*

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

Por lo que se refiere a las **Leyes de Salud**, deben diferenciarse aquellas que fueron promulgadas con anterioridad a la entrada en vigor de la LGS, las cuales se orientan, en líneas generales, a establecer servicios institucionales para la gestión de la sanidad autonómica transferida²³, de aquellas otras que son posteriores a la LGS, dictadas en desarrollo legislativo de ésta, y en las que se observa el influjo directo que la LGS ha tenido en su elaboración. Por lo general, prestan mayor atención a los aspectos de actuación sanitaria y ordenación funcional de la salud, en línea con las normas básicas de la LGS²⁴.

Del análisis de estas Leyes -no entramos en su consideración individual para no extendernos en demasía- se llega a la conclusión de que, también en el ámbito autonómico, la prevención de deficiencias se ha situado preferentemente en la legislación sanitaria, dentro del contexto más general de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, conceptos presentes en todas las Leyes²⁵. Si ya quedó dicho que el proyecto de ley de prevención de minusvalías previsto en la LISMI podía considerarse inmerso en la LGS, a mayor abundamiento habría que afirmar lo propio respecto de la legislación sanitaria autonómica que desarrolla la LGS.

²³ País Vasco: Ley 10/1983, de 19 de mayo, por la que se regula el Servicio Vasco de Salud (BOPV de 1 de junio). Cataluña: Ley 12/1983, de 14 de julio, de Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y Servicios Sociales (BOE de 5 de septiembre). Madrid: Ley 9/1984, de 30 de mayo, por la que se crean los Organismos Autónomos Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social, Servicio Regional de Salud y Servicio Regional de Bienestar Social (BOE de 26 de junio). Navarra: Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra (BON de 20 de noviembre). Andalucía: Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud (BOJA de 10 de junio). Esta última es posterior, en pocos días, a la Ley General de Sanidad, pero no se dicta en desarrollo de ésta.

²⁴ Se citan por orden cronológico de aparición. Valencia: Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud (DOGV de 16 de diciembre). Galicia: Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud (DOG de 11 de enero), modificada parcialmente por la Ley 8/1991, de 23 de julio (BOE de 30 de septiembre). Aragón: Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (BOA de 28 de abril). Murcia: Ley 2/1990, de 5 de abril, del Servicio de Salud de la Región de Murcia (BORM de 27 de abril), derogada por la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (BORM de 4 de agosto). Cataluña: Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación sanitaria de Cataluña (DOGC de 30 de julio). Navarra: Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud (BOE de 23 de marzo de 1991), modificada parcialmente por la Ley 2/1994, de 28 de febrero (BOE de 31 de agosto). La Rioja: Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (BOE de 22 de mayo). Asturias: Ley 1/1992, de 2 de julio, por la que se crea el Servicio de Salud del Principado de Asturias (BOPA de 13 de julio). Baleares: Ley 4/1992, de 15 de julio, por la que se crea el Servicio Balear de Salud (BOCAIB de 15 de agosto). Castilla y León: Ley 1/1993, de 6 de abril, sobre ordenación del sistema sanitario (BOC y L de 27 de abril). Canarias: Ley 11/1994, de 26 de julio, sobre ordenación sanitaria de Canarias (BOCA de 5 de agosto).

²⁵ Véase Ley de Galicia (art. 3.a), Ley de Aragón (art. 5.1.i), Ley de Cataluña (art. 2.a), Ley de Murcia (art. 3.c), Ley de Navarra (art. 12.3), Ley de La Rioja (art. 1.15), Ley de Valencia (art. 3.2.a), Ley de Asturias (art. 3.a), Ley de Baleares (art. 2º), Ley de Canarias (art. 3.b), Ley de Castilla y León (art. 8.a), Ley de Murcia (art. 23. a) y b).

legislación que tiene una importancia decisiva en nuestra materia, pues no puede olvidarse que la sanidad interior, salvo la competencia en materia de legislación básica, y la asistencia social (concepto en el que se engloban los servicios sociales) constituyen competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas.

La mención explícita, en cuanto actuación específica del Servicio de Salud a los «programas de atención a grupos de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de deficiencias, tanto congénitas como adquiridas» (LGS, art. 18.5), se repite, con idéntica o muy parecida formulación, en varias Leyes autonómicas: Aragón (art. 6.e), Asturias (art. 6.c), Baleares (art.8.E), Canarias (art. 23.1.o), Cataluña (art. 8.f), Castilla y León (art. 8.1 f) y g), Navarra (art. 16.d), La Rioja (art. 12.e), Valencia (art.5.1.5).

Se observa, asimismo, que los contenidos de la prevención del artículo 9.3 de la LISMI están, por lo general, repetidos en las leyes autonómicas de Salud que desarrollan la LGS en su respectivo ámbito territorial. Puede verificarse esta afirmación mediante la lectura de los preceptos de las Leyes que se citan a continuación:

- *Los servicios de orientación y planificación familiar*, cuya ejecución se encomienda al correspondiente Servicio Regional de Salud: Aragón (art. 6.g), La Rioja (art. 12.f), Murcia (art. 3.g), Cataluña, art. 8.h), Valencia (art. 5.1.7), Asturias (art. 6.f), Baleares (art. 8.c), Canarias (art. 23.1.m), Castilla y León (art. 8.1.k), La Rioja (art. 12.f)²⁶.
- *La higiene y seguridad en el trabajo*: Navarra (art. 14), Aragón (art. 6.k), Murcia (art. 3.e), La Rioja (artículos 12 y 16.1.d), Cataluña (art. 8.j), Valencia (art. 5.1.9), Asturias (art. 6.g), Baleares (art. 8.F), Canarias (art. 23.1.e), Castilla y León (art. 8.1.f), La Rioja (art. 12.g).
- *El control higiénico y sanitario de los alimentos*: Navarra (artículos 13.a) y 34.1.c), Aragón (art. 6.j), Murcia (art. 3.i), La Rioja (art. 12.k), Cataluña (art. 8.o), Valencia (art. 5.1.10), Asturias (art. 6.k), Canarias (art. 23.1.g), Castilla y León (art. 8.1.ñ), La Rioja (art. 12.k).
- *Las medidas de prevención de la contaminación ambiental*: Navarra (arts. 13.a) y 34.1.a), Aragón (art. 6.f), Murcia (art. 3.e), La Rioja (art. 2), Cataluña (art. 8.j), Valencia (art. 5.1.6), Asturias (art. 6.j), Asturias (art. 6.j), Canarias (art. 23.1.b), Castilla y León (art. 8.1.m), La Rioja (art. 12.j).

Se mencionan de forma singular las Leyes de Canarias y Navarra porque, en sendos artículos, citan expresamente a los *minusválidos* como grupo social de mayor riesgo sobre el que deben las Administraciones sanitarias desarrollar programas preventivos (art. 23.1.a, y art. 13.c, respectivamente).

El otro grupo normativo se refiere a las Leyes de **Salud escolar**²⁷, cuyo ámbito de aplicación se extiende a centros docentes no universitarios, públicos o privados. Dichas leyes contienen

²⁶ Existen, además, distintas normas de las Comunidades Autónomas que regulan la planificación familiar, entre las que se mencionan, sólo a título de ejemplo: *Andalucía*, Decreto 219/1985, de 9 de octubre, sobre criterios generales de atención de la salud materno-infantil. *Cataluña*, Orden de 15 de enero de 1987 y Orden de 4 de febrero del mismo año, sobre autorización de centros y servicios de orientación familiar. *Navarra*, Decreto Foral 32/1985, de 13 de febrero, que reestructura el Servicio de Orientación Familiar y Educación Sexual. *Valencia*, Decreto 149/1986, de 24 de noviembre, sobre prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad; Orden de 31 de marzo de 1987 sobre Centros de Planificación Familiar, Etc.

²⁷ País Vasco: Ley 72/1982, de 30 de junio de Salud escolar (BOPV de 13 de agosto). *Galicia*: Ley 5/1983, de 30 de junio, sobre regulación de la Salud escolar en Galicia (BOE de 17 de junio). *Asturias*: Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud escolar en el Principado de Asturias (BOE de 14 de noviembre).

indudables medidas preventivas, de gran repercusión futura por el medio en que se realizan. Todas ellas giran en torno al concepto preventivo de *educación para la salud en el ámbito escolar*²⁶. Contienen, entre otras, las siguientes actuaciones sanitarias:

- *Prevención y control de las enfermedades transmisibles*, mediante la detección precoz de fuentes de transmisión intraescolares y el control de los mecanismos de transmisión habituales²⁷.
- *Prevención de enfermedades no transmisibles*, tendentes a la disminución de la morbilidad y mortalidad, que se concretará en las siguientes acciones: identificación de los grupos de riesgo, información, educación y control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, prevención de accidentes infantiles, de diversas toxicomanias, etc.²⁸.
- *Prevención de las condiciones higiénico-sanitarias*, de los alimentos, de la orientación dietética, de las condiciones sanitarias de los edificios, instalaciones, equipamiento y su entorno²⁹.
- *Exámenes periódicos y obligatorios de salud*, a los alumnos, profesores y personal no docente del centro, con el fin de diagnosticar y permitir el tratamiento precoz de las anomalías³⁰.
- *Determinadas prohibiciones en algunos casos*: venta de tabaco y de bebidas alcohólicas³¹.
- *Equipamiento de medios para prestar primeros auxilios*³².

b) *Area de servicios sociales*

Al contrario de lo que sucedió en el ámbito estatal, donde la LISMI fue auténtica pionera en resaltar de forma decidida la importancia de la prevención de los minusválidos, aun consciente de que se trataba de una actuación en que era predominante el factor sanitario (no se olvide que la malformación congénita, enfermedad o traumatismo de los que provienen las deficiencias requieren, como medida inmediata, la intervención sanitaria), en las Leyes de

Aragón: Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud escolar (BOA de 1 de diciembre). La Rioja: Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud escolar (BOR de 24 de febrero). Extremadura: Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud escolar (DOE de 31 de mayo). Valencia: Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar (DOGV de 7 de abril).

²⁶ Ley de Asturias (art. 3.1), Ley de Aragón (art. 3.2), Ley de Extremadura (art. 16), Ley de La Rioja (Exposición de Motivos), Ley de Valencia (art. 3).

²⁷ Ley de Asturias (art. 7), Ley de Aragón (art. 7), Ley del País Vasco (art.3), Ley de Extremadura (art. 21).

³⁰ Ley de Asturias (art. 8), Ley de Aragón (art. 8), Ley de Extremadura (art. 22).

³¹ Ley de La Rioja (art. 3.3 y 4), Ley de Extremadura (art. 4. 4 y 5), Ley del País Vasco (art. 3), Ley de Galicia (art. 3.1.f).

³² Ley de Asturias (art. 4), Ley de Aragón (art. 5), Ley de La Rioja (art. 5), Ley de Extremadura (art. 6), Ley del País Vasco (art. 5), Ley de Galicia (art. 3.1), Ley de Valencia (art. 5).

³³ Ley de Extremadura, art. 13.3. Otras leyes no recogen esta prohibición porque ya existen normas previas sobre consumo de tabaco (Ley de La Rioja, art. 8; Ley de Aragón, art. 13.6; etc.). El Ministerio de Educación y Ciencia, para los centros públicos de él dependientes, ha prohibido asimismo la venta y distribución de tabaco y de bebidas alcohólicas, por Orden de 7 de noviembre de 1989 (BOE del 13).

³⁴ Ley de Galicia (art. 9), Ley de Extremadura (art. 15).

Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas la prevención de deficiencias queda más desdibujada, menos precisa y ubicada en un contexto más general.

¿Renunciaron los legisladores respectivos a incluirla en el área de servicios? Probablemente sí, impulsados quizás también porque la regulación de los servicios sociales no se podía limitar a las personas con discapacidad, había que incluir otros muchos colectivos necesitados de asistencia social. En efecto, frente al carácter sectorial antes existente -los servicios sociales estaban orientados preferentemente a niños desatendidos, minusválidos y ancianos- las Leyes autonómicas de Servicios Sociales introducen un concepto de servicios sociales más globalizador, refundiendo la antigua asistencia social con los servicios sociales especializados, y con una notable tendencia hacia expansionismo comunitario allí donde surge la necesidad de atención social.

La brevedad a que estamos limitados nos obliga a no tratar con detenimiento cada una de las leyes autonómicas de servicios sociales. Remitimos a ellas al lector interesado³⁵.

Hemos de decir, no obstante, que todas contemplan al sector de personas con deficiencias como una de las áreas de actuación preferente. Las referencias a la prevención, cuando existen, son bastante escuetas y tienen más bien carácter enunciativo, en cuanto principio general que debe presidir la actuación de los servicios sociales³⁶, o como actuación específica del servicio especializado de atención a minusválidos³⁷. Algunas, incluso, establecen que las medidas de prevención se realizarán «en coordinación con la correspondiente organización sanitaria local»³⁸, si bien el criterio de coordinación interinstitucional está presente en todas ellas por la propia naturaleza de las servicios sociales que regulan.

³⁵ *Navarra*: Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, sobre Servicios sociales (BON de 8 de abril). *Madrid*: Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios sociales (BOCM de 23 de junio), modificada parcialmente por la Ley 7/1994, de 6 de julio (BOCM de 13 de julio). *Murcia*: Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios sociales (BORM de 19 de diciembre). *Castilla-La Mancha*: Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios sociales (BOCM de 20 de mayo). *Aragón*: Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción social (BOA de 30 de marzo). *Baleares*: Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción social (BOCAIB de 28 de abril). *Canarias*: Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios sociales (BOC de 4 de mayo). *Asturias*: Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales (BOPA de 5 de mayo). *Extremadura*: Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios sociales (DOE de 12 de mayo). *Andalucía*: Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios sociales (BOJA de 12 de abril). *Castilla y León*: Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción social y Servicios sociales (BOCYL de 9 de enero de 1989). *Valencia*: Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales (DOGV de 12 de julio). *La Rioja*: Ley 2/1990, de 10 de mayo, de Servicios sociales (BOR de 26 de mayo). *Cantabria*: Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción social (BOC de 5 de junio). *Galicia*: Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios sociales (DOG de 23 de abril); esta Ley derogó la anterior Ley de Servicios sociales de 1987. *Cataluña*: Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1986, de 14 de julio, 26/1985, de 27 de diciembre, y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales (DOGC de 13 de enero de 1995). *País Vasco*: Ley 5/1996, de 18 de octubre, de servicios sociales (BOPV de 12 de noviembre).

³⁶ *Andalucía*, art. 2.5; *Aragón*, art. 3 b); *Asturias*, art. 3 c); *Canarias*, art. 2 b); *Cantabria*, art. 3.c); *Castilla-La Mancha*, art. 2.5; *Cataluña*, art. 6 h); *Extremadura*, art. 3.4; *Galicia*, art. 3.9; *Madrid*, art. 3.1; *Navarra*, art. 2 g); *País Vasco*, art. 5.7; *La Rioja*, art. 3.5; *Valencia*, art. 3.1.5.

³⁷ Entre otras, véanse: *Madrid*, art. 11.d); *Castilla-La Mancha*, art.11.2; *Baleares*, art. 10.b); *Galicia*, art. 13.1; *Andalucía*, art. 11; *Castilla y León*, art. 12; *La Rioja*, art. 8; *Murcia*, arts. 31 y 34.a).

³⁸ *Navarra*, art. 3.c).1), *Castilla-La Mancha*, art. 11.2, por poner algún ejemplo.

B) Planes autonómicos de Prevención de Minusvalías

La LISMI, como ya se apuntó más arriba, no expresa un mandato a las Comunidades Autónomas para la realización de estos planes: sólo menciona la posibilidad de su ejecución. La LGS establece, sin embargo, la obligatoriedad de Planes autonómicos de Salud (art. 54), precepto que las leyes autonómicas de salud repetirán³⁹.

Por lo general, las Comunidades Autónomas no han elaborado Planes de Prevención de minusvalías. Pero quede asimismo constancia de un hecho que merece destacarse: con mayor o menor intensidad, en las Comunidades Autónomas se han realizado determinados programas que en su día inició el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, lo cual ha sido posible por la transferencia a aquéllas, no sin problemas iniciales, de créditos y de servicios sanitarios, tanto del Estado como de la Seguridad Social. Determinadas acciones del Plan de Prevención de la Subnormalidad estaban concertadas, o con la Dirección General de la Salud, o con el INSALUD; al transferirse funciones de estos organismos a las Comunidades Autónomas, los programas han continuado de una u otra forma⁴⁰.

1.3.1.3. Actuación de las Entidades Locales

¿Participan las Diputaciones y Ayuntamientos en la prevención de deficiencias? En principio, la respuesta parece negativa. No obstante, conviene poner en relación dos contenidos de la prevención de minusvalías que cita el art. 9.3 de la LISMI «control higiénico de los alimentos» y «la contaminación ambiental» con preceptos de leyes posteriores a ella que confieren competencias a los Ayuntamientos en tales materias:

- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Según ella, el Municipio ejerce competencias en la «protección del medio ambiente» (art. 25.2.f) y en la «prestación de servicios sociales» (art. 25.2.k).
- Ley General de Sanidad: se establece que las Comunidades Autónomas (art. 42.l) tengan en cuenta las competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones territoriales comunitarias a efectos de la gestión del sistema de salud, en el que se incluye la prevención de minusvalías. De manera específica los Ayuntamientos quedan obligados: al control sanitario del medio ambiente, al control sanitario de centros de alimentación, escuelas, centros residenciales y similares, al control sanitario de la distribución y suministro de alimentos (art. 42.3).
- Las Leyes autonómicas de Salud no han remarcado las competencias de los Ayuntamientos en esta materia, salvo algunas excepciones, entre las que se citan las Leyes de Navarra y de La Rioja, las cuales dedican un capítulo específico a regular las competencias y actividades sanitarias de los Ayuntamientos⁴¹.

³⁹ Ley de Aragón: "El Plan de salud deberá contener...los objetivos mínimos en materia de promoción, protección y prevención de la salud" (art. 11). En sentido similar, la Ley de Cataluña (artículos 62 a 64), la Ley de Navarra (art. 22), la Ley de La Rioja (art. 11.c), la Ley de Murcia (art. 7.b), la Ley de Galicia (art. 8.2.c), la Ley de Valencia (art. 2.2.4), la Ley de Andalucía (art. 3.2.e).

⁴⁰ La Comunidad de Madrid dictó al respecto la Orden de 1 de diciembre de 1992, por la que se dictan normas en relación al Programa de Prevención de las Minusvalías (BOCM de 15 de diciembre).

⁴¹ Ley de Navarra (artículos 34 a 37), Ley de La Rioja (art. 57).

Tiene asimismo importancia la creación por los Ayuntamientos de Centros de Orientación y Planificación Familiar. Cuando estos servicios aparecen en 1978, su creación se encomienda a los Ministerios de Sanidad y Seguridad Social, y de Cultura, pero la propia norma posibilitaba la existencia de Centros de Planificación no dependientes de la Administración del Estado ni de la Seguridad Social, siempre que cumplieren los requisitos establecido por reglamentos. La tendencia actual, como ya se dijo más arriba, es conseguir su progresiva integración en el nivel sanitario de atención primaria.

1.3.2. Otras normas incidentes en la materia

1.3.2.1. Modificaciones en el Código Penal

En las dos últimas décadas, objeto de análisis en estas páginas, el Código Penal en vigor fue el aprobado por Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, el cual experimentó, durante su período de vigencia, numerosas adiciones y modificaciones. En la actualidad las referencias deben hacerse al nuevo Código Penal aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Se hace una breve referencia a aquellas disposiciones que guardan alguna relación con la prevención de deficiencias.

a) Esterilizaciones no punibles (artículo 156)

Con anterioridad a la reforma del Código Penal de 1973, operada por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, el consentimiento del ofendido era irrelevante en los delitos de lesiones; por lo cual, las esterilizaciones (ligaduras de trompas, vasectomías), aun consentidas por el interesado, estaban penadas para quien las ejecutare de propósito (Código Penal de 1973, art. 419). La citada reforma añadió un nuevo párrafo, por el cual se exime de responsabilidad penal («en los supuestos de trasplante de órganos efectuados con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, siempre que medie consentimiento del lesionado libre y expresamente emitido, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente o mediante precio o recompensa, o el otorgante fuera menor o incapaz, en cuyo caso no será válido el prestado por estos ni por sus representantes legales»). (Código Penal, art. 428, según la redacción dada por la L.O. 8/1983). Esta redacción se mantiene, en sus mismo términos, en el artículo 156, párrafo primero, del actual Código Penal.

La Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal, añadió un nuevo párrafo al antiguo artículo 428, que textualmente decía así: «Sin embargo, no será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz». Esta modificación, aun habiendo sido solicitada por una parte del sector interesado, suscitó en su día cierta polémica, al entrar en posible colisión con el derecho a la libertad sexual del minusválido psíquico.

En el vigente Código Penal, dicho párrafo ha quedado con la siguiente redacción: «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» (artículo 156, párrafo segundo).

Como puede observarse, el inciso que ha añadido la nueva redacción («tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz») es importante y perfecciona la redacción primitiva. No obstante, sigue dejando en manos del Juez una decisión delicada, sin que la Ley

especifique qué se entiende por grave deficiencia psíquica, ni mencione el tipo de especialistas cuyo dictamen previo es preceptivo.

b) Interrupción voluntaria del embarazo

La interrupción voluntaria del embarazo se encuentra en el artículo 417 bis del Código Penal de 1973. *Continúa vigente*. Es uno de los artículos no derogados por el Código Penal de 1995 (disposición derogatoria única, número 1, apartado a).

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

Requisitos específicos del aborto eugenésico son:

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

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

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

El Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre reguló los requisitos que deben reunir los centros para ser acreditados⁴². Los requisitos exigidos se diferencian en función del momento de la interrupción del embarazo: antes de las doce semanas de gestación y no implicando alto riesgo para la mujer embarazada; después de las doce semanas de gestación o implicando alto riesgo. La autorización a los centros se entiende concedida automáticamente si reúnen los requisitos que establece el citado Real Decreto.

c) Lesiones contra el feto (artículos 157 y 158)

Se trata de nuevos delitos contemplados en el Código Penal de 1995. Se menciona el tipificado en el artículo 157: «El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicas o privados, por tiempo de dos a ocho años». El artículo 158 contempla el delito anterior, con penas más mitigadas, cuando se cometa a causa de imprudencia grave y de imprudencia profesional; añade un inciso final en el que exime de responsabilidad penal a la mujer embarazada,

⁴² Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo [BOE de 24 de noviembre]. Con anterioridad se regularon por la Orden de 31 de julio de 1985 (BOE de 2 de agosto).

d) Delitos relativos a la manipulación genética (artículos 159 a 162)

Se trata, asimismo, de nuevos delitos, no tipificados como tales en Códigos anteriores. De especial importancia, en lo que se refiere a nuestra materia, es el artículo 159.1: «Serán castigados con la pena de prisión de dos a seis años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de siete a diez años los que, con finalidad distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo».

1.3.2.2. Seguridad y salud en el trabajo

Como ya se vio en el apartado 1.2, la LISMI mencionó explícitamente la *higiene y seguridad en el trabajo* como una de las áreas de la prevención de deficiencias (artículo 9.3). Con posterioridad a ella se han dictado numerosas normas reglamentarias al respecto, si bien no constituyen desarrollo de la LISMI, pues este sector ha estado tradicionalmente unido a la legislación sanitaria, y en especial, a la laboral. Se mencionan a continuación las más relevantes: La tan citada Ley General de Sanidad, las Leyes autonómicas sobre Salud, y la más reciente Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

De la *Ley General de Sanidad* debe mencionarse el Capítulo IV del Título Primero, («De la salud laboral»). En los artículos que componen el citado Capítulo se destacan como más relevantes: la prevención sanitaria de los riesgos profesionales, la vigilancia de las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, prevención de los factores de microclima laboral, detección precoz de los factores de riesgo y deterioro que afecten a la salud del trabajador, elaboración de mapa de riesgos laborales para la salud, control epidemiológico y registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional, información y formación sobre programas sanitarios de salud laboral

Por lo que se refiere a las *Leyes autonómicas de Salud*, en páginas anteriores (epígrafe 1.3.1.2) se mencionaron los artículos de las distintas Leyes referidos a la presente materia.

La *Ley de Prevención de Riesgos Laborales*⁴³ significa el instrumento legal más importante existente en la actualidad en la materia. Tiene como objeto «promover la seguridad y la salud

⁴³ Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE de 10 de noviembre). Promulgada, después de numerosos anteproyectos, por la obligación impuesta por las normas comunitarias vigentes. Estas normas, que se basan en el artículo 118 A del Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea, son entre otras: Directiva Marco 89/391/CEE, de 12 de junio, relativa a la aplicación de medidas para promover la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE de 29 de junio), y las siete Directivas de desarrollo de la anterior dictadas hasta el momento: Directiva 89/654/CEE, de 30 de noviembre (DOCE de 30 de diciembre), relativa a los lugares de trabajo; Directiva 89/655/CEE, de 30 de noviembre (DOCE de 30 de diciembre), relativa a los equipos de trabajo; Directiva 89/656/CEE, de 30 de noviembre (DOCE de 30 de diciembre), relativa a los equipos de protección individual del trabajador; Directiva 90/269/CEE, de 29 de mayo (DOCE de 21 de junio), relativa a la manipulación de cargas; Directiva 90/270/CEE de 29 de mayo (DOCE de 21 de junio), relativa a equipos con pantallas de visualización; Directiva 90/394/CEE, de 28 de junio (DOCE de 26 de julio), relativa a la exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo; Directiva 90/679/CEE, de 26 de noviembre (DOCE de 31 de diciembre), relativa a la exposición a agentes biológicos durante el trabajo; Directiva 91/383/CEE, de 25 de junio, sobre mejora de la seguridad y la salud en el trabajo de los trabajadores con una relación laboral de duración determinada o de empresas de trabajo temporal; Directiva 92/85/CEE, de 19 de octubre, sobre mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada; Directiva 94/33/CEE, sobre protección de los jóvenes en el trabajo. A ellas deben añadirse otras Directivas señaladas en la Directiva Marco, relativas al sector de la construcción, a señalización de seguridad y a los sectores pesquero y agrícola.

de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo» (artículo 2.1). Es de aplicación a las personas sujetas a relación laboral (excluida la relación laboral especial del servicio del hogar familiar), o de carácter administrativo o estatutario con las Administraciones Públicas (excluidas la Policía, servicios de protección civil, y similares; los establecimientos militares y penitenciarios entran en el ámbito de aplicación, pero con las particularidades de su legislación específica).

La política de prevención tiene por objeto (art. 5) la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo, con el fin de elevar la seguridad y la salud de los trabajadores (ambos conceptos aparecen casi siempre unidos). Menciona de modo explícito el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como los correlativos deberes del empresario (art. 14) y de los propios trabajadores (art. 29). En consecuencia, establece importantes medidas preventivas: *integración de la prevención en el conjunto de actividades de la empresa* (art. 14.2), *evaluación de riesgos y planificación preventiva* (art. 16), *adaptación de equipos de trabajo y medios de protección* (art. 17), *información, consulta y participación de los trabajadores* (art. 18), *obligación empresarial de vigilar periódicamente el estado de salud de sus trabajadores* (art. 22). Considera de forma especial el *riesgo grave e inminente*, situación que no sólo obliga a los empresarios a adoptar medidas especiales, sino que faculta al trabajador para interrumpir su actividad y abandonar el lugar de trabajo (art. 21). Los colectivos más vulnerables son objeto de protección específica, entre ellos las *personas con minusvalía* (art. 25), las *mujeres gestantes* (art. 26), los *menores* (art. 27) y las *personas con contrato temporal* (art. 28).

Para la realización de las actividades preventivas la Ley instrumenta tres medidas (art. 30.1): designación por el empresario de uno o varios trabajadores para ocuparse de la prevención (en Empresas con más de 6 trabajadores), constitución de Servicios de Prevención en las Empresas, o concertación de estos con Empresas especializadas, siempre que hayan sido acreditados como Servicios de Prevención por las Administraciones competentes. Los Servicios de Prevención son «el conjunto de medios humanos y materiales para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores» (art. 31.2). La participación en ellos de los trabajadores, a través de los Delegados de Prevención y de los Comités de Seguridad y Salud (arts. 35-39), con las mismas garantías que la legislación laboral concede a los representantes sindicales, es uno de los elementos nuevos que mejor los configuran, así como su *composición interdisciplinaria* (art. 31.4). Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pueden realizar, respecto de las Empresas con ellas asociadas y siempre que tengan la correspondiente acreditación administrativa, las funciones correspondientes a los Servicios de Prevención.

La Ley establece mecanismos de coordinación administrativa. Además de redefinir las competencias del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (art. 8), y determinar las funciones que, en esta materia, tiene la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (art. 9), crea la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, órgano colegiado con funciones de asesoramiento a las Administraciones Públicas, compuesto por representantes del Estado y de las Comunidades Autónomas (art. 13).

Se han puesto muchas esperanzas en esta Ley. Entiende la prevención laboral no sólo como recomendación u obligación impuesta, sino sobre todo como una función de participación y de colaboración entre los agentes laborales. Su aplicación efectiva dependerá de los numerosos reglamentos a los que se remite (todavía sin publicar), en los cuales se han de recoger los contenidos normativos de las Directivas Comunitarias a las que se hizo mención páginas atrás. En cualquier caso, bienvenida sea, y ojalá que la expectación originada por su promulgación se corresponda con una disminución de la accidentalidad en el trabajo y una

mayor evaluación, por empresarios y trabajadores, de los riesgos que el trabajo puede comportar para la salud⁴⁴.

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

1.3.2.3. Seguridad en el tráfico vial

Huelga cualquier razonamiento (éste decae siempre ante la evidencia de los hechos) sobre la creciente incidencia de los accidentes de tráfico en la aparición de deficiencias físicas. No es de extrañar, pues, que el art. 9.3 de la LISMI citara la seguridad en el tráfico vial como uno de los contenidos de un Plan de Prevención de las Minusvalías. Se hace a continuación una sucinta referencia a lo desarrollado al respecto, tanto en materia de Planes de actuación como de actuación legislativa.

En 1976 se crea la Comisión Nacional de Seguridad Vial, integrada por representantes de quince Ministerios, con competencias directa o indirectamente relacionadas con la seguridad vial. El Secretariado permanente se encomienda a la Dirección General de Tráfico. En 1980 aprueba el primer Plan Nacional de Seguridad Vial. Desde entonces se han aprobado los siguientes: Plan General para el trienio 1981-1983 (con Anexos adicionales para cada año), Plan de Actuaciones para 1984, Plan Nacional de Seguridad Vial 1985-1988 (también con anexos anuales), Planes Nacionales de Seguridad Vial para 1989, 1990, y 1991. A partir de este año las competencias pasan al Consejo Superior de Tráfico y Seguridad de la Circulación Vial, que elabora los Planes para 1992, 1993, 1994, 1995 y 1996. Desde 1989 incluyen también la programación de las distintas Comunidades Autónomas⁴⁵.

Su sistemática no ha variado en lo fundamental. Se articulan todos ellos en cinco grandes capítulos de actuación⁴⁶:

- *Farmación vial*: Comprende la educación vial escolar, la formación y perfeccionamiento de conductores, los programas formativos especiales y la actividad informativa y motivadora.
- *Vigilancia y control*: Medidas referidas a las que siempre fueron consideradas acciones básicas: control de la alcoholemia, de la velocidad y cinturón de seguridad. A ellas se

⁴⁴ Dentro de los muchos comentarios que se han hecho de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, véanse los cuatro tomos de bolsillo, intitulados *Gestión de la Prevención en las Empresas*, MUPRESA-MUPAG-PREVISION y Santillana Profesional, Biblioteca Cinco Días, Madrid, 1996. Véase también OJEDA AVILES, A. y SANCHEZ-CERVERA SENRA, A., *Legislación sobre Prevención de Riesgos Laborales*, Madrid, 1996.

⁴⁵ Estos Planes se encuentran publicados todos ellos por la Dirección General de Tráfico, y ofrecen una información muy completa, no sólo de lo programado para cada año, sino de los resultados sobre accidentalidad y sobre la situación de partida para elaborar cada Plan. Constituyen una fuente de consulta imprescindible.

⁴⁶ MUÑOZ MEDINA, M., *Planes de Seguridad Vial*, Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, Documento 5/1986, Madrid, 1986, págs. 197-213.

añadió la obligatoriedad de utilización del casco para los conductores y usuarios de motocicletas. Se incluyen también las acciones sancionadoras como medio preventivo.

- *Acondicionamiento y servicios:* Del vehículo, de la vía y de la circulación. De significativa importancia es el incremento de inspecciones técnicas de vehículos, así como la adopción de sistemas de regulación de la circulación con medios de alta tecnología, pero deben destacarse en especial, a partir del año 1986, los programas para construcción de autovías, así como en general la mejora de los tramos viarios peligrosos (travesías urbanas, intersecciones en T y en X, etc.), así como medidas de señalización, balizamiento y otras similares.
- *Normativa:* En cada Plan se relacionan las normas reglamentarias que es preciso modificar, y en los más recientes la adaptación de nuestra legislación a la normativa comunitaria.
- *Estudio y programación:* Acciones y programas especiales de investigación científica y técnica.

En cuanto medidas legislativas promulgadas al efecto, debe citarse la Ley 18/1989, de 25 de julio, de Bases sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, desarrollada en Texto Articulado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo. Aunque el concepto usual que se tiene de esta ley es su carácter punitivo, debe decirse que tiene una orientación preventiva, tal como se establece en la Exposición de Motivos de la Ley de Bases, «La magnitud del fenómeno de la circulación, con su trágico índice de siniestralidad, ha movido a la Administración a abandonar la primitiva concepción (la existente en el anterior Código de la Circulación), puramente policial de su actuación, para pasar a un planteamiento activo de la misma, orientada a promover la seguridad de la circulación y la prevención de accidentes».

1.3.2.4. Acciones destinadas a zonas rurales

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

No conocemos planes específicos de prevención destinados a zonas rurales, El antiguo Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, a través del Grupo Pediátrico-nutricional, inició campañas para la erradicación del bocio e hipotiroidismo en Las Hurdes (Cáceres) y en diversas comarcas de Asturias, Cataluña, Galicia y Andalucía, habiéndose previsto también su inicio en zonas de Almería y Guadalajara⁴⁷. En línea con estas actuaciones, la Junta de Galicia, por Decreto de 27 de diciembre de 1984 (DOG de 9 de enero de 1985), estableció normas sobre prevención del bocio endémico.

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

⁴⁷ Véanse las Memorias del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, años 1981 y 1982.

Por consiguiente, es probable que, en los ámbitos rurales, sobre todo los más alejados de centros sanitarios, existan mayores problemas en la organización de la prevención de deficiencias. Pero tampoco conviene llegar a conclusiones precipitadas. La expansión que han tenido, desde 1986, los Centros de Salud y su conexión con nuevos Hospitales Comarcales, han hecho posible una mejora en las condiciones sanitarias rurales. Más aún, existen comarcas que tienen una organización sanitaria (y preventiva, por lo mismo) muy apreciable, bastante mejor que la existente en barrios periféricos de grandes ciudades. Aunque la problemática que presentan estos barrios o zonas urbanas marginales, es otro capítulo que ahora no podemos entrar a valorar.

1.3.3. Conclusión

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

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

1.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR

En materia de prevención de deficiencias se ha producido un *cambio verdaderamente importante* en las dos últimas décadas. No es sencillo, sin embargo, ofrecer datos de conjunto que muestren a simple vista dicho cambio, pues la prevención de deficiencias tiene un ámbito disperso.

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

Otro hecho que ha condicionado sobremanera la aplicación de políticas de prevención ha sido la *descentralización territorial del Estado* operada por la Constitución. Gran parte de las competencias relacionadas con la prevención de deficiencias -especialmente la sanidad, los servicios sociales, la seguridad e higiene en el trabajo- han sido objeto de transferencia desde el Estado a las Comunidades Autónomas. En las dos últimas décadas se ha pasado de una organización centralista de la sanidad hacia modelos territoriales. Si ya costó, en el pasado, que la Administración Central del Estado elaborara programas específicos de prevención, fácilmente puede comprenderse que las nuevas Administraciones Territoriales hayan de recorrer todavía un camino que, aunque conocido, todavía no lo tengan suficientemente

experimentado. A ello deben añadirse los problemas derivados de los sucesivos cambios en el sistema de financiación a las Comunidades Autónomas.

Ante la ausencia de organismos gestores en los que se unifique la prevención de deficiencias, de los cuales obtener información conjunta, tendremos que recurrir a procedimientos indirectos: comparación de recursos existentes durante los años que comprende el periodo, y análisis de indicadores de resultados que muestren si han sido establecidas medidas de prevención o si éstas han sido eficaces.

1.4.1. Programas de prevención realizados

A efectos metodológicos los integraremos en dos modalidades de la prevención. En primer lugar, *prevención de tipo médico*, entendiendo por tal aquella que se realiza en el ámbito sanitario. Dentro de ella haremos mención a los programas que se han consolidado en estos últimos años: diagnóstico prenatal y consejo genético, diagnóstico neonatal precoz, orientación y planificación familiar, atención al embarazo, programas de asistencia neonatal, el Registro de Malformaciones Congénitas, y una somera referencia a la atención precoz. En segundo lugar, *prevención de tipo ambiental*, nominación ciertamente ambigua, con la que nos referimos a aquellas medidas preventivas que se dirigen prioritariamente hacia el entorno o ambiente como factor de riesgo, y en la que se incluye la prevención de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y accidentes de tráfico.

1.4.1.1. Prevención de tipo médico

a) Diagnóstico prenatal y consejo genético

Con esta denominación, que ha tomado ya cuerpo sustantivo, nos referimos a la serie de acciones encaminadas a prevenir las deficiencias derivadas de anomalías cromosómicas y, en general, las hereditarias de causa genética. En nuestro país se ha evolucionado desde la investigación de las deficiencias de origen genético⁴⁸, a la práctica clínica de técnicas de diagnóstico prenatal: no invasivas, como análisis de sangre y orina maternas, determinas bioquímicas específicas, y especialmente la ecografía, e invasivas, como la amniocentesis, biopsia corial, tuniculocentesis y fetoscopia. Se han venido aplicando de forma progresiva a la población como consecuencia de la incorporación a determinados hospitales de Servicios de Genética, unidades que en la actualidad ejercen de modo directo la prevención en este área. Su objetivo no se reduce a facilitar información contrastada a la mujer embarazada para que, ante posibles deficiencias en el feto, opte por interrumpir o no el embarazo. Tienen por fin el estudio e investigación de cariotipos para ofrecer consejo genético en los casos de riesgo (ascendencia o descendencia con deficiencias de origen genético, existencia de factores de riesgo de tipo genético, etc.)⁴⁹.

⁴⁸ Son significativas al respecto los estudios de ABRISQUETA ZARRABE, J.A., resumidos en *Prevención de las deficiencias de etiología genética*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 11/87, Madrid, 1987. No ha decaído la investigación en este área. Véase al respecto *Citogenética y genética molecular del retraso mental ligado al cromosoma X, aplicación al diagnóstico de portadoras y prenatal*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 25/1991, Madrid, 1991.

⁴⁹ Para una mayor información sobre esta materia véase BENAVIDES BENAVIDES, A., *Consejo genético, y Diagnóstico Prenatal*, en *Curso sobre Prevención de Deficiencias*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 33/92, Madrid, 1992, págs. 87 a 116 y 117 a 140, respectivamente. De próxima publicación, en la misma Colección, la edición actualizada del citado Curso. Véase también *Manual de diagnóstico prenatal para sanitarios*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991.

En el **GRAFICO 1** se reflejan las ciudades donde existían, en 1983, Unidades de Diagnóstico Prenatal del INSALUD. Como puede verse, el inicio de este programa es coetáneo a la promulgación de la LISMI, si bien esta Ley no constituyó el fundamento jurídico para su implantación. Esta se inició desde el ámbito sanitario.

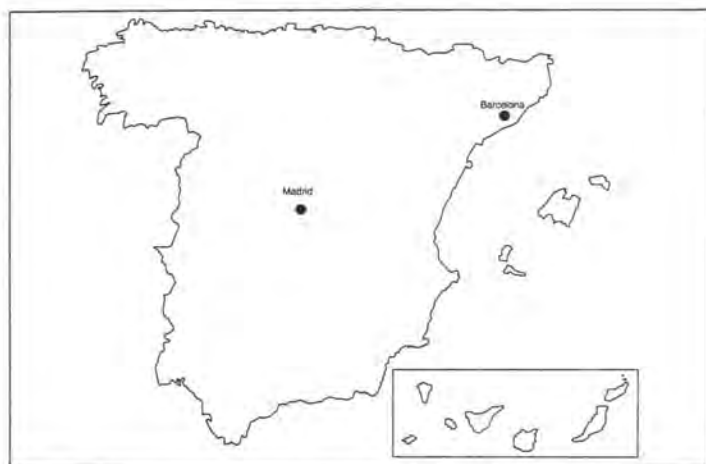


GRAFICO 1: Unidades de Diagnóstico Prenatal del INSALUD existentes en 1983

Desde entonces, y debido en buena parte a la necesidad de instrumentar sanitariamente el cumplimiento del primero de los requisitos para poder practicar el aborto eugenésico (*supra*, epígrafe 1.3.2.1.b), la situación ha mejorado sensiblemente. Se han creado nuevas Unidades en los centros sanitarios públicos, así como en determinados centros privados. Se han creado, también, Centros de Genética Molecular, los cuales significan un paso hacia adelante de gran significación, e indudable importancia en el futuro, en la prevención de deficiencias de causa genética o hereditaria.

En el **GRAFICO 2** figura la distribución territorial de las 32 Unidades de Diagnóstico Prenatal existentes en el INSALUD en el año 1995; no sólo han crecido en número, sino que su distribución territorial es más adecuada para la atención de los casos de riesgo enviados por unidades médicas de nivel básico o especializado existentes en su área de influencia. En el mismo gráfico se refleja también la distribución territorial de las 19 Unidades de Genética Molecular dependientes del INSALUD en el año 1995.



GRAFICO 2: Distribución territorial de las Unidades de Diagnóstico Prenatal y de Genética Molecular del INSALUD existentes en 1995

A las citadas Unidades han de añadirse otros Hospitales privados donde se encuentran establecidos Servicios de Genética, cuya conocimiento es, por el momento, impreciso. Otro aspecto destacable es la coordinación que va existiendo entre los Servicios de Ginecología y Obstetricia de otros hospitales con estas Unidades; en ellos se realizan algunas técnicas de diagnóstico prenatal (la práctica de la amniocentesis reviste ya cierto carácter generalizado) para el posterior análisis de cariotipos en los Servicios de Genética.

Lo dicho anteriormente no es óbice para que se detecte todavía una cierta insuficiencia de Unidades de Diagnóstico Prenatal, especialmente en ciertas Comunidades Autónomas, así como escasa coordinación institucional con los Centros de Atención Primaria, teóricamente los Centros adonde primero se dirige el usuario.

Finalmente, debe decirse que este programa, a nuestro juicio y frente a alguna opinión dispersa en contrario, no debe extenderse con carácter masivo a toda la población de mujeres embarazadas, sino sólo a aquellas que presenten situaciones de riesgo conocido o presumible. Con independencia del costo económico, innecesario, que ello supondría, no puede olvidarse que la práctica de las técnicas invasivas siempre conlleva algún tipo de riesgo para la gestante o el feto, así como posible angustia a los padres hasta tanto se conozca el resultado de los cariotipos realizados.

b) Detección de errores congénitos del metabolismo

El programa de detección precoz de errores congénitos del metabolismo se realiza mediante análisis de sangre y de orina del recién nacido que permitan descubrir si existe algún trastorno metabólico causante de deficiencias graves; es el llamado tria o («screening») neonatal. Se orienta al diagnóstico neonatal precoz de las aminoacidopatías (en especial la fenilcetonuria y la hiperfenilalaninemia) y del hipotiroidismo congénito. Tiene una finalidad eminentemente

preventiva, ya que el error congénito detectado en los primeros días de vida del recién nacido puede corregirse mediante tratamiento dietético⁵⁰.

Se inicia en Granada en el año 1968⁵¹, recibe un fuerte impulso a partir de 1977, durante la vigencia del antiguo Plan de Prevención de la Subnormalidad. En la actualidad goza de una implantación general. Probablemente se trate del programa de prevención médica que ha experimentado una evolución más favorable en lo que se refiere a aplicación práctica, a pesar de los problemas de financiación que en algún tiempo padeció. A nuestro juicio es una excelente muestra de cómo un programa, cuando se sientan convenientemente las bases técnicas y organizativas que le sirven de apoyo, adquiere personalidad propia que le hace caminar prácticamente por sí solo.

Como muestra que refleja las realizaciones de este programa se insertan los GRÁFICOS 3 y 4, en los que se dibuja la ubicación de los Centros de detección de errores congénitos del metabolismo (desde hace algún tiempo llamados Laboratorios de la Tría Neonatal) existentes en los años 1982 y 1993, respectivamente.



GRÁFICO 3: Distribución territorial de los Laboratorios de Tría Neonatal. Año 1982.

⁵⁰ Véase UGARTE, M., Detección, prevención e investigación de la etiología molecular del retraso mental de metabolopatías congénitas. Madrid, 1983. MAYA VICTORIA, A. y OTROS, Prevención de alteraciones metabólicas congénitas en España, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 44/95, Madrid, 1995, 205 págs. En esta última publicación se contiene una minuciosa evaluación del programa de aminoacidopatías durante el período 1968 a 1993. De próxima publicación, en la misma Colección, la evaluación del programa de hipotiroidismo congénito.

⁵¹ Véase SANCHEZ DE MEDINA CONTRERAS, F., Los orígenes de la detección masiva de enzimopatías en España, en el Boletín Prevención de enfermedades metabólico-congénitas, nº 7 (1994), págs. 3-4.



GRAFICO 4: Distribución territorial de los Laboratorios de Tría Neonatal, Año 1993

Fácilmente puede apreciarse que se ha pasado en algo más de un decenio de 13 a 22 Centros, los cuales cubren la totalidad del territorio de las distintas Comunidades Autónomas, de forma que cada una ya posee al menos un laboratorio donde analizar las muestras. Y, lo que es aún más relevante, se ha incrementado la actividad analítica de los centros existentes con anterioridad para poder cubrir a la práctica totalidad de los nacidos. Los datos que más adelante se ofrecen indican, asimismo, que el programa se encuentra ya lo suficientemente organizado a nivel de recogida de muestras.

Por lo que se refiere a la detección precoz de *aminoacidopatías*, los análisis se orientan en todas las Comunidades Autónomas hacia el diagnóstico de la *fenilcetonuria* y de la *hiperfenilalaninemia*, lo cual no obsta para que, según el personal y medios de que disponen los Centros, se analicen también otros posibles trastornos (cistinuria, tirosinemia, jarabe de arce, etc.). Como muestra de la buena realización de este programa, se refleja en la TABLA 1 la significativa diferencia entre los años 1982 y 1993, con indicación de niños analizados, porcentaje sobre el total de nacimientos y casos detectados. Durante el período 1968 a 1992 se ha efectuado el análisis de 4.905.513 recién nacidos, y detectado 358 casos de fenilcetonuria, lo cual supone una incidencia media de esta enfermedad del 1/13.702⁵².

⁵² MAYA VICTORIA y OTROS, *o.c.*, pág. 18.

TABLA 1: Detección precoz de aminoacidopatías

	1982	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Total de nacimientos	504.546	418.919	408.434	401.425	395.989	396.747	380.564
Recién nacidos analizados	236.450	367.234	372.160	385.795	388.188	393.178	379.208
Índice de cobertura	47 %	88 %	91 %	96 %	98 %	99 %	100 %
Defectados de fenilcetonuria	9	14	13	17	22	24	22
Defectados de hiperfenilalaninemia	1		27	22	37	24	26

Fuente: Elaboración propia, sobre datos de Anuarios del Instituto Nacional de Estadística; UGARTE, M., *Detección precoz de errores congénitos del metabolismo*, en *Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO*, Madrid, 1983; MAYA VICTORIA, A. y OTROS, *Prevención de alteraciones metabólicas congénitas en España*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 44/95. *Boletín Prevención de enfermedades metabólicas congénitas*, nº 7 (1994).

El dato más significativo que interesa resaltar de la TABLA 1 es el referido al porcentaje de cobertura, más que el número absoluto de recién nacidos analizados, estadístico con cierto carácter de relatividad porque, como es sabido, la natalidad ha descendido considerablemente en los últimos años. Se resalta en el GRAFICO 5 la evolución del grado de cobertura desde el año 1982 a 1993. A simple vista puede observarse la magnífica evolución de este programa, y la implantación progresiva, con carácter generalizado, a toda la población.

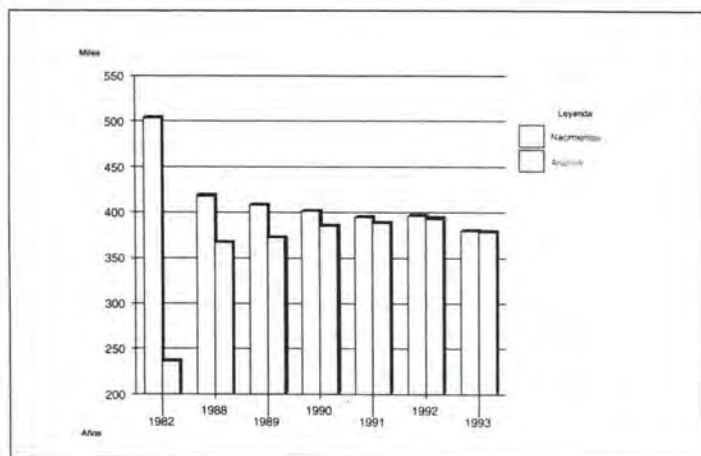


GRAFICO 5: Grado de cobertura del programa de aminoacidopatías. Período 1982-1993

Es necesario destacar, asimismo, la existencia de las llamadas *Unidades de Seguimiento PKU*, cuya finalidad es el tratamiento terapéutico, mediante tratamiento dietético adecuado, a los pacientes con fenilcetonuria comprobada. Una vez conseguida que el 100 % de los recién nacidos sean analizados en los correspondientes laboratorios, la prevención ha de dirigirse ahora hacia su tratamiento, para que el error metabólico detectado no origine deficiencia. Las medidas terapéuticas se vienen realizando desde hace tiempo. En la actualidad, y según la encuesta realizada por el Real Patronato, existen 18 Unidades de Seguimiento PKU, en las cuales reciben tratamiento unos 500 pacientes. Las citadas Unidades se encuentran ubicadas en el sector especializado de la atención sanitaria, generalmente en Servicios de Pediatría de Hospitales. Posiblemente sea precisa una mayor conexión con los Centros de Atención Primaria. La distribución territorial de dichas Unidades se refleja en el GRAFICO 6.



GRAFICO 6: Distribución territorial de las Unidades de Seguimiento PKU. Año 1993

La detección del *hipotiroidismo congénito* se realiza en los mismos Centros; la población atendida es prácticamente la misma. La incidencia en este error congénito es mayor que la de las aminoacidopatías (en el año 1993, 1 caso detectado por 2.631 analizados, frente a la proporción 1/14.585 de la fenilcetonuria y 1/17.236 de la hiperfenilalaninemia). Se trata, como puede observarse en la TABLA 2, de un programa de amplia implantación y con excelente desarrollo desde que en 1976 se puso en marcha.

TABLA 2: Detección precoz del hipotiroidismo congénito

	1982	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Total de nacimientos	504.546	418.919	408.434	401.425	395.989	396.747	380.564
Recién nacidos analizados	262.364	376.802	379.725	388.729	390.030	396.171	386.465
Índice de cobertura	52 %	90 %	93 %	97 %	98 %	100 %	100 %
Detectados de hipotiroidismo		131	130	175	158	168	133

Fuente: Elaboración propia, sobre datos de Anuarios del Instituto Nacional de Estadística; UGARTE, M., Detección precoz de errores congénitos del metabolismo, en *Boletín de Estudios y Documentación del INSERSO*, Madrid, 1983; MAYA VICTORIA, A. y OTROS, *Prevención de alteraciones metabólicas congénitas en España*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 44/95, *Boletín Prevención de enfermedades metabólicas congénitas*, nº 7 (1994).

Tanto en relación a las aminoacidopatías como al hipotiroidismo congénito lo que probablemente se requiera en la actualidad es una mayor coordinación entre las distintas Comunidades Autónomas a efectos de intercambiar experiencias y connexionarse con los Registros existentes en otros países.

Se resalta asimismo, en el GRAFICO 7, la evolución del grado de cobertura que ha experimentado este programa durante el período 1982-1993, comparando el número de nacidos vivos con el de análisis realizados, por considerarlo el dato más destacable de los ofrecidos en la TABLA 2, a efectos de implantación y desarrollo del programa.

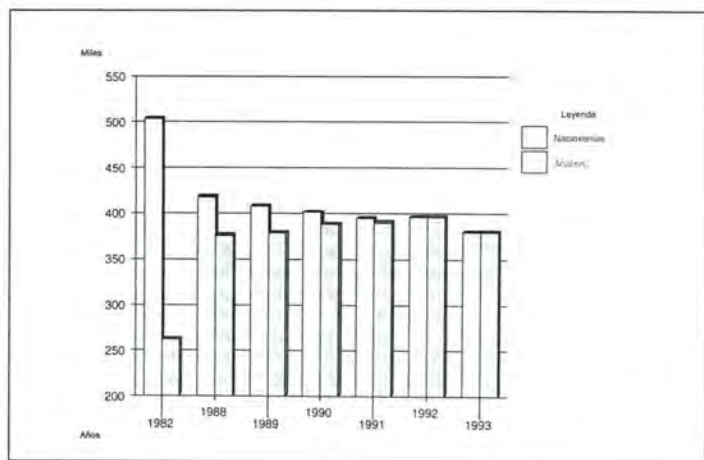


GRAFICO 7: Grado de cobertura del programa de hipotiroidismo congénito, Período 1982-1993

c) Programa de orientación y planificación familiar

A diferencia de los dos anteriores, cuya finalidad es prioritariamente preventiva de posibles deficiencias, este programa tuvo ya desde sus orígenes un carácter más amplio. Al comienzo (1978) se establecieron los llamados *Centros de Planificación Familiar*: estaban entonces escasamente conectados con la red de asistencia sanitaria. A partir de 1983, el programa recibe un significativo impulso, que se traduce en una mayor dotación presupuestaria, en la creación de más Centros, y en su paulatina integración en la estructura sanitaria. En el GRAFICO 8 se menciona el número de Centros de Planificación Familiar existentes en el año 1984, distribuidos por Comunidades Autónomas, según datos facilitados por el Instituto de la Mujer⁵³.



GRAFICO 8: Centros de Planificación Familiar existentes en 1984

Como datos que pueden expresar de algún modo la evolución de este programa, se ofrece el número de Unidades de Planificación Familiar existentes en 1989⁵⁴, distribuidas por Comunidades Autónomas, tal como se reflejan en el GRAFICO 9. Para una correcta interpretación del mismo debe tenerse en cuenta que dichas Unidades son de carácter multiforme: junto a *Centros de Orientación Familiar* conexonados directamente con hospitales de atención especializada, en los que no sólo se realiza orientación familiar, sino incluso atención al parto, están las llamadas *Unidades Básicas de Orientación Familiar*, con dotación menor, y las *Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica en Centros de Salud*. Por otra parte, al ser transferida la antigua sanidad del Estado a las Comunidades Autónomas, y en algunos casos también las instituciones del INSALUD, no todas las Comunidades mantienen identidad de denominación para estos Centros. Queda patente, por los datos ofrecidos en el gráfico citado, que este programa ha experimentado un significativo crecimiento en el decenio 1982-1992.

⁵³ *Guía de Centros de Planificación Familiar*, Instituto de la Mujer, Madrid, 1985.

⁵⁴ Los datos están tomados del Ministerio de Sanidad y Consumo, *Ordenación sanitaria del territorio*, Madrid, 1989.



GRAFICO 9: Unidades de Planificación Familiar existentes en 1989

Los Centros de Orientación Familiar se están integrando en la estructura sanitaria implantada por la Ley General de Sanidad, en especial en el nivel de atención primaria, de forma que están cediendo su inicial protagonismo en favor de los Centros de Salud. En coherencia con la nueva organización sanitaria, el antiguo programa de Orientación y Planificación Familiar ha sido sustituido por el programa de Salud Materno-Infantil, de realización directa en los Centros de Salud. No se olvide que estos últimos están siendo progresivamente dotados, junto a médicos de familia, de obstetras y matronas, aparte de otros especialistas. A nuestro juicio, se trata de una evolución necesaria y positiva, que tenderá a acrecentarse. Los antiguos Centros de Planificación Familiar nacieron en un contexto diferente a la organización sanitaria establecida por la Ley General de Sanidad. Hoy en día aquella función corresponde a los Centros de Atención Primaria, llamados a jugar el papel más importante en la prevención de deficiencias. Incluso actuaciones que ahora se realizan en hospitales, deberían trasladarse al ámbito de la atención primaria, mediante una mayor coordinación interinstitucional.

d) Atención al embarazo y al parto

Los programas preventivos durante el embarazo y el parto son de difícil cuantificación, pues se enmarcan en la política, más general, de profilaxis materna, o en la de asistencia sanitaria a la mujer embarazada.

Gracias a los avances tecnológicos, y en especial a la ecografía, se ha constatado que no pocas malformaciones de recién nacidos pueden evitarse mediante una atención adecuada durante el periodo de gestación. En este sentido, la obstetricia ha adquirido un papel todavía más relevante al que siempre tuvo. Hoy se conocen mejor, y de manera más científica y contrastada, los factores exógenos que influyen sobre el feto, así como la influencia de los llamados teratógenos (enfermedades infecciosas u orgánicas, medicamentos, edad materna y paterna, influencia del alcohol, el tabaco o la cafeína, alimentación de la embarazada, etc.) en la aparición de deficiencias. Ello ha posibilitado la existencia de programas dirigidos a grupos específicos con mayor riesgo. En los distintos centros sanitarios especializados existen, por lo general, programas concretos para madres con riesgo, a quienes se realiza un seguimiento

multidisciplinar de todo su embarazo y parto, con controles sanitarios muy específicos que inciden sobremedida en la minoración de deficiencias pre y perinatales. Es muy posible que estos programas se extiendan, no tardando mucho, a otros centros hospitalarios⁵⁵.

El parto, aun siendo todavía situación de riesgo para el feto, no obstante está siendo objeto de un mayor control, gracias al conocimiento que se tiene del feto (de su morfología, situación en el útero materno, etc.) a través de las cada día mejores técnicas ecográficas. De todas estas actuaciones sanitarias, referidas de modo concreto a la prevención de deficiencias, es difícil ofrecer datos cuantificables por la razón más arriba apuntada.

e) El Registro Español de Malformaciones Congénitas

Da comienzo a sus actividades en el año 1976. En la actualidad se lleva por el *Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC)*, vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Tiene por finalidad el tratamiento estadístico de los recién nacidos afectados de deficiencias de origen prenatal, con el objeto de estudiar la incidencia epidemiológica que tiene el nacimiento de niños con malformaciones congénitas, así como las causas por las que han sobrevenido. Por cada niño que presenta defectos congénitos identificables durante los tres primeros días de vida (considerados como casos), se selecciona un control, que es el nacimiento siguiente al caso que ocurre en el mismo hospital, siempre que no tenga defectos congénitos y sea del mismo sexo que el caso. Para casos y controles se ha confeccionado un protocolo de recogida de datos sobre procedencia, descripción del recién nacido, datos obstétricos, datos demográficos, historia ocupacional, historia reproductiva, historia familiar y exposiciones maternas durante el embarazo.

El Registro está coordinado con una serie de hospitales (10 en el año 1976; 109 en 1996) que remiten información, y a los que transmite asimismo las conclusiones a que llega, especialmente en materia de factores teratógenos que influyen en la mujer gestante. Está conectado también con otros Registros similares de ámbito internacional, por lo que cuando este programa se encuentre implantado en la totalidad de las maternidades ofrecerá una información sustanciosa sobre la incidencia, causas e indicaciones de posible tratamiento preventivo en la aparición de deficiencias.

Como dato indicativo de la población a que alcanza se ofrece en el *GRAFICO 10* una visión comparativa entre el total de nacidos vivos y el de nacimientos controlados por el ECEMC. Están tomados de una reciente publicación editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁵⁶, así como de informaciones recabadas directamente del citado Ministerio en lo que se refiere a los últimos años. Como puede observarse, el número de recién nacidos registrados no es todavía elevado, a pesar de las dos décadas que ya lleva en funcionamiento. Ofrece una muy amplia muestra, sin embargo, para cualquier estudio epidemiológico en el área de las deficiencias⁵⁷.

Como parte integrante de este programa se encuentra, asimismo, el *Servicio de Información Telefónica a la Embarazada (SITE)*, teléfono puesto a disposición de la población en general.

⁵⁵ Entre las experiencias existentes, debe citarse, por su gran interés, la dirigida por la Dra. Jájnez en el Hospital Maternal (La Pazi), de Madrid, para madres diabéticas con embarazo de alto riesgo.

⁵⁶ MARTINEZ-FRIAS, M.L., *Defectos congénitos en España. Diez años de vigencia epidemiológica*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.

⁵⁷ Entre los estudios publicados se citan los siguientes: MARTINEZ-FRIAS, M.L., *Prevención de malformaciones congénitas. Investigación epidemiológica en España (1976-1988)*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Documento 18/89, Madrid, 1989. MARTINEZ-FRIAS, M.L., *Estudio epidemiológico del Síndrome de Down en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.

especialmente madres gestantes, para ofrecer información actualizada, verbal y escrita, sobre riesgos de cualquier agente que pueda alterar el desarrollo embrionario: tabaco, alcohol, drogas, productos químicos o físicos, exposiciones laborales, etc. En el año 1991 se recibieron 780 llamadas, 253 en 1992, 291 en 1993, 1.242 en 1994 y 2.249 en 1995⁵⁸. Un servicio similar, pero más especializado, es el *Servicio Telefónico sobre Teratógenos Español (SITE)*, teléfono puesto a disposición de médicos y farmacéuticos para informarles acerca de la influencia de los factores teratógenos en la mujer embarazada.

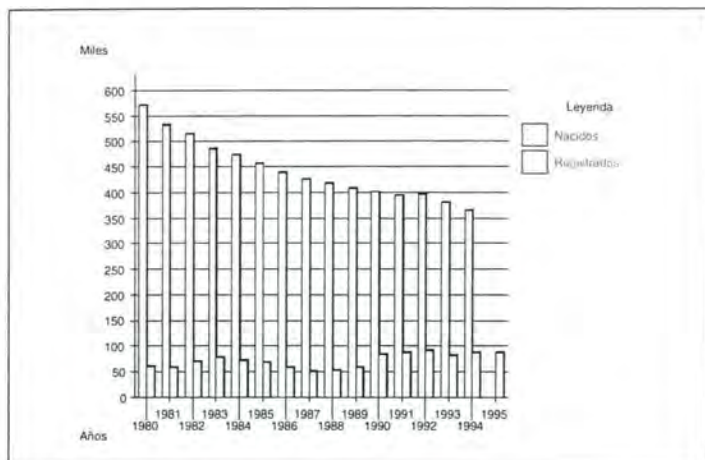


GRAFICO 10: Nacidos vivos registrados en el E.C.E.M.C.

f) Prevención neonatal

Algo similar a lo afirmado más arriba sobre la atención al embarazo, habría que decir acerca de la prevención neonatal, enmarcada en el contexto más general de una atención sanitaria cada día más cualificada. Como signos notorios de esta mayor atención se señala el *notable descenso de la mortalidad neonatal*, así como el *aumento de los niños prematuros*. Sobre este último dato téngase en cuenta que, si bien refleja un incremento de la población neonatal sujeta a problemas de riesgo, no es menos cierto que los niños prematuros logran evolucionar satisfactoriamente gracias a una esmerada asistencia.

Dentro de la dificultad de ofrecer estadísticas concretas sobre realizaciones en este periodo (es evidente que la ausencia de estadísticas no significa necesariamente falta de realizaciones), queremos, no obstante, destacar la importante actuación que se está realizando por un grupo, cada vez más numeroso, de especialistas neonatólogos de diversos hospitales de España, a los que se han unido psicólogos, pedagogos, profesionales de la atención precoz, logopedas, profesores, fisioterapeutas y similares. Conscientes de la necesidad de *organizar* los distintos recursos comunitarios (de la sanidad, educativos y de servicios sociales especialmente), se están

⁵⁸ Véase Carta de la Fundación 1.000 para la investigación sobre defectos congénitos, diciembre 1995, pág. 3.

esforzando por instrumentar programas cuyo fin primordial es coordinar a profesionales y medios materiales existentes en cada población para que el niño reciba una atención continuada e ininterrumpida, abandonando la sectorización existente hasta el momento⁵⁹.

g) Prevención postnatal

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

h) Referencia a la atención precoz

La atención precoz no es una medida preventiva de deficiencias, en sentido estricto. Rebasa el ámbito de la prevención para situarse en el rehabilitador o educativo. No obstante, sus contenidos son bastante fronterizos con los de la prevención, y en ocasiones de difícil deslinde. Como quiera que, en otra parte del presente trabajo, se hace una referencia individualizada a ella, quede aquí dicho únicamente que las medidas estrictamente preventivas deben estar bien coordinadas con una intervención precoz lo más temprana posible; de este modo unas y otra serán más efectivas. Por otra parte, también la atención precoz, al igual que otras intervenciones sanitarias en el período neonatal, previene la aparición de otras deficiencias o la regresión de las que ya son manifiestas.

1.4.1.2. Prevención de tipo ambiental

En este epígrafe vamos a referirnos a la *prevención de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales y de accidentes de tráfico*.

a) Prevención de accidentes de trabajo

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

⁵⁹ Al respecto es necesario mencionar al Dr. Arizcun Pineda, pionero de la prevención neonatal en nuestro país. Primero desde el ámbito del Hospital Clínico Universitario San Carlos, de Madrid, luego en relación con los centros de atención precoz y centros de educación infantil de la ciudad, y más tarde en conexión con Servicios de Neonatología del resto del país, está creando una red de coordinación de recursos, a través de procedimientos informáticos de control y seguimiento de los recién nacidos, que necesariamente ha de tener repercusión positiva en la prevención neonatal de deficiencias. A tal fin se constituyó el «Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención» (GENYSI), que desde 1990 hasta el presente celebra reuniones interdisciplinarias anuales sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias.

anteriores, con la obligada concisión que impone el heterogéneo mundo laboral y las muy diferentes actividades en que existe riesgo de accidente.

Si tenemos que juzgar las medidas preventivas a través de los resultados conseguidos, el panorama que se ofrece no es ciertamente favorable: los accidentes de trabajo no han decrecido, especialmente en los sectores de la construcción, de las transformaciones metálicas y de la pequeña y mediana empresa. En el GRAFICO 11 se muestra la evolución en estos últimos años de los accidentes de trabajo con baja laboral. Las inflexiones a la baja que se observan en algunos años no responden tanto, en nuestra opinión, al establecimiento de medidas preventivas, sino más bien a la caída del empleo.

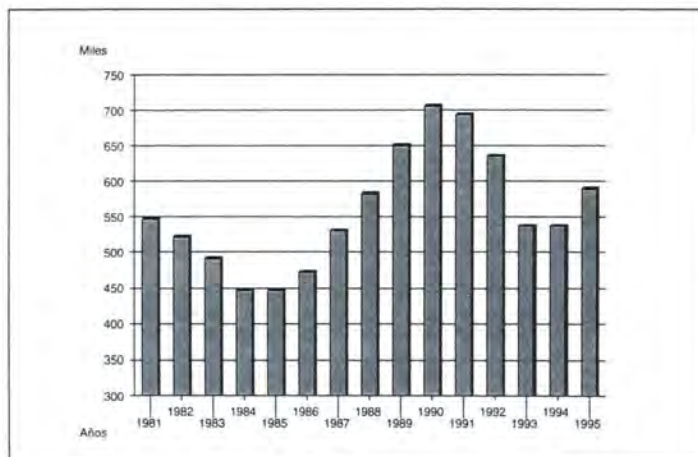


GRAFICO 11: Evolución de accidentes de trabajo. Periodo 1981-1995.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

De todos modos, los datos ofrecidos en el gráfico citado deben ser tomados con cautela. El hecho de que el accidente de trabajo se encuentre estrechamente unido a prestaciones económicas de Seguridad Social, más ventajosas que las derivadas de riesgos comunes, tiende a aumentar el número de los accidentes laborales declarados. Por otra parte, sólo un 1 % de los accidentes laborales origina patologías invalidantes de carácter definitivo que tendrán la consideración de invalidez permanente.

Como órgano administrativo que, entre otras, tiene como función principal de su actuación la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, ha de citarse el *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, Organismo creado en la Seguridad Social en 1963 (Ley de Bases de 1963), transferido al Estado en 1978 (Real Decreto-ley 36/1978, de reforma institucional de la Seguridad Social), traspasados con posterioridad sus servicios periféricos a las Comunidades Autónomas, y refundada su permanencia y competencias por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995⁴⁰.

⁴⁰ Las distintas acciones preventivas, en materia de seguridad e higiene en el trabajo, que realiza este Organismo, se recogen en las sucesivas *Memorias anuales*. En estas líneas se ofrecen sólo algunas de dichas acciones.

En octubre de 1987 el Consejo General del citado Instituto aprueba el Plan Trienal de Actuación 1988-1990, cuya novedad más significativa consiste en orientar el Instituto hacia la elaboración de los llamados *Proyectos Nacionales*, actividad en la que seguirá ininterrumpidamente el Instituto hasta su traspaso gradual a las Comunidades Autónomas. Consisten en la investigación de los agentes y contaminantes que influyen negativamente en la salud del trabajador (plomo, amianto, cloruro de vinilo, plaguicidas, benceno, celosolves, aceites y fluidos industriales, óxido de etileno, etc.), de determinadas enfermedades profesionales (brucelosis, etc.), de las causas de accidentalidad en el trabajo (análisis de accidentes en la construcción, accidentes eléctricos, elección y uso de medios de protección personal, señalizaciones de seguridad, etc.), y otros proyectos de investigación relacionados con las condiciones de trabajo, integración de la prevención laboral en los planes educativos de las enseñanzas medias y universitarias, estudios generales sobre riesgos laborales, etc. Tienen como objetivos los siguientes, según las características de cada Proyecto: asistencia técnica, elaboración de normas, diagnóstico de situaciones para la planificación de acciones preventivas, publicación técnica a efectos divulgativos, puesta a punto de métodos operativos, y redacción de material didáctico.

En esa misma línea, y concediéndole una particular importancia, ha orientado su actividad hacia la confección de *Mapas de riesgos*, tarea que implica el análisis pormenorizado de un sector de actividad laboral, con participación de los usuarios, con el fin de estudiar los riesgos que presenta y las medidas de prevención que deben utilizarse. Los Mapas de riesgos se han fusionado en los *Proyectos Nacionales*. Unos y otros, probablemente, requieren una mayor divulgación y conocimiento por las empresas y trabajadores que trabajan en las industrias a que hacen referencia.

