

Informe 4/2003

► La situación
de las personas
con discapacidad en España

Sesión ordinaria del Pleno de 17 de diciembre de 2003

Colección Informes



CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

Departamento de Publicaciones

NICES: 371-2004

Colección Informes

Número 4/2003

Informe elaborado a iniciativa propia del Consejo Económico y Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1.3, de la Ley 21/1991, de 17 de junio, de Creación del Consejo Económico y Social. Aprobado en la Sesión ordinaria del Pleno del día 17 de diciembre de 2003.

La reproducción de este Informe está permitida citando su procedencia.

Primera edición: marzo de 2004

Edita y distribuye:

Consejo Económico y Social

Huertas, 73. 28014 Madrid. ESPAÑA.

Información Internet: <http://www.ces.es>

ISBN: 84-8188-204-6

Depósito legal: M. 10.485-2004

Fotocomposición: INFOTEX, S. L.

Impresión: CLOSAS-ORCOYEN, S. L. Polígono Igarsa. Paracuellos de Jarama (Madrid)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	11
1.1. Panorama general	11
1.2. Tipos de discapacidad.....	30
1.2.1. Las deficiencias físicas.....	31
1.2.2. Las deficiencias mentales.....	35
1.2.3. Las deficiencias sensoriales.....	40
CAPÍTULO 2. POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN	45
2.1. Políticas sanitarias.....	45
2.1.1. Situación actual de las políticas sanitarias en materia de discapacidad	45
2.1.2. Salud y demandas sanitarias de las personas con discapacidad	47
2.1.3. Discapacidad y prestaciones del sistema sanitario	50
2.2. Políticas de educación	59
2.2.1. Perfil educativo de las personas con algún tipo de discapacidad	59
2.2.2. La escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en sus tramos obligatorios.....	66
2.2.3. La escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales en los niveles post-obligatorios reglados: el Bachillerato, la Formación Profesional reglada y los estudios universitarios.....	83
2.2.4. La Formación Profesional ocupacional y continua	89
2.2.5. Recursos para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales en la enseñanza reglada.	95

2.3.	Políticas de empleo: contratación y empleo de los trabajadores con discapacidad.....	101
2.3.1.	Panorama Europeo.....	102
2.3.2.	Atención política y legislativa a la discapacidad.....	103
2.3.3.	Dispositivos para la contratación y empleo de los trabajadores con discapacidad.....	110
2.3.4.	Situación sociolaboral de las personas con discapacidad en España	118
2.4.	Prestaciones económicas	128
2.4.1.	El nivel contributivo	129
2.4.2.	El nivel no contributivo	134
2.5.	Servicios sociales y atención a la dependencia.....	142
2.5.1.	Prestaciones.....	146
CAPÍTULO 3.	OTRAS POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN	151
3.1.	Políticas de accesibilidad	151
3.1.1.	Marco político-legislativo.....	151
3.1.2.	El I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012	153
3.2.	La tutela de los derechos y la protección del patrimonio de las personas con discapacidad	162
3.2.1.	Tutela y curatela. Entidades tutelares	162
3.2.2.	Patrimonio protegido	165
3.3.	La política fiscal. Medidas fiscales de apoyo a las personas con discapacidad y a sus familias.....	170
3.3.1.	Impuestos directos	171
3.3.2.	Impuestos indirectos.....	175
3.3.3.	Impuestos municipales	177
3.3.4.	Ámbito aduanero	177
3.4.	La protección de las familias con personas con discapacidad en su seno.....	177
CAPÍTULO 4.	PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD EN LAS POLÍTICAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	183
4.1.	El papel de las asociaciones.....	183
4.2.	La participación de los agentes sociales	193
CAPÍTULO 5.	CONCLUSIONES	197
ANEXO 1.	RELACIÓN DE COMPARECENCIAS EN LA COMISIÓN DE TRABAJO DE SALUD, CONSUMO, ASUNTOS SOCIALES, EDUCACIÓN Y CULTURA	223

INTRODUCCIÓN

El Consejo de la Unión Europea aprobó en diciembre de 2001 la decisión de declarar al año 2003 «Año Europeo de las Personas con Discapacidad», reconociendo así la urgencia de concienciar al conjunto de la población de la necesidad de la plena integración social de las personas afectadas de discapacidad, así como de potenciar la articulación de los mecanismos públicos para llevar a término ese objetivo integrador. Por su parte, el Comité Económico y Social Europeo, en su Dictamen de 17 de julio de 2002, sobre la integración de las personas con discapacidad, manifestó que era de singular importancia, en el contexto del Año Europeo, el papel de los interlocutores sociales, subrayando la necesidad de reforzar el derecho de las personas con discapacidad a participar, por medio de sus organizaciones representativas, en el proceso decisorio.

A lo largo de los dos últimos años han visto también la luz diversas iniciativas políticas y legislativas tanto en Europa como en España. Así, la Comisión Europea hizo público el Plan de Acción para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, planteando como objetivos principales la inclusión de la discapacidad en todas las políticas comunitarias pertinentes y la realización de acciones concretas en ámbitos fundamentales para potenciar la integración. En España se aprobaron la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial

de las personas con discapacidad, y la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social, sobre cuyos contenidos el CES tuvo ocasión de pronunciarse. Y por otro lado, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, la Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados, y el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2003-2007), sobre los que no se solicitó dictamen y que no han podido ser analizados con la extensión que merecían por haberse hecho públicos en fechas en las que este informe estaba a punto de finalizarse.

Consciente de la trascendencia del problema social derivado de la deficiente integración de las personas con discapacidad, el Consejo Económico y Social decidió afrontar la tarea de contribuir en lo posible al proceso de actualización y desarrollo de un nuevo marco de inclusión de las personas con discapacidad en la vida colectiva. Para ello se acometió la realización del Informe de iniciativa propia sobre la *Situación de las Personas con Discapacidad en España* que ahora se presenta y que da continuidad a otros trabajos ya realizados sobre un asunto de innegable interés y preocupación para el CES. Así, el estudio se suma al llevado a cabo en 1995 bajo el título de *Informe sobre la Situación del Empleo de las Personas con Discapacidad y Propuestas para su Reactivación*, cuyo contenido exploraba con particular profundidad el aspecto laboral de la integración, abordando la realidad del trabajo tanto desde la perspectiva cuantitativa como desde el ángulo político y legislativo.

El tiempo transcurrido desde entonces y el convencimiento de que es aún necesario progresar en la consecución de un entorno social accesible a todos y en todas sus dimensiones (educativa, laboral, sanitaria, etc.) han propiciado un tratamiento más amplio del problema, por lo que el informe no sólo actualiza al anterior, sino que incorpora el análisis de otros aspectos de importancia semejante al laboral. En todos ellos se ha procurado combinar los elementos de diagnóstico, empleando como fuente transversal de información la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES) realizada por el INE en 1999 (aunque se ha recurrido también a otras fuentes complementarias), con el análisis de las políticas más relevantes en cada ámbito de integración. Sin embargo, el Informe se limita a analizar aquellas cuestiones que entran en el ámbito de competencias del Consejo, no contemplando, por consiguiente, otros aspectos que inciden directamente en la inclusión efectiva de las personas con discapacidad, con independencia de los avances que se puedan producir en las esferas educativas, sanitarias, laborales o fiscales.

La organización del informe responde a una estructura de cuatro capítulos: el primero versa sobre la situación de las personas con discapacidad en España;

el segundo aborda las políticas de integración, que incluye las dimensiones sanitaria, educativa, laboral, prestaciones económicas y servicios sociales; el tercero trata el resto de las políticas de integración, incluyendo las referidas a la accesibilidad, la tutela de los derechos, la política fiscal y la protección de las familias con personas con discapacidad; el cuarto capítulo da cuenta de la participación de los agentes sociales y otras organizaciones representadas en el CES, así como del movimiento asociativo relacionado con las personas con discapacidad y otras instituciones en las políticas dirigidas a la población con discapacidad. Finalmente, se ofrece un apartado de conclusiones y propuestas.

De forma más concreta, el primer capítulo presenta un diagnóstico de la situación sociodemográfica de la población con discapacidad en España, basado fundamentalmente en la información que recoge la EDDES. El resultado del análisis de esa información ha sido el trazado de un mapa de situación de acuerdo con aspectos básicos como la edad y el sexo. A partir de esa cuantificación previa se ha tratado de vislumbrar la intervención de otros elementos determinantes del riesgo de padecer discapacidad, como las rentas familiares. Por último, se ofrece una aproximación a los distintos colectivos que componen la heterogénea población con discapacidad, dando cuenta de los rasgos sociodemográficos básicos de quienes padecen deficiencias físicas, sensoriales y mentales.

El segundo capítulo, estructurado en cinco apartados, ofrece en primer término una visión sobre el aspecto sanitario, poniendo de manifiesto que el tratamiento de la discapacidad desde el ámbito de la política sanitaria se ha caracterizado por la ausencia de un modelo común a todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), que aborde el fenómeno de manera integral, y que considere las necesidades específicas de la diversidad de colectivos de personas con discapacidad. No han conseguido materializarse los sucesivos propósitos de articular políticas sanitarias específicamente orientadas a las personas con discapacidad, contemplados tanto en la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) como en otras iniciativas de intervención pública, como el I Plan de Acción para las personas con discapacidad 1997-2002. Respecto a este último, el informe subraya la ausencia de una evaluación de las numerosas medidas que contemplaba en el ámbito sanitario, así como su falta de continuidad en el recién aprobado nuevo Plan de Acción para el siguiente periodo. Sin embargo, el cambio en el origen de las causas de la discapacidad, los datos que proporciona la EDDES sobre cobertura de algunas demandas sanitarias específicas, así como las carencias puestas de manifiesto por las distintas asociaciones representativas del mundo de la discapacidad que han comparecido en el CES ponen de manifiesto la necesidad de impulsar las políticas sanitarias en este ámbito, con un lugar especialmente relevante para la investigación. Desde el punto de vista de las prestaciones del sistema, el informe

da cuenta de la próxima elaboración de la cartera de servicios del SNS que constituye una oportunidad para adecuar sus características a las demandas sanitarias de las personas con discapacidad.

Por su parte, el apartado sobre políticas educativas se inicia con un análisis de los niveles educativos de las personas con discapacidad, que se ponen en relación con los del conjunto de la población, confirmándose la peor situación comparativa de los primeros. Se estudia después la ordenación y organización de los servicios educativos para el alumnado con necesidades especiales en este ámbito en los niveles obligatorios y post-obligatorios. A continuación se aborda la situación actual y la evolución de los distintos tipos de escolarización y niveles educativos, concediendo especial atención a la primera infancia, dado el carácter determinante de la intervención temprana en el futuro de los niños.

En el apartado sobre políticas de empleo se reflejan las iniciativas dirigidas a fomentar la integración laboral de los grupos menos favorecidos, entre las que se encuadran la Estrategia Europea para el Empleo y la Estrategia Europea para la Inclusión Social, que en el contexto nacional se han materializado en los Planes Nacionales de Acción para el Empleo. De manera más concreta, se abordan los dispositivos para la contratación y empleo de los trabajadores con discapacidad, abundando en las modalidades de acceso al empleo por los cauces ordinario y protegido. Por último, se ofrece, de acuerdo con los datos de la encuesta mencionada, un análisis de la situación laboral de las personas con discapacidad, poniéndose de manifiesto su deficiente integración en ese ámbito, con unas tasas de inactividad muy altas, que son especialmente acusadas en el colectivo femenino.

En cuanto a las prestaciones económicas, se pone de relieve la condición de colectivo vulnerable de las personas con discapacidad, que por ello necesitan de la tutela que ofrecen diversos sistemas de protección social, entendidos como conjunto de mecanismos de cobertura social y protección basados en la distribución y solidaridad. El reconocimiento legal de la discapacidad a partir de unos grados previamente establecidos permite el acceso a unos derechos y beneficios entre los que la percepción de prestaciones económicas es especialmente relevante. El informe da cuenta de los avances producidos en este terreno en los últimos años, pero también de las carencias.

El tercer capítulo dedicado a otras políticas de integración proporciona información sobre varios aspectos de gran relevancia, entre los que destaca la accesibilidad (concretamente se recorre el marco político-legislativo, en que se ha destacado el Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012) y la política fiscal de apoyo a las personas con discapacidad.

La protección de las familias con situaciones de discapacidad en su seno es analizada también en el tercer capítulo, que indaga en las políticas dirigidas a ese objetivo, dando cuenta de las carencias y de la necesidad de profundizar en algunos aspectos concretos (fiscalidad, conciliación de la vida laboral y familiar o política de vivienda).

El cuarto capítulo, repasando los aspectos más relevantes de la participación de la sociedad en las políticas dirigidas a la población con discapacidad, pone de manifiesto la ausencia de participación de los agentes sociales al no estar presentes en la consulta y toma de decisiones políticas que afecten al colectivo, en especial las que hacen referencia a su integración social. Ello refleja una importante carencia del modelo de participación social vigente, que urge a una pronta revisión a la luz de los objetivos propuestos en las últimas iniciativas aprobadas en la Unión Europea en relación con las personas con discapacidad.

Un último capítulo sobre conclusiones y propuestas ofrece de manera sintética los aspectos más destacados de la vertiente descriptiva, al tiempo que proporciona una valoración de las principales políticas, así como diversas propuestas que, al igual que el resto del contenido del informe, son fruto del debate en el seno del Consejo.

Finalmente, el CES quiere hacer constar su agradecimiento expreso a los representantes del movimiento asociativo de las personas con discapacidad, así como a los expertos y responsables de la Administración relacionados con el sector de la discapacidad que han aportado sus experiencias y conocimientos, los que han sido de gran utilidad para enriquecer el contenido del Informe (véase Anexo).

CAPÍTULO 1

LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

La elaboración de un diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad requiere afrontar la complejidad de una cuestión de gran relevancia social en la que se combinan los elementos singulares de esas personas con las circunstancias sociodemográficas comunes al conjunto de la sociedad, de tal modo que a la especificidad de cada tipo de discapacidad se une el entramado de condiciones sociales y familiares de los afectados. Por este motivo, parece oportuno abordar la tarea identificando, en primer lugar, los rasgos básicos desde el punto de vista social, para, a continuación, profundizar en el trazado de los perfiles de los grandes grupos, dando cuenta de sus carencias y necesidades. Así, el primer apartado se dedica a la descripción sociodemográfica del conjunto, abordando los factores más determinantes. En el segundo, en cambio, se acomete el estudio de los colectivos específicos de personas con discapacidad atendiendo, como primer paso, a las diferencias relacionadas con la edad y el género.

1.1. PANORAMA GENERAL

El incremento continuo del número de situaciones de discapacidad debido, entre otras causas, al envejecimiento de la población y a la supervivencia a enfer-

medades y accidentes que antes eran mortales, ha devenido en creciente interés por el conocimiento de sus circunstancias, habida cuenta de la necesidad de promover la integración de las personas con discapacidad en un entorno social heterogéneo y necesariamente permeable a las contribuciones de todos a su desarrollo.

En España, según la *Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud* (EDDES) de 1999, viven hoy más de 3,5 millones de personas con discapacidad, lo que supone aproximadamente un 9 por 100 de la población total. Si se toman en consideración las cifras arrojadas por la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías* de 1986, la realidad de la discapacidad habría disminuido en términos cuantitativos de modo nada despreciable, pasando de una prevalencia del 15 por 100 al actual 9 por 100 sobre el conjunto de la población. Sin embargo, las diferencias metodológicas entre ambas encuestas del INE aconsejan la generalización en términos comparativos, toda vez que los criterios aplicados en la definición de los conceptos básicos no han sido suficientemente homogéneos. Los conceptos empleados en la EDDES, y a los que se ha recurrido en este diagnóstico, aluden a las discapacidades y a las deficiencias como dimensiones distintas de la misma realidad. Las primeras quedan referidas a «toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas. Las segundas aluden a las anomalías de los órganos o de las funciones propias de los órganos, que den lugar a una o varias discapacidades».

Aunque el análisis evolutivo no sea posible a causa de la heterogeneidad de los criterios de inclusión, la gran abundancia de datos pormenorizados acerca de las circunstancias que rodean a la discapacidad en el momento actual facilita la indagación en esa realidad, estableciendo diagnósticos sobre la base de la estimación numérica del INE. Así pues, partiendo de un concepto de discapacidad de contenido eminentemente social, que haría referencia a situaciones objetivas de desventaja, puede afirmarse, tomando las precauciones que la falta de un criterio único consolidado recomienda, que la discapacidad es en España una realidad de gran importancia tanto numérica como relativa.

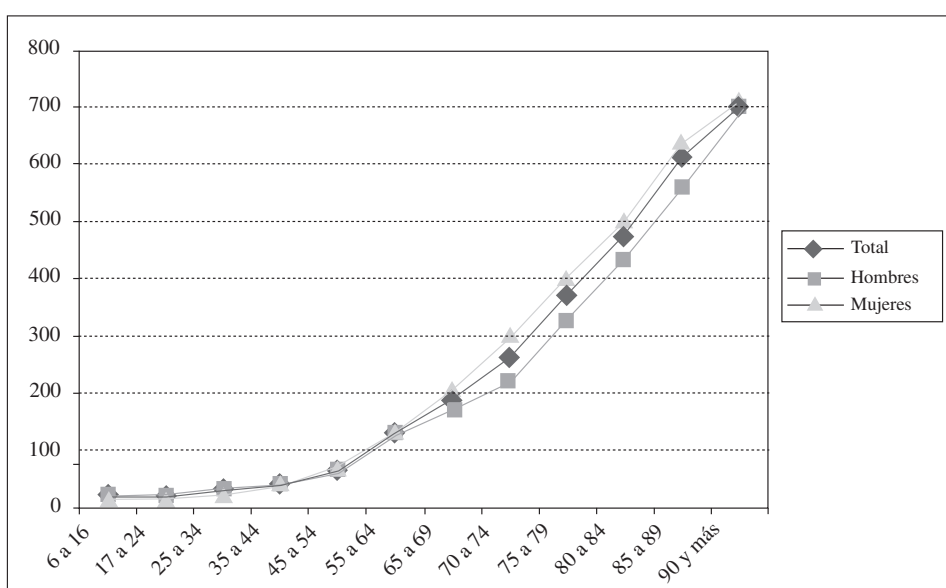
Si la voluntad de procurar un diagnóstico exhaustivo de su volumen parece abocar a cierta imprecisión en los límites, el trazado de los perfiles de acuerdo con algunas dimensiones sociodemográficas sí es posible gracias al prolijo contenido de los resultados de la encuesta de 1999. Pues bien, la primera conclusión que se extrae de su análisis queda referida a la edad, en tanto que la prevalencia de las situaciones de discapacidad aumenta linealmente con dicha variable. No

en vano, casi dos tercios de la población afectada los componen personas mayores de 65 años. El notable aumento de la esperanza de vida se encuentra entre las principales razones de la fuerte asociación entre la discapacidad y la edad, pues, como es obvio, la prolongación de la vida supone una mayor exposición al riesgo de padecer alguna.

GRÁFICO 1.1

TASAS DE PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

(Número de discapacitados por cada mil habitantes)



Fuentes: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Si es cierto que el número de personas con discapacidad se incrementa paulatinamente a medida que se avanza hacia intervalos superiores de edad, es a partir de los 50 años cuando comienza a registrarse un crecimiento más acelerado, con unas tasas de prevalencia significativamente superiores. Por tanto, la mayoría de las personas con discapacidad con edad laboral se concentra en un amplio estrato comprendido entre los 50 y los 64 años.

Este hecho alberga una significativa importancia en términos de integración laboral, ya que en el conjunto de la población las tasas de actividad descienden precisamente en esas edades, resultando aún más dificultosa la búsqueda de empleo.

CUADRO 1.1
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y TASAS DE PREVALENCIA,
POR EDAD Y GÉNERO**

	Personas con discapacidad			Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	3.528.220	1.472.971	2.055.251	89,90	76,60	102,67
Menos de 6 años	49.577	24.723	24.853	22,44	21,71	23,21
6 a 9 años	29.782	15.363	14.420	18,89	18,91	18,86
10 a 16 años	50.478	27.688	22.791	16,12	17,24	14,94
17 a 24 años	91.361	57.453	33.908	18,59	22,88	14,10
25 a 29 años	78.275	48.578	29.697	23,65	28,82	18,29
30 a 34 años	107.631	64.514	43.117	33,39	39,54	27,09
35 a 39 años	115.171	60.029	55.142	38,07	39,55	36,58
40 a 44 años	115.080	61.162	53.918	42,37	45,13	39,63
45 a 49 años	135.075	66.311	68.764	55,46	54,68	56,23
50 a 54 años	170.834	74.872	95.962	73,43	65,24	81,41
55 a 59 años	210.962	96.639	114.323	106,39	99,75	112,74
60 a 64 años	301.342	141.830	159.512	153,67	152,20	155,01
65 a 69 años	386.338	161.083	225.255	190,42	170,97	207,28
70 a 74 años	457.269	168.643	288.626	263,97	219,52	299,40
75 a 79 años	476.926	172.670	304.256	368,77	325,16	399,15
80 a 84 años	370.701	120.382	250.319	474,91	428,94	500,73
85 y más años	381.418	111.031	270.388	636,25	591,64	656,59

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Entre los niños menores de 6 años la presencia de limitaciones que pueden llegar a causar discapacidad se detecta en 22 de cada mil, lo que significa que casi 50.000 niños con esas edades padecen en España alguna limitación.

Otra importante variable explicativa en la incidencia de la discapacidad es el sexo que, como a continuación se verá, determina de modo notable la posibilidad de encontrarse en situación de discapacidad. Tal como apuntan los últimos censos de población, en España, como en la mayoría de los países, las mujeres gozan de una esperanza de vida superior a la de los hombres, lo que se refleja en la mayor presencia de éstas en las escalas superiores de la pirámide poblacional. De esta forma, las mujeres han de estar necesariamente más expuestas al riesgo. Como ponen de manifiesto los datos de la EDDDES, el número de mujeres con discapacidad supera en más de medio millón de casos al de hombres, siendo la distribución de 2.055.251 mujeres y 1.472.971 hombres.

En este punto resulta necesario revelar la intervención conjunta de las variables sexo y edad, pues, como se ha dicho, esta última es determinante en la explicación de la prevalencia. Así, entre los más jóvenes es más frecuente en los varones padecer alguna discapacidad, mientras que a partir de los 50 años la relación se invierte, encontrándose tasas significativamente más altas en el segmento femenino. No obstante, debe considerarse también la posibilidad de la participación de variables de contenido cultural (subdetección temprana de discapacidades en las mujeres, que sugiere la existencia de expectativas sociales diferentes para cada sexo), o de factores socioeconómicos (mayor exposición de los hombres a riesgos como los accidentes laborales y de tráfico) durante la juventud ¹.

Otro elemento importante en el análisis de la situación sociodemográfica de las personas con discapacidad es el referido al hábitat, en términos de tamaño de los municipios de residencia. A este respecto los datos de la encuesta muestran principalmente una concentración superior a la media (9 por 100 en el conjunto) en las localidades de pequeño tamaño, esto es, en las zonas rurales. Si se considera como tales a aquellos municipios que cuentan como máximo con 10.000 habitantes se obtiene como resultado una prevalencia del 11 por 100, superando en dos puntos al total nacional. Esto significa que casi una tercera parte del colectivo de las personas que padecen discapacidades (31 por 100) habitan espacios rurales, dato interesante si se pone en relación con la distribución del conjunto de la población española (23 por 100). La asociación entre ruralidad y vejez parece una de las explicaciones más verosímiles en la preponderancia de este hábitat.

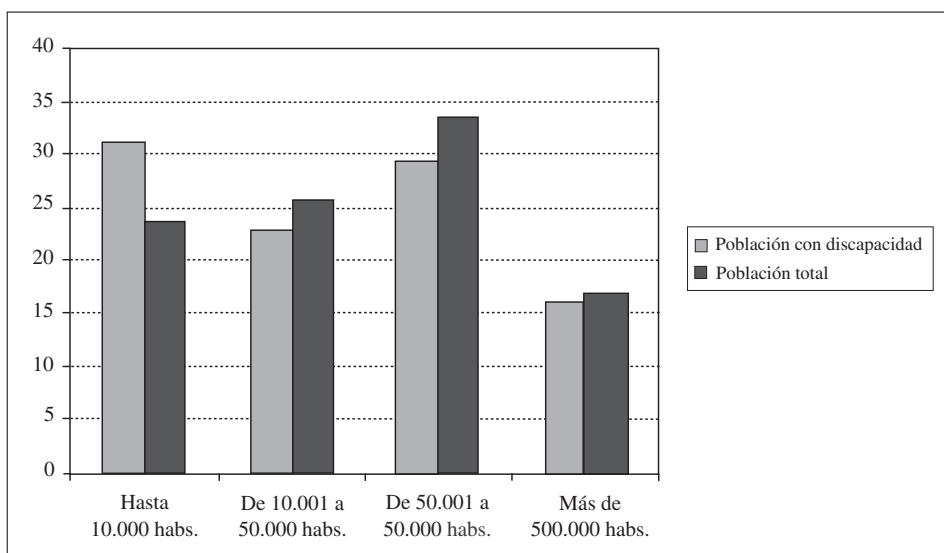
La atención al resto de los medios, que podrían denominarse urbano y macrourbano, pone de relieve una distribución algo más equilibrada con el conjunto de la población. Las grandes ciudades, las que cuentan con más de medio millón de habitantes, poseen concentraciones similares del colectivo con discapacidad y de población total; si el 17 por 100 de los españoles reside en grandes urbes, una proporción muy similar del colectivo de personas con discapacidad (algo más del 16 por 100) opta por ese hábitat.

En definitiva, la única diferencia importante aparece en el medio rural, debido con alta probabilidad, al envejecimiento de dicho medio.

¹ Informe del CES 5/1995, de 25 de octubre, sobre la Situación del Empleo de las Personas con Discapacidad, y propuestas para su reactivación.

GRÁFICO 1.2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL Y CON DISCAPACIDAD
EN MUNICIPIOS DE DISTINTO TAMAÑO**



Fuentes: INE, EDDDES, 1999 y Censo de Población y Viviendas, 2001.

Las cifras sobre discapacidad en la Unión Europea

El conocimiento de la discapacidad se ve dificultado no sólo cuando se trata de analizar su dimensión evolutiva en un territorio determinado, sino también cuando el objetivo es establecer análisis comparativos entre países distintos. La falta de un concepto homogéneo que deriva de la consideración de umbrales de intensidad diferentes dificulta seriamente la emisión de diagnósticos comparados entre España y el resto de la Unión Europea. Los esfuerzos realizados para establecer una definición reconocida internacionalmente no han sido suficientes hasta ahora², resultando aún necesario armonizar los criterios para cuantificar la realidad de la discapacidad.

² En 2001 se aprobó la segunda edición de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF), tratando de proporcionar una visión coherente de la dimensión de la salud desde las perspectivas biológica, individual y social.

Los datos ofrecidos por EUROSTAT a través del *Panel de Hogares de la Unión Europea* dan cuenta de la variedad de criterios utilizados, mostrando distancias que superan los 15 puntos porcentuales entre algunos países, lo que hace muy difícil el estudio comparado. No obstante, y tomando con todas las cautelas la proporción de 14,5 por 100 de la población entre 16 y 64 años de edad en la Unión, puede constatare que las edades avanzadas y la pertenencia al sexo femenino son elementos de riesgo comunes en todo el territorio. Así, aunque Italia presente una prevalencia del 8 por 100 y Finlandia una del 23 por 100, es notorio en ambos países el incremento a partir de los 50 años.

CUADRO 1.2
**PERSONAS QUE DECLARAN TENER DISCAPACIDAD
EN LA UNIÓN EUROPEA SEGÚN LA EDAD**
(En porcentajes)

	Total	16 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64
Alemania	17,3	7,0	8,5	8,6	8,0	11,1	12,9	16,8	25,4	33,5	35,1
Austria	12,5	3,3	3,0	5,1	5,6	8,8	9,3	16,7	22,4	30,1	31,4
Bélgica	12,9	3,0	4,5	6,7	6,9	10,4	14,3	14,6	20,2	27,3	22,2
Dinamarca	17,4	11,6	9,9	10,4	10,6	16,3	13,9	19,5	23,9	31,7	35,7
España	9,9	2,6	1,9	3,2	4,8	6,1	8,2	9,6	15,7	24,5	32,2
Finlandia	22,9	20,2	12,9	12,1	10,6	13,2	19,5	26,5	35,0	52,9	52,6
Francia	15,3	7,6	7,5	8,1	9,6	12,7	13,3	17,5	20,9	31,1	34,3
Grecia	8,2	1,8	1,5	2,7	3,9	3,9	5,9	9,5	13,9	16,5	23,6
Irlanda	10,9	3,4	6,0	8,0	8,0	9,2	12,8	14,1	15,1	16,6	23,8
Italia	7,8	3,3	1,9	2,4	3,4	3,9	6,1	7,1	13,0	15,6	22,5
Luxemburgo	16,5	12,7	5,6	6,8	10,5	14,0	12,8	20,4	25,4	29,2	32,4
Países Bajos	18,5	11,4	12,3	9,9	12,2	15,6	17,1	21,8	24,9	30,7	34,8
Portugal	18,4	6,1	8,4	8,8	10,8	14,7	17,3	18,5	25,1	37,9	45,7
Reino Unido	18,8	12,4	8,7	11,1	13,8	15,2	15,5	20,8	24,9	35,7	32,6
Unión Europea	14,5	6,6	6,1	7,2	8,3	10,5	12,1	15,5	21,1	28,9	31,7

Fuente: EUROSTAT, *Disability and Social Participation in Europe*, 2001.

Deficiencias y discapacidades

La medida de las dificultades para el desenvolvimiento en la vida diaria es una interesante aportación de la encuesta del INE al conocimiento de los perfiles de la discapacidad que proporciona información para establecer las necesidades de ayuda. De acuerdo con los resultados, más de 2 millones de personas encuentran dificultades de intensidad diversa para el desarrollo de su vida cotidiana. Algo

menos de la mitad se encuentran limitadas de forma severa o total, lo que significa que cerca de un millón y medio de personas no pueden cambiar las posiciones de su cuerpo, levantarse y acostarse, moverse dentro de su casa, asearse y comer, entre otras actividades, por sí mismas, y que, por lo tanto, necesitan ayuda de distinto orden.

Atendiendo a las actividades concretas, las dificultades relacionadas con la deambulaci3n son las que presentan mayor incidencia. No en vano, la discapacidad para los desplazamientos fuera del propio hogar constituye la principal en t3rminos cuantitativos en todos los grupos de edad, afectando tanto a los hombres como a las mujeres. As3, m3s de dos millones de personas no pueden valerse sin alguna ayuda para moverse fuera de su domicilio, lo que supone un 57 por 100 de las discapacidades. Como ocurre con todas las dem3s, el riesgo de padecer esta discapacidad aumenta con la edad, pero de forma especial si se es mujer. Entre los 6 y los 24 a3os el n3mero de casos es superior en los varones, cuyo colectivo arroja una tasa de prevalencia ligeramente m3s alta (11 por 1.000 frente al 7 por 1.000), pasando a igualarse en ambos sexos en las edades centrales (24 a 65 a3os, donde la tasa es de 34 por 1.000). En cambio, superados los 64 a3os la incidencia en las mujeres es muy superior (400.000 m3s) con una tasa 30 puntos m3s elevada.

CUADRO 1.3
POBLACI3N AFECTADA POR DISCAPACIDADES,
POR EDAD Y SEXO

	Personas con discapacidad				Tasas de prevalencia			
	6 a 24 a3os	25 a 64 a3os	65 y m3s	Total	6 a 24 a3os	25 a 64 a3os	65 y m3s	Total
Ambos sexos								
Total	171.622	1.234.370	2.072.652	3.478.644	17,8	58,8	540,6	93,9
Ver	36.047	268.465	697.778	1.002.290	3,7	12,8	155,8	27,1
O3r	33.402	262.467	665.622	961.491	3,5	12,5	149,4	26,0
Comunicarse	68.856	175.690	260.268	504.814	7,2	8,4	78,5	13,6
Aprender, aplicar co- nocimientos y desarrollar tareas	63.359	173.786	334.561	571.706	6,6	8,3	88,8	15,4
Desplazarse	29.873	385.735	809.533	1.225.141	3,1	18,4	190,4	33,1
Utilizar brazos y ma- nos	42.819	405.166	644.532	1.092.517	4,4	19,3	169,8	29,5
Desplazarse fuera del hogar	88.562	649.512	1.350.827	2.088.901	9,2	31,0	324,6	56,4

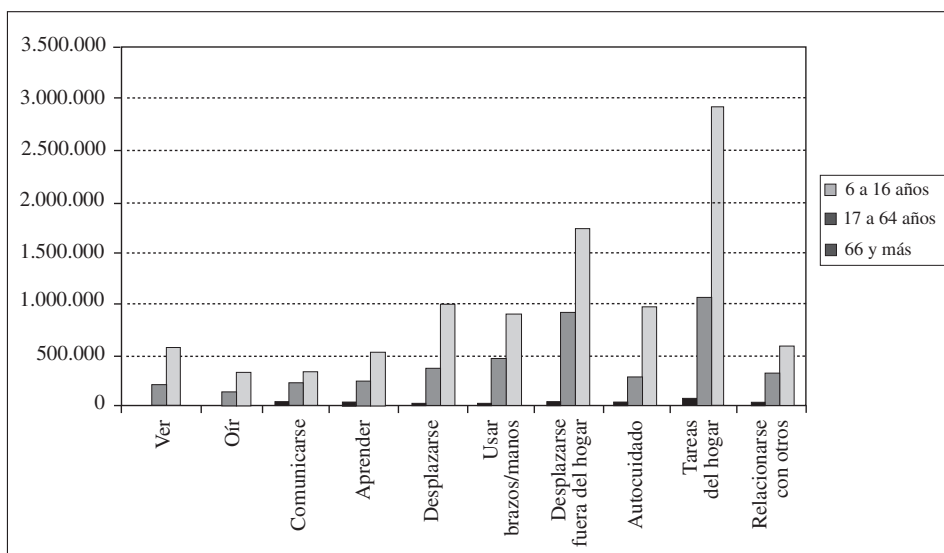
CUADRO 1.3 (Continuación)

	Personas con discapacidad				Tasas de prevalencia			
	6 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Total	6 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Total
Cuidar de sí mismo	41.857	173.372	561.830	777.059	4,3	8,3	120,8	21,0
Realizar las tareas del hogar	74.136	445.351	1.049.111	1.568.598	7,7	21,2	243,8	42,4
Relacionarse con otras personas	56.703	172.518	337.529	566.750	5,9	8,2	88,1	15,3
Hombres								
Total	100.503	613.935	733.809	1.448.247	20,4	58,7	270,8	80,1
Ver	20.105	133.416	248.077	401.598	4,1	12,8	91,5	22,2
Oír	18.706	133.440	268.678	420.824	3,8	12,8	99,2	23,3
Comunicarse	41.841	104.064	93.739	239.644	8,5	10,0	34,6	13,2
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	37.144	95.722	103.953	236.819	7,5	9,2	38,4	13,1
Desplazarse	16.781	175.073	242.463	434.317	3,4	16,8	89,5	24,0
Utilizar brazos y manos	26.258	183.490	200.356	410.104	5,3	17,6	73,9	22,7
Desplazarse fuera del hogar	53.667	325.956	419.164	798.787	10,9	31,2	154,7	44,2
Cuidar de sí mismo	24.480	91.681	187.869	304.030	5,0	8,8	69,3	16,8
Realizar las tareas del hogar	42.613	175.158	263.884	481.655	8,6	16,8	97,4	26,6
Relacionarse con otras personas	33.019	98.132	105.895	237.046	6,7	9,4	39,1	13,1
Mujeres								
Total	71.118	620.435	1.338.843	2.030.396	15,2	58,9	359,4	107,2
Ver	15.942	135.049	449.701	600.692	3,4	12,8	120,7	31,7
Oír	14.696	129.026	396.943	540.665	3,1	12,3	106,6	28,5
Comunicarse	27.015	71.624	166.529	265.168	5,8	6,8	44,7	14,0
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	26.216	78.065	230.608	334.889	5,6	7,4	61,9	17,7
Desplazarse	13.094	210.664	567.071	790.829	2,8	20,0	152,2	41,7
Utilizar brazos y manos	16.559	221.676	444.177	682.412	3,5	21,1	119,3	36,0
Desplazarse fuera del hogar	34.894	323.555	931.664	1.290.113	7,4	30,7	250,1	68,1
Cuidar de sí mismo	17.377	81.691	373.960	473.028	3,7	7,8	100,4	25,0
Realizar las tareas del hogar	31.522	270.193	785.227	1.086.942	6,7	25,7	210,8	57,4
Relacionarse con otras personas	23.684	74.387	231.634	329.705	5,0	7,1	62,2	17,4

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

GRÁFICO 1.3
PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA O TOTAL,
POR TIPO DE DISCAPACIDAD, GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

La dificultad, en los diversos grados de discapacidad, para realizar las tareas domésticas constituye un obstáculo para casi un millón y medio de personas (con una tasa de prevalencia de 42 por 1.000), lo que sitúa a ésta en el segundo lugar en importancia en el conjunto de las discapacidades. Los desplazamientos dentro del propio hogar entrañan dificultad para 1.200.000 personas, siendo la proporción de mujeres muy superior a la de hombres, especialmente en el tramo de edad más avanzado.

Más de un millón de personas se encuentran discapacitadas en el uso de sus manos y más de la mitad de ellas son también mujeres, cuya mayor presencia en esta categoría se debe nuevamente a su índice de discapacidad más elevado en las edades superiores.

Las discapacidades sensoriales, algunas de cuyas manifestaciones se incluyen entre las de mayor incidencia en la población española, se distribuyen de forma mucho más equilibrada entre los dos sexos. Así, las dificultades de visión que expe-

rimentan algo más de un millón de personas afectan a 31 de cada mil mujeres y a 22 de cada mil hombres. Esta distancia proporcional se acorta aún más en el caso de los problemas auditivos y se iguala en las dificultades relacionadas con la comunicación. En estas últimas la ligera mayor incidencia en los tramos de 6 a 24 y de 25 a 64 años en el colectivo masculino compensa la tendencia más acusada de las mujeres a sufrir discapacidad en los segmentos superiores de edad.

Una vez determinada la estructura de prevalencias en el plano básico de los rasgos sociodemográficos, conviene matizar la información de acuerdo con los niveles de afectación de la población con discapacidad. La calidad de vida, necesariamente relacionada con el disfrute de la independencia y la autonomía personales, depende en gran medida, para este amplio y heterogéneo colectivo, del grado de limitación para la realización de las actividades básicas e instrumentales alrededor de las cuales se organiza la cotidianidad. En definitiva, no es lo mismo padecer una discapacidad instrumental de grado moderado que sufrir dos o más de carácter grave.

A este respecto la EDDES establece, en consonancia con las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, un registro de cuatro posiciones referido a la severidad de las discapacidades³: sin ninguna dificultad, con dificultad moderada, con dificultad grave e imposibilidad de realizar la actividad. Estas dos últimas posiciones, que implican el mayor grado de severidad, pueden constituir verdaderos impedimentos en el desarrollo de la vida diaria y el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos, de las personas con discapacidad pues están vinculadas con mayores grados de dependencia. Como se ha dicho, tanto la acumulación de limitaciones como el grado de afectación o severidad de las mismas son determinantes en la consecución de una calidad de vida aceptable por parte de quienes la padecen, pues esta última no depende sólo de la capacidad para cubrir las necesidades básicas, sino también de los resortes para la integración y la participación de forma activa en la sociedad.

Según los datos de la encuesta, más de 1.450.000 personas con discapacidad encuentran dificultades de grado máximo para su desenvolvimiento en la vida diaria, lo que supone que cuatro de cada diez necesitan apoyo de forma ineludible. Es importante poner de manifiesto que si bien las tasas de prevalencia en el estrato de edad superior a los 65 años son siempre más elevadas, los niveles de gravedad son similares a los detectados en los menores de esa edad, lo que revela la existencia de necesidades de atención específicas y prioritarias en todo el tejido de la población gravemente discapacitada.

³ Hace referencia al grado de dificultad para realizar cada actividad con ayudas (en el caso del que las perciba) o sin ayudas (en el caso de quienes no las reciben).

Si se atiende al conjunto de las personas menores de 65 años (amplio colectivo dentro del cual existen necesidades muy diversas de acuerdo con el momento del ciclo vital que atraviesa cada una) se observa que no hay grandes disparidades en las proporciones de discapacidad grave. La coincidencia de dos o más discapacidades que implican dificultad grave en la realización de tareas cotidianas afecta a una tercera parte del colectivo, pudiendo observarse que, en todo caso, es ligeramente superior en los segmentos más jóvenes. Lo mismo ocurre con las discapacidades totales: la coincidencia en una persona de dos o más trastornos de máxima afectación sucede con una frecuencia del 24 por 100, lo que sugiere la necesidad de cobertura de necesidades específicas en cada etapa del ciclo vital orientadas a incrementar las posibilidades de integración participativa.

Por otra parte, la dimensión social de la discapacidad, objeto del presente texto, posee un condicionamiento previo en las deficiencias, que son también abordadas en la EDDDES. De sus resultados se desprende que los problemas

CUADRO 1.4

**PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON DISCAPACIDAD GRAVE Y TOTAL,
POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y NÚMERO DE DISCAPACIDADES**

	Personas con discapacidades	Con dificultad grave: Ninguna discapacidad	Con dificultad grave: Una discapacidad	Con dificultad grave: Dos o más discapacidades	No puede realizar la actividad: Ninguna discapacidad	No puede realizar la actividad: Una discapacidad	No puede realizar la actividad: Dos o más discapacidades
Ambos sexos							
Total	1.405.992	766.426	175.980	463.586	896.037	172.404	337.551
6 a 16 años	80.261	46.555	6.461	27.245	47.724	13.144	19.393
7 a 44 años	507.518	278.253	57.271	171.994	290.925	59.313	157.280
45 a 64 años	818.213	441.618	112.249	264.347	557.389	99.947	160.878
Varones							
Total	714.438	394.531	91.071	228.836	441.005	88.727	184.707
6 a 16 años	43.050	24.781	3.932	14.338	25.883	7.446	9.721
17 a 44 años	291.736	159.206	33.914	98.616	156.906	36.787	98.043
45 a 64 años	379.652	210.544	53.225	115.883	258.216	44.493	76.941
Mujeres							
Total	691.554	371.895	84.910	234.749	455.033	83.677	152.844
6 a 16 años	37.210	21.774	2.529	12.907	21.841	5.698	9.672
17 a 44 años	215.782	119.047	23.357	73.379	134.019	22.526	59.237
45 a 64 años	438.561	231.074	59.024	148.463	299.172	55.453	83.935

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

osteoarticulares son los principales causantes de discapacidad. Más de 1.200.000 personas con discapacidad sufren deficiencias de esa clase, lo que supone casi un tercio de la población discapacitada. Las mujeres las padecen con una frecuencia muy superior, de modo que su número dobla al de varones con problemas de huesos y articulaciones. Pero no es sino a partir de los 65 años cuando el perfil de este grupo de deficiencias cobra rasgos preferentemente femeninos, con más de 300.000 casos por encima del colectivo masculino.

Por otro lado, las deficiencias sensoriales (de oído y vista), aunque con una prevalencia inferior a la primera, constituyen otros dos ejes causantes, siendo una vez más las mujeres las más afectadas, si bien con una menor distancia numérica con respecto a los hombres que en el caso de las deficiencias osteoarticulares.

CUADRO 1.5

**POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEGÚN LAS DEFICIENCIAS
QUE LAS HAN CAUSADO, POR EDAD Y GÉNERO**

	Personas con deficiencias				Tasas de prevalencia			
	6 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Total	6 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Total
Ambos sexos								
Total	171.622	1.234.370	2.072.652	3.478.644	17,8	58,8	322,1	93,9
Deficiencias mentales	74.924	212.117	227.029	514.070	7,8	10,1	35,3	13,9
Deficiencias visuales	33.767	232.214	573.737	839.718	3,5	11,1	89,2	22,7
Deficiencias del oído	29.039	250.220	548.101	827.360	3,0	11,9	85,2	22,3
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	6.073	14.190	31.258	51.521	0,6	0,7	4,9	1,4
Deficiencias osteoarticulares	23.415	474.666	757.760	1.255.841	2,4	22,6	117,8	33,9
Deficiencias del sistema nervioso	21.982	109.382	168.209	299.573	2,3	5,2	26,1	8,1
Deficiencias viscerales	3.360	112.947	208.837	325.144	0,3	5,4	32,5	8,8
Otras deficiencias	4.544	42.422	474.622	521.588	0,5	2,0	73,8	14,1
No consta	3.557	24.788	47.492	75.837	0,4	1,2	7,4	2,0
Hombres								
Total	100.503	613.935	733.809	1.448.247	20,4	58,7	270,8	80,1
Deficiencias mentales	44.160	123.879	77.305	245.344	9,0	11,9	28,5	13,6
Deficiencias visuales	18.756	114.936	206.878	340.570	3,8	11,0	76,3	18,8
Deficiencias del oído	16.602	125.340	229.350	371.292	3,4	12,0	84,6	20,5

CUADRO 1.5 (Continuación)

	Personas con deficiencias				Tasas de prevalencia			
	6 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Total	6 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Total
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	4.218	9.400	17.247	30.865	0,9	0,9	6,4	1,7
Deficiencias osteoarticulares	14.553	203.300	208.127	425.980	3,0	19,5	76,8	23,5
Deficiencias del sistema nervioso	14.333	56.081	76.666	147.080	2,9	5,4	28,3	8,1
Deficiencias viscerales	1.163	57.011	92.726	150.900	0,2	5,5	34,2	8,3
Otras deficiencias	1.929	16.445	124.252	142.626	0,4	1,6	45,9	7,9
No consta	2.505	14.449	16.777	33.731	0,5	1,4	6,2	1,9
Mujeres								
Total	71.118	620.435	1.338.843	2.030.396	15,2	58,9	359,4	107,2
Deficiencias mentales	30.764	88.238	149.723	268.725	6,6	8,4	40,2	14,2
Deficiencias visuales	15.009	117.279	366.857	499.145	3,2	11,1	98,5	26,3
Deficiencias del oído	12.437	124.881	318.751	456.069	2,6	11,9	85,6	24,1
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	1.855	4.791	14.011	20.657	0,4	0,5	3,8	1,1
Deficiencias osteoarticulares	8.863	271.365	549.634	829.862	1,9	25,8	147,6	43,8
Deficiencias del sistema nervioso	7.649	53.301	91.543	152.493	1,6	5,1	24,6	8,0
Deficiencias viscerales	2.197	55.934	116.111	174.242	0,5	5,3	31,2	9,2
Otras deficiencias	2.614	25.978	350.370	378.962	0,6	2,5	94,1	20,0
No consta	1.052	10.340	30.716	42.108	0,2	1,0	8,2	2,2

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Avanzando un grado más en la búsqueda de los determinantes individuales de las situaciones de desventaja, la EDDDES ofrece información acerca de las causas que se encuentran en su origen. La enfermedad común es, de acuerdo con los datos, la principal causa de las deficiencias detectadas entre los españoles, a gran distancia del resto. Las causas congénitas se encontrarían en la segunda posición, seguidas por los accidentes laborales y de tráfico, que tienen un peso nada desdeñable. Los primeros explicarían nada menos que 150.000 casos de deficiencia, cuya incidencia disminuye con la distancia respecto a las edades de trabajo. Los accidentes de tráfico serían los causantes en casi 95.000 casos.

CUADRO 1.6

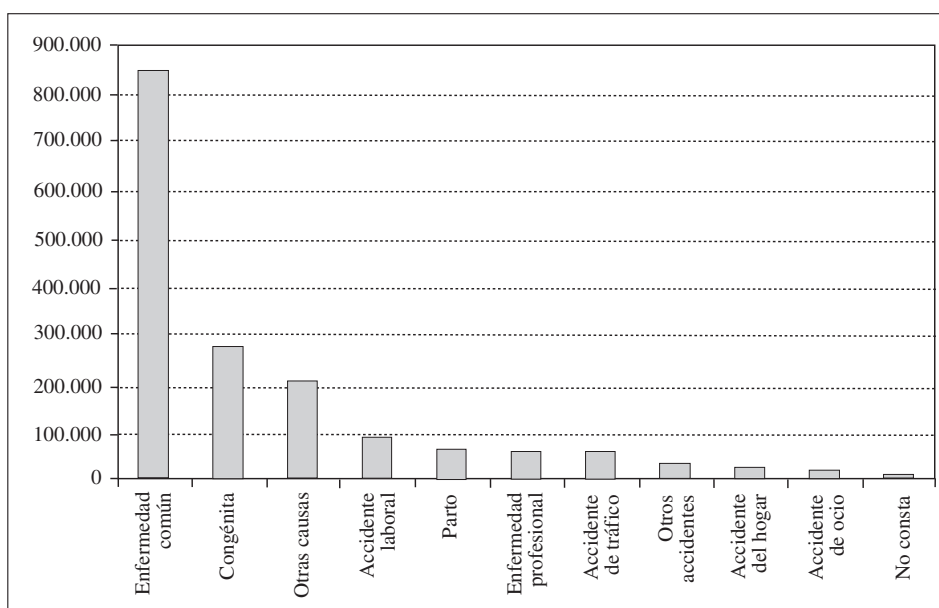
**CAUSAS QUE ORIGINARON LAS DEFICIENCIAS,
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD**

	Población de 6 a 64 años	Población de 65 y más años
Congénita	279.613	62.557
Problemas en el parto	69.266	3.111
Accidente de tráfico	62.482	30.869
Accidente doméstico	29.013	62.144
Accidente de ocio	25.514	18.537
Accidente laboral	94.197	54.838
Otro tipo de accidente	39.379	55.433
Enfermedad común	849.745	2.124.057
Enfermedad profesional	63.481	54.966
Otras causas	211.200	680.279
No consta	4.713	12.936

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

GRÁFICO 1.4

CAUSAS DE LAS DEFICIENCIAS EN LA POBLACIÓN MENOR DE 65 AÑOS DE EDAD



Fuentes: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

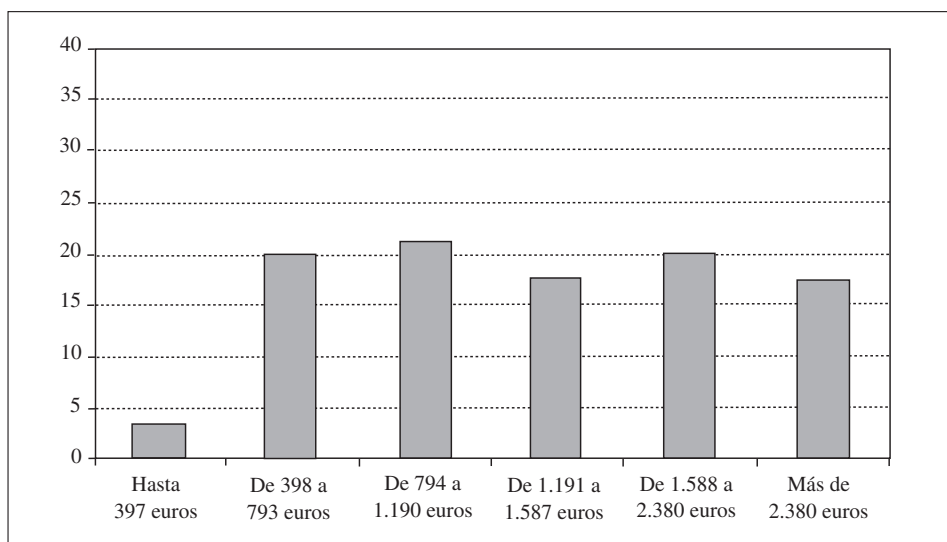
Renta y discapacidad

Entre los indicadores de calidad de vida e integración social la renta ocupa un lugar de primer orden. El nivel de ingresos percibido por un colectivo puede interpretarse como causa y como consecuencia de las circunstancias específicas que lo caracterizan como tal colectivo. Por ello, y con el fin de perfilar el diagnóstico ofrecido, se aborda a continuación un examen somero de los datos de la EDDDES sobre ese importante factor sociodemográfico, en el que necesariamente se establecerá una comparación con el conjunto de la población española, como referencia ineludible.

Una simple aproximación a los datos sobre los ingresos percibidos por los hogares en los que vive alguna persona con discapacidad pone en evidencia una notable asociación entre bajas rentas y discapacidad. Así, una importante proporción de hogares con discapacitados en su seno (16 por 100) no superan los 391 euros mensuales y un 37 por 100 alcanza un máximo de 781. A partir de esa cantidad, en sentido ascendente, la proporción de familias con discapacitados

GRÁFICO 1.5

PROPORCIÓN DE HOGARES SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS MENSUALES



Fuentes: INE, *Panel de Hogares de la Unión Europea*, 2000.

disminuye de forma progresiva, siendo el colectivo perceptor de rentas superiores a los 2.344 euros al mes escasamente representativo (2 por 100).

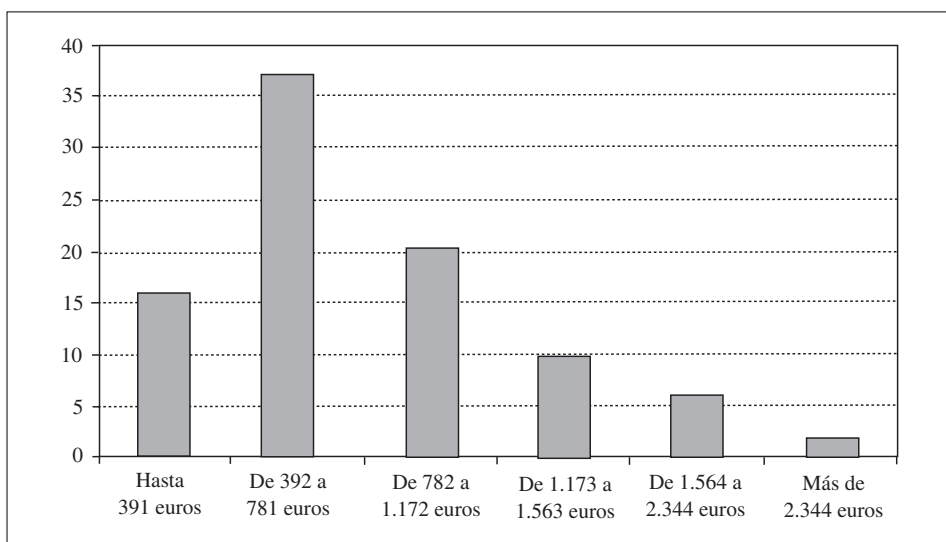
Sin embargo, el perfil mostrado por el conjunto de la población (hogares) de acuerdo con la variable «ingresos» es mucho más equilibrado. Salvando el 3 por 100 de los que no sobrepasan los 397 euros, el trazado a lo largo del continuo de ingresos presenta una curva muy suave, en tanto que la diferencia entre el tamaño proporcional del segmento que cuenta con una cantidad máxima de 793 euros y el que percibe 2.380 en adelante es poco significativa (menos de tres puntos porcentuales).

La lectura conjunta de los perfiles económicos de los hogares con personas con discapacidad y el total de los hogares españoles muestra una clara tendencia a los bajos ingresos en los primeros, situados comparativamente en las posiciones menos favorables de la escala de ingresos mensuales.

Las posibles explicaciones a esta realidad se presentan en una doble dirección. Por una parte, no puede eludirse la evidencia de las menores rentas de los hogares

GRÁFICO 1.6

**PROPORCIÓN DE HOGARES CON ALGUNA PERSONA CON DISCAPACIDAD
SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS**



Fuentes: INE, EDDES, 1999.

sostenidos por personas de edad avanzada, que son a su vez las más proclives a padecer discapacidad. Podría decirse que los hogares con discapacitados padecen más habitualmente pobreza porque son sustentados con gran frecuencia por ancianos, esto es, los bajos ingresos son una consecuencia de la acción de otros factores. Por otro lado, es sabido que las personas que integran hogares con rentas bajas tienden a desplegar pautas de conducta que pueden provocar déficits de salud, y que, por tanto, son más propicios al desarrollo de deficiencias y discapacidades. En este caso los ingresos bajos se situarían entre las causas.

Recepción de ayudas personales

La calidad de vida, concepto intrínsecamente multidimensional, debe incorporar en el caso del colectivo de personas con discapacidad algunas cuestiones específicamente referidas a sus necesidades. El objetivo de la integración en condiciones de normalidad requiere en muchas ocasiones de un apoyo más amplio, que puede ofrecerse de formas variadas, como la dotación de entornos accesibles, el asesoramiento y entrenamiento especializados, etc. Pero existen unas condiciones previas, situadas en el plano de las necesidades básicas. La recepción de ayudas personales⁴ se encuentra entre esas condiciones. Pues bien, tal como muestran los datos, más de un millón y medio de personas con discapacidad son receptoras de alguna ayuda personal, siendo los desplazamientos fuera del propio hogar y la realización de las tareas domésticas las actividades para las que más personas reciben apoyo⁵. Los cuidados personales y los desplazamientos dentro del hogar constituyen otras áreas de necesidad importantes, puesto que, a la luz de los resultados de la encuesta, más de 700.000 personas con discapacidad son receptoras de la ayuda de otras personas para su consecución, en el primer caso, y 800.000 en el segundo.

