

# Ámbito temático 8. Marco jurídico para los procesos de desinstitucionalización y el desarrollo de alternativas de vida en comunidad y de base familiar.

## Personas con Discapacidad

Patricia Cuenca Gómez  
Universidad Carlos III de Madrid

María del Mar Rojas Buendía  
Universidad Carlos III de Madrid

Italo Giancarlo Álvarez Lozano  
Universidad Carlos III de Madrid

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.- MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y EUROPEO .....</b>	<b>3</b>
1.1.- MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL .....	3
1.1.1.- <i>La exigencia de desinstitucionalización en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su interpretación por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</i> .....	3
1.1.2.- <i>La exigencia de desinstitucionalización en los pronunciamientos de otros mecanismos del sistema universal de protección de los derechos humanos</i> .....	12
1.1.3.- <i>Especial atención al internamiento involuntario y la aplicación de restricciones en el marco del sistema universal de protección de los derechos humanos</i> .....	15
1.2.- MARCO NORMATIVO EUROPEO .....	18
1.2.1.- <i>Marco normativo del Consejo de Europa</i> .....	18
1.2.2.- <i>Marco normativo de la Unión Europea</i> .....	24
1.3.- MARCO NORMATIVO DE DERECHO COMPARADO .....	31
<b>2.- MARCO NORMATIVO VIGENTE EN ESPAÑA .....</b>	<b>42</b>
2.1.- MARCO NORMATIVO ESTATAL .....	43
4.2.- MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO .....	76
2.3.- <i>NORMATIVA QUE IMPIDE O DIFICULTA LOS PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y LAS ALTERNATIVAS DE VIDA INDEPENDIENTE</i> .....	101
<b>3.- PROPUESTAS DE CAMBIOS JURÍDICOS .....</b>	<b>103</b>
3.1.- REFORMA CONSTITUCIONAL .....	103
3.2.- REFORMAS LEGALES .....	104
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>111</b>
<b>5.- REFERENCIAS .....</b>	<b>113</b>
5.2. NORMATIVA .....	121
5.2.1. <i>Normativa internacional</i> .....	121
5.2.2. <i>Normativa Consejo de Europa</i> .....	122
5.2.3. <i>Normativa de la Unión Europea</i> .....	123
5.2.4. <i>Normativa estatal</i> .....	124
5.2.5 <i>Normativa autonómica</i> .....	126

## Introducción

La desinstitucionalización es una exigencia derivada de diferentes instrumentos normativos internacionales y europeos. Exigencia que, sin embargo, puede chocar con normativas estatales y autonómicas. Por ello, es preciso dar cuenta del contenido normativo internacional y europeo de esta exigencia, examinar el entramado normativo que en la actualidad está vigente en España, y proponer aquellas reformas de la normativa que impiden o dificultan los procesos de desinstitucionalización y el desarrollo de alternativas de vida independiente y en la comunidad.

## 1.- Marco normativo internacional y europeo

El marco normativo internacional y europeo - tanto del Consejo de Europa como de la Unión Europea - refleja, desde hace ya algunos años, un claro compromiso político con el desarrollo de servicios de apoyo personalizados y de base comunitaria como alternativa al modelo basado en la cultura institucional<sup>1</sup>, en particular, en relación con las personas con discapacidad.

### 1.1.- Marco normativo internacional

#### 1.1.1.- La exigencia de desinstitucionalización en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su interpretación por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Aunque pueden mencionarse algunas disposiciones de otros instrumentos internacionales anteriores susceptibles de interpretarse en el sentido de apuntar en esta dirección<sup>2</sup>, la referencia normativa fundamental a la hora de analizar el contenido de la exigencia de desinstitucionalización en el ámbito de la discapacidad en el marco internacional la constituye el art. 19 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, en ocasiones, CDPD o la Convención).

---

<sup>1</sup> Así lo señalan los informes del EUROPEAN EXPERT GROUP ON TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Common European Guidelines on transition from institutional to community-based care*, 2012, disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>2</sup> Como destaca, por ejemplo, el COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°5 sobre el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad*, CRPD/C/GC/5, 2017, para. 9 “la Declaración Universal de Derechos Humanos destaca en el artículo 29, párrafo 1, la interdependencia del desarrollo personal de un individuo y el aspecto social de formar parte de la comunidad: “Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que solo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad”. También menciona el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que reconoce el derecho de toda persona a circular libremente y a escoger libremente su residencia o el art. 11 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recoge el derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados.