En la TABLA 3 se citan algunos de los *Proyectos Nacionales* hasta ahora realizados o que se encuentran en fase de elaboración. Con su divulgación se culminará una importante medida preventiva.

Además de las anteriores actuaciones, el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo realiza funciones de asesoramiento y visitas a empresas (preceptivas, instadas por los interesados o voluntarias), análisis de puestos de trabajo, reconocimientos médicos a trabajadores con finalidad preventiva, en los que se ofrecen datos pormenorizados sobre prevalencia de patologías por sectores de actividad y naturaleza de las mismas, investigación de accidentes en todos los sectores de la industria, construcción y servicios, análisis de muestras biológicas y ambientales, a través de los que pueden conocerse los principales tipos de contaminantes que existen en los centros de trabajo (vapores orgánicos, metales, gases, polvo inerte, polvo neumoconiónico, etc.), cursos de formación preventiva (mediante acción directa y concertada) y otra serie de actividades tradicionalmente asignadas al Instituto.

En la TABLA 4 se ofrece, de forma bastante resumida, una serie de datos que pueden servir de información sobre el tipo de actividades antes citadas. Todas ellas pueden englobarse en el denominador común de *prevención y promoción de la salud laboral*. Ha de advertirse que corresponden a actividades de los Gabinetes Técnicos Provinciales de Seguridad e Higiene en el Trabajo (órganos periféricos del Instituto) mientras estuvieron bajo la dependencia de la Administración del Estado. Desde su traspaso progresivo a las Comunidades Autónomas (sólo falta en la actualidad la transferencia al Principado de Asturias), no figuran cuantificadas sus actividades; esa es la razón de la significativa disminución de actividades que aparece en 1995.

TABLA 3: *Proyectos Nacionales elaborados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*

PROYECTOS NACIONALES	
Seguimiento de riesgos en construcción	Estireno/Fibra de Vidrio
Hornos industriales de microondas	Filosanitarios de almacenes de grano
Accidentes con maquinaria agrícola	Plomo
Amianto	Aceites de corte
Hospitales	Registros sanitarios en salud laboral
Afecciones dérmicas por aceites de corte	Afecciones por vibraciones mano-braza sector madera
Sistema respiratorio en el sector madera	Afecciones neurológicas. Sector calzado
Afecciones extremidades superiores en mataderos	Neurotóxicos
Cemento, cal y yeso	Química básica
Construcción de maquinaria	Bebidas
Textil	Papel
Artes gráficas	Curfidos
Extractoras de aceite	Síndrome del edificio enfermo
Fundiciones	Fabricación de harinas
Evaluación de riesgos	Sistema integral de ayuda a la prevención. Sectores calzado, madera y metal
Síndrome del túnel carpiano	Mortalidad en trabajadores de minas de mercurio
Integración de la prevención en enseñanzas básicas	Formación en seguridad en el ámbito universitario
Curso básico de prevención. Enseñanza a distancia	Encuesta nacional de condiciones de trabajo

FUENTE: Elaboración propia, sobre datos de las Memorias de Actividades del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Años 1992, 1993, 1994 Y 1995.

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

ACCIONES PREVENTIVAS	1988	1989	1990	1992	1993	1994	1995
Visitas de asesoramiento a Empresas	19.343	14.519	14.320	12.851	20.449	22.624	5.821
Reconocimientos médicos a trabajadores	46.806	35.603	31.279	23.281	20.066	21.780	5.979
Accidentes investigados	3.519	2.457	2.805	3.434	3.962	3.804	1.352
Análisis de muestras ambientales de contaminantes	16.043	12.200	11.422	10.749	8.978	8.430	7.103
Análisis de muestras biológicas	34.783	34.783	25.377	22.223	24.707	20.281	17.310
Cursos de prevención	624	671	693	769	628	761	327
Asistentes a cursos de prevención	13.969	15.058	15.323	18.789	13.305	17.731	8.889

FUENTE: Elaboración propia, sobre datos estadísticos de las Memorias de Actividades del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Años 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1994 y 1995.

Al asumir competencias efectivas en materia de seguridad e higiene en el trabajo, las Comunidades Autónomas están creando diversos organismos o comisiones, de diversa y varia denominación, que están llamados a desarrollar ampliamente actividades en el ámbito regional de su competencia⁴¹.

Junto al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo hemos de citar también a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. No sólo ejercen funciones relativas a la concesión de prestaciones económicas (incapacidad temporal, invalidez, pensiones de orfandad, viudedad y a favor de familiares), sino también la asistencia sanitaria y prestaciones recuperadoras a los accidentados o afectados de enfermedad profesional. Además -y este aspecto es el que aquí más interesa- tienen un importante cometido en materia de prevención de riesgos laborales en las Empresas con las que han suscrito convenio de asociación. Esta faceta de las Mutuas de Accidentes, tradicional dentro de sus competencias, quizás no sea del todo conocida. Lo cierto es que tiende a incrementarse en el futuro, a pesar de las dificultades existentes en la forma de instrumentarla, dado que la responsabilidad en el establecimiento de medidas de seguridad en el trabajo sigue siendo del empresario.

Se ofrecen en la TABLA 5 unos datos sobre medidas preventivas realizadas por las Mutuas en los últimos años.

TABLA 5: Medidas preventivas realizadas por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Periodo 1987-1994.

ACCIONES PREVENTIVAS	AÑOS							
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Accidentes investigados	22.237	23.607	31.049	32.970	31.653	40.115	32.185	23.011
Estudios de siniestrabilidad en Empresas	32.906	33.041	45.885	50.284	61.927	64.708	78.394	85.419
Visitas de asesoramiento a Empresas	67.513	79.662	93.692	111.147	129.659	147.706	156.528	165.433
Encuestas con finalidad preventiva	30.923		42.754	59.913	58.583	61.068	68.483	72.594
Cursillos de prevención	6.735	6.644	8.334	8.371	9.784	12.319	12.592	13.338
Asistentes a cursillos de prevención	104.049	114.955	144.492	146.690	152.784	167.029	183.929	192.628
Costo total del programa, en millones de pesetas (gastos de personal, corrientes y de inversiones)	2.495	2.893	3.468	4.340	5.366	6.234	7.004	7.290

FUENTE: Elaboración propia, sobre datos de las Memorias anuales de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

⁴¹ Entre otros se citan los siguientes: Navarra. Decreto Foral 435/1992, de 28 de diciembre, por el que se crea el Instituto de Salud Laboral y se establece su estructura orgánica y funciones («BON») de 25 de enero de 1993); País Vasco. Ley 7/1993, de 21 de diciembre, de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales («BOPV») de 17 de enero de 1994); Extremadura. Decreto 6/1996, de 6 de febrero, por el que se crea la Comisión Regional de Condiciones de Trabajo y Salud Laboral («DOE») de 13 de febrero); Valencia. Decreto 66/1996, de 25 de marzo, por el que se crea la Comisión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Valenciana («DOGC») de 9 de abril).

b) Prevención de enfermedades profesionales

La enfermedad profesional es una contingencia protegida por la Seguridad Social. Se define como la enfermedad contraída a consecuencia del trabajo por cuenta ajena, y se exige el requisito de encontrarse tipificada en una lista oficial (LGSS, art. 116). Pero no se la considera únicamente como un riesgo que da origen a prestaciones económicas, sino que el ordenamiento establece de manera impositiva medidas preventivas expresas para evitar su aparición, tales como los reconocimientos médicos previos al inicio de la actividad laboral que presumiblemente puede originar esa enfermedad, los periódicos subsiguientes, o el cambio de puesto de trabajo cuando se detecta su aparición. En coherencia con la naturaleza de la enfermedad profesional, admite que su aparición pueda tener lugar fuera del lugar del trabajo o en profesión distinta a la causante de la lesión invalidante.

Sin embargo, la prevención de enfermedades profesionales es todavía una *asignatura pendiente*, y resulta bastante difícil ofrecer datos significativos al respecto. El hecho es que no se declaran las enfermedades profesionales. Sería complejo explicar el porqué. Es fácil suponer que los empresarios, ante la exigencia de reconocimientos previos y periódicos sucesivos, manifiesten cierta reticencia. Pero no es menos cierto que existen problemas objetivos para determinar en qué profesiones se pueden contraer las enfermedades profesionales listadas, lo cual debilita la imposición legal para que los empresarios efectúen los reconocimientos preceptivos. Por otra parte, la existencia de «enfermedades del trabajo», es decir, aquellas causadas por la actividad laboral, pero que no tienen la consideración de «profesionales» por no encontrarse en la lista oficial, y que en la mayor parte de las ocasiones se las conceptúa como accidente de trabajo dado el carácter tan extensivo de este concepto, debilita la propia noción de enfermedad profesional.

Por estas razones, y sin duda existen otras muchas más, hemos afirmado que la prevención de enfermedades profesionales sigue todavía como *asignatura pendiente*. Es probable que, además de poner el acento en las enfermedades que han de ser listadas, las normas deban establecer la relación entre enfermedad profesional y actividades laborales en que la posibilidad de contraerla es elevada; en otras palabras, que se listen no sólo las enfermedades profesionales, sino también las actividades laborales con riesgo, en las cuales se exijan los reconocimientos médicos periódicos.

b) Prevención de accidentes de tráfico

Ha de resaltarse que, en esta materia, ha sido donde se ha llevado a cabo una política sistemática de elaboración de *Planes de Seguridad Vial*, elaborados por el Consejo Superior de Tráfico y Seguridad Vial, y sometidos a conocimiento del Consejo de Ministros. Como ya se indicó en páginas anteriores, estos Planes han venido elaborándose año tras año desde 1980, y las acciones que en ellos se contemplan parten del análisis de la situación existente en cuanto a accidentalidad en el tráfico. Quizás, por señalar algún aspecto crítico, se les pueda decir que faltan en ellos unos indicadores de resultados de cómo se han cumplido en el año precedente las medidas programadas en él; pero este aspecto en modo alguno resta valor a la importante labor de programación que se ha venido realizando en los últimos quince años.

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

En la TABLA 6 se ofrecen datos generales sobre accidentalidad en el tráfico vial desde el año en que se publica la LISMI hasta 1994. En esta tabla se refleja el número de accidentes con víctimas que ha existido cada año, así como el número de heridos y de muertos, comparado con el censo total de conductores y el parque de vehículos existente. De él puede

desprenderse con facilidad que el incremento del número de heridos (de donde puede estimarse el número de deficiencias traumáticas) ha tenido un aumento constante hasta 1989, y que comenzó a decrecer a partir de 1990.

TABLA 6: Datos generales sobre accidentalidad en el tráfico. Período 1982-1994

AÑOS	ACCIDENTES CON VICTIMAS (Miles)	HERIDOS (Miles)	MUERTOS (Miles)	CONDUCTORES (Millones)	VEHICULOS (Millones)
1982	63.5	98.8	5.8	10.6	11.2
1983	72.7	112.2	4.6	10.6	11.6
1984	74.1	115.5	4.8	11.4	11.2
1985	81.2	126.8	4.9	11.8	11.7
1986	87.7	137.1	5.4	12.3	12.3
1987	98.1	153.3	5.8	12.7	13.1
1988	106.3	164.9	6.3	13.3	13.9
1989	109.8	169.4	7.1	13.8	14.9
1990	101.5	155.5	6.9	14.3	15.6
1991	98.1	148.4	6.7	14.8	16.5
1992	87.2	129.9	6.0	15.4	17.3
1993	79.9	117.2	6.3	15.8	17.8
1994	78.4	114.7	5.6	16.3	18.2

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

Como complemento a los datos reflejados en la Tabla anterior, se ofrece en el GRÁFICO 12 la evolución en los últimos años de los índices de motorización (número de turismos por 1.000 habitantes) y el de mortalidad (número de muertos por 1.000.000 habitantes). A juicio de muchos expertos, la comparación entre ambos índices es el indicador más expresivo del grado de accidentalidad. A simple vista se observa que el paralelismo seguido por dichos índices hasta 1989, se rompe a partir de 1990, con una inflexión a la baja de la mortalidad francamente positiva, a pesar del crecimiento continuo del número de vehículos.

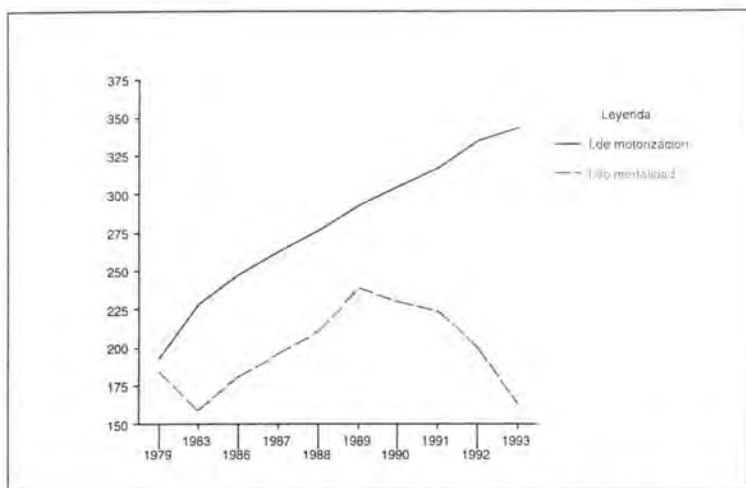


GRAFICO 12: Evolución de los índices de motorización y de mortalidad. Período 1979-1993

Viendo, a través de los datos sobre heridos, el número potencial de deficiencias que se originan en la carretera, habrá que analizar cuáles han sido las medidas preventivas que se han programado durante el período. En los Planes a que estamos haciendo referencia, y en una síntesis apretada de los mismos, las medidas preventivas se orientan en tres direcciones principalmente: medidas de seguridad relacionadas con el **conductor**, con el **vehículo** y con el **acondicionamiento de la vía**.

Respecto de las medidas preventivas relacionadas con el **conductor**, tradicionalmente considerado como el primer agente de la accidentalidad, se ha puesto desde siempre la insistencia en tres: la utilización del **cinturón de seguridad**, del **casco de protección** por motoristas, y **evitación de la alcoholemia**.

La eficacia preventiva del **cinturón de seguridad** es un hecho suficientemente constatado. En el año 1994, del total de ocupantes con el cinturón abrochado, de turistas afectados por accidentes, resultaron heridos el 51.57 %, mientras que del total de ocupantes sin el cinturón abrochado padecieron heridas el 71.46 %. Ha aumentado el número de conductores y pasajeros que lo utilizan: de los accidentes ocurridos en 1983, llevaban abrochado el cinturón de seguridad el 78.6 % de los conductores y el 78.1 % de los pasajeros; en el año 1994, ambos porcentajes se elevaron al 87.2 % y 84.8 %, respectivamente.

Es significativa la falta de utilización del **casco de protección** por los conductores de motocicletas, medida de prevención incumplida por los usuarios y quizás no lo suficientemente exigida por las autoridades de vigilancia. Los datos estadísticos hablan por sí solos: mientras el número total de motocicletas experimentó un descenso, en el período 1983 a 1994, de 1.310.000 a 1.288.000, el número de muertos en ese mismo período se elevó de 204, en el año 1983, a 480 en el año 1994. Existen, ciertamente, otras variables que inciden en la mortalidad; pero es bastante significativo que, en 1994, murieran el 3.20 % del total de motoristas accidentados que

llevaban casco de protección, mientras que, sobre el total de motoristas accidentados que no lo llevaban, la cifra se elevó a 6.95 %.

Por lo que se refiere a la *alcoholemia*, factor muy influyente en la accidentalidad según diversos estudios realizados por la Dirección General de Tráfico, ha de afirmarse, a la vista de los datos estadísticos, que ha aumentado la ingestión de alcohol en los conductores durante el periodo 1983-1994. De los accidentes ocurridos en 1983, en los que se hizo la prueba de alcoholemia, ésta resultó positiva en el 4.4 %, en 1994 el porcentaje se elevó al 6.1 %. Se ha incrementado considerablemente el control preventivo de la alcoholemia: de 402.000 pruebas realizadas en el año 1983 (resultaron positivas el 0.9 %) se ha pasado a 1.014.000 en 1994 (el 2.3 % positivas).

Medidas preventivas de indispensable actuación son las referidas al **vehículo**. La mejora del parque automovilístico que se ha experimentado en los últimos años, obligada en gran medida por las inspecciones técnicas obligatorias a que ha de someterse periódicamente, es un dato que no necesita constatación por medio de cifras. En 1994, el 34 % de los turismos, el 37 % de los camiones, y el 26 % de los autobuses, tenían una antigüedad inferior a 5 años. Pero ofrecer datos sobre la evolución de la antigüedad del parque en las dos últimas décadas es relativo, pues es evidente que los vehículos que actualmente tienen antigüedad menor de 5 años son mejores que los de antigüedad inferior a 5 años en el año 1990, por citar un año de referencia.

Por otra parte, no puede desconocerse que el mayor índice de accidentalidad lo tienen vehículos con antigüedad inferior a 5 años (en 1994, el 56.6 % sobre el total de accidentes), lo cual significa que está interviniendo no sólo la calidad del vehículo, sino también la variable *velocidad*. Por esta razón se inserta la TABLA 7, en la que puede verse la correspondencia entre porcentaje de vehículos existente, por tramos de edad, y el de vehículos implicados en accidentes con víctimas. En ella puede observarse que el parque automovilístico tiene menos antigüedad actualmente que hace una década, pero ello no ha significado una mejora en el índice de accidentalidad, sino más bien a la inversa.

TABLA 7: Antigüedad de los vehículos implicados en accidentes con víctimas, en relación con el parque automovilístico existente

ANTIGÜEDAD	Parque implicado en accidentes con víctimas (%)				Parque total existente (%)			
	1985	1989	1993	1994	1985	1989	1993	1994
De 0 a 5 años	49.7	58.4	61.3	56.6	35.9	43.8	44.9	42.6
De 6 a 10 años	30.4	21.9	23.0	27.4	32.0	22.9	22.8	25.9
De 11 a 15 años	16.1	15.0	11.2	11.0	21.6	19.3	15.5	14.2
Más de 15 años	3.8	4.0	4.5	5.0	10.5	14.0	16.8	17.3

En relación al **acondicionamiento de la vía**, los primeros Planes de Seguridad Vial de la Dirección General de Tráfico incluyeron la supresión de intersecciones peligrosas (En X y en T), y la de travesías urbanas peligrosas. A partir de 1986, se elaboró un programa de autovías que mejorara la red vial existente. La ejecución en los últimos años de dicho programa, ha sido el principal factor, a nuestro juicio, de disminución de la accidentalidad en el tráfico. Es muy significativo que sea 1990, año en el que se da un salto cuantitativo en la apertura de autovías, cuando comienza la inflexión a la baja de los accidentes de tráfico. La evolución, desde 1986 a 1994, en la mejora de la red viaria se recoge en la TABLA 8.

TABLA 8: Evolución de la estructura de la red viaria. Datos en kilómetros. Período 1986-1994

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Autopistas y Autovías	2.380	2.542	2.770	3.630	4.601	5.107	6.209	6.577	6.497
Carreteras de doble calzada	684	699	699	447	691	736	779	827	1.251
Otro tipo de carreteras	319.713	320.048	320.289	320.089	319.516	319.643	319.806	320.696	322.918

FUENTE: Dirección General de Tráfico. Planes Nacionales de Seguridad Vial 1990 a 1996.

Si se ponen en relación el número de accidentes con víctimas y los kilómetros de autopistas y autovías puestas en uso en el período 1986 a 1994, se observa asimismo que el descenso de aquellos corre parejo con el incremento de las autovías. Se visualiza dicha relación en el GRAFICO 13.

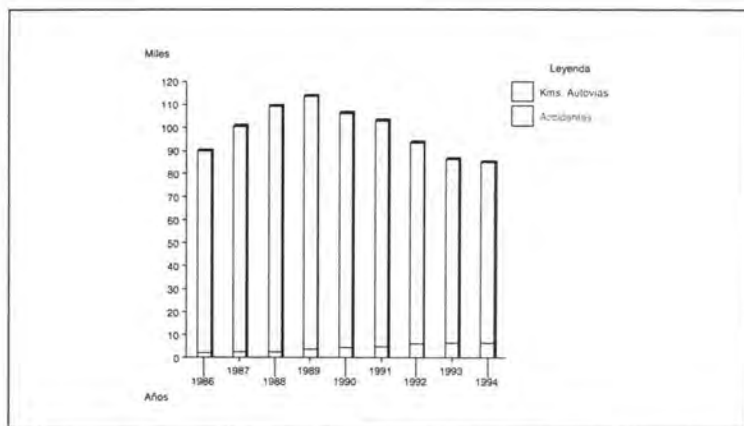


GRAFICO 13: Relación entre kilómetros de autovías puestas en uso y accidentes de tráfico

Se ofrece, por último, un cuadro comparativo entre la accidentalidad en España y en Europa (Unión Europea y los treinta países europeos que componen la Conferencia Europea de Ministros de Transportes), referido al número de víctimas (heridos y muertos). Se refleja en la TABLA 9. Los datos estadísticos se ofrecen a través de índices. Tomando como base de las cifras absolutas correspondientes al año 1979, e igualándolas convencionalmente a 100, puede compararse la evolución experimentada en nuestro país, de 1979 a 1993, en relación con el contexto europeo.

Para una mejor visualización, se trasladan los datos de la TABLA 9 al GRAFICO 14, donde se manifiesta la confluencia a la que actualmente tiende nuestro país respecto del contexto europeo, después de unos años de notorias diferencias.

TABLA 9: *Accidentalidad de Tráfico en España y en Europa*

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

	1979	1983	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
España	119.755 = 100	97.6	119.0	133.0	143.0	147.5	135.6	129.6	113.5	103.2
Unión Europea	1.771.982 = 100	96.0	92.9	91.3	95.5	95.0	94.4	96.9	95.2	96.6
C.E.M.T. (1)	2.020.351 = 100	96.7	95.5	94.1	98.2	98.4	108.5	105.9	105.1	101.1

(1) Países de la Conferencia Europea de Ministros de Transportes

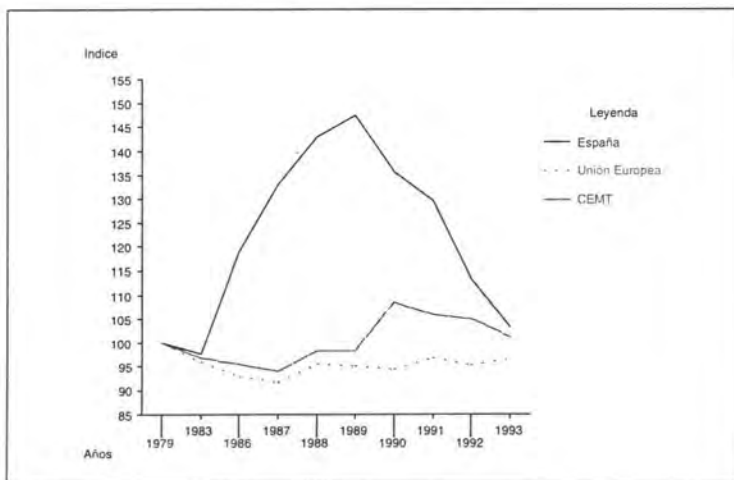


GRAFICO 14: *Índice de accidentalidad de tráfico en España con relación a Europa*

1.4.2. Presupuesto destinado a prevención de deficiencias

El presupuesto constituye siempre un indicador básico para analizar las realizaciones en cualquier tipo de materia. Por esta razón se hace a continuación una breve alusión al mismo.

Como anotación previa, ha de decirse que no tenemos todos los datos que serían necesarios para poder juzgar acerca del montante económico que se ha destinado a la prevención en las dos últimas décadas. La razón es muy sencilla: los costes están repartidos en distintas secciones y conceptos, algunos de los cuales -gastos en personal, inversiones, etc.- son de muy difícil conocimiento, al estar comprendidos en los gastos generales del sistema sanitario, inversiones en carreteras, medidas generales de seguridad en el trabajo, etc. Será posible determinarlo cuando, especialmente en la esfera sanitaria, se configure el programa de prevención de deficiencias como programa presupuestario diferenciado, con imputación de los gastos de todo tipo que le correspondan. Es evidente que lo antes afirmado responde a un *desideratum*, y no pasa por el momento de ser una utopía, teniendo en cuenta la multiplicidad de centros territoriales existentes.

Como dato parcial se ofrece, no obstante lo dicho anteriormente, las subvenciones finalistas que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha concedido en el periodo 1981-1996 para programas, total o parcialmente, de prevención médica. Figuran en la TABLA 10. También sobre ella ha de hacerse una salvedad: en modo alguno recoge la totalidad de gastos referidos a dichos programas, pues éstos no se financian exclusivamente por el Estado, sino también por las Comunidades Autónomas, en mayor o menor medida, desde que asumieron competencias en materia de sanidad. De la mencionada TABLA se desprende que los créditos presupuestados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, destinados estrictamente a prevención de deficiencias, han sido escasos.

Durante los años 1981-1982 se mantienen las dotaciones presupuestarias del antiguo Plan Nacional de la Subnormalidad, porque, aun desaparecido éste, los créditos continuaron subsistentes en el Ministerio de Sanidad para la financiación de medidas preventivas. Se produce una modificación importante, en 1983, y será más acusada todavía desde el año 1984 a 1989, durante los cuales se observa cómo créditos establecidos en su origen para el programa de detección neonatal de metabopatías se destinarán al de orientación y planificación familiar. A partir de 1990, las subvenciones se destinan al programa de Salud materno-infantil, nueva denominación en la que progresivamente se englobarán programas específicos anteriores. Es muy significativo el descenso de las subvenciones en el último quinquenio. Pero tiene su explicación: los cambios en la financiación de las Comunidades Autónomas, mediante una mayor participación en tributos cedidos por el Estado o bien por asignaciones presupuestarias directas contenidas en los Presupuestos Generales del Estado, motivaron un acusado descenso en las subvenciones finalistas del Estado a aquéllas. Por esa razón el cuadro de la TABLA 10 tiene un carácter bastante relativo.

TABLA 10: Subvenciones finalistas del Ministerio de Sanidad y Consumo para programas, total o parcialmente, de prevención médica

PROGRAMA	DOTACIONES PRESUPUESTARIAS (Millones)							
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Diagnóstico prenatal							75	150
Diagnóstico neonatal			393	251	658	592	250	100
Atención al embarazo			200	200	154		40	200
Orientación familiar			500	1.500	908	1.147	1.075	1.075
Malformaciones congénitas				74	79	75	17	24
TOTALES	1.100	1.100	1.093	2.025	1.799	1.814	1.457	1.549

PROGRAMA	DOTACIONES PRESUPUESTARIAS (Millones)							
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Diagnóstico prenatal	154							
Diagnóstico neonatal	100							
Atención al embarazo	200							
Orientación familiar	1.112			7				
Salud materno-infantil		1.056	988	175	173	173		
Malformaciones congénitas	24	24	24	24	24	10	10	9
TOTALES	1.590	1.080	1.012	206	197	183	10	9

FUENTE: Elaboración propia, sobre datos de los Presupuestos Generales del Estado y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1.4.3. Promoción de la prevención de deficiencias

Se hace en el presente epígrafe brevísimas alusión a dos acciones, entre otras varias, impulsadas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, relacionadas con la educación en la prevención de deficiencias: los *Cursos de Prevención de Deficiencias*, y el Programa «Para que nazca sano».

Los *Cursos sobre Prevención de Deficiencias* son impartidos por el Real Patronato en colaboración con Entidades públicas y privadas. Comenzó esta actividad en el año 1989, con la finalidad de transmitir a los profesionales de los ámbitos sanitario, de servicios sociales y de la educación, los contenidos básicos de la prevención de deficiencias. Pero su objetivo era todavía más ambicioso: crear foros de profesionales interesados en la prevención, conocer e intercambiar con ellos experiencias, tomar contacto con entidades e instituciones, especialmente del ámbito sanitario, en orden a impulsar iniciativas tendentes a la organización administrativa de la prevención. Ambos fines se están cumpliendo con creces, y la evaluación de esta actividad ha de considerarse como muy positiva. Los contenidos del Curso están publicados por el Real Patronato⁴². La relación de Cursos impartidos se encuentra en la TABLA 11.

⁴² *Curso sobre Prevención de Deficiencias*, Colección Documentos, nº 33/92, Madrid, 1992. De próxima publicación una nueva edición actualizada.

TABLA 11: Aplicaciones del Curso sobre Prevención de Deficiencias

FECHA	LUGAR	ENTIDAD COLABORADORA
Noviembre 1989	Madrid	Dirección Provincial del INSERSO
Septiembre 1990	Santiago de Compostela	Dirección General de Servicios Sociales de la Xunta de Galicia
Diciembre 1990	Madrid	
Junio 1991	Santander	Facultad de Medicina de Cantabria
Octubre 1991	Barcelona	Consortio de Hospitales de Barcelona
Octubre 1991	Teruel	Colegio Oficial de ATS de Teruel
Noviembre 1991	La Coruña	Servicio Gallego de Salud
Mayo 1992	Logroño	Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de La Rioja
Junio 1992	Alicante	Hospital General de Alicante
Diciembre 1992	Palma de Mallorca	Consejería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Balear
Octubre 1993	Medina del Campo	Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León
Marzo 1993	Barcelona	Escuela Universitaria de Trabajo Social y Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad
Noviembre 1993	Huesca	Colegio Oficial de Médicos de Huesca
Diciembre 1993	Murcia	Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de Murcia
Mayo 1994	Barcelona	Escuela Universitaria de Trabajo Social y Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad
Marzo 1995	Madrid	
Junio 1995	Avilés	Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia
Octubre 1995	Medina del Campo	D. General de Salud Pública de la Junta de Castilla y León
Diciembre 1995	Jerez de la Frontera	AFANAS y Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Jerez de la Frontera
Febrero 1996	Sevilla	Facultad de Medicina de Sevilla y Hospital Virgen Macarena
Abril 1996	Granada	Delegación Provincial de Educación y Ciencia
Mayo 1996	Málaga	Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental, Sección de Pediatría Extrahospitalaria
Junio 1996	Madrid	Escuela Nacional de Salud
Octubre 1996	Oviedo	Instituto Asturiano de Administración Pública «Adolfo Posada»
Octubre 1996	Barcelona	Escuela Universitaria de Trabajo Social

El Programa «Para que nazca sano», del Real Patronato también, se inició en 1993, en colaboración con la Fundación 1.000. Se inscribe plenamente en el ámbito de la educación para la salud. Hace insistencia primordial en la prevención preconcepcional de los factores de riesgo que tiene la mujer embarazada y el contorno que la rodea. La difusión de este programa por medio de un folleto, con el mismo título que el programa, pero sobre todo de forma

personalizada a través de «promotores de salud», personas que solicitan información sobre el folleto y voluntariamente se encargan de transmitir sus contenidos a la población a la que atienden; gran parte de ellos se inscriben en los Cursos sobre Prevención de Deficiencias antes citados. La promoción se hace también a través de personas presentes en los medios de comunicación social.

Como datos de realización del programa se ofrecen los siguientes. Han sido editados hasta la fecha 23.000 folletos divulgativos del programa. Además de las Convenciones Anuales, en las que se cita a los «promotores de salud», se han celebrado reuniones específicas con distintos grupos: 8 en 1994, 4 en 1995, y 3 en 1996. En la actualidad existen 224 «promotores de salud».

1.4.4. Conclusión

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

Esta tarea entraña bastante dificultad, por la enorme dispersión de recursos existentes, en ocasiones poco coordinados entre sí. Quizás el medio más apropiado deba ser un estudio empírico, sobre la base de técnicas de muestreo, que nos aproxime a la realidad actual. En este sentido debe mencionarse el estudio experimental realizado bajo la dirección de Jesús M. DE MIGUEL⁶³, en el que se agrupan las distintas actividades de prevención de deficiencias en veinte factores de riesgo: orientación y asesoramiento genético, consejo genético y diagnóstico prenatal, interrupción del embarazo, atención al embarazo, atención al parto, atención al recién nacido y diagnóstico neonatal, organización neonatal, programas de vacunaciones, patologías transmisibles, conductas de higiene y salud, vigilancia de factores socio-biológicos, factores psico-sociales, grupos concretos de población (marginados), deficiencias de causa múltiple, accidentes y enfermedades en el deporte, prevención medio-ambiental, prevención de tráfico y viaria, accidentes en el hogar y familiares, accidentes de ocio, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

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

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

⁶³ DE MIGUEL, J.M., COLLADO, A., DOMINGUEZ-ALCON, C., *Las estructuras de la prevención de deficiencias*, Estudio realizada por encargo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1991.

Cerramos esta exposición con la referencia, obligada, al *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad*, elaborado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales⁶⁴. Dedicamos su primera parte a la *Promoción de la salud y Prevención de deficiencias*, estableciendo objetivos, medidas de actuación y organismos responsables en torno a cinco ámbitos generales: programas de salud materno-infantil y de prevención de deficiencias e inadaptaciones infanto-juveniles; programas de salud escolar y de prevención de deficiencias e inadaptaciones infanto-juveniles; programas de seguridad vial y de prevención de accidentes de tráfico; programas de salud laboral y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; y programas de salud del adulto y del anciano y prevención de enfermedades crónicas invalidantes. Concibe la prevención en sentido extensivo, más bien como promoción de la salud. Ojalá que sus propuestas, necesariamente genéricas, sean articuladas por las Administraciones competentes en sistemas estructurados y coordinados entre sí para que algún día se hable menos de las deficiencias y discapacidades, sencillamente porque su frecuencia sea menor gracias a una decidida política preventiva. Esa es la ilusión de quienes, desde hace tiempo ya, creemos en la prevención.

⁶⁴ *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid, 1996.

2. DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

MANUEL AZNAR LÓPEZ,
con la colaboración de CARLOS EGEA GARCÍA

2.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS

La situación del diagnóstico y la valoración en el año que se toma como punto de partida para la realización de este balance estaba caracterizada por la multiplicidad de los órganos encargados de esta tarea y por su mutua falta de conexión.

Así, en el ámbito del sistema de Seguridad Social estaban establecidas las Comisiones Técnicas Calificadoras, órganos de carácter provincial que, con independencia técnica, llevaban a cabo la evaluación de la invalidez permanente protegida por dicho sistema, además de emitir dictámenes sobre la incapacidad para el trabajo exigida para el reconocimiento de la condición de beneficiario o para causar derecho a determinadas prestaciones. Estas Comisiones estaban compuestas por un funcionario de la Administración Civil del Estado, con título de licenciado en derecho, que actuaría como presidente, y por seis vocales, que serían, más en concreto, un inspector de trabajo, un vocal electivo de los órganos de gobierno del Mutualismo Laboral, otro vocal electivo del Consejo de Trabajadores de la Organización Sindical y tres vocales médicos, procedentes de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, de la Organización Médica Colegial y de la Organización Sindical, siendo secretario un funcionario del Mutualismo Laboral. La Comisión Técnica Calificadora Central estaría presidida por un magistrado de trabajo e integrada por seis vocales de procedencia similar a la citada.

El reconocimiento y la calificación de la minusvalía, a los efectos previstos en el Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos y disposiciones concordantes, así como en la legislación de protección a las familias numerosas, estaban atribuidos a las Unidades Provinciales de Valoración, integradas por una serie de especialistas médicos, así como por un psicólogo y por expertos en asistencia, formación y empleo.

El reconocimiento y el dictamen médico, previo a la declaración de "subnormalidad" por parte de los Consejos Provinciales del Instituto Nacional de Previsión, a los efectos de las prestaciones del Servicio Social de Asistencia a Subnormales y de los beneficios previstos en la legislación de protección a las familias numerosas, era llevado a cabo por los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica de la Dirección General de Sanidad, de los que formaba parte la inspección de servicios sanitarios de la Seguridad Social. Sin embargo, cuando se trataba de supuestos de oligofrenia o de parálisis cerebral, estos centros se limitaban a efectuar el reconocimiento y a emitir un informe médico, correspondiendo el dictamen a las Unidades Clínicas Regionales de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, las cuales estaban compuestas por un pediatra, un psiquiatra infantil, un neurólogo, un psicólogo, un especialista en pedagogía terapéutica y un representante de la Sanidad Nacional.

Por último, en el campo educativo, la Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, de 4 de agosto de 1970, había previsto, en consonancia con lo que se manifestaba al respecto en el denominado "Libro blanco de la reforma educativa" (*La educación en España. Bases para una política educativa*, 1969), el establecimiento de medios para el diagnóstico de los alumnos que precisaban educación especial. Lo dispuesto en esta ley contaba con algunos antecedentes, como era la atribución del diagnóstico y orientación a los centros de diagnóstico y orientación terapéutica del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y a los demás servicios de la Dirección General de Sanidad, al Dispensario Central de Medicina Escolar, al Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica y a otros centros que fueran autorizados para ello (Decreto 1219/1965, de 13 de mayo), o la asignación de las citadas funciones al mencionado Instituto (Decreto 1821/1967, de 20 de julio).

En el periodo de tiempo que transcurre desde 1976 hasta 1982, en que se aprueba la Ley de Integración Social de los Minusválidos (en adelante, LISMI), se producen una serie de novedades dignas de mención.

En efecto, en primer lugar, las Comisiones Técnicas Calificadoras fueron suprimidas por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre. No obstante, subsistieron transitoriamente hasta el año 1982, si bien sus competencias quedaron restringidas a la emisión de propuestas vinculantes.

De otra parte, la creación de los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales contribuyó a simplificar la estructura de los órganos de valoración y calificación. Con anterioridad, la pluralidad derivada de la existencia de la "minusvalía" y de la "subnormalidad" pretendía ser compensada, hasta cierto punto, a través de la posibilidad de que las Unidades Provinciales de Valoración homologaran las declaraciones de la segunda de las condiciones citadas, a efectos del reconocimiento de la primera de ellas, homologación que se extendía también a las declaraciones de la situación de invalidez permanente protegida por la Seguridad Social. Atribuidas a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales (Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio) las declaraciones de la condición de beneficiario por situaciones de subnormalidad y el reconocimiento de la aportación económica de la Seguridad Social por tal condición, y la declaración de la condición de beneficiario a los efectos de las medidas previstas en favor de los minusválidos, así como la homologación, a ambos efectos, de las declaraciones de invalidez permanente protegida por la Seguridad Social, la emisión de los dictámenes en que habrían de fundamentarse las indicadas declaraciones fue encomendada a los referidos Equipos de Valoración y Orientación (Orden de 5 de enero de 1982), integrados por un médico rehabilitador, un psicólogo y un trabajador social, los cuales podrían asimismo realizar dictámenes y valoraciones sobre beneficiarios de prestaciones gestionadas por otros organismos, en los casos en que así se estableciese por norma o mediante concierto. Estos dictámenes incluirían el diagnóstico sobre el estado médico-funcional y las características de la personalidad y aptitudes, la valoración de la situación personal y del entorno socio-familiar, la orientación sobre las posibilidades de rehabilitación y la calificación de la presunta minusvalía.

En el ámbito educativo, resulta preciso mencionar la implantación, con carácter experimental, de un Servicio de Orientación Escolar y Vocacional (Orden de 30 de abril de 1977), al que se encomendó la localización y el diagnóstico de los alumnos que necesitaran educación especial, en coordinación con el Instituto Nacional de Educación Especial, así como la coordinación entre los Institutos de Orientación Educativa y Profesional y el citado Instituto Nacional de Educación Especial, al objeto de realizar una orientación especializada (Real Decreto 2689/1980, de 21 de noviembre).

La última referencia sobre la situación anterior a la LISMI debe ser hecha al régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, en cuyo marco se estableció, apenas un mes antes de que fuera aprobada dicha ley, que mientras no se estableciera un sistema general de valoración por equipos multiprofesionales, las calificaciones se realizarían por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, así como mediante los sistemas de diagnóstico del Ministerio de Educación y Ciencia.

En términos generales, la situación del diagnóstico y de la valoración con anterioridad a la Ley de Integración Social de los Minusválidos parecía ser más satisfactoria en los ámbitos de la invalidez protegida por la Seguridad Social y de los servicios sociales de la misma que en el campo educativo, si se atiende a las referencias contenidas en diversos documentos. Así, a la altura del año 1977, se reclamaba la creación, dentro del sistema escolar ordinario,

de las instituciones psicopedagógicas necesarias para atender a los escolares con diferentes géneros de problemas, debiendo contarse para ello, entre otros recursos, con departamentos de diagnóstico y orientación psicopedagógica, y se resaltaba la necesidad de disponer de una red para atender al diagnóstico y a la orientación terapéutica (*Subnormales, minusválidos y enfermos psíquicos. Documento para una alternativa democrática*, 1977). Sin embargo, la nota más destacada era la multiplicidad de los órganos de valoración, que provocaba repetidas molestias a los interesados, obligados a sufrir repelidos reconocimientos, circunstancia que tan sólo era parcialmente mitigada por la posibilidad de homologar, a los efectos a acceder a determinados beneficios, algunas de las valoraciones ya realizadas.

2.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRÍTICA

Las disposiciones de la LISMI sobre el diagnóstico y la valoración pretenderán salir al paso de esta multiplicidad inconexa:

Para ello, la LISMI pretenderá aplicar el criterio de la unidad en el plano orgánico, previendo al efecto la existencia de equipos multiprofesionales, a los que se atribuirá la finalidad de asegurar una atención de carácter interdisciplinar, siéndoles encomendadas las funciones relativas a la emisión de un informe diagnóstico, a la orientación terapéutica, a la valoración y calificación, determinando el tipo y grado de disminución, y al seguimiento y la revisión. No obstante, al lado de estas funciones genéricas, se encuentran dispersas a lo largo del articulado de la LISMI referencias a otras funciones concretas, relativas a diversos aspectos. Así, en el ámbito educativo, se les encomienda la elaboración de las orientaciones pedagógicas individualizadas y el seguimiento y la evaluación de la integración en las actividades educativas; en el campo de la rehabilitación profesional, la realización de un informe con vistas a la orientación profesional; en relación con la integración laboral, la emisión de un dictamen vinculante sobre las condiciones personales de aptitud para el ejercicio de las funciones asignadas a los distintos cuerpos de funcionarios, a efectos de la participación en las correspondientes pruebas selectivas, la actuación coordinada con las oficinas de empleo para la colocación de los trabajadores minusválidos, la confección de un registro de los citados trabajadores y la adecuación entre las condiciones personales y las características del puesto de trabajo, la determinación de las posibilidades de integración y de la capacidad de trabajo, para el acceso a un centro especial de empleo o a un centro ocupacional, y la revisión periódica de los trabajadores minusválidos empleados en los centros especiales de empleo, al objeto de impulsar su promoción.

El criterio de unidad antes referido se refleja, de otro lado, en los criterios a utilizar en la valoración y los efectos de la misma. De este modo, la LISMI dispuso que las valoraciones y calificaciones de los equipos multiprofesionales responderían a criterios técnicos unificados y tendrían validez ante cualquier organismo público.

Las disposiciones de la LISMI sobre el diagnóstico y la valoración se completan con la previsión relativa a la integración de las unidades de valoración existentes en los equipos multiprofesionales, debiendo quedar disipadas las posibles dudas que pudiera ofrecer el significado del precepto, acerca de si la referencia debería entenderse hecha de modo específico a las Unidades Provinciales de Valoración o, por el contrario, a cualquier órgano con competencia en materia de diagnóstico, valoración y calificación en todos los aspectos regulados en la Ley, en el segundo de los sentidos expresados, en consonancia con el criterio de unidad que inspiraba los preceptos legales.

Por último, la LISMI contenía una previsión de carácter temporal sobre la implantación de los equipos multiprofesionales, al fijar un plazo de dieciocho meses para la determinación reglamentaria de la composición y funcionamiento de los equipos multiprofesionales.

Con la perspectiva que ofrece el transcurso de casi quince años desde que la LISMI fuera aprobada, pueden realizarse dos tipos de consideraciones a modo de crítica: De una parte, el legislador no previó las consecuencias del nuevo modelo autonómico de la organización territorial del Estado, que parecía oponerse al criterio de unidad que pretendía inspirar la ley; y, de otro, incluso dentro de una misma Administración territorial, no se valoró suficientemente la tendencia de cada sector administrativo a dotarse de estructuras privativas.

2.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES

El artículo 10 de la LISMI estableció un plazo de dieciocho meses para la determinación por vía reglamentaria de la composición y funcionamiento de los equipos multiprofesionales. Pues bien, ha de significarse que este plazo debe estimarse incumplido, ya que las disposiciones dictadas con posterioridad en este campo no pueden considerarse estrictamente como normas de desarrollo de la LISMI. Esta constatación no ha ser, sin embargo, óbice para dejar constancia de la referencia a los equipos multiprofesionales que se recoge en las normas de desarrollo de algunos preceptos concretos de la LISMI. Así, pueden citarse, en este sentido, el Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, que regula los centros ocupacionales, el cual alude a la necesidad de disponer de una resolución motivada de los equipos multiprofesionales como requisito para integrarse en un centro ocupacional; el Real Decreto 2373/1985, de 4 de diciembre, que aprobó el reglamento de los centros especiales de empleo, donde se incluye una previsión similar; el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los centros especiales de empleo, donde se encomiendan a los equipos multiprofesionales diversas funciones; y el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, que reguló el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos, donde se prevé que el Instituto Nacional de Empleo solicite de los equipos multiprofesionales el informe sobre la adecuación del puesto de trabajo a la minusvalía de los trabajadores.

De otra parte, se han dictado, desde que la LISMI fuera aprobada, diversas normas en materia de diagnóstico y valoración, tanto de ámbito nacional, como de ámbito autonómico, en los distintos sectores de la acción administrativa, a las que seguidamente se hace referencia

A) En el sector educativo

En el ámbito educativo, la Orden de 9 de septiembre de 1982 reguló la composición y funciones de los Equipos Multiprofesionales del Instituto Nacional de Educación Especial, haciendo, sin embargo, caso omiso de los preceptos de la LISMI sobre diagnóstico y valoración, al establecer una estructura específica en el indicado ámbito. La referida Orden atribuyó a estos equipos la acción preventiva, la detección precoz, la valoración pluridimensional, la elaboración de programas de desarrollo individual y su seguimiento, y la contribución a la elaboración del diseño del cuadro de necesidades concretas en el sector. Estos equipos, que deberían colaborar con el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional y con el Instituto de Psicología Aplicada y Orientación Escolar, estarían integrados por dos pedagogos, dos psicólogos, un médico, dos trabajadores sociales y un auxiliar administrativo, correspondiendo su dirección al inspector ponente provincial de educación especial.

Por su parte, el desarrollo del Real Decreto 2689/1980, de 21 de noviembre, sobre los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, fue realizado por Orden de 28 de septiembre de 1982, la cual se limitó a reseñar la necesidad de que se llegase a un acuerdo entre las respectivas Direcciones Generales para establecer la coordinación con el Instituto Nacional de Educación Especial.

La educación especial fue objeto de una nueva regulación por el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo. Este Decreto encomendó a los equipos multiprofesionales existentes, así como a otros que pudieran ser habilitados para ello, las funciones de valoración y orientación hasta tanto se produjera el desarrollo normativo de los preceptos relativos a esta materia. En este sentido, este Real Decreto especificaba que lo dispuesto en el mismo acerca de la valoración y orientación educativa se entendería sin perjuicio de lo que en su momento se estableciera en desarrollo del artículo 10 de la LISMI. Asimismo determinó las actuaciones que comprenden la valoración y la orientación, las cuales, con la adición de las relativas a la orientación técnico-pedagógica para la aplicación de los programas de desarrollo individual y la orientación a los padres, venían a coincidir con las funciones ya atribuidas a los Equipos Multiprofesionales. Se preveía, de otra parte, la composición flexible de los equipos que debían desarrollar las citadas funciones. En todo caso las funciones de valoración y orientación serían desarrolladas por pedagogos, psicólogos, médicos y trabajadores sociales, quienes deberían realizar la evaluación pluridimensional de cada alumno, al objeto de determinar la procedencia de la educación especial.

En cuanto a la orientación en el ámbito de los centros escolares, pueden citarse los programas de intervención psicopedagógica y orientación educativa, convocados, con carácter experimental, en centros de educación general básica (Ordenes de 25 de febrero de 1988, 28 de marzo de 1989, 19 de febrero de 1990 y 21 de marzo de 1991), y los programas de orientación convocados en centros de enseñanzas medias (Ordenes de 4 de junio de 1987, 25 de febrero de 1988, 28 de marzo de 1989 y 19 de febrero de 1990). Normas sobre planificación de la educación especial y programa de integración (Ordenes de 2 de enero de 1989 y 15 de enero de 1990) otorgaron a los centros autorizados para llevar a cabo la integración de alumnos con necesidades educativas especiales preferencia para crear en el propio centro el servicio de apoyo psicopedagógico y orientación educativa.

Se llega así a la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, la cual previó la creación de servicios especializados para llevar a cabo la atención psicopedagógica y la orientación educativa y profesional, indicando, además, que la identificación y valoración de las necesidades educativas especiales debería realizarse por equipos integrados por profesionales de distintas cualificaciones.

Por su parte, el Real Decreto 986/1991, de 14 de junio, que aprobó el calendario de aplicación de la nueva ordenación del sistema educativo, dispuso que las administraciones educativas procederían a la creación progresiva de servicios especializados de orientación educativa, psicopedagógica y profesional.

La trayectoria de la regulación de la valoración en el ámbito educativo desembocará en la Orden de 9 de diciembre de 1992, que autorizó la creación de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, en los que quedarían integrados los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional y los Equipos Multiprofesionales para la Educación Especial. En consonancia con esta integración, la referida Orden derogó las de 30 de abril de 1977 y 9 de septiembre de 1982, que regulaban estos servicios y equipos.

A tenor de la citada disposición, los nuevos Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica tendrían carácter interdisciplinar, estando constituidos por psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales, así como, en su caso, por maestros especializados en lenguaje y audición. Al frente de cada equipo existiría un director, nombrado a propuesta de los integrantes del mismo. La función atribuida a estos equipos consistiría en la prestación de asesoramiento y apoyo al sistema escolar. Junto a los equipos de carácter general, podrían existir equipos especializados para la orientación y atención educativa temprana y para la orientación y atención educativa a alumnos con discapacidades específicas. Se preveía, por último, la organización sectorial de los Equipos, siguiendo para ello criterios de índole demográfica, geográfica y pedagógica y teniendo en cuenta su coordinación con los centros de profesores y con la inspección de educación.

Conforme a lo anterior, la sectorización de los tres tipos de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica —Generales, de Atención Temprana y Específicos— fue realizada por Orden de 7 de septiembre de 1994, rectificada por otra de 14 de noviembre del mismo año.

La simplificación de la estructura orgánica de la valoración en el campo educativo culminará en el Real Decreto 559/1993, de 16 de abril, que suprimió los Institutos de Orientación Educativa y Profesional y derogó el Real Decreto 2689/1980, de 21 de noviembre, que los regulaba.

El Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, reguló la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales, encomendando a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica la realización de la evaluación psicopedagógica para la escolarización de estos alumnos, así como el seguimiento y apoyo de su proceso educativo. Esta disposición consolida la clasificación de los dispositivos en Equipos Generales, Equipos de Atención Temprana y Equipos Específicos, definiendo sus funciones. De este modo, a los Equipos Generales corresponderá realizar la evaluación psicopedagógica y prestar asesoramiento y apoyo a los centros de educación infantil y primaria y a los centros de educación especial; a los Equipos de Atención Temprana se les atribuye la detección precoz de las necesidades educativas especiales y la orientación y apoyo a los padres, funciones que, en su caso, también podrían llevar a cabo los Equipos Generales; y a los Equipos Específicos se les asigna la prestación de apoyo especializado a las otras clases de equipos, así como a los Departamentos de Orientación de los institutos de educación secundaria.

Las propuestas de escolarización de estos alumnos se fundamentarán en la evaluación psicopedagógica y estarán sujetas a seguimiento y a revisión periódica. Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica o los Departamentos de Orientación llevarán a cabo la evaluación psicopedagógica, el asesoramiento y el apoyo para realizar las adaptaciones curriculares que precisen estos alumnos.

El mencionado Decreto 696/1995, de 28 de abril, había encomendado asimismo a los Departamentos de Orientación la prestación de una atención especial a la identificación de las necesidades educativas y al seguimiento del proceso educativo de los alumnos con necesidades educativas especiales escolarizados en centros que impartan educación secundaria obligatoria. Las funciones de estos Departamentos habían sido anteriormente determinadas por el Real Decreto 929/1993, de 18 de junio, que aprobó el reglamento orgánico de los institutos de educación secundaria, disposición derogada a su vez por el Real Decreto 83/1996, de 26 de enero, que aprobó el nuevo reglamento de estos institutos, donde se recoge asimismo la composición y funciones del referido Departamento. No obstante, durante la vigencia del primero de estos reglamentos, las órdenes de 16 de febrero de 1993 y 21 de marzo de 1994, que ampliaron el programa para la integración de

alumnos con necesidades educativas especiales en centros docentes que impartieran el segundo ciclo de educación secundaria obligatoria —el cual había sido establecido con carácter experimental por Orden de 16 de noviembre de 1990 y continuado por Orden de 16 de diciembre de 1991— determinaron que los centros seleccionados, que contasen con cuatro o más unidades en cada uno de los cursos, deberían disponer de un Departamento de Orientación, al objeto de dar respuesta educativa a los alumnos con problemas de aprendizaje o que necesitaran programas individualizados de diversificación curricular.

La referencia a las disposiciones dictadas en el ámbito educativo debe completarse con la cita de la Orden de 14 de febrero de 1996, que reguló el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y estableció los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales. Esta norma encomienda la evaluación psicopedagógica a los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica y a los Departamentos de Orientación de los centros docentes.

La trayectoria más pausada de la evolución normativa en el ámbito nacional contrasta con la mayor celeridad de las Comunidades Autónomas en la adopción de medidas para simplificar el panorama de los órganos de valoración en el campo educativo, para lo cual establecieron dispositivos específicos a los que encomendaron las funciones de diagnóstico y valoración.

Así, el mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor racionalidad organizativa fueron los propósitos declarados que perseguía, en Andalucía, el Decreto 238/1983, de 23 de noviembre, que creó Equipos de Promoción y Orientación Educativa, suprimiendo los Equipos Multiprofesionales y los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, cuyos componentes, junto con los de los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional, pasaron a integrarse, conforme dispuso la Orden de 25 de noviembre de 1983, en los nuevos Equipos. Estos, de otra parte, tendrían carácter provincial y comarcal y desarrollarían funciones de apoyo al profesorado, de orientación vocacional y profesional de los alumnos y de diagnóstico para la rehabilitación y la integración de aquellos, a cuyo efecto realizarían, entre otras actuaciones, las relativas a la detección temprana de los trastornos, disminuciones o inadaptaciones, la valoración de la capacidad del alumno y la colaboración con el profesorado en la elaboración y seguimiento de los programas de desarrollo individual.

Con posterioridad, diversas Resoluciones completaron esta regulación y, así, pueden citarse las de 1 de septiembre de 1989, 16 de julio de 1990 y 22 de julio de 1991, de las Direcciones Generales de Educación Compensatoria y Promoción Educativa, de Planificación y Centros y de Ordenación Educativa, que regularon las funciones de los Equipos de Promoción y Orientación Educativa, de los Equipos de Atención Temprana y Apoyo a la Integración y de los Servicios de Apoyo Escolar, así como su organización y funcionamiento. Esta regulación fue seguida de otras disposiciones que, con vigencia para cada uno de los sucesivos cursos escolares, regularon la organización y funcionamiento de estos dispositivos bajo de rúbrica de Equipos de Apoyo Externo (Resoluciones de 26 de julio de 1993, 1 de agosto de 1994 y 13 de julio de 1995).

El Decreto de 23 de noviembre de 1983 fue derogado por el Decreto 213/1995, de 12 de septiembre, que creó Equipos de Orientación Educativa, constituidos por psicólogos, pedagogos, médicos, maestros y, en su caso, trabajadores sociales, y a los que se atribuye, entre otras, la función de realizar la evaluación psicopedagógica de los alumnos con necesidades educativas especiales, pudiéndose crear, cuando las necesidades específicas lo demanden, equipos especializados para la atención educativa de alumnos

con determinadas minusvalías, los cuales desarrollarán sus funciones en coordinación con los Equipos de Orientación Educativa.

Por lo que a la orientación en el seno de los centros escolares se refiere, cabe reseñar que los Decretos 105/1992 y 106/1992, ambos de 9 de junio, por los que se regularon las enseñanzas correspondientes a la educación primaria y a la educación secundaria obligatoria, previeron que los centros docentes dispondrían de un sistema de organización de la orientación psicopedagógica.

Los órdenes de 15 de julio de 1992, 16 de julio de 1993 y 13 de julio de 1994 crearon, con carácter experimental, Departamentos de Orientación y dispusieron que los centros de enseñanzas medias y de educación secundaria autorizados para experimentar la integración de alumnos con minusvalías habrían de contar con dicho Departamento, además de gozar de la atención preferente de los Equipos de Apoyo Externo de la zona.

Por su parte, la Orden de 13 de julio de 1994 reguló, entre otros aspectos, la intervención de los Equipos de Apoyo Externo y de los Departamentos de Orientación en el diseño, desarrollo y aplicación de adaptaciones curriculares en los centros de educación infantil, de educación primaria y de educación secundaria. La Orden de 20 de julio de 1995 reguló, a su vez, la actuación del Departamento de Orientación en el establecimiento de programas individuales de diversificación curricular en centros de educación secundaria obligatoria.

Por Orden de 17 de julio de 1995 se regularon la composición y funciones de los Departamentos de Orientación, a los que, de modo general, se atribuyó la función de impulsar, promover y coordinar las actividades de tutoría y orientación educativa, así como de planificar y evaluar la oferta curricular adaptada y diversificada que puedan necesitar algunos alumnos. Más específicamente, en este marco se encomienda a los Departamentos de Orientación realizar la evaluación psicopedagógica de los alumnos que deban desarrollar programas de diversificación curricular, pudiendo solicitar la colaboración de los Equipos de Apoyo Externo, cuando lo consideren necesario.

En Canarias, el Decreto 157/1986, de 24 de octubre, de ordenación de la pedagogía terapéutica, creó Equipos Psicopedagógicos, en los que quedarían integrados los Equipos Multiprofesionales y el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, estableciéndose asimismo Equipos de Apoyo, dedicados a proporcionar el refuerzo preciso que venga exigido por la ejecución de los programas de desarrollo individual. Esta disposición fue desarrollada por la Orden de 28 de abril de 1989, que reguló la planificación de la educación especial en la Comunidad Autónoma de Canarias, encomendando a los Equipos Psicopedagógicos la valoración y orientación educativa, a cuyo fin les atribuye funciones relativas a la prevención y detección temprana, a la evaluación pluridimensional, a la elaboración de programas de desarrollo individual, a la orientación técnico-pedagógica, a la colaboración en las tareas de orientación a los padres y a la investigación. A su vez, la Resolución de la Dirección General de Promoción Educativa, de 24 de julio de 1990, dictó instrucciones en desarrollo de la Orden, señalando que ningún alumno podría ser adscrito a ninguna modalidad de integración escolar sin el informe preceptivo del equipo multiprofesional. Por su parte, otra Orden, de 13 de agosto de 1990, reguló el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, que pasó a denominarse Servicio Técnico de Orientación Educativa y Profesional, a quien atribuye la atención a los alumnos de los centros públicos no universitarios y que, entre otras, desarrolla funciones relativas a la orientación personal, escolar y profesional del alumnado.

Por Resolución de 6 de agosto de 1992, de la Dirección General de Promoción Educativa, se dictaron una serie de instrucciones sobre educación especial, entre las que figuraban

las relativas al diagnóstico de contenido pluridimensional, necesario para determinar la adscripción a alguna modalidad educativa, derogándose la Resolución de 24 de julio de 1990.

Una Orden de 18 de junio de 1993 estableció la sectorización territorial de los Equipos Multiprofesionales

Más tarde, la Orden de 29 de diciembre de 1994 autorizó la elaboración de un plan de experimentación de Equipos Psicopedagógicos de Sector en niveles no universitarios.

Por Decreto 23/1995, de 24 de febrero, se reguló la orientación educativa, creándose Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos, de carácter multidisciplinario, que desarrollarían su actuación en todos los niveles educativos, a excepción del universitario. Estos Equipos estarían integrados por psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales y maestros especialistas en audición y lenguaje, así como por otros profesionales que fueran necesarios en cada zona. Existirían dos tipos de equipos: Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de Zona y los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos Específicos. En cuanto a los primeros, se les atribuyen, entre otras, las funciones relativas a la valoración de las necesidades educativas especiales de los alumnos. Por su parte, la actuación de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos Específicos tendría carácter complementario, desarrollando, entre otras, funciones relativas al asesoramiento y apoyo a los Equipos de Zona y a la colaboración en la valoración psicopedagógica de los alumnos. Deberá existir al menos un Equipo Específico provincial para atender a cada una de las siguientes necesidades educativas: discapacidades visuales, discapacidades auditivas, trastornos motóricos y trastornos generalizados del desarrollo.

Este mismo Decreto suprime, de otra parte, el Servicio Técnico de Orientación Educativa y Profesional y los Equipos Multiprofesionales, derogando asimismo el Decreto 157/1986, de 24 de octubre.

En el mismo año, el Decreto 286/1995, de 22 de septiembre, reguló la atención al alumnado con necesidades educativas especiales, dedicando uno de sus capítulos a la evaluación e indicando al respecto que la valoración y orientación educativa y psicopedagógica favorecerá la identificación de las necesidades educativas del alumno, para determinar las ayudas pedagógicas que precise.

Por último, por Resolución de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa de 11 de septiembre de 1996, se impartieron instrucciones para el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa de Zona y Específicos en el curso 1996-1997.

En cuanto a la orientación en los centros escolares, la Resolución de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa de 20 de agosto de 1994 determinó que los centros docentes que anticiparan la enseñanza secundaria constituirían un Departamento de Orientación, cuyo ámbito de actuación prioritario sería el correspondiente a la educación secundaria, sin perjuicio de que el centro pudiera, en la medida de sus posibilidades, ampliar dicho ámbito a otros ciclos, niveles o modalidades educativas.

El Decreto 23/1995, de 24 de febrero, antes mencionado, cita, entre los instrumentos para el desarrollo de la orientación educativa y la intervención psicopedagógica, a los Departamentos de Orientación, tanto de los colegios de educación infantil y primaria, como de los institutos de enseñanza secundaria.

También en dicho año, el Decreto 130/1995, de 11 de mayo, que aprobó el reglamento orgánico de los institutos de educación secundaria, se ocupa del Departamento de Orientación, determinando, entre otros aspectos, que el jefe de dicho Departamento formará parte de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de Zona. Por sendas Resoluciones de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa de 27 de julio de 1995, corregida y modificada por otra de 18 de septiembre del mismo año, y de 22 de julio de 1996, que sustituyó a aquella, relativas, respectivamente, a la implantación anticipada del primer y del segundo ciclo de la educación secundaria obligatoria y del bachillerato y al funcionamiento de los centros que imparten dichas enseñanzas, se dictaron normas complementarias sobre los Departamentos de Orientación.

En Cataluña, la Orden de 20 de mayo de 1983 creó Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica, en los que quedarían integrados los Equipos Multiprofesionales y los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional. Los nuevos Equipos tendrían una composición multidisciplinaria, estando constituidos por pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y médicos, y desarrollarían funciones de prevención, detección temprana, valoración de las necesidades educativas especiales y de las posibilidades del alumno, elaboración de programas de desarrollo individual y seguimiento de los mismos, orientación escolar, personal y vocacional, asesoramiento y ayuda técnica al profesorado, y contribución a la realización del diseño del cuadro de necesidades concretas.

Más tarde, la Orden de 5 de julio de 1984, en desarrollo de la disposición adicional segunda del Decreto 117/1984, de 17 de abril, de ordenación de la educación especial para su integración en el sistema educativo ordinario, estableció el procedimiento para la autorización de la intervención de los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica dependientes de instituciones distintas del Departamento de Enseñanza de la Generalidad de Cataluña. Antes, la Orden de 28 de enero de 1983 había previsto el establecimiento de un programa de homologación de equipos psicopedagógicos dependientes de corporaciones locales y otras entidades públicas, determinando los requisitos que deberían reunir para ello.

Por otro lado, sucesivos órdenes de 11 de abril de 1989, 11 de mayo de 1989, 22 de agosto de 1990 y 14 de mayo de 1991 crearon Centros de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos, entre cuyos objetivos se recoge la valoración multidisciplinaria de las necesidades educativas, el seguimiento audiológico y protésico y la garantía de la orientación familiar. Con posterioridad, la Orden de 14 de abril de 1992 creó nuevos Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica y modificó la denominación y el ámbito territorial de algunos de los ya existentes.

Por Decreto 155/1994, de 28 de junio, se regularon los servicios educativos de la Generalidad de Cataluña, recogiendo entre los mismos los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica, los Centros de Recursos Educativos para Deficientes Auditivos y los Centros de Recursos Educativos para otro tipo de disminuciones. Esta disposición define a los Equipos de Asesoramiento y Orientación Pedagógica como servicios educativos de composición multidisciplinaria, que prestan apoyo psicopedagógico a los centros docentes. Se establece para los mismos un ámbito de actuación comarcal, sin perjuicio de su adaptación a zonas con necesidades específicas. Entre las funciones atribuidas a los Equipos se incluyen las relativas a la valoración de las necesidades educativas especiales de los alumnos. Por su parte, los Centros de Recursos para Deficientes Auditivos desarrollan, entre otras, funciones relativas a la colaboración con los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica en la identificación y valoración de las necesidades de los alumnos con disminuciones auditivas y trastornos del lenguaje. De otra parte, se prevé la posibilidad de crear o de suscribir conciertos con

centros de recursos educativos similares a estos últimos, para desarrollar las mismas funciones en relación con otros tipos de discapacidades.

En Galicia, la Orden de 8 de agosto de 1985 creó Equipos Psicopedagógicos de Apoyo, en los se integraron los Equipos Multiprofesionales y los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional. Dichos Servicios desarrollarían funciones de prevención y detección precoz, de valoración pluridimensional de las necesidades y capacidad del alumno de educación especial, de elaboración y seguimiento de programas de desarrollo individual, de dirección o realización de orientación escolar, personal y vocacional, de asesoramiento y ayuda técnica al profesorado, de información a padres, profesores y alumnos, y de colaboración en el diseño de las necesidades concretas del sector. Por su parte, el Centro Gallego de Recursos para la Educación Especial, creado por Decreto 146/1989, de 22 de junio, realizaría, entre otras funciones, la relativa a la elaboración y adaptación de instrumentos de evaluación para el diagnóstico, actuando para ello en coordinación con los Equipos Psicopedagógicos de Apoyo.

El Decreto 320/1996, de 26 de julio, ha regulado la atención a alumnos con necesidades educativas especiales, determinando que las propuestas para la escolarización de estos alumnos y la identificación de los que precisen apoyos y medidas complementarias se efectuará con base en la evaluación psicopedagógica efectuada por los Equipos Psicopedagógicos de Apoyo.

En la misma fecha, el Decreto 326/1996, de 26 de julio, aprobaba el reglamento orgánico de los institutos de educación secundaria, disponiendo la existencia de un Departamento de Orientación en estos centros, al que encomienda diversas funciones en relación con los alumnos con necesidades educativas especiales, viniendo a completar así las que ya le había atribuido el referido Decreto 320/1996.

En Navarra, el Decreto 222/1990, de 31 de agosto, suprimió el Servicio de Orientación Escolar y Vocacional, el Programa de Orientación Psicopedagógica, los Equipos Multiprofesionales y de Atención Temprana y los Servicios de Apoyo Psicopedagógico y Orientación Escolar, estableciendo la Unidad Técnica de Orientación Escolar y Educación Especial, cuyo ámbito de actuación sería el de los centros públicos y privados concertados de nivel no universitario y a la que se encomienda la gestión de los Equipos Psicopedagógicos de Orientación Escolar, Integración y Educación Especial, así como de los correspondientes centros de recursos y apoyo. Esta norma autoriza a la referida Unidad Técnica a organizar sus recursos personales y materiales en Equipos de Orientación Psicopedagógica de Zona, compuestos básicamente por licenciados en psicología y pedagogía, si bien podrían adscribirse asistentes sociales y profesionales de otras disciplinas. Para coordinar la actuación técnica de los Equipos de Orientación Psicopedagógica se establecían los Consejos Técnicos de Orientación Psicopedagógica de Zona. De otra parte, se establecía que los centros educativos que constituían el ámbito de actuación de la Unidad Técnica de Orientación Escolar y Educación Especial contarían con un Departamento de Orientación Psicopedagógica, a través del cual los Equipos de Orientación Psicopedagógica se relacionarían con los centros escolares y del que formaría parte el orientador del Equipo asignado al centro en cuestión. La norma preveía asimismo la posibilidad de crear Centros de Recursos de Educación Especial, lo que fue efectivamente llevado a la práctica por el Decreto Foral 76/1993, de 1 de marzo. Esta disposición, de otro lado, cambia la denominación de la Unidad Técnica de Orientación Escolar y Educación Especial, que pasa a denominarse Unidad Técnica de Orientación Escolar, creándose una nueva Unidad Técnica de Educación Especial. Ante este desdoblamiento, el Decreto Foral 260/1993, de 6 de septiembre, modificó el de 31 de agosto de 1990, antes citado, para adaptarlo a la nueva situación, encomendando a la

Unidad Técnica de Orientación Escolar la gestión de los Equipos de Orientación Psicopedagógica.

La Orden Foral 282/1994, de 20 de junio, que aprobó instrucciones sobre organización y funcionamiento de centros docentes sostenidas con fondos públicos y dependientes de la Administración educativa, determinó que en los institutos de bachillerato y de formación profesional se constituiría, en el mes de septiembre, el Departamento de Orientación, conforme a lo previsto en el Decreto Foral 222/1990, de 31 de agosto. En ese mismo año, por Decreto Foral 186/1994, de 10 de octubre, se aprobó el reglamento orgánico de los institutos de educación secundaria, donde se regulan la composición y funciones del Departamento de Orientación que deberá existir en dichos centros. En años sucesivos, las nuevas normas sobre organización y funcionamiento de centros docentes sostenidos con fondos públicos y dependientes de la Administración educativa (órdenes forales 394/1995, de 16 de junio, y 236/1996, de 14 de junio) han reiterado la constitución, en el mes de septiembre, del Departamento de Orientación en los institutos de educación secundaria.

Por Orden Foral 57/1996, de 20 de febrero, se reguló el procedimiento para la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, contemplándose, entre otros aspectos, el informe de escolarización, que deberá contener la evaluación psicopedagógica. A su vez, se recoge también la información que deberá incluir esta evaluación.

El País Vasco reguló las enseñanzas de educación especial por Orden de 2 de septiembre de 1982, que creó Equipos Multiprofesionales de Apoyo, integrados por un psiquiatra, un psicólogo escolar, un pedagogo, un asistente social y dos terapeutas. Posteriormente, la Orden de 19 de julio de 1983, modificada por otra de 1 de junio de 1984, reguló los Equipos Multiprofesionales de Apoyo al sistema escolar de enseñanza general básica, compuestos por un pedagogo, un psicólogo y un profesor de enseñanza general básica con pedagogía terapéutica.