Tener más edad significa no sólo estar más expuesto al riesgo de padecer alguna discapacidad, sino también necesitar más apoyo personal. A partir de los 80 años la recepción de ayudas es lo más habitual entre las personas con discapacidad (casi siete de cada diez), en cambio en los menores de esa edad la proporción es bastante más reducida, aunque no por ello desdeñable (alrededor de cuatro de cada diez).

⁴ En la encuesta del INE, apoyos directos recibidos por una persona para la realización de las actividades de la vida diaria. Las principales ayudas personales se refieren a ayudas en el cuidado personal, para realizar las tareas del hogar, para la deambulación y desplazamientos, etc.

⁵ Distinto de ayuda técnica, que se refiere exclusivamente a los productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos destinados a personas con discapacidades, que impiden, compensan, alivian o neutralizan la discapacidad.

Tan significativas como las diferencias debidas a la edad son las que responden al género. En términos generales, el número de mujeres beneficiarias casi triplica al de hombres, siendo las diferencias sistemáticamente más altas en los sectores más longevos. Sin embargo, aunque a primera vista pudiera interpretarse que las diferencias de género responden a la mayor longevidad femenina, los datos revelan la existencia de proporciones superiores de mujeres receptoras de ayudas en todos los tramos edad, lo que en este caso permite desligar las variables sexo y edad en la explicación.

CUADRO 1.7

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN AYUDA DE ASISTENCIA
PERSONAL, POR DISCAPACIDAD, GRUPO DE EDAD Y SEXO**

	6 a 64 años		65 a 79 años		80 y más años		Total	
	Receptores de ayuda	%	Receptores de ayuda	%	Receptores de ayuda	%	Receptores de ayuda	%
Ambos sexos								
Total	556.954	39,6	605.064	45,8	508.432	67,6	508.545	48,0
Ver	77.798	25,5	163.584	39,1	180.763	64,8	180.867	42,1
Oír	50.264	17,0	110.555	28,3	153.298	55,8	153.382	32,7
Comunicarse	188.595	77,1	104.380	85,6	130.024	94,0	130.204	83,8
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	216.774	91,4	152.372	94,4	165.715	95,7	165.905	93,6
Desplazarse	219.371	52,8	303.707	63,6	281.354	84,7	281.502	65,7
Utilizar brazos y manos	236.593	52,8	259.865	66,7	227.333	89,1	227.489	66,2
Desplazarse fuera del hogar	453.979	61,5	525.656	65,8	463.132	83,9	463.282	69,1
Cuidar de sí mismo	194.116	90,2	222.758	90,8	299.566	94,6	299.751	92,2
Realizar las tareas del hogar	442.181	85,1	483.837	86,5	453.966	92,6	454.145	88,0
Relacionarse con otras personas	191.068	83,4	154.801	94,5	167.900	96,6	168.091	90,7
Hombres								
Total	258.210	36,1	189.508	37,7	132.961	57,5	133.056	40,1
Ver	33.079	21,5	45.723	28,4	47.125	54,2	47.208	31,4
Oír	20.151	13,2	37.133	21,0	41.058	44,6	41.124	23,4
Comunicarse	109.330	74,9	44.187	78,7	34.302	91,3	34.472	78,4
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	120.200	90,5	56.512	95,6	44.014	98,2	44.208	93,2
Desplazarse	99.661	51,9	94.679	62,3	73.844	81,5	73.988	61,7
Utilizar brazos y manos	98.608	47,0	85.648	64,7	59.757	87,9	59.910	59,5
Desplazarse fuera del hogar	223.043	58,8	167.726	61,7	118.490	80,4	118.632	63,8

CUADRO 1.7 (Continuación)

	6 a 64 años		65 a 79 años		80 y más años		Total	
	Receptores de ayuda	%	Receptores de ayuda	%	Receptores de ayuda	%	Receptores de ayuda	%
Cuidar de sí mismo	103.958	89,5	93.687	90,3	79.512	94,5	79.697	91,2
Realizar las tareas del hogar	190.768	87,6	135.380	90,5	107.618	94,1	107.803	90,1
Relacionarse con otras personas	104.021	79,3	59.214	95,7	43.270	98,3	43.464	87,1
Mujeres								
Total	298.744	43,2	415.556	50,8	375.471	72,1	375.594	53,7
Ver	44.719	29,6	117.861	45,7	133.638	69,6	133.753	49,3
Oír	30.112	21,0	73.422	34,2	112.239	61,5	112.335	39,9
Comunicarse	79.265	80,4	60.192	91,5	95.722	95,0	95.909	88,7
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	96.573	92,6	95.860	93,7	121.701	94,8	121.890	93,8
Desplazarse	119.710	53,5	209.028	64,2	207.510	85,9	207.660	67,8
Utilizar brazos y manos	137.986	57,9	174.217	67,7	167.575	89,6	167.732	70,3
Desplazarse fuera del hogar	230.935	64,4	357.930	67,9	344.642	85,2	344.795	72,4
Cuidar de sí mismo	90.158	91,0	129.071	91,2	220.054	94,7	220.240	92,9
Realizar las tareas del hogar	251.413	83,3	348.458	85,1	346.348	92,2	346.525	87,1
Relacionarse con otras personas	87.047	88,8	95.587	93,8	124.630	96,0	124.820	93,2

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

1.2. TIPOS DE DISCAPACIDAD

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera como deficiencia cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante. Partiendo de esta distinción básica promovida por la Organización Mundial de la Salud a través de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), el INE identifica en la EDDDES numerosas clases de deficiencia asociadas a las distintas discapacidades. La clasificación sobre la que se organiza toda la información estadística resultante de la encuesta responde pues a los criterios de la OMS derivados de la necesidad de aplicar un lenguaje unificado y estandarizado, y en definitiva, un marco conceptual homogéneo en el ámbito internacional. Sin embargo, la realidad muestra que, si bien esa sistematización es operativa en la atención a

ciertos objetivos, su aplicación estadística no satisface completamente las necesidades de información sobre la realidad de las discapacidades, por lo que en ocasiones, como se ha puesto de manifiesto en las páginas precedentes, es necesario interpretar con precaución los datos.

Para identificar las características de los grandes grupos se ha recurrido a esa misma fuente agrupando las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran heterogeneidad que existe dentro de cada uno, e incluso en los tipos de deficiencia más específicos de la encuesta.

1.2.1. Las deficiencias físicas

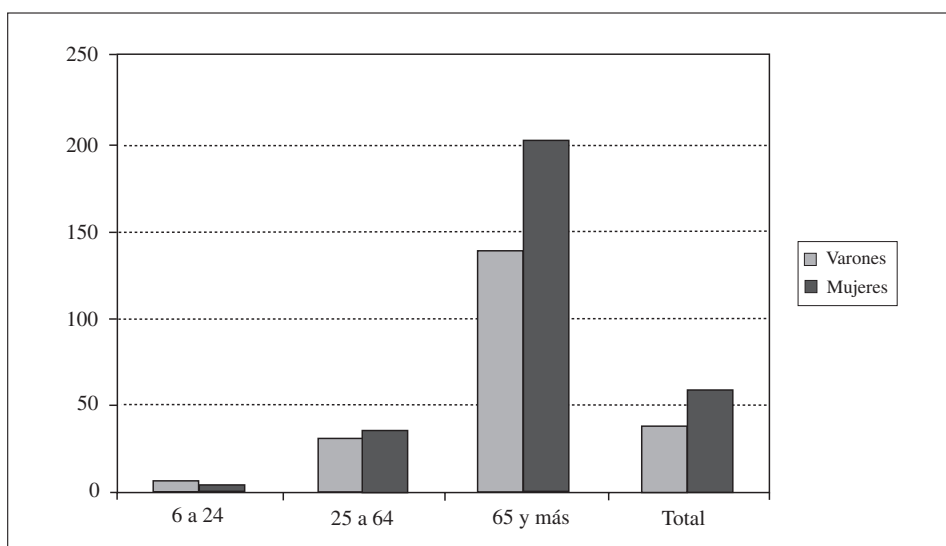
Si es cierto que esta categoría, tanto como las correspondientes a los trastornos mentales y sensoriales, no es enteramente precisa, sino más bien un *constructo* que responde a objetivos de delimitación dentro de un espectro amplio, su uso puede ayudar a aprehender la compleja realidad de las discapacidades.

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejias y tetraplejias, y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.

Pues bien, tomando esta clasificación (siempre precaria o incompleta en tanto que los límites reales de la deficiencia y la discapacidad son difíciles de determinar y a veces se producen solapamientos entre las distintas categorías) el 54 por 100 de las deficiencias asociadas a discapacidades se encuadran en esta categoría y la gran mayoría de ellas son de origen osteoarticular (con una prevalencia de 34 de cada mil habitantes), predominando claramente las anomalías en las piernas y en la columna vertebral.

Del conjunto de las deficiencias físicas cabe decir que una importante proporción de ellas se concentra en las edades asociadas a la actividad (6 a 64 años), y en especial en las que se corresponden con el periodo de mayor actividad laboral (700.000 en el segmento de 25 a 64 años). No obstante, la mayor incidencia se produce en la población que supera los 64 años (más de un millón de deficiencias

GRÁFICO 1.7

TASAS DE PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS FÍSICAS SEGÚN LA EDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Fuentes: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

registradas en la EDDDES). Es destacable, por otra parte, la disimilitud de la incidencia en los distintos grupos de edad en hombres y mujeres. Así, en el segmento más joven, entre 6 y 24 años, más del 60 por 100 de las deficiencias físicas corresponden a hombres. La distribución tiende a equilibrarse en las edades centrales, aunque entre los 25 y los 64 años se registren ya más casos femeninos, y se invierte en el segmento más longevo, con un 67 por 100 de las deficiencias físicas sufridas por las mujeres.

Estas diferencias a lo largo del trazado de edades son debidas fundamentalmente a la mayor frecuencia en el padecimiento de trastornos relacionados con la motricidad en los hombres jóvenes, teniendo especial peso los problemas que afectan a huesos y articulaciones, hecho que bien podría interpretarse como la consecuencia de un mayor índice de accidentes laborales y de tráfico en ese colectivo. Las deficiencias en los aparatos respiratorio, digestivo, cardiovascular, etc., se presentan, en cambio, con la misma frecuencia en ambos sexos.

CUADRO 1.8

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS
OSTEOARTICULARES, POR GRUPOS DE EDAD**

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
<i>Deficiencias osteoarticulares</i>	23.415	474.666	757.760	1.255.841
Cabeza	213	785	1.369	2.367
Columna vertebral	7.416	221.548	275.953	504.917
Extremidades superiores	9.287	144.717	172.042	326.046
Extremidades inferiores	8.855	173.675	452.062	634.592
Varones				
<i>Deficiencias osteoarticulares</i>	14.553	203.300	208.127	425.980
Cabeza	102	654	868	1.624
Columna vertebral	3.276	82.328	64.239	149.843
Extremidades superiores	7.349	62.714	49.175	119.238
Extremidades inferiores	5.687	75.950	122.872	204.509
Mujeres				
<i>Deficiencias osteoarticulares</i>	8.863	271.365	549.634	829.862
Cabeza	111	131	501	743
Columna vertebral	4.141	139.218	211.713	355.072
Extremidades superiores	1.938	82.002	122.867	206.807
Extremidades inferiores	3.168	97.725	329.189	430.082

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

CUADRO 1.9

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS
DEL SISTEMA NERVIOSO, POR GRUPOS DE EDAD**

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
Deficiencias del sistema nervioso	21.982	109.382	168.209	299.573
Parálisis de extremidades superiores	1.019	7.704	8.784	17.507
Parálisis de extremidades inferiores	275	8.362	12.702	21.339
Paraplejía	1.744	6.841	9.003	17.588
Tetraplejía	1.103	6.835	5.375	13.313
Trastornos de la coordinación de movimientos	12.447	50.071	83.734	146.252
Otras	6.536	36.045	59.746	102.327

CUADRO 1.9 (Continuación)

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Varones				
Deficiencias del sistema nervioso	14.333	56.081	76.666	147.080
Parálisis de extremidades superiores	891	4.097	3.959	8.947
Parálisis de extremidades inferiores	275	4.000	6.118	10.393
Paraplejía	1.402	3.004	3.618	8.024
Tetraplejía	785	4.395	1.488	6.668
Trastornos de la coordinación de movimientos	8.059	22.476	40.088	70.623
Otras	3.499	21.301	26.643	51.443
Mujeres				
Deficiencias del sistema nervioso	7.649	53.301	91.543	152.493
Parálisis de extremidades superiores	128	3.607	4.825	8.560
Parálisis de extremidades inferiores	0	4.362	6.584	10.946
Paraplejía	342	3.837	5.386	9.565
Tetraplejía	318	2.440	3.887	6.645
Trastornos de la coordinación de movimientos	4.387	27.595	43.645	75.627
Otras	3.037	14.745	33.103	50.885

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

En todos los casos de deficiencias de carácter físico el eje problemático en torno al cual se estructura la trama de la integración (deficitaria) es la autonomía personal, ya que aunque en cada etapa del ciclo vital las expectativas en torno a la autonomía son distintas, como también lo son entre las personas que no padecen discapacidad, se trata de un elemento esencial desde el punto de vista de la calidad de vida. Pues bien, hablar de autonomía supone referirse a ámbitos tan variados como el laboral, el educativo, la comunicación social y por supuesto la accesibilidad, que aglutina problemáticamente a todas estas facetas vitales. La escasa participación en actividad y empleo, el déficit y el desajuste educativo, así como la sobreprotección familiar, que redundan en la falta de autonomía, son problemas comunes a todas las personas con discapacidad. Pero tal vez se manifiesten de forma especialmente reconocible en términos de accesibilidad en aquellas personas que tienen muy reducida su capacidad de movimiento, como los usuarios de sillas de ruedas.

CUADRO 1.10

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS
VISCERALES, POR GRUPOS DE EDAD**

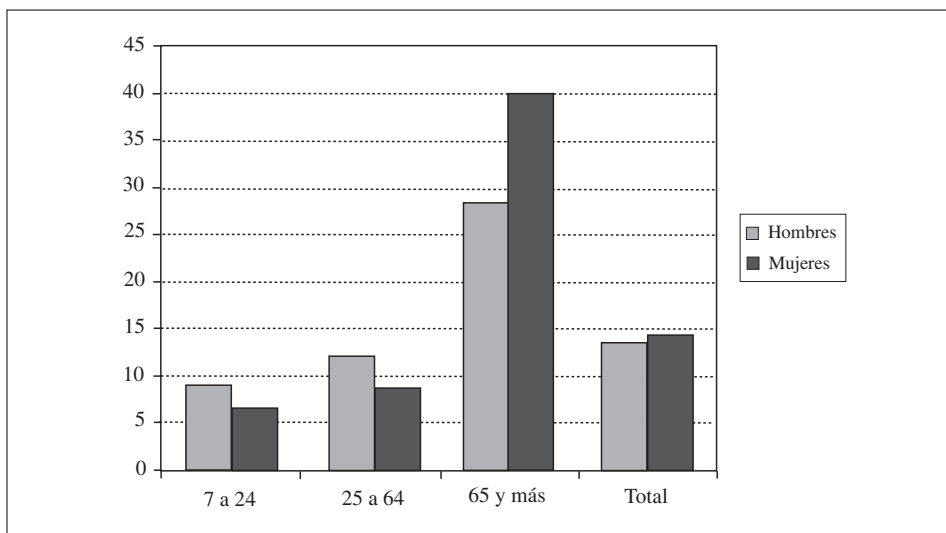
	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
<i>Deficiencias viscerales</i>	3.360	112.947	208.837	325.144
Aparato respiratorio	1.288	17.951	39.262	58.501
Aparato cardiovascular	714	47.332	96.670	144.716
Aparato digestivo	566	8.985	11.388	20.939
Aparato genitourinario	690	9.044	20.626	30.360
Sistema endocrino-metabólico	270	22.595	45.155	68.020
Sistema hematopoyético y sistema inmunitario	133	10.659	4.391	15.183
Varones				
<i>Deficiencias viscerales</i>	1.163	57.011	92.726	150.900
Aparato respiratorio	377	12.258	25.885	38.520
Aparato cardiovascular	29	25.391	41.334	66.754
Aparato digestivo	384	5.262	3.880	9.526
Aparato genitourinario	418	3.621	8.657	12.696
Sistema endocrino-metabólico	257	7.987	14.438	22.682
Sistema hematopoyético y sistema inmunitario	0	4.348	1.294	5.642
Mujeres				
<i>Deficiencias viscerales</i>	2.197	55.934	116.111	174.242
Aparato respiratorio	911	5.693	13.377	19.981
Aparato cardiovascular	684	21.942	55.336	77.962
Aparato digestivo	182	3.723	7.508	11.413
Aparato genitourinario	273	5.425	11.969	17.667
Sistema endocrino-metabólico	14	14.609	30.717	45.340
Sistema hematopoyético y sistema inmunitario	133	6.312	3.098	9.543

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

1.2.2. Las deficiencias mentales

Como ocurre con el resto de los colectivos objeto de análisis, el integrado por las personas con deficiencias mentales es de difícil cuantificación, entre otras razones por la falta de precisión de sus límites en las encuestas disponibles. Concretamente la EDDDES incluye en la categoría de deficiencia mental el espectro

GRÁFICO 1.8
TASAS DE PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS MENTALES
SEGÚN LA EDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD



Fuentes: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales. En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros. La falta de acuerdo en torno a la idoneidad de la inclusión de algunos de estos últimos en categorías distintas, y sobre todo la imposibilidad de realizar su cuantificación de manera aislada, hace ineludible una exploración previa del conjunto, considerando la categoría «otros trastornos» como enfermedades mentales.

Una primera aproximación a los datos pone de manifiesto la existencia de más de medio millón de deficiencias mentales en España, lo que implica casi al 15 por 100 de los discapacitados. Puesto este dato en relación con el conjunto de la población, muestra una tasa global de prevalencia de 14 por 1.000, variando de forma sustancial a lo largo de trazado de edades, en sentido creciente. Ahora bien, la gran diversidad de trastornos contemplados requiere afrontar al menos dos conjuntos. El primero referido a las deficiencias que provocan retraso mental y el segundo agrupando al resto de los trastornos, que se definirán de manera genérica como «enfermedad mental».

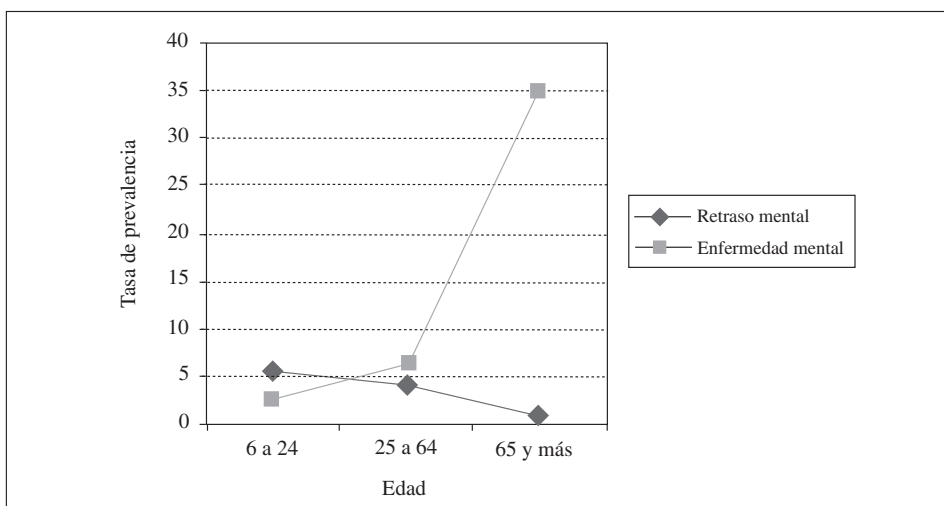
Retraso mental

Al contrario de lo que ocurre con los otros tipos de deficiencias, en el caso de las referidas a retraso mental se detecta una orientación creciente en las primeras edades, alcanzándose las mayores tasas de prevalencia en edades aún jóvenes, siendo después decreciente. De este modo, es inferior en los tramos centrales, relacionados con la actividad, y muy inferior en los mayores de 65 años. El resto de las deficiencias mentales, referidas como se ha dicho a trastornos tan dispares como el autismo o las esquizofrenias, muestran perfiles semejantes a las deficiencias físicas y sensoriales, en tanto que las tasas específicas de prevalencia aumentan progresivamente con la edad, registrándose los valores más altos en las escalas superiores de la edad.

Si este comportamiento es común a ambos sexos (incremento de las enfermedades mentales a medida que aumenta la edad y disminución de los retrasos a partir de cierta edad), el caso de las demencias, que se ha incluido en el conjunto de las enfermedades mentales, presenta un perfil preferentemente femenino, y ello por su vinculación con las edades avanzadas.

GRÁFICO 1.9

TASAS DE PREVALENCIA DEL RETRASO MENTAL Y OTROS TRASTORNOS MENTALES POR GRUPOS DE EDAD



Fuentes: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

CUADRO 1.11
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS
INTELECTUALES, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
Total	74.924	212.117	227.029	514.070
Retraso madurativo	6.808	0	0	6.808
Retraso mental profundo y severo	9.575	21.789	1.241	32.605
Retraso mental moderado	20.113	41.896	2.036	64.045
Retraso mental leve y límite	17.000	24.259	2.113	43.372
Varones				
Total	44.160	123.879	77.305	245.344
Retraso madurativo	3.173	0	0	3.173
Retraso mental profundo y severo	4.458	11.815	825	17.098
Retraso mental moderado	10.215	26.957	1.168	38.340
Retraso mental leve y límite	11.851	13.760	869	26.480
Mujeres				
Total	30.764	88.238	149.723	268.725
Retraso madurativo	3.635	0	0	3.635
Retraso mental profundo y severo	5.118	9.974	416	15.508
Retraso mental moderado	9.899	14.938	868	25.705
Retraso mental leve y límite	5.149	10.500	1.244	16.893

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Enfermedades mentales

A las dificultades de cuantificación y análisis citadas de modo genérico para el conjunto de los colectivos, se añade en el caso de las enfermedades mentales una posible infrarrepresentación en la encuesta derivada de la persistente estigmatización de la enfermedad mental, que con alta probabilidad deviene en ocultación de casos. A ello podría sumarse un posible sobredimensionamiento de los trastornos mentales vinculados con la neurosis, al contrario de lo que sucede con los trastornos graves en el espectro de la psicosis. Teniendo en cuenta estos elementos de distorsión, el IMSERSO ha elaborado recientemente un estudio pormenorizado sobre la población con enfermedad mental en España⁶, acotando

⁶ MTAS, *La población con enfermedad mental grave y prolongada*, 2003.

de acuerdo con algunos rasgos la población que reúne las características más discapacitantes.

Así, para la realización del estudio se aplicaron varios criterios de inclusión: en primer lugar, el padecimiento declarado de deficiencias mentales y de enfermedades mentales; en segundo lugar, su carácter crónico —cerca de 79.000, cifra probablemente inferior a la real—, y por último, la aparición después de los catorce años.

Según la EDDDES, fuente usada en el citado estudio, cerca de 250.000 personas están afectadas por enfermedades mentales. De este casi cuarto de millón, una proporción no desdeñable padece, INSERSO, «enfermedad mental grave y prolongada», es decir, sufre trastornos psiquiátricos graves, que conllevan un importante deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento social, laboral y personal (relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, higiene, etc.) mantenidos en el tiempo y que se acompañan de cierto grado de discapacidad.

Pues bien, entre las conclusiones del estudio destaca la importancia que la disfunción cognitiva tiene para las personas con enfermedad mental prolongada. Dicha disfunción se manifiesta en discapacidad en el aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, lo que acaba repercutiendo negativamente

CUADRO 1.12
PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS
PSÍQUICAS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Total	22.038	124.792	222.239	369.069
Demencias	813	6.313	127.260	134.386
Otros trastornos mentales	21.225	118.479	94.979	234.683
Varones				
Total	14.463	71.968	74.647	161.078
Demencias	144	4.264	37.502	41.910
Otros trastornos mentales	14.319	67.704	37.145	119.168
Mujeres				
Total	7.576	52.825	147.592	207.993
Demencias	669	2.050	89.758	92.477
Otros trastornos mentales	6.907	50.775	57.834	115.516

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

en la capacidad de adaptación al entorno y especialmente en la integración participativa en la comunidad a través del trabajo.

Asimismo, los resultados del estudio revelan importantes elementos de dependencia en el colectivo, pues la práctica totalidad de la muestra (93 por 100) se encuentra discapacitada para relacionarse con otras personas, además de encontrar verdaderos obstáculos para las tareas del hogar y los desplazamientos fuera del mismo, entre otras actividades cotidianas.

La constatación de la amplia prevalencia de estas dificultades en el colectivo sugiere la necesidad del desarrollo de programas de formación, rehabilitación e integración sociolaboral que tengan en cuenta no sólo las limitaciones de aprendizaje, sino también la accesibilidad.

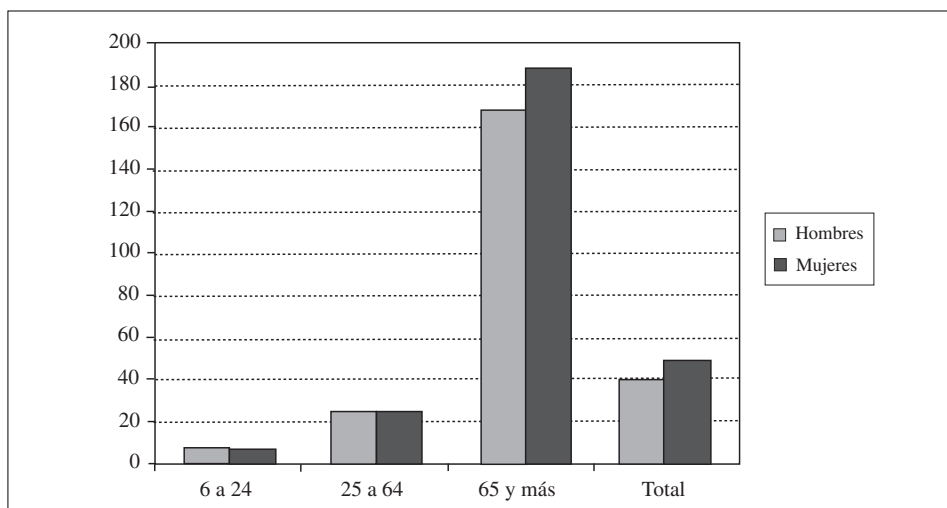
1.2.3. Las deficiencias sensoriales

Al igual que en los casos de los grupos anteriores, al hablar de deficiencias sensoriales es necesario recordar que las categorías de análisis presentan limitaciones en la descripción de la realidad para la que se aplican. No obstante, asumiendo los criterios de clasificación empleados en la encuesta, son útiles como aproximación al tamaño y sobre todo a la composición del colectivo resultante. La categoría «deficiencias sensoriales» incluye, para los fines de este estudio, a quienes presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje.

Tomando los datos en su conjunto, la tasa de prevalencia de este grupo de deficiencias alcanza casi el 44 por 1.000, registrándose fuertes diferencias de acuerdo con la variable edad. Así, de los 7 de cada mil niños y jóvenes de entre 6 y 24 años se pasa a 24 en el tramo de edad de actividad laboral. Pero el incremento más fuerte se registra en el segmento de los mayores de 64 años. Las mujeres son también en este caso quienes sufren deficiencias con mayor frecuencia en el tramo de edad más avanzado.

Dentro del grupo de las deficiencias sensoriales (alrededor de 1.700.000) se incluyen, como se ha dicho, colectivos afectados por trastornos de distinta naturaleza. Las deficiencias auditivas cuyo cómputo alcanza una cifra superior a los 800.000 presentan a su vez distintos grados, desde las hipoacusias (mala audición) de carácter leve hasta la sordera total prelocutiva y poslocutiva, y los trastornos relacionados con el equilibrio. Si a estas diferencias se unen las distintas estrategias técnicas y comunicativas empleadas por quienes padecen deficiencias auditivas (lenguaje de signos, implantes cocleares o audífonos), el resultado es un colectivo de rasgos muy heterogéneos.

GRÁFICO 1.10
TASAS DE PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS SENSORIALES
SEGÚN LA EDAD



Fuentes: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Siendo cierto que el trastorno más frecuente es la hipoacusia en sus distintos grados, sin llegar a la falta total de percepción de señales auditivas, un 10 por 100 de las deficiencias corresponden a sorderas totales, lo que significa que en la actualidad viven en España cerca de 90.000 personas sordas de las que una importante proporción se concentra en las edades vinculadas con la actividad laboral.

Hablar de integración en este colectivo hace necesaria la referencia al origen de las deficiencias orgánicas, pues dicho origen determina el abordaje médico y educativo de las personas con discapacidades auditivas, razón por la cual el diagnóstico en niños es de singular importancia ya que dependiendo del momento de la aparición sus consecuencias sobre el desarrollo comunicativo y lingüístico condicionarán la orientación del tratamiento a seguir. La elección del uso de aparatos e implantes audiotprotésicos o el aprendizaje del lenguaje de signos constituyen estrategias distintas en la mejora de las condiciones de vida de los afectados, si bien no todos los grados de severidad ni todos los tipos de localización son abordables con una u otra.

De cualquier modo, es incuestionable la necesidad del diagnóstico precoz, pues de él depende la posibilidad de iniciar tratamientos encaminados a la adquisición de

habilidades básicas. En el caso de las sorderas prelocutivas (pérdida auditiva presente antes de que se haya desarrollado el lenguaje) las consecuencias sobre el sistema cognitivo y el desarrollo de la personalidad aconsejan tratamientos desde el momento de la detección. No obstante la gran heterogeneidad del colectivo, todos los casos comparten una barrera común en su vida cotidiana, por lo que las referencias visuales constituyen un elemento clave en el contacto con el entorno.

CUADRO 1.13

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS
AUDITIVAS, POR GRUPOS DE EDAD**

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
<i>Deficiencias del oído</i>	29.039	250.220	548.101	827.360
Sordera prelocutiva	5.432	18.638	2.167	26.237
Sordera postlocutiva	1.871	18.968	40.416	61.255
Mala audición	21.737	208.319	501.369	731.425
Varones				
<i>Deficiencias del oído</i>	16.602	125.340	229.350	371.292
Sordera prelocutiva	4.525	10.903	1.694	17.122
Sordera postlocutiva	982	8.640	16.362	25.984
Mala audición	11.095	104.654	210.148	325.897
Mujeres				
<i>Deficiencias del oído</i>	12.437	124.881	318.751	456.069
Sordera prelocutiva	908	7.736	474	9.118
Sordera postlocutiva	889	10.328	24.054	35.271
Mala audición	10.641	103.665	291.221	405.527

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

El otro gran colectivo incluido en la categoría de deficiencias sensoriales lo constituyen las personas con trastornos visuales. Según los datos de la encuesta, casi un 25 por 100 de los discapacitados padecen alguna deficiencia visual (840.000) y un 6 por 100 de esas deficiencias son cegueras totales, lo que significa que en España viven en la actualidad casi 50.000 personas ciegas.

CUADRO 1.14

PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS VISUALES, POR GRUPOS DE EDAD

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
<i>Deficiencias visuales</i>	33.767	232.214	573.737	839.718
Ceguera total	3.864	11.625	32.812	48.301
Mala visión	29.903	220.591	540.925	791.419
Varones				
<i>Deficiencias visuales</i>	18.756	114.936	206.878	340.570
Ceguera total	2.425	5.358	9.859	17.642
Mala visión	16.331	109.575	197.019	322.925
Mujeres				
<i>Deficiencias visuales</i>	15.009	117.279	366.857	499.145
Ceguera total	1.438	6.265	22.952	30.655
Mala visión	13.572	111.015	343.905	468.492

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

CUADRO 1.15

PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE PADECEN DEFICIENCIAS EXPRESIVAS, POR GRUPOS DE EDAD

	6 a 24	25 a 64	65 y más	Total
Ambos sexos				
<i>Deficiencias del lenguaje</i>	6.073	14.190	31.258	51.521
Mudez (no por sordera)	887	1.130	2.591	4.608
Habla dificultosa	5.186	13.061	28.667	46.914
Varones				
<i>Deficiencias del lenguaje</i>	4.218	9.400	17.247	30.865
Mudez (no por sordera)	500	684	1.041	2.225
Habla dificultosa	3.718	8.717	16.205	28.640
Mujeres				
<i>Deficiencias del lenguaje</i>	1.855	4.791	14.011	20.657
Mudez (no por sordera)	387	446	1.550	2.383
Habla dificultosa	1.468	4.344	12.461	18.273

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN

2.1. POLÍTICAS SANITARIAS

Una de las dimensiones más importantes de la discapacidad es la sanitaria. Existen patologías que exigen una atención sanitaria específica desde el punto de vista de la prevención de la discapacidad, del mismo modo que las personas con discapacidad pueden presentar demandas sanitarias específicas. Para el sistema sanitario responder adecuadamente a estas necesidades representa un reto que pone a prueba principios como la universalidad, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. En la atención a la discapacidad se manifiesta plenamente la vertiente de equidad del sistema sanitario, que debe considerar prioritarias las acciones dirigidas a mejorar la salud de los grupos más vulnerables. Las políticas sanitarias deben considerar la situación específica de las personas con discapacidad atendiendo a las causas que originan la discapacidad y a la diversidad del colectivo, garantizando una atención integral con criterios de calidad.

2.1.1. **Situación actual de las políticas sanitarias en materia de discapacidad**

La obligación de los poderes públicos de desarrollar políticas sanitarias específicas de previsión, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad establecida

por la Constitución española (art. 49) fue recogida por la LISMI estableciendo como compromisos del Gobierno, por una parte, la futura presentación a las Cortes de un Proyecto de Ley sobre principios y normas básicas de ordenación y coordinación de la Prevención, y, por otra, la elaboración de un Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías. Estas iniciativas no llegaron a llevarse a cabo, mientras que el primer esbozo de políticas sanitarias orientadas específicamente a afrontar el fenómeno de la discapacidad tiene lugar en el marco más amplio del primer Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002 (PAPD 1997-2002), aprobado por la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales el 26 de noviembre de 1996, a propuesta del Congreso de los Diputados. De los cinco grandes Planes sectoriales que lo integraban con sus correspondientes iniciativas y ámbitos de intervención, dos de ellos han sido hasta fechas muy recientes la referencia de las políticas sanitarias en materia de discapacidad: el Plan de Promoción de la Salud y Prevención de Deficiencias, por una parte, y el de Asistencia Sanitaria y Rehabilitación Integral, por otra.

Lamentablemente no se ha llevado a cabo un seguimiento y evaluación conjunta del grado de ejecución de las numerosas medidas contenidas en ambos planes sectoriales. Además, aquel primer intento de articulación de una política sanitaria integral en materia de discapacidad no ha tenido continuidad en el recién aprobado II Plan de Acción para las personas con discapacidad. En efecto, este II Plan, que no ha tenido en cuenta la participación de las organizaciones representadas en el Consejo Económico y Social en su proceso de elaboración y aprobación, ha dejado de contemplar las políticas sanitarias como un área de intervención específica en materia de discapacidad.

Y sin embargo, desde la elaboración del anterior Plan de Acción para las personas con discapacidad se han producido cambios importantes en la evolución del fenómeno de la discapacidad que hubieran aconsejado una revisión de sus objetivos y líneas de actuación con el máximo nivel de participación social, lo que, como se ha mencionado, no se ha producido en este caso. Así, desde entonces, la publicación de la EDDDES ha permitido ahondar en el diagnóstico de la situación de las personas con discapacidad en España, aunque con ciertas limitaciones respecto a sus demandas específicamente sanitarias. Por otro lado, hay que tener en cuenta que en el marco general del Sistema Nacional de Salud, en el que se inscriben las políticas sanitarias en materia de discapacidad también se han producido significativos cambios siendo especialmente destacables la plena descentralización de la gestión sanitaria y la reciente aprobación de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, sobre la que el Consejo Económico y Social tampoco ha tenido ocasión de pronunciarse.

En efecto, a partir de la Ley 16/2003 la política sanitaria de prevención cambia de rumbo y, abandonando la pretensión de la Ley General de Sanidad de elaborar un único Plan Integral de Salud, se orienta a la realización de Planes Integrales de Prevención de carácter sectorial. El Plan Nacional de Prevención del Tabaquismo y el Plan Nacional de Cardiopatía Isquémica aprobados en 2003 son los primeros exponentes de esta nueva orientación que, en materia de discapacidad, abriría nuevas perspectivas desde el punto de vista del diseño de las políticas en este ámbito, que podrían revestir a partir de ahora la forma de Planes integrales por patologías o deficiencias más discapacitantes o, incluso, de un Plan integral de salud para las personas con discapacidad.

2.1.2. Salud y demandas sanitarias de las personas con discapacidad

El análisis de las causas de la discapacidad y su evolución a lo largo del tiempo es obligado a efectos de la definición de una adecuada política sanitaria, en especial desde la perspectiva de la prevención. A este respecto, a través de la observación del origen de la discapacidad en los distintos grupos de edad de las personas con discapacidad se ha constatado un importante cambio de modo que las causas congénitas, los problemas en el parto y los accidentes han aumentado considerablemente su importancia relativa con respecto a las enfermedades. La consideración de los distintos grupos de edad de las personas con discapacidad vinculada al origen de la misma confirma ese cambio de tendencia. Así, como ya se ha anticipado en el capítulo anterior, si las enfermedades figuran como causa principal de las deficiencias a partir de los 65 años, en la población menor de esta edad y mayor de 6 años, las causas congénitas y los problemas en el parto se hallan en el origen de más del 20 por 100 de las deficiencias. En este grupo, los accidentes emergen como causa del 14,5 por 100 de las deficiencias, destacando por su volumen y evolución creciente los accidentes de tráfico y los de carácter laboral.

La EDDES proporciona algunos datos relevantes sobre el estado de salud de las personas con discapacidad que sugieren la existencia de demandas especialmente intensas en determinadas áreas de la atención sanitaria. Así, según esta encuesta, al 43 por 100 de las personas con discapacidad mayores de 6 años se les ha diagnosticado una enfermedad crónica (que no tiene por qué coincidir con el origen de la discapacidad). La prevalencia de las distintas enfermedades contempladas por la EDDES es variable en función de la edad, fundamentalmente. Así, llama la atención la importante presencia de enfermedades mentales crónicas entre los grupos más jóvenes (34,3 por 100 en el grupo de 6-24 años y 38,8 por 100 en el de 25 a 44), mientras que a partir de los 45 años la enfermedad

crónica más prevalente es la artritis reumatoide, cobrando progresivamente importancia las enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio y accidentes cerebrales). Al 23 por 100 de las personas con discapacidad mayores de 80 años se les había diagnosticado demencia/Alzheimer (cuadro 2.1).

CUADRO 2.1

PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD QUE TIENEN DIAGNOSTICADAS DETERMINADAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, POR ENFERMEDAD Y EDAD

	Personas con enfermedades crónicas por edades					
	Total	De 6 a 24	De 25 a 44	De 45 a 64	De 65 a 79	>80
Total personas	3.485.644	171.622	416.157	818.213	1.320.533	759.119
Total personas con discapacidad y enfermedad crónica	1.500.385	63.230	155.884	328.589	604.549	348.133
Espina bífida/hidrocefalia	19.717	3.982	4.115	4.108	6.338	1.174
Síndrome de Down	30.101	12.779	13.866	3.051	177	228
Autismo	5.306	3.351	1.873	0	82	0
Hemofilia	2.228	309	373	807	739	0
Parálisis cerebral	57.767	13.692	13.985	6.736	13.741	9.613
Traumatismo craneoencefálico	41.029	5.312	10.416	9.910	9.916	5.475
Enfermedad mental	177.039	21.671	60.515	43.392	35.253	16.208
Retinosis pigmentaria	22.186	755	4.308	4.537	8.839	3.747
Artritis reumatoide. Espondilitis	773.909	1.885	33.015	189.391	364.929	184.689
Distrofia muscular	145.849	7.794	20.207	43.858	48.584	25.406
Esclerosis lateral o múltiple	59.418	2.728	11.423	17.573	19.854	7.840
Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	262.224	2.007	6.495	57.134	127.803	68.785
Accidentes cerebrovasculares	175.282	2.828	6.126	32.429	80.467	53.432
Demencia/Alzheimer	136.867	898	1.722	6.007	48.067	80.173
Parkinson	79.076	0	779	6.980	38.235	33.082

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.

En cuanto a los datos sobre utilización y demandas sanitarias que presenta la EDDDES, cabe destacar que los servicios más utilizados por las personas con discapacidad son los cuidados médicos y/o enfermería y las pruebas diagnósticas. Les siguen los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica, la rehabilitación médico-funcional y los servicios de podología, con alguna variación en torno a su importancia relativa según los grupos de edad.

La financiación pública alcanza a alrededor del 90 por 100 de los servicios recibidos, si bien llama la atención el peso relativo del pago directo (superior

CUADRO 2.2

**PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
ENTRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, POR GRUPOS DE EDAD**

	De 6 a 24	De 25 a 44	De 45 a 64	De 65 a 79	>80
% personas con discapacidad y enfermedad crónica	36,8	37,5	40,2	45,8	45,9
Total personas con discapacidad y enfermedad crónica	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Espina bífida/hidrocefalia	6,3	2,6	1,3	1,05	0,3
Síndrome de Down	20,2	8,9	0,9	0,03	0,1
Autismo	5,3	1,2	0,0	0,01	0,0
Hemofilia	0,5	0,2	0,2	0,12	0,0
Parálisis cerebral	21,7	9,0	2,0	2,27	2,8
Traumatismo craneoencefálico	8,4	6,7	3,0	1,64	1,6
Enfermedad mental	34,3	38,8	13,2	5,83	4,7
Retinosis pigmentaria	1,2	2,8	1,4	1,46	1,1
Artritis reumatoide. Espondilitis	3,0	21,2	57,6	60,36	53,1
Distrofia muscular	12,3	13,0	13,3	8,04	7,3
Esclerosis lateral o múltiple	4,3	7,3	5,3	3,28	2,3
Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	3,2	4,2	17,4	21,14	19,8
Accidentes cerebrovasculares	4,5	3,9	9,9	13,31	15,3
Demencia/Alzheimer	1,4	1,1	1,8	7,95	23,0
Parkinson	0,0	0,5	2,1	6,32	9,5

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.

al 10 por 100 de los casos) en algunos tipos de servicios sanitarios, lo que puede ser indicativo de carencias o ineficiencias en la provisión pública de este tipo de servicios, entre los que destacan la rehabilitación médico funcional; la salud mental y asistencia psiquiátrica; la atención psicosocial a familiares (en el grupo más joven); los trasplantes e implantes; la información, asesoramiento y valoración, y, —en el caso de los mayores de 80 años— la teleasistencia sanitaria.

Hay que tener en cuenta que, cualquiera que sea la opción respecto al diseño de las políticas sanitarias, la respuesta a las demandas específicas de las personas con discapacidad deberá encajar en el esquema de prestaciones del sistema, que conviene examinar brevemente desde la perspectiva de este Informe.

2.1.3. Discapacidad y prestaciones del sistema sanitario

El marco general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud se encuentra regulado en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud, ha introducido modificaciones en algunos aspectos de ese «catálogo de prestaciones» que, no obstante, permanecerá vigente hasta que se apruebe el Real Decreto por el que se desarrolle la cartera de servicios.

Un aspecto importante que introduce la nueva Ley es el de la regulación de las garantías de las prestaciones, en términos de accesibilidad, movilidad, tiempo, información, seguridad y calidad (arts. 23 a 29). A este respecto, el artículo 28 establece que la accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones de carácter sanitario para personas con discapacidad constituye un criterio de calidad que ha de ser garantizado por el SNS. En este sentido, los centros sanitarios de nueva creación deberán cumplir las normas vigentes que les sean de aplicación en materia de promoción de la accesibilidad y de eliminación de barreras de todo tipo. Respecto a los centros y servicios sanitarios ya existentes que sigan presentando obstáculos para los usuarios con problemas de movilidad o comunicación, las Administraciones públicas sanitarias deberán promover programas para su eliminación.

Conviene, por tanto, analizar la cobertura actual de las prestaciones del sistema considerando las demandas específicas en salud de las personas con discapacidad respecto a cada una de ellas y, al mismo tiempo, tener en cuenta los cambios contemplados en la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que tengan relevancia desde la perspectiva de este informe.

Salud pública

La Ley 16/2003 introduce el concepto de salud pública entre las prestaciones del sistema, incluyendo dentro de su contenido «la prevención de las enfermedades y de las deficiencias». No hay que olvidar la eficacia que tiene, de cara a la reducción del riesgo de discapacidad, la adopción de estrategias generales orientadas a la prevención, a combatir ciertas enfermedades o a garantizar la seguridad en las carreteras y los lugares de empleo. A título de ejemplo, valga recordar la importancia de la progresiva ampliación del calendario de vacunaciones, típico contenido de la salud pública, contra determinadas enfermedades a veces muy

discapacitantes, como la meningitis; la vigilancia de la seguridad alimentaria (recuérdese el caso del síndrome de colza) o los controles zoosanitarios.

En este ámbito, una de las principales demandas es reforzar la coordinación en este ámbito, tal y como señalaba el CES en su Informe 3/2000, sobre Unidad de mercado y cohesión social, de modo que sobre la base del consenso entre los distintos Servicios de Salud se articulen estrategias específicamente dirigidas a la prevención de discapacidades. Un ejemplo de actuación en este campo es el Programa de Detección Precoz de Sorderas Infantiles, aprobado en abril de 2003 por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS.

Prestación de atención primaria

La atención primaria es la puerta de acceso al sistema sanitario y el eje de derivación a otros niveles. El papel que desempeñen los servicios de atención primaria es fundamental a efectos de la prevención, diagnóstico, terapia y rehabilitación de las discapacidades, siendo especialmente importante en este nivel la preparación específica de los profesionales en la detección precoz de factores de riesgo y en el tratamiento adecuado a las personas con discapacidad. La atención primaria comprende numerosos aspectos de relevancia para las personas con discapacidad. Así, según el artículo 12 de la Ley 16/2003, la atención primaria comprenderá la asistencia a demanda programada y urgente tanto en consulta como en el domicilio del enfermo [art. 12.2.a)]; las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria [art. 12.2.c)]; la rehabilitación básica [art. 12.2.e)]; las atenciones y servicios específicos relativos a grupos de riesgo y enfermos crónicos [art. 12.2.f)]; la atención paliativa a enfermos terminales [art. 12.2.g)]; la atención a la salud bucodental [art. 12.2.i)], así como la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada [art. 12.2.h)].

Sin ánimo de exhaustividad, cabría apuntar algunos aspectos susceptibles de mejora en el ámbito de la atención primaria a las personas con discapacidad:

- Este nivel constituye la «puerta de acceso» al sistema sanitario en su conjunto y, al mismo tiempo, se incardinan en él las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud. A este respecto, se requiere una mejora de la información a las personas a las que se les diagnostica una discapacidad y sus familias sobre los recursos disponibles en la red sanitaria.
- Es necesario conceder una relevancia especial a la formación, información y actualización del personal sanitario, en especial en atención primaria,

en materia de asistencia a personas con discapacidad y atención a sus familias.

- Otro ámbito susceptible de mejora en este nivel es la creación de unidades de atención a enfermos crónicos.

Prestación de atención especializada

La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como de educación sanitaria y prevención de la salud. Una vez superadas las posibilidades de la atención primaria, debe garantizar la continuidad de la atención integral al paciente. Comprende la asistencia en consultas, en hospital de día médico y quirúrgico, el internamiento, el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio; la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, la atención a la salud mental y la atención paliativa a enfermos terminales.

A partir de la Ley de Cohesión y Calidad la rehabilitación funcional es una actividad propia tanto de la asistencia especializada como de la atención socio-sanitaria que se incluye como nueva prestación, mientras que en el nivel de atención primaria se realiza la rehabilitación básica. Ello es coherente con el propio concepto de rehabilitación integral, que comprende no sólo el restablecimiento de estructuras corporales o funciones fisiológicas o mentales que presenten algún tipo de anomalía (rehabilitación que se lleva a cabo normalmente en centros de atención especializada o primaria), sino el asesoramiento, la capacitación en la atención propia, el suministro de dispositivos y aparatos ortoprotésicos, junto a otros aspectos que no corresponden al ámbito de las Administraciones sanitarias, como la rehabilitación profesional (aspectos que han sido fundamentalmente asumidos por los Servicios Sociales y, por lo que hace a la rehabilitación profesional, por las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social), las ayudas técnicas del IMSERSO y los tratamientos de apoyo en educación especial.

Respecto a la rehabilitación integral, la LISMI establecía el derecho a la necesaria rehabilitación para corregir el estado físico, psíquico o sensorial de las personas con discapacidad cuando éste constituya un obstáculo para su integración educativa, laboral y social. Preveía, asimismo, la creación de un sistema de rehabilitación, que debería fomentar y establecer el Estado, en coordinación con los restantes servicios sociales, escolares y laborales, en las menores unidades posibles, para acercar el servicio a los usuarios y administrarlo descentraliza-

damente. Una de las principales carencias detectadas en este ámbito es que dicho sistema no ha llegado a articularse todavía, caracterizándose el panorama actual de la rehabilitación por una cierta dispersión de actuaciones realizadas por los Departamentos (Sanidad, Educación, Trabajo y Asuntos Sociales) y Administraciones competentes (General y de las CCAA).

Por otro lado, en el ámbito de la asistencia especializada cabe recordar la necesidad de garantizar el acceso de las personas con discapacidad, independientemente de su lugar de residencia, a los centros de referencia establecidos para la atención de aquellas patologías que precisen una concentración de recursos diagnósticos y terapéuticos. La atención en estos servicios de referencia (fundamental para muchas personas con discapacidad, como por ejemplo los tratamientos médico-quirúrgicos y de rehabilitación integrales para las personas con lesión medular, daño cerebral y discapacidad física grave de origen neurológico) se financia con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria, regulado en la Ley 21/2001. Cabe recordar que el CES, en su día, ya subrayó la conveniencia de articular medidas de acompañamiento para afrontar en estos casos los gastos derivados del desplazamiento para las familias de los pacientes⁷.

Por último, se ha puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones la insuficiencia de estructuras intermedias de apoyo a la rehabilitación de las personas con discapacidad (hospitales de día, comunidades terapéuticas, pisos protegidos y centros ocupacionales); la adaptación de los equipos médicos de diagnóstico a las distintas restricciones de las personas con discapacidad para que puedan ser utilizados con normalidad por éstas; reconocer el papel asistencial de las familias e impulsar una coordinación efectiva entre las diferentes redes y servicios de atención.

La atención a la salud mental

La atención a la salud mental, que forma parte tanto de las prestaciones del nivel de atención primaria como especializada, merece una atención diferenciada en este informe. En este sentido, la inclusión específica de la salud mental entre las prestaciones de atención primaria a partir de la Ley 16/2003 debería implicar una mejora del diagnóstico en este nivel, un reforzamiento de la continuidad de la atención con la atención especializada y la creación de más unidades de apoyo que presten atención psicológica a los afectados y sus familias. Ya se ha mencionado

⁷ Dictamen 11/2002, de 6 de noviembre, sobre el Proyecto de Real Decreto para la regulación de la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las Medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.

la elevada prevalencia de enfermedades mentales crónicas entre las personas con discapacidad, lo que da una idea de la importancia de un correcto tratamiento de estos problemas en el primer escalón de acceso al sistema sanitario desde el punto de vista de la prevención o agravamiento de discapacidades.

Por su parte, la atención a la salud mental en asistencia especializada, su ubicación funcional característica hasta la aprobación de la Ley 16/2003, presenta una gran heterogeneidad. En general, el nuevo modelo de atención a la salud mental que se quiso establecer tras la reforma psiquiátrica se caracteriza todavía por la diversidad en su nivel de implantación, heterogeneidad de modelos y prácticas concretas, insuficiente dotación de dispositivos y profesionales y desigual distribución territorial en detrimento, sobre todo, de las zonas rurales. Las Comunidades Autónomas han ido desarrollando distintos modelos⁸ de atención mental, variando en unas y otras el papel otorgado a lo estrictamente sanitario, a los servicios sociales y a las fundaciones y asociaciones. Hasta el momento no existe un Plan nacional de atención a la salud mental, aunque en el CISNS se está llevando a cabo un estudio de situación con vistas a la adopción de medidas específicas.

Hay aspectos de la atención a la salud mental que escapan al ámbito de lo estrictamente sanitario. La rehabilitación tiene como objetivo la integración social de las personas afectadas, maximizar su funcionalidad, conseguir que tengan acceso a los servicios y oportunidades fundamentales. Ello significa que un desarrollo adecuado de la atención a la salud mental en España deberá ir vinculado al modelo de atención sociosanitaria que está por diseñar todavía. La atención psiquiátrica a pacientes menores de edad, la necesidad de estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacientes psiquiátricos de larga duración se revelan como ámbitos especialmente deficitarios en recursos específicos.

Prestación de atención sociosanitaria

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, especifica la inclusión de la prestación sociosanitaria en el conjunto de las prestaciones del SNS. El artículo 14 la define como el conjunto de cuidados destinados a

⁸ Algunas Comunidades Autónomas cuentan con programas específicos a veces enmarcados en los Planes de Salud, en Planes de Atención Sociosanitaria. Por ejemplo, Castilla y León cuenta con una Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica; Extremadura tiene un Plan de Salud Mental; en Galicia el marco regulador es el Decreto de 15 de diciembre de 1994, por el que se regula la salud mental en Galicia; en el País Vasco la atención mental se presta en desarrollo de un Acuerdo Marco entre el sistema sanitario y las Diputaciones Forales, y en el Plan Sociosanitario de la CAPV de 2001; la Comunidad Autónoma de Aragón aprobó en octubre de 2003 el Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental, que conecta con otras iniciativas en marcha, como el Plan de Atención a la Dependencia.

aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Se concretan, asimismo, las actuaciones que comprende dentro del ámbito estrictamente sanitario y que serán los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (prestación esta última compartida, como se ha visto, con el nivel de la asistencia sanitaria especializada). Se establece, asimismo, la obligación de que quede garantizada la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Es evidente que la sola inclusión de la definición de la asistencia sociosanitaria no significa que se haya articulado el modelo, los recursos y los medios que soportarán dicha prestación, modelo que lleva siendo debatido desde hace varios años en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, será muy importante la manera en que se concrete el alcance de esta prestación en el futuro Real Decreto que desarrolle la cartera de servicios.

A falta de un modelo sociosanitario claro, muchas organizaciones del tercer sector y asociaciones de afectados complementan la oferta que proviene del sistema público y mantienen canales de comunicación con los departamentos competentes de cara a la defensa de los intereses de las personas con discapacidad. Esta colaboración ha dado lugar, en algunos casos, a la adopción de medidas de distinto alcance en el ámbito de las políticas sanitarias. A título de ejemplo valga citar el Convenio Marco suscrito entre CERMI y el MSC en el año 2001⁹ o la participación del MSC en el Proyecto Alzheimer de la Fundación Reina Sofía, entre otros.

Prestación farmacéutica

Un aspecto de interés en el ámbito de esta prestación es la necesidad de actualización del listado de enfermedades clasificadas como crónicas con vistas a la aplicación de la aportación reducida de los enfermos crónicos a determinados colectivos de personas con discapacidad, como las personas afectadas por enfermedades raras y síndromes minoritarios.

⁹ Sobre su contenido concreto, ver CES, *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*, 2001, pág. 549.

Prestación ortoprotésica, acceso a nuevas tecnologías

Según la LISMI los procesos de rehabilitación se complementarán con el suministro, adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y órtesis, así como los vehículos y otros elementos auxiliares para los minusválidos cuya disminución lo aconseje. La Ley de Cohesión y Calidad del SNS se limita a definir genéricamente el contenido de esta prestación y a establecer que se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, remitiéndose al futuro desarrollo reglamentario en cuanto a los casos y condiciones que la regularán.

Se trata de una de las prestaciones más importantes para algunos grupos de personas con discapacidad. Es, asimismo, una de las prestaciones sanitarias cuyo nivel de cobertura es más variable en función de los distintos Servicios de Salud, tanto si se trata de ayudas económicas para la adquisición o alquiler como cuando se ofrece en forma de prestación en especie.

A efectos de su financiación, tiene interés el uso que se haga en un futuro de la previsión contenida en la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, por la que se facultó al Gobierno para establecer importes máximos de financiación para cada tipo de productos incluidos como prestación ortoprotésica (previsión contemplada asimismo para la prestación de productos dietéticos), es decir, un sistema de precios de referencia similar al que rige para la financiación pública de los medicamentos.

Por ello, una de las demandas sanitarias más importantes de las personas con discapacidad es la actualización y ampliación del catálogo de prestaciones ortoprotésicas, incorporando las técnicas y materiales más innovadores, tras su correspondiente evaluación.

Prestación de productos dietéticos

Esta prestación es de gran interés para las personas con algunas deficiencias de tipo visceral o endocrino. La Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, introdujo respecto a esta prestación la misma previsión que para la prestación ortoprotésica, facultando al Gobierno a establecer un sistema de importes máximos de financiación.

Prestación de transporte sanitario

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS establece explícitamente como novedad respecto a la normativa anterior que el transporte sanitario deberá ser necesariamente accesible a las personas con discapacidad. La adecuada definición en la cartera de servicios de la prestación de transporte sanitario adaptado es uno de los aspectos de mayor interés desde la perspectiva de las personas con discapacidad como usuarias de los servicios sanitarios.