El art. 19 CDPD reconoce expresamente el derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad<sup>3</sup>. Así, este precepto dispone que:

“Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades”.

El art. 19 conecta con los principios generales que inspiran la Convención<sup>4</sup> y, en particular, con el respeto de la dignidad inherente de las personas con discapacidad, su autonomía e independencia, la igualdad y la no discriminación, la accesibilidad y la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad<sup>5</sup>.

Este precepto establece una visión positiva de “vivir en comunidad, con opciones iguales a los demás”, contrasta “vivir en la comunidad” con el aislamiento o la segregación y desglosa la “plena inclusión y participación” de las personas con discapacidad en tres elementos: 1) elección: exigiendo que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de decidir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir – y, podríamos añadir, cómo vivir - en igualdad de condiciones con las demás, lo que incluye la elección del modo en que quieren que se les provean los apoyos necesarios para ello 2) apoyo: reclamando que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios para apoyar su vida e inclusión en la comunidad, apoyos que deben respetar su autonomía individual y promover que formen parte de la sociedad 3) disponibilidad de los servicios e instalaciones de la comunidad asegurando que son inclusivos para las personas con discapacidad<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Es importante tener en cuenta que se ha indicado que, más allá de las personas con discapacidad, es probable que el nuevo enfoque contenido en este precepto “tenga un impacto en los miembros de otros grupos que son colocados en instituciones .. Si bien la CDPD es específica para las personas con discapacidad, el Artículo 19 se basa en derechos que se aplican a todos”, OHCHR, Europe Regional Office, *Forgotten Europeans, Forgotten Rights: The Human Rights of Persons Placed in Institutions*, Geneva, 2010, p. 7.

<sup>4</sup> COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, Council of Europe, *Issues Paper on the rights of persons with disabilities to live independently and to be included in the community*’ 2012, p. 13 disponible en <https://rm.coe.int/the-right-of-people-with-disabilities-to-live-independently-and-be-inc/16807bef65> (última consulta 30 de octubre de 2023)

<sup>5</sup> El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha indicado que estos principios constituyen el fundamento del derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad, CRPD/C/GC/5, cit., para. 3.

<sup>6</sup> EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, 2018, p. 15, disponible en

El art. 19 CDPD no alude expresamente a la exigencia de “desinstitucionalización”, si bien desde sus primeras Observaciones Finales, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, en ocasiones, el Comité o Comité CDPD) apuntó que su implementación en el plano doméstico exigía poner en marcha “estrategias efectivas de desinstitucionalización”<sup>7</sup>.

Mencionando algunas de estas Observaciones, también se refiere el Comité a la exigencia de desinstitucionalización en sus Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad<sup>8</sup>, adoptadas en 2015, en las que destaca la estrecha relación entre el art. 14 relativo a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad y el art. 19 de la CDPD<sup>9</sup> y en las que, cuestión que se analizará específicamente en el apartado 1.1.3 de este Estudio, rechaza el internamiento involuntario como forma de institucionalización forzosa y privación de la libertad por motivos de discapacidad.

En todo caso, es en la Observación General N°5, adoptada en 2017, que clarifica el significado y obligaciones derivadas del art. 19 CDPD, donde el Comité expresa su posición general sobre la institucionalización y la desinstitucionalización vinculando intrínsecamente esta última exigencia con el cumplimiento del derecho a la vida independiente y a ser incluida en la comunidad.

De manera tajante señala el Comité que “vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad son conceptos que se refieren a entornos para vivir fuera de las instituciones residenciales de todo tipo”<sup>10</sup> lo que implica la necesidad de reemplazar los entornos institucionalizados por “servicios de apoyo para la vida independiente” (para. 16 c) y, por ende, la necesidad de diseñar procesos de desinstitucionalización. En el caso de los niños y niñas, indica el Comité que la esencia del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluida en la comunidad implica el derecho a crecer en una familia (para. 37).

Insiste el Comité en que la obligación de respetar el derecho a la vida independiente y ser incluida en la comunidad exige “eliminar la institucionalización” señalando que “No pueden construir nuevas instituciones ni pueden renovar las antiguas más allá de las medidas urgentes necesarias para salvaguardar la seguridad física de los residentes. No pueden ampliarse las instituciones, no pueden entrar nuevos residentes cuando otros las abandonen y no deben establecerse sistemas de vida “satélite” que son

---

<https://fra.europa.eu/en/publication/2018/institutions-community-living-persons-disabilities-perspectives-ground> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>7</sup> Así lo señaló, por ejemplo, en sus primeras Observaciones a España el COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones Finales al informe inicial presentado por España*, CRPD/C/ESP/CO/1, 2011, paras. 35 y 36.