Al crearse los Centros de Orientación Pedagógica, estos Equipos quedaron extinguidos, en virtud de lo previsto por la disposición transitoria primera del Decreto 154/1988, de 14 de junio, y la Orden de 27 de junio de 1988. Conforme a la primera de estas disposiciones, las funciones correspondientes al área de educación especial serían desempeñadas por equipos multiprofesionales integrados por psicólogos y pedagogos. Más tarde, una Orden de 16 de mayo de 1990 determinó los programas que deberían ser desarrollados por estos equipos.

Puede asimismo citarse el Decreto 9/1990, de 23 de enero, que creó el Centro Especializado de Recursos Educativos del País Vasco, al que atribuye, entre otras, las funciones de elaborar instrumentos de evaluación de las necesidades educativas y de asesorar a los Centros de Orientación Psicopedagógica sobre su aplicación.

También en la Comunidad Valenciana se operó tempranamente la simplificación de los órganos de diagnóstico y valoración en el ámbito educativo. A tal efecto, se aprobó el Decreto 136/1984, de 10 de diciembre, con objeto de integrar en una única estructura los distintos dispositivos existentes. Para ello, esta disposición estableció los Servicios Psicopedagógicos Escolares, en los que quedaban integrados los Equipos Multiprofesionales de Educación Especial, los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional y los Institutos de Orientación Educativa y Profesional. Por Orden de 13 de mayo de 1985 se dispuso que los diagnósticos realizados por los Servicios Psicopedagógicos Escolares tendrían la misma validez que los que efectuaban los Equipos Multiprofesionales, dictándose más tarde, por Orden de 24 de enero de 1986, normas de funcionamiento de los referidos Servicios.

Por Decreto 53/1989, de 18 de abril, se estableció un nuevo marco jurídico de los Servicios Psicopedagógicos Escolares. Esta disposición, que sustituyó al Decreto de 10 de diciembre de 1984, definía a estos servicios como equipos técnico-educativos de composición multiprofesional y acción interdisciplinaria. Su ámbito de actuación se extendería a los centros docentes de todas las modalidades y niveles no universitarios. Se enumeraban las funciones de estos servicios, se preveía su sectorización territorial, se clasificaban los dispositivos en equipos psicopedagógicos escolares de zona y equipos psicopedagógicos escolares de centro, y se determinaba la flexibilidad de su composición, en función de la población escolar a atender, la tipología y número de centros, la especificidad de la intervención de los equipos, su ámbito geográfico de actuación y los recursos existentes. Por último, se establecía la necesidad de que los gabinetes psicopedagógicos que actuaran en centros públicos o privados concertados contaran con autorización previa. Sucesivos órdenes, de 3 de mayo de 1989, 1 de marzo de 1990, 2 de abril de 1991 y 29 de mayo de 1992, se ocuparon de la organización de estos servicios. Asimismo, sendos órdenes, de 14 de febrero de 1990 y 1 de marzo de 1990, regularon, respectivamente, el funcionamiento de aquellos y los requisitos y el procedimiento de autorización de funcionamiento de los gabinetes psicopedagógicos escolares y de homologación de las valoraciones psicopedagógicas a efectos de la determinación de los alumnos con necesidades educativas especiales, quedando derogadas las órdenes de 13 de mayo de 1985 y de 24 de enero de 1986, antes citadas.

La órdenes de 15 de junio de 1990, de 29 de julio de 1991 y de 29 de junio de 1992, que aprobaron, primero, instrucciones sobre la organización y el funcionamiento de los centros de educación preescolar, enseñanza general básica, educación especial, bachillerato y formación profesional sostenidos con fondos públicos, y más tarde también, conforme a la nueva regulación del sistema educativo, sobre los centros de segundo ciclo de educación infantil, primaria y secundaria obligatoria, dictaron normas relativas a las funciones de los Departamentos de Orientación, cuya constitución en los referidos centros había sido prevista por la Orden de 14 de febrero de 1990, antes citada.

A su vez, tanto el Decreto 53/1989, de 18 de abril, como la Orden de 14 de febrero de 1990, fueron derogados por el Decreto 131/1994, de 5 de julio, que reguló los servicios especializados de orientación educativa, psicopedagógica y profesional. Esta disposición atribuye a los referidos servicios el ejercicio de funciones especializadas de orientación, evaluación, intervención educativa y apoyo al sistema escolar, entre las que específicamente figura la de realizar la evaluación y la valoración sociopsicopedagógicas y logopédicas del alumnado, para determinar su escolarización más adecuada y, en su caso, elaborar la propuesta de diversificación curricular o de adaptación curricular significativa, y establece que su ámbito de actuación será el de los centros docentes sostenidos con fondos públicos. Estos servicios, de otra parte, se estructurarán en Servicios Psicopedagógicos Escolares de Sector, Departamentos de Orientación en institutos de educación secundaria y otros servicios especializados sectorizados. Los primeros, cuyo ámbito de intervención comprenderá los centros docentes de educación especial, infantil, primaria y secundaria, sostenidos con fondos públicos, se organizarán en sectores, atendiendo a criterios demográficos, geográficos, pedagógicos y de coordinación con la organización territorial de la inspección de educación, centros de profesores y otros servicios técnicos de apoyo, adecuándose su composición a las necesidades de la población escolar a atender, a la tipología y número de centros, a la especificidad de la intervención, al ámbito geográfico de actuación y a los recursos educativos. Estos servicios estarán compuestos por profesores de enseñanza secundaria de la especialidad de psicología y pedagogía, maestros de educación especial especializados en lenguaje y audición, trabajadores sociales y, en su caso, otros profesionales. Previa consulta a los integrantes del servicio, se nombrará director, por un periodo de tres años, a uno de los

profesores de la especialidad de psicología y pedagogía. Por su parte, los Departamentos de Orientación de los institutos de educación secundaria contarán, al menos, con un profesor de la especialidad de psicología y pedagogía. Por último, el Decreto 131/1994, de 5 de julio, reitera la necesidad de que los gabinetes psicopedagógicos de los centros escolares públicos y de los centros privados concertados cuenten con autorización para poder actuar, previéndose asimismo su coordinación con los servicios psicopedagógicos escolares.

Por Orden de 11 de noviembre de 1994 se aprobaron normas sobre la elaboración del dictamen de escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales, en el que deberá incluirse el informe técnico para la escolarización, realizado por los profesionales de los Servicios Psicopedagógicos Escolares o gabinetes psicopedagógicos autorizados, en las etapas de educación infantil y primaria, o por los Departamentos de Orientación, en la etapa de educación secundaria, y que habrá de contener la evaluación sociopsicopedagógica, las orientaciones específicas para las adaptaciones curriculares y las necesidades de apoyo y tratamiento específico y la propuesta razonada de escolarización. La norma regula asimismo a los elementos que debe incluir la evaluación psicopedagógica.

Una Orden de 10 de marzo de 1995 realizó la regulación de las funciones y de algunos aspectos del funcionamiento de los Servicios Psicopedagógicos Escolares de Sector. Esta disposición atribuye a estos servicios, entre otras, funciones relativas a la coordinación de las actividades de orientación de los centros del sector, a la orientación psicopedagógica, y a la evaluación y valoración sociopsicopedagógicas y logopédicas, a la elaboración del informe técnico para el dictamen de escolarización. Dispone, de otro lado, la coordinación de estos servicios, tanto con los gabinetes psicopedagógicos escolares, como con los Departamentos de Orientación de los institutos de educación secundaria, para garantizar, en este último caso, la continuidad en el proceso de orientación de los alumnos.

En este mismo ámbito educativo, puede también dejarse constancia de la celebración de diversos convenios de cooperación entre el entonces Ministerio de Educación y Ciencia y algunas Comunidades Autónomas, para el desarrollo de la atención temprana y la integración en centros de educación infantil. De acuerdo con estos convenios, el citado Ministerio se comprometía a aportar la colaboración de equipos específicos, una de cuyas funciones estaba referida al diagnóstico, la valoración y la orientación. Así, pueden citarse los convenios suscritos por el repetido Ministerio con la Junta de Castilla y León, la Diputación Provincial de Valladolid y el Ayuntamiento de Valladolid, en fecha 24 de noviembre de 1986 (Resolución de la Dirección General de Coordinación y Alta Inspección de 1 de abril de 1987), con la Comunidad de Madrid, en fecha 8 de octubre de 1987 (Resolución de la citada Dirección General de 27 de octubre de 1987) y con la Comunidad de La Rioja, en fechas 5 de noviembre de 1986 y 3 de diciembre de 1992 (Resoluciones de la repetida Dirección General de 12 de noviembre de 1986 y de 22 de febrero de 1993).

B) En el ámbito de los servicios sociales

El Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema de prestaciones económicas y sociales previsto en la LISMI, preceptúa que en tanto se constituyan los Equipos Multiprofesionales contemplados en el artículo 10 de dicha ley, los dictámenes serían efectuados por los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales. La Orden de 8 de marzo de 1984 estableció el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración a efectos del derecho a las prestaciones que integran el sistema regulado por el Real Decreto antes citado.

Por su parte, tanto el Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, que regula los centros ocupacionales, como el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajan en los centros especiales de empleo —si bien en este último caso con una notoria imprecisión, al aludirse a "las actuales Unidades de Valoración"— atribuyen a los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales las funciones que las disposiciones citadas encomiendan a los equipos multiprofesionales, en tanto estos se constituyan.

Algunas leyes autonómicas de Acción Social o servicios sociales recogen las funciones de diagnóstico y valoración al tratar de los servicios sociales especializados. Así, en Galicia, la Ley 4/1993, de 14 de abril, contempla entre los programas de los servicios sociales especializados en el área de las minusvalías a los de valoración, diagnóstico y calificación (art. 13); en Murcia, la Ley 8/1985, de 9 de diciembre, incluyó entre las funciones encomendadas al Servicio Social de Minusválidos, la relativa al diagnóstico, orientación y valoración, para lo cual podrá promover, crear y, en su caso, gestionar los equipamientos precisos (arts. 32 y 34); y en La Rioja, la Ley 2/1990, de 10 de mayo, cita, al referirse a la actuación en el área de las minusvalías, el diagnóstico y la valoración (art. 8).

Otras normas autonómicas de diversa índole se refieren asimismo a diversos aspectos del diagnóstico y la valoración. Así, a título de ejemplo, puede citarse la Orden de 15 de noviembre de 1982, que constituye, en Cataluña, una norma similar a la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 5 de enero de 1982, antes citada, al atribuir a los servicios territoriales de la Dirección General de Servicios Sociales las funciones que, respecto de la declaración de las condiciones de beneficiario y de la homologación de las situaciones de invalidez permanente protegida por la Seguridad Social, desarrollaban las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, para lo cual encomendaba a los Equipos de Valoración y Orientación de los Centros de Atención a Disminuidos, integrados por médico, psicólogo y asistente social, así como, en su caso, por otros profesionales, la emisión de los correspondientes dictámenes.

Por su parte, en Galicia, la Orden de 28 de mayo de 1986 reguló los Equipos Multiprofesionales de la Dirección General de Servicios Sociales, invocando en su preámbulo de modo expreso la LISMI e indicando que las funciones asignadas a estos Equipos serían las que figuran en el referido texto legal. En consonancia con ello, esta Orden atribuye a los citados Equipos Multiprofesionales las funciones recogidas en el artículo 10 de la LISMI, además de las que desarrollaban los Equipos de Valoración y Orientación, que la Comunidad Autónoma había asumido en el marco del traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Puede hacerse alusión también a la Ley 11/1986, de 19 de diciembre, que atribuyó al Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia funciones de diagnóstico y valoración en los supuestos en que ello pueda generar derechos en el ámbito regional, y al Decreto 257/1986, de 18 de noviembre, que, al regular los servicios sociales para minusválidos del País Vasco, atribuyó a los órganos competentes de los servicios sociales de las Diputaciones Forales, a través de los Equipos Multiprofesionales, el reconocimiento de la condición de minusválido y del grado de minusvalía, la orientación asistencial y el seguimiento y control del proceso rehabilitador e integrador.

Por su parte, las normas sobre régimen de autorización de servicios sociales contemplan los requisitos mínimos que deben reunir los centros y servicios dedicados al diagnóstico y valoración de minusvalías, pudiendo citarse en este sentido, en Cantabria, la Orden de 13 de julio de 1989; en Cataluña, la Orden de 15 de julio de 1987; en Madrid, la Orden 612/1990, de 6 de noviembre; y en Navarra, el Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo.

La normativa autonómica sobre centros ocupacionales también recoge algunas referencias sobre los órganos de diagnóstico y valoración. Así, de forma similar al Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, el artículo 14 del Decreto 113/1988, de 8 de julio, que reguló en Canarias los centros ocupacionales, exige para poderse integrar en estos centros que se disponga de una resolución motivada del Equipo Multiprofesional sobre la necesidad de dicha integración, por no ser posible la misma en una empresa o en un centro especial de empleo, a causa del grado de minusvalía, encomendando, en tanto se constituyan los Equipos Multiprofesionales, sus funciones a los Equipos de Valoración y Orientación de los Centros Base. Por su parte, en Cataluña, la regulación de los centros ocupacionales se efectuó por Decreto 279/1987, de 27 de agosto, cuya disposición transitoria segunda atribuyó a los Equipos de Valoración y Orientación de los Centros de Atención a Disminuidos del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales las funciones que la LISMI asigna a los Equipos Multiprofesionales, mientras no se regule la composición y funciones de éstos en cuanto a la integración laboral. La Orden de 28 de julio de 1992, que desarrolló el Decreto anterior, determinó que las plazas concertadas en centros ocupacionales de titularidad privada serán únicamente cubiertas por quienes hayan sido valorados y declarados como usuarios potenciales de centros ocupacionales por los Equipos de Valoración y Orientación.

C) En el ámbito de la invalidez protegida por el sistema de Seguridad Social

El Real Decreto 2609/1982, de 24 de septiembre, introdujo importantes modificaciones en la evaluación y declaración de las situaciones de invalidez protegidas por la Seguridad Social, al distribuir las competencias en la materia entre las entidades gestoras del sistema. De este modo, se atribuía al Instituto Nacional de la Seguridad Social la declaración de las situaciones de invalidez permanente en sus distintos grados y las contingencias determinantes de las mismas, así como la declaración del nuevo grado de invalidez o su inexistencia, como consecuencia de las revisiones que se realizaran. La resolución correspondería a las Direcciones Provinciales del citado Instituto, previa propuesta de las Comisiones de Evaluación de Incapacidades, que se constituirían en dichas Direcciones Provinciales, estando integradas por el subdirector provincial del repetido Instituto, como presidente, un inspector de trabajo y seguridad social, el jefe de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades y un funcionario del Instituto Nacional de Servicios Sociales, así como por el jefe de la Unidad Administrativa de Invalidez de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que actuaría como secretario.

La emisión de los informes y dictámenes médicos en relación con la disminución de la capacidad de trabajo a efectos de la declaración de invalidez y de su revisión, así como del carácter de la contingencia determinante de aquella, correspondería al Instituto Nacional de la Salud, a través de las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades, cuya estructura fue regulada por Orden de 29 de abril de 1983.

La determinación de la existencia de posibilidad razonable de recuperación, la elaboración y desarrollo del correspondiente programa, el informe sobre la procedencia de la prestación de tratamientos especializados de recuperación no profesional y la emisión de dictámenes técnicos en la materia quedaba atribuida al Instituto Nacional de Servicios Sociales, sin perjuicio de las actuaciones que desarrollaran en este campo las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y las empresas.

El procedimiento aplicable a la evaluación y declaración de las situaciones de invalidez fue aprobado por Orden de 23 de noviembre de 1982.

Más tarde, el Real Decreto 1071/1984, de 23 de mayo, dispuso que la propuesta de la Comisión de Evaluación de Incapacidades contendría, salvo en los supuestos de

irrecuperabilidad evidente, el plazo máximo en que debería efectuarse la primera revisión, determinándose asimismo que en cada una de las sucesivas revisiones se fijaría la fecha de la siguiente.

Así las cosas, el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, acaba con la distribución de las competencias relativas a la valoración y la calificación de la invalidez entre las tres entidades gestoras, al establecer un Equipo de Valoración de Incapacidades en cada Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, unificando así dichas competencias. Estos Equipos estarán integrados, como presidente, por el subdirector provincial de invalidez y, en calidad de vocales, por un médico inspector, un facultativo médico y un inspector de trabajo y seguridad social. La secretaria del equipo corresponderá a un funcionario de la unidad de tramitación de las prestaciones de invalidez. Cuando existan posibilidades razonables de recuperación o el posible incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo se integrarán en los Equipos sendos expertos en recuperación y rehabilitación y en seguridad e higiene en el trabajo.

En desarrollo del citado Real Decreto, por Orden de 18 de enero de 1996 se aprobaron las normas de procedimiento para el ejercicio de las competencias atribuidas al Instituto Nacional de Servicios Sociales en esta materia, así como de las asignadas al Instituto Social de la Marina dentro de su ámbito de actuación.

En cuanto a las prestaciones no contributivas —pensión de invalidez y asignación por hijos minusválidos a cargo—, la disposición adicional primera de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, estableció que el grado de minusvalía se determinará mediante la aplicación de un baremo que sería incluido en las normas de desarrollo de dicha ley. Este desarrollo se produjo mediante los Reales Decretos 356/1991 y 357/1991, ambos de 15 de marzo, los cuales atribuyen la determinación del grado de minusvalía y de la necesidad de ayuda de otra persona a los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales o, en su caso, a los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas que hayan asumido las funciones de dicha entidad gestora. La referida determinación se llevará a cabo mediante la aplicación de los baremos que aprobó la Orden de 8 de marzo de 1984.

D) Otras normas

El Real Decreto 258/1991, de 15 de marzo, por el que se reordena la Organización Nacional de Ciegos Españoles, determina que la misma desarrollará actividades de detección temprana y diagnóstico de la deficiencia visual.

Por su parte, el Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio, modificó la denominación del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, que pasó a llamarse Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Esta disposición acomodó las funciones del Real Patronato a las distintas áreas contempladas en la LISMI, atribuyéndole, entre otras funciones, la promoción y el impulso de las actuaciones en el campo del diagnóstico y la valoración de las minusvalías.

A la vista de lo anterior, es menester, a la hora de hacer alusión a los asuntos pendientes, concluir aseverando que el principal de ellos es precisamente el propio desarrollo de los preceptos de la LISMI en materia de diagnóstico y de valoración. En efecto, los acontecimientos posteriores a la aprobación de la LISMI en esta materia se han producido en un sentido no previsto, ni querido, por dicha ley. En efecto, los preceptos de la LISMI pretendían poner coto a la proliferación de órganos calificadores, a través de su unificación. Definida la rehabilitación como un proceso unitario, este proceso pivotaría

sobre los Equipos Multiprofesionales, que garantizarían la continuidad y la unidad del mismo, proyectando su actuación sobre distintas vertientes del repetido proceso. Sin embargo, esta pretensión se quebró tempranamente a causa de la actuación de la Administración educativa, la cual en la primera disposición que aprobó en el campo del diagnóstico y la valoración —Orden de 9 de septiembre de 1982, que reguló los Equipos Multiprofesionales del Instituto Nacional de Educación Especial— omitió toda referencia a la LISMI, para buscar su apoyo en la normativa anterior a dicha ley (Decreto 1151/1975, de 23 de mayo), si bien es preciso añadir que más tarde pareció querer rectificar esta posición, ya que el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial, subordinó sus previsiones al futuro desarrollo de la LISMI en esta materia. Más respetuoso con los preceptos legales fue, en cambio, el criterio seguido por la Administración social, al encomendar las funciones de valoración a los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales con un cierto sentido de transitoriedad, ya que la atribución se realizaba hasta que se produjera el desarrollo de los preceptos de la LISMI sobre este campo.

Por su parte, la labor normativa desarrollada por las Comunidades Autónomas se produce en una dirección divergente. Por un lado, si el asunto se contempla desde la perspectiva del proceso de rehabilitación, se estableció una estructura privativa de una de sus vertientes, como es la educativa, con lo que se perdió el sentido de unidad del citado proceso, ya que desde esta estructura, por la exclusividad de su campo de actuación no se podrá garantizar ya la continuidad del mismo. Sin embargo, si la cuestión se examina desde la óptica del sistema educativo, se observa la cristalización de la tendencia hacia la integración y unificación de los distintos dispositivos que, dentro de este sector administrativo, desarrollaban funciones de orientación y valoración. Junto a ello, se produce también la propensión a ir más allá de la educación especial y del apoyo a la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales, para pasar a considerar las funciones de diagnóstico y valoración en un marco más amplio, que abarque a todo el alumnado y a todos los niveles educativos. Con mayor lentitud, la Administración General del Estado se ha sumado posteriormente a la dirección iniciada por las Administraciones educativas autonómicas.

Cabe, por tanto, preguntarse si la referida tendencia a implantar una estructura específica en cada sector de la actividad administrativa es compatible o no con los preceptos de la LISMI. Pues bien, la respuesta ha de ser positiva, desde el momento en que el artículo 10 de dicha ley, al prever el establecimiento de "equipos multiprofesionales", no se opone a la pluralidad orgánica del diagnóstico y la valoración, debiendo darse a la citada expresión un sentido genérico, que alude a la forma de actuación en equipo y a la composición multiprofesional de los órganos que tengan atribuidas estas funciones. De otra parte, la referencia del citado precepto a la actuación de los equipos multiprofesionales en un "ámbito sectorial" es susceptible de ser interpretada como una referencia a los sectores de la actividad administrativa, en lugar de serlo como una mención al criterio de ordenación territorial.

En consecuencia, mediante la aplicación de este criterio hermenéutico pueden conciliarse la dirección en que se ha desarrollado, en especial por el uso de sus competencias por parte de las Comunidades Autónomas, la trayectoria normativa el campo de diagnóstico y la valoración y los preceptos de la LISMI en la materia. Tan solo cabe añadir el deseo de que, en este marco interpretativo y en beneficio de los ciudadanos, no se reproduzca la multiplicidad inconexa a la que la LISMI pretendió dar solución.

2.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR

Conforme a la información obtenida, el número de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, dependientes del Ministerio de Educación y Cultura, que existían en el curso 1995-1996, se elevaba a un total de 295, que se distribuían del siguiente modo: Equipos Generales, 216; Equipos de Atención Temprana, 61; y Equipos Específicos, 18. Estos Equipos estaban integrados por 1445 profesionales, que se dividían en la siguiente forma: psicopedagogos, 1109; trabajadores sociales, 271; logopedas, 57; y médicos, 8.

En los cuadros 1 y 2 puede encontrarse la distribución por Comunidades Autónomas de estos equipos y de los profesionales que los integran.

CUADRO 1: Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica dependientes del Ministerio de Educación y Cultura, distribuidos por Comunidades Autónomas, (Curso 1995-1996)

Comunidad Autónoma	Número de Equipos			Total
	Generales	De Atención Temprana	Específicos	
Aragón	22	4	1	27
Asturias	10	4	2	16
Baleares	6	3	—	9
Cantabria	6	1	—	7
Castilla-La Mancha	35	7	2	44
Castilla y León	63	10	4	77
Extremadura	24	5	2	31
Madrid	31	21	5	57
Murcia	13	4	2	19
Rioja	4	1	—	5
Ceuta	1	—	—	1
Melilla	1	1	—	2
TOTAL	216	61	18	295

Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

CUADRO 2: Profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica dependientes del Ministerio de Educación y Cultura, distribuidos por Comunidades Autónomas, (Curso 1995-1996)

Comunidad Autónoma	Número de Profesionales				Total
	Psicopedagogos	Trabajadores sociales	Logopedas	Médicos	
Aragón	87	22	3	—	112
Asturias	69	18	3	—	90
Baleares	38	11	3	—	52
Cantabria	32	8	1	1	42
Castilla-La Mancha	152	32	7	—	191
Castilla y León	246	64	9	—	319
Extremadura	100	18	4	—	122
Madrid	274	76	24	7	381
Murcia	76	17	2	—	95
Rioja	24	5	1	—	30
Ceuta	5	—	—	—	5
Melilla	6	1	—	—	6
TOTAL	1109	271	57	8	1445

Fuente: Ministerio de Educación y Cultura.

En relación con estas cifras, el Consejo Escolar del Estado, en su informe sobre el estado y situación del sistema educativo, correspondiente al curso 1994-1995, tras destacar que no se había incrementado el número de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica durante el referido curso, resaltaba la conveniencia de realizar una planificación de los recursos destinados a la orientación educativa y de mantener y aumentar progresivamente dichos Equipos.

En cuanto a los Departamentos de Orientación, pese al incremento experimentado desde que en su informe correspondiente al curso 1993-1994 el Consejo Escolar del Estado indicara que solo 268 de los 748 institutos de educación secundaria obligatoria tenían dicho Departamento y calificara este número como manifiestamente insuficiente, dicho Consejo, en su informe del curso 1994-1995 insistía en el escaso desarrollo de la orientación educativa y profesional, tanto desde una perspectiva cuantitativa, como desde un punto de vista cualitativo, señalando que el Departamento de Orientación no estaba establecido en todos los centros de educación secundaria y que su implantación anticipada era escasa, además de no existir en los centros de educación primaria, quedando, en este caso, la función a expensas de servicios externos, usualmente colapsados por el número de alumnos que deben atender.

Por su parte, la red de Centros Base del Instituto Nacional de Servicios Sociales estaba integrada, a 31 de diciembre de 1995, por 25 centros de gestión directa, que contaban con equipos de valoración y orientación, los cuales llevan a cabo funciones relativas al diagnóstico en sus diversos aspectos, a la orientación e información, a las medidas rehabilitadoras de distinta índole, a la elaboración de programas individuales de recuperación y a la calificación de la minusvalía. El número de valoraciones realizadas por estos equipos en 1995 se elevó a 136.819, figurando en el cuadro 3 la evolución seguida en el periodo 1982-1996 y en el cuadro 4 la distribución de las valoraciones realizadas en el año 1995.

CUADRO 3: Equipos de Valoración y Orientación de los Centros Base del Instituto Nacional de Servicios Sociales. Evolución de las valoraciones realizadas (1982-1995)

<i>Años</i>	<i>Número de valoraciones</i>
1982	20.313
1983	29.653
1984	32.345
1985	62.568
1986	86.702
1987	77.433
1988	112.809
1989	166.579
1990	171.522
1991	130.611
1992	127.834
1993	123.607
1994	122.477
1995	136.819

Fuente: Memorias del INSERSO.

Observaciones: A partir de 1987, no incluye CC.AA. con INSERSO transferido.

CUADRO 4: Equipos de Valoración y Orientación de los Centros Base del Instituto Nacional de Servicios Sociales. Distribución de las valoraciones realizadas (1995)

Conceptos	Número de valoraciones
Condición de minusválido	66.064
Invalidez no contributiva	19.047
Prestaciones R. Decreto 383/1984	692
Asignación por hijo a cargo	3.616
Reclamaciones	4.694
Revisiones a instancia de parte	9.062
Revisiones de oficio	8.629
Otras valoraciones	25.015
TOTAL	136.819

Fuente: Memoria del INSERSO, 1995.

Respecto de la modalidad contributiva de invalidez permanente protegida por la Seguridad Social, en el cuadro 5 puede encontrarse la evolución de los expedientes de invalidez realizados por las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades desde 1984 hasta 1994. A las cifras contenidas en este cuadro, es preciso añadir los expedientes realizados durante 1995 y 1996 por las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades y por los nuevos Equipos de Valoración de Incapacidades, que, según la información obtenida, ascendieron a 147.193 expedientes ordinarios y 43.624 expedientes de revisión en 1995 (51.791 y 15.782, respectivamente, en el territorio cubierto por el Instituto Nacional de la Salud) y a 146.951 expedientes ordinarios y 22.677 expedientes de revisión en 1996, hasta el 30 de octubre en el primer caso y hasta el 30 de junio en el segundo (50.306 y 8.117, respectivamente, hasta las indicadas fechas, en el ámbito territorial cubierto por el Instituto Nacional de la Salud).

CUADRO 5: Instituto Nacional de la Salud. Unidades de Valoración Médica de Incapacidades. Expedientes de invalidez realizados (1984-1994)

Año	Exp. ordinarios	Exp. de revisión
1984	229.971	10.406
1985	161.633	39.028
1986	108.407	36.292
1987	99.717	19.853
1988	89.966	7.510
1989	89.378	3.725
1990	111.101	6.322
1991	72.530	3.516
1992	76.042	3.835
1993	77.850	5.065
1994	67.397	5.151

Fuente: Instituto Nacional de la Salud.

Observaciones: No incluye CC.AA. con INSALUD transferido.

En cuanto a las actuaciones desarrolladas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, es preciso indicar que el mismo asumió en su día la responsabilidad de promover un Real Decreto sobre diagnóstico y valoración de

minusvalías, en desarrollo de los artículos 10 y 11 de la LISMI, para lo cual procedió a la elaboración de diversos borradores. Sin embargo, como se ha indicado, la citada disposición de desarrollo de la LISMI continúa sin ser aprobada.

En otro orden de cosas, cabe hacer alusión a la intervención del Real Patronato en la organización de diversos eventos, como son una consulta internacional sobre equipos multiprofesionales de diagnóstico y valoración de las minusvalías (1985), un seminario sobre sistemas y técnicas de valoración y calificación de minusvalía (1988), unas jornadas-taller sobre aplicaciones de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (1993 y 1995), y un seminario iberoamericano sobre el mismo asunto (1995). También puede citarse la publicación del documento "Diagnóstico y valoración de discapacidades".

Para los distintos profesionales que intervienen en el diagnóstico y la valoración de las minusvalías, la LISMI generó una serie de expectativas que el desarrollo normativo posterior no ha satisfecho. En efecto, el principal problema se plantea respecto de la finalidad del diagnóstico y la valoración. La respuesta a esta pregunta puede encontrarse en el apartado uno del artículo diez de la LISMI: "para garantizar su integración (de las personas con minusvalía) en su entorno sociocomunitario". Pero la interpretación que se puede dar a este precepto no tiene por qué ser única. Cuando se habla de integración —que no es otra cosa que la acción o el efecto de integrar— se hace en muchas ocasiones sin conocer el alcance o el significado de esta palabra. Para arrojar luz sobre el término, puede recurrirse al Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, donde, en su cuarta acepción, se define integrar como "incorporarse, unirse a un grupo para formar parte de él". Por tanto, la integración de las personas con discapacidad perseguirá la incorporación de éstas para que formen parte —con sus derechos y sus deberes— de la sociedad que les rodea.

Para incorporar a las personas con discapacidad se debe conocer cuál es su estado o la situación de desventaja que en ellas se presume, ya que si no estuvieran en dicha situación no procedería buscar su incorporación. A dicho efecto, se arbitran procedimientos para determinar de una forma objetiva la existencia de esa desventaja o, en otras palabras, se procede a diagnosticar o a "determinar el carácter de la misma mediante el examen de sus signos". Pero conocido el origen, habría que proceder a valorar o a "reconocer, estimar o apreciar el valor o mérito de la persona", para así poder indicar cuáles son las medidas que deben adoptarse para su incorporación al entorno social.

Se plantea, por tanto, la situación desde una perspectiva positiva, donde importa más lo que se puede ver de mérito o de valor en la situación de la persona diagnosticada, en lugar de centrarse en aquello que no puede realizar o para lo cual tiene dificultades. Este aspecto es el que genera la disyuntiva profesional entre aquellos que han buscado que las personas con discapacidad sean artífices de su propia incorporación a la sociedad, partiendo del conocimiento de sus limitaciones y fomentando sus posibilidades, y aquellos otros que persiguen dotarlas de medios, fundamentalmente materiales y económicos, que hagan más llevadera su situación de desventaja. Podrían delimitarse estos dos grandes grupos diferenciándose entre aquellos que están por la rehabilitación como centro y eje de la actuación, y los que se decantan por la pensión, pensando en esta como mecanismo social compensatorio de una situación no deseada, si bien la distinción entre estos grupos no es siempre nítida, puesto que detrás de muchas intervenciones rehabilitadoras se oculta una intencionalidad basada en el pensamiento pro pensión, limitándose a cumplir lo legalmente establecido y justificándose estas intervenciones en sí mismas, sin perseguir un objetivo integrador, mientras que, por el contrario, existen actuaciones que se plasman en una prestación económica, pero que realmente buscan

que, mediante esa aportación material, pueda accederse a una serie de servicios, a los que, sin esa financiación, sería imposible llegar.

Lo que ahora interesa, sin embargo, es saber cómo ha repercutido en la práctica del diagnóstico y la valoración de las minusvalías el desarrollo normativo de la LISMI y hacia qué lado de la balanza se ha decantado. Para ello, es preciso hacer referencia a la política seguida respecto de los órganos a los que se encomendó la tarea de diagnosticar y de valorar: los equipos multiprofesionales.

Ya se ha visto que no han existido unos únicos equipos multiprofesionales. Cada sector de la Administración ha creado su propia estructura para realizar la tarea de diagnosticar y de valorar. No obstante, puede concederse una especial relevancia a las unidades de valoración del Instituto Nacional de Servicios Sociales, conocidas en el mundo profesional como los EVO —Equipos de Valoración y Orientación—. Su existencia, anterior a la LISMI, estaba justificada por la tarea fundamental de calificar la minusvalía, al ser los encargados de gestionar el documento oficial por el que se reconocía a una persona como sujeto de una minusvalía, de una desventaja sociocomunitaria, que le hacía acreedora de los derechos que se podían derivar de la regulación legal. La denominación de estos equipos da la pista de la función primordial que tenían atribuida: valorar —"reconocer, estimar o apreciar el valor o mérito de la persona"—, y orientar —"dirigir o encaminar a dicha persona hacia un fin determinado e informarle de lo que ignora y desea saber, del estado de un asunto, para que sepa mantenerse en él"—. Se trata de acciones positivas, en las que tiene especial relevancia la participación de la persona diagnosticada y valorada. Los profesionales harían así ver a esta persona cuáles son sus potencialidades y cómo aprovecharlas, de la mejor manera posible, para alcanzar un mayor grado de participación y de integración, en definitiva, en el entorno social. Ese espíritu puede ser calificado como rehabilitador.

Sin embargo, la propia LISMI encerraba la perversión de este espíritu. En efecto, la misma norma legal que abogaba por una integración activa de la persona con discapacidad, regulaba una serie de medidas pasivas para garantizar una serie de ingresos que hicieran posible esa incorporación, sin la merma que puede suponer la carencia de medios económicos. Se regulaban, por tanto, unas pensiones, como derecho de las personas que obtengan el reconocimiento legal de su situación de desventaja. Este reconocimiento necesitaba de una estructura administrativa que proveyera al interesado de un documento acreditativo para acceder a los derechos regulados. Así pues, eran indispensables unos equipos que llevaran a cabo esa tarea, diagnosticando, valorando y, en definitiva, otorgando la calificación de persona en desventaja, es decir, la calificación de la minusvalía. Como consecuencia de ello, por mor de la necesidad de tener que documentar de forma oficial a las personas con discapacidad, las funciones de los equipos se desplazaron desde la dotación al interesado del conocimiento de su propia valía y de la información sobre el aprovechamiento de sus propios recursos hacia otra tarea muy distinta, como es dar el visto bueno al acceso a una serie de derechos, que se traducen fundamentalmente en pensiones asistenciales. A ello debe añadirse el ingente volumen de trabajo que cayó sobre estos equipos, debido a la avalancha de casos, ya que quienes antes no apreciaban la necesidad de tal catalogación, veían ahora en ella su salvación económica, aunque fuera por el mero hecho de que gracias a la calificación de la minusvalía tendrían derecho a deducciones en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. Era necesario, por tanto, poner en marcha un mecanismo para resolver los expedientes acumulados, para lo cual se precisaba la colaboración de los Equipos de Valoración y Orientación, quedando de este modo relegada la tarea que se esperaba de valoradores y de orientadores.

No puede negarse la importancia que tiene el reconocimiento del derecho a una serie de prestaciones, pero la balanza parece haberse inclinado en demasía hacia uno de los lados, en detrimento del aspecto rehabilitador, por el mero hecho del acceso a una pensión. De este modo, en esta parcela se ha dejado triunfar a la política pro pensión y ha jugado solo un papel secundario la que aboga por la rehabilitación de la persona con discapacidad.

Si se pasa a examinar los equipos que se ocupan de la valoración de la incapacidad para el trabajo en el sistema de Seguridad Social, a los que correspondería dictaminar sobre las posibilidades de recuperación laboral de los trabajadores y determinar, si el caso lo exige, su situación laboral en función de las secuelas de una enfermedad o accidente, parece que también en este supuesto la atención habría de centrarse en el propio sujeto, en sus potencialidades y la forma de explotarias de modo positivo para su reincorporación al mercado de trabajo. Sin embargo, también aquí se han pervertido las funciones que en principio podrían desarrollar estos equipos, ya que la necesidad de un reconocimiento para la adquisición de unos derechos, habitualmente enfocados hacia la obtención de una pensión, han hecho que éste sea el centro de la actuación profesional de aquéllos, reduciéndose muy significativamente su acción en cuanto al análisis de las posibilidades de recuperación profesional y de reorientación laboral. De nuevo prima la pensión sobre la rehabilitación.

En el campo de la educación, donde los equipos multiprofesionales son más recientes, la evolución ha variado algo, siendo probable que su propia juventud haya dejado más intactas sus primitivas funciones: las de valorar las posibilidades educativas del interesado y orientarle hacia el recurso más adecuado. No obstante, si se observa la evolución de estos equipos también podrá apreciarse que ha comenzado a darse la perversión derivada de la mecánica administrativa del reconocimiento del acceso a determinados beneficios. Cuando estos equipos comenzaron a actuar, su intervención para orientar al profesorado acerca de cómo sacar mayor provecho del rendimiento de los alumnos con necesidades educativas especiales parecía concentrar la actuación de los profesionales que integraban estos órganos. Pero el aumento desmedido de la clientela de estos servicios hizo que la tarea se centrara en el diagnóstico y la evaluación del rendimiento, para así volver a diagnosticar, con la reducción consiguiente de su labor de cara a los centros escolares como proveedores de las orientaciones oportunas para que el profesor actuara sobre el alumno de la forma más provechosa posible. De este modo, comenzaba a ganar terreno la burocratización del trabajo técnico de estos equipos, circunstancia a la que más adelante se unió el desabastecimiento de recursos específicos para el colectivo de los nuevos alumnos atendidos. Los centros no eran suficientes, algunos no estaban convenientemente dotados y los alumnos carecían de los recursos necesarios para hacer frente a la adaptación de sus *curricula*. Todo ello hacía preciso realizar la provisión de una serie de recursos para paliar estos problemas, agrupando a los alumnos, buscando la manera de que obtuvieran las dotaciones de material para su específica educación y dando respuesta a las necesidades de índole económica que se encontraban detrás de muchas situaciones. Como consecuencia de ello, las becas y las ayudas para transporte, para la obtención de material educativo y para el acceso a las ayudas técnicas necesarias para participar en la vida escolar, ocasionaban que el trabajo de los equipos se desplazara paulatinamente hacia el reconocimiento para la obtención de documentos que acreditaran la posibilidad de disfrutar de estos beneficios, pervirtiéndose así la finalidad inicial, aunque tan solo de modo parcial, ya que en este caso todavía se aprecia un fuerte contenido rehabilitador en la tarea de estos equipos.

En resumen, si es preciso reconocer como necesario e inevitable el reconocimiento de derechos que se plasman en prestaciones económicas, no solo porque determinadas personas en situación de necesidad precisan prestaciones de garantía de rentas para

subsistir, sino incluso porque pueden contribuir a financiar tratamientos que podrían no recibirse de no ser por la percepción de estas prestaciones, ello no puede obstar a que deba ponerse de manifiesto la perversión que ha sufrido la *voluntas legislatoris* —e, incluso, la *voluntas legis*—, ya que la LISMI parecía centrar su atención, aun sin manifestarlo expresamente, en la incorporación de la persona con discapacidad al entorno social y no en la contribución a que pueda sobrellevarse con dignidad una situación marginal.

Ante ello, podría plantearse la conveniencia de realizar con nitidez la separación entre la función del reconocimiento de las prestaciones económicas y la relativa a la atención a la situación de la persona con discapacidad, de modo que podría considerarse la posibilidad de que existieran equipos integrados por profesionales de distinta formación, que analizaran dicha situación, hicieran a la persona discapacitada consciente de sus valores y le prestaran apoyo para cubrir sus necesidades de incorporación a la sociedad que le circunda, sin tener que proporcionar al interesado ningún documento que le acredite para hacerse acreedor de un determinado derecho, ni verse atados por una mecánica donde lo esencial fuera la resolución de un cierto número de expedientes administrativos, pudiéndose así cumplir con el inciso del artículo diez de la LISMI que se refiere a la integración y dejando para otros equipos la generación de los documentos necesarios para hacer factible la incorporación, en igualdad de derechos y deberes, al entorno sociocomunitario.

En este orden de cosas, y de aceptarse esta fórmula, para salir al paso de la posible caída en la perversión antes comentada, habría de favorecerse una situación que evitase aquella. Para ello, podrían avanzarse algunos elementos. Así, en la actualidad los diagnósticos y las valoraciones se centran más en las limitaciones de la persona discapacitada que en la evaluación de sus potencialidades. Si embargo, existen escalas y procedimientos de valoración que ponen el acento en este último aspecto. Trabajos como el realizado por la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) merecerían una especial atención y una difusión que sirviera de ejemplo a seguir. De otra parte, la orientación centrada en las necesidades parciales que tiene el individuo debería perder peso frente a las que le tratan como un todo, de modo que la importancia de su situación global dejara a un lado la generada por una específica circunstancia. El Sistema de Información Unificado de Servicios Sociales (SIUSS) podría ser un buen referente para este tipo de intervención profesional. Por último, la abundante terminología profesional, específica en cada campo, hace en muchas ocasiones inviable la transmisión de la información y la evaluación en su conjunto. Derribar las barreras que se alzan entre los distintos campos profesionales puede ser un buen ejercicio de modestia y una útil herramienta para el trabajo en equipo. Hablar en idiomas distintos sobre un mismo asunto hace perder la perspectiva de conjunto sobre la situación de la persona con discapacidad. La Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías puede ser un campo común donde se integren las distintas intervenciones profesionales, facilitándose así la planificación los recursos, la transmisión de la información y la evaluación de las actuaciones.

No obstante, estos y otros factores que podrían considerarse quedarían sin sentido si no existiera un marco normativo en el que se desarrollase el diagnóstico y la valoración. A este respecto, no puede dejar de tomarse en consideración la asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas en materias tales como la educación, la sanidad y la acción social. En este sentido, es menester significar que se viene observando una distinta aplicación territorial de los criterios que rigen la valoración, lo que dificulta el panorama, ya que no sería deseable que se produjeran situaciones discriminatorias por razón de la comunidad de residencia. La garantía de una elemental igualdad territorial podría hacer conveniente la búsqueda de una fórmula que garantizase un mínimo común,

para lo cual podría aprovecharse el marco del plan de acción para las personas con discapacidad para el período 1997-2002, cuya elaboración fue coordinada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Por supuesto, no es la apuntada la única vía posible a seguir para enderezar el rumbo del diagnóstico y la valoración, puesto que, en lugar de acudir para ello al establecimiento de nuevos equipos con la finalidad antes expresada —lo que no deja de tener inconvenientes— también podría considerarse, entre otras fórmulas, la viabilidad de reforzar los existentes y de introducir un viraje en la derrota que en el momento actual siguen.

Sea como fuere, con una u otra posible fórmula, a la hora de concluir este excursus, puede señalarse, a modo de resumen, que la regulación de la LISMI en el campo del diagnóstico y de la valoración estaba inspirada en un ánimo de racionalización y de simplificación, que conectaba con la situación existente a la sazón, caracterizada, en el plano orgánico, por la pluralidad inconexa. Sin embargo, la evolución del Estado de las Autonomías representó la aparición de un nuevo escenario, aportando elementos de inexcusable relevancia a la hora de desarrollar los preceptos de la LISMI. La trayectoria seguida implicó el desplazamiento desde la consideración unitaria de los órganos de valoración de las minusvalías y de su proyección intersectorial, hacia su integración con los órganos dirigidos al resto de la población y su especialización sectorial, acomodada a los distintos ámbitos —educativo, sociolaboral, sanitario— de la acción administrativa. Ante este panorama, el objetivo a lograr podría consistir en evitar que se repita la multiplicación inconexa anterior a la LISMI, a través del logro de un punto de equilibrio entre los preceptos y el espíritu de la LISMI y las consecuencias derivadas del ejercicio de sus competencias por parte de las Comunidades Autónomas. Junto a ello, bajo una u otra fórmula, sería conveniente devolver al diagnóstico y a la orientación un contenido que, yendo más allá de la esfera del reconocimiento de las prestaciones económicas, contemplara a la persona discapacitada en su globalidad, con vistas a su integración en el entorno social, enlazando así con el espíritu rehabilitador que animó una ley, como la LISMI, que en su propia denominación proclamaba su intención integradora.

BIBLIOGRAFÍA

- M. AZNAR LÓPEZ, P. AZÚA BERRA y E. NIÑO RAEZ: *Integración social de los minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril*, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982.
- *Cinco años de vigencia de la Ley de Integración Social de los Minusválidos*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1988.
- *Desarrollo y aplicación de la LISMI (1982-1992)*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1992.
- *10 anys de la Llei d'integració social dels minusvàlids (LISMI) a Catalunya: present i futur. Informes tècnics sobre l'aplicació de la LISMI a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
- *Estudio sobre el grado de cumplimiento de la Ley de Integración Social de los Minusválidos*. Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España, s/f.
- *Informe sobre la problemática de los minusválidos, elaborado por la Ponencia constituida en el seno de la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los*

Diputados. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados nº 237, de 16 de diciembre de 1992.

- *Informes del Consejo Escolar del Estado sobre el estado y situación del sistema educativo.*
- *La integración social de los minusválidos. Balance después de diez años de vigencia de la Ley 13/1982.* Madrid, Escuela Libre Editorial, 1993.
- *La ONCE a las puertas del siglo XXI.* Organización Nacional de Ciegos Españoles, 1996.
- M. GARCÍA VISO; *Diagnóstico y valoración de discapacidades.* Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1990.
- *Memorias del Instituto Nacional de Servicios Sociales.*
- *Memoria del Real Patronato (1976-1990).* Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991.
- *Memorias de actividades técnicas del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.*
- *Una política integral para las personas con discapacidad y minusvalía.* Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.

3. ATENCIÓN TEMPRANA

JOSÉ MARÍA ALONSO SECO

Es claro que la atención a las personas con discapacidad ha seguido un creciente proceso evolutivo, desde una primera indiferenciación asistencial hasta la distinción cualificada de intervenciones preventivas, sanitarias, recuperadoras, educativas y sociales, acorde con los progresivos descubrimientos sobre la naturaleza de las deficiencias y la capacidad de aprendizaje de quienes las padecen. Dentro de dicho proceso ha adquirido singular importancia en los últimos años la llamada estimulación precoz, intervención temprana, atención precoz o, en los momentos más recientes, atención temprana.

La atención temprana no hace referencia a un modo de actuación diferencial, específico o independiente de otros (como la prevención, la rehabilitación, la educación o la equiparación de oportunidades), sino a un momento, el razonablemente más propicio y prematuro, en el que el niño con deficiencia tiene mejores posibilidades de maduración orgánico-funcional, psíquica, educativa y social. Dejar ese momento a la actuación exclusiva de una sola disciplina conduciría posiblemente a resultados válidos, pero sin duda de eficacia limitada por incompletos, pues al niño no se le puede dividir en compartimentos estancos, ni puede considerarse acabada una actuación específica si no va precedida, acompañada o seguida de otras medidas conexas. Se hace necesaria la interacción global, planificada y coordinada de distintas intervenciones, especialmente de los padres del niño, con el último fin de dar respuesta a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Por lo mismo, y a pesar de posturas divergentes mantenidas en los primeros momentos de alumbramiento de la atención temprana, e incluso en los actuales, no parece que pueda ser vista como una parte de la rehabilitación médica, de la educación, del tratamiento psicológico, psicomotor, fisioterapéutico o de la intervención familiar o social. Habría que decir, más bien, que la familia y los diferentes especialistas son agentes de un proceso integral que persigue como único fin la maduración más temprana del niño con deficiencia, aprovechando la mayor plasticidad neuromotora y conductual de los primeros años de vida.

Por la razón anterior ha parecido conveniente dedicar un apartado específico a la atención temprana, teniendo en cuenta, además, que su nacimiento y desarrollo en España ha tenido lugar en las dos décadas precedentes. En la redacción de este capítulo han sido inestimables las aportaciones de distintos profesionales, varios de ellos pioneros e impulsores en sus respectivos ámbitos de programas de atención temprana, cuya relación es de obligada referencia: Dr. José Arizcun Pineda, Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario San Carlos; José María García Martín, del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; Felipe Retortillo Franco, de la Dirección General de Educación Infantil de la Comunidad Autónoma de Madrid; Dra. Paloma Sánchez de Muniain, médico rehabilitador de la Asociación Telefónica de Asistencia a Minusválidos (ATAM); y María Isabel Zulueta y Ruiz de la Prada, Directora del Centro de Terapia Infantil de Madrid.

3.1. EL PROCESO DE RECEPCIÓN EN ESPAÑA DE LOS ESQUEMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA

La entonces denominada, por lo general, *estimulación precoz* no llega a España como consecuencia de un acontecimiento concreto que pueda considerarse su inicio. Al igual que todo proceso de recepción intelectual, se hace de manera paulatina, con el entusiasmo de unos y la prevención inicial de otros. Le preceden importantes investigaciones en los ámbitos de la *neurología evolutiva*¹, de la *psicología del desarrollo* (PIAGET, GESELL, BRUNET-LEZINE, entre

¹ Sólo a título de ejemplo se mencionan las de GREENHOUGH, W.T., *Experiencia temprana: conducta y estructura del cerebro*; VILLABLANCA, J.R. y OLMSTEAD, Ch.E., *Factores que modifican los efectos neurológicos y comportamentales del daño cerebral experimental temprano*; KATONA, F.,

otros) y de la psicología del aprendizaje, en especial el movimiento neoconductista americano, que estableció la eficacia del estímulo y del condicionamiento operante en la consecución de respuestas y conductas previamente pretendidas². Las primeras experiencias se realizan preferentemente con personas afectadas de deficiencia mental. Aunque siempre es arriesgado determinar las fechas correspondientes al inicio y fin de un proceso de recepción, puede establecerse para nuestro país el período 1973-1980.

Se describe brevemente dicho proceso de recepción agrupándolo, a efectos metodológicos, en tres epígrafes: actuación de los profesionales, de las asociaciones de padres de niños con discapacidad, y soporte jurídico-institucional.

3.1.1. Ambito de los profesionales

Las primeras experiencias de estimulación precoz surgen de una inequívoca actuación interdisciplinaria, fruto de una inquietud profesional personal y todavía no institucionalizada, en las áreas psicopedagógica (psicología del desarrollo y del aprendizaje), y sanitaria (neurología evolutiva, neonatología, rehabilitación).

Por lo que se refiere al área psicopedagógica, es necesario mencionar en estos primeros momentos a D^a Carmen Gayarre. Su interés acerca de los procesos de desarrollo infantil le llevó a conocer las experiencias sobre estimulación precoz de Estados Unidos, Canadá, Argentina y Uruguay. Será importante la influencia de estos dos últimos países, a través de dos personas de prestigio mundialmente reconocido, Lydia Coriat en Buenos Aires³, y Eloisa García Etchegoyhen de Lorenzo en Uruguay⁴. D^a Carmen Gayarre organiza del 6 de marzo al 11 de mayo de 1973 un «Curso breve teórico-práctico de estimulación precoz para niños de cero a cinco años», en la Escuela de Fisioterapia de Madrid. Junto a profesores de la Universidad Complutense de Madrid, Hospital Clínico San Carlos, Maternidad Santa Cristina, Hospital Infantil Fray Bernardino de Sahagún, es invitada especial Lydia Coriat. Un segundo curso se organizó del 15 de febrero al 18 de marzo de 1975, en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid,

Diagnóstico precoz y Habilitación precoz en la parálisis cerebral y defectos cerebrales similares. Todos ellos en Estimulación Precoz. Jornadas Internacionales, IAMER, Madrid, 1983.

- ² Sería extremadamente largo detenernos en la influencia de estas corrientes intelectuales, pero cuya cita es imprescindible porque constituyen la base científica de la atención temprana. Esta es posible porque la plasticidad del cerebro, la actuación sobre los nervios eferentes y aferentes, los estímulos operantes que recibe el niño desde la edad más temprana favorecen sobremedida las posibilidades terapéuticas. Uno de los primeros planes nacionales de intervención fue el *Westinghouse learning Corporation's Assesmen of Head Start*, en 1969. Acerca de él y de otros investigadores pioneros en la materia, véase GARCIA ETCHEGOYHEN DE LORENZO, E., *Estimulación Precoz. Acción Preventiva y Remedial*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, 1974. Véanse también en GARCIA MARTIN, J.M., *Informe sobre la atención precoz en el INSERSO*, 1982, documento de circulación interna. Sobre las bases científicas de la atención temprana véase también VILLANUEVA, S., *Atención temprana, en Síndrome de Down y educación*, Salvat, Barcelona, 1991, pag. 71 ss. Véase también SCHEERENBERGER, R.C., *Historia del retraso mental*, S.I.S. San Sebastián, pág. 319 ss.
- ³ Véase CORIAT, L. y COL., *Experiencia del servicio de neurología del hospital de niños de Buenos Aires sobre tratamiento psicomotor temprano de niños con retardo de maduración. Esta experiencia, llevada a cabo especialmente en niños con síndrome de Down, puso de manifiesto la diferencia significativa entre C.I. de niños estimulados y los que no lo habían sido. De la misma autora, Maduración psicomotriz en el primer año del niño*, Hemisur, Buenos Aires, 1974.
- ⁴ Véase GARCIA ETCHEGOYHEN DE LORENZO, E., *Estimulación Precoz. Acción Preventiva y Remedial*, o.c. Además de su proyección en el ámbito de la O.E.A. a través del Instituto Interamericano del Niño, establece en Montevideo un Servicio Preescolar para la estimulación temprana de los niños de alto riesgo (con anomalías genéticas o cromosómicas, con problemas en la gestación y parto, niños prematuros y dismaduros, etc.).

en colaboración con la Dirección General de Sanidad, en el que imparten ponencias, junto a profesionales españoles, la Dra. García Etchegoyhen y la Dra. Newcombe, de la Universidad de Berkeley, San Francisco⁵. En 1976 se impartirá un nuevo curso, sobre estimulación temprana de niños con síndrome de Down, por el Dr. Brinkworth, de la Universidad de Birmingham⁶. Asisten a ellos personas de distintas especialidades: médicos, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, profesores de educación especial, etc., profesionales que darían origen a las primeras experiencias institucionales de atención temprana⁷.

Como resultado de estos cursos se pondrá en funcionamiento, en la Maternidad de Santa Cristina de Madrid, la primera unidad de estimulación precoz de España (*infra*, epígrafe 3.2.1).

En estrecha conexión con el movimiento anterior surge, desde el *área sanitaria*, y sin que ello supusiera una desconexión con las ideas imperantes en el *área psicopedagógica* antes descrita, un interesante afán por profundizar en las bases científicas que sustentan la estimulación precoz. En el ámbito de la *neurología*, ha de mencionarse, por la influencia que tuvo en nuestro país, al Dr. Katona, del Instituto Pediátrico de Budapest. Fundamenta la que él llama «neurohabilitación» o «rehabilitación temprana» en la plasticidad del cerebro en los primeros meses de la vida: «la base neurofisiológica de la neurorehabilitación precoz es la activación funcional de todas aquellas partes del sistema nervioso central, que tengan alguna función normal, o incluso funciones incompletas (relacionadas directa o indirectamente con el daño cerebral)»⁸. Desde la *neonotología* es preciso citar al Dr. Villa Elizaga, así como su experiencia práctica más sobresaliente de la Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de la Universidad de Navarra (*infra*, epígrafe 3.2.1). En el campo de la *rehabilitación* tuvo significativa importancia, entre otros, la obra del Dr. González Mas⁹, la experiencia del Dr. Aymerich en Valencia, así como el interés de la Sociedad Española de Rehabilitación por incorporar la estimulación precoz en los Servicios de Rehabilitación que progresivamente se estaban creando en los hospitales.

En el contexto antes descrito han de situarse las distintas actuaciones llevadas a cabo por el Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre la Deficiencia Mental (IAMER). Entre ellas, las Jornadas Internacionales sobre Estimulación Precoz, celebradas en Madrid en junio de 1979, en colaboración con el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM). Reunieron a expertos internacionales de primera línea en la materia, preferentemente del campo sanitario, cuya principal conclusión fue la conveniencia de aplicar de modo generalizado las distintas técnicas de atención temprana a fin de minorar los efectos subsiguientes a una deficiencia¹⁰.

⁵ Véase IRIBARREN RODRIGUEZ, J., *Carmen Gayarre Galbete, Premio Reina Sofía 1995, de Rehabilitación y de Integración*, Boletín del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, nº 32 (1995), págs. 11-12.

⁶ R. BRINKWORTH, *Estudio longitudinal. Tratamiento precoz del niño mongólico*, Documento interno.

⁷ Se citan únicamente los cursos más significativos. Existieron, a nivel interno, bastantes más. Por ejemplo, el celebrado en la Universidad de Navarra, en octubre de 1978; o los organizados por el Servicio Social de Minusválidos del INSERSO, en Madrid, en noviembre de 1979, y los días 20 a 25 de octubre de 1980 también en Madrid.

⁸ KATONA, F., *Manual de prevención, diagnóstico y habilitación precoz de los daños cerebrales*, IAMER, Madrid, 1982, pág.45.

⁹ Véase GONZALEZ MAS, R., *Estimulación sensoriomotriz precoz*, S.I.S., San Sebastián, 1977.

¹⁰ Una selección de las principales ponencias presentadas se encuentra en *Estimulación Precoz. Jornadas Internacionales*, IAMER, Madrid, 1983, 175 págs.

3.1.2. Ambito de las asociaciones de padres

Las asociaciones de padres jugaron un papel importante, no descrito todavía suficientemente, en la implantación de la atención temprana en España. Constatada la eficacia de la estimulación precoz por los profesionales, así como su conveniencia para que el niño con deficiencia o con riesgo de ella pudiera acceder al Jardín de infancia o escuela en condiciones de menor inferioridad, poco más necesitaban las asociaciones de padres para interesarse por ella, conocer sus contenidos y recabar los correspondientes tratamientos. Algunas de ellas llegaron a establecer centros de estimulación precoz. Incluso padres de niños en tratamiento se constituyeron en asociación para mantener el servicio.

Manifestación del interés que suscitó entre las asociaciones fue la solicitud por éstas de ayudas institucionales para tratamientos de estimulación precoz. En el año 1980, por ejemplo, se conceden por el INSERSO ayudas a ASPADEMIS de Cádiz, a la Asociación de Familias Protectoras de Subnormales de Sanlúcar y Chipiona, a la Asociación Guipuzcoana Pro Subnormales (Centro Villa Mary), a la Asociación Protectora de Subnormales de Arganda del Rey, a la Asociación de Torrejón (Centro de Rehabilitación y Educación Especial), a ANFAS de Navarra (Centro El Molino), a la Asociación Protectora de Subnormales de Toledo (Centro de Estimulación Precoz), y al CEMPI de Sabadell, por importe de 27.556.118 pts.¹¹

No fue menor el interés de los padres, individualmente considerados, como se manifiesta en las numerosas ayudas de atención precoz que se solicitaron al Servicio Social de Minusválidos del INSERSO. En el año 1980, este Organismo concedió 2.482 ayudas económicas individuales, por un importe total de 74.339.990 pts.: 296 ayudas, por cuantía de 16.817.773 pts., para personas con deficiencias físicas; 1.650 ayudas para personas con deficiencia mental, por importe de 43.163.457 pts.; y 536 para personas con deficiencias de visión y auditivas, por cuantía de 14.358.760 pts.¹²

3.1.3. Soporte jurídico-administrativo

Aunque en ocasiones se manifieste que la Administración va a remolque de iniciativas particulares, lo cierto es que, en los inicios de la atención temprana en España, aquélla jugó un significativo papel y fue importante agente dinamizador, quizás porque los organismos institucionales directamente relacionados en aquellos momentos con la atención a personas con minusvalía, entre los cuales ha de citarse de manera especial al SEREM, contaban con profesionales concededores de la materia y con afán creativo.

La actuación de la Administración se manifestó primeramente a través de medidas de fomento, de subvenciones a fondo perdido, concedidas con carácter graciable. Las primeras medidas se encuentran en los Planes Asistenciales para Minusválidos del SEREM. Contemplan tanto *ayudas institucionales*, concedidas mediante conciertos a los centros pioneros de estimulación precoz, como *ayudas individuales*. Estas últimas aparecen por vez primera en el Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Psíquicos del SEREM de 1977. A partir de este año estarán presentes en todos los Planes, en el contexto de las acciones de orientación, valoración y tratamiento de minusválidos. En 1980 los Planes para Minusválidos Físicos y Psíquicos, antes diferenciados, se unifican en uno solo. La estimulación precoz, extensible ya a todo tipo de deficiencias, seguirá siendo objeto de consideración específica, como una de las modalidades

¹¹ *Entidades y centros de minusválidos psíquicos subvencionados por el INSERSO en 1980*, INSERSO, Servicio de Minusválidos Psíquicos, Documento interno, Madrid, 1981.

¹² Puede verse la distribución provincial de estas ayudas en el documento interno del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, elaborado por el Servicio de Minusválidos Psíquicos del INSERSO, *Ayudas del Estado y de la Seguridad Social a Minusválidos. Año 1980*, Madrid, 1981.

de prestaciones de recuperación¹³. Tiene por finalidad «evitar el proceso degenerativo de una presunta minusvalía y potenciar el desarrollo de la capacidad física, psíquica o sensorial del sujeto afectado» (art. 22); las técnicas terapéuticas que podrán aplicarse son la psicomotricidad, la sensomotricidad, la terapia del lenguaje, la creación del lenguaje, la fisioterapia, y la medicina ortopédica (art. 23); se destinan a niños de 0 a 5 años (art. 24)¹⁴.

Siguiendo el modelo iniciado por el SEREM, el Fondo Nacional de Asistencia Social establecerá ayudas individualizadas de atención precoz en los Planes de Inversiones para 1978, 1979 y 1980¹⁵. Se concederán, a través del SEREM, a asociaciones y familias, según requisitos y características similares a los establecidos en los Planes Asistenciales del SEREM.

Con posterioridad, el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuidos, así como la Orden de 5 de marzo de 1982, de desarrollo del citado Real Decreto, seguirán contemplando de modo explícito a la estimulación precoz como una modalidad de ayudas individuales de rehabilitación, dirigida a niños de 0 a 5 años de edad. La finalidad de aquella será «evitar el proceso degenerativo y potenciar el desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales del disminuido a través de las técnicas adecuadas (fisioterapia, psicomotricidad y terapia del lenguaje). Los tratamientos podrán llevarse a cabo en el medio familiar, con la orientación precisa, o en Instituciones especializadas» (art. 11 del Real Decreto citado).

Fuera del ámbito de la subvención, y en la medida que constituyó el germen de futuras normas que emanarían de la Administración educativa, ha de citarse el Plan Nacional de Educación Especial de 1978, elaborado por el Instituto Nacional de Educación Especial (creado el 23 de mayo de 1975) por encargo del entonces Real Patronato de Educación Especial. En una de las ponencias que precedieron a su redacción se destacó la importancia fundamental de la estimulación precoz desde el nacimiento, para niños con alguna deficiencia o con riesgo de que pueda aparecer. Es concebida como un actuación multiprofesional, en estrecha coordinación del sistema educativo con la familia y los recursos sanitarios y comunitarios. En el contenido del Plan Nacional se dice que la estimulación precoz «destinada sobre todo a niños en edad preescolar, debe empezar tan tempranamente como sea posible, tanto en materia de valoración como en orientación y tratamiento»¹⁶.

A pesar los antecedentes citados, llama la atención que la Ley de Integración de los Minusválidos (1982) no contemple expresamente la atención precoz como actuación específica. Sería un tanto forzado entender que aquella función está englobada en la *rehabilitación médico-funcional*, la cual «debe comenzar de forma inmediata a la detección y al diagnóstico de cualquier tipo de anomalía o deficiencia» (art. 19.1), en la *educación especial*, que «se iniciará tan precozmente como lo requiera cada caso» (art. 25), o en el

¹³ Véase la Resolución de 26 de febrero de 1980, del Instituto Nacional de Servicios Sociales, por la que se aprueba el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales (BOE de 8 de abril).

¹⁴ En la Resolución de 27 de enero de 1981, por la que se aprueba el Plan para 1981, se diferenciará la «atención precoz integrada», para niños de 0 a 2 años que reciban varios de los tratamientos de psicomotricidad, terapia del lenguaje, fisioterapia o medicina ortopédica (BOE de 14 de febrero).

¹⁵ Orden de 5 de junio de 1978 por la que se aprueba el Plan de Inversiones del Fondo Nacional de Asistencia Social para el ejercicio de 1978 (BOE de 7 de julio). Orden de 14 de marzo de 1979 por la que se acuerda poner en ejecución del Plan inicial de Inversiones del Fondo Nacional de Asistencia Social para el ejercicio de 1979 (BOE de 25 de abril). Orden de 10 de abril de 1980 por la que se acuerda poner en ejecución el Plan de Inversiones del Fondo Nacional de Asistencia Social para el ejercicio de 1980 (BOE de 14 de abril).

¹⁶ REAL PATRONATO DE EDUCACION Y ATENCION A DEFICIENTES, *Plan Nacional de Educación Especial*, Madrid, 1979, pág. 188.

servicio social de orientación familiar, cuyo objetivo es «la información a las familias, su capacitación y entrenamiento para atender a la estimulación y maduración de los hijos minusválidos» (art. 52.1).

El Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la LISMI, considera a la atención precoz como contenido de la rehabilitación médico-funcional. Eso al menos parece deducirse de la literalidad de la norma, cuando afirma que las técnicas rehabilitadoras (menciona la fisioterapia, la psicomotricidad, la terapia del lenguaje, la medicina ortopédica y la psicoterapia) no sólo han de aplicarse a situaciones de disminución sino también «cuando se dirijan a la atención temprana de procesos degenerativos» (art. 9.1).

3.2. PRIMEROS PROGRAMAS INSTITUCIONALES

Es impensable una recepción de la atención temprana como proceso terapéutico sin una correlativa aparición de experiencias institucionales. Se describen a continuación las más significativas.

3.2.1. Entidades privadas

Entre ellas sobresalen las experiencias llevadas a cabo en la Maternidad Santa Cristina de Madrid y en la Clínica Universitaria de Navarra. También se realizaron en otros lugares, como la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Santiago de Compostela, el Hospital Fray Bernardino de Sahagún en Madrid, APERT, AETCO, o algunos centros privados de terapia infantil.

La unidad de estimulación precoz de la Maternidad Santa Cristina comienza a funcionar en 1974, bajo la dirección del Dr. Villa Elizaga, con el nombre de «Policlínica Madurativa», dentro del Departamento de Neonatología y Medicina Perinatal. Fue orientada en sus inicios a la estimulación de recién nacidos de bajo peso mediante estimulación visual, auditiva, táctil y kinestésica, orientación a los padres, al personal sanitario y modificación del ambiente hospitalario del niño. Posteriormente incluyeron a niños nacidos en el centro con signos de alarma madurativa o secuelas por problemas perinatológicos, metabolopatías, cromosopatías, etc. A partir de 1979 se incorporan al programa niños de procedencia exterior. En 1982 los padres de niños tratados se constituyen en Asociación y asumen la gestión del programa, hasta que en 1987 se hace cargo directo de éste el propio hospital¹⁷. Fue financiada inicialmente por la Fundación «San Luis Gonzaga», y más adelante por el SEREM. Constituyó una actuación integrada de profesionales diversos (neuropediatras, neonatólogos, psicólogos, fisioterapeutas, psicomotricistas, logopedas, estimuladores, asistentes sociales) con el fin de estudiar la evolución del niño de 0 a 4 años y procurar las medidas adecuadas de intervención temprana conforme a un programa establecido previamente. Se evaluaba a cada niño mediante la escala de desarrollo de BRUNET-LEZINE, la escala de sociabilidad de GUNZBURG, informe socio-ambiental y, sobre todo, mediante observación directa. Las técnicas empleadas perseguían el desarrollo psicomotor del niño, el mental y social; se prestaban en régimen ambulatorio, en sesiones de media o tres cuartos de hora, una o dos veces por semana. El equipo estaba conectado directamente con las familias, así como con los recursos comunitarios existentes.

¹⁷ DE MIGUEL, T., *La atención temprana en el hospital materno-infantil. Experiencia del equipo de atención temprana de la Maternidad de Santa Cristina, en Simposio iberoamericano de experiencias de estimulación temprana. Enfoques técnicos y sistemas de coordinación*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Colección Documentos 12/87, Madrid, 1987. págs. 215-217.

El mismo Dr. Villa Elizaga creará, más adelante, en el Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra la *Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz (UPEP)*, para la atención de recién nacidos de alto riesgo, financiada también por el SEREM. En la unidad actuaban especialistas diversos (pediatras, neuropediatras, psicólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeras y asistente social). Las etapas del tratamiento eran: diagnóstico y evaluación clínica mediante hospitalización de tres o cuatro días; elaboración de planes terapéuticos, en los que se incluían programas de estimulación sensorio-motora dirigidas a la maduración de la estimulación del niño; revisiones periódicas, desde quince días a dos meses; enseñanza del programa de estimulación a familiares o responsables del niño para que lo realizaran en el propio domicilio; evaluación conjunta; seguimiento del niño hasta los cuatro años o hasta que su evolución se considerara completamente normal; valoración final y conexión con centros de educación especial¹⁸.

3.2.2. Instituto Nacional de Servicios Sociales

3.2.2.1. Nivel central

Como antes se dijo, el SEREM había establecido desde el año 1977 importantes vías de subvención a la iniciativa privada para la implantación de la estimulación precoz. En línea con el planteamiento de dicho organismo de dotarse de recursos propios¹⁹, se programa en 1979 la creación de Servicios de Estimulación Precoz en nueve provincias piloto, todas ellas con Centros Base de Minusválidos en funcionamiento. La creación tendrá su origen en la Resolución comunicada de 11 de enero de 1980, del Director General del ya entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales, por la que se crean nueve Servicios de Estimulación Precoz en Alava, Baleares, Burgos, Córdoba, Madrid, Pamplona, Segovia, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife.

Pero su establecimiento definitivo deberá esperar algún tiempo. Era preciso, en primer lugar, superar el inconveniente establecido por la Orden de 29 de septiembre de 1977, sobre supresión de incrementos de plantilla de las Entidades gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, de la Sanidad y de la Asistencia y Servicios Sociales (BOE de 12 de octubre), lo que se consigue mediante Orden comunicada de 1 de julio de 1980, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, por la que se autoriza la contratación de determinado personal laboral en el INSERSO. Esta Orden posibilitó la dotación de una plaza de psicólogo, pedagogo y fisioterapeuta en cada uno de los Centros Base de las provincias citadas donde no existían dichos profesionales (logopedas, psicomotricistas y asistentes sociales ya había en todos ellos), así como de varias plazas de una nueva categoría profesional, la del terapeuta en estimulación o «estimulador». No fue posible sin embargo, en este primer momento, la contratación laboral de los neuropediatras solicitados; los médicos serían contratados por acto médico, hasta que, en fecha relativamente cercana, todos los Centros Base contaron con médico rehabilitador.