En el ámbito de esta prestación, hay que tener en cuenta otras peculiaridades, como el transporte de enfermos mentales contra voluntad, en el que entra en juego un delicado equilibrio entre el derecho a la salud y otros derechos individuales de la persona. En este campo se han alcanzado algunos Protocolos de traslado involuntario de enfermos mentales suscritos a nivel territorial (Alicante y Comunidad Autónoma de Aragón) entre las autoridades y organismos competentes en el área de salud, justicia y servicios sociales.

Investigación y acceso a nuevas tecnologías

La innovación de base científica es esencial para el desarrollo de los servicios sanitarios y, en definitiva, para la protección de la salud de los ciudadanos. Dentro de cada nivel de la atención sanitaria el acceso a los más modernos tratamientos y a las ayudas tecnológicas de alta eficiencia está estrechamente relacionado con la calidad de la atención prestada. A ello se añade, en el caso de las personas con discapacidad, la estrecha vinculación entre los avances científico-técnicos y el objetivo de favorecer su integración social y su calidad de vida. Se trata de un amplio campo de intervención de las políticas sanitarias no exento de complejidad, en el que incluso intervienen consideraciones de carácter bioético, planteadas sobre todo en torno a determinadas expectativas generadas en torno a la genómica y proteómica.

La Ley 16/2003 establece en su artículo 44 la responsabilidad del Estado en materia de investigación en salud, y sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas, para establecer, en concreto, las medidas para que la investigación científica y la innovación contribuyan a mejorar de manera significativa y sostenible las intervenciones y procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores. La Ley encomienda al Ministerio de Sanidad y Consumo que, en colaboración con las Comunidades Autónomas en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, elabore la iniciativa sectorial de investigación en salud, que se incorporará al Plan Nacional de I+D+I. También diseña la Ley, como garantía de efectividad de lo dispuesto, los instrumentos

que, en el campo de la investigación sanitaria, adoptarán las decisiones que corresponde asumir conjuntamente al Estado y a las Comunidades Autónomas: la Comisión Asesora de Investigación en Salud y el Instituto de Salud Carlos III.

Como ya se ha mencionado, el Mapa de la investigación biomédica en España, elaborado por el Instituto de Salud Carlos III, proporciona información sobre los distintos proyectos de investigación sanitaria, si bien no permite diferenciar con nitidez la investigación que en estos momentos está vinculada directa o indirectamente a la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades.

Según datos aportados por el MSC, entre 1997-2002 se han financiado 70 proyectos de investigación relacionados con determinadas patologías discapacitantes (ceguera, retinopatía diabética, esquizofrenia, esclerosis lateral amiotrófica, Parkinson, Hipoacusia, cirugía protésica, esclerosis múltiple, discapacidad visual debida a la degeneración por la edad, entre otros) con un presupuesto de 2.445 miles de euros.

En el marco de la investigación cabe destacar, asimismo, la creación en junio de 2001 del Centro de Investigación de Anomalías Congénitas, que actúa en tres campos: epidemiología, genética clínica y citogenética y teratología clínica (impacto de los factores ambientales sobre el desarrollo embrionario y fetal). Por su parte, el pasado año se creó el Centro de Enfermedades Neurológicas. El Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Raras se encuentra en la actualidad en un proceso de reconversión para ampliar su capacidad.

En materia de formación se firmó un Convenio entre el Real Patronato de la Discapacidad y el Instituto de Salud Carlos III, resultado del cual se creó una unidad didáctica sobre prevención de deficiencias en el Master de la Escuela Nacional de Sanidad.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III en colaboración con otros órganos evaluadores de las CCAA es el organismo encargado de la actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, evaluando la introducción o exclusión en el mismo de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos. La evaluación, según la nueva Ley 16/2003, deberá tener en cuenta en cada caso la contribución eficaz a la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, la conservación o mejora de la esperanza de vida, el autovalimiento o la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento. Entre sus actuaciones más relevantes desde el punto de vista de las personas con discapacidad figura la reciente elaboración de un informe sobre los implantes cocleares.

En general, cabe concluir identificando el ámbito de la investigación sanitaria como un área crucial para la prevención de la discapacidad y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Es importante que en este

marco se dé apoyo preferencial a los proyectos relacionados con la discapacidad en general, potenciar los instrumentos y dispositivos mencionados, así como fomentar la investigación en torno a determinadas enfermedades que hasta ahora no han recibido la atención necesaria debido a su escasa prevalencia, pero que plantean demandas sanitarias importantes.

2.2. POLÍTICAS DE EDUCACIÓN

La educación es un elemento fundamental para favorecer la integración social plena de las personas con discapacidad. La integración supone tener capacidad para desarrollar su propia vida de forma independiente y autónoma, y la formación es un requisito esencial tanto para su posterior incorporación en el mercado laboral como para su permanencia en él. Sin embargo, la preocupación y tendencia hacia la integración escolar de las personas con discapacidad en nuestro país es bastante reciente (1970)¹⁰. Después del análisis del nivel educativo de este colectivo respecto al perfil educativo de las personas sin discapacidad, se analiza la ordenación y organización de los servicios educativos para el alumnado con necesidades educativas especiales en sus niveles obligatorios. A continuación se analiza la situación actual y evolución según el tipo de escolarización y nivel educativo, prestando especial atención a la primera infancia por la importancia que la intervención temprana tiene en la estimulación y rehabilitación, y por tanto, en el desarrollo futuro de los niños.

Seguidamente se procede a un análisis similar, al mostrarse la ordenación, organización y situación de la escolarización del alumnado con discapacidades en los niveles educativos post-obligatorios reglados, tanto de carácter generalista como los más orientados a la inserción laboral, y los universitarios. El análisis con la descripción de la formación para el empleo, tanto en su vertiente de formación ocupacional, como continua.

Por último, dado su carácter inhibitor o favorecedor de la educación para este colectivo, el capítulo finaliza con el análisis de la escasa información sobre los recursos puestos a disposición para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales en la enseñanza reglada.

2.2.1. Perfil educativo de las personas con algún tipo de discapacidad

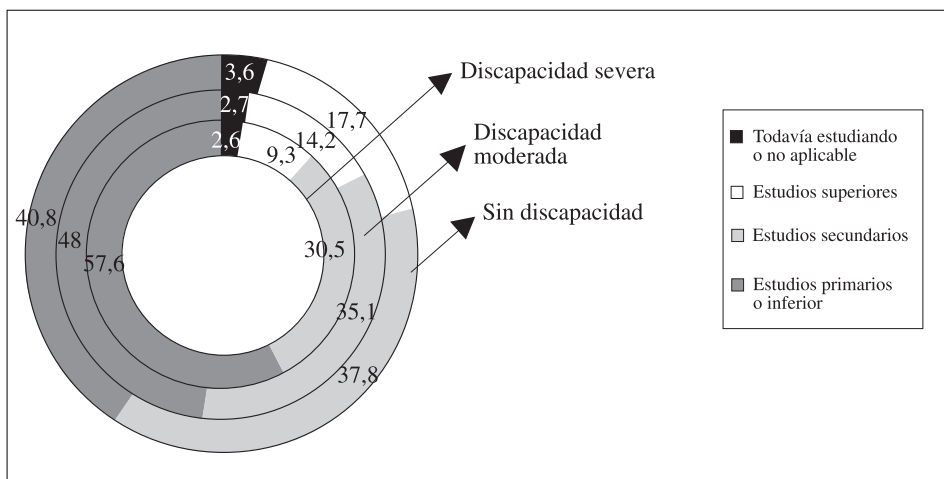
Aunque la educación para las personas con algún tipo de discapacidad es un derecho fundamental, su perfil educativo es muy inferior al de las personas

¹⁰ Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa.

sin discapacidad, y, como es lógico, disminuye aún más para aquellas que sufren una discapacidad severa o moderada (gráfico 1). Así, no sólo la población con escasos recursos educativos es mucho mayor, pues casi seis de cada diez personas con discapacidad severa tan sólo poseen estudios primarios o inferiores, frente al 48 por 100 de los que se declaran moderadamente discapacitados y al 40 por 100 de las personas sin discapacidad. Su infrarepresentación aumenta conforme aumenta el nivel educativo y el grado de discapacidad, como muestra el que una de cada diez personas con discapacidad severa no haya alcanzado los estudios universitarios, frente al 14 por 100 de los discapacitados moderados y el 18 por 100 de los que no padecen ninguna discapacidad.

Aunque ésta es la situación para el conjunto de Europa, existen importantes diferencias entre unos países y otros. España, junto a Portugal, son los dos países en los que el perfil educativo de las personas con discapacidad severa y moderada es más bajo, destacando además España por la mayor diferencia entre el perfil educativo de las personas con discapacidad y sin ella (cuadro 2.3).

GRÁFICO 2.1
DISTRIBUCIÓN POR NIVELES EDUCATIVOS DE LA POBLACIÓN
CON DISCAPACIDAD SEVERA, MODERADA Y SIN DISCAPACIDAD
EN LA UNIÓN EUROPEA, 1996
(Personas entre 16 y 64 años)



Fuentes: MTAS, Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. La Discapacidad en Cifras.

CUADRO 2.3

**DISTRIBUCIÓN POR NIVELES EDUCATIVOS DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEVERA,
MODERADA Y SIN DISCAPACIDAD EN 14 PAÍSES DE LA UE, 1996**

(Personas entre 16 y 64 años)

Países	Severa				Moderada				Sin discapacidad			
	Todavía estudiando o no aplicable	Estudios superiores	Estudios secundarios	Estudios primarios o inferior	Todavía estudiando o no aplicable	Estudios superiores	Estudios secundarios	Estudios primarios o inferior	Todavía estudiando o no aplicable	Estudios superiores	Estudios secundarios	Estudios primarios o inferior
Alemania	1	14	49	36	1	18	50	31	2	20	50	28
Austria	1	2	51	46	0	6	59	35	1	7	65	28
Bélgica	3	14	28	56	8	25	23	44	14	25	27	33
Dinamarca	2	14	24	60	2	25	32	41	3	32	39	27
España	0	5	5	90	0	5	8	87	0	18	24	58
Finlandia	0	7	35	57	0	22	37	41	0	31	41	28
Francia	5	8	29	58	8	14	30	49	13	20	34	32
Grecia	1	8	15	75	0	9	25	66	3	20	31	46
Irlanda	1	3	20	76	3	6	30	62	8	13	34	45
Italia	16	2	12	69	9	3	17	71	2	7	35	57
Luxemburgo	4	11	12	73	4	10	25	61	7	16	28	49
Países Bajos	0	10	50	40	2	13	53	32	3	18	54	25
Portugal	0	1	4	96	0	2	7	91	1	6	15	78
Reino Unido	0	11	29	60	0	18	35	47	0	25	37	38
UE-14	3	9	30	58	3	14	35	48	4	18	38	41

Fuente: MTAS, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, *La Discapacidad en Cifras*, 2002.

CUADRO 2.4

**PERSONAS DE 16 A 64 AÑOS CON DISCAPACIDAD SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS TERMINADOS,
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 1999**

(Miles de personas)

Nivel de estudios terminados	Ambos sexos				Varones				Mujeres			
	16 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	Total	16 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	Total	16 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	Total
	2.339,20	144,2	740,8	1.454,20	85,9	407,0	772,9	1.265,80	58,3	333,8	681,3	1.073,40
Analfabetos	175,09	10,4	59,2	106,07	6,1	33,1	40,5	79,07	4,2	26,1	65,9	96,03
Educación primaria	1.197,20	32,5	206,7	958,00	21,3	117,1	506,6	645,00	11,2	89,6	451,4	552,02
Educación Secundaria 1.ª etapa	518,00	60,4	258,0	199,05	39,2	147,3	113,1	299,06	21,2	110,8	86,4	218,04
Educación Secundaria 2.ª etapa	244,00	31,8	110,2	102,00	14,8	59,0	59,1	133,00	16,9	51,2	42,9	111,00
Educación superior	204,01	9,1	106,7	88,03	4,5	50,6	53,5	108,06	4,6	56,1	34,8	95,06

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

En el caso español, el menor nivel educativo de la población en general respecto a los países de nuestro entorno se deriva en gran parte del relevante peso que aún tiene el menor perfil educativo de la población con edad más avanzada, pero esta situación mejorará de forma importante con el transcurso del tiempo, gracias al reemplazo de las generaciones jóvenes mejor formadas. Sin embargo, el menor perfil educativo de las cohortes de jóvenes con discapacidad, aunque mejor que en otros grupos de edad pues hay más personas que acaban los estudios obligatorios, retardará de forma importante la mejora de su perfil educativo, ya que actualmente pocos continúan con la educación post-obligatoria. Esta situación se agrava en el caso de las mujeres, por su menor perfil educativo y su menor participación en el sistema educativo, a excepción de las jóvenes que alcanzan estudios superiores.

Además del género y la edad, los niveles educativos de las personas discapacitadas están relacionados con el tipo de limitación o discapacidad. Sin embargo, la complejidad y variabilidad que existe entre los distintos grupos de discapacidades y de los diferentes trastornos dentro de los propios grupos, así como la diversidad de niveles de discapacidad en términos de sus consecuencias educativas, hacen muy difícil realizar cualquier valoración que no sea meramente descriptiva sobre la situación de los distintos grupos de discapacitados. Además de las consecuencias básicas en términos de aprendizaje de los grandes grupos de discapacidades, existen otros factores de tipo organizativo que pueden incidir en las diferencias de niveles educativos alcanzados por las personas que sufren distintos tipos de discapacidad.

Las personas con limitaciones sensoriales, es decir, para ver y oír, son las que presentan un mejor perfil educativo entre los 10 y 64 años, siendo además esta situación notablemente mejor en este grupo de edad que en las cohortes de personas mayores de 65 años (cuadro 2.5). Esta situación, además de bastante esperanzadora, tiene que ver posiblemente con una mayor y más antigua tradición asociativa de ambos colectivos. Sin embargo, las mayores carencias educativas se producen entre aquellas personas que tiene limitaciones de comunicación, aprendizaje, conducta y para cuidarse de sí mismas. Además, las diferencias de perfil entre ambos grupos de edad no son tan notables como en el caso de las personas con deficiencias sensoriales. Por último, en un grupo intermedio se encuentran las personas con limitaciones motóricas, que a pesar de conservar generalmente sus funciones intelectuales, no alcanzan los niveles educativos de los que padecen deficiencias sensoriales.

CUADRO 2.5

**PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD, POR GRUPO DE DISCAPACIDAD,
GRUPO DE EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS TERMINADOS, 1999**

Grupos de discapacidades	Población de 10 a 64 años													
	Total		Analfabeto		Sin estudios		Estudios primarios o equivalentes		Enseñanza general secundaria		Enseñanzas profesionales		Estudios universitarios o equivalentes	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	1.376.210	100	148.502	10,8	333.749	24,3	514.164	37,4	261.634	19,0	68.760	5,0	49.401	3,6
Ver	298.765	100	27.619	9,2	69.182	23,2	106.634	35,7	66.338	22,2	16.516	5,5	12.474	4,2
Oír	290.647	100	20.896	7,2	61.976	21,3	121.436	41,8	58.544	20,1	16.005	5,5	11.790	4,1
Comunicarse	230.771	100	77.720	33,7	55.385	24,0	62.185	26,9	27.621	12,0	3.863	1,7	3.998	1,7
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	227.869	100	73.856	32,4	65.561	28,8	60.478	26,5	22.272	9,8	2.804	1,2	2.898	1,3
Desplazarse	409.435	100	47.179	11,5	104.641	25,6	154.219	37,7	70.372	17,2	19.332	4,7	13.692	3,3
Utilizar brazos y manos	441.426	100	57.999	13,1	113.386	25,7	159.849	36,2	74.922	17,0	19.502	4,4	15.768	3,6
Desplazarse fuera del hogar	726.946	100	121.038	16,7	191.914	26,4	245.525	33,8	119.662	16,5	26.376	3,6	22.431	3,1
Cuidar de sí mismo	206.609	100	63.848	30,9	49.578	24,0	56.751	27,5	26.032	12,6	6.199	3,0	4.201	2,0
Realizar las tareas del hogar	510.224	100	102.880	20,2	139.933	27,4	169.989	33,3	69.008	13,5	17.721	3,5	10.692	2,1
Relacionarse con otras personas	221.408	100	63.251	28,6	55.523	25,1	59.478	26,9	32.486	14,7	5.144	2,3	5.527	2,5
	Población de 65 y más años													
	Total		Analfabeto		Sin estudios		Estudios primarios o equivalentes		Enseñanza general secundaria		Enseñanzas profesionales		Estudios universitarios o equivalentes	
Total	2.072.652	100	313.767	15,1	871.939	42,1	723.037	34,9	91.885	4,4	29.811	1,4	42.213	2,0
Ver	697.778	100	122.774	17,6	298.031	42,7	217.387	31,2	33.262	4,8	11.275	1,6	15.047	2,2
Oír	665.622	100	91.524	13,8	274.914	41,3	241.831	36,3	34.897	5,2	7.000	1,1	15.453	2,3
Comunicarse	260.268	100	48.807	18,8	111.728	42,9	81.158	31,2	9.871	3,8	4.363	1,7	4.340	1,7
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	334.561	100	64.016	19,1	142.004	42,4	103.850	31,0	12.123	3,6	5.873	1,8	6.697	2,0
Desplazarse	809.533	100	134.519	16,6	351.932	43,5	269.643	33,3	25.471	3,1	10.986	1,4	16.982	2,1
Utilizar brazos y manos	644.532	100	116.661	18,1	282.748	43,9	206.063	32,0	22.240	3,5	9.643	1,5	7.179	1,1

CUADRO 2.5 (Continuación)

Grupos de discapacidades	Población de 65 y más años													
	Total		Analfabeto		Sin estudios		Estudios primarios o equivalentes		Enseñanza general secundaria		Enseñanzas profesionales		Estudios universitarios o equivalentes	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Desplazarse fuera del hogar	1.350.827	100	231.488	17,1	583.227	43,2	442.612	32,8	51.966	3,8	16.316	1,2	25.217	1,9
Cuidar de sí mismo	561.830	100	105.375	18,8	252.841	45,0	168.440	30,0	22.078	3,9	4.003	0,7	9.093	1,6
Realizar las tareas del hogar	1.049.111	100	192.984	18,4	450.927	43,0	331.038	31,6	41.606	4,0	11.851	1,1	20.705	2,0
Relacionarse con otras personas	337.529	100	61.164	18,1	142.390	42,2	108.637	32,2	12.570	3,7	6.533	1,9	6.236	1,8
Población de 10 y más años														
Total	3.448.862	100	462.269	13,4	1.205.688	35,0	1.237.201	35,9	353.519	10,3	98.571	2,9	91.614	2,7
Ver	996.543	100	150.393	15,1	367.213	36,8	324.021	32,5	99.600	10,0	27.791	2,8	27.521	2,8
Oír	956.269	100	112.420	11,8	336.890	35,2	363.267	38,0	93.441	9,8	23.005	2,4	27.243	2,8
Comunicarse	491.039	100	126.527	25,8	167.113	34,0	143.343	29,2	37.492	7,6	8.226	1,7	8.338	1,7
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	562.430	100	137.872	24,5	207.565	36,9	164.328	29,2	34.395	6,1	8.677	1,5	9.595	1,7
Desplazarse	1.218.968	100	181.698	14,9	456.573	37,5	423.862	34,8	95.843	7,9	30.318	2,5	30.674	2,5
Utilizar brazos y manos	1.085.958	100	174.660	16,1	396.134	36,5	365.912	33,7	97.162	8,9	29.145	2,7	22.947	2,1
Desplazarse fuera del hogar	2.077.773	100	352.526	17,0	775.141	37,3	688.137	33,1	171.628	8,3	42.692	2,1	47.648	2,3
Cuidar de sí mismo	768.439	100	169.223	22,0	302.419	39,4	225.191	29,3	48.110	6,3	10.202	1,3	13.294	1,7
Realizar las tareas del hogar	1.559.335	100	295.864	19,0	590.860	37,9	501.027	32,1	110.614	7,1	29.572	1,9	31.397	2,0
Relacionarse con otras personas	558.937	100	124.415	22,3	197.913	35,4	168.115	30,1	45.056	8,1	11.677	2,1	11.763	2,1

Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Resultados detallados.

2.2.2. La escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en sus tramos obligatorios

Antes de analizar la ordenación y situación de la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en sus tramos obligatorios hay que señalar la importancia de la intervención temprana fundamentalmente en la etapa de atención a la primera infancia para su futura integración social. Éste es un momento clave para la detección precoz de las deficiencias y discapacidades, para mejorar la inserción del niño en el grupo de compañeros, para la adaptación escolar inicial y para la prevención de dificultades de aprendizaje. El perjuicio que para el desarrollo futuro de los niños tiene el que sus deficiencias hayan pasado inadvertidas en el mejor de los casos hasta los 3 años, por no haber recibido la estimulación, rehabilitación o la implantación de las prótesis necesarias, condiciona de forma importante y negativa su desarrollo educativo posterior. Sin embargo, según las organizaciones que los representan, la escolarización en esta etapa es prácticamente nula.

La política educativa actual en la Unión Europea se dirige hacia la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros escolares ordinarios, con los necesarios apoyos materiales y humanos. Es difícil clasificar a los países de acuerdo con el tipo de política inclusiva que llevan a cabo, dado su diferente grado de desarrollo al respecto e incluso por los recientes cambios en las políticas en algunos de los países. El último estudio de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales¹¹, los agrupa en tres categorías según su política de inclusión:

1. Una única vía de aproximación: el desarrollo de políticas de integración de los alumnos con necesidades educativas especiales es su inclusión prácticamente total en los centros escolares ordinarios. Esta aproximación se encuentra en España, Grecia, Italia, Portugal y Suecia.
2. Vías múltiples de aproximación: en estos países se ofrece una importante variedad de servicios entre los dos sistemas básicos de escolarización (el de integración en centros ordinarios y el exclusivo para el alumnado con necesidades especiales). Bajo esta categoría se encuentran Dinamarca, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Austria, Finlandia y Reino Unido.
3. Dos vías de aproximación: la existencia de dos sistemas educativos diferentes se refleja incluso en desarrollos normativos diferentes. En este modelo, la mayoría del alumnado con necesidades educativas especiales

¹¹ European Agency for Development in Special Needs Education, *Special Needs Education in Europe*, enero de 2003.

está escolarizado en escuelas o aulas especiales. Bajo esta categoría se encontrarían Suiza y Bélgica.

En España, la nueva etapa de la integración escolar del alumnado con necesidades educativas especiales alcanza el rango de norma con la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)¹², que establece las líneas directrices básicas en el ámbito educativo. El desarrollo de los principios educativos contenidos en la LISMI dio lugar al Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial¹³, que estableció las condiciones para el desarrollo de un programa de integración de alumnos con necesidades educativas especiales en los centros ordinarios.

La LOGSE¹⁴ recogió y reforzó los principios de normalización e integración presentes en la normativa precedente pero, además, introdujo en el ordenamiento jurídico el concepto de «necesidades educativas especiales». En la medida en que todos los alumnos necesitan ayudas pedagógicas más o menos específicas para acceder a los fines generales de la educación, la educación especial deja de concebirse como una educación para un tipo diferente de alumnos y pasa a entenderse como el conjunto de recursos materiales y personales puestos a disposición del sistema educativo para que éste pueda responder adecuadamente a las necesidades que, de forma transitoria o permanente, puedan presentar algunos de los alumnos. Desde esta perspectiva, el sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales puedan alcanzar, dentro del mismo sistema, los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos. Posteriormente la LOPEG¹⁵, al definir la población con necesidades educativas especiales, distingue a los alumnos con necesidades educativas especiales debidas a situaciones sociales o culturales desfavorecidas de aquellos que padecen discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales o manifiestan trastornos graves de conducta.

Pero es el Real Decreto de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales en 1995¹⁶ el que, con objeto de desarrollar los artículos 36 y 37 de la LOGSE, regula los aspectos relativos a la ordenación y organización de la atención educativa a estos alumnos, actualizando la normativa sobre integración escolar y educación especial. Determina, asimismo, que la esco-

¹² Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

¹³ Real Decreto 998/1984, de 28 de marzo, por el que se garantiza el funcionamiento de los servicios esenciales de los centros de educación especial.

¹⁴ Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.

¹⁵ Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los Centros Docentes.

¹⁶ Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los alumnos con necesidades educativas especiales.

larización se lleve a cabo preferentemente en centros y programas ordinarios, y sólo cuando se aprecia, de forma razonada, que las necesidades de dichos alumnos no pueden ser adecuadamente satisfechas en un centro ordinario, se propone su escolarización en centros de educación especial.

Posteriormente, aunque ya no con rango normativo, las prioridades en materia educativa se encuentran definidas en el marco general del Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002. En él se contemplan cuatro programas para la integración escolar: programas de integración en la educación infantil y primaria, en la educación secundaria, en la escolarización en centros de educación especial y programas de formación profesional.

A pesar de que no existe ninguna evaluación de este plan, muy recientemente se ha puesto en marcha el II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007. En este plan, no existe ninguna continuidad con el anterior, ciñéndose prácticamente todas las medidas a las líneas de actuación (222 y 223) para transformar la discapacidad en capacidad a través de los cambios en los sistemas y programas de formación profesional con la finalidad de mejorar su empleabilidad (estrategia 22), sin hacer referencia alguna a la integración escolar del alumnado con necesidades educativas especiales en sus etapas educativas tanto obligatorias como post-obligatorias.

Actualmente, la Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 2002¹⁷, aunque establece un nuevo marco, no parece que vaya a cambiar el modelo de atención educativa. Esta Ley diferencia el concepto de «necesidades educativas especiales» del de alumnos con «necesidades educativas específicas». Así, los alumnos con «necesidades educativas especiales» son aquellos que, bien por discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, o por manifestar graves trastornos de la personalidad o de la conducta, requieren determinados apoyos y atenciones educativas específicas. Dichos alumnos tendrán una atención especializada, con arreglo a los principios de no discriminación y normalización educativa, y con la finalidad de conseguir su integración (art. 44.1). Este tipo de alumnos se diferenciarían de aquellos que requieren compensación educativa, de los extranjeros y de los superdotados intelectualmente, que integran el concepto, más amplio, de alumnos con «necesidades educativas específicas».

Finalmente, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y el MECD suscribieron en febrero del año 2000 un Protocolo de Atención Educativa a Personas con Discapacidad. En virtud de este convenio

¹⁷ Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.

en el año 2002 se crea el «Foro para la Atención Educativa a Personas con Discapacidad»¹⁸ con el fin de mejorar la atención al alumnado con necesidades educativas especiales que provengan de alguna discapacidad.

La ordenación jurídica, descrita anteriormente, establece los principios que rigen la actuación y organización de los servicios de educación especial. Estos principios son la normalización, la integración, la no discriminación en el acceso y mantenimiento en el sistema escolar, la personalización de la educación, la intervención temprana y la sectorialización.

La atención al alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad contempla distintas modalidades de escolarización, en función de la naturaleza de tales necesidades y de los recursos que se requieran para darles respuesta:

- escolarización en unidades y centros ordinarios, con los apoyos y adaptaciones precisos;
- escolarización en unidades de Educación Especial en centros ordinarios, y
- escolarización en centros específicos de Educación Especial.

Siempre que sea posible, el alumnado con necesidades educativas especiales debe ser escolarizado en régimen de integración y, de acuerdo con los principios de normalización y sectorialización, en el centro educativo que le corresponda o en el más cercano al lugar donde desarrolla su vida. La escolarización en unidades o centros específicos de Educación Especial sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no queden satisfechas en el centro ordinario, y durará únicamente el tiempo que la disminución o discapacidad haga imposible la integración.

Todas las Comunidades Autónomas, con objeto de conseguir una adecuada atención educativa, han establecido la posibilidad de definir centros de escolarización preferente para determinadas discapacidades cuando la respuesta a las necesidades que conllevan requieran dotaciones y equipamientos singulares o una especialización profesional de difícil generalización.

El proceso seguido para la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales es el mismo en todas las Comunidades Autónomas. En todos los casos se busca la prevención y detección temprana para establecer lo antes posible las medidas educativas que permitan paliar los efectos sobre el proceso

¹⁸ Orden ECD/235/2002, de 7 de febrero, por la que se constituye el Foro para la Atención Educativa a Personas con Discapacidad y se establecen sus competencias, estructura y régimen de funcionamiento.

de aprendizaje de los alumnos. Dado su carácter preventivo y rehabilitador, la escolarización debe realizarse lo antes posible.

El diagnóstico de las necesidades educativas especiales se establece tras el proceso de evaluación psicopedagógica, que deben realizar los servicios especializados de orientación creados en cada Comunidad Autónoma. Esta evaluación se acompaña de un dictamen de escolarización que, en previsión de los apoyos y adaptaciones que va a precisar el alumno, propone la modalidad de escolarización más adecuada y el o los centros más cercanos al domicilio del alumno que reúnan las condiciones necesarias en cuanto a recursos, personal especializado, etc. En este dictamen siempre se tiene en cuenta la opinión de los padres o tutores legales del alumno antes de proceder a la escolarización.

La decisión que se adopte, en todos los casos, tiene carácter revisable. La revisión es preceptiva al finalizar cada etapa educativa, aunque su periodicidad puede ser menor cuando el alumno se encuentre escolarizado en unidades o centros de Educación Especial para facilitar su acceso, siempre que sea posible, a un régimen de mayor integración. Los niveles educativos para los alumnos con necesidades educativas especiales son los mismos que se han establecido con carácter general para todos los alumnos, con las adaptaciones correspondientes.

Los objetivos de la Educación Especial, al estar integrada en el sistema educativo ordinario, deben ajustarse a los planteamientos educativos generales, adecuándose en cada caso a las características de los alumnos. Los objetivos generales de las distintas etapas educativas son el referente de las programaciones individuales o adaptaciones curriculares de los alumnos con necesidades educativas especiales, tanto si cursan las enseñanzas en centros ordinarios como si lo hacen en centros de Educación Especial. En estos últimos, dada su especificidad, los objetivos de la enseñanza obligatoria sufren adaptaciones más significativas y los programas van dirigidos fundamentalmente al desarrollo de capacidades vinculadas con la autonomía personal, la integración social y el desempeño profesional.

En las unidades o centros específicos de Educación Especial se pueden cursar las siguientes enseñanzas: Formación Básica Obligatoria, Formación Profesional complementaria o Programas de Transición a la Vida Adulta y Programas de Garantía Social para alumnos con necesidades educativas especiales.

La Formación Básica Obligatoria tiene una duración mínima de diez años y tiende al desarrollo de las capacidades establecidas en los objetivos generales

de los currículos de Educación Infantil y Primaria, aunque puede dar cabida al desarrollo de capacidades de otros niveles educativos, de acuerdo con las necesidades del alumnado.

La evaluación del alumnado con necesidades educativas especiales debe tener como referente principal los criterios de evaluación establecidos en el currículo de la etapa correspondiente y en las adaptaciones curriculares realizadas en cada caso concreto. Constituye una tarea conjunta de todos los profesionales que intervienen en el proceso educativo del alumno, contando con la participación de los servicios especializados de orientación, y se realiza de la misma forma que para el resto de los alumnos del grupo, aunque teniendo en cuenta su dificultad específica a la hora de aplicar los procedimientos de evaluación. Al final de cada curso se evalúan los resultados conseguidos por cada uno de los alumnos con necesidades educativas especiales en función de los objetivos propuestos a partir de la valoración inicial, lo que permite variar el plan de actuación en función de los resultados.

La normativa general sobre promoción y titulación es común para todos los alumnos, incluidos los que presentan necesidades educativas especiales, aunque para estos últimos presenta algunas singularidades.

Por otra parte, los espacios se deben organizar en función de las necesidades de los alumnos y adaptarse a los instrumentos, aparatos y ayudas técnicas que estos alumnos requieran, favoreciendo la posibilidad de realizar diferentes formas de distribución y disposición funcional a fin de potenciar la interacción y comunicación con los adultos y los iguales. En este sentido, la LOCE establece que los centros escolares de nueva creación sostenidos con fondos públicos deberán cumplir con las disposiciones normativas vigentes en materia de promoción de la accesibilidad y eliminación de barreras de todo tipo que les sean de aplicación y promoverán programas para eliminar las barreras de los centros escolares sostenidos con fondos públicos que, por razón de su antigüedad u otros motivos, presenten obstáculos para los alumnos con problemas de movilidad o comunicación.

En la mayoría de los países europeos, y más recientemente también en España, existe una clara tendencia hacia la transformación de las escuelas especiales en centros de recursos. Centros cuyas funciones son: la provisión de formación al profesorado y a otros profesionales, el desarrollo y distribución de materiales y métodos, el soporte de las escuelas ordinarias y de los padres, la ayuda puntual y parcial para estudiantes, y la facilitación de su entrada en el mercado de trabajo. Otra de las tendencias detectadas en Europa es la utilización por la mayoría

de los países de programas educativos individualizados con el objeto de que la atención del alumnado con necesidades educativas especiales pueda realizarse en la mayor medida posible en centros ordinarios.

La comparación internacional de la situación de escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales es difícil, porque la propia definición del alumnado con necesidades educativas especiales varía considerablemente entre los diferentes países. Por tanto, el primer obstáculo se deriva de las diferencias conceptuales para la identificación de los alumnos a los que se les reconoce necesidades educativas especiales. Según los últimos datos disponibles¹⁹, en el curso 2000-2001, las diferencias en este reconocimiento varían desde el 17,8 por 100 en Finlandia al 0,9 por 100 en Grecia, aunque en la mayoría de los países (9), entre los que se encuentra España, esta proporción oscila entre el 2 y el 4 por 100, variaciones que difícilmente pueden ser atribuidas exclusivamente a diferentes grados de prevalencia de las discapacidades entre la población en edad escolar. Por otro lado, respecto a la escolarización, la OCDE para su comparación internacional ha agregado los datos nacionales de las personas que reciben recursos adicionales en tres categorías. La categoría A se refiere a lo que en España se denominan estudiantes con necesidades de educación especial. La proporción de estudiantes con discapacidades (categoría A) que reciben recursos adicionales respecto al total de estudiantes varía poco, pero no ocurre lo mismo si se considera a estos estudiantes respecto al total de los que reciben recursos adicionales, dada la diversidad de definiciones de lo que en cada país se considera como alumnado que requiere recursos adicionales. Por tanto, al igual que ocurre en España, aunque estos datos aportan información relevante sobre la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales, no informan sobre la cobertura.

Antes de analizar la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales en España, lo primero que habría que señalar son las deficiencias de las estadísticas disponibles. No existen datos sobre tasas de escolarización en los niveles de educación obligatorios y las existentes se refieren sólo a los niveles no obligatorios del alumnado matriculado en centros de educación especial, sin incluir al alumnado en régimen de integración que, como se verá más adelante, constituye el grueso del alumnado con discapacidad escolarizado. Además, esta exclusión del alumnado integrado se hace extensible a otros indicadores referentes a los recursos materiales y humanos puestos a disposición de este alumnado. Estas deficiencias no se subsanan del todo por la información aportada a través de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada por el INE en 1999, dado que, por ejemplo, el cálculo de las tasas de escolarización

¹⁹ Eurostat, Eurydice, *Key data on education in Europe 2002*.

CUADRO 2.6

**PORCENTAJE DE ESTUDIANTES CON NECESIDADES
EDUCATIVAS ESPECIALES SOBRE EL TOTAL
DE ESTUDIANTES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA
Y SOBRE EL TOTAL DE ESTUDIANTES QUE RECIBEN
RECURSOS ADICIONALES *, 1999**

Países	Total de estudiantes que reciben recursos adicionales	Como porcentaje del total de estudiantes de primaria y secundaria	Como porcentaje del total de estudiantes que reciben recursos adicionales
Bélgica *	19,1	1,2	6,1
Finlandia	22,3	1,3	5,8
Francia *	18,7	2,9	15,7
Grecia *	11,0	0,4	3,8
Italia *	2,1	2,1	100,0
Luxemburgo *	2,9	2,1	73,4
Holanda	25,4	2,1	8,1
España	7,1	2,5	35,2
Suecia *	8,0	1,8	m
Suiza *	5,9	1,7	29,0
Reino Unido	18,8	2,5	13,4

* Véase nota a pie de página número 3.

Fuente: OCDE, *Education at a Glance*, 2001.

en las etapas obligatorias es imposible de realizar al ser mayor el alumnado matriculado en esas etapas que el número de discapacitados de edades correspondientes a estas etapas. Además, tampoco existe continuidad, ni uniformidad en parte de la información estadística que facilita el MECD, lo que en muchos casos impide realizar series de evolución.

La escolarización en educación especial del alumnado con necesidades educativas especiales en España, en aplicación de los principios de normalización e integración escolar, ha disminuido progresivamente durante los años noventa hasta constituir hoy la mitad del alumnado existente a principios de la década (cuadro 2.7). Sin embargo, en tan sólo los últimos cuatro cursos el alumnado integrado en centros ordinarios ha aumentado un 22 por 100. Este cambio hacia una política inclusiva se manifiesta tanto en la decreciente proporción de alumnado que se escolariza en centros de educación especial, que ha pasado en los últimos cuatro años de un 23 a un 19 por 100, como en la mayor escolarización de

CUADRO 2.7

**EVOLUCIÓN DEL ALUMNADO MATRICULADO EN EDUCACIÓN ESPECIAL Y EN INTEGRACIÓN
SEGÚN LA TITULARIDAD DEL CENTRO, 1989-2001**

Tipo de alumnado	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
<i>E. Especial</i> (1)												
Centros públicos	52.601	42.329	38.099	35.120	32.687	31.787	30.043	28.536	28.437	27.711	27.337	27.334
Centros privados	55,9 44,1	54,2 45,8	51,6 48,4	50,6 49,4	49,8 50,2	48,7 51,3	50,0 50,0	48,0 52,0	48,8 51,2	49,9 50,1	48,9 51,1	49,1 50,9
<i>Alumnado integrado</i>												
Centros públicos			96.653						94.362	102.085	109.775	114.844
Centros privados			89,9 10,1						86,5 13,5	87,2 12,8	86,0 14,5	83,6 16,4

(1) Incluye el alumnado de Educación Especial en centros específicos y unidades sustitutorias.

Fuente: MECD, *Estadísticas de la educación en España*.

este alumnado en centros ordinarios. En el curso 2000-2001, de los 142.178 alumnos que están diagnosticados como alumnos con necesidades educativas especiales, algo más de ocho de cada diez están integrados en centros ordinarios. Otra cuestión es si este alumnado integrado dispone de los apoyos necesarios para el buen funcionamiento de las programaciones del aula. Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, la proporción de alumnos con necesidades educativas especiales integrados que no reciben ningún tipo personalizado de apoyo es del 46 por 100 (cuadro 2.8), aunque no aporta información sobre la necesidad o no de dichos apoyos.

CUADRO 2.8
**POBLACIÓN DE 6 A 15 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD,
POR TIPO DE ESCOLARIZACIÓN, 1999**

Población de 6 a 15 años con alguna discapacidad, escolarizada o no por tipo de centro en que necesitarían estar escolarizados y no lo están	Centro de Educación Especial	Centro ordinario en régimen de integración con apoyos especiales	Centro ordinario sin apoyo	No consta
Total nacional 68.284	Total 10.074	28.001	Total 23.807	4.431
Centro de Educación Especial 3.521	Centros de E. E., E. Primaria 7.659		Educación Primaria 14.996	
Centro ordinario con apoyos especiales 4.009	Aulas de E. E., E. Primaria o Secundaria oblig. 2.398		Educación Secundaria obligatoria 8.428	
Centro ordinario sin apoyo 177	Enseñanza combinada, Primaria o secundaria oblig. 17		No consta 383	
No lo necesita 53.889				
No consta 6.688				

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Según datos de esta misma encuesta, parece que la mayoría de la población de 6 a 15 años con alguna discapacidad está escolarizada en el tipo de centro en que consideran que deberían estar escolarizados (87 por 100, excluyendo la categoría de los que no consta respuesta), mientras que sólo un 5,7 por 100 considera que debería estar escolarizado en un centro especial y no lo está, y un 6,5 por 100 piensa que debería estar escolarizado en un centro ordinario con

apoyos especiales y no lo está. Sólo un 0,3 por 100 de los que están escolarizados en un centro ordinario sin apoyos piensa que no debería estar escolarizado ahí.

En Europa, aunque la política educativa actual también se dirige hacia la integración de los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros escolares ordinarios, la variación entre países respecto a la escolarización segregada es todavía muy grande (cuadro 2.9). Los diferentes grados de desarrollo de sus políticas inclusivas y marcos legislativos, como sus variaciones respecto a la densidad poblacional, dada su alta correlación con la escolarización segregada, tienen que ver con ello.

CUADRO 2.9
PORCENTAJE DE ALUMNOS CON NECESIDADES
EDUCATIVAS ESPECIALES ESCOLARIZADOS
EN CENTROS SEGREGADOS, 2000-2001

<1 %	1-2 %	2-4 %	>4 %
Grecia Italia Noruega Portugal España	Austria Dinamarca Irlanda Luxemburgo Países Bajos Suecia Reino Unido	Bélgica (A) Finlandia Francia	Bélgica (F) Bélgica (H) Alemania Suiza

Fuente: European Agency for Development in Special Needs Education, *Special Needs Education in Europe* (enero de 2003).

Por otro lado, hay que destacar que mientras la mitad del alumnado que asiste a centros de educación especial se reparte por igual entre los centros públicos y privados, la mayoría del alumnado con necesidades educativas especiales integrado está matriculado en centros ordinarios de titularidad pública, aunque se observa un incipiente crecimiento del alumnado que está matriculado en centros ordinarios privados (cuadro 2.7). Sin embargo, a pesar de que muy pocas personas contestan a esta pregunta (cuadro 2.10), algo más de la mitad de la población en edad escolar obligatoria desearía asistir a un centro privado concertado o sin concierto, y no lo hacen principalmente por razones económicas y, en menor medida, porque no existe en su entorno. También, aproximadamente la mitad desearía asistir a un centro público y no lo hace fundamentalmente porque no existe en su entorno y/o por las listas de espera.

CUADRO 2.10

POBLACIÓN DE 6 A 15 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD POR TITULARIDAD DEL CENTRO AL QUE DESEARÍA ASISTIR Y MOTIVO POR EL QUE NO LO HACE

Centro al que desearía asistir	Total		Lista de espera		No existe en su entorno		Razones económicas		Otros motivos		No consta	
Total nacional	7.707	100,0	741	9,6	2.896	37,6	2.203	28,6	1.693	22,0	775	10,06
Público	3.830	49,7	741	19,3	1.712	44,7	0	0,0	1.378	36,0	0	0,00
Perteneciente a una ONG	994	12,9	0	0,0	542	54,5	0	0,0	452	45,5	0	0,00
Privado concertado	3.278	42,5	0	0,0	780	23,8	1.732	52,8	766	23,4	0	0,00
Privado sin concierto	1.244	16,1	0	0,0	0	0,0	793	63,7	452	36,3	0	0,00
No consta	775	10,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	775	100,00

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Por otro lado, según las últimas cifras disponibles²⁰, parece que existe cierta persistencia, desde el curso 1996, a la menor presencia de alumnas con necesidades educativas especiales respecto al total del alumnado en Educación Infantil, Primaria, ESO y en Educación Especial (2,8 por 100 en el caso de los varones y un 1,8 por 100 en el de las mujeres). Asimismo, también se da una distribución porcentual desigual del alumnado con necesidades educativas especiales según sexo en estas mismas enseñanzas (63 por 100 varones frente al 37 por 100).

Finalmente, aunque en ligera disminución, la deficiencia psíquica es el diagnóstico del mayor porcentaje de estos alumnos (65,2 por 100), seguido de un porcentaje mucho menor, aunque en crecimiento, de alumnos diagnosticados por autismo y trastornos graves de la personalidad (cuadro 2.11). La plurideficiencia, la deficiencia motórica, así como las deficiencias sensoriales, afectan cada una a porcentajes comprendidos entre el 3 y el 8,6 por 100.

Los alumnos con deficiencia visual, auditiva, motórica o con deficiencia psíquica son los que en mayor porcentaje se encuentran integrados en centros ordinarios (entre 8 y 9 alumnos de cada 10) y los alumnos autistas o con trastornos graves de personalidad y los alumnos plurideficientes los que menos, aunque se observa un ligero aumento. La integración en centros ordinarios es también mayor en la enseñanza pública que en la enseñanza privada en todas las discapacidades²¹. En la educación especial específica sólo el alumnado con deficiencias psíquicas está escolarizado en centros públicos en una proporción ligeramente superior a

²⁰ MECD, *Las cifras de la educación en España 2002*.

²¹ MECD, *Las cifras de la Educación en España*. Según datos referentes al curso 1999-2000.

CUADRO 2.11
**EVOLUCIÓN DEL ALUMNADO EN EDUCACIÓN ESPECIAL
Y EN INTEGRACIÓN SEGÚN DISCAPACIDAD, 1996-2000**

Discapacidad	Distribución porcentual del alumnado con necesidades educativas especiales			Porcentaje de alumnado con necesidades educativas especiales que está integrado en centros ordinarios		
	1996-1997	1998-1999	1999-2000	1996-1997	1998-1999	1999-2000
Total	100,0	100,0	100,0	76,1	78,1	79,1
Auditiva	5,7	5,7	5,1	78,3	52,8	82,3
Motórica	6,6	6,8	7,3	91,6	88,0	85,4
Psíquica	68,7	68,2	65,2	82,7	83,9	83,9
Visual	2,6	2,7	2,9	78,9	90,6	88,9
Autismo y trastornos graves de la personalidad	7,1	7,2	11,0	57,6	52,9	68,0
Plurideficiencia	9,3	9,5	8,6	37,4	41,8	45,7

Fuente: MECD, *Las cifras de la Educación en España*, 2000, 2001, 2002.

la media (48,9 por 100), mientras que el alumnado con deficiencias visuales está escolarizado fundamentalmente en centros privados.

La falta de información sobre al alumnado matriculado en la etapa de atención a la primera infancia no permite hacer una evaluación más precisa al respecto. Sin embargo, la insuficiencia de plazas en el ciclo de 0-3 años para la población general, su carácter no obligatorio con las consecuencias que ello conlleva (no gratuidad, transporte escolar...), y la insuficiencia e inadecuación de los recursos humanos y técnicos disponibles derivada de la no existencia generalizada de protocolos estandarizados en una etapa en la que intervienen varias Administraciones (Sanidad, Asuntos Sociales y Educación), son indicativos de que la situación de escolaridad en esta etapa no es buena.

En los casos en que los niños se vean más gravemente afectados, se puede optar por su escolarización en educación especial, pero de forma restringida a partir de los 3 años y para los niños que residen en las poblaciones donde se ubican dichos centros. Sin embargo, los datos de escolarización durante la educación infantil muestran el mantenimiento desde el curso 1997 al 2001 de unas tasas netas de escolarización en educación especial prácticamente nulas de los niños de 3 a 5 años (0,1 por 100 a los 3 años, y 0,2 a los 4 y 5 años) y la ausencia de este indicador para el alumnado integrado. La información sobre la evolución del alumnado matriculado en educación infantil (3-6 años) en ambos

tipos de escolarización, muestra que en términos absolutos éste no varía mucho en los años considerados (cuadro 2.12), aunque entre los cursos 1997 a 2001 aumente un 18 por 100 el alumnado integrado y disminuya un 24 por 100 el matriculado en centros especiales. Es la comparación entre la matriculación en estas edades y el total de niños menores de 6 años que padecen deficiencias, que nos facilita la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, lo que hace pensar en una baja escolarización. Esta situación se agudiza si se tiene en cuenta, que la prevalencia de las distintas limitaciones no guarda correspondencia con el número de niños escolarizados por tipo de deficiencia.

Por otro lado, según la EDDDES, las limitaciones más comunes entre los menores de 6 años son por orden de prevalencia: hacer las cosas como los demás niños de su edad, caminar, el habla dificultosa a partir de los 3 años y otras sin determinar. Son estas limitaciones, junto a los niños lentos o alicaídos, los que tienen dificultades para comprender órdenes sencillas o los que tiene dificultad para mover los brazos o padecen debilidad o rigidez, las que en mayor proporción reciben ayudas. Las limitaciones que reciben menos ayudas son las sensoriales y, además, las ayudas recibidas son exclusivamente de carácter técnico. En el resto, el tipo de ayudas difiere según las limitaciones; así, mientras los niños con limitaciones de tipo lingüístico o de entendimiento o lentitud reciben fundamentalmente sólo asistencia personal, los que tienen limitaciones motrices (mantenerse sentado, de pie o caminar, y debilidad o rigidez) reciben en mayor proporción ayudas tanto técnicas como personales.

Existen además algunos factores que pueden añadir algunas dificultades adicionales, como una mala situación educativa y laboral de los padres, o la localización del municipio de residencia del menor. En términos generales, el rendimiento escolar de cualquier alumno está influido por los años de escolarización de los padres, pero además, en el caso de los niños con limitaciones, dada la relación entre el nivel educativo y el cuidado de la salud, el nivel educativo de los padres puede ser un factor determinante para la detección precoz de determinadas discapacidades.

Otra de las causas de desigualdad es la originada por razones de tipo geográfico. La atención educativa a los niños con limitaciones en entornos rurales suele suponer un cúmulo de desigualdades dada la escasez de alumnos con necesidades educativas especiales en estos núcleos de población y la imposibilidad de mantener abiertos centros educativos de educación especial o centros ordinarios con alumnado con necesidades educativas especiales. Esta situación puede ser

CUADRO 2.12

**ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES POR ENSEÑANZA, TIPO DE ESCOLARIZACIÓN
Y TITULARIDAD DEL CENTRO, 1997-2001**

Tipo de escolarización y nivel educativo	1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
	Todos los centros	% centros públicos	Todos los centros	% centros públicos	Todos los centros	% centros públicos	Todos los centros	% centros públicos
Total	122.799	77,7	129.796	79,3	137.112	78,6	142.178	77,0
Educación Especial Específica	28.437	48,8	27.711	49,9	27.337	48,9	27.334	49,1
Educación Infantil	1.800	60,0	1.421	64,7	1.066	62,6	1.365	59,5
Educación Básica	13.357	49,1	9.655	53,0	7.473	50,0	9.146	52,4
FP Aprendizaje de Tareas	6.081	52,4	4.961	55,6	2.836	50,9	1.514	64,7
FP Adaptada	61	0,0	18	0,0	12	0,0	—	—
Transición a la vida adulta	—	—	—	—	1.275	61,7	3.003	58,1
Alumnado integrado en centros ordinarios	94.362	86,5	102.085	87,2	109.775	86,0	114.844	83,6
Educación Infantil	8.831	87,2	9.366	88,0	10.238	87,4	10.435	84,6
Educación Primaria	64.849	87,6	59.005	88,2	61.419	88,1	62.425	86,5
ESO	17.144	85,0	28.833	86,9	33.310	84,0	36.227	81,2
Bachilleratos (BUP y COU y Bachillerato LOGSE)	799	75,5	891	87,4	868	88,8	762	90,0
FP	632	68,5	478	66,3	262	69,1	192	58,9
Ciclos Formativos FP	332	97,6	397	84,6	536	82,5	635	81,7
Prog. Garantía Social Ordinarios	413	71,9	925	88,1	1.251	83,6	1.449	80,3
Prog. de E. Especial de Garantía Social	1.362	60,3	1.718	68,7	1.891	52,6	2.719	46,7
No distribuido por enseñanza	—	—	472	58,3	—	—	—	—

Fuente: MECD, Estadísticas de la Educación en España.

la base de la distribución poblacional diferenciada de las familias con niños discapacitados. Los niños menores de 6 años con alguna limitación residen en menor proporción que la población general²² tanto en municipios de menos de 10.000 habitantes, como en grandes urbes (más de 500.000 habitantes), y en mayor proporción en municipios de 50.001 a 500.000 habitantes, donde residen casi cuatro de cada diez, así como en municipios de 10.001 a 50.000 habitantes (26 por 100)²³. No obstante, habría que considerar que la información sobre los cambios de residencia como consecuencia del padecimiento de alguna limitación, no ha sido explotada todavía en la EDDDES.

Por otro lado, aunque la obligatoriedad de escolarización en primaria y ESO induce a pensar que teóricamente la totalidad de alumnado con necesidades educativas especiales está escolarizado, la no publicación de las tasas de escolaridad en estos dos niveles obligatorios no permite afirmar que la cobertura en términos educativos sea total. La escolarización en el nivel obligatorio puede realizarse en centros ordinarios, en centros específicos de educación especial y en aulas de educación especial en centros ordinarios, en función del dictamen de escolarización. Sin embargo, la inclusión de estos alumnos en el nivel secundario se plantea como un problema en la mayoría de los países europeos. Esta situación viene determinada en gran parte por la diferente organización de la provisión de educación en este nivel, por el incremento de la especialización propia en el mismo, por una insuficiente preparación del profesorado y una actitud de rechazo a su inclusión en las clases ordinarias, actitud que a su vez está muy condicionada por su formación, los apoyos disponibles, el tamaño medio de la clase y la carga de trabajo.

En España, según datos publicados por el Instituto Nacional de Calidad y Evaluación²⁴, sobre el alumnado con necesidades educativas especiales, en el curso 1998-1999 la educación primaria es la etapa educativa con una relación mayor de alumnos con necesidades educativas especiales integrados en centros ordinarios, un 23 por 1.000, seguida de la educación secundaria obligatoria, con un 15 por 1.000, y de la educación infantil, con un 8 por 1.000. Por eso se puede afirmar que el incipiente desarrollo de las tendencias hacia la inclusión chocan con una realidad que muestra que en los últimos años, con el paso a los distintos ciclos educativos, la presencia del alumnado en centros ordinarios es menor. Además, según algunas asociaciones del sector, existe una tendencia a sustituir la integración de estos alumnos en centros ordinarios por la escolarización combinada, es decir, la escolarización progresiva en centros exclusivamente de educación especial, con sólo unas horas en

²² Según datos del Censo 2001.

²³ *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.*

²⁴ MECD, INCE, *Resumen Informativo*, núm. 9, marzo de 2002.

centros ordinarios. Este tipo de escolarización queda por primera vez determinada en nuestro sistema educativo a partir de la aprobación de la LOCE (art. 45.1).

Ante esta situación, un asunto que cada vez cobra más relevancia en los últimos años es el reconocimiento legal de la opinión de los padres en la elección del modo de escolarización de sus hijos, pues aunque todavía predomina una actitud positiva de los padres hacia la inclusión, algunos opinan que la escolarización segregada dispone de más recursos, competencias y habilidades que la ordinaria, especialmente en el caso de la educación secundaria y de las discapacidades más severas.

La falta de información sobre los recursos personales por especialidades y materiales que se precisan para la atención educativa de dichos alumnos, sobre todo en los centros ordinarios, o sobre la formación permanente del profesorado especialista (Pedagogía Terapéutica/Educación Especial, Audición y Lenguaje) y otro tipo de personal, impiden hacer una valoración actual²⁵ y cuantitativa de los recursos materiales y humanos, en especial en los centros ordinarios, y algo menos en los centros de educación especial y en los centros ordinarios con aulas de educación especial (cuadro 2.12). Sin embargo, el CERMI, en su documento sobre la atención educativa a las personas con discapacidad, describe una situación en la escolarización ordinaria para esta etapa marcada por la falta de información y formación del profesorado, la insuficiencia de profesionales especializados, la falta de estabilidad de los profesionales de apoyo, o la distribución de los profesionales especializados que en ocasiones tienen que atender a niños escolarizados en distintos centros e incluso en distintas poblaciones.

Otras cuestiones de tipo organizativo señaladas por dicho informe, que pueden desvirtuar la atención educativa al alumnado integrado en este nivel e incluso inhibir el proceso de inclusión, son: las dificultades de elaboración y seguimiento de las adaptaciones curriculares por la falta de tiempos establecidos dentro del horario escolar para la coordinación entre especialistas y tutores, el incumplimiento al ratio de 2 alumnos por aula y no más de 25 alumnos por tutor²⁶, la voluntariedad de los especialistas en la atención en el segundo ciclo de la ESO e incluso la falta de accesibilidad por la existencia de barreras arquitectónicas y de comunicación.

Por ello, en orden a ajustar mejor sus necesidades y provisiones, de controlar el desarrollo y resultados de su aprendizaje, y de mejorar la calidad de los servicios

²⁵ Al principio de las series estadísticas, el MECD recogía periódicamente esta información, sin embargo, desde hace años ha dejado de hacerlo.

²⁶ Cuestión que también señala el Consejo Escolar de Estado en su *Informe sobre el estado y situación del sistema educativo. Curso 2001-2002*.

prestados, cada vez se manifiesta más la necesidad de monitorizar más sistemáticamente la posición del alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en el sistema ordinario. Esta necesidad es especialmente difícil de cubrir cuando existe un contexto, como el español, de descentralización de competencias. Además, al existir un sistema mixto de provisión, hay que cuidar con atención la tensión, cada vez más creciente, entre la presión por el logro de unos mejores resultados escolares y la posición del alumnado más vulnerable.

Parece pues que las oportunidades de educación, a pesar de los esfuerzos realizados, se reducen bastante para esta población, dada su menor escolarización en los niveles no obligatorios y su mayor porcentaje de abandonos y de cambio de escuela. Muchos son los factores que influyen en ello. La falta de recursos materiales, las actitudes e insuficiente preparación y apoyo al profesorado, las estrategias metodológicas utilizadas para adaptar los proyectos educativos y curriculares, el potencial de aprendizaje de los diferentes sujetos discapacitados, el apoyo especializado dentro y fuera del aula, así como la incipiente orientación hacia la empleabilidad, son algunas de las deficiencias que pueden condicionar los efectos beneficiosos en términos sociales y de rendimiento, que la educación especial integrada tiene.