<sup>8</sup>Incluidas ahora con Anexo en el Informe bianual del Comité de 2016, A/72/55, paras. 1 y 2. Como ha señalado FLYNN, Eilionóir, “Disability, Deprivation of Liberty and Human Rights Norms”, *International Journal of Mental Health and Capacity Law*, n°22, 2016, pp. 75-101, p. 83, estas *Directrices* no tienen el estatus de un Comentario General, pero constituyen la interpretación más actualizada del sentido del art. 14.

<sup>9</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., para. 9.

<sup>10</sup> Así, indica el Comité que independientemente de su tamaño, finalidad o características, o de la duración del internamiento o la privación de libertad, nunca se puede considerar que una institución se ajusta la Convención.

una ramificación de las instituciones, es decir, que tienen la apariencia de una forma de vida individual (apartamentos o viviendas individuales) pero que gravitan en torno a las instituciones” (para. 49).

En este sentido, entre las obligaciones que se proyectan sobre los Estados parte el Comité incluye la de “adoptar estrategias claras orientadas a la desinstitucionalización, con plazos fijos y presupuestos suficientes, a fin de eliminar todas las formas de aislamiento, segregación e institucionalización de personas con discapacidad; se debe prestar especial atención a las personas con discapacidad psicosocial y/o intelectual y a los niños con discapacidad internados actualmente en instituciones” (para. 97 c). Y apunta que “los Estados partes tienen la obligación inmediata de iniciar una planificación estratégica, con plazos adecuados y dotación de recursos suficientes, en consultas estrechas y respetuosas con las organizaciones que representan a las personas con discapacidad, para sustituir todo entorno institucionalizado por servicios de apoyo a la vida independiente” (para. 42)<sup>11</sup>.

En todo caso, para entender la posición del Comité CDPD acerca del contenido de la exigencia de desinstitucionalización es importante tener en cuenta la visión que maneja de la institucionalización y la forma en que conecta esta exigencia con los diferentes contenidos del derecho a la vida independiente.

En primer lugar, resulta interesante atender a los rasgos que el Comité considera definitorios de las instituciones o de la institucionalización, esto es, de lo que se ha denominado “cultura institucional”. El Comité identifica como algunos de los “elementos intrínsecos” a los entornos institucionales, claramente enfrentados con el enfoque de derechos, los siguientes: “compartir de forma obligatoria los asistentes con otras personas y la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; la rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias de la persona; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios; la supervisión del sistema de vida; y, por lo general, una desproporción en el número de personas con discapacidad que viven en el mismo entorno” (para. 16 c). Advierte, además, el Comité que estos elementos pueden estar presentes en diferentes entornos, ya sean grandes residencias o pequeños hogares o incluso en el propio domicilio individual<sup>12</sup>. Asimismo, indica que la institucionalización no se justifica tampoco en el caso de personas con discapacidad que exigen un alto nivel de servicios personales, en tanto el artículo 19 “hace extensivo el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad a todas las personas con discapacidad, independientemente de su capacidad intelectual, nivel de autonomía o necesidad de apoyo” (para. 21).

---

<sup>11</sup> El Comité admite que, si bien el derecho a elegir cómo y con quién vivir, incluido en el art. 19 a) es de aplicación inmediata, el derecho a los servicios de apoyo a la vida independiente y el derecho a contar con servicios accesibles e inclusivos 19 b) y 19 c) son de aplicación progresiva. En todo caso, señala que los Estados parte deben comprometerse con su realización hasta el máximo de los recursos disponibles y no pueden adoptar medidas regresivas, CRPD/C/GC/5, cit., paras. 39-46.

<sup>12</sup> E indica que “ni las grandes instituciones con más de un centenar de residentes ni los pequeños hogares funcionales con entre cinco y ocho personas, ni siquiera los hogares individuales, pueden ser llamados sistemas de vida independiente si contienen otros elementos definitorios de instituciones o de institucionalización”, CRPD/C/GC/5, cit., para. 16 c.