El año 1980 fue decisivo para la puesta en funcionamiento de dichos servicios, mediante un proceso sistemático de definición y análisis del modelo organizativo a seguir, a través de seminarios y múltiples reuniones de trabajo. No estuvo exento de determinadas reticencias, algunas provenientes de determinado sector sanitario, por estimar que la atención precoz formaba parte de la rehabilitación médica, y no constituía una actuación que hubiera de residenciarse en el ámbito de los servicios sociales.

¹⁸ Véase *Nuestra experiencia en Estimulación Precoz*, en *Estimulación Precoz. Jornadas Internacionales*, o.c., págs. 125-132.

¹⁹ Véase el documento interno, de 1 de abril de 1975, *Funciones del SEREM y criterios de actuación*. Anexo: «Plan de Centros del SEREM», citado por ALONSO SECO, J.M., *Cronología de una década, en 10 años del Servicio Social de Minusválidos (1972-1982)*, INSERSO, Madrid, 1983, pág. 196 ss.

En enero de 1981 los equipos se encuentran ya seleccionados, como unidades funcionales integradas en la estructura del Centro Base. Cada equipo realizará su propio proyecto de Estimulación Precoz. Será discutido en unas «Jornadas de estudio sobre Atención Precoz», los días 4 a 8 de mayo de 1981, en las que también intervienen profesionales externos de distintas áreas (especialmente el equipo de la Maternidad de Santa Cristina). A partir de esta fecha comienzan a funcionar de manera efectiva. La atención precoz que instaura el INSERSO tiene un marcado carácter integral: el niño recibe tratamientos ambulatorios con la periodicidad oportuna en cada caso, pero se busca la conexión directa con los servicios de neonatología y pediatría de los hospitales, con los centros de educación infantil, y en especial la relación con las familias. La metodología, con carácter general, se ajusta al siguiente esquema: primera entrevista con la familia demandante de atención, por la asistente social; estudio del caso, por el equipo en conjunto, y pronunciamiento sobre la procedencia de iniciar la valoración; estudio y diagnóstico, por la asistente social, médico y psicólogo, con indicación de los tratamientos que procedan; evaluación periódica del niño y orientación, por el equipo en conjunto, para su tratamiento en el centro o su derivación a otro más adecuado²⁰.

La experiencia fue objeto de seguimiento continuado. De especial interés fue la evaluación que hizo cada equipo al año de su funcionamiento. Desde mayo de 1981 a julio de 1982 habían recibido tratamientos de estimulación precoz 1.034 niños de 0 a 5 años. La valoración del servicio realizada por los padres fue sumamente positiva. Sin embargo, la experiencia adoleció de conexión insuficiente con otros recursos sanitarios (hospitales y centros educativos infantiles especialmente). Asimismo, la funciones de calificación de la condición de subnormal y minusválido que se encomendó a los Equipos de Valoración y Orientación creados en los Centros Base en 1981²¹, encaminó a estos de forma preferente hacia las tareas calificadoras, siempre urgentes por su carácter previo a la concesión de prestaciones económicas, descompensando el área de tratamientos. En cualquier caso, la valoración de la experiencia fue muy satisfactoria²². Prueba de ello es que, a finales de 1981, la experiencia inicial se amplía a tres provincias más: Oviedo, La Coruña y Las Palmas²³.

A partir de 1983, la atención precoz en el INSERSO seguiría su propio caminar, en el contexto más genérico de las atribuciones encomendadas a los Centros Base. Estos, en la medida que las funciones calificadoras no les restaban tiempo, fueron orientando la actuación de sus profesionales hacia tratamientos de estimulación precoz. Puede afirmarse que ésta se generalizó, aunque con distinta intensidad según los Centros Base. De 91 fisioterapeutas, estimuladores, psicomotricistas y logopedas existentes en 1982, se pasa a 123 en 1985; de 1.450 niños atendidos en 1982 se pasa 3.690 en 1985. El esquema inicial de tratamiento siguió

²⁰ Para una descripción más general del contenido y metodología de la atención precoz en el INSERSO véanse SANZ, M.J. y ANTA, C., *Experiencia del Equipo de Atención Precoz del Centro Base de Maudes*, en *Seminario iberoamericano de experiencias de estimulación temprana*, o.c., págs. 169-196.

²¹ Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusválido (BOE de 8 de agosto); Orden de 5 de enero de 1982 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio (BOE de 11 de marzo).

²² Un examen más detenido de la evaluación efectuada puede encontrarse en el documento interno elaborado por el Servicio de Minusválidos Psíquicos del INSERSO, *Evaluación de las experiencias piloto de atención precoz*, Madrid, diciembre de 1982.

²³ Paralelamente al establecimiento de servicios propios de atención precoz, y la celebración de numerosos seminarios y cursos, el INSERSO iniciará la publicación de libros referidos a la materia. Entre ellos: HANSON, M.J., *Programa de intervención temprana para niños mongólicos. Guía de padres*, SISIS e INSERSO, San Sebastián, 1980; CUNNINGHAM, C. y SLOPER, P., *Estimulación precoz en casa*, Madrid, 1980; PERTEJO SESEÑA, J. y OTROS, *Guía de estimulación precoz para niños ciegos*, Madrid, 1983; GURALNICH, M. y BENNETT, F.C., *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*, Madrid, 1987.

invariable, pero cada día se hacía más patente la necesidad de superar el tratamiento individual ambulatorio para insertarse en la problemática integral que tenía el niño, de donde surgió la necesidad de contactar con todos los recursos comunitarios. La coordinación, sin embargo, cuando existió, no lo era a nivel institucionalizado, sino personal²⁴. A medida que el INSERSO fue siendo traspasado a las Comunidades Autónomas, aumentará la heterogeneidad.

3.2.2.2. Nivel autonómico

En el año 1981 se produce el traspaso de servicios del INSERSO a la Generalidad de Cataluña²⁵, Comunidad que debe mencionarse como creadora e impulsora de los primeros programas institucionales autonómicos. En 1985, dentro del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con competencias en materia de salud y de servicios sociales, se crea el Programa Sectorial de Estimulación Precoz²⁶, que comprende la detección, el diagnóstico y la estimulación precoces.

Por estimulación precoz entiende el «conjunto de actividades dirigidas a los niños que presentan trastornos en su desarrollo psicomotriz de cualquier etiología, a fin de que reciban de forma efectiva y continuada todo aquello que pueda facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene» (art. 5.1). Se dirige a niños de 0 a 4 años. Se encomienda la gestión de este programa al Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), organismo que tendrá las siguientes funciones:

- «Elaboración de un informe inicial, funcional y descriptivo de la realidad del niño y de su entorno, como punto de partida del programa de trabajo a desarrollar y como elemento orientador e informador a los padres.
- Establecimiento de los tratamientos y proporcionar orientación a la familia para que colabore de forma activa y se haga cargo de la parte del programa que pueda desarrollar en las actividades de la vida diaria.
- La realización de los procesos de socialización del niño en los diferentes grupos a los cuales se incorpore (guardería, espais, medio familiar), dando las orientaciones técnicas necesarias.
- Participar y colaborar en acciones que promuevan todas aquellas actividades y recursos que permitan una sensibilización a nivel colectivo, respecto de la prevención y rehabilitación» (art. 5.1).

Crean las Unidades de Tratamiento, formadas por personal de diagnóstico (asistente social, médico neurólogo o pediatra, psicólogo) y de tratamiento (fisioterapeutas, logopedas, psicomotricistas, maestros con especialidad en psicología terapéutica o pedagogía)²⁷; se les asigna un área de acción entre 200.000 y 300.000 habitantes. Han de estructurarse según criterios de sectorización y de especialización; han de estar en contacto con las Clínicas de Maduración (creadas para el diagnóstico precoz) y con los Centros de Atención a Disminuidos (para diagnóstico de minusvalías); ha de buscarse la coordinación de los centros públicos con

²⁴ Sobre la situación de la atención precoz en este período véase el documento interno del Servicio de Valoración y Recuperación del INSERSO, *La atención precoz en los Centros Base del INSERSO*, Madrid, 1986.

²⁵ Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO) (BOE de 24 de julio).

²⁶ Orden de 29 de julio de 1985, de creación del Programa Sectorial de Estimulación Precoz (DOGC de 23 de agosto).

²⁷ Véase con mayor detenimiento FABREGUES, I., *Estimulación precoz en Cataluña*, en *Simposio Iberoamericano de experiencias de estimulación temprana*, o.c., págs. 221-233.

los del sector privado acreditados. La citada Orden crea un Comité Directivo del Programa, con funciones de impulso y seguimiento, así como una Comisión Asesora del Comité Directivo²⁸.

El programa de estimulación precoz ha sufrido la correspondiente evolución, conforme se expone más adelante (*infra*, apartado 3.3.2).

3.2.3. Instituto Nacional de la Salud

Aunque esta Entidad gestora de la Seguridad Social no diseñó programas específicos de atención temprana en el ámbito sanitario ambulatorio u hospitalario, no puede afirmarse que aquéllos no existieran. El intento de mejorar el desarrollo del neonato prematuro, de bajo peso, o con signos de retardo físico o psíquico, ha estado siempre presente en los profesionales sanitarios de las unidades de perinatología o neonatología.

Una de las manifestaciones se produjo en el campo de la *rehabilitación infantil*. Junto a los tradicionales Servicios de Traumatología fueron surgiendo progresivamente en los distintos hospitales Servicios de Rehabilitación y, como parte de estos, Unidades de Rehabilitación Infantil. En la década de los sesenta su gran campo de actuación fue el tratamiento de los niños afectados de poliomielitis y, a partir de los años setenta, el de aquellos con graves secuelas derivadas de la parálisis cerebral infantil, el mielomeningocele y otras alteraciones ortopédicas (escoliosis, malformaciones de miembros, etc.). En los años más recientes se interesan, además, por la prevención de la discapacidad en la infancia, mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz. Entran, pues, progresivamente, en las mismas ideas de atención temprana expuestas en páginas anteriores, si bien con una tendencia más acusada hacia la estimulación muscular y motórica.

Ejemplo, entre otras experiencias aisladas de los primeros años, es el equipo de rehabilitación dirigido por el Dr. García Aymerich en el Hospital La Fe, de Valencia²⁹. Inició sus actividades en 1969. El equipo estaba formado por cuatro médicos rehabilitadores, siete fisioterapeutas, tres terapeutas ocupacionales, una maestra, una logopeda y una trabajadora social (no pudieron conseguir el psicólogo solicitado). Logró una vinculación funcional con las Secciones de Neonatología y Neuropediatría, buscando un compromiso rehabilitador precoz tanto con la población infantil de recién nacidos prematuros como con la de recién nacidos patológicos. Hubo de enfrentarse a su propia tradición previa de restringir la actuación del fisioterapeuta y del médico rehabilitador a la restauración exclusiva de las capacidades motoras.

A través de sucesivas aportaciones, entre las que destacan los Encuentros Hispano-Alemanes de 1974, así como la recepción de las corrientes iberoamericanas de estimulación precoz, establecieron un modelo de rehabilitación integral infantil, prematura, de corte eminentemente hospitalario, cuya metodología consistía sobre todo en técnicas de modelación progresiva de adquisiciones motoras respetando el orden secuencial de las escalas madurativas (de GESELL y otros), técnicas de estimulación del comportamiento motor reflejo, y técnicas de estimulación sensorial. Prevalencia, pues, el tratamiento individual sobre el niño, pero sin olvidar la presencia activa de los padres.

²⁸ La Orden de 23 de junio de 1988, de creación de la Comisión Asesora del Comité directiva del Programa de estimulación precoz, determina el ámbito del asesoramiento: a) epidemiología de los trastornos del desarrollo en el niño; b) nuevas perspectivas en su prevención y detección; c) adelantos en el diagnóstico etiológico de las alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño; d) adelantos en las diferentes técnicas; e) aspectos organizativos; f) educación psicopedagógica y sanitaria.

²⁹ Véase GARCÍA AYMERICH, V., *La atención precoz en el medio hospitalario*, en *Simpósio iberoamericano de experiencias de estimulación temprana*, o.c., págs. 197-211.

Aquella experiencia, como otras similares, sirvió para fijar los objetivos fundamentales de la rehabilitación infantil tal como hoy son concebidos, aunque quizás la atención temprana realizada en el ámbito hospitalario necesite todavía más acercarse al entorno social y comunitario que le rodea. Dichos objetivos, en palabras de la Dra. Sánchez de Muniáin, consisten en:

- La prevención y diagnóstico precoz de las distintas discapacidades.
- El tratamiento global, multidisciplinar, de la discapacidad, teniendo en cuenta los requerimientos de cada etapa del desarrollo infantil.
- El apoyo para facilitar la integración del niño discapacitado en la vida familiar, escolar y comunitaria.

3.2.4. Administración educativa

Ya se dijo anteriormente que una de las acciones previstas en el Plan Nacional de Educación Especial de 1978 fue la estimulación precoz. La plasmación institucional de dicha realidad comenzará con el establecimiento de los Equipos Multiprofesionales del Instituto Nacional de Educación Especial, previstos en la norma de creación de éste ³⁰, iniciados con carácter experimental en 1977, y regulados por Orden de 9 de septiembre de 1982³¹. Los equipos estarán básicamente constituidos por los siguientes profesionales: dos licenciados en Pedagogía, dos en Psicología, uno en Medicina, dos asistentes sociales y un auxiliar administrativo. Entre otras funciones se le encomiendan las siguientes: detección precoz de las deficiencias, anomalías o trastornos; valoración pluridimensional de las necesidades y capacidades del sujeto de Educación Especial; elaboración de programas de desarrollo individual en los que se fijen los objetivos, contenidos, metodologías y recursos necesarios para la solución de la problemática específica de cada niño; el seguimiento del programa de desarrollo individual, en estrecha colaboración con el profesorado de los Centros educativos (art. 3).

El siguiente paso vendrá dado por el Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre, de ordenación de la Educación Especial (BOE de 22 de octubre). Se establece en él que «la atención educativa de las personas disminuidas comenzará tan precozmente como lo requiera cada caso, iniciándose el proceso de integración, en la medida de lo posible, en el nivel de Educación Preescolar; dicho proceso tenderá a la modalidad de integración completa, con los programas de apoyo individualizados que sean precisos para cada alumno en particular» (art. 7). Se encomendará a los Equipos Multiprofesionales la valoración pluridimensional de las necesidades y capacidades de los alumnos, el informe médico y psicopedagógico, así como proponer el programa de desarrollo individual al profesorado, a quien compete su aplicación (art. 13). Conviene resaltar dos significativos preceptos que contiene esta disposición: la promoción de programas para informar y asesorar a las familias en orden a su capacitación y para atender a la estimulación y maduración de los hijos afectados por disminuciones (art. 17), así como la obligación de los hospitales infantiles de contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar en ellos internados (art. 18).

³⁰ Decreto 1151/1975, de 23 de mayo, por el que se crea el Instituto Nacional de Educación Especial (BOE de 3 de junio).

³¹ Orden de 30 de abril de 1977 por la que se regula la organización con carácter experimental del Servicio Provincial de Orientación Escolar y Vocacional para alumnos de Educación General Básica (BOE de 13 de mayo), y Orden de 9 de septiembre de 1982 por la que se regula la composición y funciones de los Equipos Multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial (BOE de 15 de septiembre).

La disposición antes citada será derogada por el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial (BOE de 16 de marzo), norma que sigue los criterios establecidos por la Ley de Integración de los Minusválidos y, en especial, los principios de integración y normalización. Ya en el artículo 2.1 determina que uno de los objetivos de la educación especial es la atención educativa temprana anterior a su escolarización. Más explícito será el artículo 5º. al establecer:

- «1. La atención educativa especial del niño disminuido o inadaptado podrá iniciarse desde el momento en que, sea cual fuere su edad, se adviertan en él deficiencias o anomalías que aconsejen dicha atención o se detecte riesgo de aparición de las mismas.
- 2. Esta atención educativa tendrá por objeto corregir en lo posible las deficiencias o anomalías detectadas o, en su caso, sus secuelas; prevenir y evitar la aparición de las mismas, en los supuestos de riesgo; y, en general, dirigir, apoyar y estimular el proceso de desarrollo y socialización del niño en un ambiente de completa integración.
- 3. En esta atención educativa, y particularmente en la que se lleve a cabo en edades anteriores a la escolarización, las Administraciones Públicas propiciarán la colaboración de los padres o tutores del niño, los cuales podrán recibir preparación a tal fin por los servicios correspondientes».

El último de los Reales Decretos citados servirá de fundamento para la progresiva creación posterior de equipos de atención temprana en el sector educativo.

3.3. EVOLUCION POSTERIOR

Las distintas experiencias descritas en páginas anteriores, aun partiendo de bases teóricas similares (principios de integración, normalización y coordinación), no lograron en la práctica extender su actuación a ámbitos diferentes del que nacieron: unas veces porque dicho ámbito les era de difícil acceso, otras porque su configuración inicial dificultaba la apertura a otros diferentes. Lo cierto es que llegó un momento de coexistencia paralela, sin más coordinación que la estrictamente personal entre profesionales conocidos, de distintos equipos, los cuales, cada uno a su tiempo y manera, actuaba sobre el niño³². Las experiencias iniciadas siguieron, pues, su evolución normativa y aplicación práctica, pero sin la necesaria coordinación institucional. Se hace a continuación una somera descripción de esa evolución y situación actual.

3.3.1. Ambito sanitario

Las normas internacionales suscritas por España³³ han tenido reflejo directo en otras disposiciones de Derecho interno. La Ley General de Sanidad de 1986 establece como

³² Afirma acertadamente ZABARTE, M.E.: «La realidad española en estimulación temprana parece confirmar aquello de que cien son las rosas aunque uno solo es el rosal. La variedad de instituciones que intervienen en ese campo propicia la proliferación de escuelas y programas cuya diversidad de experiencias sería enriquecedora si no estuviera tan descoordinada. En la práctica nos encontramos ante un mosaico tan fraccionado de actuaciones que no hace sino dificultar la extensión de la estimulación temprana. Conseguir la conexión necesaria entre unos y otros, evitando lagunas y duplicidades en la atención dispensada, lograr, en definitiva, engarzar las distintas rosas en el ramaje único del rosal, debería ser objetivo principal en los próximos tiempos» (Introducción al Simposio iberoamericano de experiencias de estimulación temprana, o.c., pág. 18).

³³ Entre ellas: *Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959)*; *Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989)*, Instrumento de Ratificación de 30 de noviembre de 1990 (BOE de 31 de diciembre).

contenido de las actuaciones sanitarias «los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo» (art. 18.5). El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE de 10 de febrero) contempla, en el nivel de atención primaria, el programa del niño sano (Anexo I.2.2º) 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 (Anexo I.3.3º).

La legislación sanitaria de las Comunidades Autónomas sigue la misma orientación que la Ley General de Sanidad. Las Leyes de ordenación sanitaria, desarrollo autonómico de la Ley anterior, mencionan de nuevo «la atención a los grupos de riesgo» como contenido asistencial³⁴. Entre las disposiciones específicas debe citarse el Decreto 101/1995 (Andalucía), 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 del nacimiento (BOJA de 17 de mayo); se establece como uno de los derechos del recién nacido hospitalizado, en caso de tener alguna minusvalía, el tratamiento de estimulación precoz (art. 3.j). En similar sentido, aunque más orientado hacia la valoración y orientación, ha de citarse el Decreto 11/1995 (La Rioja), de 2 de marzo, por el que se regulan los controles de salud en la infancia (BOLR de 8 de abril); se establece el derecho de los niños, desde 0 a 15 años, a controles periódicos de su estado de salud, orientados a la promoción de un armónico desarrollo madurativo y a la detección precoz de minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales (art. 3).

3.3.2. Ambito de los servicios sociales

Deben citarse, en primer lugar, las *Leyes autonómicas de Servicios Sociales*. La de Galicia contempla la atención temprana como actuación específica en el sector de las personas con minusvalía³⁵. En el mismo sentido la Ley de Cantabria³⁶. La Ley de Murcia establece como objetivo del servicio especializado de minusválidos «la instauración precoz de un tratamiento integral»³⁷. En Cataluña, mediante norma de rango legal, los servicios de atención precoz están incardinados en el nivel de atención especializada, dentro del área de atención a personas con disminución³⁸. En desarrollo reglamentario se ha dictado el Decreto 206/1995, de 13 de junio, por el que se adscribe la atención precoz al Departamento de Bienestar Social (DOGC de 24 de julio). Conforme a esta norma, el Servicio de Atención Precoz se integra en la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública. Va dirigido a niños menores de 4 años con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, pudiendo extenderse hasta los 6 años. Engloba las siguientes actividades:

³⁴ Véanse, entre otras, las siguientes disposiciones: Ley 2/1989 (Aragón), de 21 de abril, sobre creación y funcionamiento del Servicio Aragonés de Salud, art. 6.e) (BOA de 28 de abril); Ley 1/1992 (Asturias), de 2 de julio, por la que se crea el Servicio de Salud del Principado de Asturias, art. 6.e) (BOPA de 13 de julio); Ley 4/1992 (Balears), de 15 de julio, por la que se crea el Servicio Balear de Salud, art. 8.E) (BOCAIB de 15 de agosto); Ley 11/1994 (Canarias), de 26 de julio, sobre ordenación sanitaria de Canarias, art. 23.1.o) (BOCA de 5 agosto); Ley 1/1993 (Castilla y León), de 6 de abril, sobre ordenación del sistema sanitaria, art. 8.1.f) (BOCYL de 27 de abril); Ley 15/1990 (Cataluña), de 9 de julio, sobre ordenación sanitaria de Cataluña, art. 8.f) (DOGC de 30 de julio); Ley 4/1991 (La Rioja), de 25 de marzo, por la que se crea el Servicio Riojano de Salud, art. 12.e) (BOLR de 18 de abril).

³⁵ Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales, art. 13.3 (BOE de 11 de mayo).

³⁶ Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social, art. 6.2.f) (BOE de 29 de julio).

³⁷ Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, art. 31 (BOE de 18 de marzo de 1986).

³⁸ Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1983, de 14 de julio; 26/1985, de 27 de diciembre, y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales, art. 11.b),2.2 (DOGC de 13 de enero de 1995).

- «Hacer el diagnóstico funcional, sintomático y etiológico de los trastornos del desarrollo en los casos que le sean derivados con este fin por otros servicios sanitarios, sociales o educativos.
- Prestar la atención terapéutica interdisciplinar al niño y a su entorno cuando esta atención se realice en la sede de los centros de desarrollo infantil y atención precoz, o en el hogar del niño.
- Prestar asesoramiento y apoyo a los padres o tutores en los contenidos que le son propios.
- Colaborar con los servicios sanitarios, educativos y sociales que realicen trabajos en el sector de prevención, detección precoz de la población infantil con trastornos de desarrollo o con riesgo de padecerlos, así como con los profesionales de las escuelas infantiles donde estén escolarizados los niños con necesidades específicas» (art. 2.2).

En este mismo ámbito deben mencionarse las referencias que contienen algunas Leyes autonómicas sobre la infancia. La Ley 8/1995, de 27 de julio, de Cataluña, de atención y protección a los niños y adolescentes, establece que «los niños tienen derecho a beneficiarse de la detección y el tratamiento precoces de las enfermedades congénitas, así como de las deficiencias psíquicas y físicas, únicamente con los límites que la ética, la tecnología y los recursos existentes impongan en el sistema sanitario» (art. 25.2.d), y que «los niños y adolescentes con incapacidad física, psíquica o sensorial o con patologías de riesgo tienen derecho a la atención necesaria para el correcto desarrollo de sus aptitudes» (art. 26.1). En el mismo sentido la Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid (BOE de 2 de agosto). La Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia (BOE de 2 de junio), establece que «todos los niños tienen derecho al mejor nivel de salud posible y a la prevención del riesgo sociosanitario» (art. 9.1).

También en la Comunidad Valenciana la estimulación precoz gozó de individuación. Primero bajo la dependencia de la Conselleria de Sanidad y Consumo; más adelante incorporada en la de Trabajo y Servicios Sociales³⁹.

Por otra parte, una vez traspasados los servicios del INSERSO a las Comunidades Autónomas (con excepción de La Rioja), los servicios de atención precoz que se prestaban en los Centros Base de minusválidos siguen manteniéndose, si bien la diversidad en este punto es mayor.

3.3.3. Ambito educativo

Constituye punto de partida, en la regulación actual, la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Su artículo 37.1 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».

En cumplimiento de esta disposición, y también como consecuencia de la creciente importancia que se concede a la educación infantil⁴⁰, se crean los Equipos de Atención Temprana y los Equipos Especializados de Apoyo «para la orientación y atención educativa y para la orientación y atención educativa a alumnos con minusvalías o disfunciones

³⁹ Véase al respecto el Decreto 8/1996, de 4 de junio, por el que se adscriben a la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales las funciones relativas a estimulación precoz de discapacitados (DOGV de 7 de junio).

⁴⁰ Véase el Real Decreto 1333/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la educación infantil (BOE de 9 de septiembre).

específicas»⁴¹. Actuarán en conexión con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, nombre que reciben desde ahora los anteriores Equipos Multiprofesionales. Se amplía la tipología de especialistas que componen los equipos (a fisioterapeutas y logopedas). Entre las funciones que se les encomiendan se encuentran las de «colaborar en la prevención y en la pronta detección de dificultades o problemas de desarrollo personal y de aprendizaje que puedan presentar los alumnos; realizar la correspondiente evaluación psicopedagógica; y participar, en función de los resultados de ésta, en la elaboración de las adaptaciones curriculares y en la programación de actividades de recuperación y refuerzo» (art. 7.f). Han de colaborar en la realización de los proyectos curriculares de educación infantil⁴², y «centrar su trabajo en la detección precoz de niños y niñas con necesidades especiales en la etapa de Educación Infantil y en la atención temprana a los mismos»⁴³.

El Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales (BOE de 2 de junio) incide de nuevo sobre los Equipos de Atención Temprana, aunque sin mayores novedades. Vuelve a recordar 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» (art. 3.1), que «la atención educativa se iniciará desde el momento en que, sea cual fuera su edad, se produzca la detección de una discapacidad psíquica, sensorial o motora, y tendrá por objeto corregir precozmente, en la posible, las secuelas de la discapacidad detectada, prevenir y evitar la aparición de las mismas y, en general, apoyar y estimular su proceso de desarrollo y aprendizaje en un contexto de máxima integración» (art. 12.2). De nuevo establecerá que «corresponde a los equipos de atención temprana... la detección precoz de las necesidades educativas especiales y la orientación y el apoyo a los padres en orden a un óptimo desarrollo de sus hijos» (art. 8.4); propiciará la colaboración de los padres y la coordinación con otras Administraciones Públicas actuantes (art. 12.3 y 4).

3.4 INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN ORGANIZATIVA Y ASUNTOS PENDIENTES

Las experiencias de atención temprana de las dos últimas décadas han puesto de manifiesto, entre otros, los siguientes aspectos:

- Es criterio generalizado que una «buena» intervención sobre el niño con deficiencia o riesgo de ella, realizada a la edad más temprana posible, representa el mejor modo de influir de manera positiva y decisiva sobre el desarrollo ulterior de su vida⁴⁴.
- La estimulación precoz o atención temprana es una actuación conjunta sobre el niño, pluriprofesional e interinstitucional, cuya finalidad es evitar discapacidades subsiguientes, facilitar al niño un mejor desarrollo psicomotor, del lenguaje verbal y no verbal; todo ello con

⁴¹ Orden de 9 de diciembre de 1992 por la que se regulan la estructura y funciones de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, art. 2.4 (BOE de 18 de diciembre).

⁴² Véase la Resolución de 21 de junio de 1993, de la Secretaría de Estado de Educación, sobre el proceso de elaboración y revisión de los proyectos curriculares en la educación infantil durante el curso 1993-1994 (BOE de 30 de junio).

⁴³ Orden de 7 de septiembre de 1994 por la que se establece la sectorización de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (BOE de 20 de septiembre).

⁴⁴ Esta opinión es común en los países del entorno europeo. Véase al respecto *HELIOS II. Séminaire Européen. L'intervention précoce en théorie et en pratique: Changements et Innovations*, Munich, 4-6 de diciembre de 1994.

vistas a favorecer una mejor integración en la familia, en la educación preescolar, y en la sociedad.

- Cada sector institucional ha remarcado la importancia de esa intervención temprana, generalmente desde su particular punto de mira, con frecuente desconocimiento de otras dimensiones también importantes.
- Desde los distintos ámbitos se ha pregonado la necesidad de una coordinación y colaboración interinstitucional, pero no se han puesto los suficientes medios para que dicha coordinación pudiera hacerse efectiva.

Sigue planteándose en la actualidad, y sin duda es el principal asunto pendiente que tiene la atención temprana en nuestro país, el dilema de si la atención temprana ha de constituir una actuación diferenciada, con recursos personales y centros propios (modelo autónomo), o bien si, por tratarse de una actividad en la que deben intervenir varias instituciones, lo que en verdad procede es una interacción entre éstas (modelo de coordinación). Ambos modelos han sido puestos en práctica en los diversos países⁴⁵. El primero de ellos también en nuestro país, con resultados imperfectos si se quiere, pero eficaces hasta cierto nivel.

El modelo de coordinación es, a nuestro juicio, el verdaderamente deseable. También es el que más problemas de organización presenta. En efecto, el principio de coordinación exige cierto poder de dirección de uno de los coordinados sobre el resto. Y aquí se plantea el problema, no tanto por la mera prevalencia de una institución sobre las otras (hecho que ya comporta en sí mismo una serie de dificultades), sino por la dificultad de establecer qué institución, en cada caso concreto, debe ser la coordinadora. Existirán supuestos en que el proceso de atención temprana deberá ser dirigido y controlado por las instancias sanitarias (las Clínicas de Maduración hospitalarias, o las Unidades de Rehabilitación Infantil, por ejemplo), con todos los apoyos precisos de las áreas social y educativa. En otras ocasiones, cuando prevalecen los tratamientos basados en la psicología del aprendizaje o del desarrollo (por ejemplo, los Centros de Terapia Infantil o la atención precoz que se realiza en los Centros Base de Minusválidos), la coordinación no corresponderá tanto al área sanitaria, pero se necesitará su apoyo y el de los centros de educación infantil. Por último, cuando la discapacidad se detecta en el centro de educación infantil, y en su tratamiento son prioritarias las medidas educativas, parece claro que la iniciativa debe corresponder a los equipos educativos de atención temprana. En cualquier caso, a nuestro juicio, debería huirse de la fácil tentación que acecha a cada equipo de intentar capitalizar por sí mismo toda la actuación y solicitar la presencia jerarquizada en él de todos los profesionales necesarios para una actuación integral. Esta última solución llevaría al ejercicio de una competencia institucional muy poco conveniente.

Mientras se llega al establecimiento de esa coordinación, quizás sea lo más oportuno quedarse en la fase más modesta de la cooperación. Esta supone, en primer lugar, un conocimiento (quizás también un reconocimiento) de las posibilidades y limitaciones propias, así como de otros recursos similares existentes en la comunidad. Exige, además, un sistema organizado de derivación de casos, de interrelación de profesionales sin afanes de protagonismo. Impone, muy probablemente, la existencia de una comisión interinstitucional, variable en función de los recursos comunitarios existentes, en la que se planteen los problemas de colaboración y, sobre todo, desde donde se instrumenten las medidas adecuadas para que el niño y su familia tengan un lugar de referencia cierto donde recibir la atención temprana que necesite en función de su discapacidad.

Formas de colaboración interinstitucional se están llevando a cabo en distintos ámbitos. Se mencionan, en primer lugar, algunas experiencias impulsadas por el Real Patronato de

⁴⁵ Por lo que se refiere a la Unión Europea, véase *HELIOS II. Final Report. Early Intervention, Information, Orientation and Guidance of Families*, Munich, 1996, pág. 120.

Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. A partir de la celebración del Simposio Iberoamericano sobre Experiencias en Estimulación Temprana, organizado por aquél en 1987, quedó de manifiesto que la estimulación precoz se iniciaba entre los 2 y 5 años, en contradicción con el criterio doctrinal de la prontitud en la intervención, y que uno de los factores del problema señalado estribaba en el desconocimiento y desconexión existentes entre los servicios neonatológicos, capaces de registrar los citados factores de riesgo de deficiencias, y los servicios de atención temprana, a los que en ciertos casos resultado indicado derivar a los niños afectados. Se consideró conveniente que el Real Patronato, en vista de ello, apoyara un programa de mutua información y acercamiento entre los citados servicios.

Entre las distintas vías posibles, se eligió la que pudiera llamarse «de comunicación en la base profesional», esperando que propiciaría la posterior coordinación de los órganos político-administrativos. De acuerdo con tal criterio, en el seno del Real Patronato y mediante la coordinación del Dr. José Arzcun Pineda, Médico Neonatólogo, y del Dr. Felipe Retortillo Franco, Psicólogo, se constituyeron tres grupos de trabajo con los siguientes objetivos:

- *Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA)*. Está formado por todos los Jefes de Servicio o Sección de Neonatología de los hospitales del sector público de la Comunidad Autónoma. Tiene como objetivo estudiar y analizar problemas de carácter asistencial, organizativos o funcionales perinatales, así como colaborar con las Administraciones en cuantos requerimientos se les haga. En los últimos años ha trabajado en el estudio de la mortalidad, morbilidad, transporte perinatal, regionalización y humanización de los servicios de neonatología. Todos sus estudios se trasladan a la Administración sanitaria.
- *Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (GENYSI)*. Es una iniciativa de los ámbitos de la salud, rehabilitación, la educación y los servicios sociales. Pretende contribuir a la optimización de los recursos y medios destinados a la prevención y atención precoz de los niños con deficiencias o en situación de riesgo, así como su atención lo más temprana posible. Tiene como objetivo la coordinación y potenciar la relación interdisciplinar.

Como sistema de comunicación y de información, GENYSI tiene un WEB en INTERNET que facilita el acceso a recursos, programas e información concerniente al ámbito de la prevención, asistencia e intervención precoz. Asimismo, permite el acceso a documentación específica sobre la prevención, detección y atención temprana, y proporciona un espacio para el debate y la colaboración interprofesional sobre esta materia.

Ha ampliado su inicial ámbito territorial de actuación mediante la celebración, desde el año 1990, de una Reunión Anual Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, abierta a profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales. Dichos encuentros son auspiciados por el Real Patronato y coordinados por los citados Dres. José Arzcun y Felipe Retortillo.

- *Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADII)*. Está constituido por profesionales de los centros, Administraciones sanitarias, de servicios sociales, educativas y asociaciones que tienen relación con la prevención y atención a niños con deficiencias o en situación de riesgo. El principal objetivo del grupo es la coordinación de servicios y centros, buscando la mejor utilización de los recursos comunitarios existentes.

Su metodología se basa en facilitar el conocimiento de quienes trabajan en la prevención, tratamiento e intervención precoz, así como en la realización de documentos de carácter doctrinal o de aplicaciones prácticas. Los documentos realizados durante estos años han sido: «Marco conceptual y objetivos de la atención temprana», «Módulos de calidad para los servicios de intervención», «Registro de deficiencias», y «Modelos de documento para derivación».

- Algunos miembros de los dos grupos anteriores han constituido un nuevo grupo para la detección e intervención en poblaciones de riesgo de carácter social, para la prevención

del maltrato infantil, en su sentido más amplio. Se ha llevado a cabo un trabajo experimental, en el que han participado los hospitales Clínico Universitario de Madrid y el de Móstoles, así como el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia y a la Familia. Este programa ha quedado institucionalizado en dichos hospitales, y en estos momentos se ha dado cabida también a otros centros de la Comunidad de Madrid.

Merece citarse asimismo el *Programa de Asistencia Integral en Atención Temprana de la Comunidad Autónoma Gallega*, elaborado en 1996 por la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales, sobre un anteproyecto presentado por los Doctores Javier Cairo y Rafael Tojo.

Se define la atención temprana como «el conjunto de medidas puestas al servicio del niño que presenta trastornos o disarmonías en su desarrollo, en las áreas motoras, sensoriales o mentales, o riesgo de padecerlas, así como al servicio de su familia y de su entorno, con la finalidad de garantizar y potenciar al máximo el desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas, sensoriales y sociales de ese niño desde los primeros momentos de su vida». El Programa contempla cuatro niveles de actuación:

- *Nivel hospitalario*. En el hospital existe una Unidad de Atención Temprana Hospitalaria, cuyo equipo básico es un médico rehabilitador infantil, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y trabajadora social. Los casos susceptibles de tratamiento le llegan desde los servicios hospitalarios de Obstetricia, Neonatología y Obstetricia, así como de la Atención Primaria de Salud.
- *Nivel de Atención Primaria (de Salud y de Servicios Sociales)*. El pediatra del Centro de Salud, elabora conjuntamente con la Unidad de Atención Temprana Hospitalaria, el programa adecuado para cada niño, y realiza su seguimiento en coordinación con aquélla. Los Servicios Sociales de Atención Primaria participan en la evaluación social de los niños y familias, proponiendo las correspondientes pautas de actuación a ese nivel (emisión de informe sociofamiliar para adjuntar a la historia clínica del niño, diseño de prestaciones que pueden realizarse desde los servicios sociales, información a familias, etc.).
- *Nivel de Servicios Terapéuticos de Apoyo*. Su función es llevar a cabo los programas o terapias que no se pueden prestar a través de los recursos de atención primaria de salud, siguiendo la prescripción terapéutica establecida desde la Unidad de Atención Temprana Hospitalaria.
- *Nivel escolar*. Están previstas fórmulas de coordinación y colaboración entre los Equipos Psicopedagógicos de Apoyo de Educación, los de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud y Servicios Sociales y la Unidad de Atención Temprana Hospitalaria.

Finalmente, no pueden olvidarse las soluciones propuestas en el *Informe sobre la Problemática de los Minusválidos de la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de los Diputados (1992)*, y del *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad del INSERSO (1996)*.

En el *Informe del Congreso* la atención temprana de deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales se menciona explícitamente como medida de actuación dentro del área sanitaria, ámbito que, según el propio Informe, «constituye el punto de partida de todas las demás políticas»⁴⁶. Existe, pues, una clara inflexión de la atención temprana hacia el área de salud, entendemos que como coordinadora de actuaciones conexas provenientes de otros sectores.

En el *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad* se contemplan de modo explícito los programas de detección y atención precoz, dentro del capítulo de la Asistencia Sanitaria y

⁴⁶ Véase el apartado 5.3 de las Conclusiones del citado Informe (Boletín Oficial del Congreso de los Diputados de 16 diciembre de 1992).

Rehabilitación Integral. Diferencia, sin embargo, dos instituciones clave como coordinadoras de los programas (la sanitaria y educativa), al establecer como líneas de actuación la necesidad de «organizar en cada Área de Salud un Programa socio-sanitario de Atención Precoz a niños menores de 3 años con problemas en el desarrollo por causa de una deficiencia o por factores socio-ambientales», y la de «organizar, dentro del Sistema Educativo, la educación temprana y la rehabilitación de los niños mayores de 3 años que presentan necesidades educativas especiales» (apartado 2.1). La conexión de ambos sectores con las familias y con los servicios sociales se hace del todo manifiesta en el desglose de las medidas de actuación para el cumplimiento de dichas líneas de actuación⁴⁷.

En estas dos últimas décadas, por lo mismo, se ha cumplido un gran objetivo, que la atención temprana haya tomado carta de naturaleza. Queda todavía el reto de mejorar los cauces organizativos más operativos para aumentar la eficacia de lo ya conseguido.

⁴⁷ Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, INSERSO, Madrid, 1986, págs. 97-99.

4. REHABILITACIÓN

MANUEL AZNAR LÓPEZ,
con la colaboración de **PALOMA SÁNCHEZ DE MUNIÁIN**

3.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS

En el año 1976, que se toma como referencia inicial del análisis, la rehabilitación, una vez que su tratamiento legal quedó desvinculado del relativo a la invalidez permanente, estaba regulada, como una prestación más del sistema de Seguridad Social, por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. A tenor de los preceptos correspondientes, la iniciación de los procesos de recuperación se llevaría a cabo tan pronto como se apreciase su procedencia, sin que fuera precisa la previa declaración de la situación de invalidez permanente. Estos procesos podrían comprender todas, algunas o alguna de las siguientes prestaciones: Tratamiento sanitario, especialmente rehabilitación funcional; orientación profesional; y formación profesional, por readaptación al trabajo habitual anterior o por reeducación para una nueva profesión. Asimismo, se preveía la fijación, para cada beneficiario, de un programa individual de recuperación y la percepción de un subsidio de recuperación por quienes recibieran las prestaciones recuperadoras sin tener derecho a los subsidios por incapacidad laboral transitoria o por invalidez provisional. La regulación finalizaba con diversas normas sobre empleo selectivo

De otra parte, en el ámbito de los servicios sociales, es preciso hacer mención al Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, creado por el Decreto 731/1974, de 21 de febrero, que encomienda al mismo, entre otras, funciones relativas a la rehabilitación y a la formación profesional de las personas con discapacidad. Este Servicio fue el resultado de la fusión de la gestión de dos servicios sociales: De una parte, el Servicio Social de Asistencia a Subnormales, que había sido establecido por el Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, y que, frente a la finalidad principalmente rehabilitadora que se le atribuyó (Orden de 8-5-1970), había centrado su acción en la concesión de una aportación económica a los familiares de estas personas; y de otra, el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, que había sido creado por el Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, el cual realizaba una distinción en función de la afiliación o no a la Seguridad Social, de modo que a las personas con discapacidad que se encontrasen en la primera de estas situaciones se les aplicaría la totalidad de las medidas contempladas en este Decreto, mientras que quienes se hallaran en el segundo supuesto solo podrían acceder a las medidas de formación profesional y de asistencia sanitaria. Este último Servicio, en su desarrollo, frente a la inicial asignación de funciones de coordinación y de promoción (Orden de 24-11-1971), irá más allá, para llevar a cabo la gestión directa de prestaciones, así como funciones respecto de la prestación recuperadora del sistema de Seguridad Social (Orden de 16-2-1977). La dinámica de este Servicio tenderá, además, a universalizar las prestaciones rehabilitadoras, mediante su extensión a personas no incluidas en el ámbito de aplicación del sistema de Seguridad Social.

El Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos será sustituido por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, creado, como entidad gestora de la Seguridad Social, por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre.

Es inexcusable también reseñar el cambio de orientación que por aquel entonces experimenta el Real Patronato de Educación Especial, que modifica su denominación por la de Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, a la vez que amplía sus funciones, para pasar a asumir, entre otras, la de instar la rehabilitación global de las personas con discapacidad.

Ya en la década de los ochenta, es menester citar la implantación de un régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos por medio del Real Decreto 620/1981, de 5 de

febrero, que sistematizó las ayudas destinadas a la rehabilitación que venían incluyéndose con anterioridad en los planes de inversiones de los Fondos Nacionales para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades, de Protección al Trabajo y de Asistencia Social, así como en los planes de prestaciones del Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos.

En otro orden de cosas, debe citarse la ratificación, mediante instrumento de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, que se refería de modo expreso a las personas con discapacidad al hacer alusión a los derechos a la orientación profesional y a la formación profesional, y donde se reconocía el derecho de las personas con discapacidad a la formación profesional y a la readaptación profesional y social, para lo cual las partes contratantes venían obligadas a adoptar medidas para procurar medios de formación profesional y, si fuera necesario, instituciones especializadas, ya sean públicas o privadas.

Respecto de las demandas existentes, puede dejarse constancia de que, en el año 1977, se resaltaba la necesidad de que la política de asistencia y tratamiento de las personas con discapacidad debía ser una política de prevención y de rehabilitación, preconizándose al respecto la incorporación de aquellas al sistema de Seguridad Social, cuyo ámbito subjetivo de aplicación habría de extenderse a todos los españoles, debiendo, de otro lado, incluir el derecho a la rehabilitación. Se hacía también hincapié en el objetivo de crear una red que atendiera a la demanda, entre otras, de centros de rehabilitación y formación profesional (*Subnormales, minusválidos y enfermos psíquicos. Documento para una alternativa democrática*, 1977). Respecto de este último aspecto, puede, no obstante, señalarse que a lo largo de las décadas de los años sesenta y setenta se produjo un notable incremento de la infraestructura de la rehabilitación. De este modo, en el ámbito médico-funcional, además de algunos centros de red de la sanidad pública, se establecieron servicios de rehabilitación, dentro la red sanitaria de la Seguridad Social, en ciudades y residencias sanitarias, creándose asimismo centros especiales, como es el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. En el campo de la rehabilitación infantil, en los hospitales de las grandes ciudades se crearon asimismo unidades específicas. Por su parte, el Instituto Nacional de Servicios Sociales fue estableciendo su red de centros, tanto de atención primaria —Centros Base—, como de atención especializada. Asimismo, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales establecieron servicios y centros de rehabilitación. Sin embargo, en la mayoría de los casos el proceso de rehabilitación se limitaba a la fase médico-funcional, sin llegar a la fase profesional, resintiéndose, en consecuencia, la rentabilidad de algunos centros, ante la práctica inaplicación de los preceptos legales sobre la prestación de recuperación profesional del sistema de Seguridad Social.

3.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRITICA

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (en adelante, LISMI), se inspira en un concepto de rehabilitación como proceso unitario y global, integrado por distintas fases. Pone, de otra parte, énfasis en la consecución de un puesto de trabajo como medio primordial, aunque no exclusivo, de lograr la integración social. Las fases que pueden comprender los procesos de rehabilitación son: rehabilitación médico-funcional, tratamiento y orientación psicológica, educación general y especial y recuperación profesional.

La LISMI concibe la rehabilitación médico-funcional como un derecho que se reconoce a toda persona que presente alguna limitación funcional, si bien también extiende la prestación a quienes, sin haber desembocado aún en una situación invalidante, corren el riesgo de que sobrevenga la misma de no adoptarse las medidas oportunas. De otro lado,

se enfatiza la importancia del comienzo temprano del tratamiento rehabilitador. Asimismo, como complemento del proceso de rehabilitación, se prevé el suministro, adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y ortesis, así como vehículos y otros elementos auxiliares. Se hace también alusión a la coordinación de la fase médico-funcional de la rehabilitación con las fases profesional y social, así como a la intensificación del establecimiento de servicios de rehabilitación, al fomento de la formación de profesionales y a la investigación, producción y utilización de aparatos de prótesis y ortesis.

Respecto del tratamiento y orientación psicológica, se deja constancia de su presencia en las distintas fases del proceso rehabilitador.

Por último, si se deja aparte la regulación de los aspectos educativos, que son tratados en un epígrafe específico, al que nos remitimos, se regula la recuperación profesional, universalizándose su ámbito subjetivo de aplicación, al extenderlo a todas las personas con discapacidad, y reconociéndose el derecho a la misma. Se define, de otra parte, el contenido de la recuperación profesional, que estará integrada por tratamientos de rehabilitación médico-funcional, orientación profesional y formación, readaptación o reeducación profesional. Se prevé asimismo la posibilidad de que la formación profesional pueda realizarse en las empresas mediante la suscripción de un contrato especial. Como complemento de las prestaciones recuperadoras podrán facilitarse medidas adicionales que faciliten el desarrollo personal y la integración social. Se declara la gratuidad de los tratamientos recuperadores y se prevé la percepción de un subsidio por quienes reciban dichos tratamientos. Por último, se atribuye a los servicios de recuperación y rehabilitación de la Seguridad Social la prestación de los procesos de recuperación, para lo cual se establecerá un plan de actuación.

Desde una perspectiva global, una apreciación crítica de las normas de la LISMI relativas a la rehabilitación permite afirmar que los preceptos legales encuadran las distintas prestaciones en un marco integrado y sistemático, cuyo enfoque responde a la noción de la rehabilitación como un proceso unitario. Es destacable asimismo el reconocimiento de las prestaciones como un derecho subjetivo, la universalización de su campo de aplicación y la puesta de relieve de la importancia de la atención temprana. En el lado negativo, cabría, en cambio, hacer alusión al carácter discrecional con que se contemplaba la dispensación de las medidas adicionales dirigidas a facilitar el logro del máximo nivel de desarrollo personal y la plena integración social.

3.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES

El desarrollo de la LISMI en la parte relativa a la rehabilitación médico-funcional y a la recuperación profesional fue realizado por el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, el cual delimita los beneficiarios de las prestaciones rehabilitadoras, para cuya percepción quedan asimilados a los beneficiarios quienes tengan un riesgo fundado de que aparezca una disminución de no seguir los correspondientes tratamientos. Los servicios a prestar comprenderán el diagnóstico, la prescripción facultativa, los tratamientos médicos y farmacológicos y, en general, las técnicas que sirvan a la rehabilitación. Las disposiciones de desarrollo incluirán un listado de aparatos, sillas de ruedas y otros elementos auxiliares, cuya concesión se realizará en usufructo cuando puedan ser utilizados con posterioridad por otras personas.

Respecto de la recuperación profesional, se insiste en su inicio temprano, se asimila de nuevo a la condición de beneficiarios a las personas en situación de riesgo de aparición de una minusvalía, se subordina el derecho a las prestaciones a la existencia de una

relación razonable de proporcionalidad entre el coste de las medidas y su eficacia previsible, y se subordina la percepción del subsidio de recuperación a las casos en los que se produzca la necesidad de realizar gastos adicionales de alojamiento, transporte y comedor.

Los medidas de integración social se contemplan desde una doble perspectiva, ya que pueden otorgarse de modo independiente o como parte complementaria de otras fases del proceso de rehabilitación. Su finalidad consistirá en lograr la mayor autonomía, en mejorar la capacidad de desplazamiento y en facilitar las relaciones con el entorno. Estas medidas se incluirían en una lista, que podría estar integrada por prestaciones tales como las dirigidas al entrenamiento para las actividades vida diaria, el suministro y enseñanza de útiles especialmente adaptados, la realización de actividades culturales, recreativas y deportivas, la adaptación del hogar, la obtención del permiso de conducción de vehículos y la adquisición o adaptación de éstos.

Así las cosas, la Orden de 13 de marzo de 1984 dispuso que las medidas de rehabilitación médico-funcional, de recuperación profesional y de integración social serían puestas en marcha progresivamente. Entre tanto, las necesidades básicas en esta materia serían cubiertas con los servicios y centros del Instituto Nacional de Servicios Sociales y con las prestaciones previstas en el régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos. Las sucesivos órdenes de 15 de febrero de 1983, 13 de enero de 1984, 14 de febrero de 1985, complementada por la de 11 de noviembre de 1985, 30 de enero de 1986, 22 de enero de 1987, 19 de enero de 1988, 16 de febrero de 1989, 28 de febrero de 1990, 15 de febrero de 1991, 6 de abril de 1992, 15 de marzo de 1993, 17 de marzo de 1994, 4 de abril de 1995 y 26 de marzo de 1996 determinaron los tipos y cuantías de estas ayudas.

Seguidamente se hace asimismo referencia a otras normas sobre la materia, aprobadas desde que la LISMI fuera publicada.

A) En el sector sanitario

La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, realiza diversas referencias a la rehabilitación a lo largo de su articulado. De este modo, alude a la orientación de las actuaciones de las Administraciones sanitarias hacia la promoción de las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente, incluye la rehabilitación entre las prestaciones de la asistencia sanitaria especializada, cita el desarrollo de los servicios de rehabilitación e inserción social para los enfermos mentales y su coordinación con los servicios sociales, contempla la rehabilitación como un aspecto de la atención integral a la salud cuya prestación constituirá una de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud, atribuye a las áreas de salud funciones de rehabilitación y encomienda a los centros de salud actividades rehabilitadoras (arts. 6, 18, 20, 46, 56 y 63).

Por su parte, las normas que regulan los distintos servicios de salud de las Comunidades Autónomas atribuyen a estos servicios la prestación de los servicios de rehabilitación, ya en el ámbito hospitalario, ya en el extrahospitalario. Más en concreto, se cita la rehabilitación en las disposiciones siguientes: Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud (arts. 1 y 13); Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud (arts. 6, 19 y 38); Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias (arts. 6, 27 y 29); Ley 4/1992, de 15 de julio, del Servicio Balear de Salud (art. 39); Ley 1/1989, de 2 de enero, del Servicio Gallego de Salud, modificada por Ley 8/1991, de 23 de julio (arts. 3 y 12); Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia (arts. 3 y 22), derogada por la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (arts. 19 y 23); Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud (arts. 12 y 37);

Ley 10/1983, de 19 de mayo, que creó el Servicio Vasco de Salud (art. 2); y Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud (arts. 3, 5 y 15), derogada parcialmente por la Ley 6/1993, de 31 de diciembre. Contienen asimismo referencias a la atención rehabilitadora la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, que creó el Servicio Canario de Salud (arts. 2, 3, 23, 29, 30, 31 y 51); la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario en Castilla y León (arts. 2 y 22); la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que creó el Servicio Catalán de la Salud (arts. 6 y 8), que fue modificada por la Ley 11/1995, de 29 de septiembre; y la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, que creó el Servicio Navarro de Salud (arts. 15, 16 y 56), la cual fue también modificada por la Ley Foral 2/1994, de 28 de febrero.

Asimismo, las normas reguladoras de la atención primaria han encomendado a los equipos correspondientes de este nivel asistencial funciones relativas a la rehabilitación, pudiendo citarse: En Andalucía, el Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre ordenación de los servicios de atención primaria de salud (arts. 1 y 7.1.2), y la Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los centros de atención primaria (arts. 3, 6 y 29); en Aragón, el Decreto 61/1987, de 23 de mayo, por el que se regula la atención primaria (arts. 2 y 6), y el Decreto 7/1991, de 22 de enero, por el que se aprobó el reglamento general de funcionamiento de los equipos de atención primaria (arts. 4 y 11), el cual fue derogado por el Decreto 66/1995, de 4 de abril, que aprobó el nuevo reglamento (arts. 3, 7, 11, 14 y 15); en Canarias, el Decreto 2/1986, de 10 de enero, sobre ordenación funcional de las zonas de salud y puesta en marcha de los equipos de atención primaria (arts. 1 y 5.1.2); en Castilla-La Mancha, el Decreto 34/1986, de 22 de abril, de ordenación funcional de los servicios de atención primaria de salud (art. 3); en Castilla y León, la Orden de 6 de junio de 1986, por la que se aprueban las normas mínimas de funcionamiento de los equipos de atención primaria (arts. 4 y 5); en Cataluña, el Decreto 84/1985, de 21 de marzo, para la reforma de la atención primaria de salud (art. 9.1.c), y la Orden de 6 de mayo de 1990, de aprobación del reglamento marco de funcionamiento de los equipos de atención primaria (art. 9.1.d); en Extremadura, el Decreto 3/1987, de 27 de enero, por el que se definen y regulan las estructuras de atención primaria (arts. 1 y 10) y el Decreto 67/1996, de 21 de mayo, que aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los equipos de atención primaria (arts. 11, 12, 15 y 18); en Madrid, el Decreto 98/1988, de 8 de septiembre, por el que se aprueba el reglamento sobre normas básicas de funcionamiento de los equipos de atención primaria (arts. 5 y 6); en Murcia, el Decreto 53/1989, de 1 de junio, por el que se aprueba el reglamento general de funcionamiento de equipos de atención primaria (arts. 19 y 21), y la Orden de 25 de junio de 1990, por la que se establecen los requisitos de los centros de atención primaria (art. 2); en Navarra, el Decreto Foral 148/1986, de 30 de mayo, por el que se regulan las estructuras de atención primaria de salud (arts. 1 y 15); y en la Comunidad Valenciana, la Orden de 20 de noviembre de 1991, que aprobó el reglamento de organización y funcionamiento de los equipos de atención primaria (arts. 7, 20, 21, 22, 26, 32, 33 y 34).

Puede hacerse asimismo alusión a la existencia de algunos programas específicos, como es, en la Comunidad Valenciana, el programa especial de rehabilitación que, en el marco del plan de programas de asistencia sanitaria, fue aprobado por la Orden de 30 de mayo de 1988.

Las prestaciones ortoprotésicas fueron incluidas entre las prestaciones complementarias contempladas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En desarrollo de esta disposición, la Orden de 18 de enero de 1996 reguló la prestación ortoprotésica, determinando el contenido de la misma y sus modalidades.

Pueden traerse también a colación, en este mismo ámbito de la sanidad, las normas relativas a la rehabilitación en el campo de la salud mental.

En el año 1985 puede datarse el inicio de la reforma de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica, cuyo marco general está constituido por un informe emitido en abril de 1985 por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que había sido creada por Orden de 27 de julio de 1983 dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta Orden encomendaba a la Comisión la realización de los estudios necesarios para proponer los principios básicos que habrían de configurar la asistencia psiquiátrica en sus modalidades preventiva, curativa y rehabilitadora. En el informe emitido se ponía de manifiesto, entre otros aspectos, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación, a la vista de lo cual, en el marco del modelo comunitario de atención a la salud mental que propuso la referida Comisión, se recogía, como una de sus líneas básicas, el desarrollo de estos programas.

En el campo normativo, el artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, recoge las líneas básicas de la actuación sobre la salud mental, entre las que figura el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social, que estén coordinados con los servicios sociales.

En el ámbito autonómico, diversas normas han hecho mención asimismo al aspecto rehabilitador de los servicios de salud mental. Así, Cantabria cuenta con una norma de rango legal que regula específicamente la salud mental. Se trata de la Ley 1/1996, de 14 de mayo, que, en su exposición de motivos, declara que la asistencia psiquiátrica es una función integral que, entre otras tareas, desarrolla las de rehabilitación. De otro lado, se incluyen las actividades de rehabilitación entre las que habrán de ser contempladas en el plan regional de salud mental y asistencia psiquiátrica.

En el ámbito reglamentario, pueden citarse, en Andalucía, el Decreto 338/1988, de 20 de diciembre, de ordenación de los servicios de atención a la salud mental, que contempla, entre las unidades específicas de salud mental, la unidad de rehabilitación del área, dispositivo extrahospitalario al que se atribuye la finalidad de desarrollar programas de rehabilitación en el campo de la salud mental, para lo cual habría de contar necesariamente con un centro de día y podría contar con un taller para el desarrollo de programas de terapia ocupacional y con una estructura residencial de uso temporal, para la puesta en práctica de programas de entrenamiento para la convivencia social; en Asturias, el Decreto 81/1986, de 11 de junio, reguló la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental dependientes de la Administración del Principado, incluyendo, entre los dispositivos que integran la red asistencial de salud mental, unidades de rehabilitación y apoyo, las cuales podrían consistir en alojamientos protegidos y en residencias asistidas, pudiendo además promoverse conjuntamente con otros departamentos administrativos programas que faciliten la reinserción laboral; en Castilla-La Mancha, por Decreto 53/1985, de 16 de abril, se reorganizaron los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, que pasarían a denominarse Unidades de Atención de Salud Mental Infanto-Juvenil, a las que se atribuye la función de contribuir a la atención integral de la salud mental y juvenil, que comprendería actividades rehabilitadoras, y por Orden de 15 de octubre de 1985 se creó la guía de estas unidades, recogiendo las actividades rehabilitadoras que habrían de desarrollar; en Castilla y León, el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, que reguló la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica en dicha comunidad, dispuso que en la elaboración del plan regional de salud mental habrían de incluirse, entre los recursos mínimos de cada área sanitaria, las unidades de rehabilitación psiquiátrica, debiendo, de otra parte, existir en todos los hospitales psiquiátricos unidades de rehabilitación hospitalaria para pacientes crónicos, que pondrían en marcha programas de rehabilitación activa; en Galicia, la

Orden de 20 de noviembre de 1989, reorganizó los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, cambiando su denominación por la de Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, cuya actuación comprenderá, entre otras, actividades rehabilitadoras, y el Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, tuvo por objeto regular, entre otros, los dispositivos dirigidos a la rehabilitación de las personas con enfermedad mental, incluyendo entre los dispositivos básicos a las unidades de salud mental comunitaria, a las que encomienda participar en la rehabilitación de los pacientes, y entre los dispositivos complementarios a las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica; en Navarra, la Orden Foral 153/1996, de 18 de julio, creó el comité de expertos en rehabilitación e integración social de enfermos psíquicos, al que encomienda el asesoramiento en la elaboración de programas de rehabilitación, inserción e integración social; y en la Comunidad Valenciana, el Decreto 148/1986, de 24 de noviembre reguló la prestación de servicios en materia de salud mental, previendo la posibilidad de que existieran una o más unidades o centros de día, integrados y dependientes del centro de salud mental, para el desarrollo, entre otros, de los aspectos rehabilitadores.

La rehabilitación es asimismo objeto de atención en los planes autonómicos de salud mental, entre cuyas líneas básicas figura la transformación paulatina de la configuración tradicional de los hospitales psiquiátricos en centros de carácter rehabilitador, así como la potenciación de estructuras intermedias, con el fin de favorecer la desinstitucionalización de los pacientes y su integración en el ámbito comunitario.

B) En el sector de la formación profesional ocupacional

Con el antecedente de diversos órdenes ministeriales, el Real Decreto 1618/1990, de 14 de diciembre, reguló el plan nacional de formación e inserción profesional, contemplando entre los programas uno referido a los trabajadores minusválidos, para cuya puesta en práctica habrían de entrar en colaboración el Instituto Nacional de Empleo y el Instituto Nacional de Servicios Sociales, para llevar a cabo los correspondientes cursos de formación profesional. Con posterioridad, esta disposición fue derogada por el Real Decreto 631/1993, de 3 de mayo, que reguló de nuevo el plan, reconociendo a los trabajadores minusválidos preferencia para participar en las acciones comprendidas en el mismo, teniendo derecho a la percepción de becas cuando se trate de desempleados minusválidos.

A ello deben añadirse las acciones que en el campo de la formación profesional ocupacional se llevan a cabo en el ámbito autonómico. A este respecto, a título de ejemplo, pueden citarse, en Andalucía, la regulación contenida en sucesivas disposiciones (así, Decretos 33/1993, de 30 de marzo; 23/1994, de 1 de febrero; y 28/1995, de 21 de febrero), por los que se establecieron los programas de formación ocupacional, en ejecución del plan andaluz de formación profesional y del plan nacional de formación e inserción profesional, dentro de los cuales figuran los dirigidos a colectivos con riesgo de exclusión del mercado laboral, entre los que se incluyen acciones formativas destinadas a personas con minusvalía. Por su parte, en Cataluña, pueden citarse el Decreto 45/1989, de 13 de marzo, modificado por el Decreto 204/1990, de 30 de julio, que previó la subvención de acciones dirigidas a facilitar la integración laboral de trabajadores con especiales dificultades, entre los que figuran las personas con una disminución física, psíquica o sensorial, a través de medidas de orientación e información profesional, formación profesional ocupacional y adaptación y reciclaje profesional. Por último, puede mencionarse, en la Comunidad Valenciana, la Ley 1/1995, de 20 de enero, que regula la formación de personas adultas, en cuyo marco se contemplan programas formativos para personas con discapacidad.

C) En el sistema de Seguridad Social

Por Orden de 7 de septiembre de 1982 se regularon los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos del Instituto Nacional de Servicios Sociales, a los que se atribuyeron como objetivos la recuperación médico-funcional y psicosocial, la nivelación cultural y la capacitación y reconversión profesional de los minusválidos físicos y sensoriales adultos. Los ingresos y los traslados en estos centros fueron regulados por Resolución del Instituto Nacional de Servicios Sociales de 18 de enero de 1993, que encomendó a los mismos, entre otras funciones, la elaboración de programas individuales de recuperación, orientación y ejecución de la recuperación profesional, la cual comprenderá la capacitación y reconversión profesional en cursos de enseñanza ocupacional, la nivelación cultural necesaria para seguir la formación profesional, la recuperación médico-funcional y psicosocial, y la readaptación o reeducación profesional. Por último, la Orden de 30 de septiembre de 1994 modificó la de 4 de junio de 1992, que aprobó el estatuto básico de los centros residenciales de minusválidos del Instituto Nacional de Servicios Sociales, determinando que este estatuto sería también aplicable a los centros de recuperación de minusválidos físicos.

D) En el ámbito de la Acción Social

En las leyes autonómicas de Acción Social o servicios sociales se incluyen preceptos referentes a la rehabilitación.

Así, puede citarse, en Andalucía, la Ley 2/1988, de 4 de abril, que cita la rehabilitación integral entre las finalidades que deben atender los servicios sociales especializados en el sector de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales (art. 11); en Baleares, la Ley 9/1987, de 11 de febrero, incluye las atenciones de carácter rehabilitador entre aquellas que deben ser prestadas por los servicios de ayuda a domicilio, dentro de los servicios sociales generales (art. 9); en Canarias, la Ley 9/1987, de 11 de febrero, se refiere a la rehabilitación al tratar de las líneas de actuación del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, encomienda a los servicios sociales generales o comunitarios la prestación de ayuda a domicilio, una de cuyas atenciones será la de carácter rehabilitador, y cita la rehabilitación como una de las finalidades del servicio social especializado para las personas con minusvalía (arts. 1, 6 y 7); en Cantabria, la Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social, cita a las minusvalías como una de las áreas de actuación de los servicios sociales específicos, señala que se promoverán medidas para la eliminación de obstáculos en la vida de las personas con discapacidad, potenciando actuaciones encaminadas a la rehabilitación y menciona los centros de rehabilitación como uno de los servicios sociales especializados (arts. 6 y 9); en Castilla-La Mancha, la Ley 3/1986, de 16 de abril, incluye, en el ámbito de los servicios sociales especializados, los programas dirigidos a la rehabilitación y reinserción de personas con minusvalía (art. 11), y la Ley 5/1995, de 23 de marzo, de solidaridad, cita la compensación de las desventajas, a través de la promoción de las medidas específicas de rehabilitación, como uno de los principios que deben regir la política en favor de las personas con discapacidad (art. 16); en Castilla y León, la Ley 18/1988, de 28 de diciembre, se refiere a la rehabilitación y reinserción social de las personas con minusvalía, al tratar de los servicios específicos (art. 12); en Cataluña, el Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, atribuye funciones rehabilitadoras a los servicios sociales de atención especializada (art. 9); en Extremadura, la Ley 5/1987, de 23 de abril, encomienda al servicio social de ayuda a domicilio la finalidad de prestar atenciones de carácter rehabilitador, indicando asimismo que el servicio social especializado de atención a minusválidos tenderá a la rehabilitación e integración social de los mismo (arts. 7 y 12); en Galicia, la Ley 3/1987, de 27 de mayo, atribuyó a los servicios sociales para minusválidos la finalidad de promover la rehabilitación y la integración social, siendo derogada esta norma legal por la Ley 4/1993, de 14 de abril, que incluye dentro de

los servicios sociales de atención especializada en el área de actuación de las minusválidas a los que procuren la rehabilitación de las personas con discapacidad (art. 13); en Madrid, la Ley 11/1984, de 6 de junio, encomienda al servicio de ayuda a domicilio la prestación de atenciones de carácter rehabilitador y atribuye al servicio social de minusválidas la finalidad de lograr la rehabilitación integral y la reinserción social de los mismos (arts. 8 y 11); en Murcia, la Ley 8/1985, de 9 de diciembre, asigna al servicio social de atención domiciliaria la prestación de atenciones de carácter rehabilitador, dispone que el servicio social de minusválidos tendrá por objeto la integración social de los mismos, a cuyo fin promoverá su rehabilitación, atribuye además a este servicio social la función de prestar la recuperación profesional, y se refiere a la existencia de prestaciones económicas destinadas a familias y entidades no lucrativas para la rehabilitación e integración social de las personas con minusvalía (arts. 13, 31, 32 y 34); en Navarra, la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, cita entre las actuaciones prioritarias la estimulación precoz y el fomento de programas para la reinserción social de las personas con minusvalía (art. 3); en La Rioja, la Ley 2/1990, de 10 de mayo, señala que la actuación en el área de las minusválidas irá orientada a la rehabilitación (art. 8); y en la Comunidad Valenciana, la Ley 5/1989, de 6 de julio, recoge los aspectos rehabilitadores entre las modalidades de intervención (art. 6). Por su parte, en la Ley 5/1987, de 11 de abril, de Asturias, así como en la Ley 6/1982, de 20 de mayo, del País Vasco, existen referencias implícitas a la rehabilitación,

En el ámbito reglamentario, pueden asimismo citarse, en Aragón, el Decreto 81/1989, de 20 de junio, primero, y, más tarde, el Decreto 111/1992, de 26 de mayo, que derogó el anterior y reguló las condiciones mínimas que debían reunir los servicios sociales especializados, incluyendo dentro de la tipología de los mismos a los centros de rehabilitación y reinserción social y definiendo las condiciones mínimas de las unidades de rehabilitación; en Cantabria, la Orden de 13 de julio de 1989, alude a los centros de recuperación de minusválidos físicos y a los centros de la misma naturaleza de minusválidos sensoriales dentro de la tipología de establecimiento de servicios sociales y define los requisitos mínimos de las unidades de rehabilitación; en Cataluña, la Orden de 15 de noviembre de 1982 recogió, entre las funciones asignadas a los Centros de Atención a Disminuidos, la elaboración de programas individuales de recuperación, y la Orden de 15 de julio de 1987, sobre normas de autorización de servicios y establecimientos de servicios sociales, hace alusión, al determinar su tipología y definir sus condiciones específicas a las modalidades de tratamiento y estimulación precoz y menciona la rehabilitación al tratar de establecimientos tales como los centros de atención especializada para disminuidos y los centros ocupacionales; y en Madrid, la Orden 612/1990, de 6 de noviembre, estableció los requisitos que deberían reunir los centros de rehabilitación, cuya definición se recoge en la Orden 613/1990, de la misma fecha.

Puede asimismo hacerse referencia a los programas específicos establecidos en el ámbito autonómico.

Así, en Cataluña, por Orden de 29 de julio de 1985, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, se creó el programa sectorial de estimulación precoz. Esta Orden fue derogada y el citado programa fue suprimido por el Decreto 206/1995, de 13 de junio, que integró aquel en la red básica de servicios sociales de responsabilidad pública del sistema catalán de servicios sociales, además de adscribir al Departamento de Bienestar Social las funciones que desarrollaba el Departamento de Sanidad y Seguridad Social en materia de estimulación precoz. La citada disposición regula el servicio social de atención precoz, disponiendo al efecto que irá dirigido a niños menores de cuatro años con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, si bien la atención podrá prolongarse hasta los seis años. Se hace hincapié en la atención preferente a los niños con graves afecciones y se determina que la prestación de los servicios de atención precoz englobará el diagnóstico

funcional, la atención terapéutica interdisciplinar, el asesoramiento y apoyo a los padres o tutores, y la colaboración con los servicios sanitarios, educativos y sociales.

En un sentido similar, de desplazamiento de las competencias en la materia desde el sector sanitario al sector de la Acción Social, el Decreto 8/1996, de 4 de junio, adscribe, en la Comunidad Valenciana, a la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales las funciones que en el campo de la estimulación precoz de discapacitados estaban encomendadas a la Consejería de Sanidad y Consumo.