2.2.3. La escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales en los niveles post-obligatorios reglados: el Bachillerato, la Formación Profesional reglada y los estudios universitarios

Los alumnos integrados en centros ordinarios que concluyen con éxito la Educación Secundaria Obligatoria pueden acceder al Bachillerato o a los ciclos de Formación Profesional Específica de grado medio. Las enseñanzas de Bachillerato y de Formación Profesional Específica para alumnos con necesidades educativas especiales, dado su carácter post-obligatorio, se organizan exclusivamente en régimen de integración, con las adaptaciones curriculares necesarias o con las exenciones totales o parciales de asignaturas. Sin embargo, según el CERMI, estas adaptaciones se realizan de manera muy irregular y poco frecuente.

Los alumnos con necesidades educativas especiales pueden cursar Programas de Garantía Social, bien en régimen de integración o bien en la modalidad para alumnos con necesidades educativas especiales. Los Programas de Garantía Social incluyen los programas en régimen de integración, la modalidad específica de Programas de Garantía Social para alumnos con necesidades educativas especiales y los Programas de Formación para la Transición a la Vida Adulta que se imparten en los centros de Educación Especial.

Los Programas especiales de Garantía Social tienen la misma estructura que los Programas de Garantía Social ofrecidos con carácter general para el resto del alumnado. Se organizan en torno a las siguientes áreas: Formación Básica, Formación y Orientación Laboral, Formación Profesional, Actividades Complementarias y Tutoría. Estos programas se pueden impartir en los institutos de Educación Secundaria, en los centros de Educación Especial que se determinen y, en su caso, donde se establezca como consecuencia de los convenios suscritos a tal efecto entre las Comunidades Autónomas y otras Administraciones, Corporaciones Locales e instituciones sin ánimo de lucro. Existen diferentes modalidades en estos programas, aunque varían en función de las distintas Comunidades Autónomas. La duración de los Programas de Garantía Social es variable, tanto en función del alumnado como de las modalidades y de lo regulado por cada Comunidad Autónoma, aunque suele fluctuar entre seis meses y dos cursos académicos y, por regla general, no se admiten más de 20 alumnos por aula.

Los Programas de Transición a la Vida Adulta están orientados a los alumnos con necesidades educativas especiales asociadas a déficit más graves y permanentes que, por el nivel de desarrollo y aprendizaje alcanzados al final de la Educación Básica, no puedan beneficiarse de las dos modalidades formativas anteriores. Los Programas de Transición a la Vida Adulta, a los que se accede tras cursar los diez años de Enseñanza Básica, tienen una duración mínima de dos años, que se pueden ampliar a tres cuando se considere oportuno. Los objetivos prioritarios de estos programas se dirigen a ayudar al alumnado a desarrollar las conductas y hábitos necesarios para llevar una vida adulta con el máximo grado de autonomía personal, capacitarles para utilizar los servicios que la sociedad pone a disposición de todos los ciudadanos y, hasta donde sea posible, formarles para el ejercicio de actividades laborales vinculadas al desempeño de puestos de trabajo muy concretos y delimitados. En todos los casos, el alumnado escolarizado en unidades o centros específicos de Educación Especial puede permanecer en ellos hasta los 20 años de edad como máximo. También en el caso de algunos alumnos que no obtengan el título de Graduado en Educación Secundaria, éstos pueden acceder directamente a estas enseñanzas sin necesidad de cursar el segundo ciclo de la ESO.

La LOCE establece que, en cuanto a los alumnos con necesidades educativas especiales, los objetivos generales deben ser los establecidos con carácter general para todos los alumnos, con las adaptaciones curriculares correspondientes. Sin embargo, cuando estos últimos alumnos no puedan lograr dichos objetivos, se fomentarán ofertas formativas adaptadas a sus necesidades con el fin de facilitar su integración social y laboral. En esta ley se sustituyen los Programas de Garantía Social por los Programas de Iniciación Profesional, que al igual que los anteriores

ofrecerán simultáneamente una cualificación profesional y el desarrollo de las competencias básicas de carácter general.

El acceso a los estudios universitarios queda regulado por el Real Decreto 1640/1999²⁷, que en su artículo 10 menciona la obligatoriedad de la adaptación de las pruebas de acceso a la universidad y la necesidad de justificar en el momento de la inscripción la discapacidad que impide realizar dicha prueba por los medios ordinarios. En este nivel, la escolarización se realiza exclusivamente en régimen de integración y las universidades públicas tienen la obligación de reservar un 3 por 100 de plazas en cada uno de los centros universitarios a los alumnos con necesidades educativas especiales, cuyo grado de minusvalía sea igual o superior al 33 por 100 o padezcan menoscabo total del habla o de la audición²⁸.

Esta regulación sólo hace referencia al acceso, requiriéndose otras medidas para atender las necesidades de las personas que ya cursan estudios universitarios. Así, la Ley Orgánica 6/2001 de Universidad recoge en su artículo 46.2 el derecho de los estudiantes a la igualdad de oportunidades y no discriminación por circunstancias diversas en las que se incluye la discapacidad. Además, la disposición adicional vigésima cuarta establece que en el desarrollo de la misma se deben tener en cuenta las disposiciones de la LISMI sobre integración de los estudiantes con discapacidad y procesos de selección del personal, lo que es una vía para garantizar la gratuidad de las enseñanzas universitarias reconocidas en la LISMI, y que algunas Comunidades Autónomas ya han impuesto.

Además, en la mayoría de los estatutos de las universidades se hace referencia a la obligación por parte de las mismas de garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación del alumnado con discapacidad en los derechos que asisten a los estudiantes. La integración del alumnado con discapacidad se refleja también en los artículos referentes a derechos del personal docente e investigador, la adecuación de las instalaciones y los servicios, y la reserva de puestos de trabajo en los procesos selectivos de personal. Incluso los estatutos de algunas universidades establecen, ya sea a través de algún artículo o capítulo, una serie de medidas de acción positiva con el fin de asegurar la participación del alumnado discapacitado: medidas de accesibilidad, actividades de formación para el personal docente y el PAS, adaptaciones curriculares durante los estudios y para las pruebas de acceso, etc. Además de esta normativa general, algunas universidades ofrecen

²⁷ Real Decreto 1640/1999, de 22 de octubre, por el que se regula la prueba de acceso a estudios universitarios.

²⁸ Artículo 17 del Real Decreto 69/2000, de 21 de enero (BOE de 22 de enero).

una serie de programas especiales de apoyo a los estudiantes discapacitados²⁹ durante sus estudios y otros de inserción sociolaboral.

A pesar de ello, la realidad muestra que un número muy reducido de estudiantes con discapacidad accede a este nivel de estudios. Las enormes dificultades que se les presentan, la falta de transporte público adaptado, las dificultades para disponer de ayudas técnicas, la inaccesibilidad de los centros, las barreras de comunicación, la inexistencia de auxiliares técnicos educativos, etc., les obliga en muchas ocasiones a abandonar dichos estudios.

En los niveles post-obligatorios no universitarios se produce una doble situación: por un lado, en algunos centros de secundaria que imparten la etapa de educación secundaria obligatoria y escolarizan alumnos con discapacidad, los profesionales siguen atendiendo voluntariamente a estos alumnos en la etapa no obligatoria. Por otro, en los centros que sólo imparten el nivel no obligatorio no sucede así, viéndose obligados a dejar los estudios o ingresar en un centro de rehabilitación de minusválidos. Esta realidad se produce a pesar de que desde instancias europeas se insiste cada vez más sobre la igualdad de oportunidades en educación y formación para los alumnos estudiantes con discapacidad³⁰, es decir, en la necesidad de fomentar y apoyar la plena integración en la sociedad de los niños y los jóvenes con necesidades educativas especiales mediante una educación y formación adecuadas, y su inserción en un sistema escolar que se adapte a sus necesidades.

Esta situación se refleja en el descenso de la escolarización de los alumnos con discapacidad en los centros ordinarios en estos niveles (cuadro 2.12), que no llega a alcanzar (Bachillerato, FP y Garantía social) el 5 por 100 de la totalidad del alumnado integrado en el curso 2000-2001. Sin embargo, aunque en clara disminución, el alumnado que está matriculado en la totalidad de las modalidades establecidas en la educación especial específica en el mismo curso supone un 16,5 por 100 del total. De todas formas, en ambos tipos de escolarización hay que destacar el aumento del alumnado en las diferentes modalidades de Programas de Garantía Social (con un incremento del 18,8 por 100 entre 1998 y 2003), mayor a la evolución de los bachilleratos como de la FP reglada. El porcentaje medio

²⁹ En la UNED existe un programa de apoyo para alumnos con discapacidad y una oficina del voluntariado, la Universidad de Valencia desarrolla un programa de asesoría universitaria para estudiantes con discapacidad y en la Universidad Complutense de Madrid, el programa «Solidarios, Solidarios» trabaja para facilitar la integración de este alumnado.

³⁰ Resolución del Consejo Europeo de 5 de mayo de 2003 sobre la igualdad de oportunidades en educación y formación para los alumnos estudiantes con discapacidad (2003/C 134/04) (DOCE de 7 de junio de 2003).

de inserción de los alumnos de Garantía Social³¹ era a finales de la década de los noventa cercano al 29 por 100, mientras que la tasa media de inserción para los alumnos con necesidades educativas especiales no alcanzaba el 10 por 100. Pero, como se verá más adelante, aunque la participación en los Programas de Garantía Social es bastante mayor que la existente en los Programas de Formación Profesional Ocupacional (FPO), su grado de inserción resulta bastante más escaso (10 por 100 en los Programas de Garantía Social y 40 por 100 en FPO).

Por tanto, en líneas generales, el colectivo de personas con discapacidad se caracteriza por sus dificultades de acceso a la Formación Profesional. Por ello se deberían potenciar las labores de orientación, información y formación durante la ESO hacia formaciones orientadas hacia el empleo.

Respecto al alumnado en la universidad, sólo se dispone de datos a través de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, según la cual no llega a 10.000 el total de discapacitados que en el año 1999 estaban cursando estudios universitarios. Ello supone que, del total de personas con alguna discapacidad que están cursando estudios reglados (62 por 100), casi uno de cada cuatro estaba cursando estudios universitarios. A este respecto hay que señalar que quizás se produzca una sobreestimación de las personas que están cursando estudios por parte de la encuesta, porque las personas que se encuentran realizando estudios post-obligatorios no universitarios según dicha encuesta es prácticamente el doble que el alumnado matriculado en dicha etapa educativa. Por otro lado, a pesar de que la población con discapacidad que tiene estudios universitarios goza de una posición privilegiada frente al mercado laboral con respecto al resto de discapacitados, hay que recordar que, según la EDDES, sólo un 3,7 por 100 de la población discapacitada de 16 a 64 años poseía en 1999 estudios universitarios o equivalentes, no habiendo apenas diferencia por género. Esta situación no es mucho mejor para los jóvenes discapacitados (15 a 29 años), pues sólo un 3 por 100 ha alcanzado este nivel de estudios, siendo en este caso significativamente mayor la proporción de mujeres que alcanzaron este nivel de estudios.

Además, según un estudio del IMSERSO³², de todas las universidades existentes en España, el alumnado matriculado en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y

³¹ MTAS, IMSERSO, Secretaría General de Asuntos Sociales, *Formación profesional y transición al empleo de los jóvenes con discapacidad EDIS (Equipo de Investigación Sociológica)*, Madrid, julio de 2003.

³² MTAS, IMSERSO, Secretaría General de Asuntos Sociales, *Formación profesional y transición al empleo de los jóvenes con discapacidad EDIS (Equipo de Investigación Sociológica)*, Madrid, julio de 2003.

la Universidad de Valencia representan la casi totalidad de los estudiantes universitarios con discapacidad. De éstas, la UNED es la que mayor número de alumnos con discapacidad tiene matriculados, y la que presenta una evolución de la matriculación (entre 1999 y 2001) más positiva. La mayor accesibilidad inherente a la educación a distancia, por los programas específicos para discapacitados que esta universidad realiza, tiene que ver en esta situación. Entre las universidades que tienen un carácter presencial, sólo la Universidad de Valencia, la UCM y la Universidad Carlos III de Madrid presentan un número de matrículas superiores a la media (aproximadamente 8 o 10 personas por universidad).

En estas tres universidades (UNED, UCM y Universidad de Valencia) las personas discapacitadas que en mayor medida acceden a la universidad son aquellas afectadas por deficiencias en la movilidad, la audición, la visión y el habla. Finalmente, según datos de la UNED, las especialidades más demandadas en el curso 2001-2002 son Derecho (21 por 100), Psicología (15 por 100), Informática y Educación (9 por 100 respectivamente), aunque también hay que destacar que el 22 por 100 de los estudiantes discapacitados cursan estudios de acceso a la universidad.

Esta realidad, aunque algo más positiva que en épocas precedentes, choca nuevamente con una ordenación de la educación, que incluso desde la normativa

CUADRO 2.13

**PERSONAS CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD
DE 16-64 AÑOS QUE ESTÁN CURSANDO ESTUDIOS,
POR TIPO DE ESTUDIOS**

Total	62.565
Estudios reglados	38.719
Educación Especial	13.386
Garantía Social global	487
Bachillerato	9.330
Ciclo formativo de grado medio	4.118
Ciclo formativo de grado superior	2.081
Estudios universitarios de un ciclo	2.681
Estudios universitarios de dos ciclos	6.636
Estudios no reglados	13.167
No consta	14.717

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999. Resultados detallados.

comunitaria aboga por la igualdad de oportunidades en educación y formación para los alumnos estudiantes con discapacidad³³.

2.2.4. La Formación Profesional ocupacional y continua

La formación de los jóvenes en su camino hacia el empleo va cubriendo etapas de una educación escolar obligatoria, una oferta de programas formativos reglados post-obligatorios, y una formación y orientación ocupacional que se fundamentan en la adquisición o adecuación de habilidades y conocimientos necesarios para el desempeño profesional. Pero, aunque uno de los factores que más influyen en la incorporación de las personas con discapacidad al mercado laboral es el nivel de estudios³⁴, éste no es suficiente ni es garantía para encontrar un trabajo, por lo que muchos jóvenes discapacitados deben seguir completando sus estudios con otras figuras formativas como FPO, la FC o los Programas de Garantía Social.

En el caso de las personas discapacitadas, los desajustes que se generan entre la oferta y demanda por la rápida evolución del mercado de trabajo se ven agudizados tanto por sus especiales características y menores niveles formativos, como por su menor grado de aceptación social; por ello, tanto la formación continua como la ocupacional adquieren gran relevancia. El gran riesgo de exclusión del mercado de trabajo para este colectivo motiva que la orientación de la políticas activas hacia el aprendizaje permanente y la igualdad tengan un significación particular, sobre todo si se considera que el trabajo para las personas con discapacidad es condición imprescindible para su desarrollo personal y normalización en la sociedad. Pero la responsabilidad de la integración social y laboral no sólo es competencia de la Administración educativa, sino de la colaboración y participación de otros Ministerios, como el de Trabajo y Asuntos Sociales. En este sentido una de las Recomendaciones del Consejo de las Comunidades Europeas insta a los Estados miembros a «adoptar todas las medidas convenientes para garantizar el trato equitativo de los minusválidos en materia de empleo y FP, incluyendo tanto la formación inicial y el primer puesto de trabajo como la rehabilitación y la reinserción».

Actualmente, la normativa establece que para la selección del alumnado en todas las acciones formativas que se impartan tanto a través del Plan FIP, como

³³ Resolución del Consejo Europeo de 5 de mayo de 2003 sobre la igualdad de oportunidades en educación y formación para los alumnos estudiantes con discapacidad (2003/C 134/04) (DOCE de 7 de junio de 2003).

³⁴ Según la EDDDES, aunque la tasa de ocupados es más elevada cuanto mayor es el nivel de estudios de las personas con discapacidad, y cuanto menor es el nivel educativo mayor es la tasa de población inactiva, llaman la atención los altos porcentajes de población inactiva con estudios universitarios (36,6 por 100) y de FP (43,6 por 100).

de los programas de Escuelas Taller y Casas de Oficios, Talleres de Empleo y Unidades de Promoción y Desarrollo, se tendrán en cuenta los colectivos prioritarios y criterios de selección que se determinen por el MTAS y el INEM. Estos criterios, de acuerdo con el Marco de la Estrategia Europea para el Empleo y los Planes Nacionales para el Empleo (PNAE) de los Estados miembros, marcan como prioritaria la participación de las personas con discapacidad. Esta prioridad no sólo se mantiene en el PNAE 2003, sino que se hace extensiva para el periodo 2003-2006.

Por otro lado, dentro de las Iniciativas Comunitarias de Recursos Humanos se encuentra una especialmente dirigida a mejorar las oportunidades de empleo de las personas con discapacidad, la iniciativa «Empleo-Horizon». El programa operativo de dicha iniciativa contiene una serie de medidas y actuaciones prioritarias con este fin, que van desde la creación y desarrollo de sistemas de formación, orientación, asesoramiento y empleo, la adaptación del medio laboral y eliminación de barreras de acceso, la oferta de planes de formación, hasta la divulgación de información y acciones de sensibilización.

En materia de Formación Profesional Ocupacional, el Real Decreto³⁵ regulador del Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional (Plan FIP) ya establecía una referencia expresa a los minusválidos [art. 1.2.d)] entre los colectivos que tienen prioridad para participar de dichas ayudas por sus especiales dificultades para la inserción o reinserción laboral. Pero las dificultades a las que se enfrentaba este colectivo por la falta de adecuación del contenido y duración de las acciones formativas a sus necesidades, como por la existencia tanto de barreras arquitectónicas como docentes, continuaban. Considerando esta falta de adecuación, el Acuerdo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-CERMI de 1997 preveía la necesidad de la adaptación de los cursos a las necesidades de este colectivo, compromiso cuyo cumplimiento se plasma en una Orden Ministerial³⁶ donde se recogen las peculiaridades (art. 4.4) de las acciones formativas dirigidas a los minusválidos (un mayor número de horas lectivas, un menor número de alumnos por módulo y una mayor atención a las necesidades derivadas de cada tipo de discapacidad). Finalmente, el Acuerdo entre CERMI y el MTAS suscrito en 2002 pretende reforzar los acuerdos de 1997 en un doble sentido: uno, incrementar su participación en el Plan FIP y en los programas de Escuelas Taller y Casa de Oficio, y dos, lograr obtener una formación más adaptada a las nece-

³⁵ Real Decreto 631/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional (*BOE* de 4 de mayo 1993).

³⁶ Orden Ministerial de 14 de octubre de 1998, por la que se modifica la de 13 de abril de 1994, por la que se desarrolla el RD 631/1993, regulador del Plan FIP (*BOE* de 26 de octubre de 1998).

sidades y especificidades de las personas con discapacidad, para lo cual se plantea aspectos tales como:

- La revisión del Fichero de Especialidades Formativas, con la finalidad de garantizar que las acciones formativas respondan a las necesidades individuales y se acomoden a las posibilidades de desarrollo personal de las personas con discapacidad.
- Prácticas no laborales de alumnos con discapacidad en empresas.
- Flexibilidad de los contenidos formativos en el caso de personas con discapacidad.
- Trato diferenciado a los alumnos con discapacidad en el caso de convenios para la formación con compromiso de contratación final.
- Atención a las personas con discapacidad en los programas experimentales de ámbito estatal.

Aunque éstas son las líneas principales de actuación en el ámbito estatal, la mayor parte de la FPO es gestionada actualmente por las Comunidades Autónomas, lo que puede dar lugar a diferencias en la provisión de esta formación. Esta diferencias se derivan tanto por la introducción de diferentes líneas presupuestarias, como por la inclusión de programas de formación propios y diferenciados (generalmente cofinanciados por los Fondos Estructurales), u otro tipo de acciones formativas generadas a través de los diferentes Servicios de Empleo.

Por otro lado, hay que destacar que el Programa Nacional de Formación Profesional 1998-2002, referente tanto para la FPO como para la FC, no incluye a los discapacitados en su objetivo sexto de programar oferta a grupos determinados y con necesidades específicas, ni tampoco los considera dentro de los objetivos de la FC, aunque sí los incluye en los objetivos de la FPO (objetivo 3). Sin embargo, la reciente Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, a través de su artículo 12 se ocupa de la adaptación de la oferta formativa a las necesidades específicas de los jóvenes discapacitados.

En este sentido, el documento de Propuestas del sector de la discapacidad para el PNAE 2000 señala la necesidad de contemplar la formación continua de los discapacitados ocupados, pues los Centros Especiales de Empleo y las empresas ordinarias que los ocupan precisan de una mano de obra bien adaptada a los cambios y necesidades del sistema productivo, y además son deudores de la cuota de formación profesional. Pero hay que esperar hasta el III Acuerdo Nacional de Formación Continua para que la presencia en la ordenación de la FC de los trabajadores discapacitados se visualice ahora. A partir de entonces, se contemplan criterios que favorecen o priorizan la participación de las personas

con discapacidad. Por ello, en las ayudas para la realización de planes de formación continua, y en cumplimiento del principio de concurrencia de acciones formativas pueden participar, entre otros colectivos, los trabajadores discapacitados que presten sus servicios en centros especiales de empleo.

Por otro lado, y en consonancia con las últimas recomendaciones europeas, los colectivos implicados continúan abogando por la necesidad de prestar una atención especial y preferente a las necesidades de los minusválidos en los programas vinculados a la sociedad de la información y con la promoción del uso de las tecnologías de la información.

Es difícil abordar la situación de la formación profesional ocupacional porque, aunque desde 1998 el INEM ha recopilado algunos datos estadísticos, la falta de continuidad y homogeneidad de los mismos en cuanto a las variables socio-demográficas y laborales básicas (edad, sexo, nivel de estudios, especialidades formativas, etc.) impide realizar series que muestren la evolución. Por ello, en el análisis de la situación por cada variable hay que referirse tan sólo al año o años en los que las series son comparables.

En 1999³⁷ solamente el 0,3 por 100 del total de los alumnos formados eran personas con discapacidad, a pesar de que la FPO se ha manifestado como una importante vía en el itinerario de inserción laboral de los jóvenes con discapacidad. Su grado de inserción (40 por 100) es bastante superior al de los Programas de Garantía Social (10 por 100), aunque notablemente más bajo que el porcentaje medio de inserción del alumnado sin discapacidad (72 por 100).

Respecto a la composición por sexo y edad de la población discapacitada formada desde 1998 (cuadro 2.14), lo primero que hay que señalar es que (aunque en los dos primeros años los datos se refieren exclusivamente a la gestión del INEM y el resto incluye tanto la gestión de este organismo como el de las CCAA), existen saltos en el volumen total de difícil explicación, aunque se muestra una tendencia claramente decreciente. En términos relativos, existe una participación cada vez más equilibrada de las mujeres discapacitadas en la FPO. Por edades, el grueso de la formación recae principalmente en el grupo de edad más joven (de 18 a 29 años) y en segundo lugar en los que tienen de 30 a 49 años, pero, la evolución muestra que dicha distribución, aunque se mantiene, tiende a equilibrarse algo. Respecto a la inserción, las diferencias de género no son sustantivas en ninguno de los dos años considerados, pero cuando se tiene en cuenta la edad, se observan ciertas diferencias por sexo.

³⁷ Resumen anual de datos del Observatorio Ocupacional, 1999.

CUADRO 2.14

**FORMACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, QUE PARTICIPAN
EN LA FPO, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 1998-2003**

Grupos de edad y sexo	1998			1999			2001	2002 *	2003 *
	Formados	Colocados	%	Formados	Colocados	%	Formados	Formados	Formados
Hombres	245	89	36,3	189	73	38,6	946	283	130
Menores de 18	9	4	44,0	5	1	20,0	18	18	3
De 18 a 24	95	40	42,1	60	24	40,0	243	37	39
De 25 a 29	64	24	37,5	35	11	31,4	177	55	31
De 30 a 39	63	19	30,2	69	33	47,8	291	95	37
De 40 a 44	7	1	14,3	69	33	47,8	99	34	8
Mayores de 44	7	1	14,3	20	4	20,0	118	43	12
Mujeres	142	48	33,8	97	39	40,2	690	194	155
Menores de 18	2	0	0,0	1	1	100,0	6	8	6
De 18 a 24	51	18	35,3	22	6	27,7	169	34	23
De 25 a 29	40	14	35,0	22	8	36,4	144	33	37
De 30 a 39	32	29	28,1	42	18	42,9	218	50	41
De 40 a 44	12	6	50,0	42	18	42,9	63	27	23
Mayores de 44	5	1	20,0	10	6	60,0	90	42	25
Total	387	137	35,4	286	112	39,2	1.636	477	285

* Para ambos años, las dos primeras categorías de edad no son exactamente las mismas (16 a 19 años y de 20 a 24 años).

Fuente: Resúmenes anuales de datos del Observatorio Ocupacional 1998 a 2001 y datos facilitados por el INEM para el resto.

La inserción profesional de los alumnos formados por el INEM en el año 1999, según nivel académico y género, deben ser tomados con precaución en los niveles formativos más altos y más bajos por tratarse de números muy pequeños. Sin tener en cuenta el sexo, la inserción de los alumnos aumenta conforme aumenta su nivel educativo, excepto a partir de BUP. Según estos datos y los de las contrataciones por nivel académico, parece que en términos de empleo la formación más orientada al empleo es tan eficaz como una educación de nivel superior de carácter general. Ahora, si a estos datos se añade la variable género, nuevamente ésta se convierte en un elemento añadido de desigualdad, sobre todo en el caso de las alumnas que han alcanzado el certificado de escolaridad y las que han terminado la FP II.

Finalmente, la información sobre las especialidades que superan el porcentaje medio de inserción para el colectivo (39,2 por 100) y con más de 5 alumnos

CUADRO 2.15
**FORMACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, QUE PARTICIPAN
EN LA FPO, POR NIVEL EDUCATIVO Y SEXO, 1992**

Nivel de estudios	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	Formados	Contratados	Inserción	Formados	Contratados	Inserción	Formados	Contratados	Inserción
Sin estudios	13	2	15,4	8	0	0,0	5	2	40,0
Estudios primarios	22	4	18,2	11	0	0,0	11	4	36,4
Certificado Escolaridad	101	36	35,6	72	28	38,9	29	8	27,6
FP I	19	7	36,8	13	5	38,5	6	2	33,3
EGB	81	39	48,1	54	26	48,1	27	13	48,1
FP II	13	7	53,8	5	4	80,0	8	3	37,5
BUP	29	13	44,8	20	8	40,0	9	5	55,6
T. Grado medio	6	3	50,0	4	1	25,0	2	2	100,0
T. Grado superior	2	1	50,0	2	1	50,0	0	0	—

Fuente: Resúmenes anuales de datos del Observatorio Ocupacional 1998 a 2001 y datos facilitados por el INEM para el resto.

formados en el año 1999 son por orden de mayor a menor: contabilidad financiera, soporte informático (80 por 100), gestión de *stocks* (75 por 100), limpieza de edificios (73 por 100), secretario/a (67 por 100), agente de desarrollo turístico (60 por 100), elaboración artesanal de velas decorativas (60 por 100), administrativo contable (50 por 100), jardinero (45 por 100), aplicaciones informáticas de gestión (44 por 100), encaje de bolillos (42 por 100) e introducción a la multimedia (40 por 100).

Las notables diferencias según el tipo de discapacidad que sufren los jóvenes en su transición de la escuela al empleo, derivadas en gran parte de las divergencias en los niveles educativos alcanzados por unos y otros, se muestran en la distinta utilización de la FPO al tratar ésta de cubrir las carencias formativas iniciales. Así, los jóvenes afectados por deficiencias mentales son dentro de este colectivo los que más han cursado FPO en 1999 (34,1 por 100), mientras que sólo el 25,6 por 100 de los jóvenes afectados por discapacidades sensoriales y el 26,8 por 100 de los que tienen una discapacidad física han participado en programas de FPO.

Respecto a la formación continua de los trabajadores discapacitados, sólo se dispone de los datos referentes a la Convocatoria 2001, facilitados por la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, con fecha de mayo de 2003.

Los participantes discapacitados formados ascienden a 25.315 personas, lo que supone un 1,5 por 100 respecto al total de participantes en dicha convocatoria.

El perfil sociolaboral del participante discapacitado formado corresponde al de un hombre (66 por 100), entre 36 a 55 años (58,2 por 100), con una categoría de trabajador no cualificado (92,5 por 100), que trabaja en una empresa de más de 1.000 asalariados (88,7 por 100) y que participa en la formación a través de un Plan de Empresa (90,4 por 100).

Las Comisiones paritarias que tienen una mayor presencia (por encima del 1 por 100) de participantes discapacitados son entidades o fundaciones de interés social (85,3 por 100), los Planes de Oferta (5,4 por 100), limpieza de edificios y locales (2,7 por 100), planes de empresa y grupos de empresa de diferentes convenios (1,8 por 100), y finalmente, la comisión de asistencia, atención, diagnóstico, rehabilitación y promoción de minusválidos (1,6 por 100).

Por último, ante la falta de información disponible, la publicación del estudio realizado por la Confederación Empresarial Española de la Economía Social, realizado en el marco de la convocatoria 2002 de acciones complementarias a la formación, sobre la situación de la formación continua en la Economía Social puede permitir conocer con más exactitud las características y necesidades de este colectivo respecto a su reciclaje profesional.

2.2.5. Recursos para la atención del alumnado con necesidades educativas especiales en la enseñanza reglada

Las fuentes de financiación de la educación especial son muy diversas y provienen principalmente de los Presupuestos de las Comunidades Autónomas, los Presupuestos del MECD, las subvenciones a entidades privadas (ONCE, CNSE), las ayudas de Educación Especial y las subvenciones a centros privados que mantienen concierto educativo con el MECD. Los únicos datos disponibles, que se refieren a la evolución 1992-1999 del gasto público en educación especial como porcentaje del gasto en el resto de enseñanzas no universitarias, muestran que, excepto dos pequeños repuntes en los años 1995 y 1998, la tendencia es de un continuo decrecimiento del gasto en educación especial (cuadro 2.16). Si consideramos el gasto por alumno, en los últimos cuatro años éste ha decrecido de los 317 € en el curso 1997 a los 280 € en el 2000.

Las becas y ayudas al estudio en educación especial difieren según las características y tipo de escolarización del alumnado³⁸, aunque las estadísticas publi-

³⁸ Las ayudas del MECD con alcance en todo el ámbito del Estado para los alumnos con necesidades educativas especiales principalmente son de tres modalidades: ayudas individuales directas para la Edu-

CUADRO 2.16

**EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL
COMO PORCENTAJE DEL GASTO EN EL RESTO DE ENSEÑANZAS
NO UNIVERSITARIAS, 1992-2000**

(Miles de €)

Ejercicio	Educación Especial (1)	Resto de educación no universitaria (2)	Porcentaje (1/2)
1992	324.594	12.334.335	2,63
1993	337.855	12.874.675	2,62
1994	329.659	13.246.878	2,49
1995	367.164	14.035.807	2,62
1996	388.609	14.759.586	2,63
1997	389.844	15.273.914	2,55
1998	431.603	15.988.682	2,70
1999	399.779	17.472.510	2,29
2000	398.082	18.529.178	2,15

Fuente: Elaboración propia a partir de las *Estadísticas de la Educación en España*.
Resultados detallados. MECD.

casas por el MECD no establecen tal distinción. Sin embargo, sí se distingue entre las becas, los becarios e importe de las becas otorgadas por el MECD y otras administraciones educativas (cuadro 2.17). Tanto el número de becarios como el importe de las becas concedidas por ambas administraciones han crecido bastante en los periodos considerados (un 32 y un 46 por 100 respecto al número de becarios de otras administraciones educativas y del MECD, y un 24 y 67 por 100 respecto al importe), pero si consideramos el importe medio por becario, los incrementos no han sido tan sustanciosos en ninguno de los casos. Respecto a la cobertura de las becas a este colectivo hay que señalar que, aunque ésta ha crecido considerablemente en los últimos cuatro años (8 puntos porcentuales), actualmente las ayudas concedidas por cualquier tipo de administración educativa no alcanzan al 22 por 100 del alumnado con necesidades educativas especiales.

La información sobre los medios materiales y humanos que atienden al alumnado integrado en los centros ordinarios, a pesar de ser el mayoritario, es muy escasa. Sin embargo, respecto al alumnado escolarizado en centros especiales,

cación Especial, subsidios de educación especial para familias numerosas con hijos discapacitados o incapacitados para el trabajo, y ayudas para actividades complementarias a la educación reglada para los alumnos con necesidades educativas asociadas a la sobredotación intelectual.

CUADRO 2.17

**NÚMERO DE BECARIOS, IMPORTE TOTAL E IMPORTE MEDIO POR ALUMNO DE LAS BECAS
EN EDUCACIÓN ESPECIAL Y EN ENSEÑANZAS NO UNIVERSITARIAS, 1997-2001**

Becarios e importe de las becas	Resto de Educación no Universitarias				Educación Especial			
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Número de becarios de cualquier Administración Educativa			915.090	1.208.102			22.971	30.352
Número de becarios MECD	662.575	664.995	577.500	758.802	16.494	18.467	20.770	24.064
Importe de las becas de cualquier Administración Educativa (miles de €)			217.362,5	277.761,1			13.418,3	16.764,9
Importe de las becas MECD (miles de €)	168.009,0	177.986,0	154.123,2	186.041,7	9.392,7	11.454,2	12.828,7	15.723,0
Importe medio por becarios de cualquier Administración Educativa			237,5	229,9			584,1	552,3
Importe medio por becario MECD (€)	253,6	267,7	266,9	245,2	569,5	620,3	617,7	653,4
Cobertura*	9,2	9,4	21,6	28,8	13,4	14,2	16,9	21,5

Fuente: Elaboración propia a partir de las *Estadísticas de la Educación en España. Resultados detallados*, MECD.

* (Número de becarios total/total alumnado).

como puede observarse en el cuadro 2.18, la información disponible es mucho más valiosa tanto cuantitativa como cualitativamente. En el curso 2000-2001, los centros que imparten educación especial se elevaron a un total de 833 centros, lo que supone un aumento de 25 centros desde 1997. De la cifra indicada, un 61 por 100 eran públicos, con un aumento de 6 por 100 (28 centros), y el resto eran privados, con una disminución de 3 centros. De los centros globalmente considerados, el 58 por 100 eran centros específicos de educación especial (40 por 100 públicos) y el resto eran centros ordinarios con unidades sustitutorias de educación especial, mayoritariamente públicas (91 por 100), sin que haya variado apenas ni la distribución de los centros por tipología ni por titularidad en el periodo considerado.

En los centros anteriores fueron escolarizados un total de 27.334 alumnos, lo que supuso una disminución del alumnado de 4 por 100 respecto al año 1997 (1.103 alumnos menos). Estos alumnos se repartieron, al igual que en años anteriores, a partes iguales entre los centros de titularidad pública y privada. La mayoría se concentra en centros específicos (90 por 100) distribuyéndose de una forma equitativa a lo largo de este periodo tanto en los centros de titularidad pública como privada. El minoritario alumnado asistente (10 por 100) a las unidades sustitutorias de educación especial en centros ordinarios, se encuentra matriculado fundamentalmente en centros públicos.

El alumnado integrado, como hemos visto al principio de este capítulo, ha aumentado considerablemente en el periodo considerado (22 por 100), y aunque continúa distribuyéndose fundamentalmente en centros de titularidad pública (84 por 100) se aprecia un ligero descenso (2 puntos porcentuales).

El alumnado no integrado fue escolarizado en un total de 4.403 unidades, lo que supuso un incremento global de 5,5 por 100 (230 unidades más). De dicha cantidad, durante todo el periodo aproximadamente el 54 por 100 de las unidades han sido organizadas en centros públicos y el resto en privados, destacando en el último curso un 6 por 100 que han sido organizadas en centros privados no concertados.

El número de profesores que han prestado servicios docentes en el ámbito de la educación especial en centros específicos o en unidades de Educación Especial en centros ordinarios se elevó en el curso 200-2001 a 5.784, con un incremento de 594 profesores (11,2 por 100) en relación al curso 1997. El profesorado que presta sus servicios actualmente se reparte equitativamente en centros de titularidad pública privada, gracias al mayor aumento de aquellos que prestan sus servicios en centros privados.

Por otro lado, el mayor aumento del profesorado que presta sus servicios en centros específicos o en unidades de Educación Especial respecto al número de centros tanto públicos como privados ha provocado que la media de alumnos por centro para ambas titularidades haya disminuido, aunque bastante más en el caso de los centros privados. Pero aunque la media de alumnos por unidad ha disminuido en el periodo considerado, hay que señalar que ésta todavía es bastante alta en los centros privados. Dicha situación señalada por el Consejo Escolar de Estado debe ser, según este organismo, un incentivo para todas las Administraciones educativas en el sentido de dotar a dichos centros de las ayudas necesarias para ofrecer una educación de calidad.

Otros dispositivos singulares puestos en marcha para la atención de este alumnado son los convenios suscritos por el Ministerio de Educación y Cultura con la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) y con la Confederación Nacional de Sordos de España (CNSE), en los que se establecen las condiciones de colaboración que permitan implementar la atención a los alumnos con necesidades educativas especiales. Así, en relación con los profesionales, la ONCE aporta: Técnicos en Rehabilitación, Psicólogos, Asistentes Sociales y Profesores, y el MEC, Maestros especialistas en Pedagogía Terapéutica, Educación Especial o en Audición y Lenguaje y Psicopedagogos. Por otro lado, mediante el convenio de colaboración suscrito por el Ministerio de Educación y Cultura y la Confederación Nacional de Sordos de España, cada año se renueva la experiencia de incorporación de intérpretes de Lengua de Signos y asesores sordos en centros en los que se imparten las enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato o Formación Profesional.

Finalmente, según los datos del IMSERSO³⁹, casi el 1 por 100 del gasto total en protección económica de las personas con discapacidad incide en la Formación Profesional y la integración laboral de los jóvenes discapacitados, a través de los cursos del FSE, las ayudas públicas a minusválidos del IMSERSO y del MECD, y las ayudas para la integración laboral de las personas con discapacidad del INEM.

³⁹ MTAS, IMSERSO, Secretaría General de Asuntos Sociales, *La protección económica de las personas con discapacidad*, datos significativos en 2000, Madrid, 2001.

CUADRO 2.18
**ALUMNADO MATRICULADO EN EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRADO,
CENTROS, UNIDADES Y PROFESORADO DE EDUCACIÓN ESPECIAL.
ESPAÑA. CURSOS 1997-1998 A 2000-2001**

Conceptos	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Alumnado de E.E. matriculado				
<i>Todos los centros</i>	28.437	27.711	27.337	27.334
Centros públicos	13.886	13.821	13.367	13.422
Centros privados	14.551	13.890	13.970	13.912
<i>Centros específicos</i>	25.607	25.028	24.781	24.954
Centros públicos	11.761	11.427	11.392	11.368
Centros privados	13.846	13.601	13.389	13.586
<i>Unidades de E. E. en centros ordinarios</i>	2.830	2.683	2.556	2.380
Centros públicos	2.125	2.394	1.975	2.054
Centros privados	705	289	581	326
Alumnado integrado	94.362	102.085	109.775	114.844
Centros públicos	81.588	89.069	94.459	95.998
Centros privados	12.774	13.016	15.916	18.846
Unidades de E. E.				
<i>Todos los centros</i>	4.173	4.245	4.295	4.403
Centros públicos	2.212	2.278	2.273	2.368
Centros privados	1.961	1.967	2.022	1.914
Centros privados no concertados				121
Centros que imparten E. E.	808	816	801	833
Centros públicos	484	496	475	512
Centros privados	324	320	326	321
Centros privados no concertados	18	16	18	
<i>Centros específicos</i>	482	490	488	482
Centros públicos	199	196	195	193
Centros privados	290	294	293	289
Centros privados no concertados	18	14	16	
<i>Centros ordinarios con unidades de E. E.</i>	319	326	313	351
Centros públicos	285	300	280	319
Centros privados	34	26	33	32
Centros privados no concertados	0	2	2	
Profesorado en centros específicos de E. E.	5.190	5.390	5.451	5.784
Centros públicos	2.746	2.708	2.820	2.964
Centros privados	2.444	2.672	2.631	2.820
Media de alumnos por unidad				
<i>Todos los centros</i>	6,8	6,5	6,4	6,2
Centros públicos	6,3	6,1	5,9	5,7
Centros privados	7,4	7,1	6,9	7,3
Media de alumnos en E. E. por profesor				
<i>Todos los centros</i>	5,5	5,1	5,0	4,7
Centros públicos	5,1	5,1	4,7	4,5
Centros privados	6,0	5,2	5,3	4,9

Fuente: Elaboración propia a partir de las *Estadísticas de la Educación en España*, 2000-2001. Resultados detallados, MECD.

2.3. POLÍTICAS DE EMPLEO: CONTRATACIÓN Y EMPLEO DE LOS TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales proclaman el derecho de todas las personas a la igualdad ante la ley y a la protección contra la discriminación⁴⁰, reconociendo expresamente los derechos de los discapacitados y la necesidad de garantizar su autonomía, su integración social y profesional, y su participación en la vida de la comunidad.

Por ello, la celebración en 2003 del Año Europeo de las Personas con Discapacidad⁴¹ supone toda una oportunidad para incorporar los derechos de estas personas entre las prioridades de la Unión Europea y sus Estados miembros. En esta línea, la Declaración de Madrid sobre «no discriminación más acción positiva es igual a integración social»⁴², ya había señalado la conveniencia de establecer un marco conceptual de acción en la Unión Europea y a escalas inferiores (nacional, regional y local), a través de la combinación de políticas no discriminatorias y medidas de acción positiva, dirigidas a garantizar su independencia, integración y participación en la vida social. Entre estas medidas se apunta el empleo, preferentemente en el mercado laboral ordinario, como pieza clave para la inserción social de los discapacitados.

Pero la integración laboral de las personas con discapacidad no sólo es favorable para los propios discapacitados. En efecto, mucho más allá del ámbito personal, la promoción de la participación de estas personas en la sociedad presenta múltiples efectos beneficiosos desde el punto de vista social y económico.

Sin embargo, la combinación de diferentes factores, como niveles formativos inferiores, medios inaccesibles de transporte, o barreras arquitectónicas y actitudinales han provocado que las personas con discapacidad encuentren numerosas trabas para acceder al empleo.

⁴⁰ La Directiva 2000/78/CE, sobre igualdad de trato en el empleo y la ocupación, incluye la discapacidad entre los motivos de discriminación en el acceso y mantenimiento en el trabajo.

⁴¹ COM (2001) 271, de 29 de mayo de 2001, «Año europeo de las personas con discapacidad 2003»; Dictamen del Parlamento Europeo de 15 de noviembre de 2001; adopción formal por el Consejo de 3 de diciembre de 2001; Dictamen del CES europeo de 17 de julio de 2002.

⁴² Congreso Europeo sobre discapacidad, celebrado en Madrid en marzo de 2002.

2.3.1. Panorama europeo

Las estadísticas europeas muestran que las personas con discapacidad, especialmente aquellas que presentan una discapacidad severa, sufren niveles inaceptablemente bajos de empleo. Así, se estima que tan sólo un 24 por 100 de las personas con discapacidad severa y un 46 por 100 de aquellas que tienen una discapacidad moderada en la Unión Europea se encuentran trabajando, frente a un 62 por 100 de personas sin discapacidad que trabajan (cuadro 2.19).

Por otra parte, es destacable el porcentaje de personas con discapacidad que se encuentran inactivas en la Unión Europea, que asciende a un 68 por 100, en el caso de las discapacidades severas, y a un 46 por 100, en las discapacidades moderadas (cuadro 2.20).

Desde el punto de vista profesional, la distribución de la población según la estructura de las ocupaciones (cuadro 2.21) permite observar que en las categorías directivas, técnicas o profesionales —grupo primero y segundo—, el porcentaje de personas no discapacitadas es superior o muy superior al de personas que presentan alguna discapacidad moderada o severa. Por el contrario, el porcentaje de discapacitados, en esta estructura de ocupaciones, es mayor que el de las personas no discapacitadas en los puestos en la industria, construcción —grupo quinto y sexto—. Con todo, las cautelas ya manifestadas en el primer capítulo de este Informe, sobre la diferente consideración nacional de la discapacidad en la Unión Europea, hace que estos porcentajes deban matizarse, en atención a los diferentes umbrales de discapacidad.

Frente a esos niveles, desde la Unión Europea se reclama una efectiva integración de las personas desfavorecidas, entre las que encuentran los que sufren discapacidad, en el mercado laboral⁴³, en la medida que ello contribuirá a mejorar la inclusión social, a elevar las tasas de empleo y a mejorar la sostenibilidad de los sistemas de protección social. En este sentido, el acceso al mercado de trabajo de las personas con discapacidad⁴⁴ se configura como uno de los objetivos prioritarios de las políticas de empleo, recomendándose a los Estados miembros: incrementar la empleabilidad de estas personas, aumentar sus oportunidades de trabajo e impedir cualquier forma de discriminación. Para ello, en primer término, se exige una reducción significativa de sus tasas de desempleo e inactividad, adoptándose las medidas oportunas para explotar mejor su potencial laboral.

⁴³ Decisión del Consejo relativa a las Directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros —COM (2003), 177 final.

⁴⁴ Se estima que este colectivo asciende a unos 37 millones de personas en la Unión Europea.

CUADRO 2.19

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE TRABAJA CON DISCAPACIDAD SEVERA,
MODERADA Y NO DISCAPACITADA, 1996**
(Por país y sexo, 16-64 años de edad)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	UK	EU-14
Ambos sexos															
D. S.	18,3	17,1	26,4	16,7	13,1	36,8	13,7	15,3	28,7	26,1	28,4	30,7	21,6	17,4	24,3
D. M.	36,9	52,0	53,8	36,3	28,7	50,5	27,1	29,6	40,2	44,0	48,6	52,9	49,8	46,6	46,2
N. D.	56,3	76,3	69,3	57,8	49,5	64,0	57,2	49,0	62,4	62,4	69,6	69,2	61,1	71,6	61,9
Hombres															
D. S.	20,4	15,0	30,3	15,9	16,6	45,4	15,2	18,8	35,6	36,0	31,9	34,7	23,0	16,6	27,9
D. M.	54,2	62,3	67,3	54,2	40,2	59,0	38,7	40,5	49,5	57,1	54,5	64,1	50,8	57,7	57,6
N. D.	69,2	81,7	81,4	77,6	66,6	73,2	72,2	65,4	78,6	78,8	81,5	80,0	65,5	84,3	75,1
Mujeres															
D. S.	15,9	19,2	21,5	17,5	9,0	28,5	11,8	12,2	20,8	19,5	25,3	27,7	19,9	18,2	20,5
D. M.	22,6	45,0	41,4	23,8	18,9	43,1	16,6	19,4	29,5	33,8	41,7	44,3	49,1	39,1	36,7
N. D.	44,5	70,5	57,7	39,2	32,7	55,1	42,4	33,0	46,4	45,5	58,1	59,0	56,6	60,7	49,3

Nota: D. S. (Discapacidad Severa); D. M. (Discapacidad Moderada); N. D. (No Discapacitados).

Fuente: Encuesta sobre Discapacidad y Participación Social en Europa (Eurostat, 2001).

CUADRO 2.20

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
SEVERA, MODERADA O NO DISCAPACITADA,
SEGÚN SU ESTADO DE ACTIVIDAD**

(Porcentajes por grupos de edad de 16-64 y 25-59 años, UE-14, 1996)

	16-64			25-59		
	D. S.	D. M.	N. D.	D. S.	D. M.	N. D.
Ocupados	24	46	62	29	56	72
Desempleados	8	8	8	10	9	7
Inactivos	68	46	30	61	35	22
Total	100	100	100	100	100	100

Nota: D. S. (Discapacidad Severa); D. M. (Discapacidad Moderada); N. D. (No Discapacitados).

Fuente: Encuesta sobre Discapacidad y Participación Social en Europa (Eurostat, 2001).

CUADRO 2.21

**DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEVERA, MODERADA
O NO DISCAPACITADA, SEGÚN ESTRUCTURA DE OCUPACIONES**

(Porcentaje de personas con edad entre 16 y 64 años de edad, UE-14, 1996)

	D. S.	D. M.	N. D.
Directivos, técnicos y profesionales científicos e intelectuales	13,5	20,2	21,5
Técnicos y profesionales de apoyo	13,5	15,0	15,4
Administrativos, trabajadores de servicios de restauración, personales y vendedores de comercio	22,8	22,7	26,4
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	5,7	4,0	2,9
Trabajadores cualificados en industria y construcción	21,8	17,7	15,6
Operadores de instalaciones o maquinaria, montadores y trabajadores no cualificados	21,6	18,3	15,6
Fuerzas armadas y otros	1,1	2,1	2,6
Total	100,0	100,0	100,0

Nota: D. S. (Discapacidad Severa); D. M. (Discapacidad Moderada); N. D. (No Discapacitados).

Fuente: Encuesta sobre Discapacidad y Participación Social en Europa (Eurostat, 2001).

Así, la Estrategia Europea de Empleo ha venido a poner un mayor énfasis en el pleno empleo, la calidad y productividad en el trabajo y la consecución de un mercado inclusivo que permita reducir las disparidades existentes en el terreno laboral y fomentar la integración de los discapacitados en el mercado de trabajo, por ser éste un colectivo particularmente afectado por la discriminación laboral y las dificultades de acceso al empleo. Además, recientemente

el Consejo Europeo ha adoptado una Resolución dirigida a fomentar el empleo y la inclusión social de las personas discapacitadas⁴⁵. En ella se invita a los Estados miembros a:

- Fomentar la plena integración y la participación de las personas con discapacidad en la sociedad, reconociéndoles los mismos derechos que a otros ciudadanos.
- Eliminar los obstáculos para la integración y participación de estas personas en el mercado laboral, adoptando medidas de igualdad de trato y mejorando el acceso a todos los niveles del sistema educativo y de formación.
- Asegurar la transposición y aplicación de la Directiva relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación antes de que finalicen los plazos acordados.
- Alentar a los interlocutores sociales a fomentar la integración de las personas con discapacidad, en especial en el mercado de trabajo ordinario, mediante sus acciones y sus acuerdos colectivos en todos los niveles pertinentes del diálogo social.

Debe tenerse en cuenta, finalmente, que la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de diciembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, pendiente de trasposición al ordenamiento español, ha venido a establecer la obligación de los Estados miembros de prohibir la discriminación en el empleo por motivo de discapacidad, a la vez que les encomienda la promoción de medidas positivas de igualdad de oportunidades y la adopción de ajustes razonables que remuevan las barreras u obstáculos en el acceso al empleo y en las condiciones de trabajo.

2.3.2. Atención política y legislativa a la discapacidad

Políticas de Empleo y de Inclusión Social

En los últimos años han confluído diversas iniciativas dirigidas a fomentar la integración laboral y social de aquellos grupos considerados menos favorecidos. Entre ellas, la Estrategia Europea para el Empleo y la Estrategia Europea para la Inclusión Social, materializadas, a nivel nacional, en los Planes Nacionales de Acción para el Empleo⁴⁶ y en los Planes de Acción para la Inclusión Social.

⁴⁵ Resolución del Consejo de 15 de julio de 2003, sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de las personas con discapacidad (DO, C 175/1, de 24 de julio de 2003).

⁴⁶ Esta política fue objeto del Informe 1/2001 del CES, sobre la Estrategia Europea de Empleo. Con este Informe el Consejo vino a apoyar las políticas activas de empleo, en general, y, en particular,

Una visión integral de la atención política de las necesidades de las personas con discapacidad exige contemplar conjuntamente las medidas previstas en el Plan de Empleo y en el Plan de Inclusión Social.

La estrategia de inclusión laboral y social, así como el método abierto de coordinación, planteados en estos Planes, comprenden dos aspectos positivos: por un lado, la implantación de un modelo de actuación progresiva, que permite la evaluación, diseño y aplicación de las diferentes y sucesivas medidas, y, por otro, la implicación o participación activa de los agentes sociales, orientando y valorando la dirección de dichas medidas, sobre todo de aquellas en las que, posteriormente, el papel de los interlocutores sociales es más relevante.

Respecto al *Plan Nacional de Acción para el Empleo 2003 (PNAE 2003)*, sexto desde la puesta en marcha de las políticas activas definidas en la Estrategia Europea de Empleo, además de observarse una disminución en el número de directrices, destaca el enfoque plurianual (2003-2006) de los principales elementos de las políticas de empleo. Concretamente, para las personas con discapacidad adquieren especial interés las Directrices 1.^a, 2.^a y 7.^a, que regulan diversas acciones relacionadas con la prevención del desempleo, el «espíritu de empresa» y la integración laboral de colectivos desfavorecidos.

Por su parte, el *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2003-2005* supone para España la segunda puesta en práctica de los compromisos adquiridos por los Estados miembros en la Agenda Social Europea, consistentes en: fomento de la participación en el empleo y del acceso a los recursos, derechos, bienes y servicios por parte de todos; prevención de la exclusión; actuación en favor de los más vulnerables, y movilización de todos los agentes.

Este II Plan de Inclusión Social español desarrolla distintos objetivos dirigidos a las personas en situación o riesgo de exclusión social, entre las que se encuentran las personas con discapacidad. De este modo, se proponen distintas acciones destinadas a impulsar una política de empleo global e integradora, con medidas activas y preventivas del desempleo y la inactividad laboral (objetivo 1.1), así como la mejora de la situación de las personas con discapacidad (objetivo 3.2).

En último término, debe mencionarse el *II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007*. En él se establecen, distintas líneas y medidas relacionadas con las políticas activas de inserción laboral de las personas con dis-

a solicitar que los distintos planes de empleo, tanto el nacional como los autonómicos, prestaran una mayor atención a los colectivos que presentaban mayores dificultades de inserción en el mercado de trabajo.

capacidad (Área 2), que, situadas en el marco del PNAE 2003, pretenden concretar o complementar las Directrices de las políticas de empleo a través de cuatro estrategias:

- Medidas contra la discriminación: se establecen medidas contra la discriminación en el trabajo, destinadas a garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo y en la promoción a través del trabajo.
- Mejora de la empleabilidad: se pretende establecer una serie de cambios en los sistemas y programas de formación profesional, y una mayor adaptabilidad de las condiciones de trabajo y de protección social.
- Más y mejores empleos: especialmente los relacionados con la sociedad de la información, el sector público y los servicios de proximidad. Para ello, se apunta una mayor implicación de los agentes sociales, el desarrollo de nuevas fórmulas de empleo y la mejor utilización de los recursos de fomento de empleo.
- Medidas activas y preventivas: dirigidas a colectivos de personas discapacitadas con mayor riesgo de exclusión (mujeres, discapacitados intelectuales con trastornos mentales con parálisis cerebral y graves discapacidades físicas y/o sensoriales).

Sin entrar en un análisis pormenorizado de las diferentes medidas que integran dichas estrategias, debe llamarse la atención sobre el hecho de que, pese a afirmar la necesidad de una mayor implicación de los agentes sociales para la consecución de más y mejores empleos, en su elaboración no se ha contado con la participación de los interlocutores sociales, sino que, antes al contrario, los grupos de trabajo constituidos por cada área se integraron tan sólo por técnicos de la Administración, de las Universidades y de las ONG de personas con discapacidad. Asimismo, el borrador de propuestas se elevó posteriormente a distintos órganos consultivos, pero no al Consejo Económico y Social.

Esta circunstancia es especialmente relevante, máxime cuando entre los problemas relacionados con el proceso de inserción laboral de las personas con discapacidad se señala la ausencia de coordinación entre los distintos interlocutores, públicos y privados, relacionados con esa inserción: Estado, Comunidades Autónomas, empresarios, sindicatos y asociaciones de discapacidad. Lo que, en definitiva, como el propio Plan apunta, «genera vacíos o solapamientos de responsabilidades, haciendo imposible la generación de sinergias y efectos complementarios».

Marco normativo

Desde el punto de vista normativo, la primera referencia debe situarse en la Constitución Española: su artículo 35 establece que todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo. La realización de este derecho-deber presenta, además, innumerables beneficios económicos, sociales y personales en el caso de las personas discapacitadas.

La plasmación de este principio rector de la política social y económica ha tenido lugar en distintas normas laborales, de Seguridad Social y de otras índoles. Por lo que se refiere a la legislación laboral, además del Texto Refundido del Estatuto de los Trabajadores (RDL 1/1995), la principal referencia es la Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982), sin olvidar las importantes previsiones que para este colectivo se contienen en otras normas, cuyo alcance y contenido será tratado con más detenimiento al analizar los diferentes dispositivos para la contratación y empleo de los trabajadores con discapacidad, como el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RDL 1/1994), la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), el Texto Refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (RDL 5/2000). Más específicamente dirigidos a las personas con discapacidad, deben citarse el Real Decreto por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los minusválidos que trabajen en los centros especiales de empleo (RD 1368/1985) y el Real Decreto por el que se regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de los trabajadores minusválidos (RD 1451/1983)⁴⁷.

Este marco se completaría con los programas anuales de fomento de la contratación indefinida o temporal de los trabajadores discapacitados, y con las distintas ayudas públicas a los discapacitados, cuya convocatoria anual suele dirigirse a aspectos como la eliminación de barreras arquitectónicas, asistencia domiciliaria, rehabilitación, o la adquisición o adaptación de vehículos de motor.