En segundo lugar, el Comité aclara que la vida independiente no implica vivir solo o llevar a cabo actividades por uno mismo y relaciona este concepto con la autonomía personal, la libertad de elección y el control sobre el modo de vida y las actividades cotidianas (16a). En este sentido, destaca el Comité la relevancia que, en relación con el derecho a elegir con quién y cómo vivir (19.a), estrechamente relacionado con el derecho a la capacidad jurídica, ostenta el respeto a las “decisiones” personales que, en su concepción, no se limitan al lugar de residencia “sino que abarcan todos los aspectos del sistema de vida de la persona: sus horarios, rutinas y modo y estilo de vida, tanto en la esfera privada como en la pública y tanto en lo cotidiano como a largo plazo” (para. 24)<sup>13</sup>. Se trata, de un elemento, claramente ausente en el modelo de atención institucional, que, a juicio del Comité, debe presidir los nuevos servicios de apoyo a la vida independiente. En todo caso, es importante tener en cuenta que el marco de la Convención supone tomar en consideración que las personas con discapacidad pueden precisar apoyos para tomar decisiones sobre su forma de vida que siempre deben respetar su voluntad y preferencias y, cuando estas no pueden determinarse, las elecciones sobre cómo, dónde y con quien vivir han de atender a la mejor interpretación de esa voluntad y preferencias<sup>14</sup>.

En tercer lugar, en tanto la institucionalización de las personas con discapacidad está directamente relacionada con la ausencia de alternativas, la desinstitucionalización requiere el acceso de las personas con discapacidad a una variedad de servicios de apoyo en la comunidad (19b). El acceso a estos servicios es considerado por el Comité como un derecho y no como una forma de atención médica, social o de beneficencia. Desde la visión del Comité, los servicios de apoyo a la vida en la comunidad, no se limitan a los servicios prestados en el hogar, “sino que es necesario que también puedan extenderse a las esferas del empleo, la educación y la participación política y cultural, la potenciación de la función parental y la capacidad de llegar a los familiares y otras personas, la participación en la vida política y cultural, los propios intereses y actividades de ocio, y los viajes y las actividades recreativas” (para. 28).

Estos apoyos, según el Comité, incluyen los apoyos naturales o informales, como el apoyo de la familia, que deben ser libremente elegidos por las personas con discapacidad, y los apoyos formales o profesionales y se extienden tanto a los apoyos humanos como tecnológicos. Entre los primeros destaca como una herramienta fundamental la asistencia personal concebida por el Comité como un apoyo humano, que debe ser controlado y dirigido por la persona con discapacidad, que se pone a disposición de una persona con discapacidad como un instrumento para permitir la vida independiente (para. 16 d).

Si bien indica que los servicios de apoyo “pueden variar de nombre, tipo o categoría en función de las características culturales, económicas y geográficas” el

---

<sup>13</sup> A su modo de ver, actividades como “dónde vivimos y con quién, qué comemos, si nos gusta dormir hasta tarde o acostarnos a altas horas de la noche, si preferimos quedarnos en casa o salir, si nos gusta poner mantel y velas en la mesa, tener animales domésticos o escuchar música ... nos hacen ser quienes somos ...y están vinculadas al desarrollo de la identidad y la personalidad de cada individuo “dónde vivimos y con quién, qué comemos, si nos gusta dormir hasta tarde o acostarnos a altas horas de la noche, si preferimos quedarnos en casa o salir, si nos gusta poner mantel y velas en la mesa, tener animales domésticos o escuchar música. Tales acciones y decisiones nos hacen ser quienes somos ... La independencia como forma de autonomía personal implica que la persona con discapacidad no se vea privada de la posibilidad de elegir y controlar su modo de vida y sus actividades cotidianas”, CRPD/C/GC/5, cit., para. 16 a.

<sup>14</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N.º 1: Artículo 12, Igual reconocimiento como persona ante la ley*, CRPD/C/GC/1, 2014.

Comité apunta también algunos de los rasgos esenciales que deben cumplir estos servicios: deben estar concebidos para facilitar la vida en la comunidad y la plena inclusión y participación y evitar el aislamiento y la separación respecto de las demás personas y ser adecuados a tal fin<sup>15</sup>; han de ser individualizados y personalizados y basarse en la elección de las personas que tienen derecho a elegir los servicios y a sus proveedores en función de sus necesidades individuales y sus preferencias personales, han de ser flexibles para adaptarse a la necesidades de las personas usuarias y no a la inversa, han de accesibles, asequibles, aceptables y adaptables para todas las personas con discapacidad, deben tener en cuenta las diferentes condiciones de vida tomando en consideración las situaciones en las que la discapacidad interactúa con otros factores y han de basarse en un enfoque de derechos (paras. 30, 31).