E) Otras normas

El Real Decreto 2385/1985, de 27 de diciembre, que modificó la estructura orgánica de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, asignó a esta corporación la finalidad de desarrollar actividades dirigidas a la formación y capacitación profesionales. El Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo, por el que se reordenó la citada Organización, derogó el Decreto anterior y reiteró la finalidad indicada, previendo el desarrollo de actividades dirigidas a la orientación y a la rehabilitación.

Puede hacerse asimismo referencia al Real Decreto 1475/1986, de 11 de julio, que encomienda al Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía la función de promover e impulsar las actuaciones públicas en el campo de las disciplinas y especialidades rehabilitadoras, incluida la educación.

Junto a las normas aprobadas con posterioridad a la LISMI, parece necesario dejar constancia de la adhesión de España a las Comunidades Europeas (hoy, Unión Europea), que abrió la posibilidad de que las personas con discapacidad pudieran beneficiarse de las ayudas establecidas en el Fondo Social Europeo en materia de orientación y formación profesional. En este marco de la Unión Europea, puede destacarse asimismo la Iniciativa Horizon, que ha dado lugar a la realización de programas conjuntos por el Instituto Nacional de Empleo y por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, una de cuyas áreas está constituida por la formación para el empleo, para lo cual se organizan los cursos correspondientes. Los programas comprenden también medidas de orientación.

Puede citarse asimismo, siempre dentro del ámbito de la Unión Europea, la Recomendación de 24 de julio de 1986, sobre empleo de los minusválidos en la Comunidad, donde se resalta la necesidad de garantizar el trato equitativo de las personas con discapacidad en materia de formación profesional, incluyendo tanto la formación inicial, como la rehabilitación y la reinserción. Se recogen, de otro lado, una serie de medidas para eliminar las discriminaciones negativas e implantar acciones positivas, relativas al ámbito de la formación profesional y de la reinserción de trabajadores minusválidos en la empresa en la que prestaban sus servicios.

En otro orden de cosas, y en el ámbito del Derecho internacional, puede dejarse noticia de la ratificación por España, mediante instrumento de 17 de julio de 1990, del Convenio nº 159 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre readaptación profesional y empleo de las personas inválidas.

También puede aludirse, en este mismo ámbito, a la revisión de la Carta Social Europea, adoptada en el año 1996, en la cual, además reconocerse el derecho de las personas discapacitadas a la autonomía, a la integración social y a la participación en la vida de la comunidad, se impone a los Estados parte el compromiso de tomar las medidas necesarias para proporcionar orientación, educación y formación profesional a dichas personas, en el marco de los programas generales, siempre que ello sea posible, o mediante organismos especializados, sean públicos o privados, cuando no lo sea.

Entre los asuntos pendientes, merece una especial atención la falta de desarrollo del contrato de formación profesional en la empresa, contemplado en el artículo 34.2 de la LISMI.

En relación con ello, puede recordarse que el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo, autorizó a las empresas a celebrar contratos de formación con personas minusválidas, cuando así lo exigieran las condiciones del puesto de trabajo o con la finalidad de conseguir la mejor adaptación a dicho puesto. Este Real Decreto señala que hasta tanto se produzca el desarrollo reglamentario del contrato especial de formación profesional contemplado en el artículo 34.2 de la LISMI, estos contratos se regirán por las normas aplicables a los contratos de trabajo para la formación, a excepción del límite máximo de edad, que no será aplicable, excepción ratificada posteriormente por la Ley 32/1984, de 2 de agosto, al modificar el artículo 11 del Estatuto de los Trabajadores, y por el artículo 7 del Real Decreto 1992/1984, de 31 de octubre.

Por su parte, el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, estableció algunas peculiaridades en los contratos de formación que celebraran los Centros Especiales de Empleo. A tal efecto, disponía la posibilidad de ampliar la duración máxima, sin que excediera de seis años, el informe favorable del plan de formación por parte del Equipo Multiprofesional, la posible ampliación del tiempo global de enseñanza hasta el límite máximo de dos tercios, y la ampliación del régimen de beneficios en las cuotas a la Seguridad Social que, con carácter general o específico, resultara más ventajoso.

Así las cosas, el Real Decreto-Ley 1/1992, de 3 de abril, produjo una importante perturbación, al existir una discordancia entre su exposición de motivos, donde se afirmaba que en el referido Real Decreto-Ley se regulaban todos los incentivos a la contratación laboral, a excepción de los aplicables a la contratación de trabajadores minusválidos, y la supresión de uno de estos incentivos, ya que se derogaban de forma indiscriminada todos los beneficios en la cotización a la Seguridad Social que eran aplicables a los contratos para la formación. Ello motivó, por cierto, la actuación del Defensor del Pueblo, a través de una recomendación dirigida a que se dejara constancia expresa de la vigencia del artículo 11.1 del Real Decreto 1992/1984, de 31 de octubre, en los casos de los contratos de formación celebrados con trabajadores minusválidos.

Siguiendo la recomendación citada, la equívoca situación producida por el Real Decreto-Ley 1/1992, de 3 de abril, fue solventada por la Ley 22/1992, de 30 de julio, cuya disposición transitoria cuarta determinó que hasta que se regulara el contrato especial de formación profesional previsto en el artículo 34.2 de la LISMI, las empresas que contrataran para la formación a tiempo completo a trabajadores minusválidos quedarían exentas de la totalidad de la aportación empresarial a la Seguridad Social, por contingencias comunes, por trabajador contratado, siempre que la plantilla de la empresa estuviera formada por menos de veinticinco trabajadores. En caso de que dicha plantilla fuera igual o superior a esta cifra, la bonificación sería del 90 por 100.

Sorprendentemente, la misma situación se reprodujo con motivo de la aprobación del Real Decreto-Ley 18/1993, de 3 de diciembre, que sustituyó el contrato para la formación por el contrato de aprendizaje. En efecto, esta norma omitió de nuevo la referencia a la subsistencia de los incentivos para la celebración de los contratos de aprendizaje con personas discapacitadas. Efectuadas nuevas actuaciones por el Defensor del Pueblo, la disposición adicional segunda de la Ley 10/1994, de 19 de mayo, vino a poner término al problema, regulando los contratos formativos celebrados con trabajadores minusválidos. A tenor de esta disposición se establece en el 50 por 100 la reducción de la cuota empresarial a la Seguridad Social correspondiente a los contratos en prácticas a tiempo

completo y a los contratos de aprendizaje que se celebren con trabajadores minusválidos, se determina que estos trabajadores no se computarán para determinar el número máximo de aprendices que, en función de su plantilla, pueden contratar las empresas, y se dispone la recuperación automática de la pensión no contributiva de invalidez cuando se produzca la extinción del contrato, a cuyo efecto no se tomarán en cuenta las rentas percibidas en virtud del mismo.

De otra parte, la excepción relativa a la inaplicabilidad del límite máximo de edad que, como antes hemos visto, se estableció en su día para el caso de la celebración de los contratos de aprendizaje con trabajadores minusválidos, fue reiterada para la suscripción de los nuevos contratos de aprendizaje por el Real Decreto 2317/1993, de 29 de diciembre, que reguló, entre otros, los citados contratos, incluyéndose asimismo en el artículo 11.2 del nuevo texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, que fue aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.

En otro orden de cosas, la disposición adicional segunda de la Ley 11/1994, de 19 de mayo, estableció que las peculiaridades establecidas por el Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio, respecto de los contratos de formación celebrados por los Centros Especiales de Empleo, continuarían siendo aplicables a los contratos de aprendizaje que se celebraran con los trabajadores minusválidos en dichos centros.

En definitiva, tras este *iter* normativo, puede considerarse que las medidas adoptadas se han limitado a la introducción de determinadas adaptaciones en las sucesivas modalidades de contratos formativos, pero sin que se haya llegado a desarrollar la figura contractual específica recogida en el artículo 34.2 de la LISMI.

3.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR

Si se comienza por el campo sanitario, la consulta del Catálogo Nacional de Hospitales permite constatar que, a 31 de diciembre de 1995, un total de 18 establecimientos hospitalarios estaban clasificados como centros específicamente dedicados a una finalidad rehabilitadora. Estos establecimientos comprendían un total de 1462 camas. Su distribución, según la dependencia funcional, puede encontrarse en el cuadro 1.

CUADRO 1: Hospitales y camas instaladas en traumatología y/o rehabilitación, según dependencia funcional (a 31-12-1995)

<i>Dependencia funcional</i>	<i>Hospitales</i>	<i>Camas</i>
Sistema Nacional de Salud	1	176
Otra entidad pública	1	61
Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales	11	812
Privado benéfico (Iglesia)	2	322
Otro privado benéfico	1	58
Privado no benéfico	2	33
TOTAL	18	1.462

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales.

No obstante, estas cifras no pueden considerarse como representativas del verdadero nivel de los recursos destinados a la finalidad indicada, debiendo estimarse que tanto el número de establecimientos, como el de camas, son muy superiores a las indicadas cifras. En este sentido, es preciso señalar que, a causa de diversas circunstancias, establecimientos con una finalidad específica claramente rehabilitadora están incluidos, dentro del catálogo, en otros epígrafes. Así sucede, por ejemplo, con el Hospital Nacional de Parapléjicos de

Toledo, el cual, al formar parte del Complejo Hospitalario de Toledo, junto con otros dos centros hospitalarios, figura clasificado como hospital general. De otro lado, tampoco están computadas las unidades de rehabilitación de los hospitales generales.

A este respecto, debe indicarse que, según la información obtenida, los servicios de rehabilitación de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, tanto generales, como específicos, alcanzarían la cifra de 78 en el año 1996, cuya distribución por Comunidades Autónomas y provincias figura en el cuadro 2. A ellos habrían de añadirse otros 25 servicios de rehabilitación concertados.

CUADRO 2: Instituto Nacional de la Salud. Servicios de rehabilitación en hospitales

CC.AA. y provincias	Nº de servicios	CC.AA. y provincias	Nº de servicios	CC.AA. y provincias	Nº de servicios
Huesca	2	Ávila	1	MADRID	16
Teruel	2	Burgos	3	MURCIA	6
Zaragoza	3	León	2	RIOJA	1
ARAGON	7	Palencia	1	CEUTA	—
ASTURIAS	7	Salamanca	2	MELILLA	1
BALEARES	3	Segovia	1		
CANTABRIA	3	Soria	1		
Albacete	2	Valladolid	3		
Ciudad Real	4	Zamora	1		
Cuenca	1	CASTILLA Y LEON	15		
Guadalajara	1	Badajoz	4		
Toledo	3	Cáceres	4		
CASTILLA-LA MANCHA	11	EXTREMADURA	8		
TOTAL INSALUD					78

Fuente: Instituto Nacional de la Salud. Cartera de servicios 1996

El análisis realizado sobre la oferta específica de rehabilitación infantil lleva a constatar que la totalidad de los citados servicios atiende a la población infantil, teniendo un 17 por 100 de ellos organizada un área específica, singularmente para la parálisis cerebral. Un 10 por 100 de las consultas de rehabilitación correspondería a menores de catorce años.

En cuanto a la asistencia extrahospitalaria, a 31 de agosto de 1996 se encontraban en funcionamiento un total de 196 salas de rehabilitación en el ámbito de la atención primaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud, figurando en el cuadro 3 su distribución por comunidades autónomas y provincias.

Para obtener una visión más completa de los recursos existentes en el campo de la rehabilitación médico-funcional, no solo dependientes del Instituto Nacional de la Salud, sino también de los servicios de salud de las comunidades autónomas que han asumido las competencias en la materia, resulta preciso acudir a otros estudios realizados a comienzos de los años 90.

De este modo, según estos estudios, el número de hospitales con servicio de rehabilitación ascendería, en el año 1993, a un total de 376 (232 públicos y 144 privados). En el cuadro 4 puede encontrarse la distribución de estos 376 centros hospitalarios por titularidad y por comunidades autónomas. De estas cifras se desprende que la mayoría de los hospitales serían de titularidad pública (el 62 por 100 frente al 38 por 100). Debe indicarse, no obstante, que en estas cifras no se recogen las correspondientes a Cantabria, como tampoco se hace referencia a las ciudades de Ceuta y Melilla.

CUADRO 3 : Instituto Nacional de la Salud. Salas de fisioterapia en funcionamiento (a 31-8-1996)

CC.AA. y provincias	Nº de servicios	CC.AA. y provincias	Nº de servicios	CC.AA. y provincias	Nº de servicios
Huesca	3	Ávila	2	MADRID	27
Teruel	3	Burgos	1	MURCIA	14
Zaragoza	13	León	10	RIOJA	10
ARAGON	19	Palencia	3	CEUTA	1
ASTURIAS	20	Salamanca	5	MELILLA	1
BALEARES	11	Segovia	4		
CANTABRIA	6	Soria	3		
Albacete	6	Valladolid	4		
Ciudad Real	4	Zamora	—		
Cuenca	9	CASTILLA Y LEON	32		
Guadalajara	7	Badajoz	17		
Toledo	4	Cáceres	8		
CASTILLA-LA MANCHA	30	EXTREMADURA	25		
TOTAL INSALUD					196

Fuente: Instituto Nacional de la Salud. Cartera de servicios 1996

CUADRO 4: Número de hospitales con servicio de rehabilitación, distribuidos según titularidad y comunidades autónomas (excepto Cantabria)

Comunidad Autónoma	Públicos	Privados	TOTAL
Andalucía	34	9	43
Aragón	9	6	15
Asturias	8	10	18
Baleares	4	6	10
Canarias	9	9	18
Castilla-La Mancha	12	4	16
Castilla y León	24	5	29
Cataluña	32	63	95
Extremadura	7	0	7
Galicia	17	8	25
Madrid	21	13	34
Murcia	10	1	11
Navarra	7	2	9
País Vasco	13	5	18
Rioja	2	0	2
Cdad. Valenciana	23	3	26
TOTAL	232	144	376

Fuente: Presente y futuro de la rehabilitación en España. Acción Médica, 1993.

En cuanto al número de camas, tan solo el 26,5 por 100 de los hospitales destinaría parte de sus camas a pacientes del servicio de rehabilitación, suponiendo estas camas un 2,2 por 100 del total de las mismas, lo que se estimaba insuficiente si se atendía a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

En el ámbito específico de la salud mental, diversas comunidades autónomas han elaborado y llevado a la práctica planes dirigidos a la modificación del modelo asistencial, mediante la transformación del hospital psiquiátrico en una unidad de rehabilitación y la implantación de dispositivos rehabilitadores integrados en el ámbito comunitario, susceptibles de proporcionar una atención alternativa a la hospitalización.

En el ámbito de los servicios sociales, pueden traerse a colación, en primer término, los Centros Base del Instituto Nacional de Servicios Sociales, la mayoría de los cuales han sido traspasados a las Comunidades Autónomas. En estos centros se realiza la elaboración de programas individuales de recuperación y se prestan tratamientos de rehabilitación y recuperación profesional en régimen ambulatorio. Aquéllos abarcan medidas de fisioterapia, psicoterapia, psicomotricidad, logopedia y atención temprana. Asimismo, se llevan a cabo medidas de orientación y de formación profesional ocupacional. Esta última es de carácter elemental, como paso previo a la que puede obtenerse en los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos, en cursos organizados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales o en centros ordinarios. Las acciones de formación profesional ocupacional se desarrollan en colaboración con el Instituto Nacional de Empleo, en cursos cofinanciados por el Fondo Social Europeo o sin la participación financiera de éste.

En el año 1995 siguieron tratamientos rehabilitadores en los Centros Base 5.323 personas, de los que 2.800 fueron tratamientos de atención temprana, y un total de 18.670 personas recibieron orientación en el área ocupacional, sin que en estas cifras se incluyan las comunidades autónomas a las que las funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales ya habían sido traspasados. En el cuadro 5 se recoge la evolución experimentada desde 1984 hasta 1995.

CUADRO 5: *Personas que han recibido tratamientos rehabilitadores y orientación en el área ocupacional en los Centros Base (1984-1995).*

Año	Rehabilitación	Orientación ocupacional
1984	7.148	n/d
1985	8.381	1.244
1986	8.634	4.423
1987	3.476	4.240
1988	3.301	5.427
1989	4.302	7.338
1990	6.199	12.097
1991	5.307	13.766
1992	5.888	14.433
1993	5.607	18.332
1994	6.665	15.743
1995	5.323	18.670

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las Memorias del INSERSO.

Observaciones: A partir de 1987, no incluye CC.AA. con INSERSO transferido.

Los cursos de formación profesional ocupacional que tuvieron lugar en el año 1995 ascendieron a 173, con un total de 2132 alumnos, reflejándose en el cuadro 6 la evolución experimentada en el periodo 1986-1995.

CUADRO 6: Formación Profesional Ocupacional de personas con minusvalía (1986-1995)

Año	Cursos	Alumnos
1986	117	1.880
1987	141	1.605
1988	171	2.110
1989	184	2.189
1990	201	2.509
1991	184	2.331
1992	248	3.207
1993	294	3.740
1994	265	3.360
1995	173	2.132

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las Memorias del INSERSO.
Observaciones: A partir de 1987, no incluye CC.AA con INSERSO transferido.

Dentro del parque de instalaciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales, y como equipamiento específico en el campo de la rehabilitación, deben citarse los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos, dispositivos a través de los cuales, en régimen de internado, de media pensión o de externado, se prestan medidas rehabilitadoras, de naturaleza médico-funcional, psicosocial y profesional, a personas en edad laboral, con la finalidad de facilitar la obtención de un empleo. En estos centros existen equipos multiprofesionales, constituidos por médico rehabilitador, psicólogo, pedagogo, asistente social, A.T.S., fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional. La red de estos centros está integrada, en el año 1996, por 5 establecimientos, con un total de 630 plazas, de las que 520 son de internado y 110 de media pensión. En el cuadro 7 se incluye la distribución de estas plazas por centros.

CUADRO 7: Plazas en Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos

Centros	Plazas		TOTAL
	Internado	Media pensión	
Albacete	134	20	154
Lardero	104	25	129
Madrid-Vallecas	72	30	102
Salamanca	100	15	115
San Fernando	110	20	130
TOTAL	520	110	630

Fuente: Instituto Nacional de Servicios Sociales

Resulta asimismo de cita obligada el conjunto de recursos que la Organización Nacional de Ciegos Españoles tiene establecidos para llevar a cabo la rehabilitación de las personas afectadas de ceguera.

Así, en el año 1996, la O.N.C.E. contaba con 33 Equipos de Atención Básica, una Unidad de Rehabilitación Básica, un Centro de Rehabilitación, 6 Unidades de Rehabilitación Visual y un Centro de Rehabilitación Básica y Visual. De otra parte, además de la formación profesional reglada, en los centros de la O.N.C.E. se imparten cursos de telefonía, informática, radiofonismo y afinación y reparación de pianos. Por último, la referencia a los recursos destinados a la rehabilitación debe completarse con la cita de la Escuela Universitaria de Fisioterapia, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid, que en 1996 contaba con 66 alumnos.

En el cuadro 8 figura la evolución del número de personas atendidas a través de las actividades de rehabilitación básica desarrolladas por la O.N.C.E. Por su parte, en el cuadro 9 puede encontrarse la evolución de las personas atendidas en los programas de rehabilitación visual de la O.N.C.E.

CUADRO 8: ONCE. Rehabilitación básica. Personas atendidas

Años	Adultos	Menores	TOTAL
1988	479	186	665
1989	400	151	551
1990	502	83	585
1991	571	390	961
1992	611	412	1023
1993	692	347	1039
1994	735	424	1159
1995	881	437	1318

Fuente: O.N.C.E.

CUADRO 9: ONCE. Rehabilitación visual

Años	Personas atendidas		Revisiones	TOTAL
	Afiliadas	No afiliadas		
1988	710	125	246	1.081
1989	1.160	276	466	1.962
1990	1.131	464	612	2.207
1991	1.416	482	889	2.787
1992	1.466	552	1.013	3.031
1993	1.485	278	998	2.761
1994	1.502	272	1.063	2.837
1995	1.502	272	1.127	2.901

Fuente: O.N.C.E.

Además de la prestación directa de servicios, es menester hacer referencia a la concesión de ayudas económicas destinadas a actividades de rehabilitación. Más en concreto, en el marco del régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos, se prevén, en el campo de la rehabilitación, ayudas individuales destinadas a la estimulación precoz, a la recuperación médico-funcional, a los tratamientos psicoterapéuticos y a la recuperación profesional, así como ayudas complementarias de transporte, de comedor y de residencia.

Para el año 1996, el importe máximo de las ayudas individuales de estimulación precoz y de rehabilitación médico-funcional estaba establecido en 15.000 pesetas mensuales por tratamiento particular o tipo de tratamiento y en 38.000 pesetas mensuales por el conjunto de tratamientos. Por su parte, el importe máximo de las ayudas individuales de tratamiento psicoterapéutico se elevaba a 15.000 pesetas mensuales y el de las ayudas de recuperación profesional ascendía a 38.000 pesetas al mes. En los cuadros 10, 11 y 12 figura la evolución del importe máximo de estas ayudas desde 1982 hasta 1996, pudiendo observarse que el mismo se encuentra congelado desde el año 1992.

CUADRO 10: Importe máximo de las ayudas de estimulación precoz y de recuperación médico-funcional (1982-1996)

Año	Tratamiento particular o tipo de tratamiento (en ptas. mensuales)	Conjunto de tratamientos (en ptas. mensuales)
1982	7.000	18.000
1983	7.000	18.000
1984	7.000	18.000
1985	7.000	18.000
1986	7.000	18.000
1987	12.000	30.000
1988	12.000	30.000
1989	12.000	30.000
1990	14.000	35.000
1991	14.000	35.000
1992	15.000	38.000
1993	15.000	38.000
1994	15.000	38.000
1995	15.000	38.000
1996	15.000	38.000

Fuente: Ordenes ministeriales sobre determinación de tipos y cuantías de ayudas a personas con minusvalía.

CUADRO 11: Importe máximo de las ayudas de tratamiento psicoterapéutico (1982-19976)

Año	Importe (en ptas. mensuales)	Año	Importe (en ptas. mensuales)
1982	7.000	1990	12.000
1983	7.000	1991	14.000
1984	7.000	1992	15.000
1985	7.000	1993	15.000
1986	7.000	1994	15.000
1987	12.000	1995	15.000
1988	12.000	1996	15.000
1989	12.000		

Fuente: Ordenes ministeriales sobre determinación de tipos y cuantías de ayudas a personas con minusvalía.

CUADRO 12: Importe máximo de las ayudas de recuperación profesional (1982-1996)

Año	Importe (en ptas. mensuales)	Año	Importe (en ptas. mensuales)
1982	12.000	1990	35.000
1983	25.000	1991	35.000
1984	25.000	1992	38.000
1985	25.000	1993	38.000
1986	25.000	1994	38.000
1987	25.000	1995	38.000
1988	25.000	1996	38.000
1989	35.000		

Fuente: Ordenes ministeriales sobre determinación de tipos y cuantías de ayudas a personas con minusvalía.

Por su parte, las ayudas institucionales se dirigen, entre otras finalidades, a la promoción y mantenimiento de centros y servicios, entre las que pueden citarse la subvenciones para la gratuidad en centros de rehabilitación. La determinación de estas ayudas se efectúa con

base en el número de beneficiarios atendidos, de acuerdo con la cuantía establecida para los beneficiarios de las ayudas individuales de rehabilitación, a la que nos hemos referido antes. En los cuadros 13 a 20 se incluye la evolución de las ayudas, tanto individuales, como individualizables, considerándose como ayuda institucional individualizable la dirigida a subvencionar el sostenimiento de centros y servicios que proporcionen una atención directa.

CUADRO 13: Ayudas individuales de estimulación precoz (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	656	42.204.725
1988	498	35.809.848
1989	710	49.746.750
1990	992	74.537.953
1991	655	55.985.730
1992	367	38.208.351
1993	377	40.898.025
1994	344	35.927.500
1995	352	32.201.994

Fuente: INSERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido.

CUADRO 14: Ayudas individualizables de estimulación precoz (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	n/d	n/d
1988	1.880	111.345.282
1989	1.645	121.401.398
1990	1.569	135.635.000
1991	1.957	154.280.907
1992	2.080	176.467.969
1993	2.753	199.242.140
1994	2.502	189.096.190
1995	---	---

Fuente: INSERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido.

CUADRO 15: Ayudas individuales de recuperación médico-funcional (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	1.762	104.206.277
1988	1.303	75.001.022
1989	1.194	81.099.732
1990	1.191	79.129.859
1991	980	69.443.533
1992	797	65.572.220
1993	704	58.691.314
1994	709	55.932.044
1995	627	44.085.842

Fuente: INSERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INSERSO transferido.

CUADRO 16: Ayudas individualizables de recuperación médico-funcional (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	n/d	n/d
1988	1.924	93.678.246
1989	1.626	105.832.633
1990	1.818	100.080.544
1991	1.869	90.282.890
1992	2.473	111.001.343
1993	3.069	120.486.678
1994	3.167	143.503.810
1995	—	—

Fuente: INRSERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INRSERSO transferido.

CUADRO 17: Ayudas individuales para tratamientos psicoterapéuticos (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	690	43.400.966
1988	348	22.042.964
1989	300	18.724.959
1990	1.569	22.579.385
1991	276	20.510.214
1992	300	25.617.337
1993	265	22.027.618
1994	247	20.325.815
1995	255	21.125.420

Fuente: INRSERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INRSERSO transferido.

CUADRO 18: Ayudas individualizables para tratamientos psicoterapéuticos (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	n/d	n/d
1988	172	11.307.148
1989	258	12.426.139
1990	190	3.584.048
1991	240	10.716.113
1992	607	20.098.081
1993	572	23.870.452
1994	452	23.624.911
1995	—	—

Fuente: INRSERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INRSERSO transferido.

CUADRO 19: Ayudas individuales de recuperación profesional (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	114	5.533.090
1988	96	6.518.763
1989	1.645	7.508.721
1990	1.569	5.922.923
1991	64	4.043.587
1992	36	2.980.620
1993	27	2.716.340
1994	29	2.170.210
1995	18	1.843.000

Fuente: INERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INERSO transferido.

CUADRO 20: Ayudas individualizables de recuperación profesional (1987-1995)

Año	Número de ayudas	Importe
1987	n/d	n/d
1988	109	6.943.000
1989	94	4.684.000
1990	41	4.230.180
1991	16	1.200.000
1992	19	600.000
1993	16	610.800
1994	—	—
1995	—	—

Fuente: INERSO.

Observaciones: No se incluyen CC.AA. con INERSO transferido.

Respecto de las actuaciones desarrolladas por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, es preciso citar, en primer término, las convocatorias sucesivas del Premio Reina Sofía de Rehabilitación.

Aparte de ello, puede aludirse a la intervención en la organización de diversos actos, entre los que pueden citarse sucesivos seminarios sobre alternativas en rehabilitación, así como sobre rehabilitación en el seno de la comunidad; varias jornadas sobre coordinación de servicios de atención temprana de la población infantil de alto riesgo; un simposio iberoamericano de experiencias de estimulación temprana (1987); un seminario sobre rehabilitación y nuevas tecnologías, en el marco del V Congreso Iberoamericano de Rehabilitación (1992); un taller de trabajo sobre rehabilitación basada en la comunidad (1992); y unas jornadas sobre atención infantil temprana (1994). Puede asimismo hacerse alusión a la publicación del documento titulado "Alternativas institucionales en rehabilitación".

Con ánimo recapitulador, puede indicarse que en el transcurso de los veinte años analizados se produce un acontecimiento, como es la aprobación de la Ley 13/ 1982, de 7 de abril, que significa, en el plano legal, un impulso del enfoque rehabilitador de la atención a las personas con discapacidad. La LISMI, en efecto, aún sin llegar a recoger de forma expresa en su texto el principio de la prioridad de la rehabilitación sobre la pensión, se enmarca en un espíritu predominantemente rehabilitador. La trayectoria posterior, sin embargo, parece haber relegado este enfoque a un segundo plano, para otorgar una mayor relevancia a las prestaciones pecuniarias. De este modo, la finalidad primordial del

sistema de prestaciones que implantó la LISMI se desplazará desde la rehabilitación hacia la garantía de la cobertura económica de las situaciones de necesidad derivadas de la discapacidad.

Ya dentro de la rehabilitación, y desde un enfoque global, podría aludirse al desequilibrio existente en el campo de la atención temprana, ya que, junto al mayor desarrollo de ésta en el ámbito educativo y en el de los servicios sociales, ha existido una actuación más pausada en el sector sanitario.

Este mismo desequilibrio se observa en la oferta de rehabilitación para adultos, ya que frente a una mayor implantación de la rehabilitación médico-funcional, se constata un menor desarrollo de la rehabilitación profesional, si bien respecto de ello es preciso esclarecer que, por diversas circunstancias, los propios interesados no aprovechan en su integridad la oferta existente, habiéndose dado casos de infrutilización del equipamiento. Es éste, en efecto, un campo en el que la demanda está condicionada por factores externos, como son la tasa de desempleo y el acceso a las pensiones de invalidez.

Como muestra de ello, puede aludirse a los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos del Instituto Nacional de Servicios Sociales, respecto de los cuales se incluyen en el cuadro 21 las solicitudes en lista de espera en cuatro de los cinco establecimientos existentes, infiriéndose de estas cifras la práctica inexistencia de dicha lista. Este hecho, unido al porcentaje de utilización de estos centros, que figura en el cuadro 22, así como a la limitación del tiempo de estancia en los mismos, permite aseverar que no se presentan problemas para el ingreso en estos establecimientos.

CUADRO 21: Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos. Solicitudes en lista de espera (a 27-10-1995)

Centros	Lista de espera	Fecha primera solicitud
San Fernando	8	28-09-1995
Albacete	9	3-10-1995
Salamanca	7	9-08-1995
Lardero	7	10-09-1995

Fuente: Atención residencial a personas con discapacidad y otros aspectos conexos. Madrid, Defensor del Pueblo, 1996. Elaboración propia sobre datos proporcionados por los centros visitados

CUADRO 22: Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos. Cobertura de las plazas de internado (1995)

Centros	Número de plazas (A)	Plazas ocupadas (B)	B:A x 100
San Fernando	110	96	87,3
Albacete	134	125	93,3
Salamanca	98	87	88,8
Lardero	104	72	69,2

Fuente: Atención residencial a personas con discapacidad y otros aspectos conexos. Madrid, Defensor del Pueblo, 1996. Elaboración propia sobre datos proporcionados por los centros visitados

No obstante, pese al reseñado mayor desarrollo de la rehabilitación médico-funcional, no por ello deja de existir alguna cuestión pendiente, como es la conveniencia de establecer cauces de coordinación entre los servicios de rehabilitación de los centros hospitalarios y la

unidades de rehabilitación del nivel de atención primaria, ya que si bien estos mecanismos existen en algunos casos, no están implantados en otros.

En el específico sector de la salud mental, se constata la necesidad de incrementar las actividades rehabilitadoras que se desarrollan en los hospitales psiquiátricos, sin desconocer la dificultad derivada de factores tales como la cronicidad de muchos pacientes y el elevado promedio de edad de la población internada. Con todo, el principal problema de la reforma psiquiátrica es la insuficiente dotación de dispositivos intermedios que permitan la desinstitucionalización de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos y completen la asistencia prestada por los centros de salud mental y por las unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Esta insuficiencia, en efecto, condiciona decisivamente las actividades rehabilitadoras y distorsiona el funcionamiento del conjunto de los recursos, de modo que sería imprescindible otorgar prioridad a la implantación de este tipo de dispositivos rehabilitadores.

Una especial atención merece la rehabilitación infantil, cuya especificidad se deriva de estrecha conexión del desarrollo de las funciones humanas en los primeros años, dependiendo la vida futura de la persona de la conjunción de todas ellas, de modo que el aspecto globalizador e integrador de la rehabilitación se hace imprescindible en la etapa infantil.

La rehabilitación médica infantil estuvo orientada en sus principios al tratamiento de las discapacidades causadas por alteraciones neuromusculares o por deformidades congénitas. En la década de los sesenta, su gran campo de actuación fue el tratamiento de los niños afectados de poliomielitis y, a partir de los años setenta, el de aquellos con graves discapacidades provocadas por la parálisis cerebral, el mielomeningocele y otras alteraciones ortopédicas, como escoliosis y malformaciones de miembros. En los últimos años, empieza a interesarse además por la prevención de la discapacidad en la infancia, mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz. Actualmente, junto con este último aspecto, son objetivos fundamentales de la rehabilitación infantil el tratamiento global y multidisciplinar de la discapacidad, teniendo en cuenta los requerimientos de cada etapa del desarrollo infantil, y el apoyo para facilitar la integración del niño discapacitado en la vida familiar, escolar y comunitaria.

Todo programa de rehabilitación infantil debe partir de unas medidas eficaces de detección y de diagnóstico precoz de las deficiencias y de un sistema que facilite la derivación, lo antes posible, de los niños con riesgo de desarrollo de una discapacidad al equipo de rehabilitación. En todos los casos, el tratamiento de rehabilitación debe coordinarse con el de los otros especialistas médicos, y particularmente con el pediatra. En los últimos años va reduciéndose progresivamente la edad con que son enviados los niños nacidos con graves deficiencias o con riesgo de desarrollarlas a los servicios de rehabilitación para su tratamiento, pero todavía siguen llegando muy tarde. Así, en la parálisis cerebral infantil la edad media de inicio del tratamiento rehabilitador está aún entre los nueve y los doce meses de edad.

Pese a que, como antes se ha indicado, existe una significativa oferta de rehabilitación infantil en el ámbito hospitalario, no dejan por ello de existir problemas en este nivel de atención. Así, dentro de los servicios de rehabilitación de la red hospitalaria no se contempla la figura del psicólogo, y con escasa frecuencia en las unidades de rehabilitación infantil, que, por el contrario, suelen tener una buena dotación de fisioterapeutas y más escasa de terapeutas ocupacionales, logoterapeutas y técnicos ortoprotésicos. De otra parte, la mayoría de los niños que acuden las consultas hospitalarias de rehabilitación infantil reciben el tratamiento de rehabilitación, generalmente limitado a fisioterapia, en otros centros, no comunicados con el hospital. De

ese modo, los médicos rehabilitadores del hospital ven reducida su tarea a realizar el control de la evolución del niño, con pocas posibilidades de modificar o incidir en su tratamiento, salvo para intervenciones mayores. Asimismo, en muchos casos, debido a gran demanda asistencial, los tratamientos de rehabilitación infantil impartidos en los hospitales sólo pueden hacerse por períodos cortos de tiempo —dos o tres meses al año—, para tratar de atender a la mayor población posible, siendo manifiesta la insuficiencia de estos tratamientos en las discapacidades severas.

En los centros de atención primaria, la dedicación a la rehabilitación infantil es muy escasa.

El diagnóstico de las deficiencias de carácter sensorial —visuales o auditivas—, secundarias a lesiones neurológicas —y en niños preverbales— es aún muy insuficiente, siendo escasa la dotación de servicios de diagnóstico funcional y de rehabilitación visual o auditiva en la red sanitaria nacional. Es preciso, sin embargo, en este campo tener presente la actuación desarrollada por la O.N.C.E. y por entidades privadas.

Debido a la insuficiente oferta terapéutica en los centros de la red sanitaria han ido surgiendo centros de rehabilitación infantil en el ámbito privado, especialmente impulsados por asociaciones de padres y en zonas con menos recursos terapéuticos, las cuales cubren demandas escasamente atendidas, como son las plurideficiencias o las discapacidades severas —parálisis cerebral, encefalopatías y otras—, trastornos graves del desarrollo, enfermedades degenerativas o crónicas y problemas de crecimiento. En ellos se ofrece asistencia y tratamiento para esas patologías y orientación a las familias sobre la discapacidad y los problemas que genera, ya que suelen contar también con psicólogos y con trabajadores sociales. Cuando contemplan la figura del médico, éste suele ser pediatra o neurólogo, siendo, en cambio, poco frecuente la presencia del médico rehabilitador.

Otro aspecto escasamente desarrollado en la atención a la población infantil con discapacidad son los programas de prevención y de tratamiento odontológico. La higiene bucodentaria de los niños con discapacidades es significativamente peor que la de la población en general, siendo importante que el odontoestomatólogo formara parte del equipo médico de rehabilitación infantil, para la planificación y el mantenimiento de la salud oral de los niños con discapacidad.

Debe hacerse asimismo referencia al escaso desarrollo de los tratamientos psicoterapéuticos y de orientación psicológica, los cuales no se contemplan entre los tratamientos de rehabilitación de la red sanitaria, pese a ser un elemento casi determinante de la efectividad del programa de rehabilitación infantil.

En los centros educativos, tanto si se trata de colegios de integración, como de centros de educación especial, se ha incorporado, como personal de apoyo, al fisioterapeuta y al logopeda, para evitar que los niños con alteraciones motoras y del lenguaje tengan que desplazarse en horario extraescolar a los centros de rehabilitación médica. Ello comporta que el médico rehabilitador tenga escasas o nulas posibilidades de dirigir o de controlar desde el hospital los tratamientos de los niños escolarizados, quedando en manos de dichos profesionales el referido tratamiento, que se realiza siempre subordinado al programa y al calendario escolar, sin orientación ni indicación médica y con escasa información a la familia. Para completar el tratamiento rehabilitador, se acude, en muchos casos, en horario de tarde, a centros privados o, incluso, a centros hospitalarios, duplicándose aquel. Por otra parte, no se contempla en los centros escolares la figura del terapeuta ocupacional como profesional de apoyo, cuando es un profesional cualificado especialmente para planificar la adaptación de materiales escolares o de ayudas

técnicas, realizar la adaptación postural del alumno para la ejecución de las distintas tareas escolares y llevar a cabo el entrenamiento en la realización de actividades de la vida diaria y en el manejo de las sillas de ruedas y de otras ayudas técnicas.

Por otra lado, en su Informe sobre el estado y situación del sistema educativo, correspondiente al curso 1994-1995, el Consejo Escolar del Estado resalta que los fisioterapeutas de los centros escolares no habían visto incrementado su número en dicho curso, de manera que existían centros de enseñanza primaria y de enseñanza secundaria que no disponían de estos profesionales.

Para poder cumplir los objetivos de la rehabilitación infantil sería preciso, de modo especial, establecer programas y protocolos de diagnóstico precoz de la discapacidad y de su seguimiento en la población infantil de alto riesgo, implantando cauces de coordinación y de trabajo conjunto entre las distintas especialidades médicas relacionadas con las discapacidades infantiles. Asimismo, sería necesaria la coordinación entre las acciones rehabilitadoras educativas y médicas, pudiéndose plantear la conveniencia de crear unidades o equipos de rehabilitación infantil, de ámbito sectorial, cuyas funciones serían realizar la orientación, seguimiento y evaluación del tratamiento rehabilitador de la población infantil con discapacidad, incluyendo los tratamientos realizados en los centros escolares y los programas de atención temprana, completar los programas de rehabilitación con la incorporación de los tratamientos psicológicos y de terapia ocupacional, y servir de cauce de relación entre los médicos especialistas que tratan a los niños con deficiencias y los equipos escolares que realizan la educación de esos niños. De otro lado, resultaría necesario realizar una evaluación de los programas y metodologías terapéuticas que se ofrecen a la población infantil con discapacidad, para valorar su eficacia y adecuación. Y, por último, se requiere un mayor número de especialistas formados en rehabilitación infantil, en sus diversos aspectos.

De acuerdo con los datos contenidos en el plan de acción para las personas con discapacidad (1997-2002), los principales grupos que demandan rehabilitación son los menores con dificultades en su desarrollo, producidas por deficiencias congénitas o por inadaptaciones socioambientales, los jóvenes que han sufrido accidentes de tráfico, los adultos con secuelas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, y los mayores de cuarenta y cinco años con enfermedades crónicas invalidantes.

Según las cifras recogidas en dicho documento, entre un 2 y un 3 por 100 de los recién nacidos tienen graves deficiencias, recibiendo atención temprana de carácter integral las dos terceras partes de los afectados por deficiencia mental grave y parálisis cerebral y una de cada cuatro afectados por deficiencias físicas y sensoriales. De otra parte, entre un 6 y un 8 por 100 de los menores de seis años tienen importantes problemas de desarrollo. Asimismo, la mitad de los accidentes de tráfico se producen en jóvenes de 25 a 34 años y un tercio de los accidentados de trabajo son trabajadores de 20 a 30 años.

Para solucionar estas necesidades, el plan de acción prevé, en el marco de los programas de detección y atención precoz y como líneas actuación, crear en los hospitales de referencia un registro de niños con malformaciones congénitas y dotar a los servicios de neonatología de unidades especializadas en detección de deficiencias perinatales; organizar en cada una de las áreas de salud un programa sociosanitario de atención precoz a niños menores de tres años; y establecer, dentro del sistema educativo, la educación temprana y la rehabilitación de los niños mayores de tres años con necesidades educativas especiales.

De otra parte, como líneas de actuación de los programas de rehabilitación integral de trabajadores, se contemplan la incentiación de la participación de los mismos en

procesos de rehabilitación profesional: la garantía de una oferta de rehabilitación que combine tratamientos funcionales y formación profesional con el apoyo a la inserción laboral; el impulso de la concesión de ayudas técnicas para facilitar la autonomía personal y de adaptaciones ergonómicas; y el apoyo técnico y financiero a un modelo dinámico de rehabilitación integral, de iniciación temprana, de carácter personalizado y de intervención multiprofesional.

En cuanto a las líneas de actuación de los programas para la rehabilitación integral de personas con enfermedad crónica y con discapacidad para el trabajo, consisten en la creación de programas de rehabilitación de enfermos crónicos en el sistema sanitario; en la garantía, en el ámbito local, de programas integrados que combinen la asistencia sanitaria, la rehabilitación y el entrenamiento para la autonomía personal con servicios sociales de apoyo; la promoción de programas de reinserción social y de apoyo a familias con enfermos crónicos; y el fomento de las asociaciones de ayuda mutua y del voluntariado.

Por su parte, las líneas de actuación de los programas de rehabilitación en salud mental son la integración de los servicios de salud mental en el sistema general de asistencia sanitaria, el desarrollo de programas que coordinen los servicios de atención primaria y de atención especializada, y la implantación de programas integrados que coordinen los servicios de salud mental y los servicios sociales.

Además de los aspectos relativos a la formación profesional reglada, que son objeto de tratamiento en el apartado referente a la educación, pueden también citarse las líneas de actuación de los programas de recuperación profesional, que se concretan en el encuadramiento de la orientación, formación y readaptación profesional en los servicios ordinarios de la comunidad; en la vinculación de la rehabilitación profesional con el mercado laboral de la zona; en la potenciación de la formación y de la capacitación profesionales en el puesto de trabajo; y en el impulso de los programas de transición entre la escuela y el empleo.

Entre las medidas concretas que comporta la puesta en práctica de estos programas, pueden citarse, sin ánimo exhaustivo, las siguientes: La generalización de la detección y el diagnóstico neonatal a todos los recién nacidos; el establecimiento de un registro de niños de alto riesgo; la oferta de servicios de apoyo a las familias con niños de alto riesgo o con deficiencias; la garantía de la rehabilitación de estos niños y el refuerzo de su integración en las escuelas infantiles; el establecimiento de programas combinados de salud y de servicios sociales; el impulso de la atención integral a niños hospitalizados; el establecimiento coordinado de un catálogo de prestaciones ortoprotésicas y de ayudas técnicas; el impulso de la recuperación profesional, en conexión con empresas y agentes sociales; el desarrollo de programas sociosanitarios de atención integral en el hogar a enfermos crónicos; la combinación de tratamientos rehabilitadores y atenciones sociales con modificaciones en el entorno habitual; el impulso de la creación de unidades de apoyo en atención primaria especializadas en salud mental; la potenciación de la oferta de servicios psiquiátricos a domicilio; la creación de hospitales de día y centros sociales de día que presten servicios psiquiátricos; la potenciación de unidades de psiquiatría en hospitales generales; el fomento de alojamientos alternativos al hogar; el desarrollo del contrato especial de formación profesional para personas con discapacidad, previsto en el artículo 34.2 de la LISMI; la potenciación de los programas de garantía social; la adecuación de la formación profesional a las necesidades específicas de las personas con discapacidad; la intensificación de la formación profesional ocupacional de los trabajadores discapacitados en desempleo; la potenciación de la rehabilitación profesional frente a la pensión; y el desarrollo de las prestaciones de recuperación profesional contempladas en la LISMI.

En el ámbito de la rehabilitación profesional puede hacerse referencia a las recomendaciones contenidas en el Informe del Consejo Económico y Social, de 26 de octubre de 1995, sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación. En este documento, entre otros extremos, se hace hincapié en la integración de estas personas en el sistema general, tanto de formación profesional reglada, como de formación ocupacional, debiéndose aprovechar, de otra parte, las oportunidades que ofrece el desarrollo tecnológico, la formación a distancia y la enseñanza asistida por ordenador.

A este respecto, se propugnan, entre otras, medidas tales como el establecimiento de una cuota de reserva para personas con discapacidad en los cursos del plan nacional de formación e inserción profesional; la creación de centros-piloto para desarrollar prácticas innovadoras de formación, conectadas con nuevas ocupaciones; la adaptación de los procesos formativos a las características especiales de las personas con discapacidad y su conexión con las necesidades del mercado laboral local; la realización de una labor continuada de análisis de las necesidades de formación del colectivo de personas con discapacidad; y la puesta en práctica de un seguimiento y de una evaluación individualizada de los procesos de integración laboral de quienes han recibido formación profesional, con objeto de modificar los instrumentos que no resulten efectivos.

De otro lado, se hace alusión a la necesidad de volver a definir el papel de los equipos multiprofesionales, de forma que constituyan un instrumento eficaz de orientación y de seguimiento de la inserción profesional de las personas con discapacidad, en conexión con el Instituto Nacional de Empleo, poniéndose de relieve, en este sentido, que los Equipos de Valoración y Orientación del Instituto Nacional de Servicios Sociales han limitado su actuación, en la mayoría de los casos, a la valoración del grado de minusvalía a efectos del reconocimiento de la citada situación.

El documento se refiere, por último, a las actuaciones a realizar por parte de los agentes sociales, aludiéndose, entre otras, al impulso de la formación profesional de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad con los demás trabajadores, por las organizaciones de empresarios y de trabajadores, a la información y asesoramiento por las administraciones públicas a las organizaciones interesadas sobre los servicios de rehabilitación profesional, y a la promoción de orientaciones para la rehabilitación profesional por las organizaciones de trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

- *Atención residencial a personas con discapacidad y otros aspectos conexos*. Madrid, Defensor del Pueblo, 1996.
- M. AZNAR LOPEZ, P. AZUA BERRA y E. NIÑO RAEZ: *Integración social de los minusválidos. Comentarios a la Ley 13/ 1982, de 7 de abril*. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982.
- D. CASADO: *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona, INTRESS, 1991.
- *Cinco años de vigencia de la Ley de Integración Social de los Minusválidos*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1988.
- *Desarrollo y aplicación de la LISMI (1982-1992)*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1992.

- *10 anys de la Llei d'integració social dels minusvàlids (LISMI) a Catalunya: present i futur. Informes tècnics sobre l'aplicació de la LISMI a Catalunya.* Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
- C. ECHAVARRI, E. POVES y A. HERNANDO: *Análisis de actividad de rehabilitación en la red INSALUD no transferida en el año 1995.* Ponencia presentada en las I Jornadas de Rehabilitación Infantil. Madrid, 7 y 8 de marzo de 1996.
- *Estudio sobre el grado de cumplimiento de la Ley de Integración Social de los Minusválidos.* Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España. s/f.
- *Informe sobre la problemática de los minusválidos, elaborado por la Ponencia constituida en el seno de la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados.* Boletín Oficial de las Cortes generales. Congreso de los Diputados nº 237, de 16 de diciembre de 1992.
- *Informe sobre la situación del empleo de las personas discapacitadas y propuestas para su reactivación.* Madrid, Consejo Económico y Social, 1996.
- *La integración social de los minusválidos. Balance después de diez años de vigencia de la Ley 13/1982.* Madrid, Escuela Libre Editorial, 1993.
- *La ONCE a las puertas del siglo XXI.* Organización Nacional de Ciegos Españoles, 1996.
- *Memorias del Instituto Nacional de Servicios Sociales.*
- *Memoria del Real Patronato (1976-1990).* Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1991.
- *Memorias de actividades técnicas del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.*
- *Plan de acción para las personas con discapacidad (1997-2002).* Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1996.
- *Presente y futuro de la rehabilitación en España. Análisis y proyección.* Acción Médica, 1993.
- *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España.* Madrid, Defensor del Pueblo, 1991.
- *Una política integral para las personas con discapacidad y minusvalía.* Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.

5. EDUCACIÓN

PAULINO AZÚA BERRA,
con la colaboración de M^o LUISA RAMÓN-LACA

En el análisis de los últimos veinte años en el área de la discapacidad en España, la educación tiene una especial relevancia, por diversas razones. En primer lugar, porque sobre esta parcela descansa la formación de la persona, y por tanto de la misma arrancan sus posibilidades de incorporación a la vida social. Esta circunstancia cobra especial importancia en el caso de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

En segundo lugar, porque es desde la pedagogía, desde la que si no puede decirse que se hayan hecho las formulaciones ideológicas más importantes si al menos se han llevado a la práctica con mayor inmediatez. Por ejemplo, el principio de Integración que surge como una filosofía global para propiciar la incorporación de las personas con minusvalía a la vida social, se aplica con especial énfasis en la educación, de forma que se llega a hablar, bien que inadecuadamente, casi con carácter de exclusividad de la integración en este campo. Para muchos integración es integración escolar.

Los veinte años que median entre 1976 y 1996 han sido testigos de un desarrollo importante, de cambios fundamentales podría decirse, en el campo educativo. Estos cambios han pivotado sobre dos leyes fundamentales. De una parte la Constitución, cuyo artículo 27 consagra la educación obligatoria y gratuita. De otra, la LISMI, verdadero hilo conductor del desarrollo alcanzado. Por ello, el presente trabajo se basa, de manera prioritaria en esta Ley, en sus antecedentes y en la forma en que sus planteamientos han influido en otras normas y realizaciones posteriores.

5.1. ANTECEDENTES: SITUACIÓN ANTERIOR A LA LEY 13/1982

Sin entrar en un análisis pormenorizado de lo pretérito, cabe señalar la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa como la primera norma que otorga a la educación especial algo más que una dimensión cuantitativa —creación de plazas en centros especiales— para contemplar dos aspectos innovadores: La integración, al menos un atisbo de integración al establecer (art. 51) "el fomento de unidades de educación especial en centros docentes de régimen ordinario para los deficientes leves, cuando sea posible", y una segunda novedad que consiste en la voluntad que el legislador muestra de que los objetivos, estructuras, duración, programas y límites de educación especial se ajusten "a los niveles, aptitudes y posibilidades de desenvolvimiento de cada deficiente, y no a su edad" (art. 52).

La realidad es que la aplicación de la Ley supuso la continuación de una política de creación de centros de educación especial aunque en teoría también aumentaron las aulas especiales en centros ordinarios¹, sin que en la práctica se establecieran como auténticas soluciones para aquéllos para quienes estaban pensadas. Y no fue así, básicamente, porque jamás se llegó a contar con el profesorado necesario a pesar de los buenos propósitos de la Ley General de Educación.

En un informe elaborado por FEAPS (Confederación Española de Federaciones y Asociaciones pro Personas Deficientes Mentales) en 1977, referido a la situación de la

¹ "A partir de la promulgación de esta ley (la Ley General de Educación de 1970) se procedió a la creación de unidades de educación especial en numerosos centros del país, y en el momento actual contamos con un total de 1.335 centros ordinarios que están dotados con 1.704 aulas de educación especial lo que supone que el 18,28 % de todos los centros públicos tienen al menos una unidad de educación especial. (Datos referidos al conjunto de Comunidades Autónomas cuyas competencias en materia educativa no han sido transferidas). Apoyo a los alumnos con necesidades educativas especiales. Varios autores. Coordinador Álvaro Marchesi, MEC Subdirección General de Educación Especial, Madrid, Junio 1986.

educación especial², se esbozaba una panorámica general de la misma, de la que merece la pena citar algunas observaciones:

Legislación: No existe ninguna disposición oficial de ningún rango en que se especifique el derecho y el deber de los subnormales a una educación especial...la educación especial queda relegada a un segundo plano, toda vez que los postulados de la Ley General de Educación, que reconocen la obligatoriedad y gratuidad de la educación de carácter general, están aplicados de manera prioritaria a la educación normal, sin que en la educación especial se observen signos perceptibles de que dichos postulados se estén intentando llevar a la práctica.

Planificación: Desde que el tema de la deficiencia mental salió a la calle, de manera preponderante merced a la actuación de las asociaciones, nunca se ha llevado a cabo por parte del Ministerio de Educación una labor planificadora del sector.

La política de circunstancias desarrollada ha motivado la concentración de instituciones en determinadas regiones, mientras que en otras es lamentable la penuria de plazas.

Censo: ..Hay que destacar la inexistencia de un censo cualitativo que permita un estudio de necesidades...Parece conveniente realizar un censo, no para conocer el número de subnormales exacto, dato que se antoja irrelevante, sino para realizar una adecuada planificación de los recursos existentes, distribuyendo éstos donde resulten más necesarios y en la forma más conveniente para cada caso.

Beneficiarios de la educación especial: En principio se estima que deben desaparecer dos barreras existentes en la actualidad: una de ellas es la artificiosa distinción que se estableció como consecuencia de la CISUB en el año 1965, por la que se determinaba que los deficientes mentales con un cociente intelectual superior a 0,50 eran competencia del Ministerio de Educación y los de cociente intelectual inferior a ese baremo lo serían del de Gobernación...La segunda barrera, consecuencia de la anterior, lo constituye la tipificación del subnormal como educable o no educable. Está suficientemente demostrado que cualquier subnormal es susceptible de un cierto progreso y, por tanto, de una cierta educación. El considerar a alguien como no educable es relegarle, de por vida, a una existencia puramente vegetativa.

Promoción de centros: FEAPS, en colaboración con el Secretariado de Educación Especial de la Iglesia, realizó, en 1976, un estudio detallado sobre el número de puestos escolares y de otro tipo dedicados a subnormales en el país. Los resultados arrojan la cifra de 40.000 plazas para los 350.000 subnormales estimados en España. Aunque, por supuesto, no todos los subnormales, tanto por edad como por nivel intelectual, son susceptibles de estar incluidos en programas educativos, la desproporción entre plazas existentes y necesarias es alarmante. De estos 40.000 puestos se puede asegurar que la mayoría están dedicados a la educación especial, así como que una gran parte se deben a la iniciativa privada (asociaciones y cajas de ahorros, fundamentalmente)»

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

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

² FEAPS: Informe sobre educación especial, Madrid, septiembre 1977 (difusión interna).

- La insuficiente dotación de profesorado especializado cuya formación continuaba teniendo un carácter provisional y de circunstancias, a través de los cursos de especialización en pedagogía terapéutica.
- Escasa eficacia de la Administración educativa en el campo del retraso escolar sin ningún tipo de actuación planificada de carácter global.
- Insuficiencia presupuestaria tanto en el campo estricto de la educación especial como en su entorno administrativo, con un régimen de subvenciones que se convocan cada curso.
- Consideración de los deficientes mentales, y sensoriales en menor escala, como los únicos destinatarios de la educación especial con casi total ignorancia, salvo algunas iniciativas aisladas del sector público, de la problemática específica de quienes padecían algún tipo de minusvalía física.

Desde una perspectiva cuantitativa, la situación tampoco era para mostrarse excesivamente optimista. Como señalaba FEAPS en su informe, la cobertura de necesidades era muy escasa y estaba siendo paliada por el esfuerzo del sector privado contando con un apoyo, aún muy tímido, por parte del sector público. A este respecto, y referido únicamente a la población con deficiencia mental, Alfredo Fierro³ cita los siguientes datos:

Fuente		1955	1965	1970	1974	1977
Grupo AMAT	Deficientes mentales atendidos	6.252	13.207	27.378	36.968	53.121
	Educación Especial DM			25.397		
FEAPS. (plazas para def. mentales)	Censadas			23.428	34.803	
	Estimadas			27.152	44.005	
INE	Escolares en centros especiales					34.100

Conviene advertir, en relación con estos datos, que el INE, en 1977 no tenía constancia de la existencia, al menos de la existencia estadística, de aulas de educación especial en centros ordinarios, a pesar de que el MEC ya las había previsto en la Ley de 1970.

El Decreto de 23 de mayo de 1975 crea el Instituto Nacional de Educación Especial, organismo al que, con independencia de otras actividades, le cabe el mérito de haber tenido la responsabilidad de elaborar el Plan Nacional de Educación Especial por encargo del Real Patronato de Educación Especial. Conviene destacar la paradoja que supone el hecho de que este Plan, que propugna la integración de los alumnos con discapacidades, se realiza a iniciativa de un organismo que en sí mismo es específico y, por tanto, teóricamente segregador.

Si la educación está considerada como una permanente tarea inacabada, el Plan Nacional de Educación Especial ha sido durante más de veinte años la asignatura pendiente de las autoridades educativas desde que el Decreto de 9 de diciembre de 1955 asignara al Patronato de Educación Especial la función de elaborar un plan nacional de educación especial. Ello podría explicar el por qué, la invitación formulada por los responsables del instituto⁴ a expertos

³ Alfredo FIERRO: "España, historia reciente" en R.C. Scheerenberger: *Historia del retraso mental*. Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes editado por el Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. San Sebastián, 1984.

⁴ De hecho, la elaboración del Plan Nacional de Educación Especial constituye la respuesta a un mandato de la Junta de Gobierno del Real Patronato de Educación Especial creada por Decreto de 9 de abril de 1976.

y representantes asociativos para que prestaran su colaboración en la elaboración del Plan, encontró tan amplia respuesta.

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

Los redactores del Plan, parten de unos datos estadísticos que reflejan tanto la población con discapacidades como las carencias educativas de la misma.⁵

DEMANDA TOTAL DE PUESTOS ESCOLARES	
<u>Población y clase de deficiencia</u>	
Deficientes mentales	
de 6 a 24 años.....	105.000
de 0 a 5 y de 15 a 18.....	60.000
Ciegos.....	2.600
Ambliopes.....	26.000
Sordos.....	6.500
Hipoacúsicos.....	26.000
Paralíticos cerebrales.....	26.000
Espina bífida.....	26.000
Deficientes mentales.....	6.500
Autistas.....	2.600
Caracteriales.....	3.800
Otras deficiencias.....	39.000
Total.....	330.000

Estos datos contrastan con las estimaciones hechas en 1982 por Santiago Molina García⁶, quien aporta las siguientes cifras:

POBLACIÓN MINUSVÁLIDA PARA ESPAÑA (1977)		
<u>Tipo de discapacidad</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Deficiencia mental.....	165.000	62,26
Trastornos graves de comportamiento.....	6.500	2,44
Sordos.....	6.500	2,44
Hipoacúsicos.....	26.000	9,80
Ciegos.....	2.600	0,98
Ambliopes.....	26.000	9,80
Trastornos motóricos.....	32.500	12,26
Total.....	265.100	

⁵ Real Patronato de Educación Especial: *Plan Nacional de Educación Especial*. Madrid, 1978

⁶ Santiago MOLINA: "La educación especial hoy y mañana" en: *Informes. Instituto de Ciencias de la Educación*. Universidad de Zaragoza, 1982. Informe 4. Fuentes: FEAPS, Siglo Cero, 1976. SEREM: Boletín de Estudios y Documentación, 1979. Plan Nacional de Educación Especial, 1981.

Esta disparidad de estimaciones —porque ese carácter lo tienen tanto las cifras del Plan como las aportadas por Molina— ponen de relieve, entre otras cosas, no ya la escasez de datos, lo que resulta evidente, sino la dificultad de llevar a cabo cualquier planificación eficaz en el plano cuantitativo.

Para la demanda total estimada de puestos escolares, el país cuenta, según los cálculos del Plan, con una estructura compuesta por 72.000 plazas, por lo que la carencia estimada es de 258.000 de los que el Plan entiende deben crearse el 70% en aulas, lo que supone 180.600 y el 30% restante, 77.400 plazas, en centros de educación especial.

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

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

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

Básicamente, que la educación especial está siendo preterida una vez más y el Gobierno de la Nación está cumpliendo el mandato constitucional de escolarización para todos los niños españoles⁷ sin que durante ese tiempo en ese "todos" entren los niños con minusvalía a los que el Ministerio de Educación sigue dedicando la misma o parecida atención que en años anteriores, es decir escasa, en comparación con quienes no tienen disminuidas sus facultades.

Eugenio González, refiriéndose a la etapa "periconstitucional" manifiesta⁸: *Las metas educativas que se diseñan en la Constitución, son los mínimos que debe lograr cada persona... De lo que se trata es de que todos adquieran el grado de madurez precisa que les permita vivir en armonía con sus semejantes... Se debe preparar, mediante el tratamiento educativo adecuado, a todos los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social, tan plena como sea posible en cada caso, y a un sistema de trabajo en todos los casos posibles que les permita servirse a sí mismo y sentirse útiles a la sociedad. Para llegar a este planteamiento ha sido necesario recorrer un largo camino y corregir no pocos errores que han ido apareciendo a lo largo de los años en la política educativa de apoyo a la inadaptación socio-escolar de los niños y adolescentes.*

A continuación hace una breve síntesis de la filosofía dominante en relación con una política de integración a través de aulas de educación especial:

En un principio, a las aulas de educación especial, de los centros ordinarios, se enviaba a los niños de forma totalmente indiscriminada. La falta de criterios claros respecto al tipo de niño que debía asistir a ellas (igual iban sujetos normales con problemas de conducta y/o

⁷ Recuérdese la emisión de bonos lanzada por el Ministerio de Hacienda cuya campaña de publicidad tenía como slogan "Para que todos nuestros hijos tengan escuela".

⁸ E. GONZÁLEZ: *Educación Especial: Conceptos y datos históricos*, Madrid, CCS, 1995.

inadaptación, deficientes intelectuales límites, niños normales con problemas en los aprendizajes instrumentales o niños con grandes deficiencias), la mala dotación de equipamiento y material, la instalación en las peores dependencias del centro, sin comunicación con el resto de profesorado y la permanencia de niños sin posibilidades de retorno al aula ordinaria, son algunas de las razones que han hecho famoso el viejo dicho, pero a la vez cierto, de que, las aulas de educación especial eran como "cajones de los desastres y de los desperdicios".

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

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

Incluso en 1982, el Ministerio de Educación parece desconocer formalmente la existencia de la LISMI. En efecto, cinco meses después de la publicación de ésta, una Orden del MEC (9 de septiembre) regula la composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del Ministerio de Educación, y en la breve exposición de motivos recurre al Decreto de 23 de mayo de 1975, que preveía la formación de dichos equipos, ignorando las disposiciones de la Ley de Integración en esta materia, cuya aplicación correcta impedía que la norma fuera desarrollada de manera unilateral por un solo departamento ministerial.

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

5.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

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

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

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

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

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

- El reconocimiento del derecho a la educación, que se establece por vía de remisión a la Constitución, para todos los españoles, por tanto, también, para las personas con minusvalía.
- El derecho a la gratuidad de la enseñanza para los minusválidos, también señalado en la Constitución, pero del que la Ley hace referencia expresa.
- La consideración de que quienes gozan de ese derecho son los minusválidos, todos ellos, y no únicamente quienes padecen determinados tipos de deficiencia o gozan de algunas aptitudes concretas.

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

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

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

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

Dentro de este marco de integración, también se facilita al niño que está internado en un hospital la posibilidad de continuar con sus estudios al obligar a los centros hospitalarios a contar con una sección pedagógica.

Con una redacción escasamente afortunada que ya ha suscitado comentarios al respecto⁹ la LISMI dedica un breve párrafo a la Formación Profesional en el artículo 31, a la que enmarca en la parcela educativa, sin que, en principio, se contemplen otras posibilidades de formación que han venido siendo impartidas desde otros ámbitos de la administración laboral.

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

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

En lo que respecta a la educación especial propiamente dicha, la que la Ley prevé para quienes no puedan integrarse en el sistema educativo ordinario, el artículo veintisiete recoge un principio enunciado en el Plan Nacional de Educación Especial: la individualización de la enseñanza¹⁰ que implica, al menos en teoría, la flexibilización del proceso educativo y la aplicación personalizada a cada individuo, debiendo iniciarse aquélla tan precozmente como sea posible.

Aunque tiene una aplicación en ambos campos —educación integrada o especial— resulta particularmente destacable la distinción implícita que la Ley realiza entre escolarización y educación ya que de la misma se deriva que todo sujeto puede beneficiarse de la pedagogía aunque no siempre sea susceptible de ser escolarizado. Este planteamiento tiene especial trascendencia en las minusvalías más acusadas y de manera particular en la deficiencia mental profunda o en otras que siendo más leves acumulan sobre el mismo niño otras limitaciones físicas o sensoriales que le incapacitan para resultar beneficiado de una acción escolar.

Junto con la definición que el artículo veintiséis hace de la educación especial en sus aspectos técnicos, también acota su situación en la vertiente administrativa al especificar que "... comprende los diferentes niveles y grados del sistema de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos...". Por esta vía queda resuelto un contenido que en la práctica ha venido enfrentando a las autoridades educativas y a las entidades representativas de los sectores afectadas ya que la Ley General de Educación de 1970 a lo más que llegó en esta materia fue a considerar que: "Estarán incluidas en el sistema educativo las modalidades que vengan exigidas por las peculiaridades de los alumnos, de los métodos y de las materias" (art. 12.2). Esta inconcreción fue causa de que los beneficios de la gratuidad en la educación básica no se hicieran llegar de manera automática a la educación especial como una modalidad específica de aquélla.

En lo que respecta a la participación, la mención que se hace de la misma en el artículo treinta y uno, se desmarca de la formulación general que se establece en el artículo tres, en el que se prevé la intervención de los interesados o sus representantes así como del personal al servicio

⁹ M. AZNAR, P. AZÚA y E. NIÑO: *Integración Social de los Minusválidos*, Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982. Págs. 113 y ss.

¹⁰ REAL PATRONATO DE EDUCACIÓN ESPECIAL: *Plan Nacional de Educación Especial*, Madrid, Ed. conjunta, Fundación General Mediterránea, Dirección General de Servicios Sociales, SEREM, 1979. Págs. 188 y 189.

de los centros que, al no especificar de qué tipo, cabe interpretarlo en sentido amplio. Al igual que el citado artículo treinta y uno tiene en cuenta a los efectos de control y seguimiento las circunstancias específicas de los equipos multiprofesionales, hubiera debido contemplar las también específicas circunstancias de quienes, teniendo su capacidad mental disminuida, no están impedidos para expresar su opinión y, por lo tanto, tomar parte en determinados aspectos del funcionamiento de los centros.

5.3. NORMATIVA Y REALIZACIONES POSTERIORES A LA LEY 13/1982

Los principios constitucionales en materia de educación y la plasmación de los mismos en normas de distinto rango, entre las que la LISMI constituye una pieza de primer orden, han provocado un cambio importante en el sector de las minusvalías, sin que ello quiera decir, ni mucho menos, que los problemas estén solucionados o que la puesta en práctica de unas determinadas líneas de acción se esté desarrollando sin traumas. Al contrario, la aplicación del principio de integración ha provocado, y continúa haciéndolo, un amplio debate no sólo entre los propios sujetos afectados o sus familias, sino entre los profesionales de la pedagogía quienes con declaraciones y afirmaciones, unas veces cargadas de sentido común y otras de demagogia, se han incorporado a una discusión de la que, cabe esperar, la educación en general y la educación especial en particular salgan favorecidas.

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

La Administración Central

La evaluación del grado de desarrollo de la Ley 13/1982 podría haberse orientado atendiendo a criterios estrictamente cronológicos y, por tanto, examinando las normas de desarrollo según las fechas de su aparición en el Boletín Oficial del Estado. Parece, sin embargo, que una mínima sistematización del tema exige cierto tratamiento unificado de los diversos elementos que conforman el entramado educativo que de manera más directa afecta a las personas con minusvalía. Por ello, los epígrafes que siguen a continuación se corresponden con el lugar en que han sido descritos los principios o las disposiciones que contiene la LISMI en lo que concierne, en primer lugar, a la Administración Central y, posteriormente, a la actividad de las Comunidades Autónomas.

A.) *El derecho a la educación.*

El artículo 27 de la Constitución establece el derecho a la educación. En consecuencia, la LISMI no reitera esta formulación aunque sí lo hace respecto de la gratuidad de la enseñanza en la etapa educativa, de acuerdo con la normativa vigente. Con posterioridad, la Ley 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación, vuelve a insistir en el tema reconociendo el derecho de todos los españoles a una educación básica.

Las consecuencias que se derivan de ambas normas son básicamente dos: la gratuidad de la enseñanza y la extensión de la misma a quien precise de ella con independencia de su grado de minusvalía. Por lo que respecta a la gratuidad, en el período que media entre la Ley de Integración Social de Minusválidos y la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (1982-1985), no existe una normativa que permita afirmar, con carácter general, que ese derecho está garantizado para todos los minusválidos. De hecho, se sigue utilizando el sistema de subvenciones y ayudas que, en su aplicación coordinada, aranca del régimen unificado

previsto en el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, cuyo artículo 10.1, determina el carácter complementario de las mismas¹¹.

Que la gratuidad no es un hecho lo reconoce el propio Ministerio de Educación en el breve preámbulo de la Orden de 16 de noviembre de 1983 por la que se fijan nuevos módulos de subvención a centros privados de educación especial para el año 1983, al admitir que: "Teniendo en cuenta que uno de los objetivos prioritarios del Departamento es conseguir una efectiva y real gratuidad de la enseñanza en los centros subvencionados...". Es decir, que la gratuidad es, en ese año, una esperanza, no una realidad.

Sin embargo, a pesar de que la situación es así, se producen avances importantes a los que no es ajeno el Decreto 620 de Presidencia de Gobierno antes aludido ya que, a partir del mismo, se instaura un sistema de modulación más correcto y que resulta particularmente necesario como fórmula sustitutoria de los regímenes de Consejo Escolar Primario o de Patronato, en vías de extinción.

Por otra parte, la Orden de 15 de febrero de 1983, sobre régimen unificado de ayudas, determina ya las cuantías máximas de ayudas individuales en materia de enseñanza, así como de reeducación pedagógica o de lenguaje completando, de esta forma, las ayudas por módulos antes aludidas.

En estos cuatro años existe una circunstancia destacable que se deriva de la aún insuficiente oferta pública de puestos escolares. Ello hace que sea necesario un esfuerzo suplementario por parte del Ministerio para completar y, sobre todo, financiar la acción privada sin que, entre el conjunto de ambas, pueda ofrecerse ni el número de puestos escolares precisos ni la plena gratuidad de los mismos.

Esta situación se modifica de manera sustancial como consecuencia tanto de la LODE como del Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial. Si la LODE sienta las premisas generales en lo que afecta a la educación de minusválidos, es el Real Decreto el que determina expresamente en su artículo 4.1, que "La educación especial, como modalidad educativa, será obligatoria y gratuita en los niveles así establecidos en el sistema educativo ordinario".