A este respecto conviene destacar, asimismo, el interesante papel de las Comunidades Autónomas en el diseño, gestión y desarrollo de las políticas de empleo, al tener éstas, excepto Ceuta y Melilla, transferidas, en su mayor parte, las competencias de ejecución de la legislación laboral, especialmente en materia de gestión del INEM y de programas de apoyo al empleo.

⁴⁷ En el marco del Acuerdo suscrito entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Comité Español de Representantes de Minusválidos, por el que se establecía un plan de medidas urgentes para la promoción de empleo de las personas con discapacidad, ambos Reales Decretos fueron modificados, respectivamente, por el RD 427/1999, de 12 de marzo, y por el RD 4/1999, de 8 de enero.

En otro orden de ideas, los agentes sociales no han sido ajenos a la problemática de las personas con discapacidad. En este sentido, la Declaración Europea sobre el empleo de las personas con discapacidad, suscrita por los interlocutores sociales europeos (CES, CEEP y UNICE) en mayo de 1999⁴⁸, apuesta por un planteamiento basado en la igualdad de oportunidades como vía adecuada para mejorar las posibilidades de empleo de las personas con discapacidad en un mercado laboral abierto, afirmándose, además, que toda discriminación por este motivo es inaceptable desde el punto de vista social y negativa desde el punto de vista económico. De igual modo, estimaron que el fomento activo de la contratación de las personas discapacitadas puede implicar un desarrollo de recursos no aprovechados y un incremento del potencial innovador de las empresas.

En España, los agentes sociales también han venido mostrando su preocupación por la integración laboral de los discapacitados. En este sentido, la necesidad de potenciar medidas dirigidas a mejorar el entorno social y físico de los discapacitados ya fue puesta de manifiesto en el Informe del CES 5/1995, sobre «La situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación». En él se formularon, además, diversas consideraciones sobre información estadística, educación y formación profesional, empleo ordinario y colocación a través de los centros especiales de empleo.

Posteriormente, en 1997 las organizaciones sindicales y empresariales más representativas a nivel estatal (CCOO, UGT, CEOE y CEPYME) negociaron, al amparo del artículo 83 del Estatuto de los Trabajadores, el Acuerdo Interconfederal para la Estabilidad del Empleo. Este Acuerdo representó un pacto general de empleo⁴⁹ en el que, entre otros aspectos, se fomentaba la contratación indefinida de los trabajadores con discapacidad y se preveía la no aplicación de límite de edad para la suscripción de contratos de formación con estos trabajadores, a la vez que se proponía la potenciación de políticas activas de empleo⁵⁰.

Por otra parte, los Acuerdos Interconfederales para la Negociación Colectiva de 2002 y 2003 también han reseñado las mayores dificultades en el acceso al empleo de determinados colectivos, bien por condicionantes socioculturales, bien

⁴⁸ Fruto de esta iniciativa fue la publicación de un «Compendio sobre buenas prácticas en el empleo de personas con discapacidad» (Luxemburgo, 1999).

⁴⁹ En él, entre otras medidas, se fomentaba la contratación indefinida y se delimitaban los supuestos de contratación laboral temporal. Al abordar aspectos regulados en disposiciones legales carecía de eficacia normativa y aplicación directa, lo que motivó la posterior aprobación de la Ley 63/1997, de 26 de diciembre, de Medidas urgentes para la mejora del mercado de trabajo y el fomento de la contratación indefinida, así como de la Ley 64/1997, de 26 de diciembre, por la que se regulan incentivos en materia de Seguridad Social y de carácter fiscal para el fomento de la contratación indefinida y la estabilidad en el empleo.

⁵⁰ Véase en la Memoria del CES 2000, sobre la situación socioeconómica y laboral de España, un balance sobre la evolución del empleo y la contratación estable en el marco de este Acuerdo.

por condicionantes del mercado de trabajo. Respecto a estos últimos, el ANC 2003 ha hecho un llamamiento a que la negociación colectiva contribuya a corregir los posibles fenómenos de desigualdad, proponiendo la incorporación de cláusulas generales de igualdad de trato en los convenios colectivos que, entre otros objetivos, favorezcan la incorporación al empleo de los trabajadores con discapacidad.

Asimismo, el ANC 2003 comparte los objetivos de la mencionada Declaración Europea sobre el empleo de las personas con discapacidad, declarando, a este respecto, el deseo de los agentes sociales de contribuir a la promoción de la integración laboral del colectivo de personas con discapacidad a través de las posibilidades que otorga la negociación colectiva.

Concretamente, las partes firmantes de este Acuerdo se comprometieron a:

- Analizar los factores externos al lugar de trabajo (entorno físico y cultural) que influyen en las oportunidades de los discapacitados de obtener un empleo, así como al estudio de medidas que contribuyan a eliminar los obstáculos identificados.
- Instar al Gobierno a que impulse el diálogo social en esta materia con las organizaciones empresariales y sindicales.
- Recopilar y difundir las buenas prácticas existentes.
- Analizar y formular propuestas sobre el papel que puede jugar la negociación colectiva, para modular el cómputo de la cuota de reserva, en función de las características específicas de los sectores y los requerimientos concretos de determinadas ocupaciones o tareas.

Finalmente, cabe mencionar la reciente Declaración conjunta de CEOE, CEPYME, CCOO y UGT en el día internacional de las personas con discapacidad, en la que se hace un llamamiento a las organizaciones empresariales y sindicales, y a la negociación colectiva, para que, en sus ámbitos de actuación correspondientes, favorezcan la integración laboral de las personas con discapacidad.

2.3.3. **Dispositivos para la contratación y empleo de los trabajadores con discapacidad**

La Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley 13/1982 —LISMI—) determina como finalidad de la política de empleo de los trabajadores con discapacidad su integración en el sistema ordinario de trabajo o, de no ser esto posible, su incorporación bien a un centro especial de empleo, bien a un centro ocupacional.

Según el grado de protección social que les ampara, cabe distinguir dos grandes modalidades de acceso al empleo de las personas con discapacidad: el empleo ordinario, por un lado, y, por otro, el empleo protegido.

El empleo ordinario: las cuotas de reserva o medidas alternativas y el fomento del empleo de las personas con discapacidad

Cuotas de reserva de puestos de trabajo

Entre las medidas de acción positiva, dirigidas a potenciar el acceso al empleo ordinario de las personas con discapacidad, la *cuota de reserva de puestos de trabajo* es la que presenta un mayor acogimiento y desarrollo en otros países. Así, si sus orígenes se sitúan en el contexto europeo y en la aceptación de la obligación social de proporcionar empleo a las personas con discapacidad, posteriormente esta medida se extendió a otros contextos políticos. A su vez, algunos países prevén otras medidas alternativas y compensatorias del empleo directo, tales como la contratación externa con talleres protegidos o los acuerdos con empresas para la promoción de la integración laboral de las personas con discapacidad⁵¹.

En España, esta medida se recoge en el artículo 38 de la LISMI, que obliga a las empresas públicas o privadas, que empleen un número de 50 o más trabajadores, a contar, al menos, con un 2 por 100 de trabajadores con discapacidad en su plantilla.

No obstante, en el ámbito de la Administración General del Estado, la Ley 53/2003, de 10 de diciembre, sobre empleo público de discapacitados, tras reconocer el «lamentable incumplimiento» de la Ley de la Función Pública⁵² en esta materia, ha venido a establecer el siguiente mandato: «En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al 5 por 100 de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad cuyo grado de minusvalía sea igual o superior al 33 por 100, de modo que, progresivamente, se alcance el 2 por 100 de los efectivos totales de la Administración del Estado, siempre que superen las pruebas selectivas y que, en su momento, acrediten el indicado grado de minusvalía y la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones correspondientes, según se determine reglamentariamente».

⁵¹ Oficina Internacional del Trabajo, *Nuevas experiencias internacionales en materia de empleo de personas con discapacidad*, Escuela Libre Editorial-Fundación ONCE, 2000.

⁵² Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, modificada por la Ley 23/1988, de 28 de julio.

En esta misma línea, diversas Comunidades Autónomas, como Castilla-La Mancha, Cataluña y Navarra, han situado, igualmente, el porcentaje de reserva de empleo público en un 5 por 100 de las vacantes.

Si originariamente la LISMI preveía esta obligación con carácter absoluto, fruto de la modificación operada por la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social⁵³, en la actualidad es posible la exoneración total o parcial de la reserva de puestos de trabajo, en las empresas públicas y privadas, cuando se aplique alguna de las medidas alternativas legalmente previstas, y siempre que esta circunstancia esté fundada bien en acuerdos recogidos en la negociación colectiva sectorial de ámbito estatal o, en su defecto, de ámbito inferior, o bien, en ausencia de estos, en una opción voluntaria del empresario debidamente comunicada a la autoridad laboral.

En todo caso, se exige la concurrencia de alguno de los siguientes supuestos:

1. Imposibilidad de los servicios públicos de empleo, o de las agencias de colocación, tras efectuar las oportunas gestiones de intermediación, de atender la oferta de empleo.
2. Existencia de cuestiones de carácter productivo, organizativo, técnico o económico que motiven una especial dificultad para incorporar trabajadores con discapacidad a la plantilla de la empresa.

Las *medidas alternativas* que las empresas pueden aplicar son⁵⁴:

1. Realización de un contrato mercantil o civil con un centro especial de empleo o con un trabajador autónomo con discapacidad para el suministro de materias primas, maquinaria, bienes de equipo o de cualquier otro tipo de bienes necesarios para la actividad de la empresa, o bien para la prestación de servicios ajenos y accesorios a la actividad normal de la empresa. El importe de dichos contratos ha de ser, al menos, 3 veces el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) anual por cada trabajador minusválido dejado de contratar por debajo de la cuota del 2 por 100.

⁵³ Esta Ley fue objeto del Dictamen del CES 7/1998, de 30 de septiembre. Respecto a la modificación de la LISMI, el CES consideró necesario contar con los agentes sociales para el desarrollo de las medidas alternativas, así como que se estableciera una regulación flexible y que, en ningún caso, supusieran un mayor coste o la afección sustancial de la actividad económica de la empresa. Por otra parte, el CES también estimó que la aplicación de estas medidas en la Administración Pública venía a suponer una renuncia del Gobierno a la integración laboral de los discapacitados, por lo que recomendó su previsión exclusivamente para las empresas privadas.

⁵⁴ RD 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.

2. Realización de donaciones y acciones de patrocinio, siempre de carácter monetario (de, al menos, 1,5 veces el SMI anual por cada trabajador discapacitado dejado de contratar por debajo de la cuota de reserva), para el desarrollo de actividades de inserción laboral y creación de empleo de personas con discapacidad, cuando la entidad beneficiaria sea una fundación o una asociación de utilidad pública.

Fomento del empleo de las personas con discapacidad⁵⁵

La LISMI recoge distintas medidas o ayudas destinadas a fomentar la contratación de trabajadores discapacitados en empresas ordinarias. En este sentido, establece que dichas ayudas podrán consistir en: subvenciones o préstamos para la adaptación de puestos de trabajo, eliminación de barreras arquitectónicas que dificulten su acceso y movilidad en las empresas, establecimiento como trabajadores autónomos, pago de cuotas de la Seguridad Social y cuantas otras se consideren adecuadas para promover la colocación de los discapacitados. A estos efectos, el grado mínimo de minusvalía necesario para generar el derecho a los beneficios establecidos para el fomento del empleo a favor de los trabajadores discapacitados, así como para su contratación en prácticas o para la formación, con las peculiaridades previstas para este colectivo, deberá ser igual o superior al 33 por 100, con una disminución de su capacidad de trabajo al menos igual o superior a dicho porcentaje⁵⁶.

Tales ayudas se han traducido en la previsión de distintas medidas referidas tanto a la contratación indefinida como a la contratación temporal de trabajadores con discapacidad, o bien al trabajo autónomo o generado por el propio trabajador con discapacidad.

En cuanto a las medidas de fomento de la *contratación indefinida*⁵⁷, así como para su incorporación a una cooperativa de trabajo asociado, cabe destacar las siguientes ayudas:

⁵⁵ En este apartado se recogen la medidas de fomento del empleo de los discapacitados vigentes en el momento de elaboración de este Informe.

⁵⁶ Disposición adicional sexta de la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE del 31). El concepto capacidad de trabajo tiene su fundamento en la Ley General de la Seguridad Social, no estando recogido, en modo alguno, en el RD 1971/1999, por el que se regula el procedimiento de calificación de las minusvalías.

⁵⁷ RD 1451/1983, de 11 de mayo (BOE de 4 de junio), que regula el empleo selectivo y las medidas de fomento del empleo de trabajadores minusválidos.

1. Subvención de 3.906,58 euros (650.000 ptas.) por cada contrato indefinido y a jornada completa, o la cuantía proporcional que corresponda en el supuesto de jornada a tiempo parcial.
2. Bonificación en las cuotas empresariales a la Seguridad Social del 70 o el 90 por 100, según se trate, respectivamente, de trabajadores con discapacidad menores o mayores de 45 años. A este respecto, debe resaltarse la reforma operada por la Ley 45/2002, de 12 diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad⁵⁸, en cuya virtud las contrataciones de trabajadores con discapacidad referidas a relaciones laborales de carácter especial o a familiares del empresario también podrán ser beneficiarias de esta bonificación.

En materia de *contratación temporal*, las medidas articuladas para impulsar el empleo de estos trabajadores son:

1. *Fomento del empleo temporal de los trabajadores discapacitados*⁵⁹: se incentiva la contratación de estos trabajadores a jornada completa y por una duración entre uno y tres años. Durante este periodo las cuotas empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes estarán bonificadas con un 75 por 100, que se elevará a un 100 por 100 en el supuesto de tratarse del primer trabajador de la empresa. En el supuesto de que se contrate a trabajadoras con discapacidad, la bonificación será de un 80 o un 90 por 100, según se trate, respectivamente, de trabajadoras menores o mayores de 45 años⁶⁰. En todo caso, por la transformación de estos contratos en indefinidos se prevé una subvención de 3.906,58 euros (650.000 ptas.) y una bonificación, durante toda la vigencia del contrato, de las cuotas empresariales a la Seguridad Social en un 70 por 100, si el trabajador es menor de 45 años, y del 90 por 100, si es mayor de esa edad.
2. *Contratación en prácticas*⁶¹: el periodo para la concertación de este tipo de contrato, computado desde la obtención de la correspondiente titulación, se amplía de 4 a 6 años en el caso de tratarse de un trabajador

⁵⁸ La disposición adicional 5.4, de la Ley 45/2002, modifica la disposición adicional quinta de la Ley 24/2001, relativa al fomento del empleo de discapacitados. En su virtud, se reduce el régimen de exclusiones a dos supuestos concretos: contrataciones que afecten a trabajadores que en los 24 meses anteriores hubiesen prestado servicios en la empresa, mediante un contrato indefinido, y trabajadores que hubieran finalizado una relación laboral indefinida en los tres meses anteriores a la contratación. En consecuencia, el sistema de ayudas a la contratación se ampliaría para aquellos supuestos.

⁵⁹ Disposición adicional 4.3, de la Ley 24/2001.

⁶⁰ Disposición final cuarta de la Ley 36/2003, de 11 de noviembre, de medidas de reforma económica.

⁶¹ Artículo 11.1 del RDL 1/1995, del Estatuto de los Trabajadores, según redacción dada por la Ley 12/2001, de 9 de julio, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad.

con discapacidad. Este contrato disfruta, además, de una reducción de un 50 por 100 de la cuota empresarial por contingencias comunes.

3. *Contrato para la formación*⁶²: el límite máximo de edad previsto para esta modalidad contractual (trabajadores mayores de 16 años y menores de 21 años) no es de aplicación cuando el contrato se concierte con un trabajador con discapacidad desempleado, en cuyo caso, además, la duración máxima de esta relación laboral podrá ser de cuatro años, o hasta seis para trabajadores con discapacidad en los centros especiales de empleo. En el supuesto de tratarse de un trabajador con discapacidad psíquica, la formación teórica⁶³ puede sustituirse, total o parcialmente, previo informe de los correspondientes equipos multiprofesionales de valoración, por la realización de procedimientos de rehabilitación y de ajuste personal o social en un centro psicosocial o de rehabilitación sociolaboral. Estos contratos cuentan, asimismo, con una reducción del 50 por 100 de la cuota empresarial de Seguridad Social.
4. *Contrato de interinidad*: aquellos que se celebren con trabajadores con discapacidad desempleados, para sustituir a trabajadores con discapacidad cuyo contrato laboral se encuentre suspendido por incapacidad temporal, darán derecho a una bonificación del 100 por 100 de las cuotas empresariales de la Seguridad Social, incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y las cuotas empresariales de recaudación conjunta⁶⁴.

De la misma manera que se incentiva la contratación de las personas con discapacidad como trabajadores por cuenta ajena, también existen otra serie de ayudas y subvenciones destinadas a su *autoempleo*, mediante la financiación de proyectos empresariales de personas discapacitadas desempleadas que opten por el trabajo autónomo o por cuenta propia. Entre estas medidas se encuentran las siguientes:

1. *Financiación de proyectos empresariales*⁶⁵: consistente bien en una subvención de hasta tres puntos del tipo de interés fijado en los créditos que solicite el trabajador con discapacidad, con un máximo de 4.507,59 euros (750.000 ptas.); bien en una subvención de 3.906,58 euros (650.000 ptas.) para inversión en capital fijo.

⁶² Artículo 11.2 del RDL 1/1995.

⁶³ Inciso incorporado en el Estatuto de los Trabajadores por la disposición adicional décima de la Ley 45/2002, de 12 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo.

⁶⁴ Disposición adicional novena de la Ley 45/2002, de 12 de diciembre.

⁶⁵ Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 16 de octubre de 1998 (BOE del 21 de noviembre). La gestión de estas subvenciones corresponde a las Comunidades Autónomas.

2. *Proyectos de autoempleo*⁶⁶: los trabajadores discapacitados que se establezcan por cuenta propia, vinculados a un proyecto de autoempleo aprobado por la Administración, se beneficiarán de una bonificación del 50 por 100 de la base mínima de cotización al Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores Autónomos.
3. *Ayudas a la constitución de Cooperativas de Trabajo Asociado o Sociedades Laborales*⁶⁷: la incorporación de trabajadores discapacitados desempleados a este tipo de empresas cuentan con una subvención de 9.015 euros (1,5 millones de pesetas), además de otras subvenciones financieras por inversión en capital fijo o circulante, asistencia técnica y actividades de formación, difusión y fomento.

Asimismo, aquellos trabajadores que opten por el autoempleo podrán solicitar la *capitalización de las prestaciones de desempleo*, en su modalidad de pago único⁶⁸, así como ser beneficiario del *Programa de Microcréditos* del Instituto de Crédito Oficial.

El empleo protegido: los centros especiales de empleo

La LISMI (art. 41) orienta el trabajo de los discapacitados que, a causa de su discapacidad, no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales hacia los Centros Especiales de Empleo (CEE)⁶⁹.

De este modo, estos centros, ya sean de carácter público o privado y carezcan o no de ánimo de lucro, se configuran como un instrumento para la realización de un trabajo productivo y la participación regular en las operaciones de mercado de esos trabajadores⁷⁰, a fin de asegurarles un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social⁷¹, cuyo objetivo fundamental es la integración del mayor número de discapacitados al trabajo ordinario.

⁶⁶ Disposición adicional undécima de la Ley 45/2002, de 12 de diciembre.

⁶⁷ Orden del MTAS de 29 de diciembre de 1998 (BOE de 14 de enero de 1999).

⁶⁸ Programa de fomento de empleo en economía social y empleo autónomo —disposición transitoria cuarta de la Ley 45/2002, modificada por la disposición final tercera de la Ley 36/2003.

⁶⁹ No obstante, cuando su capacidad residual no alcanzara el porcentaje necesario para ser empleados en esos centros accederán, en su caso, a Centros Ocupacionales.

⁷⁰ RD 2273/1985, de 4 de diciembre, que regula los centros especiales de empleo.

⁷¹ Se entiende por «servicios de ajuste personal y social» las actividades de rehabilitación, terapéuticas, de integración social, culturales y deportivas que procuren al trabajador discapacitado una mayor rehabilitación personal y una mejor adaptación en su relación social.

La financiación de sus actividades deriva de distintas fuentes, que abarcan desde las aportaciones de los titulares de los propios centros, los beneficios que se puedan obtener de su actividad, los ingresos derivados de las medidas alternativas o las ayudas que, en función de la rentabilidad social del centro, puedan derivarse de los programas de fomento o apoyo al empleo. Entre estas últimas cabe destacar las siguientes ⁷²:

1. Subvenciones por la creación o mantenimiento de empleo de trabajadores discapacitados desempleados ⁷³.
2. Bonificación de las cuotas empresariales a la Seguridad Social.
3. Ayudas para la adaptación de puestos de trabajo y eliminación de barreras arquitectónicas.

La plantilla de los CEE debe estar constituida por el mayor número de trabajadores con discapacidad que permita la naturaleza del proceso productivo, y, en todo caso, por el 70 por 100 del total de efectivos ⁷⁴. A este respecto, pueden incorporarse como trabajadores con discapacidad física, psíquica y sensorial, una vez determinadas sus posibilidades de integración real y capacidad de trabajo por el correspondiente equipo multiprofesional de valoración.

La relación laboral de los trabajadores discapacitados con los CEE ⁷⁵ se regula en el RD 1368/1985, de 17 de julio, remitiéndose, en lo no previsto, a la normativa laboral común y, salvo pacto de empresa, al convenio colectivo correspondiente. Asimismo, en estos centros es de aplicación, con carácter general, la normativa vigente en materia de salud y seguridad en el trabajo. Respecto al régimen de Seguridad Social, estos trabajadores quedan incluidos en aquel que les corresponda según la actividad que desarrollen.

Entre sus peculiaridades cabe destacar la necesaria intervención de los equipos multiprofesionales en diversos aspectos de la relación laboral, y la obligación de que su organización y métodos de trabajo han de asemejarse, en la medida en que lo permitan las condiciones, a los de las empresas ordinarias, con el fin

⁷² Orden Ministerial de 16 octubre de 1998 (BOE del 21 de noviembre), sobre integración laboral de minusválidos en centros especiales de empleo y trabajo autónomo.

⁷³ Las subvenciones por puesto de trabajo creado con carácter estable no podrán superar, en su conjunto, la cantidad de 12.020,24 euros —2.000.000 de ptas.—, si el CEE supera el 90 por 100 de trabajadores discapacitados en su plantilla, o 9.015,18 euros —1.500.000 de ptas.—, si el número de discapacitados está comprendido entre el 70 y el 90 por 100 del total de la plantilla.

⁷⁴ Artículo 42.2 de la LISMI, según redacción dada por la disposición adicional trigésima novena de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Sociales.

⁷⁵ Conforme al artículo 2.1.g) del RDL 1/1995, del Estatuto de los Trabajadores, se trata de una relación laboral de carácter especial.

de favorecer, como ya se ha indicado, la futura ocupación del trabajador en un empleo ordinario.

Finalmente, debe mencionarse el acuerdo suscrito en diciembre de 2002 por el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para la puesta en marcha del II Plan de Empleo de las personas con discapacidad⁷⁶. En él se establece una serie de notas definitorias de los enclaves laborales como instrumento de inserción laboral de los discapacitados, a la vez que se prevé su futura regulación⁷⁷. Este Acuerdo contiene, asimismo, otras medidas, distribuidas en seis ámbitos de actuación: intermediación laboral, formación, contratación e inserción laboral, promoción de la iniciativa empresarial, adecuación del entorno social y laboral, y lucha contra la discriminación e igualdad de oportunidades en el empleo.

2.3.4. Situación sociolaboral de las personas con discapacidad en España

Conforme a los datos de EUROSTAT, apuntados al principio de este capítulo, España es uno de los países europeos en los que se registra una menor proporción de personas con discapacidad que trabajan.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 estima que, de algo más de un millón de personas discapacitadas de 16 a 64 años, tan sólo un 32 por 100 se encontraba en situación activa en el momento de elaboración de la encuesta, de estos un 23,9 por 100 estaba ocupado y un 8,4 por 100 desempleado (cuadro 2.22)⁷⁸.

Estos datos adquieren mayor significado si se confrontan con la tasa de actividad de la población general (64,5 por 100), comparación de la que se deduce que

⁷⁶ Acuerdo entre el MTAS y el CERMI sobre medidas para mejorar las oportunidades de empleo de las personas con discapacidad, suscrito el día 3 de diciembre de 2002.

⁷⁷ A este respecto, se apunta la posibilidad de introducir dicha regulación en el marco de las medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva.

⁷⁸ En el segundo trimestre de 2002 el INE ha realizado una encuesta sobre las personas con discapacidad y su relación con el empleo, conforme a lo establecido en el reglamento de la Comisión 1566/2001, de 12 de julio, que ha sido incorporada en un Módulo *ad hoc* en la EPA del referido trimestre. Sin embargo, por razones metodológicas y de especificidad del estudio, se ha optado por analizar los datos de la Encuesta de Discapacidades. En este sentido, el citado Módulo computa un número muy superior de personas con discapacidades, al atenderse a un concepto más genérico: se registran tanto las discapacidades en sentido estricto, como los problemas de salud y, además, la duración del problema de salud o discapacidad se estableció en seis meses, en lugar de un año, que era el período considerado en la citada Encuesta. En consecuencia, el Módulo estima que el número de personas con discapacidades de 16 a 64 años asciende a 2,3 millones de personas (1,3 en la Encuesta), con una tasa de empleo de un 28,5 por 100 (23,9 por 100 en la Encuesta).

CUADRO 2.22

PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU RELACIÓN CON EL EMPLEO

	Total		Ocupados		Parados		Inactivos	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
Ambos sexos	1.337,7	100	319,2	23,9	112,6	8,4	905,9	67,7
Varones	678,4	100	214,6	31,6	60,9	9,0	402,9	59,4
Mujeres	659,3	100	104,6	15,9	51,7	7,8	503,0	76,3

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

la tasa de actividad de las personas con discapacidad se sitúa en la mitad que la del resto de la población. Por otra parte, al igual que ocurre con la población general, en el colectivo de trabajadores con discapacidad la tasa de empleo masculina (31,6 por 100) es mayor que la femenina (15,9 por 100).

Desde otro punto de vista, es especialmente destacable el dato de que la tercera parte de la población con discapacidad (67,7 por 100) se encuentra en situación de inactividad laboral. Por género, se aprecia un mayor alejamiento de las mujeres del mercado laboral (un 76,3 frente a un 59,4 por 100 de los hombres).

Asimismo, es llamativa su alta tasa de desempleo: un 26,1 por 100 de los trabajadores con discapacidad en situación activa se encontraría parado, frente al 16,6 por 100 de la población en general (cuadro 2.23), desempleo que afecta en mayor medida a las mujeres (33,1 por 100) que a los hombres (22,1 por 100).

Por grupos de edad, desde el punto de vista de la tasa de actividad es notable la escasa participación en el mercado de trabajo de las personas con discapacidad de mayor edad (de 60 a 64 años), mientras que, por lo que se refiere a las tasas de desempleo, éste afecta en mayor grado a los discapacitados más jóvenes, entre los que más de una tercera parte se encuentran sin trabajo.

En cuanto al tipo de discapacidad, las personas con discapacidad para oír y ver son las que presentan mayores tasas de actividad, en torno al 40 por 100, y menores tasas de desempleo, alrededor del 20 por 100. Por el contrario, las personas con discapacidad para comunicarse, aprender y cuidar de sí mismo se encuentran entre las que presentan menos actividad y más desempleo (cuadro 2.24).

CUADRO 2.23
**TASAS DE ACTIVIDAD Y PARO EN DISCAPACITADOS
Y EN LA POBLACIÓN GENERAL**
(Según edad y género)

	Personas con discapacidad			Población total		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de actividad						
16 a 19	19,4	21,5	15,6	23,1	27,1	18,8
20 a 24	42,7	48,2	34,0	56,1	61,2	50,8
25 a 29	45,9	45,9	45,9	81,4	88,0	74,5
30 a 34	48,1	50,6	44,3	82,9	96,1	69,3
35 a 39	49,4	57,7	40,4	80,1	96,7	63,5
40 a 44	43,9	51,8	34,9	77,0	95,4	58,5
45 a 49	35,7	43,6	28,0	70,7	93,3	48,3
50 a 54	31,3	47,2	18,9	63,3	90,5	36,9
55 a 59	27,5	39,2	17,6	52,9	79,4	27,6
60 a 64	14,3	20,1	9,2	30,8	46,3	16,8
Total	32,3	40,6	23,7	64,5	79,3	49,6
Tasa de paro						
16 a 19	54,2	53,5	55,9	36,8	32,8	42,9
20 a 24	33,0	29,1	41,9	26,1	21,5	32,0
25 a 29	39,2	35,2	45,7	21,2	15,5	28,1
30 a 34	33,5	30,0	39,5	17,1	10,8	25,9
35 a 39	26,3	17,4	40,2	14,2	9,6	21,3
40 a 44	21,1	14,9	31,6	11,4	7,6	17,6
45 a 49	21,0	17,8	25,7	10,3	7,2	16,2
50 a 54	19,2	18,0	21,4	10,1	8,2	14,5
55 a 59	20,5	18,2	24,9	13,5	12,6	16,0
60 a 64	23,8	20,0	31,1	13,9	12,6	17,2
Total	26,1	22,1	33,1	16,6	12,1	23,6

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Territorialmente la actividad de las personas con discapacidad presenta patrones similares. En cuanto a las tasas de actividad (cuadro 2.25), las Comunidades que registran los porcentajes más altos son Cantabria, Navarra y Cataluña, siendo las Comunidades de La Rioja y Canarias las que presentan menores tasas. Por lo que se refiere al desempleo, su incidencia fue menor en Baleares, Castilla-León y La Rioja, donde no se superó el 16 por 100; por el contrario, en Extremadura, Andalucía, País Vasco, Navarra o Madrid la tasa de paro de los discapacitados se situó en torno a un 30 por 100.

CUADRO 2.24

TASAS DE ACTIVIDAD Y PARO EN PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
(Según tipo de discapacidad y género. Población entre 16 y 64 años. España, 1999)

	Tasa de actividad	Tasa de paro
Total		
Ver	39,6	22,7
Oír	45,4	19,8
Comunicarse	15,4	31,1
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	14,6	39,4
Desplazarse	24,2	34,1
Utilizar brazos y manos	22,5	28,2
Desplazarse fuera del hogar	22,6	31,2
Cuidar de sí mismo	11,1	21,4
Realizar las tareas del hogar	15,8	34,9
Relacionarse con otras personas	15,5	43,3
Total personas con discapacidad	32,3	26,1
Hombres		
Ver	51,1	19,6
Oír	57,2	15,0
Comunicarse	18,9	29,6
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	17,5	40,3
Desplazarse	29,9	26,5
Utilizar brazos y manos	28,2	21,3
Desplazarse fuera del hogar	27,9	26,3
Cuidar de sí mismo	13,5	17,2
Realizar las tareas del hogar	17,9	31,8
Relacionarse con otras personas	18,0	46,4
Total hombres con discapacidad	40,6	22,1
Mujeres		
Ver	28,0	28,4
Oír	32,8	28,7
Comunicarse	9,9	35,7
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	10,7	37,4
Desplazarse	19,4	44,0
Utilizar brazos y manos	17,5	38,1
Desplazarse fuera del hogar	17,1	39,6
Cuidar de sí mismo	8,1	29,4
Realizar las tareas del hogar	14,3	37,7
Relacionarse con otras personas	12,0	36,7
Total mujeres con discapacidad	23,7	33,1

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

CUADRO 2.25

**TASAS DE ACTIVIDAD Y PARO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD,
POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

CCAA	Tasas de actividad			Tasas de paro		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andalucía	29,9	37,2	22,5	36,9	28,4	51,1
Aragón	34,6	51,0	13,8	16,2	16,4	15,1
Asturias	25,9	33,2	15,0	26,0	18,3	51,2
Baleares	33,0	37,5	28,5	8,7	9,9	7,2
Canarias	22,1	26,7	16,7	16,0	15,2	17,5
Cantabria	41,4	53,7	28,3	16,3	19,6	9,6
Castilla y León	35,6	48,5	21,0	15,8	13,3	22,3
Castilla-La Mancha	26,4	37,1	14,9	19,0	18,9	19,3
Cataluña	37,2	44,1	30,3	23,5	20,9	27,3
Comunidad Valenciana	35,8	49,6	23,2	21,1	22,2	19,1
Extremadura	27,4	38,4	18,3	42,3	48,7	31,2
Galicia	29,8	35,8	22,6	21,0	21,8	19,5
Madrid	34,5	38,6	30,8	29,6	15,1	46,3
Murcia	33,3	46,7	20,2	22,7	21,0	26,6
Navarra	37,2	45,3	24,2	31,9	27,2	46,2
País Vasco	30,9	41,2	21,4	33,3	33,8	32,6
La Rioja	16,0	20,6	11,3	16,0	24,3	0,0
Ceuta y Melilla	25,2	37,3	13,8	17,8	15,4	23,7
Total	32,3	40,6	23,7	26,1	22,1	33,1

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

Una visión más concreta sobre la participación de las personas con discapacidad en el mercado laboral⁷⁹ permite apreciar otros datos de interés sobre su situación socio-laboral:

- La mayor parte de los demandantes de empleo son hombres, un 60 por 100, frente a un 40 por 100 de mujeres.
- Por grupos de edad, el mayor número de demandantes se concentra en los mayores de 45 años (un 33 por 100), seguido de un 29 por 100 con edad comprendida entre 30 y 39 años.

⁷⁹ INEM, *Observatorio Ocupacional 2001*, octubre de 2002. Esta publicación recoge distintos indicadores, elaborados por el INEM, en los que se hace referencia, entre otros aspectos, a: análisis de ofertas de empleo en prensa, información de los Anuarios Estadísticos y otros estudios de coyuntura del mercado de trabajo.

- Por niveles académicos, en torno a las dos terceras partes de los demandantes de empleo disponían bien de certificado de escolaridad (36 por 100), bien de título de graduado escolar o Bachiller elemental (36 por 100).

Asimismo, cabe destacar que las ocupaciones más demandadas por personas con discapacidad, en línea con el referido nivel académico, son las de peón de industria, empleado administrativo u ordenanza, en el caso de los hombres, y las ocupaciones administrativas o relacionadas con la limpieza, las más demandadas por las mujeres (cuadro 2.26).

CUADRO 2.26
**OCUPACIONES MÁS DEMANDADAS POR PERSONAS
CON DISCAPACIDAD**
(Según género)

Ocupaciones	Hombres	Mujeres	Total
Empleado administrativo	1.938	2.335	4.273
Telefonista		702	702
Dependiente de comercio	540	1.360	1.900
Jardinero	1.106		1.106
Conductor furgoneta	506		506
Auxiliar de limpieza	464	2.356	2.820
Conserje en general	1.210		1.210
Conserje de finca urbana	471		471
Vigilante	1.024		1.024
Ordenanza	2.463	706	3.169
Peón de la construcción	804		804
Peón de la industria manufacturera	3.295	1.391	4.686
Mozo de almacén	477		477
Total ocupaciones	14.298	8.850	23.148
Total nacional	28.107	18.517	46.624

Nota: Se han seleccionado aquellas cuyo porcentaje es igual o superior al 1 por 100 del total.

Fuente: INEM, *Observatorio Ocupacional*, 2001.

Por lo que se refiere a la contratación de las personas con discapacidad, también se observan patrones similares a las demandas de empleo:

- Las dos terceras partes de los contratos fueron suscritos con hombres, frente a sólo un 33 por 100 celebrado con mujeres.

- La mitad de la contratación (53 por 100) se registró en el grupo de trabajadores mayores de 45 años.
- Por grupos de actividad, en torno al 75 por 100 de esos contratos se concertó en el sector servicios.
- Por Comunidades Autónomas, el 51 por 100 de los contratos con discapacitados se concertaron en Cataluña, Andalucía, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana.

En cuanto a la contratación, un 54 por 100 de los contratos celebrados con personas discapacitadas, distribuido entre diversos tipos de contratos, se concertó en el mercado ordinario de trabajo. En términos relativos, esto es, por modalidades concretas, la mayor parte se registró, como empleo protegido, en la de «Centros Especiales de Empleo» (cuadro 2.27), seguidos de otros tipos de contratos ordinarios y específicos de este colectivo, como son los contratos indefinidos o temporales a discapacitados, que supusieron, respectivamente, un 31 y un 16 por 100 de estas contrataciones. Por otra parte, también cabe destacar que el por-

CUADRO 2.27

CONTRATOS A DISCAPACITADOS SEGÚN MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Modalidad de contrato	Total contratos	%
Indefinido ordinario	3	0
Temporal a discapacitados	6.001	16
Indefinido a tiempo parcial	5	0
Duración determinada a tiempo parcial	273	1
Indefinido a discapacitados	11.535	31
Jubilación especial 64 años edad	4	0
Conversión en indefinido	864	2
Obra o servicio	14	0
Eventual	23	0
Interinidad	9	0
Fijo o periódico discontinuo	14	0
Otros contratos no especificados	815	2
Indefinido fomento de empleo	12	0
Prácticas a tiempo parcial	1	0
Prácticas a tiempo completo	13	0
Discapacitados en CEE	16.916	46
Formación	400	1
Total	36.902	100

Nota: Se han seleccionado aquellas cuyo porcentaje es igual o superior al 1 por 100 del total.

Fuente: INEM, *Observatorio Ocupacional*, 2001.

centaje de contratos celebrados con personas con discapacidad que no obedecen a modalidades específicas de contratación de este colectivo se situaría sólo en torno a un 6 por 100 de los contratos celebrados.

Conforme a estos datos, es innegable, por tanto, el valor que adquieren los diferentes dispositivos para la contratación y empleo de los trabajadores con discapacidad, analizados en este capítulo. Pues bien, conforme a la información proporcionada por la Encuesta sobre Discapacidades de 1999 (cuadro 2.28) más de una cuarta parte de estos contratos, acogidos a medidas de fomento de empleo, se concertaron para trabajar en un Centro Especial de Empleo, seguidos de las contrataciones para la formación y en prácticas.

CUADRO 2.28
**BENEFICIARIOS DE INCENTIVOS A LA CONTRATACIÓN LABORAL
DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD**
(Según los tipos de incentivos)

Tipo de incentivo	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	42.972	30.241	12.731
Contrato para la formación y en prácticas	8.589	4.929	3.661
Incentivos a la contratación	8.486	6.185	2.301
Cuota de reserva en sector público	3.791	2.972	819
Cuota de reserva en sector privado	7.667	5.802	1.864
Empleo selectivo (readmisión de trabajadores con discapacidad)	3.685	3.139	546
Subvenciones	2.824	2.245	579
Empleo protegido en CEE	11.300	7.855	3.444

Nota: Número de personas con alguna discapacidad que, en su ocupación actual (momento de elaboración de la encuesta), se habían beneficiado de algún incentivo a la contratación. Una misma persona puede beneficiarse de más de un incentivo.

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

En otro orden de ideas, según el grupo de discapacidad (cuadro 2.29), el mayor número de beneficiarios de incentivos a la contratación laboral de trabajadores con discapacidad padecía alguna discapacidad para desplazarse fuera del hogar, aunque también es de destacar el número de beneficiarios con discapacidad para realizar tareas del hogar, para utilizar brazos y manos o para ver. Por sexo, el número de hombres casi triplicó al de mujeres beneficiarias de este tipo de incentivos.

En definitiva, en términos relativos, el trabajo protegido en los CEE se configura como la fórmula de inserción laboral de las personas con discapacidad

CUADRO 2.29
**BENEFICIARIOS DE INCENTIVOS A LA CONTRATACIÓN LABORAL
DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD**
(Según los grupos de discapacidades)

Grupo de discapacidad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Ver	10.027	7.008	3.019
Oír	9.748	7.082	2.666
Comunicarse	4.073	3.407	666
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	7.656	5.107	2.549
Desplazarse	9.523	6.487	3.036
Utilizar brazos y manos	11.020	8.014	3.006
Desplazarse fuera del hogar	28.291	20.156	8.135
Cuidar de sí mismo	4.126	3.370	756
Realizar tareas del hogar	13.985	9.193	4.792
Relacionarse con otras personas	4.461	3.289	1.172

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

más utilizada. En este sentido, tal y como posteriormente se valorará en conclusiones, debería prestarse atención a la implantación e incidencia de esos centros. Sus datos básicos de evolución se presentan en el cuadro 2.30.

Conforme a esos datos, en los últimos años se aprecia un considerable incremento tanto del número de Centros Especiales de Empleo como de las plantillas que los forman. Así, en España existen en torno a 1.100 centros que darían empleo a unas 30.000 personas con discapacidad, en su mayor parte (50,5 por 100) trabajadores con discapacidad psíquica. Paralelamente, estos centros también incorporan en su ámbito de organización y actividad a personas no discapacitadas, estimando que éstas supondrían en torno a 2.000 trabajadores.

Por Comunidades Autónomas, Cataluña es la Comunidad que dispone de un mayor número de centros y trabajadores, seguida de Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana. Respecto a su evolución, Andalucía es la Comunidad en la que se ha registrado un mayor incremento de este sector en estos años.

Finalmente, en cuanto a la cuota de reserva, los datos aportados por la Encuesta de Discapacidades son insuficientes para efectuar una valoración con detalle de la incidencia de este imperativo legal.

CUADRO 2.30

EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

Comunidades Autónomas	Núm. centros (1998)	Plantilla (1998)	Núm. centros (2001)	Plantilla (2001)	Discap. psíquicos	Discap. físicos	Discap. sensoriales
Andalucía	67	1.673	153	3.069	1.044	1.657	368
Aragón	28	957	46	1.329	544	703	82
Asturias	39	828	59	1.193	470	574	149
Baleares	15	308	17	340	195	128	17
Canarias	19	194	26	395	171	184	40
Cantabria	8	551	10	716	351	319	46
Castilla-La Mancha	38	401	62	1.002	442	463	97
Castilla y León	62	1.201	88	1.730	778	758	194
Cataluña	151	6.176	183	7.845	5.315	2.016	514
Com. Valenciana	66	1.129	105	2.176	904	975	297
Extremadura	18	418	30	640	340	191	109
Galicia	35	634	75	1.126	759	202	165
Madrid	62	2.360	114	3.583	1.484	1.422	677
Murcia	15	223	36	450	160	250	40
La Rioja	14	213	22	326	112	195	19
Ceuta	3	24	7	80	15	62	3
Melilla	1	63	2	50	5	40	5
País Vasco	52	3.931	60	4.783	2.479	1.888	416
Total	693	21.284	1.095	30.833	15.568	12.027	3.238

Nota: Distribución de plantilla, según tipo de discapacidad, a 31 de diciembre de 2001.

Fuente: Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes. Respuesta parlamentaria de 28 de abril de 2003.

Respecto al empleo público, la propia Exposición de Motivos de la Ley 53/2003, sobre empleo público de los discapacitados, estima que tan sólo fue un 0,2 por 100 el porcentaje de personas con discapacidad que, en los años 2000 y 2001, llegaron a aprobar las distintas convocatorias para funcionarios de la Administración General del Estado. A este respecto, la propia Exposición califica de «desalentador» el panorama que presenta el acceso de las personas con discapacidad al empleo público en las distintas Administraciones Públicas.

En consecuencia, conforme a estos datos y a la información suministrada por la Encuesta de Discapacidades, podría extraerse una conclusión clara: la cuota de reserva, pese a la insuficiencia de la información estadística de la que se dispone, parece estar teniendo una incidencia menor en la creación de empleo de las personas con discapacidad. Asimismo, la inexistencia de datos sobre las medidas alternativas impide hacer una valoración de conjunto sobre esta materia.

2.4. PRESTACIONES ECONÓMICAS

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (1975) proclama el derecho de todas las personas con discapacidad a todos los derechos humanos, incluyendo el derecho a la seguridad, el derecho al tratamiento médico, psicológico y funcional, el derecho a la seguridad social y a que sus necesidades esenciales se tomen en cuenta en los planes económicos y sociales.

Las personas que sufren algún tipo de discapacidad conforman un grupo especialmente vulnerable y por ello necesitado de la tutela que ofrecen los diversos sistemas de protección social entendidos como el conjunto de mecanismos de cobertura social y protección basados en la solidaridad y la redistribución para hacer frente a situaciones de necesidad tanto económica como prestacional. Este concepto de la protección social se encuentra recogido en diversa normativa internacional y comunitaria (arts. 12 a 19 de la Carta Social Europea de 1961, y puntos 13 y 27 a 29 de la Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de 1989) y se ve refrendado en la Constitución Española, fundamentalmente en su artículo 41 que establece que: «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...», previsión constitucional que se ve completada mediante el artículo 49 que, refiriéndose a las personas con discapacidad, ordena a los poderes públicos que presten la atención especializada que requieran y el amparo especial para el disfrute de sus derechos.

En razón a estas previsiones normativas, el ser reconocido legalmente como persona con discapacidad permite el acceso, en España, a una serie de derechos sociales y beneficios, de los que la percepción de una prestación económica es especialmente relevante. Prestación económica que tiene como objetivo cubrir una determinada situación de desventaja social generada por la discapacidad, como es la dificultad de encontrar o mantener un trabajo productivo, o la ausencia de éste, lo que provoca una merma económica en el sujeto afectado.

La protección económica de las personas con discapacidad en España se articula a través de una doble vía: la concesión de una serie de prestaciones económicas, bien de carácter contributivo o no contributivo, y mediante beneficios fiscales.

La prestación económica de carácter contributivo requiere una aportación previa al sistema por un cierto tiempo para generar el derecho a la prestación,

mientras que las no contributivas responden a la necesidad de atender situaciones reales de necesidad y carencia de recursos del sujeto tutelado y, por consiguiente, exigen de éste la concurrencia de determinados requisitos.

2.4.1. El nivel contributivo

El nivel contributivo de prestaciones y pensiones de las personas con discapacidad contempla las pensiones de incapacidad gestionadas por la Seguridad Social, clases pasivas del Estado y las prestaciones familiares por hijo a cargo con discapacidad.

El análisis del gasto de prestaciones destinado a personas con discapacidad muestra que en el año 2001, el 87,77 por 100 del gasto se corresponde con las prestaciones contributivas.

Pensiones contributivas de incapacidad de la Seguridad Social

La incapacidad permanente, según establece el artículo 136.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se configura como la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. Esta incapacidad permanente puede ser calificada en los siguientes grados:

- *Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual*: entendida como aquella que sin alcanzar el grado de total ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33 por 100 en el rendimiento normal para dicha profesión, sin que ello le impida realizar las tareas fundamentales de la misma. La prestación económica consiste en una cantidad a tanto alzado equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora que haya servido para determinar la prestación económica por incapacidad temporal de la que deriva la incapacidad.
- *Incapacidad permanente total para la profesión habitual*: es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta. La cuantía de la prestación asciende al 55 por 100 de la base reguladora, si bien puede verse incrementado en un 20 por 100 cuando el trabajador tenga o cumpla 55 años y no realice trabajos.

- *Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo*: es aquella que inhabilita por completo para toda profesión u oficio. La pensión consiste en una cantidad equivalente al 100 por 100 de la base reguladora.
- *Gran invalidez*: es la situación de un trabajador afectado de incapacidad permanente absoluta que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos esenciales de la vida. La pensión consiste en el 100 por 100 de la base reguladora incrementada en un 50 por 100 destinado a remunerar a la persona que atiende al gran inválido; no obstante, a petición de éste o de sus representantes legales podrá autorizarse, siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución del incremento comen-
tado, por su alojamiento y cuidado en régimen de internado, en una ins-
titución asistencial pública del sistema de la Seguridad Social, financiada
con cargo a sus presupuestos.

El número total de pensiones de incapacidad permanente contributiva en el ámbito de la Seguridad Social gestionadas por el INSS y el ISM a diciembre de 2002 han alcanzado la cifra de 787.390. Del total de pensiones de incapacidad permanente, el 3,3 por 100 corresponden al grado de gran invalidez, el 43,7 por 100 son incapacidades permanentes absolutas, el 52,6 por 100 son incapacidades permanentes totales y el 0,4 por 100 son incapacidades permanentes parciales. En cuanto a los importes medios/mes, alcanzan los 1.172,63 euros en la situación de gran invalidez, 715,29 euros en incapacidad permanente absoluta, 481,89 euros en incapacidad permanente total y 119,24 euros en incapacidad permanente parcial.

La evolución del número de pensiones en el periodo 1990 a 2002 (cuadro 2.31) muestra como en 1997 se produce una disminución debido a la entrada en vigor del Real Decreto 1647/1997, de 31 de octubre, por el que las pensiones de incapacidad permanente pasan a denominarse de jubilación cuando sus beneficiarios cumplen 65 años. Además, a partir de dicho año y por los efectos de la mencionada disposición se aprecian ligeros descensos interanuales.

Por otra parte, el importe medio mensual en 2001 de las pensiones de incapacidad permanente difiere de forma apreciable dependiendo del titular de la pensión. Así, en el caso de los varones dicho importe se cifró en 634,29 euros al mes, mientras que el de las mujeres se situaba en 446,54 euros, si bien a medida que se desciende en los grupos de edad las diferencias se acortan.

El gasto acumulado en el año 2001 para el pago de estas pensiones de incapacidad permanente ascendió a 6.410,72 millones de euros, con un incremento

CUADRO 2.31

**PENSIONES CONTRIBUTIVAS DE INCAPACIDAD PERMANENTE
DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 1993-2002**
(Miles de pensiones y de euros/mes a primer día de cada mes)

Años (media anual)	Incapacidad permanente	
	Número	Importe medio
1993	1.638,41	356,43
1994	1.658,17	377,19
1995	1.672,28	400,10
1996	1.684,04	424,78
1997	1.626,58	444,29
1998	804,55	487,52
1999	798,02	508,77
2000	792,62	536,42
2001	788,62	571,20
2002	787,39	599,48

Fuente: REPROS, *Estadística de Prestaciones*. MTAS.

CUADRO 2.32

**PENSIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE E IMPORTES MEDIOS
POR SEXO Y EDAD, 2001**

(Número de pensiones en vigor en miles e importe medio mensual
en euros. Datos a 31 de diciembre)

Edades	Número		Importe medio	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Total	551,8	236,3	634,29	446,54
Menores 25 años	1,5	0,3	454,43	389,86
De 25 a 29 años	5,8	1,7	492,17	426,14
De 30 a 34 años	14,6	4,7	529,28	478,79
De 35 a 39 años	27,7	9,2	562,23	519,41
De 40 a 44 años	45,4	18,2	578,99	531,92
De 45 a 49 años	61,4	25,2	607,04	541,23
De 50 a 54 años	91,5	33,5	623,14	495,37
De 55 a 59 años	133,1	47,1	683,3	489,01
De 60 a 64 años	163,9	60,2	663,75	445,38
De 65 y mas años	7,1	36,1	417,2	217,29

Fuente: MTAS, *Anuario de Estadísticas Laborales*.

del 3,75 por 100 respecto al año anterior, derivado, fundamentalmente, de la revalorización anual de los importes percibidos.

Un análisis de indicadores sobre la extensión e intensidad de la acción protectora de estas pensiones acredita que la cobertura de las mismas alcanza el 2 por 100 de la población, con un total de prestaciones por habitante de 12,1 euros mensuales.

CUADRO 2.33

**COBERTURA E INTENSIDAD DE LAS PENSIONES CONTRIBUTIVAS
DE INCAPACIDAD PERMANENTE, 2002**

(Porcentaje de pensiones sobre la población de cada tramo de edad considerado
y euros al mes por persona en el total de la población en cada tramo de edad.
Datos a octubre de 2002)

CCAA	Cobertura			Intensidad protección		
	Pobl. total	16-64 años	≥65 años	Pobl. total	16-64 años	≥65 años
Andalucía	2,4	3,6	16,6	13,6	20,4	94,7
Aragón	1,8	2,8	8,4	12,2	18,9	56,3
Asturias	3,0	4,5	14,1	23,0	34,2	108,5
Baleares	2,4	3,6	15,2	13,4	20,1	85,1
Canarias	1,5	2,1	11,7	7,8	11,3	62,6
Cantabria	2,1	3,1	11,4	13,2	19,5	71,1
Castilla y León	1,7	2,6	7,7	10,7	16,4	48,5
Castilla-La Mancha	1,6	2,4	8,1	8,3	13,1	43,4
Cataluña	2,4	3,5	13,0	14,3	21,4	79,1
Comunidad Valenciana	1,9	2,8	11,4	10,2	15,1	62,3
Extremadura	1,7	2,6	9,2	8,1	12,6	44,6
Galicia	2,1	3,2	10,6	10,9	16,4	54,3
Madrid	1,2	1,8	7,5	8,7	12,8	53,6
Murcia	2,5	3,7	17,1	12,0	18,0	82,8
Navarra	1,9	2,7	10,3	13,5	19,8	74,6
País Vasco	2,0	2,9	11,0	15,8	22,8	86,4
La Rioja	2,2	3,3	11,1	13,1	19,7	66,2
España	2,0	3,0	11,5	12,0	17,9	69,6

Fuente: Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social, «Estadísticas de Prestaciones», *Retrato de la Protección Social*, núm. 23, diciembre de 2002.

Pensiones contributivas de incapacidad del Estado (clases pasivas y MUNPAL)

Se encuadran en esta modalidad de pensiones las pensiones de incapacidad gestionadas por la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas derivadas de los Regímenes Especiales de Funcionarios Civiles de la Administración Central del Estado y de la Administración de Justicia, de las Fuerzas Armadas y de la protección social de grupos específicos.

El número de pensiones de incapacidad a diciembre de 2001 ascendió a 61.127, con un gasto derivado del pago de estas pensiones en dicho año de 942,01 millones de euros. El porcentaje de varones/mujeres beneficiarios de este tipo de pensiones refleja un claro predominio de los varones, en una proporción de casi cinco varones por cada mujer. Otro rasgo característico de los beneficiarios de estas pensiones es su concentración (un 89 por 100) en edades superiores a 45 años.

Prestaciones familiares

El sistema de prestaciones familiares de la Seguridad Social acoge una asignación económica por cada hijo a cargo menor de 18 años afectado de un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, o mayor de dicha edad que esté afectado por una minusvalía en un grado igual o superior al 65 por 100. En su modalidad contributiva son beneficiarios los trabajadores incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social y de los Regímenes Especiales, siempre que estén afiliados y en alta o en situación asimilada, y los pensionistas contributivos de estos regímenes por cualquier contingencia o situación.

El número de hijos con discapacidad que a diciembre de 2001 causaban el derecho a una prestación familiar ascendía a 199.617, de los que más del 89 por 100 se incluyen en la modalidad contributiva. El gasto originado por el pago de estas prestaciones familiares en su modalidad contributiva ascendió en 2001 a 423 millones de euros. De este total 385 millones de euros se destinó al abono de las prestaciones familiares causadas por hijos mayores de 18 años.

CUADRO 2.34

**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAUSANTES Y DEL GASTO
EN PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO A CARGO
MINUSVÁLIDO (PHFC). NIVEL CONTRIBUTIVO**

(Evolución del número de causantes en vigor
en diciembre, 1992-2001)

Años	Hijo <18 años minusv. >= 33 %	Hijo >18 años minusv. >= 65 %	Hijo >18 años minusv. >= 75 %	Total PHFC (contributiva)
1992	95.732	20.825	16.532	133.089
1993	93.687	27.960	22.400	144.047
1994	63.774	34.176	26.058	124.008
1995	66.107	40.268	29.605	135.980
1996	66.399	45.644	32.422	144.465
1997	66.052	51.422	35.240	152.714
1998	66.327	56.804	37.912	161.043
1999	66.012	61.286	39.840	167.138
2000	66.047	64.978	41.597	172.622
2001	66.219	68.600	43.451	178.270

Fuentes: INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social.
ISM, Instituto Social de la Marina.

2.4.2. El nivel no contributivo

En su modalidad no contributiva, las pensiones de invalidez consisten en prestaciones económicas que cubren a quienes, reuniendo determinados requisitos, nunca hubieran cotizado al sistema de Seguridad Social o no lo hubieran efectuado en tiempo suficiente para tener derecho a una prestación contributiva en función, principalmente, de que carezcan de rentas o ingresos en cuantía superior a los límites legalmente establecidos.

Prestaciones económicas de la LISMI

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), constituye un hito en el establecimiento de unos derechos económicos de amparo a las personas con discapacidad. Esta ley cabe considerarla como una Ley Marco, en el sentido de establecer las bases que han de guiar toda la normativa y posteriores actuaciones en materia de discapacidad.

La LISMI pretendió garantizar los recursos necesarios para la prevención, la atención médica y psicológica, la rehabilitación, la educación, la orientación, la integración laboral, el mantenimiento de un nivel mínimo de ingresos y el acceso a las prestaciones de la Seguridad Social.

En lo que afecta a prestaciones económicas, la LISMI y su normativa de desarrollo estableció una serie de prestaciones destinadas a la protección de las personas con discapacidad que por no desarrollar actividad laboral no están comprendidas en el campo de aplicación de la Seguridad Social:

- Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (SGIM).
- Subsidio por Ayuda de Tercera Persona (SATP).
- Subsidio de Movilidad y Compensación de Gastos de Transporte (SMGT).

Los Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos y por Ayuda de Tercera Persona quedaron suprimidos por la Ley 16/1990, de 20 de diciembre, de Prestaciones no Contributivas, manteniendo el derecho los beneficiarios que los tenían reconocidos en los términos y condiciones previstos en la legislación específica que los regula. No obstante, se prevé la posibilidad de optar entre ser titular de estos subsidios o perceptor de una pensión no contributiva de invalidez, constituida al amparo de la citada ley.