De este Real Decreto cabe afirmar que, aunque es previo a la LODE, se inscribe lógicamente en el mismo marco de voluntad política. Sin embargo, todo él se constituye en norma de desarrollo, esencial, de la LISMI. Y, en este sentido, es preciso mencionar que si bien el Real Decreto 2639/1982, de 15 de octubre, de ordenación de la educación especial, también hacía mención, aunque marginal, de la Ley de Integración, existe entre ambos, a los efectos de este apartado, una diferencia fundamental: mientras la norma de 1982 resultaba más voluntarista que llamada a la eficacia, la de 1985 contenía unas consecuencias económicas que habían sido previamente asumidas por el Gobierno de la Nación, lo que hacía que las presunciones de eficacia fueran mayores. De hecho, a la gratuidad de la enseñanza en centros no estatales de educación especial se destinaron más de cuatro mil millones de pesetas en el presupuesto del Ministerio de Educación y Ciencia para 1986.

Puede, pues, afirmarse que el derecho a la educación y la gratuidad de la educación especial en los centros específicos tienen un grado de implantación importante, aunque aún existen carencias y disfunciones. A este respecto, resulta procedente citar el Informe del Consejo

¹¹ Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, art. 10.1.: "Las ayudas de educación especial se destinarán a colaborar en los gastos que tengan que satisfacer las personas que, por su deficiencia o inadaptación, precisan de aquélla".

Escolar del Estado¹², referido al curso 1993-94: *El Consejo Escolar del Estado, llama la atención sobre el hecho de que las Ayudas de Educación Especial, que procuran compensar desigualdades especialmente manifiestas, y que numéricamente son muchas menos que las de carácter general, se resuelven con gran lentitud, realizándose el pago en ocasiones cuando el curso al que van destinadas está finalizado. Por tanto, este Consejo insta al Ministerio de Educación y Ciencia a que agilice el procedimiento para hacer efectivas estas ayudas.*

Por lo que respecta a los centros específicos, aún destacando que la política de concertos con los privados ha contribuido a darles estabilidad en su funcionamiento, hay que admitir que existen diferencias con los dependientes de la esfera pública, algunas de las cuales son:

- Los centros públicos cuentan con el apoyo de los Ayuntamientos para algunos gastos concretos de mantenimiento a los que los privados deben hacer frente con asignaciones establecidas en los módulos que resultan insuficientes.
- En tanto que en los centros públicos la financiación del comedor está asegurada, en los concertados es preciso recurrir al sistema restrictivo de becas porque aún el Ministerio no ha asumido los gastos derivados de esa actividad.
- En determinados centros de dimensiones más reducidas existen actividades —como la asistencia social o la educación física— que no forman parte del concierto.

En relación con estas diferencias, es necesario advertir que no se trata de caer en la típica discusión maniquea entre lo público y lo privado, sino simplemente de advertir que aunque en la garantía de la educación especial gratuita se han producido avances substanciales en la política educativa, sin embargo, aún subsisten algunas cuestiones que continúan sin resolverse y que empañan una trayectoria positiva.

Esta trayectoria queda reflejada en los siguientes datos emanados del Ministerio de Educación y Ciencia y que recogen la evolución en la dotación de plazas en el período 1980/86 y la situación de las mismas en el curso 1985/86, referidos a los diferentes tipos de discapacidad¹³

*Alumnos matriculados en educación especial por clase de centro y dependencia (1980-86)
(Territorio MEC)*

Curso	CENTROS ESPECÍFICOS		CENTROS NO ESPECÍFICOS		TOTAL
	Pública	Privado	Pública	Privado	
1980-81	14.772	32.847	36.258	3.987	87.864
1981-82	17.518	31.675	38.907	3.302	91.402
1982-83	19.089	29.993	45.186	3.746	98.014
1983-84	20.090	30.218	44.618	3.461	98.387
1984-85	18.707	29.758	47.018	3.488	98.971
1985-86	19.047	26.492	48.901	3.931	98.731

¹² Consejo Escolar del Estado: *Informe sobre el estado y situación del sistema educativo. Curso 1993-94*. Madrid, 1995.

¹³ A. RIVIERE Y OTROS: *El sistema educativo español*. Centro de Investigación y Documentación Educativa.- Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: C.I.D.E., 1988

Alumnos de educación especial en centros específicos según dependencia, sexo y problemática dominante (1985-86). (Territorio MEC)

Problemática	CENTROS PÚBLICOS		CENTROS PRIVADOS		TOTAL	
	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Def. visuales	97	42	823	346	920	388
Def. auditivos	1.842	821	2.164	939	4.006	1.751
Def. mentales	14.204	5.534	17.962	7.330	32.166	12.864
Def. motrices	1.107	395	2.565	1.033	3.672	1.428
Alt. personal.	755	197	1.434	510	2.189	707
Autistas	205	62	544	180	749	242
Otras	837	330	1.000	360	1.837	690
TOTAL	19.047	7.372	26.492	10.698	45.539	18.070

Alumnos de educación especial en centros no específicos según dependencia y problemática dominante (1985-86). (Territorio MEC)

Problemática	CENTROS PÚBLICOS		CENTROS PRIVADOS		TOTAL	
	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Def. Visuales	877	308	115	56	992	364
Def. Auditivos	2.181	892	266	105	2.447	1.450
Def. Mentales	16.678	6.737	1.221	608	17.899	7.345
Def. Motrices	2.165	804	265	106	2.430	910
Alt. Personalidad	6.715	2.113	725	242	7.440	2.355
Autistas	283	92	40	18	323	110
Otras	20.002	7.206	1.299	52	21.301	7.729
TOTAL	48.901	18.152	3.931	1.658	52.832	20.263

El citado Informe del Consejo Escolar del Estado para el curso 1993-94, muestra los siguientes datos:

	Centros específicos		Centros ordinarios		Unidades cerradas	
	Públicos	Privados	Públicos	Privados	Públicos	Privados
Ed. especial	81	103				
Integración en E. Primaria			2.083	123	49	1
Integración en E. Secundaria			273			

El total de alumnos en régimen de integración en el curso mencionado, en enseñanza primaria y secundaria era de 26.734 y el de profesores de 3.907. El informe del Consejo no facilita cifras en cuanto al alumnado de centros específicos.

B.) La integración escolar. Sus consecuencias prácticas

La integración del minusválido en el sistema educativo ordinario, previsión formulada en el Plan Nacional de Educación Especial, constituye uno de los pronunciamientos claves de la LISMI.

La integración escolar ha estado contemplada en dos Reales Decretos de Ordenación de la Educación Especial, el primero de 15 de octubre de 1982 y el segundo de 6 de marzo de 1985.

A pesar de que el primero de ellos hace una alusión, si se quiere complementaria, a la existencia de la LISMI en su exposición de motivos, entronca claramente la incorporación social de los deficientes e inadaptados con la Ley General de Educación, lo que no deja de resultar

un tanto anómalo puesto que la novedad de la Ley de Integración brinda la oportunidad —y en alguna manera la exigencia— de remitirse a ella plenamente en lugar de tener que remontarse doce años atrás.

Ciertamente que esta norma no tuvo importantes consecuencias prácticas en lo que a la integración se refiere ya que continuaron aplicándose sin excesiva decisión algunos programas de creación de aulas de educación especial en centros ordinarios, mientras los técnicos educativos, en el marco de un cambio de responsables en el Ministerio de Educación, comenzaban la elaboración de una nueva norma que respondiera a las necesidades del momento y desarrollara adecuadamente la LISMI.

El Real Decreto de 6 de marzo de 1985, de Ordenación de la Educación Especial, marca claramente el comienzo de una etapa por dos razones básicas. De una parte, por su propio contenido técnico que recoge, de una vez por todas, los principios de actuación en este campo que estaban dispersos, genéricamente reconocidos pero sin la necesaria y eficaz puesta en práctica. De otra, porque supone el compromiso más serio que el Ministerio de Educación ha adoptado con la educación de las personas con minusvalía.

Este compromiso queda puesto de manifiesto no sólo en las consecuencias económicas, a las que se ha hecho alusión en epígrafes precedentes, asumidas por el Ministerio de Educación, sino en las distintas normas que desarrollan el Real Decreto y que demuestran la voluntad de acometer con seriedad el proceso de integración educativa¹⁴. Así, desde la promulgación del Real Decreto de referencia, anualmente se vienen publicando las respectivas órdenes ministeriales que planifican el curso académico en materia de educación especial e integración escolar.

Resultaría fuera de contexto analizar en qué consiste este proceso de integración en su vertiente educativa aunque no está de más enumerar las ideas genéricas que se desprenden del Real Decreto de 6 de marzo de 1985.

- Siempre que sea posible, deberá ser en el marco de la escuela ordinaria donde se dé la necesaria respuesta educativa.
- Esa respuesta educativa ha de respetar las diferencias individuales partiendo del principio de que todo niño es educable.

La integración escolar no puede ser impuesta sino que tendrá que resultar fruto de una oferta conjunta de padres, alumnos y profesionales¹⁵.

Conviene añadir que uno de los puntos esenciales sobre los que gravita la integración escolar son los apoyos que el propio Real Decreto prevé y que han sido regulados en dos ocasiones: La Orden de 30 de enero de 1986 estableció una primera proporción en las aulas de centros ordinarios, en aulas de educación especial, en apoyos para el refuerzo pedagógico y para tratamientos correctores, rehabilitadores y de atención y cuidados personales. Esta Orden podría haberse convertido en el primer y único intento de la administración educativa en la regulación de los apoyos. Afortunadamente no ha sido así y, en consonancia con la citada Orden, que preveía la revisión de dichas proporciones, ésta se produce mediante Orden de 18 de septiembre de 1990.

¹⁴ A. MARCHESI: "La situación educativa en España y el proyecto de Real Decreto sobre la integración escolar de los niños disminuidos", en *Integración en EGB: una nueva escuela*, Madrid, Fundación Banco Exterior, Colección Seminarios y cursos, 1986. Págs. 7-10.

¹⁵ MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: *Guía de la Integración*, Madrid, 1986. Págs. 7-10.

Esta norma establece nuevas proporciones entre el personal (profesores, fisioterapeutas, logopedas y auxiliares técnicos educativos) y los alumnos de manera que éstos quedan mejor ajustados a las necesidades del colectivo escolar.

Durante diez años, 1985-1995, el Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo ha sido el pivote en el que se ha apoyado toda la política educativa del Ministerio de Educación y Ciencia —y cabría decir que también de las administraciones autonómicas— en materia de educación de personas con discapacidad.

En 1990 se configura de nuevo el sistema educativo español a través de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) que pretende un doble objetivo: superar las disfunciones que venía manifestando el sistema y dar respuesta adecuada a las exigencias del presente y del futuro en la educación de todos los ciudadanos.

En materia de educación especial, la LOGSE se desarrolla a través Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. La exposición de motivos del Real Decreto¹⁶, resume con claridad la filosofía que subyace en esta nueva regulación que básicamente consiste en englobar bajo el paraguas de la que antes podía denominarse educación especial a todas aquellas situaciones que no encajan en los patrones ordinarios de la educación, en función de los educandos.

En otras palabras, mientras en la regulación anterior que arranca de la LISMI se establece un sistema de educación especial basado en las peculiaridades de los alumnos con discapacidades, a partir de este Decreto, se tiene en cuenta a quienes presentan necesidades educativas especiales, sea en razón a la discapacidad o a cualquier otra circunstancia. La educación deja de ser especial y las que tendrán esta característica serán las necesidades educativas de los alumnos.

A pesar de esta política decidida en favor de la integración, ésta no ha alcanzado aún la calidad requerida. A pesar de la existencia de profesionales de apoyo en un número importante, éste es aún insuficiente. Esta circunstancia ha sido reconocida por el propio Ministerio de Educación y Ciencia en su informe de evaluación de la integración escolar¹⁷

¹⁶ "Sin embargo, no todas las necesidades educativas especiales son de la misma naturaleza, tienen un mismo origen o requieren, para ser atendidas, actuaciones y medios similares. Por una parte, cabe distinguir entre las necesidades especiales que se manifiestan de forma temporal o transitoria de aquéllas que tienen un cierto carácter de estabilidad o permanencia a lo largo de la escolarización. Por otra parte, su origen puede atribuirse a diversas causas relacionadas, fundamentalmente con el contexto social o cultural, con la historia educativa y escolar de los alumnos o con condiciones personales asociadas bien a una sobredotación en cuanto a capacidades intelectuales, bien a una discapacidad psíquica, sensorial o motora o a trastornos graves de conducta. Por último, si bien la Administración educativa debe regular las actuaciones y los medios previstos para atender las necesidades especiales de todo el alumnado, desde la perspectiva de la ordenación, de la planificación de recursos y de la organización de la respuesta educativa, conviene acometer esta tarea atendiendo diferencialmente a su naturaleza, origen y mayor o menor permanencia de sus manifestaciones en el transcurso de la escolaridad".

Sobre esta cuestión, véase: *Los alumnos con necesidades educativas especiales. Secundaria Obligatoria*. MEC, Secretaría de Estado de Educación, Madrid, 1992.

¹⁷ "Por el contrario, si bien los profesores de apoyo al principio eran suficientes, al ir aumentando el número de necesidades en el centro (más niños de integración, escolarización en niveles superiores, etc.) la situación se hizo más compleja. Para algunos centros, y teniendo en cuenta su organización, el criterio de dotar un nuevo profesor de apoyo con la idea de que hubiera al menos un profesor por cada ciclo ha resultado insuficiente." Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, *Evaluación del Programa de Educación. Alumnos con necesidades educativas especiales*, Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid, 1990.

Algunos centros públicos todavía tienen barreras arquitectónicas que dificultan o impiden el acceso a alumnos con discapacidades motóricas lo que ha motivado una acción más intensa por parte del Ministerio durante los dos últimos cuyo reflejo presupuestario se recoge en un anexo final. Por otra parte, el sistema educativo no produce profesionales en determinadas materias en la proporción necesaria. Por ello, aunque la Orden de 18 de septiembre de 1990 establece unas ratios adecuadas, por ejemplo de fisioterapeutas, difícilmente podrá ponerse en práctica porque es ésta una especialidad en la que no hay suficientes profesionales.

Puede decirse que los programas de integración escolar, más allá de necesidades puntuales que los hagan más eficaces, tienen aún dos cuestiones graves por resolver. En primer lugar, las administraciones educativas han de ser capaces de transmitir a las familias un mensaje claro sobre las expectativas del proceso. Es preciso decirles con claridad que, como regla general, en un programa de integración escolar, el alumno con necesidades educativas especiales, especialmente si éstas vienen determinadas por discapacidades intelectuales, ganará en su proceso de socialización pero no alcanzará, por lo general, el mismo nivel de aprendizaje de contenidos académicos. Hurtar esta reflexión a los padres y a las familias supone que éstos se muestren sumamente escépticas en cuanto a la bondad del sistema.

A este respecto, son pertinentes las reflexiones de Michael Fullan: "*La inclusión no se logra con facilidad. Es el resultado de un complejo proceso de integración de cambios cualitativos y cuantitativos, necesarios para definir y aplicar las soluciones adecuadas. Para lograr el cambio se precisan constancia, coordinación, seguimiento, resolución de conflictos, etc., es decir, una buena conducción a todos los niveles*".¹⁸

Por otra parte, sigue sin resolverse la situación de algunos alumnos, especialmente quienes tienen retraso mental, cuando se llega a un determinado nivel escolar. ¿Qué va a pasar con un alumno de estas características al llegar a la Educación Secundaria Obligatoria, cuando no es capaz de desarrollar como sus compañeros el diseño curricular correspondiente? ¿Va a tener que retornar a soluciones específicas? Algunos padres se plantean si para volver a esa situación, merecía la pena haber iniciado el camino.¹⁹

En torno a la integración hay que señalar, también, la dificultad que ésta encuentra para su puesta en práctica en el mundo rural, ya que es difícil aglutinar suficientes alumnos en un centro cuando, a veces, las distancias son largas y pequeña la densidad de población escolar. Por ello resulta particularmente necesaria la implantación adecuada de la Educación Secundaria Obligatoria prevista en la LOGSE al medio rural puesto que, de lo contrario, cualquier proyecto de integración de alumnos con necesidades educativas especiales tropezará con la falta de las plazas necesarias que habrán de buscarse en núcleos amplios de población. Se dará así la situación paradójica de un intento de integración en las escuelas ordinarias a través de la segregación de la familia si hay que recurrir al internado y, en todo caso, la necesidad de recorrer grandes distancias cada día con los consiguientes perjuicios para el desarrollo académico del alumno.²⁰

Los comienzos del curso escolar 96/97 están poniendo de relieve la insuficiencia de los centros públicos para la implantación de la ESO y la necesidad de recurrir a los concertados. Los datos

¹⁸ Conferencia Mundial sobre necesidades educativas especiales: acceso y calidad. Salamanca, 7-10 de junio de 1994. UNESCO-MEC. Informe Final. Madrid, 1995.

¹⁹ En colaboración con la Universidad de Valladolid, FEAPS ha promovido una investigación cualitativa sobre el proceso de integración.

²⁰ El diario ABC en su edición del 24 de septiembre de 1996 hace referencia a cómo en algunos pueblos de Castilla y León, los padres se negaron a que sus hijos se desplazaran más de treinta kilómetros para asistir a clase en los institutos de enseñanza secundaria.

que figuran a continuación resultan ilustrativos, en cuanto al incremento que han sufrido los alumnos en el sector privado en relación con el público

Alumnos en Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato y Formación Profesional

Cursos	Pública	Privada
95-96	2.009.944	696.724
96-97	2.624.977	1.010.160
Incremento porcentual	30,59 %	44,98 %

Fuente, Diario ABC, 24 de septiembre de 1996

Existen en la LISMI otras dos disposiciones de sentido claramente integrador. Por lo que respecta al mantenimiento de secciones pedagógicas en hospitales infantiles o servicios de pediatría, consta su existencia aunque aún no en el número que las necesidades requieren. El fomento de estas secciones queda referido a la posibilidad de que las administraciones educativas puedan concertar el establecimiento de las dotaciones pedagógicas precisas con establecimientos públicos o privados de carácter sanitario o asistencial, de acuerdo con las disposiciones adicionales segunda y tercera del Real Decreto de 6 de marzo de 1985.

Por lo que respecta a la ampliación de convocatorias para los minusválidos que cursen estudios universitarios, que la LISMI regula en el artículo 31.2. y, en general, a los estudios universitarios de personas con necesidades educativas especiales, el Real Decreto 696/1995 establece para las universidades públicas un cupo de hasta el 3% de cada uno de los centros docentes para estos alumnos siempre que hayan superado las pruebas de acceso a la universidad.

C.) Funciones de apoyo

La LISMI ha previsto, y el Real Decreto de 6 de marzo de 1985 recoge en su texto, la existencia de equipos multiprofesionales sin que tales equipos hayan quedado regulados de acuerdo con la actual filosofía del Ministerio de Educación y Ciencia. En el marco educativo, sin tener en cuenta la LISMI, los equipos multiprofesionales fueron regulados de manera unilateral por el Ministerio de Educación y Ciencia, por Orden de 9 de septiembre de 1982, en cuanto a su composición y funciones. Pese a la desconexión de esta norma con la Ley de Integración, su utilidad durante estos años ha sido evidente porque sobre ellos ha descansado —siquiera provisionalmente— la labor que la Ley encomienda a unos equipos presumiblemente configurados de manera diferente.

A pesar de los trabajos que los diferentes departamentos de la Administración han venido realizando, la falta de regulación de los equipos constituye un tema pendiente en el desarrollo de la LISMI, aunque, por lo que afecta a la actividad en el plano pedagógico, ésta haya quedado cubierta mediante los Equipos Interdisciplinarios de Sector y de Equipos Específicos que complementan su tarea.

Sin embargo, los equipos multiprofesionales no tienen únicamente una función diagnóstica ya que la LISMI, en la parcela educativa, les confiere la misión de garantizar las diversas atenciones que requiere el deficiente (art. 28.1.), lo que da carta de naturaleza a la intervención, en el proceso educativo, de los profesionales que han estado a caballo entre tareas pedagógicas y rehabilitadoras. Las consecuencias de esta situación, a las que el desarrollo de la Ley de Integración ha puesto fin, han sido la adscripción o la dependencia de estos profesionales de diferentes departamentos, lo que complicaba a Administración y administrados en una cierta confusión de competencias.

En la práctica, la actuación de estos equipos ha ido ganando en calidad de intervención y en eficacia, a lo largo de los años. A ello contribuyó la publicación de instrucciones sobre funcionamiento de los equipos dictadas por el MEC en Julio de 1993.

Esta exigencia de la LISMI referida al personal ha tenido su reflejo en el artículo 25 del Real Decreto 334/1985 que ordena la educación especial. Nuevamente, en este tema, se pueden apreciar las consecuencias económicas que el Ministerio de Educación y Ciencia ha previsto y que contribuyen a dar credibilidad a las actuaciones de referencia. En efecto, el concurso de otras profesiones en la educación especial queda recogido inicialmente en el anexo I de la Orden de 5 de junio de 1986, sobre aplicación del régimen provisional de subvenciones a centros docentes privados de educación especial para el curso 1985-1986, en el que se contempla la existencia de logopedas y psicoterapeutas en los módulos subvencionables.

Esta voluntad del Ministerio se ha visto reflejada, asimismo, en la Orden de 18 de septiembre de 1990, por la que se establecen las proporciones de profesionales/alumnos en la atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales.

D.) Individualización y flexibilización de la enseñanza. Su aplicación temprana

El Real Decreto 334, de 6 de marzo de 1985 contiene referencias abundantes en su articulado a la enseñanza personalizada y a la individualización del proceso educativo; referencias que la misma norma determina que deben desarrollarse en el plazo de seis meses en lo que se refiere a la proporción entre personal docente o de otro tipo y alumnos. Naturalmente, el establecimiento de estas proporciones resulta básico porque de las mismas se deriva que pueda producirse una atención más o menos intensa, más o menos individualizada hacia el alumno que la precisa.

En este sentido, la Orden de 30 de enero de 1986 da cumplimiento a la disposición final primera del Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial al establecer las proporciones de personal/alumnos en esta modalidad, y si esta modulación hay que interpretarla como orientada a hacer realidad el criterio de individualización, como manifestación de flexibilidad hay que reconocer la Orden de 14 de mayo de 1986 que revisa dichas proporciones establecidas cuatro meses antes.

Asimismo, y con el fin de que en los centros específicos puedan llevarse a cabo, con carácter gratuito, los tratamientos y atenciones personalizadas, se dicta la Orden de 5 de junio de 1986, sobre aplicación del régimen provisional de subvenciones a centros docentes privados, de la que hay que destacar tanto la importancia de su contenido como el hecho de que su publicación en el BOE coincida con la finalización del curso para el que ha sido dictada.

En relación con el inicio del proceso educativo que ha de resultar tan precoz como sea posible, el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial enmienda un error conceptual de la LISMI al mencionar, en su artículo primero, la necesidad de una atención educativa temprana, que no precoz.

Con base en este texto, la Administración educativa ha venido suscribiendo convenios de colaboración con Comunidades Autónomas, Diputaciones y Ayuntamientos con la finalidad de integrar a niños con minusvalías en centros ordinarios de educación infantil. Como consecuencia de estos convenios, el Ministerio ha proporcionado los necesarios equipos cuya finalidad es el prestar apoyo y tratamiento a estos escolares.

La necesidad de la atención temprana queda recogida de nuevo en la LOGSE, cuyo artículo 37.2. dice textualmente: "La atención a los alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección". Sin embargo, el artículo 12 del Real Decreto 696/1995, vuelve a incidir en la denominación detección precoz y en la necesidad de corregir

precocemente las secuelas de la discapacidad detectada. Hubiera sido deseable que la norma se hubiese mantenido en los términos en que se había expresado el viejo decreto de 1985.

Existen en España profesionales y centros de atención temprana con una muy buena especialización que, hasta ahora, han venido recibiendo subvenciones para su mantenimiento por parte del INSERSO. Al transferirse la competencia sobre estos equipos a las distintas Comunidades Autónomas no está clara la adscripción de estos servicios que deben diferenciarse de la educación infantil. Mientras que ésta debe ser impartida por el MEC, no parece que la escuela sea la institución idónea para lo anterior, que es un servicio fundamental, de alta especialización, que no se debe poner en peligro por razones de competencias.

E.) Educación y minusvalías graves

El Real Decreto que se viene analizando comienza, en su artículo primero, reiterando el derecho de todos los ciudadanos a la educación y prevé el recurrir a la educación especial cuando las circunstancias lo hagan necesario. Asimismo, reconoce en el artículo catorce que los tratamientos y atenciones personalizadas estarán en función de las características y necesidades de los alumnos que lo precisen. Así pues, la norma sienta las bases para que la educación especial pueda extenderse a todos aquéllos que, por la gravedad de su minusvalía, han permanecido, y lamentablemente aún permanecen, desprovistos de atención educativa, al menos de atención educativa reglada.

Este es un punto en el que el Ministerio aún no ha ido más allá a pesar del general convencimiento de que es preciso actuar y hacerlo pronto. Acaso la dificultad haya que buscarla en las rígideces estructurales del propio Ministerio que impiden dotar de maestros y personal pedagógico a grupos de educandos si previamente no se ha constituido, administrativamente, como aula de educación especial.

Los esfuerzos de la administración educativa se han detenido, por ahora, en el reconocimiento que hace la Orden de 18 de septiembre de 1990 de la existencia de alumnos que requieren adaptaciones muy significativas de los elementos del currículum ordinario, lo que implica una mejor atención de quienes, estando escolarizados, presentan deficiencias más graves. Sin embargo, en la medida en que la norma se refiere a alumnos hay que entender que persisten excluidos quienes, teniendo deficiencias más profundas, están fuera —físicamente— del sistema escolar y, por tanto, no resultan aún susceptibles de este tipo de atención. Por lo que respecta al Real Decreto 696/1995 hay que indicar que no añade nada nuevo en relación con la atención educativa a quienes tienen minusvalías graves. Únicamente su artículo 7º hace referencia, no muy concreta, a las adaptaciones de todos o algunos elementos del currículum, de acuerdo con los equipos de orientación educativa.

En este campo hay que citar los trabajos editados por el extinguido Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial, orientados a hacer viables las adaptaciones curriculares y programas especiales para las diversas discapacidades y, por lo tanto, también para las deficiencias severas.

F.) Formación Profesional

La Formación Profesional Especial fue reconocida por el Ministerio de Educación y Ciencia, por primera vez, en el Decreto de 30 de mayo de 1975 y quedó planteada en el artículo 31 de la LISMI dentro del marco de la educación especial: el Decreto de 6 de marzo de 1985, que la regulaba en sus líneas generales, le otorgaba una duración equivalente para la Formación Profesional de primer grado, con los mismos contenidos y objetivos.

Esta materia ha sufrido un cambio sustancial con la LOGSE: En consonancia con ello, el citado Real Decreto 696/1995 garantiza una oferta de formación profesional adecuada a los alumnos con necesidades educativas especiales, a través de diferentes modalidades, entre las que destaca los programas de garantía social que se constituyen como vía de acceso a la Formación Profesional Específica de grado medio para la generalidad de los alumnos y que tienen particular relevancia para los alumnos con necesidades educativas especiales a través de la formación en alternancia con el trabajo en un puesto productivo. Estos programas de formación en alternancia están siendo regulados por las diferentes comunidades autónomas que tienen competencias transferidas en esta materia.

Por lo que respecta a los programas de garantía social, reconocidos en el artículo 23.2 de la LOGSE, se han desarrollado mediante el orden de 10 de noviembre de 1993 por la que se convocan subvenciones a Entidades Locales para el desarrollo de los programas de Garantía Social en la modalidad de formación-empleo y de la resolución de 16 de diciembre de 1994 que autoriza la implantación de programas de garantía social en la modalidad para alumnos con necesidades educativas especiales en centros públicos y en convenio con asociaciones.

Para niveles de discapacidad más acusados, el MEC propone los Programas de Preparación para la Transición a la Vida Adulta que deberán impartirse en los centros educativos, con duración de dos años y posible prolongación de uno más. En este momento se está trabajando en la elaboración de la Orden que deberá regular dichos programas.

Los datos más relevantes, referidos a estos programas son los siguientes:

Número de centros e instituciones	46
Número de grupos.....	65
Número (estimado) de profesores.....	116
Número de alumnos	759
Recursos económicos (por grupo).....	12.000.000

Fuente: Consejo Escolar del Estado

G.) Participación

La LISMI reconocía la particularidad de los equipos multiprofesionales en cuanto a la participación del control y la gestión de los centros, de acuerdo con el Estatuto de Centros Escolares, vigente en el momento de su promulgación. A este respecto, cabe decir que, pese a lo que se podía esperar, no se produjo en su momento un desarrollo específico del citado artículo ya que el Estatuto de Centros Escolares quedó derogado como consecuencia de la promulgación de la Ley Orgánica del Derecho a la Educación y la puesta en práctica de los correspondientes Consejos Escolares que no contemplaban las circunstancias concretas que pudieran concurrir en los equipos especializados.

La participación ha quedado regulada a través de la Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes, en la que, entre otras materias se regulan, además de la participación, la evaluación del sistema educativo (para lo que se crea el Instituto Nacional de Calidad y Evaluación) y su acomodación a las necesidades sociales así como la organización de la inspección educativa.

En Diciembre de 1995, el Ministerio de Educación y Ciencia organizó un Seminario Europeo sobre la participación como elemento de calidad en el sistema educativo y en sus centros. En

su informe final, se marcan pautas de actuación para el MEC y recomendaciones para las administraciones educativas de los países pertenecientes a la Unión Europea.

Las Comunidades Autónomas con competencias transferidas

Son siete las Comunidades Autónomas que hasta la fecha han asumido competencias plenas en materia de educación, habiéndoseles traspasado los correspondientes servicios²¹. Esta asunción de competencias plenas por parte de estas Comunidades es preciso ponerla en relación con el artículo 149.2 de la Constitución, que asigna al Estado como deber y atribución esencial el servicio de la cultura. Quiere ello decir que las Comunidades que ejercen dichas competencias no sólo desenvuelven su actividad en el marco fijado por la Constitución, sino que su potestad normativa ha de desarrollarse sin que contradiga las líneas generales de la normativa del Estado que, en este caso, resulta supletoria de la autonómica.

Es destacable el hecho de que las disposiciones emanadas de estas comunidades en materia de educación especial —incluido el proceso de integración— lo reconocen inserto en la legislación general del Estado en la materia, pero sólo en contadas ocasiones hacen reconocimiento expreso de que esas normas puedan resultar inspiradas en la LISMI.

A.) País Vasco

En virtud del Real Decreto 3195/1980, de 30 de diciembre, se traspasan servicios del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Educación Especial.

Sobre esta base, el Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, junto con expertos en este campo, elaboran el Plan de Educación Especial del País Vasco, cuyos trabajos finalizan el 1 de junio de 1982. El contenido de dicho Plan queda aprobado mediante Orden del Departamento de Educación del 2 de septiembre de 1982, por la que se regulan las enseñanzas de Educación Especial en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El contenido básico del Plan guarda grandes similitudes con el Plan Nacional de Educación Especial en cuanto a los principios de integración, sectorización y normalización que lo inspiran sin que, por otra parte, la Orden de referencia, a pesar de que su promulgación es posterior a la LISMI, haga alusión a dicha ley.

Cabe decir que las disposiciones posteriores emanadas del Departamento de Educación que crean equipos multiprofesionales, convocan subvenciones para la gratuidad de la educación especial o para equipos de apoyo del sistema educativo y establecen módulos económicos por unidad escolar, no hacen referencia alguna a la Ley de Integración, aunque es evidente que las líneas generales de la misma quedan recogidas en este conjunto de normas.

En todo caso, la política educativa de la Comunidad apuesta decididamente por la integración de los escolares minusválidos en la red ordinaria de centros escolares, proceso que en esta Comunidad puede resultar más dificultoso que en otras para ser llevado a la práctica debido a la excelente red de equipamiento de centros específicos de que dispone el País

²¹ País Vasco (R.D. 3195/1980, de 30 de diciembre), Cataluña (R.D. 2809/1980, de 3 de octubre), Galicia (R.D. 1763/1982, de 24 de julio), Andalucía (R.D. 3936/1982, de 29 de diciembre), Comunidad Valenciana (R.D. 2009/1983, de 27 de junio), Canarias (R.D. 2091/1983, de 28 de julio), Navarra (R.D. 1070/1990, de 31 de agosto).

Vasco y que hace que los propios usuarios sean menos proclives al cambio que supone una educación integrada.

En esta línea, la Orden de 27 de julio de 1995 convoca ayudas para centros docentes concertados que escolaricen alumnos con necesidades educativas especiales y precisen contratar auxiliares de educación especial para el curso 1995/96.

El refuerzo de la integración se materializa en el Decreto 154/1988, de 14 de junio, por el que se regula la creación y funcionamiento de los centros de orientación pedagógica, una de cuyas áreas de actuación es la educación especial y que, entre otras funciones, tienen la de ofrecer a los centros el apoyo pedagógico necesario para el diagnóstico y resolución de problemas de aprendizaje o que recaben un especial seguimiento desde el punto de vista psicológico.

Al igual que otras comunidades, el gobierno vasco ha convocado ayudas destinadas a instituciones sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas de garantía social, mediante orden de 18 de julio de 1995.

B.) Cataluña

La Secretaría General del Departamento de Enseñanza, en la Circular de 4 de septiembre de 1981, recoge los principios inspiradores del Plan Nacional de Educación Especial y establece los criterios de actuación en este campo. Esta norma hay que interpretarla como un deseo de dar respuesta positiva al traspaso de competencias en materia de educación que habían quedado asumidas como consecuencia del Real Decreto 2809/1980, de 3 de octubre.

De hecho, la ordenación de este campo se produce mediante el Decreto 117/1984, de 17 de abril, del Departamento de Enseñanza, sobre Ordenación de la Educación Especial para su integración en el sistema educativo ordinario que pretende dar cumplimiento al artículo 49 de la Constitución y a las correspondientes disposiciones contenidas en la LISMI. Está basado en los principios que inspiran toda la política estatal en materia de educación de minusválidos y cabe decir del mismo que si bien todo él está teñido de un fuerte linde integrador, no se han producido las necesarias normas de desarrollo.

El propio Decreto determina la exigencia de que el Departamento de Enseñanza establezca un plan de implantación progresiva. Este plan contempla una serie de actuaciones de la Administración Educativa que forman parte de un conjunto de medidas dirigidas a la mejora del sistema y la renovación pedagógica y que comprende, entre otras: los centros de recursos, las orientaciones y programas, planes de formación e investigación, etc...²².

Dentro de estos criterios, y en concordancia con la legislación general del Estado, el Departamento de Enseñanza viene publicando las convocatorias de ayudas no sólo para hacer viable la gratuidad de la enseñanza, sino para hacer frente a los gastos derivados de los servicios técnicos complementarios. Así, Orden de 27 de marzo de 1995, establece los módulos económicos por el concepto de otros gastos de los conciertos educativos para el año 1995.

En esta línea, y con la finalidad de proponer criterios técnicos para aplicar la reforma educativa y la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales, de acuerdo con el citado Decreto de Ordenación de la Educación Especial, se ha creado por Orden de la Consejería de Enseñanza, de 15 de junio de 1990, la Comisión Técnica de Educación Especial.

²² C. GINE: "La Educación Especial y la Integración Escolar de los Niños Disminuidos en Cataluña", en *Integración en EGB: una nueva escuela*. Madrid. Fundación Banco Exterior. Colección Seminarios y cursos. 1986. Págs. 37-42.

Asimismo, se han dictado normas de matriculación en los centros docentes públicos que imparten enseñanza primaria en las que se obliga a dichos centros a informar públicamente de los recursos materiales y humanos que favorezcan la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales, cuyo número no podrá exceder de dos en cada unidad.

El 13 de junio de 1995 el Departamento de Bienestar Social de la Generalidad, dictó un Decreto adscribiendo la atención precoz a este Departamento. En esta norma se hace una mención expresa a la necesidad de coordinar estos programas con el Departamento de Enseñanza en una actuación que ha de considerarse complementaria y que deberá serlo de hecho, si se pretende impulsar las actividades pedagógicas en el marco de la educación infantil.

Actualmente se está trabajando en Cataluña en un borrador de decreto sobre atención educativa al alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de incapacidades psíquicas, motrices o sensoriales, o de superdotación que, además de ordenar la atención educativa, pretende determinar funciones y establecer proporciones de profesionales para esta función educativa, así como regular los requisitos mínimos de los centros de educación especial y de las unidades de educación especial en centros ordinarios (art. 1º del proyecto).

C.) Galicia

La Comunidad Autónoma de Galicia se ha sumado a las corrientes pedagógicas imperantes en el resto de España en la atención escolar de los alumnos con minusvalías en general y a su integración en el sistema ordinario en particular.

Sin embargo, no puede considerarse que las actividades y planteamientos de la Consejería de Educación de la Junta de Galicia constituyan un desarrollo formal de la LISMI puesto que únicamente la Resolución de 6 de junio de 1984, de la Dirección General de Educación Básica, por la que se convocan cursos de formación de profesores especializados en Pedagogía Terapéutica, hace mención a la necesidad de contar con personal preparado para hacer posible la integración de la persona con minusvalía en el sistema ordinario, recibiendo para ello los oportunos apoyos. Esta disposición, a pesar de su carácter provisional —en tanto no se aprueba el Plan de Formación del Profesorado— se reproduce en otra de contenido similar, de 4 de julio de 1985, con el propósito de la Consejería de Educación de mejorar la atención de los alumnos disminuidos.

Asimismo, y enmarcada en la legislación del Estado, existe una cierta profusión normativa orientada a la convocatoria de ayudas de funcionamiento de centros de educación especial y subvenciones para hacer efectiva la gratuidad de la enseñanza.

En el campo de la integración escolar, la Consejería de Educación ha regulado los equipos psicopedagógicos de apoyo y viene dictando disposiciones anuales para la planificación de la educación especial y experimentación de la integración en los correspondientes cursos académicos.

La timidez con que la Comunidad Gallega se incorporó al proceso de integración en beneficio de los centros especiales (en 1986 había 213 unidades de educación especial en centros específicos frente a 8 en centros ordinarios) queda paliada, no sólo con las normas anuales a las que se ha hecho referencia en el párrafo anterior, sino con la Orden de 13 de abril de 1989, por la que se establece con carácter experimental la integración de alumnos con minusvalías en centros ordinarios de enseñanza media para el curso 1989/90, ya que "... los resultados académicos alcanzados por muchos alumnos con minusvalías aconsejan regular y potenciar su integración en los centros de enseñanzas medias", según reza la exposición de motivos de la Orden. Será interesante seguir con atención este proceso para conocer los resultados del

mismo por lo que respecta a los alumnos con necesidades educativas especiales. En todo caso, la experiencia ha sido ampliada, mediante Orden de 9 de mayo de 1990, a los centros ordinarios de bachillerato, formación profesional y artes aplicadas y oficios artísticos que soliciten poner en marcha, con carácter experimental, proyectos de integración educativa de alumnos con minusvalías.

Hay que citar también el Decreto 77/1986, de 20 de marzo, por el que se regulan los criterios de admisión de alumnos en centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos, que establece como criterio complementario para la admisión de alumnos la existencia de minusvalías del alumno y de sus padres y hermanos en edad escolar.

Como en otras comunidades, en Galicia se han regulado, mediante una orden de la Consejería de Educación y Ordenación universitaria, las adaptaciones del currículum de las enseñanzas de régimen general, lo que tiene especial incidencia para los alumnos con necesidades educativas especiales.

Dentro del cuadro normativo de esta comunidad tiene relevancia la Orden de 28 de febrero de 1994, por la que se regulan ayudas económicas destinadas a subvencionar actividades de organizaciones no gubernamentales que colaboran con diferentes instituciones penitenciarias en el ámbito de esa comunidad, en la reeducación y reinserción social de presos que están en régimen abierto y que puede tener especial importancia para las actividades que puedan desarrollarse con algunos de ellos que tengan minusvalía, como ocurre en otras comunidades en que se están llevando a cabo programas de contenido similar.

Finalmente, la Comunidad de Galicia se ha dotado de un marco normativo más completo mediante el Decreto de la Consejería de Educación y Ordenación Universitaria. En efecto, el Decreto 320/1996, de 26 de julio, ordena la educación de alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales y se inspira para ello, además de en los preceptos constitucionales, en la LISMI, la LOGSE y la Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes.

Puede decirse que, mediante esta norma, Galicia se incorpora de lleno al proceso de integración, proceso al que cabría decir que se venía incorporando de hecho pero no de derecho, al menos no de manera suficiente. A partir de esta norma, se toma como principio general que "los alumnos con necesidades educativas especiales serán escolarizados, como normal general en los centros ordinarios, en las condiciones establecidas en el Decreto 87/1995, de 10 de marzo, por el que se establece la admisión de alumnos en los centros públicos, excepto que el informe de los equipos psicopedagógicos de apoyo a la Consejería de Educación y Ordenación Universitaria aconseje otra modalidad de escolarización más adecuada". (art. 3.3.)

Esta norma recoge, entre otros aspectos, los programas de garantía social, la calidad de la enseñanza así como la participación de los padres o tutores en el proceso educativo.

D.) Andalucía

Con independencia de las normas que regulan ayudas institucionales para hacer realidad la gratuidad de la enseñanza en el campo de la educación especial, la actividad de esta Comunidad Autónoma en el mismo, y de manera específica en lo que a la integración atañe, está apoyada formalmente en la LISMI, en el Decreto de 6 de marzo de 1985 y en los principios que inspiran ambas disposiciones. Ello se hace patente en la Orden de 19 de junio de 1984, por la que se regulan las ayudas institucionales para funcionamiento de centros de educación especial, así como en la de 15 de marzo de 1985 que convoca cursos de formación de profesores especializados en Pedagogía Terapéutica. Posteriormente, la Orden de 25 de junio

de 1992 regula la aplicación de la nueva ordenación del sistema educativo y establece las normas de funcionamiento de los centros escolares.

Asimismo, los cursos 86/87 y 87/88 fueron objeto de planificación en materia de educación especial siguiendo una fase experimental regulada por Ordenes de 25 de marzo de 1986 y 27 de abril de 1987. Este tipo de normas, que encerraban cierto carácter de provisionalidad, quedaron subsumidas en otras de carácter más amplio, de periodicidad también anual, la última de las cuales es la Resolución de 26 de julio de 1993, de la Dirección General de Planificación y Centros, sobre organización y funcionamiento de los centros que imparten educación infantil, educación primaria y educación especial, dependientes de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el curso 1993-1994. A su vez, los equipos de apoyo habían sido regulados un año antes, mediante Resolución de 27 de julio de 1992 sobre organización y funcionamiento de los equipos de apoyo y orientación educativa, equipos de atención temprana y apoyo a la integración y servicios de apoyo escolar. Con carácter general, la organización y funcionamiento de los equipos de apoyo para el curso 1993-94 se regularon mediante Resolución de 26 de julio de 1993. Finalmente, hay que indicar que, en el marco de la educación especial, los equipos de orientación educativa han sido regulados en el Decreto 213/1995, de 12 de septiembre.

La escolarización de alumnos, tanto en la modalidad de educación especial como en preescolar y educación general básica, queda regulada en la Resolución de 13 de mayo de 1986 que, si bien está orientada al desarrollo de la LODE, recoge los criterios generales imperantes en la materia. Cabe destacar en relación con esta norma, aunque es previa a la misma, la Orden de 27 de diciembre de 1985, sobre la supresión de barreras arquitectónicas en los edificios escolares públicos, que se manifiesta como voluntad patente de posibilitar con eficacia la integración escolar, proceso que, dada la escasez de centros de educación especial en Andalucía, se presume menos laborioso que el que se lleva a cabo en otras Comunidades con mejores dotaciones de centros específicos.

Finalmente, cabe mencionar la Orden de 14 de julio de 1995 por la que se regulan los programas de garantía social.

E.) Comunidad Valenciana

A partir del Real Decreto 2009/1983, de 27 de junio, en que se traspasan a la Comunidad Valenciana las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de educación, la Consejería de Cultura, Educación y Ciencia comienza a articular una política de modulación de subvenciones con el fin de conseguir la efectiva gratuidad de la enseñanza. La Orden de 18 de diciembre de 1985, sobre actualización de los módulos, hace referencia expresa al Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, como el introductor de substanciales innovaciones en relación con la educación de disminuidos e inadaptados. Sin embargo, es la Orden de 30 de abril de 1986, sobre planificación de la educación especial y experimentación de la integración para el curso 86/87 en centros ordinarios, la que, basada en el citado Real Decreto, asume formalmente las líneas generales de la política de integración puesta en práctica desde el Ministerio de Educación y Ciencia, sin que dicha norma contenga diferencias importantes con las emanadas de la Administración Central para la planificación y experimentación de la integración escolar.

Aunque no puede considerarse en sentido estricto una norma dictada en desarrollo de la LISMI, hay que mencionar el Decreto 136/1984, de 10 de diciembre, que crea los Servicios Psicopedagógicos Escolares en la Consejería de Cultura, Educación y Ciencia. Esta disposición intenta refundir los Servicios de Orientación Escolar y Vocacional, los Equipos Multiprofesionales, los Institutos de Orientación Educativa y Profesional, los Institutos de Psicología Aplicada y los Gabinetes Sociopsicopedagógicos. Estos servicios han sufrido una modificación posterior,

mediante Decreto 131/1994 de 5 de julio, que regula los Servicios Especializados de ordenación educativa, psicopedagógica y profesional.

Estos servicios psicopedagógicos inciden en la educación de escolares con minusvalías mediante la detección de los alumnos con dificultades de aprendizaje o problemas que afectan al desarrollo, diagnóstico y valoración multidisciplinar, elaboración de programas de desarrollo individual así como la promoción de la integración en el sistema general de educación del alumno con necesidades especiales. Los procedimientos para la elaboración del dictamen para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales ha quedado regulado mediante Orden de 11 de noviembre de 1994.

En línea con los criterios del Ministerio de Educación y Ciencia y otras administraciones educativas, se ha dictado la Orden de 15 de Junio de 1990 que aprueba instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de centros docentes de educación preescolar, general básica, especial, bachillerato y formación profesional dependientes de la Generalitat Valenciana. En esta norma se regulan tanto las programaciones como la estructura de los centros, horarios, etc... y en ella se presta destacada atención a los alumnos con necesidades educativas especiales así como a los centros de educación especial.

Cabe, finalmente, destacar cómo la aplicación del régimen de ayudas para el funcionamiento de centros de educación especial en régimen de gratuidad, regulada por Orden de 12 de febrero de 1986, cuyo contenido quedó actualizado mediante la regulación de módulos de ayudas institucionales (O.M. 28.7.86) para dar cumplimiento a las previsiones contenidas en la LISMI, ha sido sustituido por el sistema de conciertos previsto en la LODE y desarrollado a partir de la Orden de 27 de diciembre de 1988 de la Consejería de Cultura, Educación y Ciencia.

F.) Canarias

La Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Canarias ha dictado algunas disposiciones que, mediante la técnica de subvención o el régimen de conciertos, tiende a hacer efectiva la gratuidad de la educación especial a partir del curso 85/86. Sin embargo, desde la atribución de las funciones y servicios en materia de educación realizada mediante el Real Decreto 2091/1983, de 28 de julio, no se produce ninguna norma de ámbito autonómico que pueda considerarse desarrollo específico de la LISMI hasta el Decreto de 24 de octubre de 1986, de Ordenación de la Pedagogía Terapéutica en un sistema integrador.

Con posterioridad a la misma, se publica la Orden de 28 de abril de 1989 que regula la planificación de la educación especial en la Comunidad de Canarias y cuyo artículo 19 señala que la atención a alumnos con necesidades educativas especiales se establecerá a través de la implantación de proyectos de aulas-taller cuya realización con carácter experimental, para el curso 89/90, se convoca por Resolución de 23 de octubre de 1989.

Una circunstancia formal de la normativa canaria consiste en denominar pedagogía terapéutica lo que en la LISMI y sus disposiciones de desarrollo, tanto de ámbito estatal como autonómico, se denomina educación especial, lo que se mantiene, al menos, hasta la Orden de 14 de marzo de 1990 que regula los procedimientos de admisión de alumnos en los diversos centros para el curso académico 1990/1991.

Un segundo elemento diferenciador radica en que la integración en centros ordinarios no se produce directamente, es decir, no se integra al alumno minusválido en el aula, sino que se integran una o varias unidades de pedagogía terapéutica en un centro ordinario. Cabe hablar de una integración de segundo grado a la que se le dota de los servicios concurrentes que consisten en Equipos Psicopedagógicos, Equipos de Apoyo, Residencia, Transporte y Comedor, desarrollados en el Decreto con cierta minuciosidad.

La referida norma de 24 de octubre de 1986 reproduce en su disposición adicional primera el contenido de las adicionales segunda y tercera del Real Decreto de 6 de marzo de 1985 en cuanto a la posibilidad de concertar con las autoridades y establecimientos sanitarios las dotaciones pedagógicas para los alumnos hospitalizados. La disposición adicional segunda tiene en cuenta la supresión de barreras arquitectónicas en la construcción y reforma de centros docentes como elemento imprescindible para hacer viable la integración.

Hay que citar el Decreto 286/1995, de 22 de septiembre de ordenación de la atención al alumnado con necesidades educativas especiales que hace referencia expresa tanto a la Constitución como a la LISMI entre las normas en que se inspira esta disposición. Como no podía ser de otra manera, también hace referencia a la LOGSE, pero es destacable que catorce años después de su promulgación, la Ley de Integración Social de Minusválidos siga teniendo esta vigencia.

G.) Navarra

La Comunidad Foral Navarra recibe las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de enseñanzas no universitaria a través del Real Decreto 1070/1990, de 31 de agosto.

A partir de entonces se han dictado diversas normas, entre las que cabe destacar el Decreto Foral 67/1993 por el que se establece el currículo de la educación secundaria obligatoria de acuerdo con las prescripciones de la LOGSE, y el Decreto Foral 156/1995, de 26 de junio, por el que se dictan normas relativas al funcionamiento de los conciertos educativos con centros de titularidad privada.

Desde un punto de vista más específico, la Orden Foral de 20 de febrero de 1996, da instrucciones sobre el procedimiento para la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, asociadas a discapacidades psíquicas, motóricas y sensoriales, en la que se da a la elaboración del informe de escolarización carácter prescriptivo para la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales.

Dicho informe de escolarización tiene como finalidades la determinación de las necesidades educativas especiales de un alumno, la orientación de la respuesta educativa, la determinación de los apoyos y tratamientos específicos y la propuesta de la modalidad de escolarización más apropiada.

Finalmente, hay que señalar que la orientación a la diversidad durante la implantación del segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria, en centros públicos y en centros privados concertados ha quedado regulada mediante sendas resoluciones de 11 de junio de 1996.

* * *

A continuación se exponen los datos correspondientes a la educación especial en las comunidades descritas anteriormente.

EDUCACIÓN ESPECIAL EN COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON COMPETENCIAS TRANSFERIDAS

		Andalu- cía	Canarias	Cataluña	Galicia	Navarra	País Vasco	Valencia
1.- Centros Específicos	Públicos	22	16	40	14	2	4	32
	Privados	44	6	78	19	5	21	26
Total alumnos		4.961						
2.- Centros ordinarios con unidades de EE	Públicos			3	72	4	28	15
	Privados			0	10	0	0	7
3.- Unidades de EE. Integradas en centros ordinarios	Públicos	214	1					
	Privados	9	0					
Total de diferentes unidades (1+2+3)	Públicas	532	111	371	408	22	65	253
	Privadas	415	63	496	155	23	141	122
Total alumnos 1+2+3			1.205	6.027	1.997	309	1.187	1.205
4.- Centros integración	Públicos	462						
	Privados	44						
Total alumnos en las 4 modalidades		29.503						

Fuente: Consejo Escolar del Estado. "Informe sobre el estado y situación del sistema educativo". Curso 1993-94. Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid, 1995.

La actividad de las restantes Comunidades Autónomas en materia de educación especial

En las Comunidades Autónomas que no han asumido competencias en el campo de la educación, éstas cumplen una función de ejecución de la normativa de ámbito estatal, por lo que el análisis sobre el desarrollo de la LISMI se corresponde al ya realizado en los epígrafes precedentes referidos a la acción de la Administración del Estado.

Sin embargo, existen acciones puntuales de colaboración entre la Administración Central y algunas Comunidades Autónomas que resultan destacables.

Así, el 31 de julio y el 5 de noviembre de 1986, sendas Resoluciones, de la Dirección General de Coordinación y de la Alta Inspección, del Ministerio de Educación y Ciencia, dan publicidad a los convenios firmados entre este Departamento y las Comunidades Autónomas de Madrid y La Rioja respectivamente, con la finalidad de iniciar los programas de atención temprana e integración en centros de educación infantil de niños con alguna deficiencia. Ambos convenios reflejan la voluntad de coordinación con el programa de integración derivado de la LISMI y del Real Decreto 334/85.

Para el desarrollo de estos programas de integración temprana, el Ministerio de Educación proporciona, entre otros recursos, equipos de apoyo compuestos de psicólogo, pedagogo, logopeda y asistente social.

De estos convenios se derivan a su vez otras acciones concertadas entre las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos. En el caso de la Comunidad de Madrid, es el Decreto de la Consejería de Educación y Juventud 88/86, de 11 de septiembre, el que regula los convenios con los Ayuntamientos para la atención educativa a la población infantil de 0-5 años.

En esta línea de cooperación entre la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Educación y Ciencia para el desarrollo de la educación temprana, es destacable la Orden de la Consejería de Educación y Juventud, de 22 de mayo de 1986, sobre planificación de ayudas para la

integración de niños con deficiencias en guarderías y escuelas infantiles en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Esta norma contiene una doble referencia: en su vertiente de integración ésta la constituye el Real Decreto 334/1985, y en su faceta de educación infantil se inspira en la Orden de Selección de Centros Públicos para el Plan Experimental de Educación Infantil, de 1 de abril de 1986. Como consecuencia de esta planificación se vienen convocando anualmente ayudas para integración de niños con necesidades educativas especiales en escuelas infantiles, la última de las cuales es de 25 de abril de 1991.

5.3.2. Normas incidentes en la materia

El modelo pedagógico surgido como consecuencia de la LISMI y desarrollado primordialmente a través del tantas veces referido Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la educación especial, recibe un nuevo impulso a través de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) que dedica a la educación especial el capítulo V del Título I que comprende las enseñanzas de régimen general.

De esta Ley, y en concreto de sus artículos 36 y 37, conviene destacar cómo la educación especial en las modalidades de escolarización que en cada caso proceda, no queda determinada en función de colectivos concretos y tipificados (alumnos con deficiencia mental, parálisis cerebral, etc.), sino que aparece como una posibilidad abierta a cualquier alumno del sistema que, en un momento determinado, de manera permanente o circunstancial, precisa de algún tipo de apoyo o atención. Así, el término "alumnos con necesidades educativas especiales" no es, como podría parecer, un eufemismo referido a grupos concretos, sino referencia a una circunstancia que puede afectar a cualquier alumno del sistema, sin prejuzgar su capacidad de aprendizaje. No se trata aquí de hacer un comentario pormenorizado de la LOGSE pero conviene destacar que en cuanto resulta ser la formulación normativa de la reforma de la enseñanza, recoge los postulados de integración en los diferentes niveles, etapas y ciclos del sistema educativo, lo cual es un avance en relación con la situación anterior, aunque, al mismo tiempo, presenta dificultades —como la integración en la educación secundaria— que constituyen un desafío cuya respuesta se intuye difícil.

Con la globalidad de una Ley Orgánica, la LOGSE formula nuevos planteamientos de la Formación Profesional que requerirán en el futuro el correspondiente desarrollo normativo. De ahí que, para poder conocer la ideología que subyace en la norma, convenga recurrir como documento previo al Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo en donde, en su capítulo X referido a los alumnos con necesidades educativas especiales señala cómo "para posibilitar la preparación profesional y la formación laboral de los alumnos con deficiencias más graves se realizarán las adaptaciones necesarias en los módulos profesionales, especialmente en los que se oferta al finalizar la enseñanza obligatoria".

La LOGSE abre también las puertas a la participación, en el título preliminar, al señalar como un principio que informará la actividad educativa, la participación y colaboración de los padres o tutores para contribuir a la mejor consecución de los objetivos educativos. Por lo que se refiere a la educación especial, la ley obliga a las Administraciones educativas a regular y favorecer la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales.

Como elemento esencial del proceso integrador, ya se ha citado el papel de los equipos multiprofesionales —en cuanto mecanismos de apoyo— reconocido en la LISMI y sus disposiciones de desarrollo. Este papel queda reconocido, a partir de 1986, en las diferentes Leyes de Presupuestos Generales del Estado, cuyos anexos regulan los módulos subvencionables en los que se incluyen, además de logopedas y psicoterapeutas que venían

siendo subvencionados con carácter provisional, los cuidadores quienes se incorporan así al elenco de profesionales vinculados directamente con la educación de alumnos con discapacidades.

En relación con los apoyos cabe reseñar la Orden de 25 de febrero de 1988 por la que se convocan, para el curso 1988/89, con carácter experimental, Proyectos de Apoyo Psicopedagógico y Orientación Educativa en Centros de Educación General Básica, en cuya exposición de motivos se reconoce que "...el tratamiento de las necesidades educativas especiales, dentro de los centros ordinarios, tal como el propio proyecto para la reforma de la enseñanza reconoce expresamente, y conforme ya se está llevando a cabo en la experiencia de los centros de integración, aconseja también la incorporación a estos centros de recursos personales y materiales (profesores de apoyo, logopedas) que deben actuar coordinadamente".

Estas disposiciones han sido modificadas en dos ocasiones; la primera de ellas, mediante la Orden de 18 de septiembre de 1990 y la segunda a través del Real Decreto 696/95, de 28 de abril por el que se regula globalmente la educación especial. Finalmente, hay que citar sendos Órdenes de 14 de febrero de 1996 y 17 de mayo de 1996 que establecen, respectivamente, las normas para la evaluación en educación especial y la adaptación del currículum de la enseñanza secundaria obligatoria a los alumnos con necesidades educativas especiales.

5.4. OTRAS ACTUACIONES, REALIZACIONES Y PROYECTOS

Con carácter nacional, y dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia, existían tres institutos: el de Reeducción de Inválidos, el de Pedagogía de Sordos y el de Pedagogía Terapéutica, creados en los años 1931, 1947 y 1967 respectivamente.

Como consecuencia de la mayor oferta de servicios escolares en todas las provincias, estos centros habían perdido su carácter nacional, que no tenía ya ningún sentido, para escolarizar alumnos de la Comunidad Autónoma de Madrid y, en su etapa final, únicamente de su capital.

Por ello, el Real Decreto 967/1986, de 11 de abril, transformó los tres institutos en centros específicos de educación especial en régimen ordinario, adecuando la acción del Ministerio de Educación y Ciencia a las directrices de la LISMI y a los criterios de normalización, integración y sectorización educativa.

Simultáneamente a la transformación de dichos institutos, se creó, mediante el Real Decreto 969/1986, de 11 de abril, el **Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial**, con la finalidad de potenciar la investigación y la formación de profesionales de las distintas áreas de la educación especial así como de adaptar y producir material e instrumentos pedagógicos para los alumnos con deficiencias. El Centro se constituyó como lugar de elaboración, reflexión y experimentación de las orientaciones básicas emanadas del Ministerio de Educación y Ciencia en relación con la educación especial, según reza el preámbulo del Real Decreto.

La creación de este Centro, en su momento, llenó una laguna puesta de relieve entre los profesionales que se ocupaban de la educación especial, precisamente por su propia naturaleza de organismo de apoyo a la tarea de estos profesionales que, hasta entonces, no siempre habían encontrado los necesarios soportes técnicos que les ayudasen a realizar con eficacia su labor y ello a pesar de que el Instituto Nacional de Educación Especial había publicado, en 1983, el Documento Base de Diseño Curricular para la elaboración de programas de desarrollo individual.

El Centro Nacional de Recursos, transformado posteriormente en Centro de Desarrollo Curricular, ha quedado integrado en el Centro de Investigación y Documentación Educativa, de acuerdo con el Real Decreto 1887/1996, de 2 de agosto, que regula la estructura básica del Ministerio de Educación y Cultura.

Se deben señalar también otras acciones que se han llevado a cabo desde el Ministerio de Educación y Ciencia que, en unos casos, han hecho posible el desarrollo de los diferentes programas mientras que, en otros, han cubierto necesidades especiales de algunos alumnos cuya atención no quedaba plenamente cubierta desde los programas en marcha. En este sentido, cabe destacar:

- **Equipos Interdisciplinares de Sector:** A lo largo de los años de desarrollo de la LISMI estos equipos interdisciplinares han aumentado considerablemente su número. De igual forma, se ha dotado a diferentes provincias del territorio administrado por el Ministerio de Educación y Ciencia de Equipos Específicos con la finalidad de completar la tarea de los Equipos de Sector en relación con la valoración de las necesidades especiales derivadas de déficit motor, auditivo o autismo. El esfuerzo del Ministerio en dotar al sistema educativo del número suficiente de estos equipos, contrasta con los diferentes criterios de funcionamiento —tanto a la hora de establecer los diagnósticos como en sus funciones de apoyo— no solo entre las diferentes provincias, sino entre los diferentes equipos de una misma provincia.
- En relación con la atención educativa a los alumnos con deficiencia visual el Ministerio de Educación y Ciencia ha suscrito un Convenio Marco con la Organización Nacional de Ciegos Españoles, que se está concretando en diferentes provincias mediante convenios provinciales.
- Como consecuencia de los convenios para la atención temprana suscritos con Comunidades Autónomas no transferidas, a los que se ha hecho alusión en el epígrafe anterior, en la actualidad, un total de 61 **Equipos Interdisciplinares de Atención Temprana** están ofreciendo su atención a niños con diversas deficiencias, cuyas edades están entre 0 y 6 años, y que están integrados en escuelas infantiles ordinarias.
- En desarrollo del artículo 29 de la LISMI que establece la atención pedagógica a niños que están hospitalizados para evitar su marginación del sistema educativo, se han puesto en funcionamiento en 24 instituciones hospitalarias con servicios pediátricos, un total de 32 unidades escolares.
- Por lo que respecta a la Formación Profesional de alumnos con discapacidades, en el período de tiempo que se está analizando, el Ministerio de Educación y Ciencia ha puesto en marcha 124 secciones de Formación Profesional en su modalidad de aprendizaje de tareas en otros tantos centros de educación especial en todo el país, siendo 73 en centros públicos y 51 en centros concertados. Estas secciones suponen 292 unidades de Formación Profesional lo que representa una oferta de 5.840 puestos escolares de este nivel y modalidad. Asimismo, el Ministerio ha puesto en marcha 6 secciones de Formación Profesional Especial, modalidad adaptada, con 21 unidades que dan lugar a una oferta de 671 puestos escolares.

Por otra parte, en el curso 1989/1990 se abrió la posibilidad de que los alumnos con necesidades educativas especiales que realizan su preparación laboral en Secciones de Formación Profesional Especial (modalidades de aprendizaje de tareas y adaptada) realicen prácticas en alternancia en empresas con las que se establezca este acuerdo. Diversas comunidades autónomas se han sumado a esta iniciativa y han regulado también este tipo de prácticas.

- El reconocimiento del derecho de todo niño a recibir educación con independencia de la gravedad de su minusvalía, a que se ha hecho referencia en el epígrafe E, ha llevado a escolarizar en centros de educación especial a alumnos muy gravemente afectados aunque no es posible determinar su cifra exacta. Con todo, la aprobación de la Orden de 18 de Septiembre de 1990, ya mencionado en dicho epígrafe, ha actualizado la proporción entre profesionales/alumnos lo que está permitiendo un incremento de profesionales especializados en los centros para atender el mismo número de alumnos.
- El Ministerio de Educación y Ciencia ha venido, asimismo, actuando en la adaptación de centros públicos y en la eliminación de barreras arquitectónicas, así como en la mejora de equipamiento específico para los alumnos con discapacidades.

Hay que destacar que, a pesar de este esfuerzo presupuestario, y en evidente contradicción con la política global del Ministerio, aún se siguen construyendo centros de educación, en diversos niveles, con barreras arquitectónicas.

Todo el proceso de integración requiere una evaluación periódica. Así lo ha entendido el MEC y, en 1988, elaboró un primer informe titulado "Evaluación de la Integración Escolar" que ha quedado completado con una segunda publicación que recoge las conclusiones y sugerencias de la evaluación realizada en el período 1985-1989. Esta positiva actitud del Ministerio de Educación y Ciencia convendrá que sea contrastada con la evaluación que pueda realizarse desde las familias cuyos hijos se encuentran en este proceso y cuya realización compete, en principio, a las propias organizaciones que agrupan a estas familias.

Como consecuencia de los diez años de vigencia de la LISMI, de los diferentes balances que se hicieron desde diferentes instancias y del trabajo de la Ponencia constituida en el Congreso de los Diputados sobre la problemática de los minusválidos, la Ministra de Asuntos Sociales se comprometió a elaborar un Plan de Acción en el que se intentase recoger aquellos aspectos de la atención a este colectivo no suficientemente resueltos, como consecuencia de vacíos o lagunas en la LISMI.

Por encargo de la Ministra de Asuntos Sociales, el INSERSO promovió y coordinó los trabajos para la elaboración del **Plan de Acción para las Personas con Discapacidad** que contó con aportaciones de expertos y representantes de organizaciones privadas y que quedó ultimado a finales de la legislatura acabada en 1996. El Gobierno ha asumido el Plan que está pendiente de las necesarias decisiones políticas y que va en la línea de las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades dictadas por las Naciones Unidas.

Desde el punto de vista de los contenidos educativos, el Plan tiene interés, entre otros aspectos a los que se aludirá más adelante, por los datos que facilita y que se exponen a continuación y a los que cabe hacer algunos comentarios.

El Plan de Acción da el dato de 2.229 centros de Educación Infantil y Primaria con programas de integración para el curso 1994-95, cifra que se atempera bastante con la de 2.206 que da el Consejo Escolar del Estado para el curso anterior, pero que, al propio tiempo, da un crecimiento del 1%. Habrá que concluir que, o los programas de integración han alcanzado sus objetivos y no cabe mayor crecimiento por innecesario o el entusiasmo del sector, tanto público como privado resulta más bien escaso. Por lo que respecta a la Secundaria Obligatoria existe una importante discrepancia de datos entre el Consejo Escolar y el Plan de Acción ya que, mientras que el primero indica que en el curso 93-94 hubo 273 centros que incorporaron programas de integración, el segundo hace referencia a 155 de estos centros para el curso escolar siguiente. Cabe presumir que los datos que cita el Plan de Acción, habrán sido facilitados por el MEC. En todo caso no siempre resultan concordantes con los facilitados por el Consejo Escolar del Estado y publicados por la Secretaría General Técnica del Ministerio.

En este mismo curso 94-95, el número de alumnos escolarizados, según los datos del Plan de Acción ha sido de 29.222, lo que supone un aumento del 8,5 % frente a los datos del Consejo Escolar del Estado para el año anterior.

Finalmente, y por lo que respecta a los centros específicos, la comparación de los datos requiere un comentario. En el curso 93-94 había, según el Consejo Escolar, en territorio MEC 184 centros específicos de educación especial mientras que en el curso siguiente, según el Plan, el número era de 229, lo que supone un 24,45 % de incremento. Si se pone en relación este crecimiento con el 1% de aumento en los centros que se incorporan a los programas de integración, la conclusión resulta bastante fatalista. Aumentan los centros específicos en proporción muy importante, una cuarta parte, y prácticamente se mantienen las mismas cifras para los centros ordinarios con programas de integración. ¿Está en crisis la integración? Si los datos son ciertos, ¿qué está pasando? ¿Por qué?

Desde el punto de vista de los contenidos del Plan, los capítulos dedicados al campo educativo constituyen un buen resumen de lo que hay que hacer en esta parcela, pero no son más que los aspectos más importantes de las normas en vigor, enunciadas y globalizadas de forma sistemática por materias. Poco tiene que ver este Plan, con el Plan de Educación Especial que tanta importancia tuvo en su momento. Hubiera sido deseable que el Plan hubiese contado con un calendario de ejecución y con, si no los compromisos necesarios para su financiación, sí al menos una elaboración de los costos.

Dentro de este apartado conviene reseñar la iniciativa parlamentaria surgida el 29 de mayo de 1991, como consecuencia de una moción del CDS, en el seno de la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de Diputados en la que una ponencia constituida al efecto elaboró un informe sobre la Problemática de los Minusválidos.

Por lo que respecta a la educación, el informe destaca, por lo que se refiere al territorio MEC, la creación de 23.152 puestos escolares en régimen de integración a partir del Real Decreto de 6 de marzo de 1985 e insiste en la dimensión cualitativa de la educación para niños con discapacidades, basada en una formación adecuada en un entorno normalizado.

En cuanto a sus conclusiones, la ponencia "considera que se debe seguir avanzando en el proceso de integración educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales, superando los problemas que se hayan podido plantear durante estos años". En ese sentido sugiere un conjunto de nueve medidas concretas en las que se insiste en profundizar y ampliar algunas de las medidas que ya venían siendo puestas en práctica por las administraciones educativas.

5.5. PERSPECTIVAS

La educación de los niños con minusvalía tiene ante sí algunos retos importantes cara al futuro:

En primer lugar, el perfeccionamiento de las disposiciones y de los recursos que hagan posible no sólo la gratuidad de la enseñanza —prácticamente conseguida—, sino el dotar a la educación de niños con necesidades especiales de todos los medios y apoyos que garanticen su eficacia.

Por ello, es preciso no sólo la continuación, y en su caso el incremento presupuestario por parte de las Administraciones Educativas, sino la mejora de la gestión administrativa de manera que no se originen las disfunciones que en estos años de aplicación del nuevo sistema se están derivando.

En segundo lugar, la integración escolar, derivada inicialmente del Decreto de 1985 y enfoncada en la reciente LOGSE, plantea interrogantes de futuro.

La aplicación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo requiere, como los propios responsables del Ministerio de Educación y Ciencia han puesto de relieve, cambios importantes en el sistema educativo, cambios que la propia Ley afronta y cuyo desarrollo y puesta en práctica consumirá los próximos cursos académicos.

Los alumnos con necesidades educativas especiales van a beneficiarse de este proceso aunque hay aún algunos aspectos —como la integración en secundaria— que aún no han sido suficientemente abordados ni resueltos.

Parece, en opinión de los expertos, que los aprendizajes académicos en un marco de educación integrada, en el caso de alumnos cuya discapacidad esté originada por una deficiencia mental, se resiente en beneficio del enriquecimiento como persona. Cabría decir, simplificando la afirmación, que un alumno de estas características aprende menos pero adquiere mayores y mejores pautas de sociabilización. El reto de los próximos años está en conseguir que ambas facetas se enriquezcan en paralelo y que, estos alumnos, aprendan y se integren sin que se resienta ninguna de ellas. También será necesario evitar la aparición de conductas inadecuadas que algunos alumnos desarrollan, como llamada de atención, en aquellos centros escolares donde se sienten, de alguna manera, perdidos o, lo que es lo mismo, no integrados. Esta es la principal causa del paso a centros específicos de alumnos que, inicialmente, habían sido considerados como susceptibles de recibir programas en régimen de integración.

A modo de conclusión global, hay que reseñar cómo las disposiciones comprendidas en la LUSMI han sido inspiradoras y han quedado subsumidas en otras disposiciones posteriores, algunas de rango superior. Buen fin para una ley, cuyo espíritu y postulados han perdido su valor en cuanto norma autónoma para pasar a formar parte del ordenamiento que el país ha dotado para todos los alumnos, tengan o no necesidades especiales.

ANEXO⁽¹⁾

Educación especial en centros específicos y unidades específicas en centros ordinarios

	Centros	Alumnado	Profesorado
Públicos	84 ¹	5.917	1.175
Privados	104 ²	5.513	854
Total	188	11.430	2.029

- 1 En 45 centros públicos funcionaron unidades sustitutorias de Centros de Educación Especial
- 2 96 mantuvieron concierto educativo con el Ministerio

Integración de alumnos con necesidades educativas especiales

<i>Educación primaria</i>	Centros	Alumnado	Profesorado
Centros Públicos	2.138	25.711	3.482
Centros concertados	125	2.436	335
Total	2.263	28.147	3.817

Equipos de orientación educativa y psicopedagógica

A) Equipos generales

Nº de equipos	Número de profesionales				Total
	Psicólogos Pedagogos	Trabajadores sociales	Logopedas	Médicos	
216	961	206	15	7	1.189

B) Equipos de Atención Temprana

Nº de equipos	Número de profesionales			Total
	Psicólogos Pedagogos	Trabajadores sociales	Logopedas	
61	99	48	42	189

C) Equipos específicos

Nº de equipos	Número de profesionales			Total
	Psicólogos Pedagogos	Trabajadores sociales	Médicos	
18	50	18	1	69

Alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones de discapacidad en Educación Secundaria Obligatoria

Centros	Alumnos: 1.075			
	Motóricos	Psíquicos	Auditivos	Visuales
115	158	703	170	44

⁽¹⁾ Fuente: *Informe sobre el estado y situación del sistema educativo. Curso 1994-95*. Consejo Escolar del Estado. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Publicaciones. Madrid, 1996. Territorio gestionado por el Ministerio de Educación y Ciencia salvo los datos referidos en el último cuadro del anexo.

Alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones de discapacidad en centros de Bachillerato y Formación Profesional con programas de integración

Centros	Alumnos: 566			
	Motóricos	Psíquicos	Auditivos	Visuales
203	197	159	144	66

Programas específicos de Garantía Social para alumnos con discapacidad

Curso	Nº de grupos en Centros Públicos	Nº de grupos en asociaciones	Nº de alumnos
1994/95	51	12	735

Educación especial en Comunidades Autónomas

CCAA	Centros específicos			Centros ordinarios con unidades sustitutorias			Unidades		
	Centros públicos	Centros privados	Total	Centros públicos	Centros privados	Total	Centros públicos	Centros privados	Total
Andalucía	22	45	67	189	9	498	461	379	840
Canarias	16	6	22	1	-	1	110	60	170
Cataluña	43	78	121	-	-	-	367	503	870
Galicia	14	23	37	-	-	-	597	25	622
Navarra	2	3	5	3	-	3	20	21	41
País Vasco	4	21	25	56	6	62	96	137	233
Valencia	29	22	51	10	-	10	243	121	364
Total	130	198	328	259	15	274	1.894	1.246	3.140

6. INTEGRACIÓN LABORAL

EUSEBIO NIÑO RÁEZ

El derecho de toda persona a ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado y la consiguiente obligación de los poderes públicos de realizar las acciones políticas que garanticen la efectividad de tal derecho, vienen recogidos en las más solemnes normas internacionales desde la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hasta la Carta Social Europea.

Este último texto, muy ilustrativo por lo que aquí nos concierne, establece como garantía del "ejercicio efectivo del derecho al trabajo", el compromiso de los Estados signatarios a reconocer como uno de sus principales objetivos la obtención y el mantenimiento de un nivel lo más elevado y estable posible de empleo, con el fin de lograr "el pleno empleo", así como a tomar las medidas adecuadas para facilitar la formación profesional y la readaptación profesional y social a las personas físicas o mentalmente disminuidas, proporcionándoles un puesto de trabajo "particularmente por medio de servicios especiales de colocación, posibilidades de empleo protegido y medidas destinadas a estimular a los empleadores".

6.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS

La consideración del trabajo como factor fundamental de la integración en la sociedad de las personas con discapacidad fue recogida en el Derecho español ya en la Ley 193/1963, de Bases de la Seguridad Social, cuyo preámbulo al exponer la justificación y directrices de la misma y después de proclamar "la preocupación preferente sobre los servicios de recuperación y rehabilitación" establecía que éstos "tratarán a toda costa de que el inválido vuelva a su antiguo trabajo o que adquiera la aptitud necesaria para prestar otro distinto en consonancia con su capacidad reducida".

La propia Ley de Bases preveía el establecimiento de una serie de medidas para el cumplimiento de dicho objetivo al disponer que "sin perjuicio de las normas que se establezcan sobre los cupos de readaptados y rehabilitados a que habrán de dar ocupación las empresas, en proporción a sus plantillas respectivas, y de las que se dicten sobre readmisión por las mismas de sus propios trabajadores una vez terminados los correspondientes procesos de readaptación y rehabilitación, se montarán Centros Piloto para el empleo de quienes se hayan beneficiado de tales procesos" (Base 8a. art. 34).

Estos importantes principios contenidos en la Ley de Bases, no obstante haber sido recogidos en numerosas normas con posterioridad, quedaron muy lejos de haber alcanzado toda su efectividad¹ hasta el punto de que la propia Ley 13/1982, en su artículo 40, vino a establecer, casi veinte años después, un plazo de seis meses para que se dictaran "las normas de desarrollo sobre el empleo selectivo regulado en la sección tercera del capítulo VII, del Título II de la Ley General de la Seguridad Social".

En efecto, el artículo 151 del Texto Refundido de la Ley de la Seguridad Social, de 21 de abril de 1.966 y de la Ley 24/1972, de 21 de junio, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, disponía que "El Ministerio de Trabajo regulará el empleo selectivo de quienes figuren inscritos en el Registro a que se refiere el número 4 del artículo anterior, pudiendo a tal fin, entre otras medidas, establecer la reserva con preferencia absoluta de determinados puestos de trabajo.... y fijar los cupos de trabajadores con derecho a

¹ Respecto del desarrollo concreto de las medidas de empleo selectivo previstas en el artículo 151 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y sobre el resto de las normas específicas sobre condiciones laborales especiales de los minusválidos ver E. NIÑO RAEZ: "El Empleo de Minusválidos y la Seguridad Social", en *Boletín informativo de la Sociedad de Rehabilitación Laboral*, nº 8, mayo-agosto 1.979.

empleo selectivo a que habrán de dar ocupación [las empresas] en proporción a sus plantillas respectivas, obligación que podrá sustituirse, previa autorización del indicado Departamento, por el pago de la cantidad que reglamentariamente se determine, cuando se trate de empresas que, en atención a su técnica especial o a la peligrosidad del empleo, no puedan ocupar trabajadores de capacidad disminuida...”.

Por su parte, el artículo 152 del Texto Refundido preveía como medidas complementarias del empleo selectivo, entre otras, las siguientes: adaptación de puestos de trabajo, maquinaria y utillaje, eliminación de barreras arquitectónicas, que dificulten el acceso y la movilidad en los centros de producción y el pago de cuotas de la Seguridad Social.

Estas disposiciones se desarrollaban parcialmente por los artículos 10 y 11 del Decreto 2531/1970, de 22 de agosto (BOE de 15.9.70)², que extendían la aplicación de la reserva a todos los inscritos en el Registro de Trabajadores Minusválidos y se fijaba en un dos por ciento el cupo de minusválidos que debían emplear las empresas en plantillas superiores a cincuenta trabajadores.

El propio Decreto preveía la posibilidad de reducir hasta en un veinticinco por ciento el salario del minusválido en proporción a la disminución de su capacidad (art.14) e incluía otra serie de medidas como la concesión de ayudas para fomentar el trabajo autónomo, cooperativo o asociativo de minusválidos, que, al igual que las previstas en el artículo 152 del Texto Refundido antes citado, eran financiadas en los Planes anuales de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo.

El establecimiento de todas las medidas parciales de fomento del empleo de trabajadores minusválidos hasta aquí mencionadas parecía demandar una regulación laboral específica, y esa necesidad fue atendida por el legislador, al incluir en la Ley de Relaciones Laborales, de 8 de abril de 1.976, dentro de las de carácter especial, “el trabajo de las personas con capacidad física o psíquica disminuida” (art. 3.c)), sin que las normas de desarrollo de tal relación laboral especial se llegaron a dictar no obstante tener fijado para ello un plazo máximo de dos años (Disp. Adic. 4a.).

En cuanto al trabajo protegido, la situación anterior a la Ley 13/1982, se caracteriza por la fragmentación, desconexión y falta de desarrollo de la sucesiva normativa aplicable en la materia, que lleva a configurar una situación de absoluta confusión, cuyo reflejo más expresivo fue la abundancia de términos acuñados para la denominación de Centros de trabajo protegido de similar naturaleza que llegaron a coexistir en el tiempo: Centros Piloto de carácter especial, Talleres Protegidos, Centros de Empleo para Trabajadores Minusválidos, Centros de Empleo Protegido, Empresas Protegidas, Centros Ocupacionales, Centros Ocupacionales de carácter especial, Talleres Ocupacionales, etc.³.

Dicha confusión tuvo su origen en la vaguedad tanto de la Ley General de la Seguridad Social, como del Decreto 2531/1970, al establecer los citados Centros sin adelantar ninguna definición de los mismos, y en el posterior desarrollo de dichos textos legales efectuado, descertadamente, por las Normas de aplicación de los sucesivos Planes de Inversiones del Fondo Nacional de Protección al Trabajo, que llevaron finalmente a su desnaturalización, al operarse en los mismos un proceso de selección competitiva similar al de cualquier empresa, en virtud del cual únicamente eran contratados aquellos minusválidos capaces

² El Decreto 2531/1970, de 22 de agosto (BOE de 15.9.70), establecía en su artículo 22 el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (SEREM), con el carácter de Servicio Común de la Seguridad Social.

³ Sobre el proceso de implantación de las diversas figuras de Centros de Trabajo protegido ver E. NIÑO RAEZ: “La Constitución y el empleo de minusválidos”, en Revista Siglo Cero, nº 6, mayo-junio 1.980.

de un rendimiento laboral normal y cuyas dificultades de empleo no eran sino las propias de la coyuntura general del país⁴.

La Constitución Española de 1978 aborda la garantía de los derechos "al trabajo" y al "pleno empleo" mediante una doble vía; en primer lugar incorporando, como preceptividad propia, el derecho internacional (art. 10.2), y en segundo lugar mediante la incorporación de principios específicos sobre la materia.

Así establece, de un lado, que "todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión y oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia..." y, a continuación, impone a los poderes públicos la realización de "una política orientada al pleno empleo" (art. 40.1) para, finalmente, introducir como garantía adicional para los minusválidos otro artículo, el 49, por el que se les otorga un amparo especial para el disfrute de todos sus derechos entre ellos, y por lo que aquí concierne, el derecho a un trabajo libre, digno y remunerado.

El Estatuto de los Trabajadores de 1980 realiza una construcción paralela a la de la Constitución, al establecer en su artículo 4-2 c) el derecho de los trabajadores a no ser discriminados en la relación de trabajo, entre otras causas, "... por razón de disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, siempre que se hallaren en condiciones de aptitud para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate", sin que, lógicamente, esta prohibición de discriminaciones sea obstáculo para la existencia de reglas especiales para la contratación de minusválidos, como las previstas en el artículo 17-3º. "discriminaciones positivas" que no son sino la concreción de ese "amparo especial" del artículo 49 de la Constitución, para poner en condiciones de igualdad a trabajadores que parten en situación de desventaja⁵.

Por su parte la Ley 51/1980, de 8 de octubre Básica de Empleo⁶ prevé en su artículo 5-3º el establecimiento selectivo de medidas de fomento de empleo "... para colectivos determinados de trabajadores con dificultades de colocación", y, a continuación, en su artículo 13, bajo la rúbrica de "fomento de empleo de los minusválidos", establece que "con objeto de facilitar la colocación y empleo selectivo de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, el Gobierno dictará normas relativas al fomento de la contratación y beneficios especiales a las empresas, todo ello referido a cualquier tipo de centro de trabajo, así como para la creación y ampliación de las empresas de empleo protegido y centros ocupacionales..."

Finalmente, y como antecedentes más inmediatos a la LISMI, cabe citar el Real Decreto 1327/1981, de 19 de junio (BOE de 8.7.81), sobre programas de empleo para trabajadores minusválidos, y el Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero (BOE de 6.4.81), sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos.

⁴ Sobre el proceso de desnaturalización de los denominados Centros de Empleo Protegido ver M. AZNAR, P. AZUA Y E. NIÑO: *Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril*, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1982.

⁵ Ambos preceptos han sido recogidos textualmente y con la misma numeración en el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo (BOE de 29.3.95).

⁶ La Ley 51/1980, de 8 de octubre, Básica de Empleo (BOE 17.10.80) fue profundamente modificada por la Ley 31/1984, de 2 de agosto de protección por desempleo (BOE de 4.8.84). Ley que a su vez fue modificada ampliamente por la Ley 22/1992, de 30 de julio, de medidas urgentes sobre fomento del empleo y protección por desempleo (BOE de 4.8.92).

Todos estos antecedentes ponían de manifiesto las dificultades de cohesión del terreno de los principios y de los derechos —dentro del cual nadie discute el derecho de toda persona, incluidas las discapacitadas, a un trabajo digno— con el de una realidad configurada por una baja tasa de ocupación de los trabajadores discapacitados, muy inferior a la de la población general en edad laboral.

Dicha situación generaba una demanda cada vez más creciente en pos de la adopción de las medidas necesarias para hacer realidad el principio de igualdad de oportunidades respecto al empleo, haciendo frente de una forma efectiva a los tradicionales obstáculos para la inserción laboral de las personas con discapacidad: alto nivel de paro en nuestro país; falta de información y sensibilización acerca de las posibilidades laborales de los discapacitados; baja cualificación profesional de un importante sector de minusválidos; y finalmente, en muchas ocasiones, la falta de motivación de los propios interesados.

En este contexto la aprobación de la LISMI, y en concreto su Título VII, supuso un hito en el proceso de inserción laboral de las personas con discapacidad, al abordar de una forma más sistemática que las normas anteriores el tratamiento de los factores que determinaban la situación de desventaja relativa de este sector de la población.

6.2. DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY 13/1982

6.2.1. Disposiciones sobre empleo ordinario

El Título VII de la LISMI bajo la rúbrica "de la integración laboral" comienza con un artículo el 37 que, utilizando una acertada sistemática, adelanta el principio de prioridad de la incorporación al sistema productivo ordinario a través de las medidas previstas en los arts. 38, 39 y 40 de aquellos minusválidos que gozan de una capacidad de rendimiento normal o casi normal, y de una autonomía suficiente en la vida profesional y social, previendo, por otro lado, para los que no gozan de dichas capacidad y autonomía, la existencia de un sector de trabajo protegido como medio de integración laboral de aquellos que son capaces de una cierta actividad profesional, sin llegar a cubrir las exigencias, cada vez mayores, de una sociedad competitiva.

La proclamada prioridad del empleo ordinario se traduce en diversas medidas como la reserva de puestos de trabajo —2% en empresas de más de cincuenta trabajadores— (art. 38-1^ª); el fomento y estímulo de la contratación de trabajadores minusválidos mediante el establecimiento de subvenciones y ayudas (art. 38-3^ª); el control de dicha contratación mediante el establecimiento de un Registro de trabajadores minusválidos demandantes de empleo (art. 39); y la exigencia del desarrollo de las normas sobre empleo selectivo previstas en la Ley General de la Seguridad Social, especialmente las condiciones de readmisión por las empresas de sus propios trabajadores una vez terminados los correspondientes procesos de recuperación (art. 40).

6.2.2. Disposiciones sobre empleo protegido

Tras las medidas introducidas en los artículos 38, 39 y 40 para favorecer el empleo ordinario de los trabajadores minusválidos, el artículo 41 de la LISMI viene a consagrar la existencia de un sector de trabajo protegido como medio de integración laboral de aquellos minusválidos que siendo capaces de una cierta actividad profesional no llegan a cubrir las exigencias mínimas de la economía en una sociedad industrial.

Dicho precepto dispone que los minusválidos que, por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías, no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales deberán ser empleados en Centros

Especiales de Empleo (en adelante CEEs), cuando su capacidad de trabajo sea igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fijará por la correspondiente norma reguladora de la relación laboral de carácter especial.

Los CEEs son definidos por la propia Ley como "aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal, y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sean un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal" (art. 42).

Otras notas características que la Ley atribuye a los CEEs son que la totalidad de la plantilla esté constituida por trabajadores minusválidos, sin perjuicio del personal no minusválido necesario para el desarrollo de su actividad (art. 42-2º), posibilidad de su creación y promoción tanto por la iniciativa pública como privada (art.45) y previsiones de acceso a subvenciones y otras compensaciones económicas, siempre que reúnan las condiciones de utilidad pública y carezcan de ánimo de lucro (art. 43-2º).

La integración laboral se cierra con la institución de los llamados Centros Ocupacionales (citados en adelante, COs), previstos para integrar a los minusválidos cuya capacidad queda por debajo de los límites que dan lugar a la integración en los CEEs.

La finalidad de los COs según la Ley es la de "asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo" (art. 51, I LISMI).

Tal y como había apuntado la doctrina, y posteriormente han confirmado las normas de desarrollo reglamentario, la denominación utilizada por la Ley no remite tanto a una especie cuanto a un género, pudiendo considerarse como CO a cualquier centro que, al margen de su denominación (hogar de rehabilitación laboral, centro de trabajo diurno, etc) "ofrezca a los minusválidos una ocupación en el límite entre el trabajo y la ergoterapia, ejecutando trabajos no rentables en razón del bajo nivel de sus capacidades funcionales, tratando de desarrollar las capacidades sociales y profesionales, e intentando, en la medida de lo posible, la adaptación psicológica, médica, social y profesional y procurando poner a cada minusválido en la ocupación más adaptada a su situación personal, en orden a su posible integración laboral"⁷.

6.2.3. Crítica a las disposiciones de la LISMI

La principal crítica que puede formularse respecto de las disposiciones de la LISMI en materia de integración laboral versa sobre la omisión de una referencia a las diversas Administraciones Públicas como sujetos empleadores obligados a cumplir con la reserva de plazas para personas con discapacidad.

Al respecto la LISMI se limita a establecer la igualdad de acceso a las pruebas de selección para la función pública para las personas con minusvalía(art. 38-3º) sin alusión alguna a los cupos de reserva, omisión ésta que, como veremos, ha sido subsanada posteriormente, sin duda ante lo injustificado de que el mayor empleador del país quedara exonerado de tal obligación.

⁷ M. AZNAR, P. AZUA Y E. NIÑO ob. cit. en la nota nº 4.

Aparte de lo dicho, el artículo 38-3º antes mencionado contiene un segundo párrafo que pudiera suponer una contradicción con el principio de igualdad que se proclama en el párrafo anterior toda vez que, en contra del sistema seguido con carácter general de exigir la acreditación de los requisitos de admisibilidad con posterioridad a la celebración de las pruebas selectivas, de tal manera que únicamente deban hacerlo aquellos que las superen, en el caso de aspirantes minusválidos se exige la acreditación de "las condiciones personales de aptitud para el ejercicio de las funciones correspondientes" mediante el preceptivo dictamen técnico "que deberá ser emitido con anterioridad a la iniciación de las pruebas selectivas.

El tenor literal de dicho párrafo puede llevar, como acertadamente se ha hecho ver ya por algún autor⁹, a la errónea conclusión de la inutilidad de las pruebas selectivas para evaluar la aptitud de los candidatos con minusvalías.

Al margen de esta crítica cabe aludir también a la falta de previsión de medidas alternativas o complementarias al cupo de reserva —subcontratación con CEEs, condicionar el acceso a subvenciones públicas al cumplimiento de éstas y otras obligaciones etc.—, o de incentivos para las empresas que empleen un número de trabajadores discapacitados superior al legalmente exigible conforme al cupo de reserva.

En el ámbito del empleo por cuenta propia no existen previsiones en cuanto a reducciones y bonificaciones a la Seguridad Social.

Y finalmente, y dentro del campo del empleo protegido, se puede mencionar la indefinición respecto de los puestos de las plantillas de los CEEs que puedan ser ocupados por trabajadores no minusválidos.

6.3. NORMATIVA POSTERIOR A LA LEY 13/1982

6.3.1. Desarrollo Normativo de la Ley 13/1982 por la Administración Central.

6.3.1.1. Empleo Ordinario.

Siguiendo el esquema adoptado por la LISMI, y comenzando por la regulación del trabajo del minusválido integrado en el sistema ordinario, hemos de decir que éste se configura, tras la aprobación del Real Decreto 1451/83, de 11 de mayo (BOE de 4.6.83), por las siguientes medidas:

a) *Reincorporación y readmisión de trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente:*

El Real Decreto 1451/83, antes mencionado, fija las reglas para la continuidad en el trabajo de los incapacitados permanentes parciales, así como para la readmisión de aquellos que, habiendo cesado en la empresa por reconocérseles una incapacidad permanente o absoluta, hubieren recobrado su plena capacidad laboral, o bien su situación de incapacidad permanente parcial¹⁰.

⁹ Ver D. CASADO: *Programa del Real Patronato pro-acceso al empleo público de las personas con discapacidad*, Documentos 13/96. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, octubre 1996.

¹⁰ El Estatuto de los Trabajadores (art. 49) prevé entre las causas de extinción del contrato de trabajo la gran invalidez, permanente total o absoluta del trabajador, mientras que ni la invalidez provisional (con una duración máxima de seis años a partir del inicio de la situación de incapacidad laboral

Estas readmisiones dan derecho a reducciones del cincuenta por ciento de la cuota patronal de la Seguridad Social, por contingencias comunes, durante un periodo de dos años. Asimismo, se prevé la posibilidad de reducir el salario proporcionalmente a la disminución del rendimiento acreditado de los declarados en incapacidad permanente parcial, con un tope del veinticinco por ciento y siempre que el salario resultante no sea inferior al mínimo interprofesional.

b) *Reserva de puestos de trabajo:*

Alcanza a las empresas que tengan más de cincuenta trabajadores y el porcentaje fijado es de al menos un dos por ciento de la plantilla. Al efecto las empresas que superen el citado número de trabajadores tienen la obligación de enviar a la Oficina de Empleo del INEM que les corresponda, una relación detallada de los puestos de trabajo ocupados por trabajadores minusválidos y de aquellos que por sus características queden reservados a los mismos (art. 5 R.D. 1451/83).

El incumplimiento de las medidas de reserva, duración o preferencia en el empleo establecidas en favor de los minusválidos se tipifica como infracción grave en el art. 27.4 de la Ley 8/1988, de 7 de abril, sobre infracciones y sanciones de orden social.

La Ley 23/1988, de 28 de julio, de Modificación de la Ley para la Reforma de la Función Pública vino a hacer frente a la anomalía que suponía el hecho de que el mayor "empresario" del país —La Administración Pública— quedara al margen de la obligación de reserva de puestos de trabajo para minusválidos como consecuencia de la redacción literal del art. 38 de la LISMI¹⁰.

El tratamiento dado a la reserva por dicha Ley al ampliar la aplicación de la reserva a las plantillas de funcionarios, se fundamenta en base al principio de igualdad de hecho, real y efectiva, proclamado por el art. 9.2º CE, que justifica un tratamiento formalmente desigual —discriminación positiva— para compensar las condiciones específicas adversas de los minusválidos, trato plenamente compatible con los principios de mérito y capacidad del art. 103.3 CE, en tanto dicha discriminación positiva se mantuviera, como tiene señalado el Tribunal Constitucional, en una relación de "razonable proporcionalidad", posición que, a su vez, había servido de fundamento a una Sugerencia formulada por el Defensor del Pueblo al Ministerio para las Administraciones Públicas¹¹ que, finalmente, tuvo su reflejo en la ya mencionada Ley 23/1988, de 28 de julio de Modificación de la Ley para la Reforma de la Función Pública, cuya disposición adicional decimonovena prevé la reserva de un cupo no inferior al 3 por 100 de las vacantes existentes, hasta alcanzar el 2 por ciento de los efectivos totales de la Administración del Estado, para su cobertura por personas minusválidas, precepto que ha sido recogido en las sucesivas Ofertas de Empleo Público que anualmente aprueba el Gobierno¹².

transitorio), ni la invalidez permanente parcial, justifican la extinción del contrato de trabajo a instancias del empresario.

¹⁰ Anomalía denunciada ya por el autor con ocasión del cumplimiento de los cinco años de vigencia de la LISMI, ver Doc. 16/88 del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, pág.12, en el que dejábamos constancia de que la falta de justificación de tal exoneración había impedido a las diversas Administraciones Públicas a soslayar dicha laguna, a través de las normas de aprobación de las respectivas Ofertas de Empleo Público, al menos, en lo que se refería a las plantillas de personal laboral.

¹¹ Ver Informe del Defensor del Pueblo a las Cortes Generales del año 1987, pág. 302-305.

¹² Con posterioridad y con un carácter más específico se ha aprobado el Real Decreto 1557/1995, de 21 de septiembre, sobre acceso de los minusválidos a las oposiciones al título de Notario y al Cuerpo de Registradores de la Propiedad y Mercantiles (BOE de 14.10.95), en el que se establece que en cada convocatoria de oposiciones o ingreso en el Notariado y en el Cuerpo de Registradores se

Igualmente conviene hacer constar que las citadas Ofertas de Empleo Público¹³ incluyen junto a la reserva de puestos de trabajo, otras medidas para facilitar la selección y contratación de personas con discapacidad así como la posibilidad de adaptaciones de tiempo y medios para la realización de las pruebas selectivas, y la atribución a Organos ajenos a la Entidad convocante de las plazas, de la compatibilidad del estado del aspirante discapacitado con el desempeño de las tareas y funciones de los puestos de trabajo a los que opta.

Estas previsiones de accesibilidad al empleo público de las personas con discapacidad fueron recogidas en el Reglamento General de Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios Civiles del Estado, aprobado por Real Decreto 28/1990, de 15 de enero (BOE de 16.1.90) y posteriormente, y con mayor amplitud, en el Reglamento actual aprobado por Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo (BOE de 10.4.95)¹⁴.

Esta última norma supone la incorporación con carácter permanente, a todos los procedimientos de ingreso del personal tanto funcionario como laboral de la Administración General del Estado y sus Organismos Autónomos, de las pautas de accesibilidad en favor de las personas con discapacidad sugeridas por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía: universalización de la accesibilidad, esto es, que las medidas equiparadoras de las oportunidades de las personas discapacitadas para acceder al empleo público deben consignarse en la totalidad de las convocatorias; compatibilidad como criterio de admisión, lo que significa que deben suprimirse los requisitos de exclusión por deficiencias, salvo en casos de incompatibilidad real con las tareas y funciones a desempeñar; adaptación de las pruebas, es decir, que las convocatorias de pruebas selectivas prevean las adaptaciones del tiempo y de medios; y cuota de reserva, en virtud de la cual, debe consignarse el cupo de reserva en todas las convocatorias tanto de personal laboral como de personal funcionario.

Por su parte el "Acuerdo Administración-Sindicatos para el periodo 1995-1997, sobre condiciones de trabajo en la Función Pública", de 15 de septiembre de 1994 (BOE de 20.9.94), en su capítulo 14, punto 4, declara que "en las ofertas de empleo público se procurará dar un tratamiento especial a las oportunidades profesionales de las personas con discapacidad física o psíquica", añadiendo a continuación que "la Administración determinará los sectores y las áreas funcionales en las que resulte más factible aplicar la reserva de plazas para este colectivo".

c) *Otras medidas de fomento de empleo ordinario:*

La Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE de 31.12.94), dentro de las medidas de orden social, y al hablar del programa de fomento del empleo para 1995, incluye un precepto, el artículo 44, que autoriza a las

reservará un 3 por 100 de las plazas convocadas para quienes tengan la condición legal de personas con minusvalía.

¹³ Ver como ejemplo la última Oferta de Empleo Público, correspondiente a 1996, aprobada por Real Decreto 159/1996, de 2 de febrero (BOE de 3.2.96).

Ver, asimismo, el Real Decreto 352/1986, de 10 de febrero (BOE de 22.2.86), por el que se establecen criterios de coordinación de la oferta de empleo público de las Corporaciones Locales.

¹⁴ Por Resolución de 9 de diciembre de 1986, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública (BOE de 19.12.86), se aprobó el modelo de impreso para solicitud de admisión a pruebas selectivas a la Administración Pública, modelo que incluye dos casillas (los números 6 y 7) donde deberá hacerse constar, en su caso, los datos relativos a la minusvalía que atecte al solicitante y la posible necesidad de adaptación de las pruebas.

empresas a contratar temporalmente para la realización de sus actividades, cualesquiera que fuere la naturaleza de las mismas, a trabajadores desempleados incluidos en alguno de los grupos que detalla, entre los que se encuentran los trabajadores minusválidos.

Los contratos celebrados a jornada completa con dichos trabajadores, darán lugar, durante un período máximo de tres años, a beneficios como los siguientes: Las empresas, cualquiera que sea su número de trabajadores en plantilla, tendrán derecho a una reducción del 75 por 100 de las cuotas empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes. Estas reducciones se elevan al 100 por 100 para el primer trabajador contratado por empresas, cualquiera que fuera su forma jurídica, que no haya tenido trabajador alguno a su servicio desde el 1 de enero de 1994.

Por otra parte, la transformación de los contratos de duración determinada en contratos por tiempo indefinido, dará derecho a la obtención de los beneficios establecidos en la Ley 22/1992, de 30 de julio, de medidas urgentes sobre fomento del empleo y protección por desempleo, así como en el Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo (BOE de 4.6.83), por el que se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos, cuyas cuantías y tipología vienen recogidas para el presente ejercicio en la Orden del Ministerio de la Presidencia de 26 de marzo de 1996 (BOE de 29.3.96)¹⁵, según el siguiente esquema:

- Las empresas que contraten por tiempo indefinido y en jornada completa a trabajadores minusválidos tendrán derecho a una subvención de 500.000 pesetas por cada contrato de trabajo celebrado y a reducciones en las cuotas empresariales de la Seguridad Social, incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y cuotas de recaudación conjunta, en las cuantías siguientes:
 - 70 por 100 por cada trabajador minusválido contratado menor de cuarenta y cinco años
 - 90 por ciento por cada trabajador minusválido contratado mayor de cuarenta y cinco años.

A estas subvenciones y ayudas pueden acceder asimismo aquellas empresas que procedan a transformar los contratos de duración determinada con trabajadores minusválidos, regulados en la disposición adicional sexta de la Ley 10/1994, de 19 de mayo, de medidas urgentes de fomento de la ocupación, y en el artículo 44 de la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, en contratos indefinidos.

- Las empresas que celebren contratos en prácticas a tiempo completo con trabajadores minusválidos tendrán derecho a una reducción, durante la duración del contrato, del 50 por 100 de la cuota empresarial de la Seguridad Social correspondiente a las contingencias comunes. Asimismo, las empresas que celebren contratos de aprendizaje con trabajadores minusválidos tendrán derecho a una reducción del 50 por 100 en las cuotas empresariales de la Seguridad Social previstas para los contratos de aprendizaje.

¹⁵ El Real Decreto 2225/1993, de 17 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de procedimiento para la concesión de subvenciones públicas (BOE de 30.12.93), da acogida en su artículo 6, apartado 5, al silencio positivo en la resolución de los expedientes. En el mismo se dice: "En el supuesto de subvenciones de carácter social o asistencial renovables periódicamente previa solicitud documentada de los beneficiarios, el plazo máximo para resolver sobre las solicitudes de renovación será el que establezca su normativa reguladora y, en su defecto, el de tres meses. Transcurrido dicho plazo sin que haya recaído resolución expresa, se podrá entender que aquélla es estimatoria de la renovación de la subvención".

- Las empresas o, en el caso de que éstas no lo hicieren, los trabajadores con minusvalía que lo precisen podrán solicitar subvenciones destinadas a la adaptación de puestos de trabajo o a la dotación de medios de protección personal necesarios para evitar accidentes laborales al trabajador disminuido por importe de 150.000 pesetas.
- Además de las anteriores cabe citar, entre las medidas y ayudas previstas para el fomento del empleo libre, el incremento en la deducción en el impuesto de sociedades por la contratación de trabajadores minusválidos establecido en las sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado.

Dicha deducción ha permanecido invariable en 700.000 pesetas por cada persona/año de incremento de promedio de la plantilla de trabajadores minusválidos, contratados por tiempo indefinido de acuerdo con lo previsto en el artículo 39 de la LISMI hasta que recientemente se ha ampliado a 1.000.000 de pesetas por el Real Decreto-Ley 7/1996, de 7 de junio, de medidas urgentes de carácter fiscal y de fomento y liberalización de la actividad económica (BOE de 8.6.96).

Asimismo debe mencionarse la previsión contenida en la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas (BOE de 19.5.95), cuya Disposición adicional octava se ocupa de la contratación con empresas que tengan en su plantilla trabajadores minusválidos, estableciendo al efecto lo siguiente:

"Los órganos de contratación podrán señalar en los pliegos de cláusulas administrativas particulares la preferencia en la adjudicación de los contratos para las proposiciones presentadas por aquellas empresas públicas o privadas que, en el momento de acreditar su solvencia técnica, tengan en su plantilla un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 por 100, siempre que dichas proposiciones igualen en sus términos a las más ventajosas desde el punto de vista de los criterios objetivos que sirvan de base para la adjudicación".

Finalmente se debe hacer mención al establecimiento, mediante el Real Decreto 735/1995, de 5 de mayo (BOE de 8.5.95), de un Plan de Servicios Integrados para el Empleo para promover el empleo y la colocación de forma selectiva de aquellos colectivos a quienes se dirigen específicamente, entre ellos el de trabajadores minusválidos.

Con este Plan se pretende que, mediante la suscripción de convenios, las entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro participen en la realización de estudios del mercado de trabajo y en el establecimiento de itinerarios ocupacionales que incluyan la información y orientación profesional, las técnicas de búsqueda de empleo, el fomento de la creación de actividad y todas aquellas acciones de carácter innovador tendentes a la mejora de la ocupabilidad de los trabajadores desempleados, que constituyen los fines de la política de colocación a que hace referencia el artículo 39 de la Ley 51/1980, de 8 de octubre, Básica de Empleo.

6.3.1.2. Empleo protegido

En cumplimiento del mandato contenido en el artículo 41 de la LISMI, y al amparo de la previsión genérica contenida en el artículo 2 de la Ley 8/1980, de 10 de marzo, del Estatuto de los Trabajadores¹⁴, el Gobierno mediante Real Decreto 1368/1985, de 17 de julio (BOE de 8.8.85), procedió a regular la relación laboral de carácter especial de los minusválidos

¹⁴ Dicha precepto ha quedado recogido en el Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo (BOE de 29-3-95), cuyo artículo 2.1 g) confiere la consideración de relación laboral de carácter especial a "... la de los trabajadores minusválidos que presten su servicio en los centros especiales de empleo".

empleados en CEEs, estableciendo un esquema básico, lo más aproximado posible al de las relaciones laborales comunes, sin duda, para facilitar el objeto último de estos Centros, que no es otro que posibilitar el acceso de sus beneficiarios al mercado ordinario de trabajo, e introduciendo una serie de particularidades dirigidas fundamentalmente a otorgar una protección más intensa de los minusválidos, tales como la exigencia de contrato escrito en modelo oficial (art. 5), limitación de los incentivos salariales que puedan suponer riesgos para la salud (art. 12), prohibición de realizar jornadas superiores a ocho horas y correlativa prohibición de trabajar horas extraordinarias (art. 13), así como la preceptiva intervención de los Equipos Multiprofesionales en numerosos momentos de la relación de trabajo, quedando convertidos de esta forma en el eje del desarrollo de las relaciones laborales en el seno de los CEEs, como después veremos.

El artículo 2 del mencionado Real Decreto 1368/1985, establece como requisitos para integrarse como trabajadores en los CEEs, tener reconocida una minusvalía en grado igual o superior al 33 por 100, y como consecuencia una disminución de la capacidad de trabajo al menos igual a dicho porcentaje, que se apreciará poniéndola en relación con la capacidad normal de trabajo de una persona de similar cualificación profesional cuya determinación se llevará a cabo por los repetidos Equipos Multiprofesionales.

Esta actuación, prevista ya en el artículo 41-3º de la LISMI, se convierte en la garantía del correcto proceso de implantación de los CEEs, evitando que se vuelva a operar en ellos el proceso seguido en anteriores fórmulas de trabajo protegido que quedaron desvirtuadas al no tenerse en cuenta la repercusión de la minusvalía en la capacidad laboral, tal y como ha quedado reflejado en el apartado 6.1, que antecede.

Los trabajadores minusválidos que pretendan acceder a algún CEE han de inscribirse en las Oficinas de Empleo, las cuales clasifican a los solicitantes en razón al tipo y grado de minusvalía de que estén afectos, y en razón también al grado de capacidad de trabajo que hayan reconocido los Equipos Multiprofesionales. A través de estas mismas Oficinas de Empleo, los empleadores que pretendan contratar habrán de describir detalladamente, en las ofertas que formulen, los puestos de trabajo a cubrir, con sus características técnicas, y las circunstancias personales y/o profesionales que deben cumplir los candidatos. Las Oficinas de Empleo, previo informe de los Equipos Multiprofesionales, facilitan a los empleadores los trabajadores adecuados para desempeñar el trabajo respectivo.

La intervención de los Equipos Multiprofesionales se manifiesta en otros diversos momentos a lo largo del desarrollo de la relación de trabajo en el CEE, fundamentalmente en los que siguen:

- 1º) Al menos con una periodicidad de dos años, los Equipos revisarán la efectiva adecuación del minusválido al trabajo encomendado, y si comprueban que éste significa un riesgo grave para la salud han de declarar su inadecuación, en cuyo caso el trabajador debe pasar a realizar otro trabajo, o, de no ser ello posible en el Centro de que se trate, cesar provisional o definitivamente.
- 2º) En el caso de que el titular de la empresa quiera extinguir el contrato por ineptitud del trabajador minusválido, conocida o sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en el Centro, el Equipo Multiprofesional ha de constatar la alegada ineptitud aunque sin fuerza vinculante. Será en su caso el juez el que deba determinar, ante una reclamación del interesado, si la causa extintiva invocada por la empresa tiene o no eficacia resolutoria.
- 3º) Cuando las circunstancias personales del minusválido lo requieran puede celebrarse el contrato de trabajo entre él y el CEE "a bajo rendimiento", entendiéndose como tal aquel en el que el trabajador, aún prestando sus servicios en la jornada de trabajo normal, lo hace con un rendimiento inferior al normal en un 25%, siempre que haya una

constatación previa por parte del Equipo Multiprofesional, sin que la reducción del salario pueda exceder del mismo porcentaje citado.

- 4º) La movilidad geográfica o funcional del trabajador minusválido exige el informe del Equipo Multiprofesional, e igual ocurre para la modificación de cualquier condición de trabajo.

La organización y funcionamiento de los Centros Especiales de Empleo están regulados por el Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre (BOE de 9.12.85), por el que se aprueba su Reglamento, que, fundamentalmente, viene a racionalizar su estructura y a determinar el código de relación entre ellos y las Administraciones Públicas, especialmente mediante la determinación de las vías de financiación que aseguren su funcionamiento. En este sentido, establece en su artículo 10 que la financiación de los CEEs se cubrirá, aparte de posibles aportaciones de sus titulares y de otros particulares, mediante las correspondientes ayudas y subvenciones públicas.

Dichas medidas de fomento fueron aprobadas por Orden Ministerial de 21 de febrero de 1986 (BOE de 27.2.86), que establecía diversos programas de apoyo a la creación de empleo y desarrollaba el Programa de integración laboral de los minusválidos en CEEs y en el ámbito del trabajo autónomo.

La tipología y cuantía de dichas ayudas y subvenciones se encuentran reguladas en la actualidad por la antes mencionada Orden del Ministerio de la Presidencia de 26 de marzo de 1996 (BOE de 29.3.96), conforme al siguiente esquema:

- * *Acciones que ayuden a poner en marcha proyectos generadores de empleo o de carácter innovador.*

Su finalidad es financiar cualesquiera iniciativas que generen empleos preferentemente estables para trabajadores minusválidos desempleados, mediante la creación o ampliación de centros especiales de empleo, actuaciones para las que están previstas las siguientes subvenciones:

- Subvenciones para asistencia técnica, entendiéndose por tal el asesoramiento y/o formación empresarial, la realización de estudios de viabilidad y organización, la elaboración de proyectos, el asesoramiento contable económico-financiero, comercial o jurídico o estudios de mercado; esta asistencia técnica podrá prestarse para un centro o para un grupo o sector de ellos.
- Subvención parcial de los intereses de los préstamos que se obtengan de cualesquiera entidades de crédito, públicas o privadas, con las que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social tenga suscrito el oportuno convenio en las condiciones que en el mismo se determinen.
- Subvención, en casos de proyectos de reconocido interés social, para financiar parcialmente la correspondiente inversión fija.

El límite conjunto de todas estas subvenciones es de 2.000.000 de pesetas por puesto de trabajo creado con carácter estable, salvo casos excepcionales en que expresamente así se autorice por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Podrán ser beneficiarios de las subvenciones contempladas los centros especiales de empleo o sus promotores, cualquiera que sea la forma jurídica que adopten aquéllos, siempre que se trate de iniciativas o proyectos que tengan viabilidad técnica, económica y financiera y supongan la creación de empleo estable.

* *Acciones destinadas al mantenimiento de puestos de trabajo.*

Para la consecución de este fin los centros especiales de empleo podrán obtener las siguientes ayudas:

- Subvención del coste salarial correspondiente al puesto de trabajo ocupado por minusválido que realice una jornada de trabajo laboral normal y que esté en alta en la Seguridad Social, por un importe máximo del 50 por 100 del salario mínimo interprofesional aplicado.
- Bonificación del 100 por 100 de la cuota empresarial a la Seguridad Social incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedad profesional y las cuotas de recaudación conjunta.

Estas bonificaciones serán deducidas directamente por los centros especiales de empleo, previa autorización de la Administración, de las cuotas a liquidar mensualmente a la Seguridad Social de acuerdo con la normativa vigente en esta materia.

- Subvenciones para la adaptación de puestos de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas en una cuantía máxima no superior a 300.000 pesetas por puesto de trabajo y sin que en ningún caso rebasen el 80 por 100 del coste ocasionado por la referida adaptación o eliminación.

Todas estas subvenciones se graduarán en función de la rentabilidad económica y social del centro, de la capacidad productiva de su plantilla valorada en su conjunto, y de la modalidad y condiciones de los contratos suscritos entre el centro especial de empleo y sus trabajadores minusválidos.

- Subvención, por una sola vez, destinada a equilibrar y sanear financieramente a los centros especiales de empleo con el fin de lograr su reestructuración para que alcancen niveles de productividad y rentabilidad que garanticen su viabilidad y estabilidad. Podrán concederse directamente a cada uno de los centros que lo soliciten o a través de convenios con el sector.
- Subvención dirigida a equilibrar el presupuesto de aquellos centros especiales de empleo que carezcan de ánimo de lucro y sean de utilidad pública e imprescindibilidad. Esta subvención no podrá cubrir resultados adversos derivados de una gestión deficiente a juicio de la Administración, y para su concesión y determinación de su cuantía se estará a lo dispuesto en el artículo 12 del Real Decreto 2273/1985, de 4 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de los centros especiales de empleo.
- Los centros especiales de empleo podrán recibir asistencia técnica destinada al mantenimiento de puestos de trabajo en alguna de las modalidades siguientes: selección y/o contratación de Directores, Gerentes o Técnicos; estudios de viabilidad, organización y diagnóstico; auditorías e informes económicos, y asesoramiento y estudio en las diversas áreas de la actividad empresarial.

La asistencia técnica podrá ser concedida de oficio o a instancia de parte, pudiendo realizarse con carácter individual o conjuntamente para un sector o zona. La concedida de oficio podrá otorgarse cuando el examen del expediente lo demande, principalmente para estudios de viabilidad, auditorías o asesoramiento, y su coste podrá ser subvencionado en su totalidad por la Administración cuando sea promovida de oficio y en caso contrario se subvencionará hasta un máximo del 50 por 100 del coste del servicio, debiendo ser prestada, en todo caso, por empresas o personas físicas especializadas que reúnan garantías de competencia y solvencia profesional.

6.3.2. Desarrollo normativo de la Ley 13/1982 por las Administraciones Autonómicas

6.3.2.1. Empleo ordinario

a) Reserva de puestos de trabajo:

La obligación de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad en el ámbito del empleo público dentro de las Administraciones autonómicas ha sido recogida en las normas reguladoras de la Función Pública de cada una de las Comunidades Autónomas¹⁷ y ha tenido su consiguiente reflejo en las correspondientes Ofertas de Empleo Público.

¹⁷ Las normas aprobadas por las distintas Comunidades Autónomas, reguladoras de la función pública con previsiones en relación con la reserva de puestos de trabajo, son las siguientes:

1. Andalucía.

- Decreto de 19 de febrero de 1991 (BOJA de 30.3.91), por el que se regula el acceso y provisión de puestos de trabajo de las personas con minusvalía en la Administración de la Comunidad Autónoma.

2. Aragón.

- Decreto Legislativo de 19 de febrero de 1991 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación de la Función Pública de la Comunidad Autónoma (BOA de 1.3, 15.4 y 18.10.91), modificada por Ley de las Cortes de Aragón de 15 de marzo de 1993 (BOE de 22 de abril).

3. Principado de Asturias.

- Ley de 26 de diciembre de 1985 (BOE de 10.3.86), sobre Ordenación de la Función Pública de la Administración del Principado, modificada por la de 4 de abril de 1991 (BOE de 21.5.91).

4. Islas Baleares.

- Ley de 22 de febrero de 1989 (BOE de 17.7.89) de la Función Pública de la Comunidad Autónoma modificada por la de 28 de febrero de 1995 (BOIB de 16.3.95) y por la de 22 de diciembre de 1993 (BOCAIB Extraordinario de 31 12.93) de Presupuestos de la Comunidad para 1994.

5. Canarias.

- Ley 2/1987, de 30 de marzo (BOE de 18.5.87) de la Función Pública Canaria, modificada por la de 27 de diciembre de 1994 (BOE de 1.2.95) de Presupuestos para 1995.

6. Cantabria.

- Ley de la Asamblea Regional de Cantabria 4/1993, de 10 marzo (BOE de 25.5.93) de la Función Pública.

7. Castilla-La Mancha.

- Ley de 13 de diciembre de 1988 (BOE de 21.1.89) de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Comunidades, modificada por Ley de 26 de diciembre de 1990 (BOE de 12.2.91) y por Ley de 18 de diciembre de 1992 (BOE de 28.4.93).

8. Castilla y León.

- Decreto Legislativo de 25 de octubre de 1990 (BOE de 19.12.90) por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Ordenación de la Función Pública de la Administración de la Comunidad Autónoma.

9. Cataluña.

- Ley de 23 de julio de 1985 (BOE de 28.8.85) de la Función Pública de la Administración de la Generalidad, que deroga, en lo que se oponga, la Ley de 4 de junio de 1981 (DOGC de 10.6.81)

Aún cuando en la mayoría de ellas dicha obligación se ha contraído en los mismos términos fijados en el ámbito de la Administración Central por la Ley 23/1988, de 28 de julio (BOE de 29.7.88), cabe destacar el tratamiento más favorable dado a esta medida en algunas Comunidades bien al fijar una cuota de reserva superior, bien al establecer medidas adicionales a dicha cuota.

Así por ejemplo en Cataluña antes incluso de aprobarse su propia Ley reguladora de su función pública se aprobó el Decreto 72/1984, de 15 de marzo (DOGC de 13.4.84), sobre integración de los disminuidos en los organismos dependientes de la Generalidad, cuyo artículo 2º establece unas cuotas de reserva en las contrataciones tanto administrativas como laborales más altas de las exigibles en determinadas categorías (Administrativos y Auxiliares: 5 por 100, Telefonistas: 25 por 100 y Subalternos: 10 por 100), y ello al margen de la aplicación de la reserva del 2 por 100 de las plazas a cubrir en el resto de las categorías.

Al margen de lo anterior, y más recientemente, la Ley 9/1994, de 29 de junio, de reforma de la legislación relativa a la Función Pública de la Generalidad de Cataluña (DOGC de 15.7.1994), establece un beneficio adicional a la reserva al garantizar el derecho preferente para escoger las vacantes y, en su caso, el turno respectivo, de quienes, en

cuyas normas subsistentes tendrán carácter reglamentario. Dicha Ley fue sustancialmente modificada por la Ley 9/1994, de 29 de junio (BOE de 5.8.94).

10. Extremadura.

- Ley 2/1986 de 23 de mayo de la Función Pública de Extremadura, modificada por la Ley 3/1990, de 24 de mayo (BOE de 24.11.90).

11. Galicia.

- Ley de 26 de mayo de 1988 (BOE de 23.7.88) de la Función Pública, modificada por las de 8 de marzo de 1991 (BOE de 29.4.91), 24 de julio de 1992 (BOE de 14.10.92), 15 de abril de 1993 (BOE de 11.5.93), 30 de marzo de 1994 (BOE de 18.10.94) y 10 de abril de 1995 (DOG de 20.4.95).

12. Comunidad de Madrid.

- Ley 1/86, de 10 de abril, de regulación de la Función Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid (BOCM de 24.4.86).

13. Región de Murcia.

- Ley 3/1986, de 19 de marzo (BOE de 16.7.86) de la Función Pública de la Región de Murcia, modificada por la Ley 2/1989, de 12 de junio (BOE de 7.10.89).
- Decreto 153/1993, de 30 de diciembre de 1993 (BORM de 22.1.94), por el que se regula el acceso y provisión de puestos de trabajo de las personas con minusvalía en la Administración Pública de la Región.

14. Navarra.

- Decreto Foral Legislativo 251/1993 de 30 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra (BON de 1.9.93).

15. La Rioja.

- Ley de 29 de junio de 1990 (BOE de 4.8.90) de la Función Pública de la Administración de la Comunidad Autónoma, modificada por Ley de 30 de noviembre de 1994 (BOE de 28.12.94).

16. Comunidad Valenciana.

- Decreto Legislativo de 24 de octubre de 1995, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Función Pública Valenciana (DOGV de 26.10.95).

17. País Vasco.

- Ley 6/1989, de 6 de julio (BOPV de 28.7.89) de la Función Pública Vasca, modificada por la de 28 de enero de 1992 (BOPV de 13.2.92) de Presupuestos.

consideración de su condición legal de disminuidos, accedan a la condición de funcionarios por la vía de reserva en el caso de que la asignación de puestos de trabajo se realice por el orden de puntuación obtenido en el proceso selectivo.

La Ley de Cantabria 4/1993, de 10 de marzo, de la Función Pública (BOC de 1.4.93), prevé, además de la reserva del 3 por 100 global de la oferta de empleo público para las personas con minusvalía, la posibilidad de que el Consejo de Gobierno establezca programas experimentales de acceso a puestos de trabajo no permanentes bajo condiciones especiales y destinados a personas necesitadas de reinserción social (art. 49.1).

El Decreto 153/1993, de 30 de diciembre, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, por el que se regula el acceso y provisión de puestos de trabajo de las personas con minusvalía en la Administración Pública de la Región de Murcia (BORM de 22.1.1994), configura también una reserva de cupo superior al mínimo legal, al prever el redondeo por exceso de las fracciones decimales.

Y finalmente en la Comunidad de Castilla y León el Decreto 165/1995, de 3 de agosto, por el que se aprobaba la oferta de empleo público para 1995 (BOC y L de 7.8.95), establecía la reserva de un porcentaje no inferior al 5 por 100 de las vacantes de la oferta global de empleo público.

Dentro del empleo ordinario en empresas privadas únicamente en Cataluña, y como incentivo al cumplimiento de la reserva impuesta por el citado artículo 38 de la LISMI, se condiciona el acceso a todas las convocatorias de programas de ayudas a cooperativas y sociedades anónimas laborales a la acreditación de que las plantillas de las empresas solicitantes tienen cubierto el cupo de trabajadores minusválidos.

6.3.2.2. Empleo protegido

El empleo protegido ha sido regulado específicamente sólo en Andalucía, mediante Orden de 29 de julio de 1985, sobre organización de los Registros de Empresas Protegidas, Centros Especiales de Empleo y Centros Especiales de Iniciación Productiva, y en Galicia, mediante Orden de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social y Emigración de 25 de noviembre de 1985 (DOG de 12.12.85), por la que se determinan las condiciones que deben cumplir los Centros de Empleo Protegido para su calificación e inscripción en el Registro autonómico creado al efecto.

En Cataluña se creó por Orden del Departamento de Bienestar Social de 12 de junio de 1992 (DOGC de 22.6.92), el Registro de Centros Especiales de trabajo y la Comisión de Seguimiento de los Programas de Ayudas a la integración laboral de minusválidos.

También en Cataluña se han creado los servicios sociales de apoyo a la integración laboral de las personas con disminución (SSIL), mediante Orden del Departamento de Bienestar Social de 1 de marzo de 1990 (DOGC de 14.3.90), destinados a potenciar la integración social, especialmente en lo referente a la dinámica del paso de los trabajadores con disminución desde los Centros especiales de empleo hacia el sistema ordinario de trabajo, siendo su finalidad, una vez conseguida la integración, velar para que la actividad laboral de los minusválidos se realice sin discriminaciones.

Asimismo, mediante Decreto 336/1995, de 28 de diciembre, se creó el Servicio Ocupacional de Inserción en los centros ocupacionales para personas con disminución (DOGC de 7.2.96), configurado como un servicio propio de los servicios de centros ocupacionales, de carácter asistencial, diferenciado de las funciones propias del Servicio

de Terapia Ocupacional, y cuyos destinatarios son, entre otros, las personas con disminución que están en edad laboral, han acabado el periodo de formación escolar, tienen capacidad productiva adecuada para trabajar en un centro especial de trabajo pero todavía no están integrados laboralmente en este tipo de empresa.

Cabe citar en este epígrafe la Ley 4/1993, de 24 de junio, de Cooperativas de Euskadi (BOPV de 19.7.93), que contempla, entre otras, a las cooperativas de integración social definidas como aquellas constituidas, al menos mayoritariamente, por disminuidos físicos o psíquicos, que pueden basarse en el trabajo asociado para organizar, canalizar y comercializar los productos y servicios del trabajo de los socios o ir dirigidas a facilitar la provisión de bienes y servicios de consumo general o específicos.

En las cooperativas de integración social pueden participar como socios entidades públicas responsables de la prestación de cualesquiera servicios sociales mediante la correspondiente aportación y la designación de un representante de las entidades públicas, que prestará su trabajo personal de asistencia técnica, profesional y social junto a los socios de la cooperativa y asistirá con voz a las reuniones de todos los órganos sociales.

6.3.3. Normas incidentes en la materia

En el ámbito de la Comunidad Económica Europea se han llevado a cabo diversos programas de acciones encaminadas a fomentar la integración social y la autonomía de los minusválidos:

El primero de ellos fue adoptado por Resolución del Consejo de 21 de diciembre de 1981 (DOCE nº 343, de 31.12.81), por el que se trataba de asegurar que los minusválidos no sufrieran injustamente las consecuencias, particularmente desde el punto de vista del empleo, de las dificultades económicas, y, a su vez, fomentar medidas destinadas a preparar a los minusválidos para la vida activa.

Al amparo de la anterior Resolución se adoptó la Recomendación del Consejo de 24 de julio de 1986 (86/379/CEE) sobre el empleo de los minusválidos en la Comunidad en la que, tras afirmarse que los minusválidos tienen el mismo derecho que el resto de los trabajadores a la igualdad de oportunidades en materia de formación y empleo, se reconoce la necesidad de medidas específicas a nivel comunitario y nacional para conseguirlo, medidas que se encuadran tanto en la eliminación de las discriminaciones negativas como en la realización de acciones positivas para el fomento del empleo de minusválidos, bien en el ámbito del empleo libre, bien en el del empleo protegido¹⁸.

Las Conclusiones del Consejo de 12 de junio de 1989 (89/C 173/89), sobre el Informe de la Comisión acerca de la aplicación de la Recomendación 86/379/CEE, finalizaban invitando a la Comisión:

- a) a desarrollar, en el marco del programa HELIOS, acciones dirigidas a favorecer la colaboración e intercambio de experiencias que posibiliten alcanzar una mayor integración profesional de las personas minusválidas,
- b) a seguir manteniendo, en particular en el marco de las reglas del Fondo Social Europeo, un apoyo eficaz a las medidas nacionales de integración profesional de minusválidos.

¹⁸ El marco de orientación de acciones positivas para el fomento del empleo y de la formación profesional de los minusválidos se fija en el anexo a la Recomendación 86/379/CEE del Consejo de 24 de julio de 1986.

c) a presentar al Consejo, sobre la base de la evaluación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Recomendación 86/379/CEE, propuestas que posibiliten una mayor coordinación de las acciones de cada Estado miembro.

Por lo que se refiere a las medidas previstas en el apartado a) hay que decir que a finales de 1990 la Comisión de las Comunidades Europeas creó la iniciativa HORIZON (90/C 327/05, DOCE de 29.12.90), cuyo objeto en relación con el colectivo de minusválidos es mejorar las condiciones de acceso al mercado de trabajo y su competitividad, en particular mediante la formación profesional, de forma que se garantice su inserción profesional.

Asimismo se decidió reforzar el programa HELIOS (888/231/CEE D.O. N° L 104, DE 23.4.88) que tiene como objetivo la promoción del empleo y de la formación profesional y la integración socio-económica y educativa de los minusválidos, así como el sistema HANDYNET (89/658/CEE, D.O. n° L 393, DE 30.12.89) referente a las ayudas técnicas para la formación profesional y el empleo de este colectivo.

Respecto del primero de los dos programas citados anteriormente, la decisión del Consejo de 25 de febrero de 1993 (93/136/CEE, D.O. n° L 56/30 de 9.3.93) vino a aprobar el programa HELIOS II de acción comunitaria relativo al fomento de la igualdad de oportunidades y de la integración de las personas minusválidas para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1993 y el 31 de diciembre de 1996, estimándose en 37 millones de ECUS el importe de los recursos financieros necesarios para su ejecución.

En cuanto a las medidas de apoyo a la integración profesional de minusválidos por parte del Fondo Social Europeo, han sido plasmadas en el Reglamento del Consejo n° 4255/88, de 19 de diciembre (D.O. n° L 374/21), por el que se aprueban las disposiciones de aplicación del Reglamento (CEE) n° 2058/88, en lo relativo al citado Fondo, y son las siguientes:

- a) acciones de formación profesional complementadas en su caso con acciones de orientación profesional.
- b) de ayuda a la contratación en puestos de trabajo de naturaleza estable de nueva creación y ayudas a la creación de actividades independientes¹⁹.

Como complemento de todo lo anterior hay que aludir a la iniciativa comunitaria de Empleo y Desarrollo de los Recursos Humanos destinada a fomentar el crecimiento del empleo (94/ C 180/10, DOCE de 1.7.94), uno de cuyos objetivos es mejorar las posibilidades de empleo de las personas minusválidas —entre otros grupos desfavorecidos— potenciando las acciones emprendidas dentro del programa HORIZON, al que se destinan como contribución de los fondos estructurales para el periodo 1994-1999 la cantidad de 730 millones de ECUS, que se destinarán, entre otros objetivos, y por lo que aquí nos concierne, a financiar las siguientes medidas:

¹⁹ La Resolución A4-0056/94, sobre un plan de acción relativo a la política de empleo en la CE (DOCE 19-12-1994) contiene en su apartado III un nuevo plan de medidas contra el desempleo, dentro del cual el Parlamento recomienda una serie de medidas en los Estados Miembros, entre las que figuran las comprendidas en el apartado en el que se "insta a que se emprendan nuevas acciones positivas orientadas a la integración en el mercado laboral de las personas afectadas de una minusvalía".

Más adelante, en el apartado 40, el Parlamento Europeo recuerda a sus Estados Miembros el compromiso de intensificar las políticas y programas de lucha contra el paro juvenil y de larga duración, e integrar a los minusválidos y a los marginados sociales en el mercado laboral, a la vez que insta a que el Consejo presente al Parlamento las propuestas adecuadas.

- Adaptación del lugar de trabajo en especial mediante la introducción de nuevas tecnologías y el desarrollo de condiciones para el trabajo a distancia.
- El desarrollo de puestos de trabajo subvencionados y de nuevos planes de empleo mediante el empleo protegido y las cooperativas.
- Acciones de creación de empleo para facilitar la integración en el mercado de trabajo y compensar la posible pérdida de beneficios en la transición desde un medio protegido.
- Divulgación de la información y acciones de sensibilización.

6.3.4. Asuntos pendientes

Dentro del empleo ordinario sigue siendo una asignatura pendiente la cuota de reserva de puestos de trabajo.

De un lado se trata de una obligación generalmente incumplida en el ámbito de las empresas privadas sin que tales incumplimientos sean perseguidos por los órganos de inspección laboral ni sean sancionados como infracciones que son del ordenamiento social.

Al respecto el Informe de la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de los Diputados de 28 de octubre de 1992 sobre la Problemática de los Minusválidos²⁰ se manifiesta en los siguientes términos: "es evidente que las circunstancias del mercado laboral han afectado a la contratación de personas minusválidas. Esto ha propiciado que las exigencias del mercado laboral en cuanto a formación y capacitación hayan sido mucho más competitivas. Esto no justifica el incumplimiento en reiteradas ocasiones de la normativa sobre reserva del dos por ciento".

Sin embargo, y no obstante los magros resultados de la aplicación de dicha medida en los términos en que está fijada en la actualidad —dos por ciento en puestos reservados en empresas de más de cincuenta trabajadores— por parte de organizaciones con amplia representación en el sector reunidas en el Consejo Español de Representantes de Minusválidos (CERMI)²¹ se ha propugnado su ampliación progresiva hasta alcanzar el cuatro por ciento en empresas de veinticinco trabajadores o más, según previsión contenida en el Plan para la Reactivación del Empleo de las Personas con Discapacidad.

En cuanto al ámbito del empleo público queda pendiente analizar el por qué, existiendo un cumplimiento generalizado del establecimiento del cupo de reserva en las distintas convocatorias de acceso, el número de aspirantes minusválidos que finalmente se seleccionan con cargo al mismo sigue siendo muy escaso, como se desprende de las conclusiones de las sucesivas Sesiones Informativas sobre el acceso de las personas con

²⁰ El Texto aprobado por la Comisión de Política Social y de Empleo sobre la problemática de los minusválidos fue publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales nº 237, de 16 de diciembre de 1992.

²¹ El CERMI está compuesto por seis grandes organizaciones de discapacitados de nuestro país, que integran a más de un millón de personas con algún tipo de minusvalía: la Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE), la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Pro-Personas Deficientes Mentales (FEAPS), la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), la Federación Española de Asociaciones de Padres y Amigos de los Sordos (FIAPAS), la Confederación Nacional de Sordos de España (CNSE) y la Federación de Asociaciones de Ayuda a la Parálisis Cerebral (ASPAC).

discapacidad al empleo público organizadas anualmente por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

En efecto, el análisis de los resultados de la oferta de empleo público correspondiente a 1994²⁷ ofrece como pobre resultado que en dicho año, y en el ámbito a que se contrae el estudio, sobre un total de 4.955 plazas de funcionarios convocadas a las que concurren 1.669 aspirantes por el turno de reserva, únicamente obtuvieron plaza 55 de ellos, lo que representa un 1,1 % respecto del número total de plazas.

Por lo que se refiere al personal laboral el resultado fue similar habiendo obtenido plaza 14 aspirantes por el turno de reserva, es decir el 1,4% sobre el total de las plazas convocadas que ascendió a 1.000 habiendo participado en las pruebas selectivas 622 candidatos por el citado turno.

Semejantes resultados nos llevan a concluir que la fórmula fijada en la disposición adicional decimonovena de la Ley 23/1988 no se está cumpliendo más que formalmente.

En efecto el precepto citado, y en igual medida, lo hacen el resto de las leyes que regulan la Función Pública de las diversas Comunidades Autónomas, dispone la reserva de "un cupo no inferior al 3% de las vacantes para ser cubiertas por personas con discapacidad de grado igual o superior al 33% de modo que progresivamente se alcance el 2% de los efectivos totales".

Ateniéndonos al tenor literal de la disposición parece evidente que para la consecución del objetivo de la misma —que no es otro que conseguir que el dos por ciento del empleo público esté desempeñado por personas con discapacidad— sería preciso que en las sucesivas Ofertas de empleo público se estableciese un cupo muy superior al tres por ciento fijado como mínimo, y más en una época como la actual de reducción de los puestos de trabajo ofertados, pues de otra manera dicho objetivo quedaría incumplido.

De otro lado, la única referencia al treinta y tres por ciento del grado de discapacidad pudiera suponer a su vez una discriminación de una parte del colectivo al que se dirige la medida, pues si es cierto que no tienen los mismos problemas de inserción laboral las personas cuya minusvalía se deriva de deficiencias de tipo sensorial que las personas con deficiencias físicas o psíquicas, no deberían, en consecuencia, ser tratados como si conformasen un colectivo homogéneo.

Pero eso no es todo, la disposición adicional decimonovena de la Ley 23/1988 prevé, además, la superación de las pruebas selectivas. Nada hay que objetar a dicha previsión que, por otra parte, resulta obligada en aplicación de los principios constitucionales de mérito y capacidad que deben regir el acceso al empleo público.

Pero mucho me temo que la aplicación automática de dicha previsión "siempre que superen las pruebas selectivas", se dice, junto con la falta de especificación del umbral del aprobado en las consiguientes convocatorias de las pruebas, puede llevar a que los aspirantes por el turno de reserva se vean obligados a superar el nivel marcado por el resto de los opositores dejando así sin contenido real la propia reserva.

²⁷ Ver T. ROSÓN, en colaboración con F. MATEOS y O. AGUILERA: *Informe sobre los resultados de las Ofertas de la Administración General del Estado y de la Seguridad Social para 1994, en relación con el acceso de las personas con discapacidad al empleo público*. Documentos 13/96. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, octubre 1996.

Y aún se puede añadir el obstáculo que supone para determinados aspirantes, piénsese por ejemplo en aquellos cuya minusvalía se deriva de una deficiencia psíquica, superar determinadas pruebas de tipo memorístico, generalizadas por otra parte, que realmente no sirven para medir la aptitud de los candidatos, ni siquiera para el común de ellos, para el desempeño de las funciones de los puestos de trabajo a los que optan.

Para concluir esta crítica, que podría explicar la escasísima incidencia que ha tenido la reserva en el ámbito del empleo público, ha de aludirse a otros dos factores añadidos: de un lado la existencia de muchas administraciones públicas pequeñas, principalmente ayuntamientos, cuyas ofertas de empleo público anual son inferiores a treinta y tres plazas, número a partir del cual, y en una interpretación literal y restrictiva, sería operativa la reserva mínima del tres por ciento. Parece claro que la multiplicidad de convocatorias de pocas plazas en estas administraciones puede hacer parcialmente inoperante la reserva.

Y de otro lado, la falta de regulación de las adaptaciones de las pruebas selectivas cuya concreción muchas veces se deja al propio tribunal de selección que lógicamente puede carecer de los conocimientos necesarios para hacer efectivas dichas previsiones de accesibilidad.

Al margen de la cuota de reserva otra de las cuestiones pendientes es el funcionamiento del Registro Especial de Trabajadores Minusválidos del INEM que no ha constituido el eficaz instrumento que preveía la LISMI al no haberse potenciado ni desarrollado y siendo, por tanto, su utilización muy escasa

En cuanto al trabajo protegido como medio de incorporación al empleo productivo de las personas con discapacidades más graves y, por tanto, con mayores dificultades para competir en el mercado de trabajo ordinario, se instrumenta a través de la fórmula de los CEEs, configurados como empresas productivas —creadas en base a criterios de viabilidad económico— cuya finalidad, aparte de proporcionar un trabajo a los minusválidos empleados en ellos, es la de servir de puente hacia el empleo ordinario.

Hasta ahora, dichos Centros han venido cumpliendo en buena medida el primero de sus objetivos, habiéndose constituido en una de las vías más importantes para la creación de puestos de trabajo para minusválidos aun cuando, y no obstante la falta de estadísticas fiables, puede decirse que se ha descuidado el cumplimiento de su objetivo último de promover la inserción laboral de dichos trabajadores en el mercado ordinario de trabajo.

Y ello ha sido así por la concurrencia de diversos factores coincidentes:

De un lado la ausencia de un seguimiento continuado por parte de los equipos multiprofesionales respecto de la capacitación laboral de los empleados en los CEEs.

De otro lado la actuación de los propios promotores de los CEEs que eluden toda actuación dirigida a potenciar la salida hacia el mercado laboral ordinario de sus trabajadores mejor formados, hecho éste que consideran como una amenaza para su estabilidad.

Y dicho todo lo anterior hemos de finalizar este epígrafe diciendo que queda pendiente la actualización de las ayudas y subvenciones públicas prácticamente invariables desde su instauración en 1983 para el empleo ordinario por cuenta ajena y en 1986 para el empleo protegido y en el ámbito del trabajo autónomo.

6.4. REALIZACIONES Y DEMANDAS POR CUBRIR

6.4.1. Realizaciones

Ya hemos visto que a partir de 1988 la obligación de reserva de puestos de trabajo en las diversas Administraciones Públicas se ha extendido tanto a las plantillas de trabajadores laborales como de funcionarios, se han ido suprimiendo los cuadros de exclusión y se han ido generalizando en paralelo las fórmulas funcionales relativas a la capacidad, y sin embargo la incidencia de esta medida no ha sido muy importante si nos atenemos a los resultados de las sucesivas Ofertas de empleo público a los que ya nos hemos referido en el apartado 6.3.4.

En cuanto a las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos, según los datos del Anuario de Estadísticas Laborales del Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, en el quinquenio de 1990-1994 se ha mantenido un incremento progresivo de los contratados subvencionados, alcanzando en 1994 la cifra de 8.549.

Por lo que se refiere a las cuantías de las subvenciones y ayudas para financiar los programas de integración laboral de minusválidos en Centros Especiales de Empleo y como trabajadores autónomos (O.M. de 21.2.1986) quedan reflejadas en el cuadro anexo número 1, en el que se desglosan por Comunidades Autónomas las cantidades concedidas desde el ejercicio de 1991 al de 1995, según datos suministrados por el INEM, de los que se desprende que al final de dicho período existían 487 CEEs con 13.525 trabajadores a quienes en 1995 se destinaron 4.615 millones de pesetas. En ese mismo año las ayudas para el establecimiento como autónomos alcanzaron a un total de 234 trabajadores minusválidos.