- El Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos exigía para su percepción una serie de requisitos:
 - Tener 18 o más años.
 - Tener una discapacidad en un grado igual o superior al 65 por 100 y verse imposibilitado de obtener empleo por esta causa.
 - No superar el nivel de recursos económicos personales del 70 por 100, en cómputo anual, del salario mínimo interprofesional vigente en cada momento. En el supuesto de que el beneficiario tenga personas a su cargo, dicho importe se incrementaría en un 10 por 100 por cada miembro distinto del beneficiario hasta el tope máximo del 100 por 100 del citado salario.

El número de subsidios en vigor a diciembre de 2002 ascendía a 60.844, destinándose para su pago en dicho año un total de 134,55 millones de euros. La evolución interanual de esta prestación refleja un continuo descenso, que respecto al gasto de 2002 se cifra en casi un 70 por 100 sobre el correspondiente al año 1990.

CUADRO 2.35
PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA LISMI
(En euros)

Año/mes	Beneficiarios distintos	SGIM (1)		SATP (2)		SMGT (3)		Total (4)		ASPF (5)	
		Prest.	Importe	Prest.	Importe	Prest.	Importe	Prest.	Importe	Prest.	Importe
2000	105.801	78.393	173.875.404,76	13.849	12.184.927,15	7.583	3.785.129,35	99.465	189.845.461,26	24.587	
2001	95.339	69.346	153.108.474,39	11.223	10.016.065,46	6.774	3.519.124,70	87.343	166.643.664,55	23.344	
2002	84.752	60.844	134.548.841,60	9.236	8.264.741,21	5.890	3.106.189,91	75.970	145.919.772,27	21.597	
Enero 2003	84.229	60.425	9.035.138,70	9.114	536.524,75	5.833	303.245,32	75.372	9.874.908,77	21.535	
Febrero 2003	83.458	59.696	8.937.106,14	8.983	529.978,35	5.804	248.966,25	74.483	9.716.050,74	21.478	
Marzo 2003	82.717	59.059	8.806.778,24	8.847	519.223,55	5.770	245.492,43	73.676	9.571.494,22	21.371	
Abril 2003	81.333	58.359	8.711.887,99	8.708	510.457,70	5.690	239.793,97	72.757	9.462.139,66	20.716	
Mayo 2003	80.620	57.758	8.605.427,43	8.566	501.980,80	5.624	236.406,79	71.948	9.343.815,02	20.651	

Nota: No se incluyen datos de las Comunidades Autónomas de Navarra y el País Vasco.

- (1) Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos: Prestaciones en vigor el primer día de cada mes e importe bruto de la nómina.
 (2) Subsidio por Ayuda de Tercera Persona: Prestaciones en vigor el primer día de cada mes e importe bruto de la nómina.
 (3) Subsidio de Movilidad y compensación para Gastos de Transporte: Prestaciones en vigor el primer día de cada mes e importe bruto de la nómina.
 (4) Total prestaciones económicas: Prestaciones en vigor el primer día de cada mes e importe bruto de las nóminas.
 (5) Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica: Prestaciones en vigor el primer día de cada mes.

En SGIM y SATP, junto a la mensualidad se abona una paga extra.

Fuente: IMSERSO, Subdirección General de Gestión.

Como en el conjunto de las prestaciones no contributivas, se observa una clara preeminencia femenina en los beneficiarios de este subsidio acumulando el 80 por 100 del total.

Para el año 2003 las cuantías de SGIM alcanzan los 2.098,04 euros anuales.

- Por su parte, el Subsidio de Ayuda de Tercera Persona estaba dirigido a aquellas personas mayores de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75 por 100 y que requieran de una tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida, y que al no realizar actividad laboral no estén incluidas en el campo de aplicación de la Seguridad Social. Estos subsidios, ya suprimidos, los continúan percibiendo aquellas personas que lo tuvieran reconocido con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, siempre que mantengan los requisitos exigidos por la normativa específica y no se les reconozca una pensión no contributiva o una prestación familiar.

En 2002 el número de prestaciones de esta modalidad de subsidio ascendió a 9.236 con un gasto total de 9,3 millones de euros. La cuantía de la prestación en el año 2003 esta fijada en 818,30 euros anuales.

- La tercera de las prestaciones económicas prevista en la LISMI, el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte, se configuraba como una prestación económica de carácter periódico destinada a atender los gastos originados por desplazamiento fuera de su domicilio habitual, a aquellas personas con discapacidad que tengan graves dificultades para la utilización de transportes colectivos.

En el año 2002 se abonaron un total de 5.890 prestaciones y el gasto acumulado de dicho año ascendió a 3,1 millones de euros, presentando como el reto de prestaciones de la LISMI un evidente descenso en los últimos años, tanto en número de beneficiarios como en el total del gasto. La cuantía de esta prestación en el año 2003, alcanza los 501,36 euros anuales por perceptor.

Pensiones asistenciales por enfermedad

Estas pensiones, dirigidas a aquellas personas mayores de 18 años que se encuentren incapacitadas para el trabajo y que carezcan de medios económicos para su subsistencia, se establecieron por la Ley 21 de julio de 1960 y están reguladas por el Real Decreto de 24 de julio de 1981, si bien fueron suprimidas

por el Real Decreto-ley 5/1992, de 21 de julio, que no obstante prevé que los beneficiarios que la tuvieran reconocida con anterioridad continúen en su percibo en los términos y condiciones establecidas en su regulación específica, salvo que opten por percibir una pensión no contributiva de la Seguridad Social o una prestación familiar por hijo a cargo.

El número de pensiones asistenciales en vigor en el año 2002 asciende a 33.985.

CUADRO 2.36

**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PENSIONES Y GASTO EN PENSIONES
ASISTENCIALES POR ENFERMEDAD, 1990-2002**

Núm. de pensiones y gasto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Número	173.605	180.901	172.903	147.716	126.169	108.927	86.081	72.741	60.133	51.543	44.542	39.457	33.985
Gasto	303,20	315,91	400,97	373,23	286,49	234,54	164,89	165,61	152,87	117,38	101,07	88,04	—

Fuente: IMSERSO, Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social.

Pensiones no contributivas de invalidez de la Seguridad Social

Las pensiones no contributivas de invalidez de la Seguridad Social se instauran, como ya se ha comentado anteriormente, mediante la Ley 26/1990, de 20 de diciembre.

La pensión no contributiva de invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

Pueden ser beneficiarios de la pensión no contributiva de invalidez los ciudadanos españoles y nacionales de otros países, con residencia legal en España, que cumplan los siguientes requisitos:

- Carecer de ingresos suficientes: en el año 2003 se entenderá cumplido este requisito cuando los ingresos en cómputo anual no excedan de 3.762,78 euros, con correcciones según convivan con familiares.

- Tener 18 o más años y menos de 65.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante un periodo de cinco años, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Tener una discapacidad en grado igual o superior al 65 por 100.

El derecho a la pensión no contributiva de invalidez no impide el ejercicio de aquellas actividades laborales, sean o no lucrativas, compatibles con el estado de discapacidad del pensionista y que no representen un cambio real para el trabajo. Estas pensiones son incompatibles con la Pensión no Contributiva de Jubilación, con las Pensiones Asistenciales y con los Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos, y por Ayuda de Tercera Persona de la LISMI, así como con la condición de causante de la Prestación Familiar por Hijo a Cargo.

En 2003 la cuantía básica de las pensión se fijó en 3.762,78 euros anuales. La cuantía individual para cada pensionista se establece, a partir del citado importe, en función de sus rentas personales y/o de las de su unidad económica de convivencia, no pudiendo ser la cuantía inferior a la mínima del 25 por 100 de la establecida. Los pensionistas cuyo grado de discapacidad sea igual o superior al 75 por 100 y acrediten la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida percibirán además un complemento del 50 por 100 de la cuantía teórica de la pensión.

El número de pensiones no contributivas de invalidez ascendía en diciembre de 2002 a 206.814. Durante el 2001 y en virtud de la aplicación de lo establecido en el artículo 148.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, las pensiones de invalidez cuyos beneficiarios cumplan 65 años pasan a denominarse de jubilación.

Dentro del sistema de protección económica no contributiva de la discapacidad, estas pensiones de invalidez y con datos cerrados a diciembre de 2001, suponen el 72 por 100 del gasto total, y el 65 por 100 del número de beneficiarios de las mismas. Asimismo representan el 8,7 por 100 del total del gasto de protección económica de las personas con discapacidad.

En cuanto a la caracterización personal de los beneficiarios de estas pensiones cabe señalar que el 60 por 100 eran mujeres. Además, en el caso de las pensiones de invalidez femeninas la causa más frecuente fue una discapacidad física (el 46 por 100), mientras que en el caso de las correspondientes a titulares varones ésta fue la causa sólo en el 38 por 100 de las pensiones vigentes. Pero la diferencia más relevante, que habla también de esa otra cara de la mayor supervivencia

CUADRO 2.37

**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PENSIONES Y GASTO EN PENSIONES
NO CONTRIBUTIVAS DE INVALIDEZ, 1991-2002**

Núm. de pensiones y gasto	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Número	3.836	41.256	93.480	129.871	162.456	189.549	210.174	228.412	238.352	244.802	207.620	206.814
Gasto	5,54	126,40	311,05	405,32	511,27	609,71	685,33	751,39	797,53	891,70	781,68	—

Fuente: IMSERSO, Dirección General de Ordenación Económica de la Seguridad Social.

CUADRO 2.38

**DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE PENSIÓN
NO CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ POR TIPO
DE MINUSVALÍA. DICIEMBRE DE 2001**

Tipo de minusvalía	Hombres	Mujeres	Total
Físicos	34.532	76.009	110.541
Psíquicos	32.777	34.856	67.633
Sensorial	4.205	12.890	17.095
Otras	6.127	11.215	17.342
N. C. (1)	13.601	22.238	35.839
Total	91.242	157.208	248.540

(1) No consta tipo de minusvalía.

Fuente: IMSERSO.

CUADRO 2.39

**DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE PENSIÓN
NO CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ POR GRADO
DE MINUSVALÍA. DICIEMBRE DE 2001**

Sexo	65-74 %	75 % y más	N. C. (1)	Total
Hombres	67.968	20.109	3.165	91.242
Mujeres	123.099	28.592	5.517	157.208
Total	191.067	48.701	8.682	248.450

(1) No consta tipo de minusvalía.

Fuente: IMSERSO.

femenina, es la mucho mayor concentración de pensiones de invalidez en edades muy avanzadas entre las mujeres, mientras que entre los varones hay muchos menos beneficiarios por encima de los 50 años.

En cuanto al grado y tipo de discapacidad, el 77 por 100 acreditan un grado de discapacidad o enfermedad crónica entre el 65 y el 74 por 100, de los que el 65 por 100 son mujeres.

Prestaciones familiares no contributivas de la Seguridad Social

Como ya se ha comentado con anterioridad, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, actualmente derogada y refundida en el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, modificó sustancialmente las prestaciones familiares por hijo a cargo del sistema de Seguridad Social, estableciendo una modalidad no contributiva de estas prestaciones que incluye a todos aquellos ciudadanos que al no estar incluidos en el campo de aplicación de la Seguridad Social no tenían acceso al hasta entonces sistema de protección familiar.

Con datos a diciembre de 2001, el número de hijos con discapacidad que causaban el derecho a una prestación familiar en la modalidad no contributiva

CUADRO 2.40

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAUSANTES Y DEL GASTO EN PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO A CARGO MINUSVÁLIDO (PHFC). NIVEL NO CONTRIBUTIVO

(Evolución del número de causantes en vigor
en diciembre, 1992-2001)

Años	Hijo <18 años minusv. >= 33%	Hijo >18 años minusv. >= 65%	Hijo >18 años minusv. >= 75%	Total PHFC (no contributiva)
1992	6.036	13.583	1.307	8.926
1993	6.985	2.507	2.022	11.514
1994	6.913	3.549	2.735	13.197
1995	5.793	4.273	3.247	13.313
1996	5.776	5.370	3.915	15.061
1997	5.646	6.193	4.362	16.201
1998	5.510	6.879	4.740	17.129
1999	5.581	7.880	5.222	18.683
2000	5.563	8.816	5.633	20.012
2001	5.543	9.696	6.108	21.347

Fuente: INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social.

ascendía a 21.347. Teniendo en cuenta la edad y grado de discapacidad del hijo causante, predomina la prestación familiar causada por un hijo mayor de 18 años afectado por una minusvalía igual o superior al 65 por 100, alcanzando el 74 por 100 del total. Asimismo se observa el mayor peso porcentual de los hijos que acreditan una minusvalía igual o superior al 75 por 100, y la necesidad de otra persona, que suponen el 28,6 por 100 del total de hijos incluidos en este nivel de protección.

2.5. SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La Constitución Española, en su artículo 49, establece: «Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los amparará especialmente para el disfrute de los derechos que este Título I otorga a los ciudadanos». En virtud de dicho mandato constitucional, los poderes públicos deberán desarrollar las políticas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan disfrutar del conjunto de todos los derechos: sociales, económicos, civiles y culturales.

El referido mandato constitucional tuvo su reflejo en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), significando una primera concreción de ese amparo especial que la Constitución reconoce a las personas con discapacidad, siendo, a su vez, el punto de partida para la realización de una serie de políticas sociales encaminadas a lograr la plena integración y normalización de aquel colectivo.

En el ámbito internacional, la Declaración Universal de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por las Naciones Unidas en 1971 y la Declaración de los Derechos de los Minusválidos del año 1975 son antecedentes normativos de la LISMI. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea recoge en su artículo 24 el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional, y su participación en la vida de la comunidad.

El concepto de servicios sociales es utilizado en el artículo 50 de la Constitución Española con referencia a la tercera edad: «los poderes públicos... promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda cultura y ocio», es decir, el concepto de servicios sociales que recoge la Constitución se corresponde con un concepto amplio de los mismos.

No obstante, la materialización de los llamados derechos sociales recogidos en la Constitución, entre los que se encuentran las estipulaciones de los artículos 49 y 50 de la misma, carecen de la caracterización de verdaderos derechos públicos subjetivos exigibles con base en la norma constitucional, sino que, por el contrario, sólo podrán ser exigidos de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen (art. 53 CE). La consecuencia es que la articulación de dichos derechos se ha llevado a cabo mediante un complejo entramado normativo en el que las diferentes Administraciones han ejercido sus competencias normativas y de ejecución sobre dicha materia, a veces sin el grado de colaboración, cooperación y coordinación debido.

Conforme al régimen de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas sobre esta materia (arts. 148.1.20 y 141.1.17 CE), y en lo que afecta a los servicios sociales, en el sistema de seguridad social existen dos prestaciones de servicios sociales, cuales son el de minusválidos [reeducción y rehabilitación al que hace referencia los arts. 38.1.e) y 53 y 54 de la Ley General de la Seguridad Social] y el de personas de la tercera edad [al que hace referencia el art. 38.1 de dicho texto normativo]. El legislador estatal, en virtud del artículo 149.1.18 CE y a través de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local (LBRL), incluyó entre las competencias que, necesariamente, los municipios tienen que ejercer, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, la prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social [art. 24.2.k)], y al tiempo, dentro de los servicios mínimos obligatorios que necesariamente deben prestar los municipios a sus vecinos, se establece la prestación de servicios sociales en municipios con población superior a 20.000 habitantes (art. 26 LBRL).

Por su parte, las Comunidades Autónomas han procedido a regular la competencia sobre asistencia social que la Constitución, en el artículo 148.1.20, les atribuía, si así los asumían estatutariamente, como competencia exclusiva. Todas las leyes autonómicas de servicios sociales han tenido como finalidad implantar un sistema público de servicios sociales que ponga a disposición de las personas y los grupos en los que se integran recursos, actividades, prestaciones y equipamientos, dotados de una organización para el logro de su eficaz desarrollo. Las citadas leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas distinguen los servicios sociales generales o comunitarios y los especializados. Los primeros están dirigidos a toda la población, mientras que los segundo atienden a colectivos específicos de población en razón a las especificidades de dichos colectivos (infancia, mujer, personas con discapacidad...).

En 1988 el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con cada Comunidad Autónoma estableció, a través de un convenio-programa, una cooperación eco-

nómica y técnica con los Entes Locales. El objetivo consistía en financiar una red básica de servicios municipales que garantizara unas prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad. Al conjunto de la operación se le denomina Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Las prestaciones que garantiza el Plan son las siguientes: información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y convivencia, y prevención e inserción social.

Mientras que la red básica de servicios sociales generales está gestionada por los Entes Locales, los servicios sociales especializados se organizan y gestionan, con titularidad de las Comunidades Autónomas, en función de los colectivos a los que van dirigidos. En lo que afecta a las personas con discapacidad, los equipamientos que habitualmente se prevén son centros de día, residencias, centros ocupacionales, hogares protegidos y centros para personas con discapacidad (rehabilitación médico-funcional, atención psicosocial, formación, recuperación profesional, estimulación precoz).

En todo caso, interesa señalar que la inexistencia de un marco general de contenidos mínimos es todavía un obstáculo al pleno desarrollo de los servicios sociales, razón por la cual el acuerdo entre Comunidades Autónomas y Administración Central con la finalidad de establecer unos criterios básicos para tales servicios es una asignatura pendiente⁸⁰.

En este sentido el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007 prevé el establecimiento, de común acuerdo con las Comunidades Autónomas, de un catálogo básico de prestaciones sociales de atención sociosanitaria, así como la suscripción de un Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para sentar las bases de un modelo de atención sociosanitaria. Igualmente se contempla el compromiso de adoptar Convenios-Programa entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de estas últimas.

Un análisis panorámico del «modelo» de servicios sociales existente en nuestro país permite apreciar una serie de rasgos característicos, que cabría apuntar como sigue:

- Existencia de una pluralidad de programas dirigidos a diversos colectivos (mayores, personas con discapacidad, inmigrantes, mujeres...).

⁸⁰ En su Informe 3/2000, sobre Unidad de Mercado y Cohesión Social, el CES tuvo la ocasión de pronunciarse sobre esta cuestión poniendo de manifiesto la necesidad de promover un acuerdo en la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales.

- Una gestión asimismo plural en la que participan las tres administraciones: Estado, Comunidades Autónomas y Entes Locales, con déficit de coordinación entre los distintos niveles.
- Constatación de una importante presencia del sector privado, bien a través del sector no lucrativo, bien a través del sector privado lucrativo que fundamentalmente desarrolla su actividad en aquellas parcelas donde es previsible la obtención de un rendimiento económico.
- La existencia de ese entramado de actores prestadores de servicios conlleva una complejidad añadida en la relación entre los mismos.
- Asimismo se aprecian importantes diferencias regionales, tanto en el volumen y calidad de los servicios, como en la articulación de la gestión. En este sentido las Comunidades Autónomas más ricas han desarrollado en general, programas más avanzados y con una tasa de cobertura mayor. El cuadro 2.41 muestra los desequilibrios entre las regiones que pertenecen al Plan Concertado (todas menos Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla).

CUADRO 2.41

DATOS SOBRE CATEGORÍAS ESTRUCTURALES Y EQUIPAMIENTOS
(Máximos y mínimos por algunas CCAA)

Categorías estructurales	Máximos por CCAA	Mínimos por CCAA
Cobertura	28.536 hab./UTS en Madrid, 80 municipios/proyecto en Castilla y León. 70.000 hab./proyecto CSS en Cataluña, La Rioja o Madrid.	2.647 hab./UTS en Extremadura. 1-5 municipios/proyecto en Andalucía. 13.000 a 20.000 hab./proyecto CSS en Aragón y Canarias.
Gasto	2.501-3.000 ptas./hab. en Castilla-La Mancha y Castilla y León.	1.000-1.500 ptas./hab. en Cantabria y Madrid.
Trabajadores	4.001-4.500 hab./trabajador en Madrid. Salario/trabajador: 3-4 millones en resto CCAA.	500-1.000 hab./trabajador en Galicia. Salario/trabajador: 2-3 millones en Baleares, Cantabria y C. Valenciana.
Equipamientos	Máximos por CCAA	Mínimos por CCAA
Información	17,25 de usuarios sobre el total de la población en Andalucía. 1.000 ptas./usuario en La Rioja y Cantabria.	13,04 % de usuarios sobre el total en Cataluña. 500 ptas./usuario en Baleares, Canarias y Murcia.
Apoyo a la unidad convivencial y SAD	19,86 % de los 203.414 usuarios en Castilla y León. 239.420 ptas./usuario en Cantabria. Gestión: concertada (33 % en Andalucía) y contrato empresa lucrativa (31 % en Andalucía).	12,09 de los 203.414 usuarios en Andalucía. 23.292 ptas./usuario en La Rioja. Gestión: concertada (10 % Castilla-La Mancha) y contrato empresa lucrativa (12 % Canarias).

CUADRO 2.41 (Continuación)

Categorías estructurales	Máximos por CCAA	Mínimos por CCAA
Equipamiento		
Alojamiento alternativo	27,75 % de los 97.508 usuarios en Andalucía. 50.000-60.000 ptas./usuario en La Rioja y Madrid (650.000/usuario en Cantabria).	18,10 % de los 97.508 usuarios en Cataluña. 10.000 ptas./usuario en Aragón y Baleares.
Prevención e inserción social	26,50 % de 1.151.013 usuarios en Andalucía. 20.000-25.000 ptas./usuario en La Rioja y Madrid (71.183 ptas./usuario en Asturias).	21,81 % de 1.151.013 usuarios en Castilla-La Mancha. 1.000-5.000 ptas./usuario en Aragón y Baleares.
Fomento de la solidaridad y cooperación social	52,49 % de 4.723 actividades en Andalucía (37,36 % de 77.083.100 ptas. de coste). 35,12 % de 8.983 voluntarios en Andalucía. 42,42 % de 2.201.415.758 ptas. de gasto en Andalucía (1.301 entidades).	13,15 % de 4.723 actividades en Castilla y León (12,53 % de 77.083.100 ptas. de coste). 19,50 % de 8.983 voluntarios en Castilla y León. 14,23 % de 2.201.415.758 ptas. de gasto en Castilla y León (1.166 entidades). 14,26 % de 2.201.415.758 ptas. de gasto en Murcia (300 entidades).
Albergues y centros de acogida	1.000.000-1.200.000 ptas./plaza albergue en Aragón (1.500.000 en Andalucía). 6.000.000 ptas./plaza Centro para Mujeres en Aragón.	650.000-700.000 ptas./plaza albergue en Canarias y Galicia.

Fuente: Gutiérrez Resa (2001), con base en la *Memoria del Plan Concertado, 1998-1999*.

2.5.1. Prestaciones

- Prestación de servicios sociales del sistema de Seguridad Social a favor de los minusválidos (reeducación y rehabilitación).

La prestación se realiza a través de los siguientes centros:

- Centros Base.
- Centros de Atención a Minusválidos Físicos (CAMF).
- Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF).
- Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos (CAMP).
- Centros Ocupacionales (CO).

Los CAMF y los CRMF son centros de gestión centralizada por la Administración del Estado (IMSERSO), bien directamente o mediante centros con-

certados. Los Centros Base, los CAMP, y los CO son centros gestionados por las Comunidades Autónomas.

- Prestaciones básicas de servicios sociales en Corporaciones Locales (Plan Concertado).
- Centros de Servicios Sociales: equipamientos de carácter comunitario, dotados de los equipos técnicos, incluidas las unidades básicas de trabajo social o denominación similar, y los medios necesarios que den soporte a las prestaciones básicas:
 - Centros de acogida.
 - Albergues.
 - Oficinas o servicios de información.
 - Comedores sociales.
 - Centros de Estancia Diurna.
 - Miniresidencias.
 - Pisos tutelados.

— Servicios Sociales Especializados:

Las Comunidades Autónomas, en virtud de la competencia asumida estatutariamente en materia de asistencia social, y mediante la aprobación de los correspondientes leyes de servicios sociales, han establecido una serie de prestaciones técnicas de los servicios sociales especializados que requieren la creación, organización y gestión de grandes equipamientos o centros residenciales destinados a atender a las personas con discapacidad. La gestión de los correspondientes centros que forman parte de los equipamientos de los servicios sociales especializados es susceptible de una gestión directa por la propia Comunidad Autónoma o bien indirectamente mediante concierto, concesión o cualquier otro mecanismo de gestión indirecta previsto en la normativa aplicable sobre la materia.

Cada servicio social especializado, y sus equipamientos correspondientes, difieren de una a otra Comunidad Autónoma, si bien el servicio social de atención a las personas con discapacidad, con carácter general, suele prestarse a través de los centros de día y centros residenciales en sus diversas modalidades.

La evaluación de los servicios sociales constituye una empresa difícil debido a la gran heterogeneidad de programas aplicados a lo largo del territorio del Estado. Además, las fuentes de información estadística sobre esta temática en su conjunto son deficitarias en razón a su escaso desarrollo en algunas Comunidades Autónomas.

A pesar de ello, se constata el escaso número de centros y, por consiguiente, su deficitaria cobertura prestacional, así como su inadecuación a las actuales necesidades de los colectivos que se pueden beneficiar de sus servicios.

En una aproximación a los datos que presentan estos centros cabría apuntar lo siguiente:

— Centros para personas con discapacidad IMSERSO:

- En el ámbito de gestión del IMSERSO y conforme a datos de su Memoria referidos al año 2001, el Instituto cuenta con dos *Centros Base* de gestión directa en Ceuta y Melilla, en los que se desarrolla, fundamentalmente, un programa de atención básica a personas con discapacidad, consistente en la prestación de servicios de información, diagnóstico, valoración y calificación de las personas afectadas de una discapacidad física, psíquica o sensorial, elaborando programas individuales de recuperación y tratamiento básico en régimen de ambulatorio.
- En cuanto a *Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF)*, el IMSERSO gestionaba en el año 2001 cinco, con un total de 621 plazas (511 de internado y 110 de media pensión o ambulatorio). Estos centros son de ámbito nacional que, partiendo de un enfoque integrado de la rehabilitación, prestan un conjunto de servicios recuperadores de contenido médico-funcional, psicosocial y de orientación y formación profesional ocupacional para personas con discapacidad física o sensorial en edad de trabajar.
- Los *Centros de Atención a Minusválidos Físicos (CAMF)* son centros de ámbito nacional destinados a la atención integral, en régimen de internado y media pensión, de aquellas personas con discapacidades físicas que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentran serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en sus necesidades básicas de las actividades de la vida diaria en régimen familiar o domiciliario. El IMSERSO gestionaba directamente en el 2001 cinco CAMF con un total de 645 plazas, 580 de internado y 65 de media pensión, existiendo otras 16 plazas concertadas en régimen de estancias temporales.
- En relación a los *Centros de Atención Especializada de Minusválidos Psíquicos (CAMP)*, el IMSERSO, en el año 2001, tenía 205 plazas concertadas de internado. Estos centros están dedicados a la atención y asistencia de personas con discapacidad psíquica que, por su afección grave, exigen tratamientos idóneos para lograr, hasta donde sea posi-

ble, su habilitación para tareas de la vida diaria, evitando, al mismo tiempo, su mayor deterioro. Funcionan en régimen de internado, media pensión y ambulatorio, y su gestión corresponde, como anteriormente se ha señalado, a las Comunidades Autónomas.

- Los *Centros Ocupacionales* están transferidos, asimismo, a las Comunidades Autónomas, existiendo, no obstante, con datos de 2001, 76 plazas concertadas con el IMSERSO. Estos centros tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a personas con discapacidad, en edad de trabajar, cuya minusvalía les impida integrarse en una empresa o en un Centro Especial de Empleo. Funcionan en un régimen de internado y media pensión.
- El IMSERSO acoge un programa de estancias temporales en centros residenciales, que en el año 2001 atendió a 44 beneficiarios, habiéndose cursado 58 solicitudes.
- El programa de vacaciones del IMSERSO tiene por objeto lograr la máxima integración personal y social de las personas con discapacidad mediante su participación en viajes de vacaciones lo más normalizados posible. En estos programas, además del beneficiario minusválido, participan los monitores precisos y los acompañantes de las personas con dificultades para actividades de la vida diaria. Con carácter excepcional, pueden asistir los hijos de los beneficiarios menores de 16 años, siempre que justifiquen su necesidad. El número de turnos de vacaciones desarrollado con cargo a la convocatoria de 2001 fue de 258, con un total de 7.305 participantes.

El Programa de termalismo tiene por objeto favorecer la calidad de vida y autonomía de las personas discapacitadas mediante su tratamiento termal en balnearios. El número de turnos de termalismo desarrollado con cargo a la convocatoria de 2001 fue de 7, con un total de 279 participantes.

— Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales:

El Plan Concertado iniciado en 1988 es un logro de especial relevancia entre las tres Administraciones (Central, Autonómica y Local) y cuya finalidad consistía en el desarrollo de una red básica de los servicios sociales de atención primaria, desde la perspectiva metodológica y técnica de la concentración y cooperación de las tres administraciones. La red de equipamientos quedaría constituida por centros de servicios sociales, albergues y centros de acogida, y los objetivos a conseguir serían los de información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y convivencia, y prevención e inserción social. El Plan Concertado incorpora a todas las Comunidades Autónomas, con la excepción del País Vasco y Navarra.

Los Convenios-Programa entre Ministerio de Asuntos Sociales (en la actualidad Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y las Comunidades Autónomas establecieron cuatro compromisos: compromiso de cofinanciación, de gestión, de información y de asistencia técnica.

El cuadro 2.42 ofrece información sobre la evolución de la aportación económica de las diversas Administraciones Públicas al Plan Concertado, observándose cómo las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales han ido reduciendo su aportación y creciendo la aportación de las Corporaciones Locales.

CUADRO 2.42
**EVOLUCIÓN DE LA APORTACIÓN ECONÓMICA DE LAS DIVERSAS
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (PLAN CONCERTADO)**
(En porcentaje)

Crédito asignado por	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999	2000
MTAS	26	26	24	18	20	17	20	17
CCAA	33	33	32	28	30	27	31	26
Corp. Locales	41	40	40	51	50	56	49	57
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
(Millones de ptas.)	(5.830)	(21.291)	(33.854)	(46.738)	(63.835)	(69.581)	(64.519)	(83.000)

Fuente: Gutiérrez Resa (2001), con base en *Anuarios del Plan Concertado*.

El número de municipios incluidos en el Plan Concertado, en el año 2000, asciende a 6.536, es decir, un 86 por 100 de los correspondientes al total de las Comunidades Autónomas concertantes. El porcentaje respecto a la cobertura poblacional de estos municipios se eleva hasta el 97 por 100.

Conforme a la Memoria del Plan concertado del año 2000, 186.125 discapacitados fueron usuarios de prestaciones de información y orientación; 17.192 fueron usuarios de la prestación de apoyo en la unidad convivencial y ayuda a domicilio; 2.125 usuarios de la prestación de alojamiento alternativo y 27.777 usuarios de la prestación de actuaciones específicas de prevención e inserción social⁸¹.

⁸¹ Este conjunto de actuaciones responde a la necesidad de prevenir la marginación y sus causas, así como favorecer procesos de participación e integración social de las personas y colectivos desfavorecidos.

CAPÍTULO 3

OTRAS POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN

3.1. POLÍTICAS DE ACCESIBILIDAD

3.1.1. Marco político-legislativo

Las personas con discapacidad han de enfrentarse cada día a múltiples barreras y obstáculos físicos, sociales y de información, derivados de la propia organización de la sociedad que, en suma, impiden o limitan un disfrute pleno de sus derechos civiles, políticos, económicos y culturales.

A escala europea, la Comunicación de la Comisión Europea «Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad»⁸² plantea el desarrollo y apoyo a una estrategia integrada global a la hora de abordar las barreras sociales, arquitectónicas y de diseño que restringen el acceso de los discapacitados a las oportunidades sociales y económicas. Asimismo, deben reseñarse otras iniciativas comunitarias en esta materia, tales como: la Resolución del Consejo de 6 de febrero de 2003, sobre «accesibilidad electrónica», dirigida a mejorar el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad del conocimiento⁸³, y la Resolución

⁸² COM (2000) 284.

⁸³ DOCE, C 39, de 18 de febrero de 2003.

del Consejo de 6 de mayo de 2003, sobre accesibilidad de las infraestructuras y las actividades culturales para las personas con discapacidad ⁸⁴.

Por lo que se refiere a España, la Ley de Integración Social de Minusválidos, Ley 13/1982, vino a regular diferentes medidas, innovadoras en su momento, con las que dar una respuesta integral a las necesidades de los discapacitados. En este sentido, comprende, entre otras, diversas previsiones en materia de movilidad y barreras arquitectónicas (arts. 54 a 61), enfocadas especialmente al desarrollo de normas urbanísticas y arquitectónicas que posibiliten la accesibilidad y utilización de edificios y otros espacios, ya sean de propiedad pública o privada, por las personas discapacitadas ⁸⁵, así como a la adaptación progresiva de los transportes públicos colectivos o a la adopción de medidas que faciliten el estacionamiento de los vehículos de las personas discapacitadas con graves problemas de movilidad.

Frente al carácter orientativo de las anteriores medidas, destaca la concreta obligación de que los proyectos de vivienda protegida, o cualesquiera otros proyectos de viviendas promovidos o subvencionados por las Administraciones Públicas, programen un mínimo del 3 por 100 con las suficientes características constructivas ⁸⁶ que faciliten el acceso de las personas con discapacidad, así como el desenvolvimiento normal de sus actividades motrices y su integración social.

Con todo, la LISMI se encontraría superada por nuevas circunstancias sociales, mostrándose, tras más de veinte años de su aprobación, insuficiente para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad, quienes reivindican el establecimiento de las condiciones que deben cumplir los entornos, productos y servicios para su uso por todas las personas, sin perjuicio de las adaptaciones oportunas.

En este sentido, la accesibilidad al entorno por parte de las personas con discapacidad vendría a configurarse como un principio transversal que afectaría a los siguientes campos ⁸⁷:

⁸⁴ DOCE, C 134, de 7 de junio de 2003.

⁸⁵ En cuadro Anexo se recoge relación normativa, estatal y autonómica, sobre accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

⁸⁶ La LISMI cita, expresamente, la instalación de ascensores con capacidad para transportar simultáneamente una silla de ruedas de tipo normalizado y una persona no discapacitada.

⁸⁷ Carlos Rubén Fernández Gutiérrez, «La igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias», *Documentación Social*, núm. 130, 2003.

1. *Empleo y ocupación*: condiciones de acceso al empleo —criterios de selección, contratación y promoción— y condiciones de accesibilidad del entorno laboral y del puesto de trabajo.
2. *Sociedad de la Información*: telecomunicaciones; acceso y uso de la red; tecnologías, productos y servicios.
3. *Espacios urbanos y vivienda*.
4. *Transporte*.
5. *Bienes y servicios a disposición del público*: servicios y prestaciones sanitarias y educativas, prestaciones de Seguridad Social y servicios sociales; servicios del ámbito de la justicia; servicios comerciales, financieros y de seguros; servicios culturales, deportivos, turísticos y de ocio; medios de comunicación social; objetos y productos para consumo, uso y utilización del público.
6. *Participación ciudadana y relaciones con las Administraciones Públicas*: ejercicio del derecho de sufragio activo y pasivo; información y atención al público; procedimientos y prácticas administrativas; administración electrónica o en línea.

Todo ello da pleno significado a la recién aprobada Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, en la que se definen y articulan los principios de «diseño para todos» y «accesibilidad universal». Esto es, «la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible», presuponiendo la estrategia de diseño para todos y sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.

3.1.2. El I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012

En el marco previsto originariamente por la LISMI se observa una mayor preocupación por el desarrollo de medidas de acción positiva y compensatorias que por una participación integral de los discapacitados en la sociedad. Frente a esta situación, la referida Ley 51/2003 prevé (disposición final cuarta) la aprobación y desarrollo de un Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, cuya ejecución tendría lugar a través de fases de actuación trienal.

Cabe destacar, asimismo, que desde el año 2000 se han venido desarrollando diferentes trabajos en este ámbito, destacando el Libro Verde de la Accesibilidad

en España y un Libro Blanco, no publicado, que ha servido de base para la elaboración de este Plan.

De este modo, el I Plan Nacional de Accesibilidad⁸⁸ constituye la infraestructura sobre la que establecer pautas de actuación. Así, entre sus principales líneas caben destacar las siguientes: establece una serie de objetivos y una metodología transversal; se apoya en la acción coordinada de las Administraciones Públicas y en la iniciativa del IMSERSO; pretende comprometer tanto al sector público como al privado, y, en último término, incentiva especialmente la participación de las personas implicadas en su desarrollo y ejecución.

Como diagnóstico, se parte de la situación del sistema de accesibilidad en España con respecto al marco normativo y ámbito institucional, y se describe a los beneficiarios potenciales de las mejoras propuestas, analizando también su distribución territorial. En este orden de ideas, el análisis de la situación por sectores (comunicación, transportes, edificación y urbanismo) permite agrupar los problemas detectados en cuatro grupos:

1. Estructurales, relativos a la escasa consideración de la accesibilidad en la configuración de las ciudades y diseño de planes urbanísticos.
2. De diseño urbano, donde se expone la misma problemática con respecto a los proyectos y ejecución de la urbanización.
3. De mantenimiento, relativas a la ausencia de consideración de esta problemática en las tareas incluidas en esta categoría.
4. De incumplimiento cívico y normativo, que denuncia el uso inadecuado de las zonas urbanas comunes, lo que repercute en un incremento de las dificultades a la accesibilidad.

En este sentido, se denuncian algunos aspectos como la escasa formación de los técnicos y profesionales responsables de estos ámbitos, la falta de concienciación ciudadana o la reducida participación de los afectados en los procesos de planificación, diseño y control del espacio urbano.

Los principios del Plan están divididos en dos categorías: generales, o aquellos que se encuadran ideológicamente en el Plan (igualdad de oportunidades, vida independiente, sostenibilidad y participación), y operativos y de actuación, más concretos (subsidiariedad, coordinación interadministrativa, equilibrio territorial, transversalidad, flexibilidad, ordenación, integralidad de actuaciones, racionalidad de ajustes, supervisión y control, y publicidad de actuaciones).

⁸⁸ I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, *Por un nuevo paradigma, el diseño para todos, hacia la plena igualdad de oportunidades*, julio de 2003.

Las líneas de actuación del Plan se delimitan en cinco grupos de acción horizontales, que integran y combinan las actuaciones sectoriales siguiendo el principio de «transversalidad». Son las siguientes:

1. Concienciación y formación.
2. Normativa, normas técnicas y guías.
3. Promoción de la investigación, innovación y calidad.
4. Planes y programas.
5. Promoción de la participación.

Desde este punto de vista, se configuran distintas acciones en el marco de cinco objetivos generales que deberán alcanzarse en este período de nueve años. En ese sentido, se les vincula una serie de estrategias, a los que se añade una descripción de las actuaciones propuestas en cada caso (cuadro 3.1).

Por lo que se refiere a la ejecución del Plan, se prevén distintas modalidades de intervención de los principales agentes participantes, tanto públicos como privados, para la aplicación y desarrollo de las actuaciones indicadas. Se añade en este punto una reseña dedicada a las dificultades a las que se enfrenta el Plan para su puesta en marcha, así como los cambios de enfoque que serán previsiblemente necesarios para su aplicación.

Desde el punto de vista práctico, la primera fase de este Plan se plantea como periodo de promoción (2004-2006), desarrollándose, fundamentalmente, una serie de políticas de concienciación social. Asimismo, se establece la distribución anual prevista de las aportaciones económicas del IMSERSO, como entidad promotora para cada línea de actuación, determinándose, incluso, la posibilidad de que otras entidades realicen aportaciones según su grado de implicación.

Finalmente, por lo que se refiere a las vías previstas para su financiación, cabe destacar dos aspectos. En primer lugar, con carácter general, se defiende la necesidad de una concepción adecuada de la accesibilidad, en la que el beneficio social prima sobre los costes de la mejora de la accesibilidad. En segundo lugar, se estima que el compromiso financiero para la ejecución de la primera fase del Plan, referida a su promoción ascenderá a algo más de 120 millones de euros, que serán aportados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del IMSERSO, junto con otras Administraciones Públicas que suscriban convenios con este organismo para el desarrollo de distintas líneas de actuación (cuadro 3.2).

CUADRO 3.1

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DEL I PLAN NACIONAL DE ACCESIBILIDAD

Objetivos	Estrategias
1. Consolidar el paradigma del Diseño para Todos y su implantación en los nuevos productos, entornos y servicios. Difundir el conocimiento y aplicación de la accesibilidad.	1. Concienciación. 2. Formación. 3. Inserción de DpT en estudios universitarios. 4. Inserción del DpT en la educación primaria. 9. Fomento de la calidad. 17. Incorporación de accesibilidad en medios de transporte público.
2. Introducir la accesibilidad como criterio básico de calidad de la gestión pública.	8. Incorporación de la accesibilidad como requisito indispensable para compras y contratos públicos. 12. Promoción de la Lengua de Signos. 15. Adaptación, conservación y mantenimiento de edificios de uso público: oficinas públicas y equipamientos. 18. Promoción de la participación. 9. Fomento de la calidad.
3. Conseguir un sistema normativo para la promoción de la accesibilidad, completo, eficiente y de elevada aplicación en el territorio.	5. Cumplimiento eficaz de la normativa de accesibilidad. 6. Adecuación de la normativa legal de accesibilidad. 7. Incorporación de la accesibilidad en la normativa sectorial.
4. Adaptar progresivamente y de forma equilibrada los entornos, productos y servicios a los criterios de Diseño para Todos.	9. Fomento de la calidad. 13. Mejora de los planes territoriales de promoción de la accesibilidad. 14. Adaptación de edificios de uso residencial. 16. Adaptación, conservación y mantenimiento de edificios de uso público: titularidad privada. 17. Incorporación de la accesibilidad en los medios de transporte públicos. 18. Promoción de la participación.
5. Promover la accesibilidad en las nuevas tecnologías.	9. Fomento de la calidad. 10. Fomento de la investigación y desarrollo técnico. 11. Promoción de servicios y tecnologías para favorecer la accesibilidad sensorial. 18. Promoción de la participación.

Fuente: I Plan Nacional de Accesibilidad.

CUADRO 3.2

**APORTACIONES ECONÓMICAS DEL IMSERSO Y OTRAS ADMINISTRACIONES
PÚBLICAS, POR LÍNEAS DE ACTUACIÓN**
(Período 2004-2006. €)

	2004	2005	2006	Total 2004-2006
Sensibilización y concienciación	1.515.707	1.561.178	1.608.014	4.684.899
Innovación y calidad	5.828.326	6.003.176	6.183.271	18.014.773
Planes y programas de accesibilidad	31.581.344	32.528.784	33.504.648	97.614.776
Total	38.925.377	40.093.138	41.295.932	120.314.448

Fuente: I Plan Nacional de Accesibilidad, 2004-2012.

El desarrollo de planes y programas de accesibilidad es la línea de actuación que recibiría una mayor aportación (81,1 por 100). Una visión desagregada de esta línea permite observar que en ella se agrupan distintas acciones, siendo las referidas a mejora de los planes territoriales de accesibilidad (39,86 millones de €) y a accesibilidad en transporte público las que contarían con una mayor dotación presupuestaria.

En el marco de la referida Ley 51/2003 y del Plan Nacional de Accesibilidad debe mencionarse, por último, el *II Plan de Acción para las personas con discapacidad*, aprobado en el Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2003. Este Plan de Acción vendría a concretar o complementar los principios o directrices de la Ley y del Plan de accesibilidad, a cuyo fin se prevén distintas líneas y medidas, a desarrollar de forma progresiva, articuladas en torno a cinco estrategias relativas a:

- Concienciación y formación en accesibilidad universal y diseño para todos.
- Estudios y desarrollo de normativa legal y técnica.
- I+D+I en tecnologías de apoyo, diseño para todos y e-inclusión.
- Planes y programas prioritarios.
- Participación y cooperación.

Respecto a esta última estrategia, debe destacarse que con ella se pretende movilizar e implicar a las diferentes Administraciones Públicas, organizaciones de personas con discapacidad y a los sectores empresariales en el diseño y desarrollo de actuaciones de accesibilidad y no discriminación. Sin embargo, pese a ese objetivo, debe llamarse la atención sobre el hecho de que ni los interlocutores sociales (organizaciones sindicales y empresariales más representativas) ni el Consejo Económico y Social, como órgano consultivo del Gobierno, han participado en el diseño, gestión y evaluación de estas políticas.

ANEXO

**NORMATIVA SOBRE ACCESIBILIDAD Y SUPRESIÓN
DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS**

Ámbito territorial	Legislación
Estatal	— Plan Estatal de Accesibilidad. — Real Decreto 355/1980, de 25 de enero, sobre reserva y situación de las viviendas destinadas a minusválidos. — Orden de 3 de marzo de 1980, por la cual se regula las características de accesos, aparatos elevadores y acondicionamiento interior de las viviendas destinadas a minusválidos. — Resolución de 5 de octubre de 1985, de normas de supresión de barreras arquitectónicas en edificaciones pertenecientes a los Servicios Comunes de la Seguridad Social. — Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. — Ley 15/1995, de 30 de mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
Andalucía	— Decreto 72/1992, de 5 de mayo, por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte de Andalucía. — Decreto 133/1992, de 21 de julio, por el que se establece el Régimen Transitorio en la aplicación del Decreto 72/1992, de 5 de mayo, por el cual se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas. — Orden de 5 de septiembre, por la que se aprueba el modelo de ficha para la justificación del cumplimiento del Decreto de 5 de mayo de 1992, de normas técnicas para accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte. — Orden de 10 de enero de 2000, por la cual se convocan ayudas a las comunidades de propietarios de edificios de viviendas para la instalación y eliminación de barreras arquitectónicas en el acceso a los mismos. — Orden de 9 de julio de 2001, por la que se establecen y regulan subvenciones destinadas a las Entidades Locales para la elaboración de planes de accesibilidad en materia de eliminación de barreras urbanísticas. — Orden de 18 de enero de 2002, por la que se aprueba el modelo y procedimiento de concesión de la tarjeta de aparcamiento de vehículos para personas con movilidad reducida.

ANEXO (Continuación)

Ámbito territorial	Legislación
Aragón	— Acuerdo de 25 de mayo de 1984, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba la Ordenanza de supresión de barreras arquitectónicas (Zaragoza). — Ordenanza de supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas (Zaragoza). — Ley 3/1997, de 7 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas, de Transportes y de la Comunicación. — Decreto 19/1999, de 9 de febrero, por el que se regula la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transportes y de la comunicación. — Decreto 108/2000, de 29 de mayo, de modificación del Decreto 19/1999, de 9 de febrero, por el que se regula la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas. — Orden de 15 de junio de 2000, por la que se modifica el modelo de tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad dispuesto en el anexo IV del Decreto 19/1999.
Asturias	— Ley 5/1995, de 6 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras. — Resolución de 10 de junio de 2002, de la Consejería de Asuntos sociales, por la que se crea la Comisión de Discapacidad del Principado de Asturias.
Canarias	— Decreto 227/1997, de 18 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de las Barreras Físicas y de la Comunicación. — Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de las Barreras Físicas y de la Comunicación. — Decreto 148/2001, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 227/1997, de 18 de septiembre, que aprueba el Reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.
Cantabria	— Ley 3/1996, de 24 de septiembre, sobre Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación. — Orden de 17 de julio de 2002, por la que se crea la Tarjeta Acreditativa del Grado de Minusvalía.
Castilla y León	— Ordenanza de Accesibilidad Integral para el Municipio de Salamanca.
Castilla-La Mancha	— Ley 1/1994, de 24 de mayo, de Accesibilidad y Eliminación de Barreras en Castilla-La Mancha. — Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, del Código de Accesibilidad. — Orden de 7 de abril, por la que se desarrolla el Decreto 71/1985, de 9 de julio, sobre eliminación de barreras arquitectónicas.

ANEXO (Continuación)

Ámbito territorial	Legislación
Cataluña	— Ordenanza Municipal sobre supresión de barreras arquitectónicas en la vía pública (Barcelona). — Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas. — Decreto 135/1995, de 24 de marzo, de desarrollo de la Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de Promoción de Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas, y de aprobación del Código de accesibilidad. — Decreto 204/1999, de 27 de julio, por el que se da nueva redacción al Capítulo 6 del Decreto 135/1995, de 24 de marzo, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas, y de aprobación del Código de accesibilidad.
Ceuta	— Ordenanza para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de la comunicación.
Comunidad Valenciana	— Decreto 193/1988, de 12 de diciembre, por el que se aprueban las «Normas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas». — Ley 1/1998, de 5 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas y de la Comunicación.
Extremadura	— Ley 8/1997, de 18 de junio, de Promoción de la Accesibilidad. — Decreto 153/1994, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Promoción de la Accesibilidad. — Decreto 20/2001, de 23 de enero, por el que se crea el Consejo Regional de Personas con Discapacidad.
Galicia	— Ley 8/1997, de 20 de agosto, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas. — Decreto 35/2000, de 28 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo y ejecución de la Ley de Accesibilidad y Supresión de Barreras.
Islas Baleares	— Ley 3/1993, de 4 de mayo, para la mejora de la accesibilidad y supresión de las barreras arquitectónicas. — Decreto 215/1996, de 12 de diciembre, sobre concesión de subvenciones para la supresión de las barreras arquitectónicas.
La Rioja	— Decreto 38/1998, de 16 de septiembre, sobre eliminación de barreras arquitectónicas. — Decreto 21/1989, de 7 de abril, por el que se modifica el Decreto 38/1988, de 16 de septiembre, sobre eliminación de barreras arquitectónicas. — Ley 5/1994, de 19 de julio, de Supresión de Barreras Arquitectónicas y Promoción de la Accesibilidad. — Decreto 19/2000, de 28 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Accesibilidad en relación con las Barreras Urbanísticas y Arquitectónicas, en desarrollo parcial de la Ley 5/1994, de 19 de julio.

ANEXO (Continuación)

Ámbito territorial	Legislación
Madrid	— Ordenanza sobre supresión de barreras arquitectónicas en las vías públicas y espacios públicos de Madrid. — Ley 8/1993, de 22 de junio, sobre Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas. — Decreto 153/1994, de 13 de noviembre, por el que se establece el Régimen Jurídico del Fondo para la Supresión de Barreras y Promoción de la Accesibilidad. — Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de las Barreras Arquitectónicas. — Decreto 141/1998, de 30 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se regulan las ayudas públicas destinadas a la eliminación de barreras y a la promoción de ayudas técnicas. — Ley 23/1998, de 21 de diciembre, por la que se regula el acceso de las personas ciegas o con deficiencia visual usuarios de perro guía al entorno.
Murcia	— Decreto 39/1987, de 4 de junio, sobre supresión de barreras arquitectónicas. — Orden de 15 de octubre de 1991, sobre supresión de barreras arquitectónicas en espacios públicos y edificación. — Ley 5/1995, de 7 de abril, de Condiciones de Habitabilidad en Edificios de Viviendas y de Promoción de Accesibilidad en General. — Orden de 17 de noviembre de 1997, por la que se desarrolla el artículo 15 del Decreto 66/1996, de 2 de agosto, y se adapta el procedimiento para la valoración y calificación de minusvalía.
País Vasco	— Decreto 59/1981, de 23 de marzo, sobre normativa para la supresión de barreras urbanísticas — Decreto 16/1983, de 19 de diciembre, sobre normativa para la supresión de barreras arquitectónicas. — Decreto 298/1985, de 26 de diciembre, de criterios para adaptación de los edificios, establecimientos e instalaciones de la Junta y sus empresas públicas al Decreto de 5 de mayo de 1992. — Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la promoción de la accesibilidad. — Orden de 26 de diciembre de 2000, por la que se regula la concesión de subvenciones a Ayuntamientos y otras Instituciones Menores para la elaboración de planes de accesibilidad y para la ejecución de obras de mejora y la adquisición de equipamiento. — Decreto 126/2001, de 10 de julio, por el que se aprueban las Normas Técnicas sobre Condiciones de Accesibilidad en el Transporte.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. LA TUTELA DE LOS DERECHOS Y LA PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

3.2.1. Tutela y curatela. Entidades tutelares

La declaración de la incapacidad persigue la protección de quien sufre una enfermedad psíquica o física que le impide gobernarse por sí mismo, precisando, en consecuencia, de la asistencia o representación de otra persona que asuma su guarda y cuidado.

La sentencia declarativa de incapacidad deberá establecer el tipo de guarda a que se somete el incapaz. Concretamente, podrá nombrar un tutor cuando por el tipo de incapacidad de que se trate sea necesaria la intervención de un representante legal (que sustituya al incapacitado en la realización de actos jurídicos), o bien podrá nombrar un curador si se considera que el incapacitado necesita sólo un complemento de capacidad, alguien que le asista y aconseje a la hora de prestar su consentimiento en la realización de determinados actos; es decir, si hay curatela, el que actúa es el incapacitado, aunque asistido por el curador.

El Título X del Libro I, «De las personas», del Código Civil, regula, bajo el epígrafe «De la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados», las distintas instituciones jurídicas de tutela en sentido amplio.

Las instituciones de guarda de los incapacitados son:

- La tutela.
- La curatela.
- El Defensor Judicial.

También hay que mencionar como institución la guarda de hecho, que produce en ocasiones ciertos efectos legales favorables para el presunto incapaz.

Tutela

La tutela es la más común de las formas establecidas de protección para las personas incapacitadas. A pesar de las últimas modificaciones efectuadas por la Ley de Enjuiciamiento Civil, la tutela sigue siendo una institución de regulación compleja.

Tal y como dispone el artículo 222 del Código Civil, estarán sujetos a tutela los incapacitados cuando se haya así establecido mediante sentencia judicial. La tutela se ejerce en beneficio del tutelado y puede tener por objeto el cuidado y protección tanto de la persona como de los bienes del incapacitado, o bien el cuidado de aquella o de estos exclusivamente. La obligación de velar por el tutelado requiere proporcionarle alimentos, asistencia sanitaria, alojamiento, integración en la comunidad y todo aquello que pueda redundar en una mejor calidad de su vida.

Esta figura jurídica tiene un carácter eminentemente familiar en sus orígenes, pero, por la evolución de las relaciones familiares, se ha judicializado y el papel del juez es mucho más importante ahora que en épocas pasadas. Con la reforma del Código Civil de 24 de octubre de 1983 se eliminaron la figura del protutor y el consejo de familia. Actualmente, según dispone el artículo 271 del Código, el tutor debe pedir autorización al juez para la mayor parte de los actos que realiza en lugar del tutelado.

Tutor es la persona que vela y cuida de la persona y/o de los bienes del incapacitado, bajo la supervisión preceptiva del juez y la vigilancia del Ministerio Fiscal (art. 232 CC). Además, tanto el juez como el Ministerio Fiscal tienen facultades no sólo durante la tutela, sino también antes de su constitución y después de la misma en cuestiones tales como juzgar la idoneidad de una persona para ser tutor, o aprobar las cuentas que el tutor presente al acabar su función, etc.

La institución de la tutela se constituye como un deber para quien ha de cumplir con ella, del que sólo podrá excusarse en los supuestos legalmente previstos, tales como razones de edad, ocupación o enfermedad, o falta de vínculos con el tutelado, puesto que permitir excusarse en otros casos sería dejar en manos del tutor su propio deber. De esta forma, quien es apto para el cargo puede no entrar en él, o bien dejarlo, si la causa motivo de la excusa sobreviene después.

Los tutores pueden ser una o varias personas, tanto físicas como jurídicas. Respecto a las personas jurídicas, no deben tener finalidad lucrativa y entre sus fines debe figurar la protección de menores e incapacitados.

Para el nombramiento como tutor de una persona física ésta deberá encontrarse en el pleno ejercicio de sus derechos civiles y no estar incurso en alguna causa de inhabilidad de las recogidas en los artículos 243 y siguientes del Código Civil: privación o suspensión en el ejercicio de la patria potestad, total o parcialmente, de los derechos de guarda y educación por resolución judicial; haber sido removido de una tutela anterior; haber sido condenado por delito en los términos específicamente establecidos, etc.

La inhabilitación sobrevenida da lugar también a que el tutor deje el cargo o a que se le expulse de él. La remoción del tutor, o su cese a propia instancia, la decreta el juez.

En cuanto al tutor persona física, el Código propone al juez una lista u orden de preferencias entre los parientes más cercanos al incapacitado (art. 234), sin perjuicio de que pueda prescindir de todos ellos y nombrar al sujeto que crea más conveniente para el tutelado. Este orden da preferencia para ser tutor al cónyuge que conviva con el tutelado, a los padres en segundo lugar, a la persona designada por los padres en testamento (o escritura pública), y, finalmente, al descendiente, ascendiente o hermano que designe el juez.

En cuanto a los derechos del tutor, en el ejercicio de su función le son indemnizables los daños y perjuicios que sufra, sin culpa de su parte, con cargo a los bienes del tutelado (art. 220 CC). También podrá tener derecho a una retribución, según lo dispuesto en el artículo 274 del Código Civil.

Hay otras cuestiones específicas relacionadas con la tutela y con su ejercicio, pero su estudio en profundidad exige una remisión al Código Civil.

Curatela

Esta figura jurídica, suprimida como institución autónoma, fue reintroducida en nuestro Derecho por la modificación del Código Civil en la materia mediante la Ley de 24 de octubre de 1983, si bien su papel se desempeñaba de otros modos.

La curatela se diferencia de la tutela en sentido estricto en su finalidad de proteger al sometido a ella no mediante ponerlo permanentemente bajo la guarda de alguien que lo ampare y represente, sino a través de la intervención del curador en ciertos actos del curatelado en los que obra éste pero necesita que intervenga el curador que, prestando su asentimiento, completa la capacidad, insuficiente para el concreto acto, del curatelado.

En el caso de los incapacitados, tal y como se dispone en el artículo 289, la curatela tiene por objeto la asistencia o complementación de la capacidad del curatelado para aquellos actos que expresamente imponga la sentencia que la haya establecido en atención a su grado de discernimiento.

Son aplicables a los curadores las normas sobre nombramiento, inhabilidad, excusa y remoción de los tutores (art. 291 CC).

Otras figuras

Finalmente, cabe mencionar las dos instituciones de guarda restantes, a las que se dedican los Capítulos IV y V del Libro I del Código Civil.

— El defensor judicial:

Se trata de un cargo transitorio de amparo y representación de los incapacitados en ciertos casos: choque de intereses del incapacitado con sus tutores o curadores, o bien porque una causa transitoria impidiera a un tutor o curador ejercer sus funciones.

El nombramiento del defensor judicial lo realiza el juez a favor de la persona que estime más idónea.

— La guarda de hecho:

Esta institución está regulada en los artículos 303 y siguientes del Código Civil.

Además del deber de promover la incapacitación de quien corresponda y la constitución de las instituciones de guarda cuando proceda, si la autoridad judicial tiene conocimiento de la existencia de algún caso en que exista un guardador de hecho, es decir, de quien en realidad se ocupa de y protege a persona que, sin estarlo, debería estar sometida a un guardador establecido legalmente, podrá requerirle para que informe de la situación de la persona y los bienes del presunto incapaz y de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer las medidas de control y vigilancia que considere oportunas.

Todo ello, sin duda, sólo mientras que no se establezca la guarda legal que corresponda, pues ésta debe ser promovida y el juez no puede abstenerse de hacerlo.

3.2.2. Patrimonio protegido

Con fecha de 19 de noviembre de 2003 se ha publicado en el *Boletín Oficial del Estado* la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, *de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad*.

El objetivo de esta ley consiste en regular nuevos mecanismos de protección de la personas con discapacidad, centrados en un aspecto esencial de esta protección, el patrimonial, y sin perjuicio de que la regulación contenida en esta ley se entiende como supletoria de las disposiciones que pudieran haberse aprobado en las Comunidades Autónomas con derecho civil propio, las cuales tienen aplicación preferente.

No hay ninguna duda sobre el hecho de que uno de los elementos que más repercuten en el bienestar de las personas con discapacidad es la existencia de medios económicos a su disposición, suficientes para atender las específicas necesidades vitales de las mismas. La supervivencia de muchas personas con discapacidad a sus progenitores, debido a la mejora de asistencia sanitaria y a otros factores, y nuevas formas de discapacidad como las lesiones cerebrales y medulares por accidentes de tráfico, enfermedad de Alzheimer y otras, hacen aconsejable que la asistencia económica a la persona con discapacidad no se haga sólo con cargo al Estado o a la familia, sino con cargo al propio patrimonio que permita garantizar el futuro del minusválido en previsión de otras fuentes para costear los gastos que deben afrontarse.

Con esta norma se regula una nueva masa patrimonial, sin personalidad jurídica propia, llamada patrimonio especialmente protegido de las personas con discapacidad, la cual queda inmediata y directamente vinculada a la satisfacción de las necesidades vitales de una persona con discapacidad, favoreciendo la constitución de este patrimonio y la aportación a título gratuito de bienes y derechos a la misma. Se trata de un patrimonio de destino, en cuanto que las distintas aportaciones tienen como finalidad la satisfacción de las necesidades vitales de sus titulares.

Los bienes y derechos que forman este patrimonio se aíslan del resto del patrimonio personal de su titular-beneficiario, sometiéndolos a un régimen de administración y supervisión específico.

Los beneficiarios de este patrimonio pueden ser, exclusivamente, las personas con discapacidad afectadas por unos determinados grados de minusvalía, y ello con independencia de que concurran o no en ellas las causas de incapacitación judicial contempladas en el artículo 200 del Código Civil y de que, concurriendo, tales personas hayan sido o no judicialmente incapacitadas.

La constitución del patrimonio corresponde a la propia persona con discapacidad que vaya a ser beneficiaria del mismo o, en caso de que ésta no tenga capacidad de obrar suficiente, a sus padres, tutores o curadores de acuerdo con

los mecanismos generales de sustitución de la capacidad de obrar regulados por el ordenamiento jurídico, o bien a su guardador de hecho, en el caso de personas con discapacidad psíquica.

La constitución requiere de una aportación originaria de bienes y derechos, si bien una vez constituido el patrimonio cualquier persona con interés legítimo puede realizar aportaciones al mismo, previéndose incluso la posibilidad de que tanto las aportaciones simultáneas a la constitución del patrimonio protegido como las posteriores puedan hacerse a pesar de la oposición de los padres, tutores o curadores, cuando así lo estime el juez por convenir al beneficiario del patrimonio. En todo caso, las aportaciones de terceros deberán realizarse siempre a título gratuito.

Además, y entendiendo por tercero cualquier persona distinta del beneficiario del patrimonio, incluidos los padres, tutores o curadores, constituyentes del mismo, el aportante podrá establecer el destino que a los bienes o derechos aportados deba darse una vez extinguido el patrimonio protegido, determinando que tales bienes o derechos reviertan en el aportante o sus herederos o dándoles cualquier otro destino lícito que estime oportuno. Sin embargo, esta facultad del aportante tiene un límite, ya que la salida del bien o derecho aportado del patrimonio protegido tan sólo podrá producirse por extinción de éste, lo que elimina la posibilidad de afecciones de bienes y derechos a término.

Por lo que respecta a la extinción del patrimonio protegido, y dejando al margen el caso especial de que el juez pueda acordar la extinción del mismo cuando así convenga al interés de la persona con discapacidad, sólo se produce por muerte o declaración de fallecimiento de su beneficiario o al dejar éste de padecer una minusvalía en los grados establecidos por la ley.

En cuanto a la administración y disposición del patrimonio, la regla general es que todos los bienes y derechos, cualquiera que sea su procedencia, se sujetan al régimen de administración establecido por el constituyente del patrimonio, el cual tiene plenas facultades para establecer las reglas de administración que considere oportunas, favoreciéndose de esta forma que la administración pueda corresponder a entidades sin ánimo de lucro especializadas en la atención a las personas con discapacidad. No obstante, se requerirá autorización judicial para algunas situaciones que se describen en la ley.

La supervisión de la administración del patrimonio protegido es un aspecto fundamental de la nueva regulación. Como regla general, se destaca el hecho de que el constituyente puede establecer las reglas de supervisión y fiscalización

de la administración del patrimonio que considere oportunas. En segundo lugar, la supervisión institucional del patrimonio protegido corresponde al Ministerio Fiscal, respecto del cual se prevén diversos tipos de actuaciones en la Ley. Además, la ley crea la Comisión de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad, cuya función básica es ser un órgano externo de apoyo, auxilio y asesoramiento del Ministerio Fiscal en el ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de las demás que reglamentariamente pudieran atribuírsele. Dada la importancia de esta Comisión, y la especialización que sus funciones pueden requerir, se prevé que en ella participen, en todo caso, representantes de la asociación de utilidad pública, más representativa en el ámbito estatal, de los diferentes tipos de discapacidad.

Tratando de mejorar la protección patrimonial de las personas con discapacidad, aumentando las posibilidades jurídicas de afectar medios económicos a la satisfacción de sus necesidades, la ley va más allá de la regulación del patrimonio protegido de las personas con discapacidad, de forma que incorpora varias modificaciones de la legislación vigente, tales como la regulación de la autotutela del Código Civil, es decir, la posibilidad que tiene una persona capaz de obrar de adoptar las disposiciones que estime convenientes en previsión de su propia futura incapacitación, lo cual puede ser especialmente importante en el caso de enfermedades degenerativas, o bien la reforma de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de forma que se legitima al presunto incapaz a promover su propia incapacitación.

En esta línea comentada, se producen asimismo distintas modificaciones del derecho de sucesiones y de la normativa tributaria, con el fin de favorecer las aportaciones a título gratuito a los patrimonios protegidos, reforzando de esta manera los importantes beneficios fiscales que, a favor de las personas con discapacidad, ha introducido la Ley 46/2002, de 18 de diciembre, de reforma parcial del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y por la que se modifican las Leyes del Impuesto sobre Sociedades y sobre la Renta de no Residentes.

En cuanto al régimen tributario aplicable al discapacitado titular del patrimonio protegido por las aportaciones que se reciban en dicho patrimonio, la ley establece que tales aportaciones tendrán la consideración de rendimiento de trabajo hasta el importe de 8.000 euros anuales por cada aportante y 24.250 euros anuales en conjunto cuando el aportante sea contribuyente del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que haya sido gasto deducible en el Impuesto sobre Sociedades de los aportantes con el límite de 8.000 euros anuales, cuando el aportante sea sujeto pasivo de ese Impuesto.

En lo que se refiere al régimen aplicable al aportante al patrimonio protegido, se distinguen dos supuestos según que el aportante sea contribuyente por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o sujeto pasivo del Impuesto sobre Sociedades.

De este modo, en el primer supuesto se prevé que las aportaciones realizadas por los parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado, el cónyuge y los tutores o acogedores, den derecho a practicar una reducción de la base imponible del aportante que podrá alcanzar, para estas aportaciones, un importe máximo de 8.000 euros anuales.

Las reducciones practicadas en la base imponible de los aportantes tendrán, asimismo, un límite conjunto, de manera que el total de las reducciones practicadas por todas las personas que efectúen aportaciones a favor de un mismo patrimonio protegido no podrá exceder de 24.250 euros anuales. A estos efectos, se introduce una cláusula de disminución proporcional de la reducción aplicable en caso de que la concurrencia de varios aportantes supere el límite conjunto establecido.

En cualquier caso, se establece que las aportaciones que excedan de los límites anteriores puedan dar derecho a reducir la base imponible del aportante en los cuatro períodos impositivos siguientes, regla esta que resulta de aplicación tanto a las aportaciones dinerarias como a las no dinerarias.

Cuando la aportación se realice por sujetos pasivos del Impuesto sobre Sociedades a favor de los patrimonios protegidos de los parientes, cónyuges o personas a cargo de los trabajadores del aportante, únicamente tendrán la consideración de rendimiento del trabajo para el titular del patrimonio protegido.

Al objeto de asegurar un adecuado control de los patrimonios protegidos de las personas con discapacidad, se establece la obligación para el contribuyente titular de un patrimonio protegido de presentar una declaración en la que se indique la composición del patrimonio, las aportaciones recibidas y las disposiciones realizadas durante el período impositivo, remitiéndose en este punto a un posterior desarrollo reglamentario.

Como complemento de la exposición realizada sobre el contenido de la Ley 41/2003, hay que destacar que en la sesión ordinaria del Pleno del CES celebrada el día 26 de marzo de 2003 se aprobó el Dictamen 5/2003, sobre el Anteproyecto de Ley de Protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la normativa tributaria con esta finalidad.

Además de realizar una serie de observaciones particulares al articulado, cabe destacar como observaciones generales del Consejo Económico y Social la valoración en términos positivos, por su oportunidad y necesidad, de que se establezca una Ley que contribuya a garantizar al colectivo de personas con discapacidad la disposición de medios económicos mediante la regulación de un patrimonio protegido vinculado a cubrir las necesidades vitales de estas personas.

No obstante, el CES dictaminó que para aquellas personas con discapacidad que no puedan constituir un patrimonio protegido, los poderes públicos deberían establecer a la vez un sistema de protección social reforzado que atienda igualmente de forma satisfactoria sus necesidades. En este sentido, este Consejo es favorable a la articulación de políticas tendentes a proteger y apoyar económicamente al colectivo de personas con discapacidad, pero entiende, en línea con la posición que ha mantenido en relación con otras políticas sociales⁸⁹, que los incentivos fiscales deben ser sólo una pieza e incardinarse de forma coherente dentro de un programa más amplio y general de protección de este colectivo, prestando especial atención a aquellas personas que tengan menor capacidad económica. Asimismo, el CES aprobó una serie de recomendaciones relativas a las modificaciones propuestas en materia de régimen fiscal.

3.3. LA POLÍTICA FISCAL. MEDIDAS FISCALES DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y A SUS FAMILIAS

El sistema tributario español en cumplimiento del artículo 49 de la Constitución ha desplegado una serie de medidas dirigidas a ofrecer una atención especializada para el colectivo de personas con discapacidad que los ampare de una forma especial y asegure el disfrute de los derechos que los principios constitucionales, rectores de la política social y económica, otorgan a todos los ciudadanos.

En tal sentido, se configuran una serie de incentivos y beneficios fiscales otorgados con base en la menor capacidad contributiva de las personas con discapacidad, como es el caso del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o del Impuesto de Sucesiones y Donaciones; bien con el fin de procurar su integración laboral, caso del Impuesto sobre Sociedades o del Impuesto sobre Actividades Económicas, o bien con el fin de lograr su integración social o educativa, como en los supuestos del Impuesto sobre el Valor Añadido, Impuesto Especial

⁸⁹ Véase Dictamen 5/2002, de 29 de mayo, sobre el Anteproyecto de Ley de Reforma parcial de la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y otras normas tributarias, e Informe 3/2002, de 23 de octubre, sobre *La emancipación de los jóvenes y la situación de la vivienda en España*.

sobre determinados Medios de Transporte, Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica...

La singularidad del tratamiento fiscal de las personas con discapacidad se contempla desde una doble perspectiva. De una parte, el tratamiento tributario especializado del sujeto afectado por una discapacidad y por extensión del núcleo donde se integra, es decir, de la familia, que será objeto de análisis en el presente epígrafe, y, de otra parte, y trascendiendo del ámbito estrictamente tributario, en la necesidad de incardinar la fiscalidad en el entramado de las relaciones jurídico-civiles y procesales que conforman lo que se ha venido a denominar el «estatuto patrimonial del discapacitado», que ya ha sido objeto de tratamiento en el epígrafe 3.2.2 del presente informe.

En la panorámica que seguidamente se realiza sobre los diferentes beneficios fiscales a favor de las personas con discapacidad, contenidos en el sistema tributario español, debe tenerse en cuenta la existencia de un doble régimen fiscal que afecta respectivamente al territorio común y a los distintos territorios forales. Además, también debe tenerse presente la existencia de determinadas competencias normativas que pueden ser asumidas por parte de las Comunidades Autónomas en relación a los tributos estatales cedidos, lo que de hecho puede provocar diferencias en los niveles de protección fiscal del colectivo de discapacitados, según tengan su domicilio fiscal en una u otra Comunidad Autónoma.

En la exposición que sigue se ha partido de la diferenciación del bloque impositivo en cuatro apartados:

- Impuestos directos.
- Impuestos indirectos.
- Impuestos municipales.
- Ámbito aduanero.

3.3.1. Impuestos directos

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)

Como es sabido, el IRPF es un tributo de carácter personal y directo que somete a gravamen las rentas obtenidas por las personas físicas, tomando en consideración sus circunstancias personales y familiares.

Las últimas reformas sobre este impuesto (Ley 40/1998, de 9 de diciembre, y Ley 46/2002, de 18 de diciembre) han supuesto un avance apreciable en la

mejora del tratamiento final de las rentas y el ahorro de las personas con discapacidad.

Para el año 2003, el nuevo concepto de «mínimo vital» deja exenta de tributación la cantidad que se considera el mínimo imprescindible para hacer frente al sustento básico del individuo y su familia. Como regla general, este mínimo vital es de 3.400 euros/año, cantidad que para las personas con discapacidad se incrementa en 2.000 euros anuales si su grado de minusvalía es de hasta un 65 por 100 y en 5.000 euros/año para los que superan ese 65 por 100. Interesa recordar que no tributan las prestaciones reconocidas por la Seguridad Social (o por las entidades que las sustituyan) como consecuencia de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, ni las prestaciones por hijo a cargo. Tampoco tributan las cantidades percibidas de instituciones públicas con motivo de acogimiento de personas con minusvalía.

Igualmente, para el año 2003 en las rentas de trabajo la deducción general máxima de 3.500 euros se incrementa en 2.800 euros para los contribuyentes con discapacidad que obtengan rendimientos del trabajo como trabajadores activos con discapacidad. El incremento pasa a ser de 6.200 euros anuales para los trabajadores activos que acrediten necesitar ayuda de tercera persona o movilidad reducida, o un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100. El importe máximo de las reducciones a practicar en la base imponible por este concepto y por la reducción por rendimientos del trabajo establecida con carácter general no podrá superar la cuantía de los rendimientos netos del trabajo.

El Mínimo Familiar se aplica a los ascendientes e hijos, fijando la Ley unas cantidades de deducción que oscilan entre los 1.400 y los 2.300 euros (en función del número de hijos), cuando éstos convivan con el declarante. Cuando los ascendientes o hijos a cargo tengan una minusvalía entre el 33 por 100 y el 65 por 100, la deducción general se incrementa en 2.000 euros más. Y si la minusvalía es del 65 por 100 o superior, la deducción aplicable se incrementa en 5.000 euros más.

La última reforma del IRPF incorpora una nueva reducción en la base imponible en concepto de asistencia de personas con discapacidad con el fin de atender en mayor medida las necesidades tanto de la propia persona con discapacidad como de las personas de quien depende. La nueva reducción resulta de aplicación en el caso de personas con discapacidad con un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100 o que acrediten necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida. Se aplica tanto en el caso del contribuyente como en el de ascendientes o descendientes y su importe asciende a 2.000 euros anuales.

Asimismo, la nueva regulación del IRPF contempla también otras medidas fiscales a favor de las personas con discapacidad, como la exención de las ayudas públicas para estancia en residencias, la exención de las prestaciones por desempleo en pago único para convertirse en autónomos, el aumento de los límites de aportación a Planes de Pensiones y una mayor reducción fiscal en la percepción de ahorro-previsión en forma de capital o de renta.

En 2002, por primera vez, se tiene en cuenta a efectos fiscales la eliminación de barreras en la vivienda habitual, desgravando las inversiones que se realicen, por contribuyentes minusválidos, en la vivienda habitual para eliminar barreras, sean físicas o de la comunicación. Esta previsión inicial de la Ley del IRPF ha sido ampliada y mejorada al extenderse la deducción correspondiente a la inversión en obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual, quedando incluidos no sólo los contribuyentes minusválidos, como hasta ahora, sino también el cónyuge, ascendiente o descendiente que convivan con él.

Es de significar además que desde el 1 de enero de 1999 las personas con discapacidad y sus familias pueden canalizar sus ahorros a favor del discapacitado, con mejoras en las condiciones de los Planes de Pensiones para personas con un grado igual o superior al 65 por 100 de minusvalía.

Asimismo, la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2000 equiparó a efectos fiscales a los incapacitados judicialmente con las personas con discapacidad con un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100, medida de enorme trascendencia que supondrá extender el régimen fiscal más favorable de que disfrutaban las personas con discapacidad más severamente afectadas a todos los incapacitados judiciales que, en muchas ocasiones, no alcanzan, pese a que por su minusvalía no puedan registrarse por sí mismos, la calificación del 65 por 100.

Por su parte, la normativa fiscal de las tres Diputaciones Forales (Álava, Guipúzcoa y Vizcaya) contemplan, en líneas generales, la misma tipología de beneficios fiscales, variando la cuantía de las deducciones o reducciones. Con respecto a otras Comunidades Autónomas acogidas al régimen fiscal común, la Ley 14/1996, de 30 de diciembre, de Cesión de Tributos del Estado a las Comunidades Autónomas y Medidas Fiscales Complementarias, estableció que las Comunidades Autónomas podrán regular determinadas competencias en relación con el IRPF, incluyendo entre dichas competencias la regulación de la tarifa autonómica y deducciones por circunstancias personales y familiares, circunstancia que ha posibilitado el establecimiento de determinadas deducciones en la cuota autonómica dirigidas a las personas con discapacidad o sus familiares.

Impuesto sobre Sociedades

El Impuesto sobre Sociedades tiene en cuenta las situaciones de discapacidad a través del establecimiento de incentivos fiscales a las sociedades y entidades jurídicas sometidas al mismo y que incidan favorablemente en la contratación de trabajadores con discapacidad.

A estos efectos se prevén deducciones en la cuota íntegra del Impuesto a las Sociedades y Entidades Jurídicas que incrementen su plantilla para la contratación indefinida de nuevos trabajadores con discapacidad. La cuantía de la deducción asciende a 6.000 euros por cada persona/año de incremento del promedio de la plantilla de trabajadores con discapacidad.

Por otra parte, se establecen deducciones por inversión en plataformas de accesos para personas con discapacidad o en anclajes de fijación de sillas de ruedas instalados en vehículos de transporte público de viajeros por carretera.

Por último, se contemplan bonificaciones de la cuota del Impuesto aplicables a cooperativas de trabajo asociado que integren socios con discapacidad. La bonificación es de un 90 por 100 de la cuota íntegra del impuesto. Se requiere que al menos el 50 por 100 de socios sean personas con discapacidad, así como que en el momento de constituirse la cooperativa dichos socios se encuentren en situación de desempleo.

La normativa fiscal de los territorios históricos del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra prevén, igualmente, deducciones por creación de empleo para trabajadores con discapacidad.

Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones

La normativa de aplicación sobre esta figura impositiva contempla exenciones fiscales a las aportaciones realizadas a Planes de Pensiones a favor de personas con discapacidad (grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100). En las adquisiciones *mortis causa* las personas con discapacidad podrán incrementar la reducción que corresponde en función del grado de parentesco con el causante.

En las transmisiones *inter vivos* a favor del cónyuge, descendiente o adoptado (transmisión de empresa, negocio individual, negocio profesional o participaciones en entidades), cuando el donante se encuentre en situación de incapacidad per-

manente absoluta o gran invalidez, se aplicará una reducción del 95 por 100 de la base imponible del valor de adquisición.

La legislación tributaria de los territorios históricos del País Vasco, así como de algunas Comunidades Autónomas de régimen común, han formulado algunos beneficios específicos en el ámbito de aplicación de este impuesto para las personas con discapacidad.

3.3.2. Impuestos indirectos

Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados

Este impuesto acoge tres hechos imponibles:

- Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales Onerosas (transmisión de toda clase de bienes y derechos).
- Impuesto sobre Operaciones Societarias (constitución, aumento y disminución de capital, escisión y disolución de sociedades).
- Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados (formalización de documentos notariales, mercantiles y administrativos).

La legislación tributaria estatal prevé la exención del impuesto a las asociaciones declaradas de utilidad pública dedicadas a la protección, asistencia o integración social de personas con discapacidad.

Alguna Comunidad Autónoma, en el ámbito de sus competencias, ha regulado la reducción del tipo impositivo en la adquisición de viviendas que vayan a constituir la vivienda habitual de personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)

Este tributo estatal de carácter indirecto grava el valor añadido que se produce en cada una de las fases del proceso de producción y distribución, incidiendo sobre el consumidor final. Están sujetas a este impuesto las operaciones interiores, las adquisiciones intracomunitarias y las importaciones.

La normativa de ámbito estatal, en cuanto a exenciones del impuesto en operaciones interiores, recoge las correspondientes a prestaciones de servicio de edu-

cación especial y asistencia a personas con discapacidad efectuadas por Entidades de Derecho Público o entidades privadas de carácter social y la cesión de personal realizadas por entidades religiosas para la educación especial y asistencia a personas con discapacidad. En adquisiciones intracomunitarias e importaciones estarán exentas del impuesto las relativas a bienes para la educación, el empleo o la promoción social de las personas con discapacidad.

Tributarán a un tipo de gravamen reducido del 7 por 100, las prestaciones de servicios de asistencia social consistentes en la educación especial y asistencia a personas con discapacidad cuando no sea efectuada por una Entidad de Derecho Público o por una entidad o establecimiento privado de carácter social, así como los aparatos y complementos cuyo uso esencial o principal sea el de suplir una deficiencia.

Tributarán a un tipo de gravamen reducido del 4 por 100, las entregas, adquisiciones intracomunitarias e importaciones de coches de minusválidos (tara no superior a 330 kg y velocidad inferior a 40 km/hora), sillas de ruedas, así como los servicios de reparación de ambos, autotaxis o autoturismos especiales para el transporte de personas con discapacidad en silla de ruedas y sus servicios de adaptación y las entregas, adquisiciones o importaciones de prótesis, órtesis o implantes internos que se encuentren directamente relacionados con la discapacidad reconocida al comprador.

Por otra parte, no será de aplicación la regla de prorrata a las subvenciones que reciben los Centros Especiales de Empleo, lo que de hecho supone un importante ahorro fiscal para este tipo de centros, al no tributar en concepto de IVA por las subvenciones públicas que reciben.

Asimismo, los empresarios acogidos al régimen fiscal de estimación objetiva singular por signos, índices o módulos del IRPF y al Régimen Fiscal Simplificado del IVA, cuando contraten a trabajadores con discapacidad, podrán acogerse a un beneficio fiscal consistente en una cuantificación del 60 por 100, lo que supone, tanto a efectos de módulos como de IVA, un ahorro del 40 por 100.

Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte (IEDMT)

Este impuesto complementario del IVA grava la primera matriculación definitiva de vehículos automóviles nuevos o usados.

No están sujetos al impuesto los vehículos exclusivo para personas con discapacidad cuya tara no sea superior a 330 kg y velocidad de 40 km/hora máxima. Está

exenta del impuesto la primera matriculación definitiva de automóviles matriculados a nombre de personas con discapacidad para su uso exclusivo, cumpliendo una serie de requisitos: que haya transcurrido, al menos, cuatro años desde la matriculación de otro vehículo de análogas características y que no sea objeto de transmisión posterior durante el plazo de cuatro años siguientes a la fecha de su matriculación.

3.3.3. Impuestos municipales

Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica (IVTM)

Están exentos de este impuesto que grava la titularidad de los vehículos de tracción mecánica, aptos para circular por vías públicas, los destinados al uso de personas con discapacidad.

3.3.4. Ámbito aduanero

El hecho imponible de estos impuestos indirectos, reales, objetivos e instantáneos de titularidad comunitaria, está constituido por la entrada de mercancías en el país comunitario procedentes de un Estado tercero.

Los beneficios fiscales consisten en exención de derechos de importación de diversas mercancías (objetos concebidos para la promoción educativa, científica o cultural de los ciegos; importación de objetos concebidos para la educación, el empleo y la promoción social de las personas con discapacidad importados por los interesados por su propio uso o por instituciones para la educación o la asistencia a personas con discapacidad).

3.4. LA PROTECCIÓN DE LAS FAMILIAS CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SU SENO

El capítulo tercero de la Constitución Española hace referencia a los principios rectores de la política social y económica y establece en su artículo 39 que los poderes públicos tienen que asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, así como la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley, con independencia de su filiación.

En ese marco constitucional se desarrolla la acción legislativa de los poderes públicos que, entre otros, han ido desarrollando diversos aspectos del ámbito

de la familia, de los que pueden citarse la Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral; la aprobación del «coste cero» para las cotizaciones a la Seguridad Social de los contratos de sustitución por maternidad; las reformas del IRPF, y las modificaciones normativas para ampliar el concepto de familia numerosa a aquella que, teniendo dos hijos, uno de ellos sea minusválido o incapacitado para el trabajo, y en concreto, lo regulado en la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas.

La realidad socioeconómica en la que viven las familias ha cambiado de forma muy significativa en los últimos años y también han cambiado las necesidades a las que deben atender y los medios disponibles a su alcance, lo que adquiere su máxima dimensión cuando se trata de núcleos familiares numerosos y de familias que tienen en su seno personas con discapacidad. En este caso, la familia tiene un papel muy destacable, papel que es fundamental en el caso de la discapacidad severa, ya que la característica definidora de este grado de discapacidad es su dependencia de otras personas para realizar actos cotidianos y satisfacer sus necesidades de vestido, higiene o alimentación.

De las 3.478.644 personas afectadas de discapacidad en España, 1.670.450 tienen ayuda de asistencia personal, que en la gran mayoría de los casos se recibe en el seno de la familia y por parte de familiares que conviven con la persona discapacitada, y 1.450.199 lo están con discapacidad severa y total para actividades de la vida diaria.

Del número total de personas con discapacidad que tienen ayuda personal, el 65,4 por 100 la reciben de los familiares directos. Otros familiares se encargan de la asistencia en el 11 por 100 de los casos. En el 6,7 por 100 de las situaciones, la atención la asumen empleados externos y sólo en el 3 por 100 de los casos esta asistencia la prestan los servicios sociales (cuadro 3.3).

El Plan de Acción para Personas con Discapacidad iniciado en 1997 contiene algunos proyectos dirigidos al apoyo a las familias que tienen a su cargo personas con discapacidad. En lo relativo a los proyectos contemplados en el marco de este último se encuentran algunos que tienen como objetivo el apoyo a las familias, y están dirigidos en especial a enfermos mentales crónicos, colectivos con síndromes minoritarios y/o enfermedades singulares, atención temprana, información y asesoramiento, ayuda mutua, servicios de respiro, acciones tutelares, ayudas técnicas personales y pequeñas adaptaciones de la vivienda. Según datos del

CUADRO 3.3

PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN AYUDA PERSONAL

Prestador de la ayuda	Población de 6 a 64 años	Población de 65 a 79 años	Población de 80 y más años	Total	% sobre el total
Familiares directos	390.734	395.463	293.021	1.079.218	65,4
Otro pariente	27.415	63.330	94.119	184.864	11,0
Empleado	17.957	46.548	48.188	112.693	6,7
Amigos y vecinos	4.939	12.566	9.140	26.645	1,6
Huésped	0	455	0	455	0,02
Servicios sociales	16.286	16.384	18.217	50.887	3,0
Otra relación	1.507	3.968	8.933	14.408	0,008
No consta	82.807	66.349	36.816	185.972	11,1
Total	556.954	605.064	508.432	1.670.450	100,0

Fuente: INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999.

IMSERSO⁹⁰, el número de proyectos relacionados con esos criterios en el 2002 ha sido de 35 y de 3.548 el de beneficiarios.

Por su parte, en el *Plan integral de apoyo a la familia 2001-2004*, que parcialmente se ha desarrollado a través de las correspondientes normas legales, se plantea un conjunto de medidas para avanzar en la efectiva conciliación de la vida familiar y laboral, garantizar el relevo generacional y mejorar la situación económica de las familias; definiendo para ello cuatro objetivos básicos:

- 1.º Incrementar la calidad de vida de las familias, entendiendo por dicho concepto no sólo el imprescindible desarrollo del nivel de bienestar económico de los hogares, sino también la promoción de valores personales y sociales, como estabilidad, autonomía, acceso a la educación y a la cultura.
- 2.º Fomentar la solidaridad intergeneracional en el sentido de fomentar las nuevas relaciones intrafamiliares y de reducir las posibles rigideces de los sistemas legales o fiscales que pudieran dificultar la adaptación de las familias a las nuevas situaciones.
- 3.º Apoyar a la familia como garante de la cohesión social mediante la implantación progresiva de un entorno jurídico y económico estable.

⁹⁰ IMSERSO, Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, *La situación de las personas con discapacidad en España: políticas sociales, de salud, educativas y laborales desde la perspectiva de la no discriminación*, mayo de 2003.

- 4.º Prestar apoyo a las familias en situación de riesgo social y otras situaciones especiales, en particular familias en situaciones de riesgo de exclusión social, familias monoparentales, familias en situación de conflicto o ruptura, familias en cuyo seno se produce violencia intrafamiliar.

Para conseguir esos objetivos se han previsto una serie de medidas estructuradas en diez líneas estratégicas que abarcan aspectos relativos a la política fiscal y de rentas, mejora de las prestaciones de Seguridad Social por hijo a cargo, conciliación de la vida familiar y laboral, política de vivienda, acceso de las familias a las nuevas tecnologías, revisión del Derecho de Familia, desarrollo de los servicios de orientación y mediación familiar, apoyo a las familias en situaciones especiales, participación social y acceso a la cultura de las familias y Ley de Protección de las Familias Numerosas.

En materia de *política fiscal y de rentas*, como ya se ha comentado en el epígrafe anterior, por una parte, las reformas del IRPF en los últimos años han supuesto un avance en la mejora del tratamiento fiscal de las rentas y el ahorro de las personas con discapacidad, ya que además de dejar exento de tributación al mínimo imprescindible para hacer frente al sustento básico del individuo, se contempla un amplio abanico de deducciones para favorecer al discapacitado y a su entorno familiar, lo cual se justifica por los mayores gastos que tiene la unidad familiar por el cuidado o existencia de personas con discapacidad en su seno. Así, en el marco de la última reforma del IRPF, en vigor desde enero de 2003, se contemplan una serie de medidas, entre las que se encuentra una ayuda específica a favor de las familias que, por tener hijos pequeños u otras personas con discapacidad a cargo, requieran la utilización de centros de educación infantil o la asistencia de personal contratado para colaborar en el cuidado de esas personas, incluyéndose el gasto sanitario de las personas discapacitadas.

Por otra parte, tal como se ha señalado en el epígrafe 3.2.2, la Ley de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad desarrolla un conjunto de medidas tributarias (deducción del IRPF, plusvalía de la vivienda, deducciones en el impuesto de sociedades, etc.) cuyo objeto es favorecer las aportaciones a los patrimonios protegidos.

En lo que respecta a las *prestaciones familiares de la Seguridad Social*, además de lo señalado en los epígrafes anteriores, hay que indicar que la, recientemente aprobada, Ley de Protección de las Familias Numerosas contempla la reducción del 45 por 100 de las cuotas a la Seguridad Social por la contratación de cuidadores en familias numerosas.

En lo que se refiere a la *conciliación de la vida familiar y laboral*, La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, regula una serie de medidas tendentes a favorecer las posibilidades de que las familias procuren los cuidados precisos a los familiares a cargo, sin que ello les lleve a una pérdida de sus derechos y obligaciones laborales. En este aspecto, las familias que tienen en su seno personas con discapacidad tienen una mayor necesidad de recibir apoyo institucional y en tal sentido el Plan Integral prevé dos tipos de medidas: 1) ayuda a domicilio y teleasistencia, para la atención de personas mayores y discapacitadas con autonomía funcional limitada, y 2) estancias diurnas y estancias temporales en residencias para personas mayores y discapacitadas dependientes, con el fin de facilitar la conciliación de las tareas profesionales y domésticas a sus familias. Y la Ley de Protección a las Familias Numerosas establece que los convenios colectivos podrán incluir medidas específicas para la protección de los trabajadores de familias numerosas en materia de derechos de los trabajadores, acción social, movilidad geográfica, modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo y extinción del contrato de trabajo.

En materia de *política de vivienda*, se hace necesaria una atención especial a los problemas de espacio o de adecuación de las Viviendas de Protección Oficial, en familias que cuenten con personas con discapacidad, cuestión que el Plan Integral reconoce. Este aspecto se ha desarrollado en la citada Ley de Protección a las Familias Numerosas, al establecer que la Administración debe facilitar la adaptación de las viviendas, o el cambio a viviendas protegidas, que cumplan las condiciones de accesibilidad adecuadas a la discapacidad sobrevenida que afecte a un miembro de una familia numerosa.

En otros aspectos, como el acceso a las nuevas tecnologías, el Plan Integral plantea algunas medidas dirigidas a impulsar y favorecer el acceso de las familias a las nuevas tecnologías, en coordinación con el Plan INFO XXI. En materia de la revisión del Derecho de familia, la principal consideración se refiere a la conveniencia de aprobar el Estatuto Jurídico-Patrimonial del Discapacitado que favorezca la creación de un patrimonio separado, fiscalmente bonificado, para las personas con discapacidad.

En el apartado de participación social y acceso a la cultura de las familias, el Plan contiene una serie de medidas dirigidas tanto a facilitar el acceso de las familias a bienes y servicios culturales de carácter público como a desarrollar cauces de participación para el fomento e impulso de estas políticas; aspectos que también se han contemplado en la Ley de Protección de las Familias Numerosas.

CAPÍTULO 4

PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD EN LAS POLÍTICAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

La Constitución Española, en el artículo 9.2, establece como una obligación de los poderes públicos facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social; en el artículo 22 reconoce el derecho de asociación como un derecho fundamental. A su vez, los artículos 7, 51, 52, 105 y 129 del citado Texto Constitucional prevén la participación de sindicatos de trabajadores, asociaciones empresariales, organizaciones de consumidores y profesionales y, en general, de los ciudadanos directamente o a través de organizaciones y asociaciones reconocidas en la ley, en aquellas cuestiones que les puedan afectar, o en defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios. En ese marco general, la participación de la sociedad civil en las políticas dirigidas a la población con discapacidad se viene realizando, principalmente, a través de las asociaciones y de los agentes sociales.

4.1. EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES

El derecho de asociación, que, como se acaba de decir, es un derecho fundamental reconocido en el artículo 22 de la Constitución Española, está regulado mediante la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de

Asociación. Esta Ley sustituye a la de Asociaciones de 1964, la cual contenía artículos y disposiciones inconstitucionales que quedaron derogados de forma implícita con la aprobación de la Constitución de 1978.

La Ley vigente ya reconoce de forma explícita que el marco legal en el que se mueve es el de la Constitución y especifica que las asociaciones afectadas por ella son las que reúnan las características de carecer de ánimo de lucro y de legislación específica, estar organizadas democráticamente y ser independientes. También establece que las asociaciones podrán constituir federaciones, confederaciones o uniones.

Además, se establecen las condiciones en que las asociaciones podrán recibir ayudas, descartándose las siguientes: 1) las que en su proceso de admisión o en su funcionamiento discriminen por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, y 2) las que con su actividad promuevan o justifiquen el odio o la violencia contra personas físicas o jurídicas, o enaltezcan o justifiquen por cualquier medio los delitos de terrorismo o de quienes hayan participado en su ejecución, o la realización de actos que entrañen descrédito, menosprecio o humillación de las víctimas de los delitos terroristas o de sus familiares.

En cuanto a la posibilidad de obtener la declaración de Utilidad Pública por parte de federaciones, confederaciones y uniones de entidades, éstas pueden obtener dicha declaración siempre que se cumplan, por parte de todas las entidades pertenecientes, los requisitos establecidos en el artículo 32.

La declaración de Utilidad Pública por parte del Ministerio del Interior viene a suponer, además de un reconocimiento social de la labor de la entidad, la posibilidad de acogerse a una serie de beneficios fiscales. Sin embargo, para poder disfrutar de esos beneficios es necesario cumplir una serie de requisitos establecidos en el artículo 3 de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, y en otras disposiciones⁹¹, y en concreto lo establecido en el capítulo 1 del Real Decreto 765/1995, de 5 de mayo, por el que se regulan determinadas cuestiones

⁹¹ Real Decreto 765/1995, de 5 de mayo, por el que se regulan determinadas cuestiones del Régimen de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General; Real Decreto 1786/1996, de 19 de julio, sobre Procedimientos Relativos a las Asociaciones de Utilidad Pública; Real Decreto 776/1998, de 30 de abril, por el que se aprueban las Normas de Adaptación del Plan General de Contabilidad a las Entidades sin Fines Lucrativos y las Normas de Información Presupuestaria de estas entidades; Real Decreto 1270/2003, de 10 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento para la Aplicación del Régimen Fiscal de las Entidades sin Fines Lucrativos y de los Incentivos Fiscales al Mecenazgo.

del Régimen de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General.

Asimismo, de la declaración de Utilidad Pública se derivan una serie de obligaciones como son: rendir cuentas del ejercicio anterior; presentar una memoria de actividades del ejercicio anterior; facilitar a las Administraciones Públicas los informes que le sean requeridos en relación con las actividades realizadas para el cumplimiento de fines, y aplicar las Normas de Adaptación del Plan General de Contabilidad y Normas de Información Presupuestarias de Entidades Sin Fines Lucrativos en el control económico.

Una parte importante de los ingresos de las Entidades sin ánimo de lucro la constituyen las subvenciones públicas definidas en la Ley General Presupuestaria como disposiciones gratuitas de fondos públicos realizadas a favor de personas o entidades públicas o privadas, para fomentar una actividad de utilidad o interés social o para promover la consecución de un fin público.

En el ámbito de la discapacidad, según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, hay 2.249 entidades, y el número de personas con alguna discapacidad que pertenecen a alguna ONG se sitúa en 139.979, lo que representa el 3,8 por 100 del total de la población con discapacidad.

En lo que respecta a los aspectos financieros, además de las cuotas y donaciones de que en su caso dispongan, existe un régimen que regula la concesión de subvenciones públicas que se otorgan en el marco de programas y planes públicos⁹².

Las convocatorias de subvenciones a entidades y ONG con cargo a la asignación tributaria de la recaudación del 0,52 por 100 del IRPF se llevan a cabo anualmente, en régimen de concurrencia competitiva, y con ellas se financian programas de cooperación y voluntariado sociales de interés general, encaminados a atender

⁹² Las principales disposiciones legales vigentes son las siguientes: Real Decreto 195/1989, de 17 de febrero, por el que se establecen los requisitos y procedimientos para solicitar ayudas para fines de interés social derivadas de la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, modificado por el Real Decreto 223/1991, de 22 de febrero; Real Decreto 2225/1993, de 17 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento del procedimiento para la concesión de subvenciones públicas; Órdenes Ministeriales con las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en los años 1997, 1998 y 1999; Orden de 10 de febrero de 2000, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan ayudas y subvenciones para la realización de programas de cooperación y voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; Orden de 24 de febrero de 2000, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones sometidas al régimen general de subvenciones del Área de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y de sus organismos adscritos; Decretos de las Comunidades Autónomas por los que se dictan las normas de registro y acreditación de entidades de servicios.

situaciones de necesidad y/o marginación de personas que sufran alguna discapacidad física, psíquica o sensorial. El importe de subvenciones para atención a personas con discapacidad se presenta en el cuadro 4.1.

CUADRO 4.1
**SUBVENCIONES ESTATALES PARA ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
(Miles de euros)

Año	Subvenciones	
	ONG	0,52 % IRPF
1996	2.298	11.850
1997	2.496	12.444
1998	3.312	14.748
1999	4.182	13.536
2000	4.698	15.486
2001	5.496	14.930

Fuente: IMSERSO, La protección económica de las personas con discapacidad.

En la convocatoria del año 2002 se definieron como de interés general, a efectos de acceso a las subvenciones con cargo al 0,52 por 100 del IRPF, programas de: 1) atención personal y vida autónoma; 2) promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centros de atención diurna, y 3) apoyo a familias que tienen a su cargo personas con discapacidad⁹³. Las subvenciones concedidas en 2002 se señalan en el anexo.

El conjunto de todos los programas subvencionados en el año 2002 ascendió a 15.219.362,16 euros. En lo que respecta al año 2003, en abril se publicó la convocatoria para la concesión de subvenciones⁹⁴ durante ese año, que ascienden a 93.180.916,80 euros para desarrollar proyectos con cargo a la recaudación del 0,52 por 100 del IRPF. De esa cantidad, 15.830.936,80 euros (algo más del 16 por 100) se distribuyen entre organizaciones del ámbito de la discapacidad con los contenidos que se resumen en el cuadro 4.2. Las actividades subvencionables

⁹³ Orden TAS/514/2002, de 8 de marzo, por la que se establecen las bases reguladoras y se convoca la concesión de ayudas y subvenciones para la realización de programas de cooperación y voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (BOE núm. 59, de 9 de marzo de 2002).

⁹⁴ Resolución de 25 de marzo de 2003, del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), por la que se convoca la concesión de subvenciones en las áreas de atención a mayores, personas con discapacidad, inmigrantes, refugiados, solicitantes de asilo y desplazados, durante el año 2003.

CUADRO 4.2

**PROGRAMAS A SUBVENCIONAR CON CARGO AL 0,52 % DEL IRPF
EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD (CONVOCATORIA 2003)**

Programa	Objetivos	Actividades subvencionables (*)
Mantenimiento, funcionamiento y actividades habituales de las entidades.	Colaborar con el movimiento asociativo facilitando la disponibilidad de medios básicos precisos para el cumplimiento de sus objetivos.	- Obras de conservación y mantenimiento y reparaciones de los locales. - Gastos de funcionamiento de la entidad correspondientes a actividades habituales, incluyendo gastos derivados del personal, de las reuniones de los órganos de la misma, de la difusión, información y asesoramiento de los asociados.
Programas para la promoción personal e integración social de las personas con discapacidad.	Realización de programas específicos para el desarrollo a ejecutar directamente por la propia entidad o en coordinación y colaboración con sus delegaciones, representaciones locales o entidades integradas.	- Actividades o servicios de atención social, cultural, formativas e informativas con participación o repercusión directa en las personas con discapacidad. - Acciones tutelares a ejecutar directamente por la propia entidad o en colaboración con sus delegaciones o representaciones. Tienen prioridad los programas cuyos objetivos se dirijan a facilitar el desenvolvimiento personal y a la promoción y realización de actividades formativas y sociales y los de acciones tutelares, generados por asociaciones, federaciones y confederaciones de ámbito estatal.
Programa de inversiones en obras y equipamientos.	Que las entidades dispongan de un medio físico y unos instrumentos adecuados para el desarrollo de sus actividades.	- Obras de conservación, reparación y adaptación de instrumentos adecuados para el desarrollo de sus actividades inmuebles en la sede social de la entidad. - Adquisición de equipamiento, medios informáticos, ofimáticos, audiovisuales y mobiliario en la sede social de la entidad.

(*) La distribución cuantitativa de los fondos destinados a cada uno de los programas se publicará a principios del año 2004.

Fuente: Resolución de 25 de marzo de 2003, del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMRSO), por la que se convoca la concesión de subvenciones en las áreas de atención a mayores, personas con discapacidad, inmigrantes, refugiados, solicitantes de asilo y desplazados durante el año 2003.

se integran en el marco de tres programas, dos de los cuales se refieren a obras para la mejora de las infraestructuras físicas de las sedes sociales de las entidades solicitantes, y uno contiene actividades subvencionables dirigidas a la promoción personal e integración social de las personas con discapacidad en las que se incluyen servicios de atención social, cultural, formativos e informativos.

Las subvenciones a ONG de ámbito estatal, reguladas en la Orden de 22 de febrero de 2001, están destinadas a la promoción y apoyo del movimiento asociativo y a facilitar la ejecución de actividades y programas para la integración social de las personas con discapacidad. En este sentido, y con cargo a esta subvención, se financian programas de vacaciones, termalismo y turismo para personas con discapacidad.

En lo que respecta al papel del asociacionismo en el ámbito de la discapacidad, su creciente importancia está reconocida en el *II Plan de acción para las personas con discapacidad (2003-2007)*, que tiene previsto un eje de acción orientado a ordenar e impulsar la participación de la sociedad civil a través de la promoción de asociaciones y del mecenazgo, el fortalecimiento del diálogo civil, la colaboración en programas y servicios y la cohesión de las actuaciones públicas y privadas. Este eje de acción también estaba contemplado en el *I Plan de acción para las personas con discapacidad*.

En el aspecto institucional, la función consultiva otorgada a las asociaciones se canaliza a través del Consejo Estatal de las Personas con Discapacidad, que es un órgano colegiado interministerial adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales por medio del cual se institucionaliza la colaboración del movimiento asociativo y la Administración; aunque, como se dirá en el siguiente epígrafe, los agentes sociales no están representados en dicho Consejo.

Otra institución de carácter consultivo es el Consejo Estatal de ONG de Acción Social constituido con el fin de promover la colaboración y participación del movimiento asociativo en el desarrollo de las políticas de bienestar social, enmarcadas en el ámbito de competencias atribuidas al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Está presidido por el ministro de Trabajo y Asuntos Sociales y forman parte de él las ONG de acción social más representativas⁹⁵, así como responsables de la Secretaría General de Asuntos Sociales y de los Ministerios de Hacienda,

⁹⁵ ONG que forman parte del Consejo: Cruz Roja Española, Cáritas Española, Plataforma de ONG de Acción Social, Confederación de Centros de Desarrollo Rural, Plataforma de Organizaciones de Infancia, Unión de Asociaciones Familiares, Federación Nacional de la Mujer Rural, Federación de Mujeres Progresistas, Federación de Scouts de España, ASDE, Organización Juvenil Española, Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados, Federación de Asociaciones de Mayores de Canarias, Confederación Coordinadora de Minusválidos Físicos de España, Confederación Española de Organizaciones a favor de las

Interior y Sanidad. Entre sus funciones están las de proponer medidas de política social; canalizar la información sobre las organizaciones no gubernamentales de acción social; conocer los proyectos normativos y planes estatales de las políticas de acción social con incidencia en el ámbito de actuación de las organizaciones no gubernamentales; ser informado, a través de su Comisión Permanente y con carácter preceptivo, de las bases de las propuestas de resolución de las convocatorias de subvenciones que apruebe el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con cargo a la asignación tributaria del Impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas; proporcionar a las organizaciones no gubernamentales información relativa a todos aquellos temas que les afecten, dentro del marco legislativo y financiero de la Unión Europea; relacionarse con órganos similares de las diversas Administraciones Públicas españolas y de otros países, en orden a la coordinación de iniciativas, actuaciones, propuestas, o cualquier otra actividad, para la consecución de fines comunes que redunden en beneficio de las personas o grupos sobre los que dichos fines se proyectan.

ANEXO

**SUBVENCIONES CONCEDIDAS EN EL AÑO 2002 CON CARGO AL 0,52 %
DEL IRPF EN EL ÁMBITO DE LA DISCAPACIDAD**

Prioridad: Programas de atención personal y vida autónoma		
Entidad	Programa subvencionado	€
Asociación de Sordociegos de España.	Apoyo personal para el desarrollo del trabajo de los delegados territoriales.	44.290,00
Asociación en Línea de Entidades para Límites de Inteligencia en Acción.	Atención personal y vida autónoma.	46.000,00
Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica.	Atención personal y vida autónoma para afectados de ELA.	60.000,00
Asociación para la Promoción del Minusválidos.	Centro de investigación en minusvalías.	252.425,00
Cáritas Española.	Atención personal y vida autónoma.	96.000,00
Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España.	Ayuda a domicilio.	641.430,00
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.	Atención domiciliaria.	656.200,00

Personas Físicas con Retraso Mental, Comité Español de Representantes de Minusválidos, Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, Asociación UNIVER-SIDA, Asociación Secretariado General Gitano, Unión Romaní, Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España, Comisión Española de Ayuda al Refugiado y Asociación de Trabajadores Inmigrantes Marroquíes en España.

ANEXO (Continuación)

Prioridad: Programas de atención personal y vida autónoma		
Entidad	Programa subvencionado	€
Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines.	Adaptación de viviendas y ayudas técnicas individuales.	32.120,00
	Asistencia domiciliaria en el medio rural y poblaciones dispersas.	159.300,00
Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Retraso Mental.	Creación de grupos de autogestores.	229.000,00
	Atención personal y vida autónoma.	60.000,00
	Adultos solos.	80.000,00
	Desventaja social.	150.000,00
Confederación Nacional de Sordos de España.	Agente de desarrollo de la comunidad sorda.	262.242,00
Cruz Roja Española.	Transporte adaptado para personas con movilidad reducida.	1.157.679,00
Federación Española de Daño Cerebral.	Ayuda a domicilio.	12.380,00
Federación Española de Enfermedades Raras.	Servicio de información y orientación sobre enfermedades raras.	60.000,00
Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos.	Atención personal y vida autónoma.	334.000,00
	Tutoría del lesionado medular.	111.990,00
Fundación Juan Ciudad.	Atención personal y vida autónoma.	20.000,00
Fundación Psico-Ballet Maite León.	Desarrollo y expansión de actividades terapéuticas y artísticas del psico-ballet.	64.903,00
	Equipamiento.	
Solidarios para el Desarrollo.	Ayuda a estudiantes discapacitados.	60.000,00
Total Prioridad		4.589.959,00
Prioridad: Programas de promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centros de atención diurna		
Entidad	Programa subvencionado	€
AMICA.	Segunda fase de la creación de una vivienda tutelada.	50.000,00
Asociación de Familiares de Adultos con Problemas de Personalidad.	Integración social y laboral y vida autónoma de personas con enfermedad mental crónica.	80.000,00
Asociación Madrileña de Ayuda al Minusválido.	Promoción de centro residencial geriátrico y equipamiento.	30.000,00
Confederación de Autismo de España.	Promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centros de día-continuidad de obras.	546.710,00
	Promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centros de día-nueva construcción.	90.000,00

ANEXO (Continuación)

Prioridad: Programas de atención personal y vida autónoma		
Entidad	Programa subvencionado	€
Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España.	Centros de día y ocupacionales. Viviendas tuteladas. Centros residenciales.	938.800,00 123.034,00 960.406,00
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.	Promoción y adecuación de centros residenciales y de centros de atención diurna.	144.747,78
Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral y Afines.	Construcción, adecuación y equipamiento de centros residenciales y centros de atención integral.	952.375,38
Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Retraso Mental.	Promoción y adecuación de centros residenciales y viviendas tuteladas.	420.000,00
Confederación Nacional de Sordos de España.	Rehabilitación zonas anexas al centro de recursos Juan Luis Marroquín.	42.000,00
Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.	Promoción y adecuación de centros residenciales y de atención diurna para personas con discapacidad.	441.282,00
Coordinadora de Tallers per a Minusvalids Psíquics de Catalunya.	Promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centros de atención diurna.	180.300,00
Federación Española de Asociaciones de Padres de Autistas.	Promoción y adecuación de centros residenciales.	365.235,00
Federación Española de Daño Cerebral.	Centro de tratamiento para personas con daño cerebral sobrevenido o traumático.	77.380,00
Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down.	Andaluz de inversiones.	50.000,00
Fundación APASCOVI.	Terminación de obras e infraestructura de la residencia de viviendas tuteladas de integración social para discapacitados psíquicos.	30.000,00
Fundación APROCOR.	Promoción de viviendas tuteladas.	30.050,00
Fundación Juan Ciudad.	Promoción y adecuación de centros residenciales, viviendas tuteladas y centro de atención diurna.	1.337.146,00
Fundación Nuestra Señora del Camino.	Finalización de las obras de construcción de un centro ocupacional para personas con discapacidad psíquica.	90.000,00
Hijas de Santa María de la Providencia.	Promoción de centros residenciales: Casa hogar y otros servicios.	40.000,00

ANEXO (Continuación)

Prioridad: Programas de atención personal y vida autónoma		
Entidad	Programa subvencionado	€
Patronato Sant Medir.	Promoción y adecuación de centros residenciales.	30.000,00
Total Prioridad		7.049.466,16
Prioridad: Programas de apoyo a familias que tienen a su cargo personas con discapacidad		
Entidad	Programa subvencionado	€
Asociación Española de Padres de Sordociegos.	Apoyo a familias cuidadoras con hijos sordociegos.	120.000,00
Cáritas Española.	Apoyo a familias.	27.000,00
Confederación de Autismo de España.	Apoyo a familias que tienen a su cargo personas con discapacidad-respiro.	390.900,00
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.	Ayuda mutua/escuela de familias. Respiro familiar.	68.094,00 15.223,00
Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Retraso Mental.	Apoyo y respiro familiar.	1.764.110,00
Confederación Nacional de Sordos de España.	Atención a familias con miembros sordos.	120.000,00
Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.	Apoyo a familias que tienen a su cargo personas con discapacidad.	23.000,00
Federación de Coordinadora y Asociaciones de Minusválidos Físicos de las Comunidades Autónomas de España.	Apoyo a familias con personas discapacitadas a su cargo.	120.000,00
Federación Española de Asociaciones de Padres y Amigos de los Sordos.	Intervención familiar en la atención temprana del niño con discapacidad auditiva.	491.684,00
Federación Española de Daño Cerebral.	Información y apoyo a las familias afectadas por daño cerebral sobrevenido.	133.770,00
Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down.	Nacional de atención a familias.	270.456,00
Fundación Juan Ciudad.	Apoyo a familias que tienen a su cargo personas con discapacidad.	35.700,00
Total Prioridad		3.579.937,00

Fuente: Resolución de 5 de diciembre de 2002, de la Secretaría General de Asuntos Sociales, por la que se dispone la publicación de las ayudas y subvenciones concedidas al amparo de lo dispuesto en la Orden TAS/514/2002, de 8 de marzo.

4.2. LA PARTICIPACIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES

La falta de oportunidades laborales reales para el colectivo de personas con discapacidad tiene raíces complejas de orden social, cultural y económico. Las dificultades en el acceso al empleo, las condiciones de trabajo que no tienen en cuenta ciertas particularidades, las oportunidades reales de promoción laboral, la formación profesional y de reciclaje, etc., son aspectos que actúan como factor de discriminación para este colectivo y que necesitan ser abordados a través de políticas transversales que contemplen los diferentes aspectos y necesidades del colectivo de personas con discapacidad.

Las organizaciones sindicales y empresariales pueden participar en las políticas dirigidas a la población con discapacidad, a través del Consejo General del IMSERSO⁹⁶, pero no tienen representación en el órgano en que está institucionalizada la coordinación y definición de las políticas de planificación y atención integral de las personas con discapacidad: se trata del Consejo Estatal de Personas con Discapacidad, que es un órgano colegiado interministerial, de carácter consultivo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁹⁷, y que está integrado por representantes de la Administración y de las organizaciones de colectivos de personas con discapacidad.