Como complemento de lo anterior, se incluyen cuadros estadísticos, con los datos también obtenidos del INEM, sobre la evolución en el mismo período de tiempo de la creación de puestos de trabajo (cuadro anexo número 2), sobre las subvenciones para mantenimiento —50% S.M.I.— en Centros Especiales de Empleo y otras diversas ayudas (cuadro anexo número 3), añadiéndose a continuación una serie histórica de gestión por Comunidades Autónomas de las subvenciones totales por todos los conceptos previstos en la Orden Ministerial antes mencionada correspondiente asimismo al período comprendido entre 1991 y 1995 (cuadro anexo número 4).

No hemos podido disponer, en cambio, de datos referidos a la actuación de los Servicios Integrados para el Empleo, creados mediante Real Decreto 735/1995, de 5 de mayo (BOE de 8.5.95), para promover el empleo y la colocación de forma selectiva en función de los colectivos a quien se dirigen específicamente, ni tampoco de la repercusión de los contratos y programas suscritos entre el entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el INEM para el período comprendido entre el 1 de julio de 1995 y el 31 de diciembre de 1997.

Para concluir este capítulo de realizaciones hemos de detenernos en la actuación de la Fundación ONCE cuyo Reglamento establece como objetivo principal el desarrollo de "programas de fomento de empleo tanto en régimen de centros especiales como mediante la integración en empresas ordinarias, propias o ajenas, u otras fórmulas similares" (art. 9-1º-a).

Para el desarrollo de este objetivo se creó en 1989 FUNDOSA GRUPO, S.A., como sociedad instrumental cuyos objetivos primordiales son:

- a) Prestación de servicios o realización de gestiones relacionadas con la problemática de los minusválidos, especialmente en materia de empleo, y de actividades empresariales y comerciales.
- b) Asesoramiento a la Fundación ONCE especialmente, y a terceros, en materia de empleo, gestión empresarial o actividades económico comerciales.
- c) Realización de estudios de viabilidad económica de empresas, sociedades u otro tipo de entes productivos.
- d) Información, gestión y asesoramiento sobre todo tipo de ayudas relativas a minusválidos, fundamentalmente en el sector público nacional y comunitario, en materia de empleo y actividades industriales.
- e) Gestión y seguimiento de entes productivos tales como sociedades anónimas, sociedades anónimas laborales, cooperativas, centros especiales de empleo, empresas ordinarias, etc.
- f) Comercialización de los productos elaborados en centros de minusválidos.
- g) Formación de personas menos cualificadas en materia de gestión empresarial para la dirección o gerencia de entes productivos propios o de terceros.
- h) Elaboración de bolsas de empleo de personas minusválidas debidamente seleccionadas para facilitar su colocación en puestos idóneos.

Dichos objetivos se concretan fundamentalmente en dos vertientes principales:

- 1º. Análisis, asesoramiento, seguimiento y colaboración en los proyectos presentados por centros y asociaciones de minusválidos que supongan creación o mantenimiento de empleo estable.
- 2º. Promoción de proyectos empresariales propios que supongan igualmente creación de empleo para minusválidos.

Tienen como factores en común una rentabilidad económica adecuada, y la posibilidad de cubrir con trabajadores minusválidos la práctica totalidad de los puestos de trabajo. En función de estos criterios se han definido una serie de actividades prioritarias, creándose así nuevas empresas y nuevos puestos de trabajo mediante la expansión territorial de estas actividades.

La mayoría de estas empresas se configuran como Centros Especiales de Empleo, al ser estos centros los más integradores para el minusválido en el mundo ordinario del trabajo, ya que por sus circunstancias de orden personal, consecuentes con su minusvalía, no pueden ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales.

Las cifras acumuladas de creación de empleo desde la constitución de la Fundación ONCE según datos contenidos en la Memoria correspondiente a 1995, son las siguientes:

- Creación de 7.301 puestos de trabajo, de los cuales 5.616 lo han sido para personas con minusvalía. De ellos corresponden a empresas participadas por FUNDOSA GRUPO un total de 4.884 puestos de trabajo de los que 3.552 han sido ocupados por trabajadores minusválidos.
- Consolidación de 1.962 puestos de trabajo en proyectos promovidos por entidades ajenas a Fundación ONCE, de los cuales 1.633 corresponden a personas con minusvalía.
- Creación y/o consolidación de 5.592 plazas ocupacionales prelaborales.

Al margen de lo anterior, en el año 1995 ha comenzado a dar sus primeros frutos la labor de Fundosa Social Consulting en el ámbito de la búsqueda y selección de minusválidos para demandas de trabajadores efectuadas por empresas.

Dicha labor, llevada a cabo mediante el banco de datos de minusválidos demandantes de empleo elaborado por la propia empresa, ha hecho posible durante 1995 la contratación de 143 trabajadores minusválidos, de los cuales 64 han sido contratados por empresas externas, sin ningún tipo de vinculación con la Fundación ONCE o con la Corporación Empresarial ONCE²³.

6.4.2. Demandas por cubrir

A falta de datos más actualizados²⁴, el informe sobre la situación de empleo de las personas con discapacidad y propuestas sobre su reactivación, aprobado por el Consejo Económico y Social el 26.10.95, estima que el nivel real de inserción laboral, medido a través de la tasa de empleo, de las personas con discapacidad en edad laboral no llega a la mitad del correspondiente a la población general, llegándose incluso a sostener que siete de cada diez minusválidos en edad de trabajar no tiene empleo.

Dicha situación pone de relieve la necesidad de abordar nuevas medidas y racionalizar las ya existentes para asegurar, en la medida de lo posible, el derecho constitucional al trabajo de las personas con discapacidad y hacer realidad el principio de igualdad de oportunidades respecto al empleo de este colectivo.

Si nos atenemos a las conclusiones, en buena parte coincidentes, del Plan de acción para las personas con discapacidad para el periodo 1997-2002 elaborado por el INSERSO²⁵, y del Plan para la reactivación del empleo de las personas con discapacidad (CERMI, diciembre 1993), así como con las del Informe sobre la problemática de los minusválidos aprobado por la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados²⁶, las medidas que demanda el sector son las siguientes:

²³ Según la Memoria de la Fundación ONCE correspondiente a 1995 el número de minusválidos demandantes de empleo incluidos en el banco de datos es de 21.803, habiéndose producido un incremento respecto del año anterior de 7.900 nuevas demandas.

²⁴ Hay que señalar el desfase de la base estadística sobre la población protegida que está básicamente constituido por la Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías del Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 1987.

Tampoco resultan fiables los datos del Registro Especial de Trabajadores Minusválidos del INEM cuya utilización para los fines para los que fue creado ha sido muy escasa.

²⁵ El Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002 ha sido elaborado por el INSERSO y elevado al Consejo de Ministros celebrado el 23 de febrero de 1996 quien tras valorarlo positivamente decidió remitirlo a las Conferencias Sectoriales afectadas para su aprobación definitiva.

Con posterioridad el actual Gobierno, a través del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales ha incluido como una de las prioridades de la presente legislatura la aprobación de este Plan.

²⁶ El Plan para la Reactivación del Empleo de las Personas con Discapacidad fue aprobado por el Consejo Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) en diciembre de 1993 y presentado el 20 de abril de 1994 al Pleno del Consejo Económico y Social (CES) para su estudio.

Como resultado de dicho estudio se aprobó el informe nº 5/1995 en sesión ordinaria del Pleno del CES de 26 de octubre de 1995.

Con carácter general y englobando a todas las modalidades de trabajo se entiende como prioritaria la potenciación de las acciones de promoción de empleo y colocación para este colectivo mediante la creación de servicios públicos específicos y la utilización de los Servicios Integrados para el Empleo que faciliten su proceso de inserción laboral.

Asimismo existe un general asentimiento sobre la necesidad de actualizar y racionalizar las ayudas y subvenciones para la integración laboral de los trabajadores discapacitados que, como ya se ha dicho, permanecen invariables desde su implantación (R.D. 1451/1983, y O.M. de 21.2.1986), demandándose asimismo el establecimiento de unas pautas para su revalorización periódica.

Junto a ello se estima imprescindible dinamizar el funcionamiento de los equipos multiprofesionales especialmente en lo relativo al cumplimiento de su función de determinar la aptitud de los demandantes de empleo con discapacidad para trabajar en un medio ordinario o protegido y la de impulsar la promoción de los empleados en los CEEs a empresas ordinarias, labor de promoción, esta última, que se facilitaría mediante la creación y regulación de diversas modalidades de empleo semiprotegido como enclaves, empleo con apoyo... etc.

El cumplimiento de esta obligación podría incentivarse siguiendo el ejemplo de Cataluña, condicionando el acceso de las empresas a cualquier programa de ayudas o subvenciones públicas a dicho cumplimiento, y en esta misma línea se podrían establecer ayudas adicionales a las empresas que contratasen un número de trabajadores con discapacidad superior a aquel a que viniesen obligadas con arreglo al porcentaje de reserva

Al margen de estas medidas de carácter general y atendiendo al sector de trabajo al que van dirigidas se pueden señalar las siguientes demandas:

6.4.2.1. Empleo ordinario

En este ámbito también existe una sustancial coincidencia a la hora de demandar las siguientes actuaciones:

- Promover el cumplimiento de la obligación de readmisión por las empresas de sus propios trabajadores incapacitados una vez concluidos los correspondientes procesos de recuperación (R.D. 1451/83).
- Controlar, por parte de la Inspección de Trabajo, el cumplimiento de la normativa vigente respecto a la cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad y ampliarla de forma progresiva hasta el 4 por ciento en las empresas con 25 o más trabajadores.
- Para flexibilizar el cumplimiento de esta obligación se proponen medidas alternativas al sistema de cuota tales como el pago de un canon sustitutorio a cargo del empresario que no cumpla la reserva y que se destine a un Fondo Especial para la Creación de Empleo de las Personas con Discapacidad²⁷, o la posibilidad de las empresas de sustituir dicha obligación por la formalización de contratos de suministros o de prestación de servicios con CEEs o con trabajadores autónomos con discapacidades, o bien por el

²⁷ La creación del Fondo Especial de Empleo está aún pendiente no obstante la previsión contenida en el Informe sobre la Problemática de los Minusválidos aprobado por la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de los Diputados (ver nota 20) en el que se fijaba su constitución para "antes de comenzar el año 1995".

compromiso de incorporar "enclaves" o contratos programa de formación y readaptación al puesto.

Mención especial merece la aplicación de la cuota de reserva en el ámbito del empleo público, cuyo cumplimiento, como hemos visto en el apartado 6.3.4, ha sido hasta el momento más formal que real, ateniéndose más a la letra que al espíritu de la ley.

Conforme a la crítica contenida en el referido apartado habría que generalizar un porcentaje de reserva muy superior al tres por ciento para conseguir en un plazo razonable que al menos el dos por ciento del empleo público estuviese desempeñado por personas con discapacidad. Dicho porcentaje podría aumentarse en aquellos sectores y áreas funcionales más adecuadas conforme a las previsiones contenidas al efecto en el Acuerdo Administración-Sindicatos para el periodo 1995-1997 (capítulo 14, punto 4º).

Sería preciso, asimismo, buscar nuevas fórmulas de perfeccionamiento de las pruebas de acceso, eliminando aquellas cuya superación no sirve para acreditar la aptitud para el desempeño de las funciones del puesto al que se opta y aprovechar para contemplar las especificidades derivadas de los distintos tipos de discapacidades —físicas, sensoriales y psíquicas— adaptando las pruebas a las concretas limitaciones derivadas de cada una de ellas, todo ello lógicamente sin perjuicio del respeto a los principios de mérito y capacidad.

En paralelo se deberían reglamentar las adaptaciones de medios para la celebración de las pruebas por parte de los aspirantes con discapacidad, al menos las más frecuentes, de forma que se unifique y generalice el tratamiento dado por cada tribunal seleccionador.

Y todo ello debería completarse con la obligada referencia en cada convocatoria al umbral del aprobado de las distintas pruebas, y ello con independencia del nivel que marque en cada una de ellas el resto de los opositores.

Al margen de todo lo dicho, y para concluir el elenco de medidas demandadas en el ámbito del empleo ordinario, hay que decir que los sustanciales cambios habidos en las condiciones del mercado laboral, en particular en lo que se refiere a la flexibilización de la contratación, exigirían que las ayudas y subvenciones hasta ahora establecidas exclusivamente para la contratación indefinida se extendieran también a la contratación temporal.

6.4.2.2. Empleo Protegido

En el epígrafe 6.3.4, dentro del apartado destinado a reflejar los asuntos pendientes en el ámbito del empleo protegido, se contiene una crítica al funcionamiento de los CEEs que por las razones allí expuestas no han terminado por cumplir su objetivo final de servir de puente hacia el mercado ordinario de trabajo de los minusválidos en ellos empleados.

De dicha crítica se pueden deducir las medidas demandadas, para garantizar en su integridad en cumplimiento de los fines de los CEEs.

Por un lado estarían las acciones dirigidas a reforzar su viabilidad empresarial, estudiando los sectores de actividad en desarrollo, evitando la excesiva dependencia de la subcontratación por el peligro que ello conlleva, y potenciando los mecanismos de comercialización de sus productos, todo ello unido a un proceso de racionalización y actualización de las ayudas y subvenciones a que tienen acceso

Uno de dichos mecanismos podría ser, como ya se ha dicho al hablar de las medidas alternativas al cumplimiento del cupo de reserva por parte de las empresas ordinarias,

exonerar del cumplimiento de dicha obligación a aquellas empresas que contraten o subcontraten con ese tipo de Centros.

Otro lo constituiría el establecimiento de un trato preferencial en favor de los CEEs en materia de contratos de suministros y servicios por parte de las Administraciones Públicas, en la línea iniciada en la Ley 13/1995 de Contratos de las Administraciones Públicas, siguiendo el ejemplo del "Special Contracts Arrangement" (SCA) del Reino Unido²⁶, un sistema de registro adaptado a la normativa de la Comunidad Europea en materia de competencia, administrado por el Servicio de Empleo del Gobierno del Reino Unido, en el

²⁶ El ámbito de aplicación del "Special Contracts Arrangement" (SCA) se limita a contratos de suministros y servicios que no excedan el límite de 130.000 derechos especiales de giro fijados en las normas CE/GATT (unas 96.000 libras, esto es, aproximadamente 19 millones de pesetas), o de 200.000 ECU (unas 150.000 libras, que suponen aproximadamente 30 millones de pesetas) en el caso de determinados suministros textiles adquiridos por el Ministerio de Defensa.

Las condiciones que han de cumplir las organizaciones establecidas en cualquier país de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo para ser registradas como proveedores en el SCA son las siguientes:

- Ausencia de ánimo de lucro, con prohibición expresa en sus estatutos de pagar dividendos a los miembros, accionistas o propietarios.
- Al menos el 50 por ciento de los trabajadores han de ser discapacitados graves, con una capacidad de trabajo declarada comprendida entre el 30 y el 80 por ciento de la de un trabajador tipo realizando una tarea comparable. (Se entiende que si la capacidad de trabajo es inferior al 30 por cien, la persona sólo puede realizar actividades de terapia ocupacional y no una actividad productiva genuina).
- Esos trabajadores con discapacidad han de ocupar puestos de trabajo que impliquen la realización de una actividad productiva genuina y no una mera actividad terapéutica.
- Han de recibir salarios similares o muy parecidos a los que perciben los trabajadores no discapacitados que realizan un trabajo similar.
- Las administraciones contratantes deben tender a incrementar la contratación con los proveedores registrados en el SCA, asegurando a la vez que las firmas comerciales reciban un tratamiento justo. Cuando adjudican contratos basándose en este sistema, las administraciones públicas están obligadas a:
- Adjudicar el contrato al proveedor que ofrezca la oferta económicamente más ventajosa.
- Adjudicar el contrato a un proveedor registrado en el SCA si su oferta no es menos ventajosa económicamente que la oferta comercial más ventajosa.
- Si la oferta de un proveedor registrado en el SCA es rechazable únicamente en razón del precio ofertado, dicho proveedor podrá tener la oportunidad de proponer una oferta revisada por la totalidad del contrato o por parte de él.
- Si el proveedor registrado en el SCA es capaz de igualar el precio de la mejor oferta, debe serle adjudicado el contrato.
- No puede usarse el mecanismo de oferta revisada como medio de negociación con los proveedores comerciales para conseguir ulteriores reducciones de los precios ofertados.
- Ha de existir un registro de la utilización y de los resultados del mecanismo de oferta revisada.

La convocatoria para solicitar la inscripción en el registro SCA se publica anualmente en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas. No obstante, el plazo para presentar las solicitudes está abierto permanentemente.

Los solicitantes han de presentar un formulario de inscripción en el que consten los datos de identificación de la organización y de las personas de contacto apropiadas, información acerca del cumplimiento de los requisitos para el acceso al SCA, y una declaración firmada por persona debidamente autorizada de que la organización cumple los requisitos y de que la información facilitada es correcta.

que pueden solicitar su inscripción los Centros Especiales de Empleo y otros empleadores de personas con discapacidad de países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo que deseen contratar con la Administración británica. Los proveedores registrados en el SCA, tienen prioridad para la adjudicación del contrato si su oferta económica iguala a la mejor oferta presentada por los proveedores comerciales, siempre que cumplan el resto de los requisitos exigidos, y a su vez pueden, en los casos en que su oferta no sea aceptable en razón únicamente del precio, presentar una oferta revisada referida a parte o a la totalidad del contrato.

Otra medida, ésta dirigida a ambos objetivos, sería flexibilizar la regulación de la composición de la plantilla de los CEEs que en su formulación actual pudiera ser, además de inconcreta, excesivamente rígida, proponiéndose que se posibilite obtener la condición de CEE siempre que al menos un cincuenta y uno por ciento de la plantilla esté constituida por trabajadores con discapacidad.

Como fundamento de esta demanda se alega de un lado la mayor facilidad para rentabilizar la actividad productiva de los Centros, y de otro que la integración en un proyecto empresarial común de trabajadores con discapacidad y sin ella favorecería la transición de aquéllos al mercado laboral competitivo.

Finalmente, y en pos del objetivo último de estos centros que, como ya se ha repetido, es conseguir la promoción desde un empleo protegido a otro ordinario de sus trabajadores con discapacidad, se propone potenciar las funciones de los Equipos Multiprofesionales, especialmente las relativas al seguimiento de los trabajadores discapacitados integrados en CEEs, y al impulso de su promoción, en colaboración con los servicios de colocación, de aquellos cuya capacidad les haga susceptibles de integrarse en un empleo ordinario, objetivo éste cuya consecución justificaría, de otra parte, el establecimiento de ayudas a las empresas para la contratación de trabajadores con discapacidad provenientes de un CEE para paliar el posible déficit de rendimiento, al menos, al inicio de la relación laboral.

CUADRO 1
CREACION DE EMPLEO + AUTONOMOS, POR COMUNIDADES AUTONOMAS
SERIE HISTORICA DE GESTION

COMUNIDAD AUTONOMA	1991				1992				1993				1994				1995			
	Autó-nomo	P.T. en C.E.E.	TOTAL	SUBV. (Mill. de pts.)	Autó-nomo	P.T. en C.E.E.	TOTAL	SUBV. (Mill. de pts.)	Autó-nomo	P.T. en C.E.E.	TOTAL	SUBV. (Mill. de pts.)	Autó-nomo	P.T. en C.E.E.	TOTAL	SUBV. (Mill. de pts.)	Autó-nomo	P.T. en C.E.E.	TOTAL	SUBV. (Mill. de pts.)
ARAGON**	4	39	43	49,90	5	55	60	77,13	4	30	34	29,23	10	72	82	61,07	6	20	26	5,51
ASTURIAS	3	80	83	107,28	2	11	13	22,30	5	12	17	25,94	6	0	6	0	9	41	50	84,20
BALEARES	4	28	32	54,50	2	0	2	0,80	3	0	3	1,19	1	65	66	126,40	2	0	2	0,80
CANTABRIA	10	6	16	16,36	5	24	29	36,00	4	35	39	45,29	4	44	48	89,60	8	30	38	63,20
CEUTA/MELLILA	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	1	0	1	0,40
C-LA MANCHA**	8	6	14	12,29	6	25	31	23,96	16	5	21	16,40	8	16	24	35,20	3	33	36	17,07
CASTILLA/LEON**	10	29	39	42,91	17	39	56	60,92	7	53	60	95,74	21	41	62	80,52	8	43	51	78,28
CATALUÑA	13	489	502	895,33	0	17	17	29,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
EXTREMADURA**	12	47	59	98,80	9	3	12	9,23	5	16	21	22,80	8	14	22	30,05	0	45	45	90,00
MADRID	17	182	199	299,18	20	9	29	21,85	21	281	302	524,17	13	125	138	200,57	15	143	158	283,31
MURCIA**	11	0	11	4,40	10	3	13	10,60	2	9	11	5,54	12	0	12	4,80	13	44	57	68,19
RIOJA, LA**	3	5	8	10,20	5	1	6	2,80	5	5	10	13,71	5	19	24	27,44	2	4	6	0,50
PAIS VASCO	10	81	91	156,01	4	24	28	40,60	3	235	238	400,88	7	86	93	117,24	9	34	43	72,18
SUBTOTAL	105	992	1.097	1.747,36	85	211	296	335,19	75	481	756	1.180,89	95	482	577	775,29	76	437	513	763,94
ANDALUCIA				239,30				217,01				95,96	54	107	161	164,64	26	67	93	288,40
CANARIAS				25,82				40,87				16,83	0	19	19	28,38	0	12	12	49,28
CATALUÑA*				0,00				0,00				48,94	22	508	530	81,04	9	184	193	149,12
GALICIA				51,73				64,58				27,64	16	7	23	45,55	9	12	21	85,04
C. VALENCIANA				135,30				119,88				61,05	96	27	123	106,48	114	97	211	228,16
SUBTOTAL				452,15				442,34				250,42	188	648	856	426,09	158	372	530	800,00
TOTALES				2.197,51				777,53				1.431,31	283	1.150	1.433	1.201,38	234	809	1.043	1.563,94

* En el año 1992 se han transferido a Cataluña 1.176,7 millones de pts., tanto para creación como para mantenimiento de puestos de trabajo

** Además de los cuantías que figuran en 1995, gestionados por el INEM a las CC.AA. señaladas, al haber asumido competencias de gestión durante el año, se les ha transferido un total de 584,65 millones de pesetas, para mantenimiento y creación, con la siguiente distribución: Aragón, 208,33 millones; Castilla-La Mancha, 52,93 millones; Castilla-León 170,40 millones; Extremadura, 107,46 millones; Murcia, 22,39 millones y La Rioja, 23,14 millones.

CUADRO 2
PLANTILLA DE MINUSVALIDOS EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO
SERIE HISTORICA 1991-1995

COMUNIDAD AUTONOMA	1991		1992		1993		1994		1995	
	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE
ARAGON	303	3,89%	374	4,46%	339	3,67%	447	3,96%	584	4,32%
ASTURIAS	498	6,39%	489	5,83%	452	4,89%	492	4,36%	549	4,06%
BALEARES	51	0,65%	99	1,18%	120	1,30%	178	1,58%	234	1,73%
CANTABRIA	192	2,46%	220	2,62%	247	2,67%	316	2,80%	364	2,69%
CANT-LA MANCHA	89	1,14%	95	1,13%	106	1,15%	86	0,76%	128	0,95%
CASTILLA-LEON	431	5,53%	486	5,79%	533	5,76%	649	5,76%	738	5,46%
CATALUÑA	1.565	20,08%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
EXTREMADURA	216	2,77%	244	2,91%	267	2,89%	324	2,87%	401	2,96%
MADRID	1.183	15,18%	1.272	15,16%	1.347	14,56%	1.453	12,88%	1.554	11,49%
MURCIA	57	0,73%	52	0,62%	34	0,37%	59	0,52%	65	0,48%
RIQUJA, LA	24	0,31%	52	0,62%	45	0,49%	56	0,50%	63	0,47%
PAIS VASCO	1.853	23,78%	2.114	25,19%	2.381	25,74%	2.698	23,92%	2.955	21,70%
CEUTA/MELILLA	0	0,00%	0	0,00%	4	0,04%	4	0,04%	4	0,03%
SUBTOTAL	6.462	82,92	5.497	65,50%	5.875	63,52%	6.762	59,96%	7.619	56,33%
ANDALUCIA	706	9,06%	706	8,41%	786	8,50%	948	8,41%	1.068	7,90%
CANARIAS	71	0,91%	71	0,85%	71	0,77%	103	0,91%	161	1,19%
CATALUNA	0	0,00%	1.565	18,65%	2.002	21,65%	2.755	24,43%	3.817	28,22%
GALICIA	174	2,23%	174	2,07%	174	1,88%	282	2,50%	313	2,31%
C. VALENCIANA	380	4,88%	380	4,53%	341	3,69%	427	3,79	547	4,04%
SUBTOTAL	1.331	17,08%	2.896	34,50%	3.374	36,48%	4.515	40,04%	5.906	43,67%
TOTALES	7.793	100,00%	8.393	100,00%	9.249	100,00%	11.277	100,00%	13.525	100,00%

CUADRO 3

SUBVENCIONES MANTENIMIENTO (50% S.M.I.) EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO Y OTRAS AYUDAS VARIAS
SERIE HISTORICA DE GESTION

1991			1992			1993			1994			1995		
Nº CENTROS	PLANTILLA	MILL. PTS.	Nº CENTROS	PLANTILLA	MILL. PTS.	Nº CENTROS	PLANTILLA	MILL. PTS.	Nº CENTROS	PLANTILLA	MILL. PTS.	Nº CENTROS	PLANTILLA	MILL. PTS.
13	303	90,86	14	374	104,94	13	339	120,41	16	440	154,98	19	584	49,19
11	498	143,37	11	489	234,85	11	452	166,54	12	446	195,80	18	549	215,45
4	51	9,99	7	99	36,10	7	120	36,36	5	181	56,69	11	234	70,25
5	192	61,38	5	220	75,78	5	247	88,17	5	270	93,66	8	364	132,14
7	89	21,42	8	95	39,89	10	106	33,17	8	86	26,31	17	128	19,50
26	431	125,91	27	486	162,19	29	533	201,08	33	608	265,04	44	738	123,15
58	1.565	513,39	0	0	35,61	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
11	216	74,00	11	244	80,29	14	267	93,39	17	317	105,16	18	401	42,70
31	1.183	368,15	37	1.272	449,71	36	1.347	478,19	44	1.443	610,78	50	1.554	681,58
3	57	11,93	4	52	12,11	3	34	7,03	5	59	32,70	6	65	11,03
3	24	6,55	4	52	9,99	4	45	12,33	5	54	16,08	5	63	9,06
24	1.853	562,12	26	2.114	777,27	35	2.381	705,55	41	2.707	1.080,53	46	2.935	1.046,67
0	0	0,00	0	0	0,00	1	4	1,74	1	4	1,69	1	4	1,75
196	6.462	1.989,07	154	5.497	2.018,73	168	5.875	1.943,96	196	6.615	2.639,42	243	7.619	2.402,46
29	706	452,97	29	706	477,36	38	786	428,04	47	948	460,78	53	1.068	515,31
5	71	45,60	5	71	48,06	7	71	43,01	10	103	46,30	13	161	46,46
0	0	0,00	58	1.565	1.176,70	87	2.002	948,77	98	2.755	1.021,36	125	3.817	1.312,95
18	174	111,63	18	174	117,63	22	174	105,52	18	282	113,59	22	313	114,17
41	380	243,83	41	380	256,95	29	341	290,35	34	427	247,97	41	547	223,69
93	1.331	854,03	151	2.896	2.076,70	183	3.374	1.755,69	207	4.515	1.890,00	254	5.906	2.212,59
289	7.793	2.843,0	305	8.393	4.095,43	351	9.249	3.699,65	403	11.130	4.529,42	497	13.525	4.615,05

En el año 1992 se han transferido a Cataluña 1.176,7 millones de pts., tanto para creación como para mantenimiento de puestos de trabajo

Además de las cuantías que figuran en 1995, gestionadas por el INEM a las CC.AA. señaladas, al haber asumido competencias de gestión durante el año, se les ha transferido un total de 584,65 millones de pesetas, para mantenimiento y creación, con la siguiente distribución: Aragón, 208,33 millones; Castilla-La Mancha, 52,93 millones; Extremadura, 107,46 millones; Murcia, 22,39 millones y La Rioja, 23,14 millones.

CUADRO 4
PLANTILLA DE MINUSVALIDOS EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO
SERIE HISTORICA 1991-1995

COMUNIDAD AUTONOMA	1991		1992		1993		1994		1995	
	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE	PLANTILLA	PORCENTAJE
ARAGON	140,76	2,79%	182,07	3,74%	149,64	2,92%	216,05	3,77%	263,02	3,89%
ASTURIAS	250,65	4,97%	257,15	5,28%	192,48	3,75%	198,20	3,46%	299,65	4,43%
BALEARES	64,49	1,28%	36,90	0,76%	37,55	0,73%	183,09	3,19%	71,05	1,05%
CANTABRIA	77,94	1,55%	111,78	2,29%	133,46	2,60%	183,26	3,20%	195,33	2,89%
CAST.-LA MANCHA	33,71	0,67%	63,85	1,31%	49,57	0,97%	61,51	1,07%	89,50	1,32%
CASTILLA-LEON	168,82	3,35%	223,11	4,58%	296,82	5,78%	345,56	6,03%	371,83	5,50%
CATALUÑA*	1.408,72	27,94%	64,61	1,33%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
EXTREMADURA	172,80	3,43%	89,52	1,84%	116,19	2,26%	135,21	2,36%	240,16	3,55%
MADRID	667,33	13,23%	471,56	9,68%	1.002,36	19,54%	811,35	14,16%	964,90	14,27%
MURCIA	16,33	0,32%	22,71	0,47%	12,57	0,24%	37,50	0,65%	101,61	1,50%
RIOJA, LA	16,75	0,33%	12,79	0,26%	26,04	0,51%	43,52	0,76%	33,00	0,49%
PAIS VASCO	718,13	14,24%	817,87	16,78%	1.106,43	21,56%	1.197,77	20,90%	1.118,86	16,54%
CEUTA/MELLA	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1,74	0,03%	1,69	0,03%	2,15	0,03%
SUBTOTAL	3.736,43	74,10%	2.353,92	48,31%	3.124,85	60,90%	3.414,71	59,59%	3.751,05	55,46%
ANDALUCIA	692,27	13,73%	694,37	14,25%	524,00	10,21%	625,42	10,91%	603,71	11,88%
CANARIAS	71,42	1,42%	88,93	1,82%	59,84	1,17%	74,68	1,30%	95,75	1,42%
CATALUÑA	0,00	0,00%	1.176,70	24,15%	997,71	19,44%	1.102,40	19,24%	1.462,07	21,62%
GALICIA	163,36	3,24%	182,21	3,74%	133,16	2,60%	159,14	2,78%	199,21	2,95%
C. VALENCIANA	379,13	7,52%	376,83	7,73%	291,40	5,68%	354,45	6,19%	451,85	6,68%
SUBTOTAL	1.306,18	25,90%	2.519,04	51,69%	2.006,11	39,10%	2.316,09	40,41%	3.012,59	44,54%
TOTALES	5.042,61	100,00%	4.872,96	100,00%	5.130,96	100,00%	5.730,80	100,00%	6.763,64	100,00%

* En 1992, en la Comunidad Autónoma de Cataluña se han subvencionado acciones por importe de 64,6 millones de pts., correspondientes a obligaciones pendientes de 1991.

7. SERVICIOS SOCIALES

ANTONI VILÀ I MANCEBO

7.1. ANTECEDENTES Y DEMANDAS

Al tratar de hacer un balance de lo acaecido en los últimos 20 años en materia de servicios sociales¹ para personas con discapacidad nos hemos de referir a un período clave de nuestra historia reciente que tiene como epicentro la Ley 13/1992, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). Esta norma tuvo un largo período de gestación, cuyos primeros antecedentes podemos situarlos en los inicios de los años 70 (creación del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos —SEREM—, Conferencia MINUSVAL'74, Comisión Interministerial para la Integración Social de los Minusválidos, etc.), pero toma cuerpo a partir de la segunda mitad de este decenio —coincidiendo con la etapa de transición—, impulsada especialmente por la lucha reivindicativa de varios grupos de personas con discapacidad física (coordinadoras de grupos de base) en busca del reconocimiento de sus derechos. El camino legislativo se inicia con la creación de la "Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de los minusválidos" a finales de 1977, que presidió con gran acierto y tenacidad el recordado Ramón Trias Fargas²,

A continuación, analizaremos cronológicamente la situación de servicios sociales para personas con discapacidad antes de la aprobación de la LISMI. Para ello, dividimos este período en tres etapas: situación pre-constitucional; planteamientos de la Constitución española (CE); estatutos de autonomía y transferencias de servicios.

7.1.1. La situación pre-constitucional

De las instituciones y prestaciones relacionadas con los servicios sociales únicamente haremos una breve referencia a aquéllas que subsistieron hasta el momento de aprobación de la LISMI.

7.1.1.1. Beneficencia pública

Si tomamos como punto de partida la segunda Ley General de Beneficencia de 1849³, podemos observar como otorga a la beneficencia pública importantes atribuciones en los diferentes niveles de la Administración (central, provincial y municipal), referentes a la protección sanitaria, educativa y socio-asistencial. Esta ley y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto de 14 de mayo de 1852) concretan la obligación de los poderes públicos de establecer determinadas prestaciones y servicios; como ejemplo referido al campo de la discapacidad, podemos citar las relativas a: "seis casas de dementes, dos de ciegos, dos

¹ En este trabajo consideramos los servicios sociales como el "conjunto de actividades de ayuda humana, técnica y aún material, que es particularmente, aunque no exclusivamente, demandada por colectivos demográficos o categorías sociales diferenciadas: familia, infancia, viejos, gente con discapacidad, toxicómanos, emigrantes, etc. Pero adviértase que estos colectivos no sólo consumen acción social o servicios sociales, sino también servicios de sanidad, educación, protección de empleo, mantenimiento de rentas, vivienda... Por otra parte, esta rama de servicios no tiene sólo a tales colectivos como usuarios potenciales, sin que se ofrece a toda la población" (*Informe Sociológico sobre la situación social en España*, Capítulo XI "Acción Social y servicios sociales". Madrid, Fundación FOESSA, 1994. Pág. 1745-1746).

² Puede consultarse la historia de esta época referente a las personas con discapacidad física en Cataluña en *Crónica de una lucha por la igualdad*. Barcelona, Fundació Institut Guttmann, 1994.

³ Esta ley tiene su precedente en la Ley de 23 de enero-6 de febrero de 1822.

de sordomudos y dieciocho de decrepitos imposibilitados e impedidos"⁴. La aplicación de esta ley se caracterizó por su marcado carácter discrecional, la escasez de recursos, sus métodos obsoletos, la poca observancia de sus normas y sus consecuencias estigmatizantes; estos aspectos negativos y el inicio de las primeras formas de previsión social y de seguros sociales obligatorios fueron los causantes de su declive a inicios del presente siglo.

Después de la Guerra Civil se produjo la abolición de las normas e instituciones de la Segunda República; sin embargo, continuó vigente la Ley de Beneficencia, que ha llegado hasta fechas recientes. A esta institución se le añadió otra, más politizada y con menor solidez jurídica, nos referimos al Auxilio Social, que posteriormente se englobó con parte de la beneficencia pública central en el Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS, 1974).

7.1.1.2. Asistencia social

El término asistencia social tuvo sus primeras formulaciones con anterioridad a la Guerra Civil; después se recuperó con la creación del Fondo Nacional de Asistencia Social (1960), el citado INAS y también se introdujo, como veremos, en el ámbito de la seguridad social. La creación de los Fondos Nacionales (Fondo Nacional para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades, Fondo Nacional de Asistencia Social, Fondo Nacional de Protección al Trabajo y Fondo Nacional de Crédito para la Difusión de la Propiedad Inmobiliaria) se produce a partir del Plan de estabilización (1959), que significó cambios importantes en los planteamientos económicos y sociales.

A pesar de la importancia e incidencia que tuvieron estos fondos en la política social, no crearon nuevos organismos, sólo fueron instrumentos financieros. En concreto, el Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS) no fue propiamente un servicio social, sino una nueva e importante fuente de recursos para el sector, que se dirigió prioritariamente a la satisfacción de necesidades básicas, mediante prestaciones económicas periódicas individuales para ancianos y enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo sin medios económicos sin posibilidad de percibir otra pensión del Estado, provincia, municipio, ni prestaciones de la seguridad social. También posibilitó el establecimiento de ayudas individuales a la infancia necesitada y a personas con discapacidad u otros colectivos en estado de necesidad. Por otro lado, instauró subvenciones a instituciones sin ánimo de lucro para la realización de programas destinados a la discapacidad, la vejez, toxicomanías, etc. El Fondo Nacional de Protección al Trabajo (FNPT) también abrió varias líneas de subvenciones, entre las cuales cabe destacar las dirigidas a la integración laboral de las personas con discapacidad.

7.1.1.3. Seguridad Social

La Ley 193/1963, de 28 de Diciembre, de Bases de la Seguridad Social, se fijó como objetivo "operar el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales a un Sistema de Seguridad Social". Entre las directrices que presiden esta ley se cita "la preocupación preferente sobre los servicios de recuperación, y rehabilitación", creando dentro del nuevo sistema los servicios sociales como "complemento de las prestaciones otorgadas ante las diversas situaciones y contingencias previstas... con funciones definidas en orden a la reeducación

⁴ Citado por Demetrio Casado en *Introducción a los Servicios Sociales* (5ª Edición), Madrid, Editorial Popular, 1994, Pág. 143.

⁵ Por ejemplo, la Generalidad de Cataluña en la II República aprobó la Ley de Bases para la organización de los Servicios de Sanidad y Asistencia Social, de 22 de marzo de 1934.

y rehabilitación de inválidos, medicina preventiva, higiene y seguridad en el trabajo y acción formativa, buscándose así la apertura de la Seguridad Social hacia campos nuevos y fecundos de promoción social y comunitaria"; señalando a continuación su voluntad de "potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso de las personas comprendidas en su campo de aplicación a las de carácter técnico, tanto preventivas como recuperadoras, rehabilitadoras y reeducadoras".

Por otro lado, esta ley considera que la "Seguridad Social, entendida como sistema de superación de los esquemas clásicos de Previsión y Seguros Sociales, exige inexcusablemente un régimen complementario de Asistencia Social", reservandoa para actuar en casos límite: "para paliar o eliminar los estados de necesidad en que puedan incidir las personas incluidas en el campo de aplicación de la Ley cuando no se acredite el derecho a las prestaciones o se haya agotado el tiempo máximo previsto para su disfrute, incluidas las prórogas, o resulten insuficientes para la satisfacción de las necesidades que las determinan".

AJ. SEREM

El Decreto 2531/1970, de 22 de Agosto, sobre el empleo de trabajadores minusválidos, en desarrollo de la citada Ley de Bases de la Seguridad Social y su texto articulado, creó el "Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos" al que se le encomendaban "todas las acciones que reglamentariamente se le atribuyan en la aplicación de este Decreto, principalmente las encaminadas a la rehabilitación médica y laboral, para lo cual creará sucesivamente los centros correspondientes, así como los de asistencia posterior a minusválidos". Después, el Decreto 731/1974, de 21 de febrero, fusionó este Servicio con el "Servicio Social de Asistencia a los Subnormales", que había sido establecido por el Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, dando lugar al Servicio Común de la Seguridad Social denominado "**Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos**", conocido por sus siglas: SEREM. Este Servicio durante su existencia fue un instrumento básico del desarrollo de las políticas públicas y un elemento de promoción de la iniciativa privada en el ámbito de la atención e integración de las personas con discapacidad. Una de sus primeras actuaciones fue la convocatoria de un forum a nivel estatal (Conferencia MINUSVAL'74), que marcó un hito en el campo de la discapacidad en nuestro país. Este organismo se estructuró territorialmente mediante los Gabinetes Provinciales y su instrumento de acción fueron los Planes Asistenciales, que contemplaban diversas ayudas y subvenciones para formación, empleo, movilidad, organización del ocio y otras actividades asistenciales; por otro lado, pusieron en marcha los equipos de valoración y crearon diversos equipamientos⁶.

El SEREM fue extinguido por el Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, que estableció un nuevo modelo de gestión de la Seguridad Social, fundamentado en tres entidades gestoras: INSS, INSALUD e INSERSO, a las cuales se les encomendaba la gestión de las prestaciones económicas, de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales, respectivamente. Por otro lado, esta norma pretendía reintegrar al Estado "las funciones que había asumido la Seguridad Social y que no son propias de ella: empleo, educación y servicios sociales". Así, pues, consolida a nivel estatal dos redes públicas de servicios sociales: la propiamente estatal y la de la seguridad social; este aspecto adquirirá, posteriormente, un relieve especial en la aplicación de las reglas constitucionales de distribución competencial.

⁶ VVAA. Diez años del Servicio Social de Minusválidos, 1972-82. Madrid, INSERSO, 1983.

B). INSERSO

El **Instituto Nacional de Servicios Sociales** (INSERSO), es pues una entidad gestora de la asistencia social y los servicios sociales de la Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, competente en la "gestión de los servicios complementarios de la Seguridad Social"; según establece el Real Decreto-Ley 1856/1979, de 30 de Julio. A este Instituto se le encomendó, entre otras, la gestión de los servicios sociales que el SEREM instrumentaba.

Este Instituto fue estructurado inicialmente en tres servicios sociales: Tercera Edad; Minusválidos Físicos y Psíquicos; Programas Especiales. Referente a las personas con discapacidad protegidas por la Seguridad Social, realizaba fundamentalmente las funciones siguientes:

- a) Determinación de la existencia de posibilidad de recuperación y, en su caso, la elaboración y desarrollo del programa en las situaciones de invalidez de la Seguridad Social.
- b) Gestión de todos los aspectos relativos a la fijación y ejecución de los programas individuales de recuperación para la rehabilitación integral del minusválido.
- c) Reconocimiento y calificación de la condición legal de minusválido y orientación y asesoramiento técnico, mediante los Equipos de Valoración y Orientación (EVO).
- d) Gestión de las prestaciones individuales no periódicas de convocatoria anual.
- e) Gestión de las subvenciones a Corporaciones Locales e instituciones sin ánimo de lucro que prestan servicios para el tratamiento, integración, mentalización, estudios, así como asesoramiento técnico a las mismas.
- f) Gestión de la prestación económica de la Seguridad Social, establecida por Orden de 8 de Mayo de 1970 (3000 pta./mes) para los trabajadores o pensionistas que tuvieran hijos u otra persona minusválida a su cargo.

Como conclusiones de este período que hemos descrito someramente, destacamos las siguientes características generales:

Primera. Se distinguen, al menos, tres grandes redes o complejos institucionales del sector público¹⁰:

– *Estatal.*

La beneficencia pública, la asistencia y los servicios sociales del Estado: Fondo Nacional de Asistencia Social. Instituto Nacional de Asistencia Social, etc.

– *Seguridad Social.*

La asistencia y los servicios sociales de la Seguridad Social (INSERSO).

– *Administración Local.*

La beneficencia pública, la asistencia social y los servicios sociales de las Diputaciones Provinciales y de los Ayuntamientos.

Segunda. El sector privado (Iglesia, asociaciones de afectados, de padres, voluntarias, etc.) disponía de otra importante red de servicios para personas con discapacidad y tenía,

¹⁰ VÁLLE, A. *Modelos de Servicios Sociales en el Estado de las Autonomías*, Madrid, Fundación IESA, 1985.

por tanto, gran incidencia en el ámbito de la discapacidad. Sin embargo, en la práctica, este sector operaba con independencia y con poca coordinación con las redes públicas, a pesar de recibir subvenciones de la Administración.

Tercera. El perfil de los servicios sociales en el momento histórico que describimos, ofrece las siguientes peculiaridades:

- a) Oferta sesgada hacia la especialización, la institucionalización y las prestaciones económicas puntuales, y la consiguiente escasez de orientaciones de carácter primario y de cariz preventivo.
- b) Inarticulación legal y dispersión administrativa y orgánica.
- c) Ausencia de sistemas de planificación y coordinación institucional, que generó un crecimiento espontáneo de los servicios privados.
- d) Sistema centralizado y con insuficientes canales de participación.
- e) Escasa dotación económica, déficit de servicios e importantes desequilibrios territoriales.
- f) Falta de bases informativas y de instrumentos de planificación del sector.

7.1.2. Los servicios sociales en la Constitución española

La promulgación de la Constitución Española de 1.978 (CE), supone un cambio radical en relación a la situación anterior y abre un amplio período de transición. El nuevo modelo de Estado que establece se caracteriza por ser democrático, descentralizado y social. Este último aspecto viene establecido explícitamente en el primer artículo ("... Estado Social...") y concretado en el mandato contenido en el artículo 9.2 de la CE:

"Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social"

Referente a las personas con discapacidad, la Constitución les dedica el artículo 49 que establece:

"Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos".

Si atendemos, ahora, al concepto constitucional de los servicios sociales y de la asistencia social observamos que:

- a) La única referencia constitucional explícita a los servicios sociales la encontramos en el artículo 50, relativo a la Tercera Edad ("*... un sistema de **servicios sociales** que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio*"), que es imprecisa y amplia, y que, por otro lado no se corresponde con ninguna de las definiciones técnicas comúnmente admitidas⁸.
- b) Diversos artículos de la Constitución hacen referencia a grupos o colectivos que normalmente configuran el ámbito de los servicios sociales: familia e infancia (Art. 39);

⁸ RUBIOL, G. *Los Servicios Sociales I*. Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1986. Pág. 14 y sig.

juventud (Art. 48); disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (Art. 49); tercera edad (Art. 50), etc.

- c) El término "asistencia social" se cita únicamente en el artículo 14. 1.20 como posible competencia autonómica, pero sin determinar su contenido.
- d) El artículo 41 hace una definición muy amplia y ambigua de la seguridad social: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad", que podrá incluir los servicios sociales. Recordemos que esta materia se reserva al Estado la "legislación básica y el régimen económico". (Art. 149. 1.17 CE).
- e) La regulación de las condiciones básicas que han de garantizar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de todos los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales, según el artículo 149. 1.1 CE, se reserva a la competencia exclusiva del Estado.
- f) En el citado artículo que trata de las competencias del Estado no figura ni la asistencia ni los servicios sociales.

A la vista de esta situación queda patente la indeterminación semántica con que la Constitución trata el tema de la asistencia y los servicios sociales. Esta situación se agrava aún más al no ajustarse la mayoría de Estatutos de Autonomía a la terminología constitucional y establecer competencias exclusivas en "asistencia social y servicios sociales"; "asistencia social y beneficencia"; "asistencia social y bienestar social"; "servicios sociales y bienestar social". Esta situación ha propiciado abundantes trabajos y debates sobre dichos términos, que "en cualquier caso, ha de añadirse que todas estas cuestiones tendrían una fuerte carga de nominalismo si no fuera porque, a causa del distinto régimen competencial a que están sometidos la Seguridad Social y la Asistencia Social, el problema se sitúa claramente en el terreno político, estribando a la postre, en el reparto del dinero y del poder"⁹.

A pesar del enorme interés de estas cuestiones interpretativas, que aún hoy permanecen abiertas, no podemos adentrarnos en este tema por superar ampliamente el objetivo del presente trabajo¹⁰; por ello, nos centraremos en la interpretación dada por las Comisiones mixtas de traspasos que, a pesar de no ser uniformes, han coincidido en considerar el término constitucional "asistencia social" como comprensivo de los servicios sociales, y, así, se han transferido a las comunidades autónomas, con carácter de competencia exclusiva, las materia de "servicios y asistencia sociales"; la única excepción la constituyen los

⁹ AZNAR, M. "Nuevas Variaciones sobre la descentralización de los Servicios Sociales: la interpretación "inglesa" de un modelo constitucional "a la francesa", en "Descentralización de los Servicios Sociales", Madrid, Editorial ACEBO, 1988, Pág. 74.

¹⁰ Pueden consultarse, entre otras, las publicaciones siguientes:

VVAA, I y V Jornadas de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social, *Los Servicios Asistenciales y Sociales en el Estado de las Autonomías y Aplicaciones de las Leyes de Servicios Sociales*, Madrid, Edif. Marsiega y Acebo, 1983 y 1987, respectivamente.

ALEMÁN, M^o C. "Régimen Jurídico de los servicios sociales en España", en *Administración Social: servicios de bienestar social*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1996.

Con referencia al ámbito concreto de la seguridad social, son interesantes las ponencias de las *Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías, Barcelona 1-3 de marzo de 1984* publicadas por la Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1985.

servicios sociales de la seguridad social, en cuya transferencia primó la procedencia de esta y siguen, por tanto, el régimen competencial del artículo 149.17 CE¹¹.

7.1.3. Los servicios sociales en los Estatutos de Autonomía y los traspasos de servicios

A partir de las previsiones constitucionales se abre el período de formación de las comunidades autónomas y de aprobación de sus correspondientes Estatutos de Autonomía. Este proceso duró más de tres años, desde finales de 1979 a principios de 1983. En el momento del nacimiento de la LISMI, se estaba en pleno proceso de creación del Estado autonómico, teniendo ya aprobado Estatuto de Autonomía el País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Asturias y Cantabria.

El eje central de estos Estatutos lo constituyen la determinación del quantum competencial autonómico, constituido a partir de las reglas constitucionales comprendidas en los artículos 147-148-149 CE. De acuerdo con dichos preceptos se establecen inicialmente dos grupos de comunidades autónomas:

- *Vía rápida.* Las constituidas a partir de la Disposición Transitoria Segunda (las que hubieran plebiscitado afirmativamente proyectos de Estatutos de Autonomía y que en el momento de promulgar la CE tuvieran un régimen provisional de autonomía) o la Disposición Adicional Primera (actualización del régimen foral), así como aquellas otras que optaran por la vía del artículo 151 de la CE. Estas comunidades autónomas podían asumir inicialmente funciones en todas las materias no atribuidas expresamente al Estado.
- *Vía lenta.* Las demás comunidades autónomas, constituidas al amparo del artículo 143 CE, podían asumir inicialmente sólo competencias en las 22 materias relacionadas en el artículo 148 CE, que eran ampliables, como señala el apartado segundo del mismo artículo, transcurridos cinco años, mediante la reforma de sus Estatutos en el marco establecido en el artículo 149 CE. Por otro lado, estas comunidades podían también ampliar las citadas competencias, antes de transcurridos los cinco años, mediante el procedimiento previsto en el artículo 150 CE, mediante leyes orgánicas, como ocurrió en los casos de Canarias y de la Comunidad Valenciana.

De acuerdo con las posibilidades que ofrecían estos criterios de reparto competencial, en todos los Estatutos de Autonomía se atribuyeron competencia exclusiva en materia de asistencia y servicios sociales, aunque describen el campo material con distintas denominaciones, como ya hemos comentado anteriormente. Además, algunos Estatutos atribuyen, con un criterio muy discutible, este mismo tipo competencial a la atención de colectivos y grupos considerados acreedores de especial atención (por ejemplo, juventud; tercera edad; menores; mujer; minusválidos; emigrantes, etc.), ya que estas personas, igual que todas las demás, están sujetas a diferentes ámbitos materiales (salud, educación, trabajo, etc.), sobre los cuales las comunidades autónomas tienen generalmente sólo competencias compartidas.

Las únicas referencias explícitas a la discapacidad las encontramos en los Estatutos de Autonomía de la Comunidad Valenciana, que en su artículo 31,27 establece la competencia exclusiva en "*instituciones públicas de protección y ayuda a ... minusválidos...*, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación", y en el de Castilla-La Mancha, que en el artículo 31,p recoge la

¹¹ MONTRAVETA, M^o I. y VILÀ, A. *La Legislación Autonómica de Servicios Sociales*. Barcelona, Federación ECOM. 1987.

competencia exclusiva en la "promoción y ayuda a... minusválidos..., incluida la creación de centros de protección, reinserción o rehabilitación".

En materia de Seguridad Social el régimen competencial viene condicionado, en primer lugar, por la reserva que la CE establece a favor del Estado en el citado artículo 149.1.17. (legislación básica y régimen económico). Los Estatutos de Autonomía recogen de forma distinta la competencia sobre esta materia, según sean de "vía lenta" (la seguridad social no se encuentra entre las 22 materias del artículo 149), que señalan el techo competencial inicial) o de "vía rápida".

Del examen de las competencias que en materia de seguridad social establecen los Estatutos de Autonomía, se puede establecer la siguiente clasificación:

- a) Un primer grupo constituido por el País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Navarra y Valencia, que tienen atribuidas competencia en:
- Desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico.
 - Gestión del régimen económico.
 - Organización y administración de todos los servicios.
 - Tutela de las instituciones, entidades y fundaciones.

El ejercicio de estas competencias debe ajustarse a criterios de participación. Por otro lado, el Estado se reserva la alta inspección.

- a) Para las demás comunidades la seguridad social es una competencia asumible transcurridos cinco años o en virtud de Ley Orgánica de Delegación o Transferencia. En la mayoría de sus Estatutos no se concretan las funciones que asumirán en esta materia, a excepción de los de la Región de Murcia ("*gestión del régimen económico de la seguridad social*", art. 13 l. II), Canarias ("*ejecución de los servicios de la seguridad social*", art. 3) e Islas Baleares ("*servicios de la seguridad social y gestión de su régimen económico*", art. 12, 5.)

- a) Finalmente, queda el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid, cuyo Estatuto no mencionaba esta materia.

Una vez superados los cinco años establecidos en el artículo 148.2 de la CE y logrado el consenso de las diversas fuerzas políticas, mediante los acuerdos autonómicos de 28 de febrero de 1992, se aprobaron por leyes orgánicas las reformas de los Estatutos de las autonomías de vía lenta¹². Esta ampliación les atribuye competencias en materia de asistencia y servicios sociales en dos grados distintos:

- *Competencia exclusivas en asistencia y servicios sociales*. En estas últimas leyes orgánicas se mantiene la disparidad y falta de rigor terminológico mencionado:

¹² ASTURIAS: Ley Orgánica 1/1994, de 24 de marzo; CANTABRIA: Ley Orgánica 2/1994, de 24 de marzo; LA RIOJA: Ley Orgánica 3/1994, de 24 de marzo; REGIÓN DE MURCIA: Ley Orgánica 4/1994, de 24 de marzo; COMUNIDAD VALENCIANA: Ley Orgánica 5/1994, de 24 de marzo. En este caso, la ley deroga las disposiciones primera y segunda y le añade una disposición adicional tercera al Estatuto de autonomía; ARAGÓN: Ley Orgánica 6/1994, de 24 de marzo; CASTILLA-LA MANCHA: Ley Orgánica 7/1994, de 24 de marzo; EXTREMADURA: Ley Orgánica 8/1994, de 24 de marzo; ISLAS BALEARES: Ley Orgánica 9/1994, de 24 de marzo; COMUNIDAD DE MADRID: Ley Orgánica 10/1994, de 24 de marzo; CASTILLA Y LEÓN: Ley Orgánica 11/1994, de 24 de marzo.

"asistencia y bienestar social" (Asturias, Cantabria, La Rioja, Extremadura), "bienestar social y servicios sociales" (Región de Murcia), "asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario" (Aragón), "asistencia social y servicios sociales" (Castilla-La Mancha, Castilla y León), "asistencia y beneficencia sociales" (Islas Baleares), "asistencia social" (Comunidad de Madrid). En el caso de Castilla-La Mancha se cita como competencia la "promoción y ayuda" a determinados colectivos entre los que figuran los "minusválidos".

- *Competencia compartida en materia de servicios sociales de la seguridad social: "Gestión de las prestaciones y servicios sociales del sistema de Seguridad Social: Inerso. La determinación de las prestaciones del sistema, los requisitos para establecer la condición de beneficiario y la financiación se efectuará de acuerdo con las normas establecidas por el Estado en el ejercicio de sus competencias de conformidad con lo dispuesto en número 17 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución."*

De acuerdo con las citadas previsiones constitucionales y estatutarias se realizó el proceso de transferencias a las comunidades autónomas de los servicios que les correspondían en virtud de las competencias que tenían atribuidas. La aprobación de la LISMI coincide con este proceso de descentralización de la materia de asistencia y servicios sociales. En aquel momento se hallaba en plena transferencia el bloque de la asistencia y servicios sociales estatales (FNAS, INAS, etc.) y ya se había iniciado el correspondiente a la Seguridad Social (Inerso) en Cataluña. Posteriormente, este proceso se fue ampliando y en la actualidad, mediante la ampliación competencial citada, se halla prácticamente cerrado.

7.2. DISPOSICIONES DE LA LISMI Y SU CRÍTICA

7.2.1. Disposiciones relativas a servicios sociales contenidas en la Ley 13/1982¹³

La LISMI dedica el Título VIII a los Servicios Sociales¹⁴; este título sufrió varias modificaciones durante el proceso de trámite parlamentario, que alcanzaron al propio nombre (en la proposición de ley se denominaba "asistencia social"). Estos cambios son debidos a la influencia que iban ejerciendo sobre la proposición de ley las transformaciones sociales y jurídicas que se producían en España y, en todo caso, supone, como veremos, la superación de las concepciones benéficas a las que hemos hecho referencia.

El contenido de este Título diseña un modelo de servicios sociales para personas con discapacidad moderno y abierto, que se nutrió de las tendencias más avanzadas y, al propio tiempo, influyó en los servicios sociales autonómicos que estaban naciendo.

¹³ El año 1982 fue un año importante para las políticas en materia de discapacidad, ya que además de aprobarse la LISMI, este año la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en su trigésimo séptimo período de sesiones, por Resolución 37/52, de 3 de diciembre de 1982, el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad.

¹⁴ Referente al contenido de la LISMI puede consultarse el Trabajo de AZNAR, M., AZÚA, P. y NIÑO, E. *Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril*. Madrid, INSERSO, 1982.

7.2.2. Objetivos

El artículo 49 de la LISMI fija dos objetivos:

- Garantizar a las personas con discapacidad el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad.
- Superación de las discriminaciones adicionales padecidas por las personas con discapacidad que residan en zonas rurales.

Así, pues, el objetivo general de los servicios sociales para personas con discapacidad consiste en posibilitar la superación de las desventajas y marginaciones que a menudo padece la población discapacitada, con el fin de lograr su integración y bienestar social. Tiene, además, un objetivo específico dirigido a solventar las graves desventajas adicionales que sufren las personas con minusvalía que viven en las zonas rurales, que se ven sometidas a difíciles comunicaciones, bajos niveles de ocupación y de rentas, escasez de recursos generales (sanitarios, escolares, de servicios sociales, etc.) y específicos (equipamientos y servicios en el ámbito de la discapacidad)¹⁵. Estos objetivos son congruentes con el mandato del artículo 49 de la CE, que esta ley desarrolla, de realizar una política que haga posible que las personas con discapacidad puedan disfrutar los derechos y libertades fundamentales y cumplir con los deberes que proclama.

7.2.3. Principios generales

La LISMI establece como criterios o principios que han de enmarcar los servicios sociales que establece, los siguientes:

A). El derecho a los servicios sociales.

Este derecho, cuyo reconocimiento se deduce del artículo 49 CE, es la expresión clara de la superación de las concepciones anteriores procedentes de la beneficencia pública, dirigida a los pobres y con un cierto grado de discrecionalidad, por otro de carácter universalista. Este nuevo planteamiento posibilitó la desaparición paulatina de las diferencias existentes entre beneficiarios y no beneficiarios de la seguridad social.

Con referencia a las garantías de estos derechos, el artículo 3 establece un mandato claro a los poderes públicos, que deberán prestar "todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 1, constituyendo una obligación del Estado... la garantía de unos derechos sociales mínimos y la Seguridad Social", añadiendo que "a estos efectos estarán obligados a participar, para su efectiva realización, en el ámbito de competencias correspondientes, la Administración Central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, los Sindicatos, las entidades y organismos públicos y las asociaciones y personas privadas".

B). Sistema mixto de prestación de servicios sociales

La ley establece que la prestación de los servicios sociales podrá ser realizada tanto por la Administración Pública como por las instituciones o personas jurídicas privadas sin ánimo de lucro. Consideramos que la inclusión de este principio supone, por un lado, el reconocimiento de la labor realizada por la iniciativa social en este campo y, por otro, su

¹⁵ VILÀ, A. "La rehabilitación en las comunidades rurales. Una experiencia en la zona de los Pirineos", en "Alternativas institucionales en rehabilitación", Documentos 23/91 del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1990.

adscripción a la tendencia actual de valorar las ventajas que normalmente se le atribuyen a la gestión privada: flexibilidad, innovación, rapidez, estructuras sencillas y poco burocratizadas, adaptabilidad a los cambios sociales y económicos, mayor participación, etc.¹⁶

Este planteamiento debe completarse con las normas que regulan la participación de la iniciativa social, en concreto el artículo 4, que establece los siguientes principios operativos:

a) Amparo y colaboración

La Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales ampararán la iniciativa privada sin lucro, colaborando en el desarrollo de estas actividades mediante asesoramiento técnico, coordinación, planificación y apoyo económico.

b) Sometimiento a la planificación pública

Será requisito indispensable para recibir la colaboración y ayuda pública que las actuaciones privadas se adecúen a las líneas y exigencias de la planificación sectorial que se establezca por parte de las administraciones.

c) Órganos de participación en los centros privados

En los centros financiados, en todo o en parte, con cargo a fondos públicos, existirán órganos de participación de los interesados o subsidiariamente sus representantes legales, de la dirección y del personal al servicio de los centros, sin perjuicio de las facultades que corresponden a los poderes públicos.

C). Responsabilidad Pública

Este principio viene determinado con carácter general en el citado artículo 3 y en particular para los servicios sociales en el artículo 50, c): *"los servicios sociales para minusválidos, responsabilidad de las Administraciones Públicas..."*.

D). Normalización e integración

Estos principios obligan a la utilización por parte de los servicios sociales de los cauces, técnicas y recursos ordinarios, con la única excepción de los casos en que las características de la discapacidad exijan una atención singularizada. Así, el lugar de la prestación será su medio normal: su familia, su pueblo, su escuela, etc. El artículo 6 de esta Ley es contundente en este sentido: *"las medidas tendentes a la promoción educativa, cultural, laboral y social de los minusválidos se llevarán a cabo mediante su integración en las instituciones de carácter general, excepto cuando por las características de sus minusvalías requieran una atención peculiar a través de servicios y centros especiales"*.

E). Descentralización

Este principio es, por un lado, consecuencia de los anteriores que exigen una cercanía de los servicios y centros al domicilio de la persona con discapacidad y, por otro lado, es

¹⁶ ARTIELLS, J. *"Reflexions sobre l'actualitat de l'associacionisme i el voluntariat"*, en *"El voluntariat a Catalunya"*, Diputació de Girona, Col·lecció Anau d'Escala nº 4. Girona, 1987, y JARRÉ, D. *La Europa de los ciudadanos. Un proyecto de sociedad civil. El papel de las asociaciones y las organizaciones de voluntariado*, en *Cohesión social y ciudadanía europea*, Barcelona, Fundació la Caixa, 1994.

un criterio rector de la organización administrativa del sector: "La descentralización de los servicios, mediante la sectorización de los mismos" (art. 65.2. LISMI).

F). Participación

La LISMI establece un sistema amplio de participación, a distintos niveles:

- En todos los centros para minusválidos financiados con fondos públicos (art. 4, 3), como ya hemos comentado anteriormente.
- En las tareas de convivencia, dirección y de control de los servicios sociales (art. 50, e): "se procurará hasta el límite que impongan los distintos tipos de minusvalía la participación de los propios minusválidos, singularmente en el caso de adultos".
- En la organización administrativa (art. 65, 2): "la participación democrática de los beneficiarios, por sí mismos o a través de sus legales representantes y de los profesionales del campo a la deficiencia directamente o a través de Asociaciones específicas".

G). Planificación y coordinación

Aunque no se mencionen explícitamente estos dos principios en el Título dedicado a los servicios sociales, son principios de carácter general y, por tanto, también aplicables a este sector. Ambos principios vienen recogidos en el artículo 65 que trata de la reorganización administrativa.

Por otro lado, la adecuación de las actuaciones privadas a la planificación pública es un requisito indispensable para que aquéllas puedan recibir colaboración y ayuda (Art. 4, 2 LISMI).

7.2.4. Otras características

Los artículos 51 al 53 diseñan una primera tipología de los servicios sociales, de las actividades y de las medidas complementarias. Los artículos 62 y 63 tratan con carácter general de los recursos humanos. De forma esquemática figuran en el cuadro nº 1 otras características básicas del modelo.

Este esquema se completa con algunas precisiones que establece la propia ley relativos al carácter mixto (público-privado) en la creación, gestión y sostenimiento de los servicios (arts. 52, 4, 53, 2) y al sometimiento de la iniciativa social a la ordenación y planificación pública (Art. 53, 2), etc.

7.3. NORMATIVA POSTERIOR Y ASUNTOS PENDIENTES

El desarrollo de los preceptos de la LISMI en lo concerniente a los servicios sociales ha tenido lugar básicamente a través de la normativa autonómica dictada en virtud de la competencia exclusiva que tienen sobre la materia.

A nivel Central no llegó a aprobarse ninguna ley de servicios sociales, a pesar de haber sido anunciada en más de una ocasión, quizá debido a los conflictos competenciales que presumiblemente hubiera originado con las leyes autonómicas de servicios sociales existentes. La norma estatal que incide en el ámbito competencial de servicios sociales es

la Ley 7/1985, de 3 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Se han aprobado también otras normas en este ámbito referente a los servicios sociales para minusválidos, como las que regulan los Centros Ocupacionales y crean el Registro de dichos centros, u otras referentes al Insero (regulación de los centros y servicios, de la acción concertada, etc.).

A continuación trataremos brevemente de estas normas que hemos agrupado no de forma cronológica sino por bloques, según su procedencia estatal o autonómica.

7.3.1. Desarrollo normativo de la Ley 13/1992 por los poderes centrales

7.3.1.1. La Ley 7/1985, reguladora de las Bases del Régimen Local.

El Título VIII de la Constitución dedicado a la organización territorial del Estado establece en el artículo 137: "El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias, y en las comunidades autónomas que se constituyan...", previendo, además, la posibilidad de crear agrupaciones de municipios diferentes de la provincia, así como que las islas tengan su administración propia (arts. 141, 143 y 144 CE). Por otro lado, determina los principios generales de esta organización: **autonomía** (137 CE), **solidaridad** (art. 138.1 CE), **imposibilidad de privilegios económicos y sociales** (art. 138.2 CE), **igualdad de derechos y obligaciones para todos los españoles** (art. 139 CE), **libertad de circulación y establecimiento** (139.2 CE), etc. Sin embargo, nuestra Constitución no concreta las competencias de los entes locales, como hace con las comunidades autónomas, sino que únicamente establece de forma genérica la competencia para "la gestión de sus respectivos intereses" (art. 137 CE). Por ello, a partir de la atribución conferida al Estado en el artículo 148.1.18 de la CE aprobó la Ley 7/1985, de 3 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, que establece los siguientes aspectos básicos de las competencias en servicios sociales¹⁷:

A. Las entidades locales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, cuya garantía se concreta, entre otras medidas, mediante el establecimiento de las competencias mínimas establecidas en la Ley de Bases del Régimen Local.

B. El mínimo competencial debe ajustarse a los siguientes criterios:

a) La facultad de programación o planificación (art. 4, c LBRL) que tienen las Corporaciones locales deberá realizarse en el marco de las previsiones de los "planes sectoriales para la fijación de los objetivos y la determinación de las prioridades en la acción pública en la materia correspondiente" (art. 59, 1 LBRL), en cuya elaboración deberá tenerse en cuenta que "en todo caso, las administraciones que tengan atribuidas la formulación y aprobación de instrumentos de planificación deberán otorgar a las restantes una participación que permita armonizar los intereses públicos afectados" (art. 58, 2 LBRL).

b) Deben respetarse los principios y las formas establecidas para las relaciones interadministrativas (arts. 55 y sig. LBRL), con el fin de lograr la efectividad de la coordinación y la eficacia administrativa.

C. Todos los municipios tienen competencia en la "prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social" (art. 25.2.k LBRG) y la obligación de prestarlos —salvo

¹⁷ MONTRAVEJA, M^a I. VILÀ, A. "Corresponsabilidad, subsidiariedad y autonomía municipal. Ejes de las interrelaciones administrativas", en Congreso de Servicios Sociales Municipales. Conferencias y Ponencias. Sitges, 2 al 4 de marzo de 1995. Barcelona, Diputació de Barcelona, 1996. Pág. 59 y 59.

dispensa— sólo aquéllos con una población superior a 20.000 habitantes. Además pueden realizar actividades complementarias de las propias de otras administraciones públicas. La concreción de las funciones que pueden ejercer sobre esta materia —servicios sociales— es facultad de las comunidades autónomas, si bien en el caso de los servicios sociales de la seguridad social —procedentes del Insserso— deben respetar, en todo caso, la legislación básica y el régimen económico, de acuerdo con el artículo 149.1.17 CE.

D. Las provincias tienen un reducto competencial mínimo, que la legislación autonómica no puede vulnerar y que afecta también al ámbito de los servicios sociales: coordinación de los servicios municipales; asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica; prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal; fomento y administración de intereses de la provincia.

E. Pueden crearse comarcas, pero su constitución no puede suponer un vaciado competencial de los municipios.

F. La operación distributiva de competencias debe atenerse a los siguientes criterios:

- a) Asegurar el derecho de las entidades locales a intervenir en cuantos asuntos afecten directamente al círculo de sus intereses.
- b) Atribuirles las competencias necesarias para ello.
- c) Otorgar capacidad de gestión a la entidad local.
- d) Principio de descentralización.
- e) Máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos.

Esta normativa, sin embargo, deja una amplia capacidad a las comunidades autónomas para concretar las funciones que en materia de servicios sociales atribuyen al mundo local¹⁸.

7.3.1.2. Los Centros ocupacionales

El Real Decreto 2274/1985, de 4 de diciembre, reguló los Centros Ocupacionales, en desarrollo del artículo 53 de la LISMI, explicitando la propia norma —en su exposición de motivos— que es *“sin perjuicio de las disposiciones que puedan dictar las Comunidades Autónomas sobre la materia”*, que como veremos han sido abundantes, en cuyo caso, las disposiciones del Real Decreto se aplicarán supletoriamente, según señala la Disposición Adicional de esta norma.

La regulación de estos centros se extiende a su concepto y naturaleza, delimitándolo de otras figuras próximas (Centros Especiales de Empleo, Centros de Educación Especial, Servicios y Establecimientos Especializados), asignándole como finalidad la prestación de los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad, cuando por el grado de minusvalía no puedan integrarse en una empresa o en un Centro Especial de Empleo.

Establece también normas de carácter muy general relativas a la creación, registro, organización, funcionamiento y financiación de estos centros. Dedicó, asimismo, dos breves capítulos a la regulación de los requisitos de acceso y a los derechos y deberes de

¹⁸ En el trabajo de MONTRAVETA y VILÁ citado anteriormente, pág. 78 a 92, puede verse un detalle de las competencias atribuidas a las distintas administraciones locales por las Leyes de servicios sociales autonómicas.