La justificación de la necesidad de que los agentes sociales participen en ese Consejo viene dada por las funciones que tiene que desarrollar, entre las que se encuentran las siguientes:

- Promover los principios y líneas básicas de política integral para las personas con discapacidad en el ámbito de la Administración General del Estado.
- Presentar iniciativas y formular recomendaciones en relación con planes o programas de actuación.
- Conocer y, en su caso, presentar iniciativas en relación a los fondos para programas de discapacitados y los criterios de distribución.

⁹⁶ El Consejo General del IMSERSO es un órgano que está compuesto por 39 miembros representantes de la Administración, organizaciones sindicales y organizaciones empresariales, trece por cada una de ellas, entre cuyas funciones están las de elaborar las líneas de actuación del Instituto.

⁹⁷ Dicho Consejo se creó por Orden de 17 de junio de 1999, en base a la adaptación de la organización y funciones de la actual estructura y competencias de la Administración General del Estado y, sobre todo, por Acuerdo suscrito entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Consejo Español de Representantes de Minusválidos en octubre de 1997, sobre Medidas Urgentes de Fomento del Empleo para Personas con Discapacidad.

- Emitir dictámenes e informes sobre aquellos proyectos normativos y otras iniciativas relacionadas con el objeto del Consejo que se sometan a su consideración.
- Promover el desarrollo de acciones de recopilación, análisis, elaboración y difusión de información.
- Conocer las políticas, fondos y programas de la Unión Europea y de otras instancias internacionales y recibir información, en su caso, sobre las posiciones y propuestas españolas en los foros internacionales.
- Impulsar el cumplimiento de los planes y programas de actuación.
- Recabar y obtener información relativa a los fines, funciones y ámbitos de actuación del Consejo.

Por otra parte, al margen de esa falta de participación institucional que se acaba de señalar, la acción de los agentes sociales en las políticas dirigidas a las personas con discapacidad se realiza principalmente a través de la negociación colectiva, como instrumento por el cual se puede facilitar la integración en la vida laboral del conjunto de trabajadores con minusvalías; de lo que ya se ha hablado en un capítulo anterior.

Además, los agentes sociales pueden colaborar activamente a través de la participación en la realización de planes de acción específicos, como puede ser el campo de la formación y readaptación, para facilitar el acceso de los discapacitados al mercado de trabajo. A estos efectos, cabe recordar que el artículo 5 del Convenio OIT número 159 prevé la consulta a las organizaciones representativas de trabajadores y de empleadores sobre la aplicación de la política nacional de readaptación profesional y de empleo de las personas discapacitadas, y en particular, sobre las medidas que deben adoptarse para promover la cooperación y la coordinación entre los organismos públicos y privados que participen en actividades de readaptación profesional. Por otra parte, la Declaración de Madrid sobre «no discriminación más acción positiva es igual a integración social» recuerda que la movilización de los agentes sociales y de las autoridades públicas es una pieza clave para luchar contra la exclusión social de las personas con discapacidad y para promover su independencia y dignidad.

En tal sentido, ya se ha dicho anteriormente que el Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva 2003 hace un llamamiento a que la negociación colectiva contribuya a corregir los posibles fenómenos de desigualdad y se propone la incorporación de cláusulas generales de igualdad de trato en los convenios colectivos que, entre otros objetivos, favorezcan la incorporación al empleo de los trabajadores con discapacidad.

Las organizaciones sindicales y empresariales ejercen también un papel importante a la hora de crear una mayor sensibilización social sobre los colectivos desfavorecidos, como son los de personas con discapacidad. Muestra de ello es la participación que tienen en la elaboración y publicación de guías y manuales para el acceso de personas con discapacidad al empleo, entre las que cabe citar la *Guía para Acceso de las Personas Sordas al Empleo Público* cuya finalidad es acercarles la Administración, darles a conocer sus derechos y deberes, cómo actuar y dónde dirigirse en caso de requerir información o tener que realizar una reclamación. Por su parte, la *Guía para Miembros de los Tribunales* tiene como objetivo dar a conocer a los miembros de los tribunales la problemática específica que tienen las personas con discapacidad y orientarles en cómo actuar para resolver los posibles problemas que pudieran surgir, así como las vías para salvar los obstáculos que se encuentran a la hora de acceder a un empleo público a través de la cuota de reserva para discapacitados.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Los avances en medicina muestran en la actualidad una doble cara, pues mientras que han posibilitado el descenso de muchas enfermedades reduciendo la mortalidad, han hecho también posible la supervivencia a accidentes, cuyo número aumenta año tras año, y a enfermedades que antes tenían consecuencias mortales. Por tanto, es frecuente que el desenlace de episodios de cierta gravedad sea el padecimiento permanente de limitaciones discapacitantes en quienes los han sufrido. Al mismo tiempo, algunos trastornos, como los mentales, se incrementan y se hacen más visibles socialmente a medida que progresa su desestigmatización.

2. El riesgo de sufrir discapacidad no es, sin embargo, el mismo en todos los colectivos, sino que, tal como se desprende del análisis de los datos más recientes, depende de la edad, el género, las desigualdades asociadas al nivel de renta y otras características sociodemográficas. Así, ha podido comprobarse que la prevalencia de las discapacidades es superior a partir de los 50 años de edad y que aumenta de forma notable en el colectivo mayor de 64 años.

No obstante, la presencia de un importante número de personas con discapacidad en los sectores más jóvenes, y entre los que se encuentran en edad de trabajar, hace imprescindible abordar el problema de la discapacidad no sólo como una cuestión de atención a la dependencia, sino también como una ineludible necesidad de integración en todos los órdenes de la vida social, mejorando la autonomía de las personas con discapacidad, sin olvidar el importante papel de la prevención.

3. Ha podido también comprobarse la fuerte asociación entre edad y género combinados con la discapacidad. Esto significa que en los segmentos de edad asociada al trabajo son los hombres los más proclives, probablemente por su mayor exposición al riesgo de accidentes, y que, en cambio, los tramos de edad superiores muestran prevalencias mucho más elevadas en las mujeres, que, como es sabido, disfrutan de una esperanza media de vida más alta, lo que supone una mayor exposición al riesgo de sufrir discapacidades.

Estos factores de riesgo intervienen de manera general en el conjunto del colectivo de personas con discapacidad, pero no puede olvidarse que se trata de un colectivo enormemente heterogéneo. La falta de criterios homogéneos tanto para la cuantificación del colectivo, como para clasificar y determinar las condiciones de vida de las personas que padecen distintos tipos de discapacidad, dificultan el ajuste del diagnóstico y su comparación internacional, además de suponer una seria traba a su análisis evolutivo.

4. Los conceptos oficiales aplicados internacionalmente al estudio y reconocimiento del fenómeno de la discapacidad están sujetos a un continuo proceso de evolución, debido a la incorporación de nuevas situaciones de discapacidad y a la revisión de los umbrales considerados. Sería deseable, en la medida de lo posible, estandarizar los criterios de clasificación que faciliten el estudio a través de encuestas. Dicha clasificación habría de ser rigurosamente respetada en el diseño de los cuestionarios a aplicar, de modo que, al menos en el terreno de la comparación internacional, pudieran obtenerse resultados estadísticamente fiables.

5. En la actualidad el estudio de los distintos tipos de discapacidad en España sólo puede abordarse tomando como base las deficiencias (anomalías orgánicas que se encuentran entre las causas de las discapacidades), lo que en cierto modo puede distorsionar el enfoque mayoritario en el estudio del fenómeno, orientado preferentemente a la determinación de las actividades propias de una vida autónoma para las que ciertas personas tienen dificultad de diverso grado. Pues bien, aun siguiendo ese criterio se encuentran serios obstáculos para el ajuste de la

clasificación y su análisis. Uno de los ejemplos más notables lo constituye el conjunto clasificado en la EDDES como deficiencias mentales. Dicho conjunto considera las deficiencias relacionadas con el retraso mental en varios grados de manera separada, es decir, cuantifica los casos severos, medios, leves, etc., pero las enfermedades mentales no relacionadas con el retraso intelectual, constituyendo de por sí un agregado heterogéneo y de múltiples perfiles, quedan incorporadas sin distinción, junto con trastornos que no se ajustan plenamente, bajo el nombre de «otros trastornos», lo que hace difícil enfrentar su estudio pormenorizado con esa fuente.

5.2. POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN

Políticas sanitarias

6. Las políticas sanitarias deberían considerar la situación específica de las personas con discapacidad, garantizando su atención integral con criterios de calidad y atendiendo a las causas que originan la discapacidad, así como a la multiplicidad de situaciones dentro de este colectivo. Ello implica la necesidad de poner en marcha políticas diversificadas para cada tipo de deficiencia.

7. Atendiendo al origen de las discapacidades en relación con los distintos grupos de edad considerados en la EDDES, es posible constatar que si las enfermedades figuran como causa principal de las deficiencias entre las personas mayores de 65 años, en los grupos de menor edad su importancia va siendo residual. Entre las personas con discapacidad menores de 65 años las principales causas de las deficiencias son las de origen congénito y los problemas en el parto, seguidas de los accidentes.

8. Este cambio en las principales causas de las deficiencias responde fundamentalmente a los avances en el campo de la investigación sanitaria y a sus aplicaciones en el ámbito de la salud pública, que han conseguido erradicar enfermedades que antiguamente originaban numerosas situaciones de discapacidad. Los últimos progresos en la investigación en ciencias de la salud abren expectativas inusitadas para la prevención de las deficiencias, en especial las de origen congénito, y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad. El fomento de la investigación en este ámbito y el aprovechamiento de sus aplicaciones prácticas deben ser objetivos de primer orden de las políticas sanitarias.

9. Resulta especialmente preocupante el volumen y la evolución creciente de los accidentes, especialmente los de carácter laboral y de tráfico, como causa

de las discapacidades en los grupos de edad más jóvenes, lo que aconseja un reforzamiento de las actuaciones dirigidas a su prevención.

10. Unido a lo anterior, es preciso advertir, por sus repercusiones en el ámbito de la atención sanitaria, que aunque no se encuentren en el origen de la discapacidad, existe una importante prevalencia de enfermedades crónicas entre las personas con discapacidad, destacando la elevada presencia de enfermedades mentales entre los grupos más jóvenes.

11. En cualquier caso, llama la atención que hasta el momento no se hayan conseguido articular políticas sanitarias específicamente dirigidas a abordar la discapacidad, sino más bien una serie de actuaciones parciales no siempre acompañadas de los recursos suficientes. Ello ha respondido a diversas circunstancias, como la falta de aplicación de las previsiones de la LISMI y de la Ley General de Sanidad o el reciente cambio de orientación de la política sanitaria preventiva que introduce la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Así, el primer y único esbozo de objetivos y líneas de intervención en el ámbito sanitario tuvo lugar en el contexto más amplio del Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002, que supuso un intento de articulación de la diversidad de iniciativas que estaban ya aplicándose en distintas CCAA. Llama la atención que, sin haberse llevado a cabo una evaluación del cumplimiento de las numerosas prioridades, objetivos y líneas de intervención marcadas en el Plan para el periodo 1997-2002, se haya aprobado un II Plan cuyo planteamiento en este ámbito es residual y carece de continuidad con el anterior.

12. Por otro lado, el CES lamenta la falta de participación de las organizaciones representadas en el mismo en el proceso de elaboración de este nuevo Plan de Acción de las Personas con Discapacidad.

13. Pese a los escasos resultados que han tenido las anteriores iniciativas, sería aconsejable abordar el diseño de un conjunto de criterios básicos para el desarrollo de políticas sanitarias para la discapacidad, no sólo a la vista de la ya mencionada evolución del fenómeno y de sus principales causas, sino de los cambios experimentados en el propio sistema sanitario tras la culminación de las transferencias y la reciente aprobación de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

14. Al mismo tiempo, el próximo desarrollo de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud tras la aprobación de la mencionada Ley 16/2003 podría representar una oportunidad para perfilar el contenido concreto de las prestaciones del sistema desde la perspectiva de las necesidades detectadas entre los colectivos de personas con discapacidad.

15. En este sentido, respecto a la cobertura actual de las demandas sanitarias específicas de las personas con discapacidad, la EDDES proporciona algún dato de interés, como el porcentaje no despreciable de servicios sanitarios que se financian de forma privada, especialmente en el caso de los servicios de rehabilitación funcional y algunos relacionados con la atención a la salud mental, lo que puede ser indicativo de carencias en este ámbito.

Por todo lo expuesto, y con independencia de las recomendaciones señaladas anteriormente al hilo de los comentarios realizados sobre determinados aspectos de la política sanitaria en relación con las personas con discapacidad, es posible señalar algunos otros aspectos susceptibles de mejora dentro del esquema vigente de prestaciones del sistema sanitario:

16. En primer lugar, en todos los niveles de la atención sanitaria es conveniente conceder una relevancia especial a la formación, información y actualización del personal sanitario en materia de asistencia a personas con discapacidad y atención a sus familias.

17. En el ámbito de la salud pública, es necesario reforzar la articulación de estrategias específicamente dirigidas a la prevención de discapacidades.

18. En el ámbito de la atención primaria, se requiere una mejora de la información a las personas a las que se les diagnostica una discapacidad y sus familias sobre los recursos disponibles en la red sanitaria. Otra demanda importante en este ámbito es la necesidad de creación de unidades de atención a enfermos crónicos.

19. Dentro de las prestaciones que comprende la atención especializada, es necesario superar el esquema actual de falta de articulación del sistema de rehabilitación integral, a partir de la coordinación entre todas las Administraciones y Departamentos competentes.

20. Asimismo, es importante garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los diversos centros de referencia, independientemente de su lugar de residencia, articulando medidas de acompañamiento para afrontar en estos casos los gastos derivados del desplazamiento para las familias de los pacientes.

21. Asimismo, hay que señalar otros aspectos como la insuficiencia de estructuras intermedias de apoyo a la rehabilitación de las personas con discapacidad (hospitales de día, comunidades terapéuticas, pisos protegidos y centros ocupacionales); la necesidad de adaptación de los equipos médicos de diagnóstico y

tratamiento a las distintas restricciones de las personas con discapacidad para que puedan ser utilizados con normalidad por éstas; reconocer el papel asistencial de las familias e impulsar una coordinación efectiva entre las diferentes redes y servicios de atención.

22. La atención a la salud mental, prestada tanto a través del nivel de atención primaria como de atención especializada, merece una particular consideración. La heterogeneidad de modelos y prácticas, la insuficiente dotación de dispositivos y profesionales, y su desigual distribución territorial apuntan a la necesidad de agilizar la elaboración del Plan Nacional de Atención a la Salud Mental. Unido a lo anterior, y puesto que la salud mental se encuentra ya específicamente comprendida entre las prestaciones de atención primaria, debe mejorarse el diagnóstico en este nivel y reforzarse la continuidad de la atención con la atención especializada. Al mismo tiempo, es recomendable la creación de más unidades de apoyo que presten atención psicológica a los afectados y sus familias. En el ámbito de la atención especializada es necesario estructurar una red de centros y servicios para la asistencia a pacientes psiquiátricos de larga duración.

23. La incorporación específica de la prestación de asistencia sociosanitaria en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y su definición a efectos sanitarios debería acompañarse de la concreción del modelo de atención sociosanitaria que garantice la atención integral y de calidad a las personas con discapacidad, independientemente de su lugar de residencia, así como de la dotación de los recursos y los medios que soportarán dicha prestación.

24. En el ámbito de la prestación farmacéutica tiene interés, desde la perspectiva de algunos colectivos de personas con discapacidad, la actualización del listado de enfermedades clasificadas como crónicas, así como la mejora de la accesibilidad de la información del etiquetado de los envases de los medicamentos.

25. La adecuada definición de la prestación de transporte sanitario adaptado es, asimismo, un aspecto de interés desde la perspectiva de las personas con discapacidad como usuarias de los servicios sanitarios.

26. Por último, en relación a las prestaciones del sistema, una de las demandas sanitarias más importantes de las personas con discapacidad es la actualización y ampliación del catálogo de prestaciones ortoprotésicas, incorporando las técnicas y materiales más innovadores, tras su correspondiente evaluación.

27. De cara al futuro, el ámbito de la investigación sanitaria se perfila como un área crucial para la prevención de la discapacidad y la mejora de la calidad

de vida de las personas con discapacidad. Es importante que en este marco se de apoyo preferencial a los proyectos relacionados con la discapacidad en general, potenciar los instrumentos y dispositivos existentes, así como fomentar la investigación en torno a determinadas enfermedades que hasta ahora no han recibido la atención necesaria debido a su escasa prevalencia, pero que plantean demandas sanitarias importantes.

Políticas de educación

28. Es especialmente grave y perjudicial para el desarrollo futuro de los niños que sus deficiencias hayan pasado inadvertidas en sus primeros años de vida y por consiguiente no reciban la estimulación, rehabilitación o la implantación de las prótesis necesarias, circunstancia que condiciona de forma importante y negativa su integración social posterior. Además, el ámbito educativo es el más propicio para la detección temprana y prevención de una gran parte de las discapacidades. Sin embargo, la situación actual muestra que la atención a primera infancia (niños de 0 a 3 años) es prácticamente nula, y que el alumnado sufre una inadecuada y descoordinada atención. Por ello, el CES considera de vital importancia garantizar desde las Administraciones la atención educativa temprana, eliminando su carácter voluntario y mejorando la coordinación con las administraciones sanitarias.

29. El perfil educativo de las personas con discapacidad es muy inferior al de las personas sin discapacidad, situación que comparativamente con otros países europeos es peor en España, mostrando, asimismo, diferencias por discapacidades.

30. La escolarización de las personas con discapacidad está caracterizada por un aumento del alumnado integrado y una disminución del escolarizado en centros de educación especial. La provisión es mayoritariamente pública en el caso de la educación integrada y prácticamente equilibrada en los centros de educación especial. Por niveles educativos, durante la educación infantil la escolarización del alumnado con discapacidad es muy inferior en relación al no discapacitado. En los niveles obligatorios, los problemas más importantes empiezan a manifestarse en la etapa de secundaria, dada la dificultad de aplicar una educación inclusiva. Por ello, aunque cada vez más los jóvenes con discapacidad consiguen concluir los estudios obligatorios, existe todavía una alta proporción de ellos que no consiguen finalizarlos.

Esta situación, junto a las dificultades de acceso que encuentran algunos alumnos discapacitados para cursar los estudios de Bachillerato, determina que la

matriculación en los niveles universitarios sea todavía escasa. En la Formación Profesional reglada la situación es similar, aunque existe una tendencia al aumento del alumnado con discapacidad matriculado en los Programas de Garantía Social específicamente diseñados para ellos.

31. El nivel de estudios alcanzado es uno de los factores —aunque no el único, ni el más decisivo— que influyen en la incorporación de las personas con discapacidad al mercado laboral. Por ello, el CES considera que además de la mejora del nivel educativo, de cara a su integración sociolaboral, debería fomentarse el acceso de las personas con discapacidad a la formación a lo largo de toda su vida, a través de la Formación Reglada, la Formación Profesional Ocupacional y la Formación Continua.

32. Respecto a los recursos materiales, humanos y técnicos para la atención del alumnado con discapacidad, los datos disponibles sólo hacen referencia al alumnado escolarizado en centros especiales en los niveles no universitarios. Por tanto, sería necesario mejorar la información sobre la situación del alumnado integrado en los centros ordinarios, ya que es el tipo de escolarización mayoritaria en nuestro país.

A tenor de estas conclusiones, el CES considera que las propuestas que figuran a continuación ayudarán a mejorar el nivel educativo de las personas con discapacidad, válidas tanto para la enseñanza obligatoria como para las etapas post-obligatorias y no regladas:

33. Desarrollar la nueva normativa básica de educación para que garantice la aplicación efectiva y el cumplimiento del principio de no discriminación en el acceso y mantenimiento en el sistema educativo de los alumnos con discapacidad, durante todas las etapas educativas, obligatorias o no, así como en la FC y FPO. Esta garantía debe estar basada en la suficiencia de recursos materiales y humanos, sobre todo en los centros de titularidad pública, pues en estos centros la concentración de alumnado con necesidades de compensación educativa es mayor, y puede llegar a inhibir los importantes beneficios que una educación inclusiva tiene para el alumnado con discapacidad. En este sentido, también sería conveniente un mayor rigor en la aplicación de la normativa sobre la admisión de estos alumnos en centros privados concertados.

34. En opinión del CES, para mejorar el nivel formativo y lograr una mayor integración social de las personas con discapacidad sería conveniente desarrollar programas y prácticas de integración a lo largo de todas las etapas educativas, más allá de la escolaridad obligatoria, y no desatender etapas prioritarias como

la educación temprana. Para ello, sería importante llenar el vacío posterior a la educación secundaria con más programas de formación ocupacional y profesional, y facilitar el acceso de los jóvenes con discapacidad a estudios universitarios.

35. Con el fin de mejorar la calidad educativa prestada a este colectivo, en opinión del CES sería conveniente realizar seguimientos sistemáticos sobre la situación del alumnado con necesidades educativas especiales, a través de programas educativos individualizados, que permitan ajustar mejor sus necesidades y provisiones, y conocer mejor el desarrollo y los resultados de su aprendizaje.

36. Finalmente, el desarrollo de políticas e iniciativas que contribuyan a fomentar el aprendizaje y la formación para nuevas tecnologías y aplicaciones de la sociedad de la información es imprescindible para que este colectivo entre a formar parte de la sociedad del conocimiento.

37. Analizar, revisar y actualizar los planes de estudio de todo el personal docente para una mejor adaptación de los proyectos educativos, curriculares y las programaciones en el aula a las necesidades del alumnado integrado, e incrementar tanto el número como la estabilidad de los profesionales especialistas, sobre todo en los niveles post-obligatorios.

38. Con el fin de ir creando actitudes positivas hacia la integración educativa desde las edades más tempranas a las adultas de las personas con discapacidad, en opinión del CES sería necesario promover diferentes acciones de información y sensibilización para el profesorado, la comunidad educativa y la sociedad en general, sobre su problemática, capacidades, necesidades e intereses.

39. Asesorar a las familias sobre los centros y recursos de formación existentes, y sobre los diferentes itinerarios formativos que pueden realizar sus hijos, con el fin tanto de velar por un adecuado cumplimiento del derecho de los padres a elegir el tipo de centro al que desean que asistan sus hijos, como de prolongar más allá de los niveles obligatorios la estancia de este alumnado en el sistema educativo.

40. Sensibilizar a las familias sobre la importancia del capital formativo del alumno con discapacidad para su inserción social. En este sentido, el CES considera clave la orientación sobre el potencial itinerario formativo en todos los momentos de paso de una etapa a otra, y especialmente en tránsito de la educación al trabajo.

41. Establecer y definir indicadores de calidad estables en el tiempo que revelen si el sistema educativo está atendiendo, en términos de satisfacción, a los alumnos con necesidades especiales asociadas a la discapacidad.

42. Asegurar los medios didácticos, materiales, técnicos y humanos necesarios y suficientes para eliminar las barreras urbanísticas, arquitectónicas, tecnológicas, de transporte y comunicación, que dificultan la accesibilidad tanto a la educación como al centro educativo.

43. La tendencia hacia la inclusión en la educación ordinaria del alumnado con necesidades asociadas a la discapacidad debería ir acompañada, en la medida de lo posible, de la transformación de algunos de los centros de educación especial en centros de recursos y apoyo a los centros ordinarios. Estos centros podrían tener entre sus funciones: la provisión de formación al profesorado y a otros profesionales, el desarrollo y distribución de materiales y métodos didácticos, el apoyo a estudiantes y padres, y facilitar la transición al trabajo.

Además, toda formación impartida debe ir encaminada a aumentar las potencialidades de inclusión social de las personas con discapacidad. Por ello, en todas las etapas formativas, pero sobre todo en aquellas más orientadas al empleo, se deberían tener en cuenta las siguientes propuestas de mejora:

44. Aumentar la flexibilidad en la escolarización del alumnado con discapacidad en función de sus necesidades para que las diferencias en los ritmos de aprendizaje no tengan consecuencias en la certificación de las competencias. Algunas medidas tendentes a este objetivo que el CES considera importantes son: establecer una mayor agilidad en el tránsito de un tipo a otro de escolarización, prolongar la permanencia en las distintas etapas educativas y posibilitar la acumulación de estos años en cualquiera de ellas, establecer pasarelas de unas ramas profesionales a otras, ampliar los horarios de atención especializada y contemplar un tiempo de coordinación entre docentes y personal especializado.

45. Otras mejoras de las actuales acciones formativas más orientadas hacia el empleo pueden ser:

- La combinación de los procesos formativos de larga duración para personas con bajo nivel de instrucción previa, con procesos de obtención de competencias y cualificaciones a través de módulos.
- La traslación del concepto de inclusión escolar al entorno laboral a través de una mayor incorporación de simulaciones de trabajo en las aulas y de la búsqueda de vías de cooperación entre el sistema educativo y el empleo.

- Realizar un análisis de detección de necesidades formativas que incida en una mejora de su adecuación tanto a las demandas del mercado de trabajo, como al propio perfil educativo de las personas con discapacidad.

Políticas de empleo

46. En lo que respecta al empleo de las personas con discapacidad, cabe señalar que a lo largo de este Informe se ha puesto de manifiesto que España es uno de los países europeos en los que se observa una menor proporción de personas con discapacidad que trabajan. Según datos de la EDDDES 1999, son preocupantes sus tasas de desempleo y de inactividad, especialmente en el caso de las mujeres con discapacidad y los discapacitados mayores de 45 años, que registran menores tasas de empleo y un mayor alejamiento del mercado laboral.

47. El empleo de trabajadores con discapacidad en las Administraciones Públicas, como se reconoce expresamente en la Ley 53/2003, de empleo público de discapacitados, ofrece un panorama desalentador, agravado por el hecho de que en las ofertas públicas de empleo no se cubren los puestos reservados a personas con discapacidad, habiéndose incrementado, además, la contratación eventual, en cuyos procesos no existe cuota de reserva. En el sector empresarial, la cuota de reserva y sus medidas alternativas también presentan un bajo nivel de cumplimiento, lo que podría obedecer, entre otras circunstancias, al deficiente funcionamiento de los Servicios Públicos de Empleo y a la falta de intervención de la Inspección de Trabajo.

48. Los Centros Especiales de Empleo han experimentado en los últimos años un crecimiento en su número y en sus plantillas. No obstante, cabe destacar dos circunstancias sobre estos Centros: la elevada tasa de temporalidad, por un lado, y la integración en sus plantillas de trabajadores con un grado de minusvalía medio/bajo. Ello permitiría afirmar que, en los últimos años, se habrían apartado de su objetivo principal, esto es, configurarse como puente del empleo protegido al empleo ordinario. Por otra parte, la inexistencia de los equipos multidisciplinares, llamados a controlar la adecuación de las capacidades del trabajador a su puesto de trabajo y sus posibilidades para dar el salto al empleo ordinario, también incide negativamente en el cumplimiento de dicho objetivo. Otras fórmulas de empleo protegido, como el empleo con apoyo, son marginales.

49. Los Servicios Públicos de Empleo (SPE) no han asumido la especialización necesaria para actuar como auténticos mediadores para el empleo de las personas con discapacidad, siendo cubierta esta carencia por las asociaciones

del sector, que actuarían como servicios especializados de intermediación laboral y acompañamiento para el empleo, con muy escasa coordinación de los SPE.

50. Los fondos dedicados a la formación, el fomento y mantenimiento del empleo de las personas con discapacidad han sido importantes a lo largo de los últimos años. Sin embargo, es muy difícil verificar su eficacia, al carecerse de indicadores fiables en la materia con los que evaluar el impacto real de esas políticas y de los recursos públicos dedicados a tal fin.

51. La finalidad de la política de empleo de los trabajadores con discapacidad es su integración en el sistema ordinario de trabajo o, de no ser esto posible, su incorporación al empleo protegido. Esta declaración de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, efectuada en el año 1982, ha sido origen de diferentes desarrollos políticos y normativos, en una mayor parte fruto de diferentes acuerdos suscritos entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las organizaciones del sector de la discapacidad. Así, en la práctica, estas organizaciones han venido a convertirse en los únicos interlocutores con la Administración para tratar de discapacidad y empleo, sin que exista una puesta en común, sistemática y normalizada, de estos asuntos con las organizaciones empresariales y sindicales, como así recomiendan todas las instancias de la Unión Europea.

52. La necesidad de desarrollar medidas dirigidas a mejorar el entorno social y físico de personas con discapacidad ya fue puesta de manifiesto en el Informe del CES 5/1995, sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación. Sin embargo, ante la persistencia de la negativa situación sociolaboral de las personas con discapacidad, continúan teniendo pleno valor y significado las recomendaciones dadas en ese Informe.

A la vista de lo anterior, el CES sigue manteniendo que la mejor vía de inclusión en la vida laboral activa de las personas con discapacidad pasa por impulsar su acceso al empleo ordinario. Para que este proceso sea efectivo y se generalice se requiere considerar diversos ámbitos, que abarcan desde la información estadística, el empleo protegido, el empleo ordinario, la negociación colectiva y el diálogo social. Por ello, conviene formular las siguientes recomendaciones:

53. Con carácter general, en cuanto a las fuentes de información y recopilación estadística, el CES estima necesarias las siguientes acciones:

- Conseguir que el Observatorio de la Discapacidad realice recopilaciones periódicas de información —cualitativa y cuantitativa— sobre la población con discapacidades y efectúe el seguimiento sobre el conjunto de los aspec-

tos de la discapacidad, para conocer el impacto de las políticas y recursos destinados a estos colectivos.

- Inclusión, con carácter ordinario, de preguntas específicas sobre el empleo de los discapacitados en la EPA del Instituto Nacional de Estadística, armonizando, en todo caso, la metodología de esta encuesta con la seguida en la EDDES 1999, a fin de evitar confusiones en el seguimiento estadístico de la integración laboral de las personas con discapacidad.
- Incorporación de la variable de la discapacidad en las estadísticas sobre empleo.

54. Respecto a las fórmulas de empleo protegido, el CES apoya los Centros Especiales de Empleo, siempre que mantengan su carácter social, su configuración como fórmulas de tránsito al empleo ordinario y que estén basados en criterios de viabilidad económica. Sin embargo, las aludidas deficiencias de los sistemas de información impiden efectuar una valoración sobre su evolución y eficacia como puente hacia el empleo ordinario. Por ello, sería conveniente:

- Crear un Registro de Centros Especiales de Empleo que permita conocer el mapa de éstos en todo el territorio nacional, su evolución e impacto en el empleo del colectivo.
- Efectuar un seguimiento sobre las condiciones laborales y de empleo, dado el importante volumen de fondos públicos que reciben, vinculando éstos a la rentabilidad de la actividad económica de los mismos y al grado de discapacidad de los trabajadores empleados.
- Creación de los equipos multidisciplinares previstos en la normativa reguladora de los Centros Especiales de Empleo, en tanto que su inexistencia ha podido contribuir al incumplimiento, en muchos casos, del objetivo de estos centros de constituirse en un puente hacia el empleo ordinario.

55. En lo que se refiere al empleo ordinario, las Administraciones Públicas deben establecer medidas de acción positiva que permitan la integración en el mercado de trabajo del mayor número de personas con discapacidad, a través de:

- Potenciar el papel de los Servicios de Empleo a fin de conseguir una mejor conexión entre las ofertas de empleo y los demandantes de empleo con discapacidad. Para ello, convendría establecer registros específicos y habilitar un área especializada de información para las empresas sobre ayudas públicas para la contratación y para la adaptación de puestos de trabajo, y para el propio colectivo, a fin de que puedan acceder, a través de los medios más apropiados, a las ofertas de empleo disponibles.

- Fomentar y asegurar el cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 de puestos de trabajo en las empresas de más de 50 trabajadores, mejorando la respuesta de los Servicios de Empleo a las solicitudes empresariales de trabajadores con discapacidad e intensificando la actuación de la Inspección de Trabajo. Las medidas alternativas deberían hacerse obligatorias sólo cuando el empresario rechazase el cumplimiento de la cuota.
- El cumplimiento de la cuota de reserva en las Administraciones Públicas debe asegurarse en las ofertas públicas de empleo estableciendo un turno independiente del general y adaptando las pruebas a las condiciones específicas de cada aspirante discapacitado. También se debe establecer cuota de reserva en la contratación eventual y en las pruebas de interinidad. Por otra parte, además de velar por el cumplimiento de la Ley 53/2003, de empleo público de los discapacitados, las Administraciones Públicas deberían comprometerse a que el empleo de las personas con discapacidad en este sector alcance, en el menor tiempo, un porcentaje no inferior al 2 por 100 de los efectivos totales de la Administración.
- Continuar y potenciar las subvenciones, ayudas e incentivos al empleo, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, de las personas con discapacidad, especialmente las destinadas a su ocupación en el empleo ordinario.
- Respecto a la cuantía de las subvenciones destinadas al fomento de la contratación por cuenta ajena, al establecimiento de la persona con discapacidad como trabajador autónomo o integrado en una cooperativa o Sociedad Anónima Laboral, o a la adaptación de puestos de trabajo, debería establecerse un módulo que permita su actualización periódica.

56. El diálogo social entre los diversos actores (Administraciones Públicas, interlocutores sociales y organizaciones representativas de las personas con discapacidad) es esencial para establecer políticas adaptadas y eficaces, para poner fin a perjuicios y discriminaciones y, en último término, para contribuir a la consecución del objetivo de integración sociolaboral de las personas con discapacidad.

57. Sin embargo, distintas iniciativas políticas dirigidas a las personas con discapacidad han excluido de este diálogo a los interlocutores sociales; éste es el caso del II Plan de Empleo de las Personas con Discapacidad y del II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007. A juicio del CES, como así se reconoce en este último Plan, un diálogo social en materia de discapacidad en el que no se cuente con las organizaciones empresariales y sindicales puede generar vacíos o solapamientos de responsabilidades, además de dificultar la generación de sinergias y efectos complementarios. Por ello debe hacerse un llama-

miento a las Administraciones Públicas para que toda revisión de este marco normativo o político sea fruto de un intenso trabajo de reflexión, en un contexto de coordinación, cooperación y diálogo entre todas las Administraciones, interlocutores sociales y las Organizaciones de las personas con discapacidad.

58. En este Informe se han destacado otras iniciativas políticas destinadas a intervenir en el mercado de trabajo, en general, y en el empleo de las personas con discapacidad, en particular. Éste es el caso del Plan Nacional de Acción para el Empleo del Reino de España 2003, sobre el que no ha sido posible realizar ni un análisis detenido de sus medidas, ni la evaluación de otras anteriores. En este sentido, el CES estima que deben mejorarse los sistemas de participación, bien a través de una mayor eficiencia de la información proporcionada, bien mediante la institucionalización de un método de trabajo estable y periódico, que permita la implicación y participación de los interlocutores sociales en la elaboración, ejecución y evaluación de estas políticas, en todas y cada una de sus Directrices.

59. Asimismo, se ha analizado el Plan de Inclusión 2003-2005⁹⁸, sobre el que cabe recordar que el CES considera prioritario articular mecanismos de coordinación de este Plan con el PNAE 2003. Asimismo, sería necesario prestar una mayor atención a las necesidades de las personas con discapacidad en los programas vinculados con la sociedad de la información y con la promoción del uso de las nuevas tecnologías. Igualmente, conviene impulsar la adecuación del ordenamiento español a la normativa comunitaria, en especial respecto a la transposición de las Directivas de igualdad de trato y no discriminación.

60. En este marco de negociación colectiva y diálogo social, las organizaciones empresariales y sindicales deben contribuir, en sus correspondientes ámbitos de actuación, a eliminar prejuicios, sensibilizar y coadyuvar por el cumplimiento de la legislación en materia de integración laboral de las personas con discapacidad. En este sentido, la negociación colectiva debe cumplir un papel esencial para concretar la aplicación de las políticas de inserción laboral de las personas con discapacidad, al configurarse como un instrumento de utilidad para sensibilizar a empresas y trabajadores sobre el empleo de estas personas, así como para activar medidas de apoyo a su integración en el mercado de trabajo, pudiendo valorar, además, aspectos específicos como el tamaño de las empresas, la naturaleza del sector y del puesto de trabajo.

⁹⁸ Este Plan ha sido objeto del Informe 1/2003, del CES, sobre el «Proyecto del Plan Nacional de inclusión social para el período 2003-2005». Además, con anterioridad, la política de inclusión social ya había sido analizada en el Informe 1/2001, del CES, sobre «La pobreza y la exclusión social en España: Propuestas de actuación en el marco del plan nacional para la inclusión social».

Prestaciones económicas

Las personas con discapacidad conforman un colectivo especialmente vulnerable y por ello necesario de la tutela que ofrecen los diversos sistemas de protección social entendidos como el conjunto de mecanismos de cobertura social y protección basados en la distribución y solidaridad para hacer frente a situaciones de necesidad tanto económica como prestacional.

Así, el reconocimiento legal de la discapacidad a partir de unos grados previamente establecidos permite el acceso a una serie de derechos y beneficios sociales, de los que la percepción de prestaciones económicas es especialmente relevante.

Reconociendo el avance normativo producido en los últimos años en materia de protección económica de las discapacidad, cabría llevar a cabo una mera descripción del balance positivo alcanzado, así como de aquellos aspectos, aún pendientes de solución:

61. Un primer aspecto tiene relación con aquellas personas afectadas por una discapacidad y con las dificultades que encuentran para poder tener acceso a una pensión por dicha contingencia. En este sentido, una persona afectada por una discapacidad que esté trabajando y cotizando y en un momento determinado queda incapacitada para dicho trabajo o para todo trabajo, se le exigía para poder acceder a una pensión contributiva de invalidez permanente, además de la prueba de esa incapacidad y, en todo caso, cumplir los requisitos establecidos en cuanto a afiliación y cotización, probar que la incapacidad proviene de una causa posterior al inicio de la actividad o, en su caso, de un agravamiento de las lesiones que padecía antes de iniciarla.

Esta reivindicación tradicional del sector de la discapacidad tuvo acogida en la Ley 35/2002, de 12 de julio, de Medidas para el Establecimiento de un Sistema de Jubilación Gradual y Flexible, al estipular que: «Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente cuando se trate de personas minusválidas y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado provocando por sí mismas, o por concurrencia con nuevas o patologías, una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación».

62. Una segunda cuestión se enmarca en la posibilidad de acceso a la jubilación anticipada para aquellas personas afectadas por una discapacidad, cuya

vida laboral va a ser, necesariamente, más corta a causa de las afecciones que padecen. Con ello se equipararían estas situaciones con otras que, en razón a la especial penosidad o peligrosidad de la actividad, permite a determinados grupos (caso de minería, pesca o personal de vuelo de líneas aéreas) acceder a una jubilación anticipada.

Esta aspiración del sector también tuvo acogida en la Ley anteriormente citada que, a través de su disposición adicional primera, establece: «De igual modo, la edad mínima a que se refiere el párrafo *a*) del apartado anterior podrá ser reducida en el caso de personas minusválidas en un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100 en los términos contenidos en el correspondiente Real Decreto acordado a propuesta del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales». Esta nueva regulación cumple, en parte, las expectativas del sector, que demandaban la extensión de tal medida a todo tipo de trabajadores con discapacidad (con una minusvalía igual o superior al 33 por 100).

63. Otro aspecto que se debería mejorar es la protección actualmente establecida para el nivel no contributivo del sistema de Seguridad Social, en un doble sentido. Por una parte, estableciendo que el acceso a la pensión no contributiva de invalidez, en lo que afecta al requisito de carencia de rentas o ingresos suficientes, se referencie sobre las rentas o ingresos exclusivamente del beneficiario de la prestación y no de la unidad económica de convivencia, como actualmente está regulado. De otra parte, buscando la fórmula para dar cobertura al grupo de discapacitados que, por presentar un grado de minusvalía comprendido entre el 33 y el 65 por 100, se ven excluidos de las prestaciones no contributivas y que también deberían tener acceso a algún tipo de protección cuando no pudieran lograr un empleo remunerado.

64. En quinto lugar, se debería regular la previsión de que cualquier situación de incapacidad debe ser plenamente compatible con la posibilidad de realizar todas las actividades, lucrativas o no, que el propio estado de la persona permita, como principio fundamental para garantizar a las personas con discapacidad su derecho esencial al trabajo y a la integración social.

A estos efectos debería regularse la posibilidad de reducir la pensión que se venía percibiendo, y de igual forma, tendría que preverse que las cotizaciones efectuadas en el nuevo trabajo sirvieran, en todos los supuestos, para mejorar las prestaciones que se venían percibiendo.

65. Por último, preocupan los efectos negativos que implica la reforma del «Decreto de Baremos» llevada a cabo mediante el Real Decreto 1971/1999, de

procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, que en algunos casos puede suponer la reducción de calificación del grado de minusvalía, conllevando, en algún supuesto, la pérdida de la pensión no contributiva (a partir del 65 por 100) y a veces incluso la consideración legal de persona con discapacidad y por ello a no disfrutar de derechos o beneficios legales, como acceder a un puesto de trabajo de reserva, cursos de formación, exenciones fiscales...

Servicios sociales

66. Los servicios sociales son un elemento importante del sistema del Estado de Bienestar y especialmente constituyen un elemento esencial en la cobertura de las necesidades que afectan a las personas con discapacidad que, además, integran una parte muy significativa del total de usuarios de los mismos.

Sin embargo, al carecer los servicios sociales de la caracterización de verdaderos derechos públicos subjetivos, su provisión y exigencia dependerá de la voluntad política de la administración competente.

A pesar de la dificultad para realizar una evaluación de la situación real de los servicios sociales en España por falta de información suficiente, cabría realizar las siguientes consideraciones, así como apuntar alguna línea de mejora de los servicios sociales en España:

67. En primer lugar, se detectan carencias que afectan a la cobertura prescricional, debido a la falta de provisión de recursos suficientes, tanto humanos como de equipamiento.

68. Asimismo, la convivencia de competencias en varios niveles administrativos está revelando la existencia de conflictos, especialmente entre Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, lo que igualmente exige un mayor esfuerzo de coordinación entre las diferentes Administraciones. La búsqueda de un modelo de servicios sociales cohesionado y capaz de optimizar los instrumentos aportados por todos los actores implicados, tanto públicos como privados, es un reto todavía pendiente en este ámbito. A estos efectos sería oportuno elaborar una normativa básica que permita garantizar unos mínimos vitales, y que racionalice y convalide una red de servicios sociales en todo el Estado.

Igualmente sería necesario la aprobación de una ley estatal sobre atención a la dependencia que desde una concepción integral del sistema público de pro-

tección social, y teniendo en cuenta las carencias de la red de servicios sociales, dé respuesta adecuada a las necesidades de un colectivo en constante crecimiento y con una demanda de prestaciones y servicios que en la actualidad, en gran parte, están atendidas en el ámbito familiar.

69. Sería conveniente reforzar los mecanismos de evaluación de eficacia de los recursos destinados a la prestación de servicios sociales, y en particular de las subvenciones concedidas al sector privado no lucrativo, y de la gestión realizada por la iniciativa mercantil.

70. De otra parte, se hace imprescindible actualizar el mapa de demandas sociales de colectivos de ciudadanos usuarios de los servicios sociales, al objeto de adecuar los instrumentos prestacionales a las nuevas realidades, especialmente en lo que afecta al cambio demográfico, cuyos rasgos más característicos son el progresivo envejecimiento y el incremento del número de personas dependientes.

71. El número de Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos, de Atención a Minusválidos Físicos y de Atención Especializada de Minusválidos Psíquicos es claramente insuficiente y, por consiguiente, deficitaria su cobertura prestacional, así como su adecuación a las actuales necesidades de los colectivos que se pueden beneficiar de sus servicios. Estas circunstancias producen efectos perniciosos, entre otros, la ampliación de las listas de espera y la falta de previsión en relación a la continuidad de acogida de beneficiarios mayores de 65 años.

72. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales constituye un primer paso en la cooperación de las distintas Administraciones Públicas para ofrecer una red básica de servicios sociales a la totalidad de los ciudadanos en todas las Comunidades Autónomas.

No obstante, se constatan significativas diferencias de una a otra Comunidad Autónoma. Al respecto, las Comunidades más ricas, en general, desarrollan programas más avanzados y obtienen unas tasas de cobertura más elevadas, lo que se traduce en apreciables diferencias en la prestación de servicios a los ciudadanos, dependiendo en la región en la que residen. Por ello sería oportuno la búsqueda de un marco general a acordar entre todas las Comunidades Autónomas con el fin de establecer unos criterios básicos para los servicios sociales.

73. La red básica de servicios sociales debería aportar mayores recursos a la creación de pisos tutelados, residencias y centros de día, e incluso contemplar la reserva de vivienda social adaptada para las personas con discapacidad de

manera que la normalización de las condiciones de vida de este colectivo progrese significativamente.

74. Asimismo, los servicios sociales deberían avanzar en la oferta de prestaciones especializadas para colectivos específicos, singularizando las actuaciones en consonancia con los diversos tipos de discapacidad.

5.3. OTRAS POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN

Políticas de accesibilidad

75. En España, pese a la amplitud normativa en materia de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, tanto de ámbito estatal como de ámbito autonómico, se constata un elevado grado de incumplimiento de la misma, empezando por las propias Administraciones Públicas, que adoptan actitudes conformistas, tanto en trazados y soluciones urbanas, como en infraestructuras o diseño de edificios públicos.

Por ello, el CES considera oportuno señalar aquellos aspectos susceptibles de mejora en esta materia:

76. En primer lugar, que las Administraciones Públicas incorporen como elemento fundamental de su gestión el cumplimiento de la normativa en materia de supresión de barreras arquitectónicas y accesibilidad, así como la adopción de medidas correctoras en aquellas áreas no adaptadas. En esta misma línea, deben fomentarse y potenciarse los actuales niveles de cumplimiento de esa normativa por los particulares, empresas promotoras y cooperativas, en muchas ocasiones superiores a los de las propias Administraciones, aspecto en el cual deberían tener una actitud ejemplarizante.

77. Con relación al Plan Nacional de Accesibilidad, el CES estima adecuado que se establezca una referencia expresa e individualizada a tres tipos de acciones:

- Fomento: Estudio de iniciativas de cualquier tipo, tales como económicas, fiscales o de imagen, que potencien la incorporación de medidas de accesibilidad.
- Asistencia: Estudio sobre la posibilidad de incrementar las Unidades de Apoyo, formadas por técnicos especializados, a fin de facilitar la implantación de soluciones en la práctica real.

- Seguimiento: Estudio de la evolución del grado de cumplimiento de las medidas adoptadas en materia de accesibilidad y las mejoras alcanzadas con la aplicación de estas medidas.

78. Para la ejecución y desarrollo del referido Plan, en él se establece que se contará con la participación de las «asociaciones más representativas de utilidad pública de ámbito estatal de las personas con discapacidad». A este respecto, el CES entiende que una adecuada estrategia de accesibilidad universal y diseño para todos exige el más amplio debate y consenso social en la materia; ello obligaría, en opinión del CES, a contar igualmente con la participación de las organizaciones sindicales, empresariales y otras asociaciones sociales representativas, en tanto que muchas de ellas estarían llamadas a intervenir activamente en el diseño, desarrollo y evaluación de múltiples medidas derivadas de estas políticas.

79. Por último, el CES considera necesario hacer un llamamiento sobre el amplio calendario establecido para llevar a cabo las acciones contempladas en el Plan Nacional de Accesibilidad. En este sentido, hecho el diagnóstico de la situación y conocidas las necesidades reales, actuales y urgentes de las personas con discapacidad, parece oportuno que las diferentes Administraciones Públicas agilicen al máximo su puesta en práctica, a fin de reducir los plazos establecidos y alcanzar, en el menor tiempo, el diseño para todos y la accesibilidad al entorno, a los productos y a los servicios, esto es, la accesibilidad universal. En particular, determinadas medidas, referidas a obra nueva, deberían aplicarse con carácter inmediato. Por otra parte, se aprecia una carencia de precisiones y medidas de desarrollo del Plan.

Política fiscal

El CES considera que la política fiscal es un elemento relevante en la protección dispensada al colectivo de personas con discapacidad. A estos efectos se realizan las siguientes propuestas:

80. El régimen de tributación conjunto regulado en la vigente Ley del IRPF establece que el padre o la madre separados legalmente o sin vínculo matrimonial, que convivan con un hijo mayor de edad minusválido, sólo pueden integrar dentro de la unidad familiar a los hijos mayores de edad incapacitados judicialmente sujetos a patria potestad prorrogada o rehabilitada, quedando fuera, por consiguiente, los hijos con un grado de minusvalía superior al 65 por 100 que no hubieran sido declarados judicialmente incapaces, una vez alcanzada la mayoría de edad, situación que aconsejaría su inclusión en el supuesto que estos continúen bajo la protección de sus progenitores.

81. Sería necesario contemplar el beneficio fiscal del discapacitado, sustancialmente, como beneficio fiscal de la familia, ámbito en el que se produce su desenvolvimiento e integración.

En este sentido, la recientemente aprobada Ley de Protección a las Familias Numerosas supone un avance al reconocer esa condición a las familias con dos hijos en los que uno al menos padezca discapacidad o esté incapacitado para trabajar, con los consiguientes derechos y beneficios reconocidos en la norma.

82. Asimismo, se debería posibilitar que las personas que ejercen cargos de tutela o acogimiento de personas con discapacidad puedan disfrutar de los mismos beneficios fiscales otorgados a los padres, al no resultar coherente que dichas personas se vean excluidas de la definición de unidad familiar cuando realicen una función esencialmente gratuita, que comporta la responsabilidad de cubrir las necesidades de vida del tutelado o acogido, así como la responsabilidad civil y penal de la conducta del mismo. De formularse dicha pretensión debería exceptuarse de la posibilidad de integrar la unidad familiar con el minusválido, los tutores o guardadores que ya formen parte de una unidad familiar en el sentido del artículo 68 de la Ley del IRPF.

83. También se debería buscar un mejor tratamiento fiscal para aquellas situaciones en que los contribuyentes con ascendientes o descendientes minusválidos a su cargo no puedan, por diversas circunstancias, convivir con los mismos, pero que los sustentan económicamente.

84. La aprobación de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificaciones del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad, debe valorarse positivamente por lo que supone de avance en la protección de las personas con discapacidad en un aspecto esencial de esta protección cual es el patrimonial, regulando una nueva figura, la del patrimonio especialmente protegido de las personas con discapacidad, figura que queda ligada a satisfacer las necesidades vitales de dichas personas.

85. No obstante, y como se señalaba en el Dictamen emitido por este Consejo al Anteproyecto de la Ley referenciada⁹⁹, en aquellos supuestos de persona con discapacidad que no puedan constituir un patrimonio protegido, los poderes públi-

⁹⁹ Dictamen núm. 5 aprobado en sesión ordinaria del Pleno de 26 de marzo de 2003, al Anteproyecto de Ley de Protección Patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria.

cos deberían establecer un sistema de protección social reforzado que atienda igualmente de forma satisfactoria sus necesidades.

86. Asimismo, y en relación con el beneficiario del patrimonio protegido, la Ley debería haber considerado la situación familiar en la que dos o más hijos sean personas con discapacidad, y la posibilidad de instrumentar, en este caso, un solo patrimonio protegido común e indiviso en beneficio de todos ellos.

87. Por último, hubiera sido conveniente que la Ley 41/2003 estableciera un estatuto tributario específico que beneficie fiscalmente la generación del patrimonio protegido, en vez de proceder a una serie de modificaciones tributarias, dirigidas, básicamente a integrar esta nueva figura jurídica dentro de la normativa vigente del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y del Impuesto sobre Sociedades.

Protección a la familia

Las líneas de acción que propone el CES para mejorar la protección de las familias de personas con discapacidad deberían atender los siguientes aspectos:

88. Teniendo en cuenta, por una parte, que dos de cada tres personas con discapacidad reciben en su familia el apoyo y la atención que requieren y, por otra, que las particularidades de las familias que tienen en su seno una o mas personas con discapacidad deben ser tenidas en cuenta a la hora de desarrollar políticas dirigidas a la protección de estas familias, se pueden señalar algunas propuestas para mejorar la situación de aquéllas:

89. Se debería equiparar el derecho al descanso maternal y la cuantía de la prestación por parto, en el caso de nacimiento de un hijo discapacitado, a las vigentes en caso de parto múltiple, y ello porque en estos casos las necesidades de atención al nuevo hijo son mayores que en los supuestos normales.

90. Se necesitaría completar la regulación contemplada en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, para los supuestos en que los familiares a cargo sean personas con discapacidad en los aspectos siguientes: 1) flexibilizar los porcentajes de reducción de jornada previstos en la legislación laboral, en el caso de que el trabajador tenga a su cargo a una persona con discapacidad; 2) ampliar el derecho al periodo de excedencia a los trabajadores que atiendan directamente a una persona con discapacidad, incentivando el correspondiente contrato de interinidad que sus-

tituya a los anteriores; 3) aumentar el periodo de excedencia con reserva de puesto de trabajo y voluntaria cuando ésta se produzca para el cuidado de un familiar discapacitado; 4) considerar el tiempo de excedencia por el cuidado de hijos o familiares discapacitados como cotizado a la Seguridad Social a todos los efectos, y 5) incrementar la duración del periodo de descanso por maternidad en casos de adopción o acogimiento de un menor con discapacidad.

91. Los Planes de Fomento del Empleo deberían incluir a las personas, especialmente mujeres, que se reincorporen a la vida laboral después de un periodo de dedicación al cuidado de un hijo o familiar discapacitado como un grupo especialmente protegido. Asimismo, interesarían medidas tendentes a favorecer la inserción laboral de desempleados de larga duración que tengan a su cargo familiares con discapacidad.

5.4. PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD EN LAS POLÍTICAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

92. La Declaración de Madrid, resultante del Congreso Europeo sobre las Personas con Discapacidad, de 20 a 23 de marzo de 2002, en sus propuestas para la acción manifiesta que «la movilización de los agentes sociales y de las autoridades públicas es una pieza clave para luchar contra la exclusión social de las personas con discapacidad y para promover su independencia y dignidad», e igualmente recomienda que «las organizaciones de la discapacidad deben dirigirse activamente a todos los actores sociales mas relevantes, tratando de establecer la cooperación a largo plazo, cuando ésta no exista todavía». En la misma línea, la Comisión de la Unión Europea, en su propuesta sobre el Año Europeo de las Personas con Discapacidad 2003, señala que «la colaboración, el diálogo y la concertación previos con las personas con discapacidad se han de encontrar en el centro de toda estrategia o política referente a la discapacidad», resaltando así lo que viene siendo un hecho objetivo en todas las políticas avanzadas de dar importancia a la participación en ellas de los representantes de los colectivos a los que se dirijan aquellas.

93. De igual forma, y para que esas políticas sean efectivamente inclusivas, es necesaria la participación en ellas de los agentes sociales, cuyo papel es fundamental en la negociación de los acuerdos políticos que atañen al colectivo de personas con discapacidad. Asimismo, a la hora de elaborar y desarrollar la política de readaptación profesional y de empleo de las personas discapacitadas se debería tener en cuenta que el artículo 5 del Convenio OIT número 159 prevé la consulta a las organizaciones representativas de trabajadores y de empleadores sobre la aplicación de aquélla.

94. La función consultiva que corresponde a las asociaciones de personas con discapacidad y a los agentes sociales adolece de adecuados criterios de representatividad y de funcionamiento en los diferentes órganos existentes al respecto (Consejo Nacional de la Discapacidad, Real Patronato de la Discapacidad y Consejo Estatal de ONG de Acción Social). Además, hasta el momento no se ha desarrollado un ámbito de encuentro y de participación transversal de todos los agentes intervinientes en la inserción de las personas con discapacidad, lo que impide la realización de los análisis y seguimiento del impacto de las políticas implementadas y de los recursos destinados a la inserción social del colectivo de personas con discapacidad. El Consejo Nacional de la Discapacidad debería ser el órgano en el que participen los agentes sociales y los representantes de las asociaciones de personas con discapacidad.

El conjunto de conclusiones relativas a las dimensiones de la vida de las personas con discapacidad consideradas en este informe, al igual que todas aquellas medidas dirigidas a fomentar la inclusión social de las personas con discapacidad en otras facetas de su vida, deben formar parte de un cambio socio-cultural más amplio. Se trata de un proceso que debe ser impulsado por las Administraciones Públicas y por las buenas prácticas generadas en el tejido social y productivo. Al mismo tiempo, las políticas de integración social de las personas con discapacidad deben ser un referente para otros ámbitos de la política de inclusión social que representa, en última instancia, un componente esencial del modelo de cohesión social de las sociedades europeas. De ahí que, con independencia de las acciones positivas a desarrollar en los ámbitos sobre los que ha versado el presente Informe, sería deseable que la inclusión de las personas con discapacidad sea un tema a incorporar de modo permanente en cualquier política e iniciativa. A que su inserción en la vida colectiva requiere que las acciones positivas se extiendan a todos los ámbitos de la misma.

ANEXO 1

RELACIÓN DE COMPARECENCIAS EN LA COMISIÓN DE TRABAJO DE SALUD, CONSUMO, ASUNTOS SOCIALES, EDUCACIÓN Y CULTURA

- Comparecencia de D. Antonio Lis Darder, Ilmo. Sr. Director General del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Comparecencia de Sr. D. Mario García Sánchez, Presidente del Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI).
- Comparecencia representantes minusválidos físicos: COCEMFE.
- Comparecencia representantes de enfermos mentales: FEAFES.
- Comparecencia representantes minusválidos intelectuales.
- Comparecencia representantes minusválidos sensoriales: CNSE, FIAPAS y ONCE.
- Comparecencia del Ilmo. Sr. D. Pablo Vázquez Vega, Subsecretario del Ministerio de Sanidad.