En cuarto lugar, el Comité advierte que diversos “programas de desinstitucionalización han puesto de manifiesto que el cierre de las instituciones, independientemente de su tamaño, y la reubicación de los internos en la comunidad no son suficientes en sí mismos” por lo que estas reformas deben ir acompañadas de reformas estructurales destinadas a garantizar la accesibilidad general de la comunidad (19 c) cuestión que abarca la accesibilidad de todas las instalaciones, bienes y servicios disponibles para la población en general, y requiere, en particular, asegurar el acceso a viviendas accesibles. Este acceso supone una “construcción residencial sin barreras y la adaptación de las estructuras residenciales existentes para eliminar dichas barreras” y garantizar que las viviendas son asequibles para las personas con discapacidad<sup>16</sup> (para. 34).

En definitiva, para el Comité la desinstitucionalización exige una transformación sistémica, que incluye “el cierre de instituciones y la eliminación de las normas de institucionalización como parte de una estrategia integral”, el establecimiento de una serie de “servicios de apoyo personalizados”, incluidos planes individualizados para la transición con presupuestos y plazos, “servicios de apoyo inclusivos” (para. 58) y, además, la formación de las y los profesionales de los servicios en el derecho a la vida independiente (para.65) y cambios actitudinales en todos los niveles<sup>17</sup>.

En 2022 el Comité adoptó las Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia que complementan la Observación General N°5 y las Directrices del Comité sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad. Estas Directrices, tratan “de orientar y apoyar a los Estados partes en sus esfuerzos por hacer efectivo el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, y servir de base para la planificación de

<sup>15</sup> Por lo tanto, para el Comité, “cualquier forma institucional de servicios de apoyo que segregue y limite la autonomía personal no está permitida por el artículo 19 b)”, CRPD/C/GC/5, cit., para. 30.

<sup>16</sup> Y es que, en efecto, “la carencia de viviendas sociales y/o comunitarias asequibles se convierte en una barrera para la vida en la comunidad” ŠIŠKA, Jan y BEADLE-BROWN, Julie, *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States*, 2020.

<sup>17</sup> En consecuencia, se necesita un enfoque interinstitucional coordinado para llevar a cabo reformas, presupuestos y cambios de actitud en todos los niveles y sectores del gobierno, incluidas las autoridades locales. Ciertamente, entre las barreras para la realización del derecho a la vida independiente, el Comité menciona “las actitudes negativas, los estigmas y los estereotipos que impiden que las personas con discapacidad sean incluidas en la comunidad y accedan a los servicios de asistencia disponibles”, CRPD/C/GC/5 cit., para. 15 y propone como medida muy relevante programas de sensibilización, Idem, para. 97 h.

los procesos de desinstitucionalización y la prevención de la institucionalización” (para.1)<sup>18</sup>.

Del contenido de las Directrices interesa destacar, en primer lugar, la definición de institucionalización de personas con discapacidad como “todo internamiento en razón de una discapacidad, únicamente o junto con otros motivos como la “atención” o el “tratamiento” (para. 15). Asimismo, indica el Comité que “la institucionalización es discriminatoria ya que demuestra una falta de creación de apoyo y servicios en la comunidad para las personas con discapacidad”<sup>19</sup> y pone el énfasis en la vulneración de derechos que la misma supone<sup>20</sup>.

El Comité apunta que la desinstitucionalización “comprende procesos interrelacionados que deben centrarse en devolver la autonomía, la posibilidad de elección y el control a las personas con discapacidad en lo que respecta a cómo, dónde y con quién deciden vivir” (para. 19). Y considera que se deben “abolir” “todas las formas de institucionalización, poner fin a los nuevos internamientos en instituciones y abstenerse de invertir en estas. La institucionalización nunca debe, a juicio del Comité, considerarse una forma de protección de las personas con discapacidad, ni una “elección” (para. 8)<sup>21</sup>. A su modo de ver, “no hay justificación para perpetuar la institucionalización (para. 9)<sup>22</sup>. De nuevo, el Comité en estas Directrices llama atención sobre las formas “aparentes” de apoyo comunitario<sup>23</sup>, enfatiza la necesidad de tener en cuenta “la

---

<sup>18</sup>COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, CRPD/C/5, 10 de octubre de 2022. Estas Directrices son resultado de un proceso altamente participativo de dos años de duración desencadenado por el impacto de la pandemia de Covid-19 en las personas con discapacidad que viven en instituciones y que había sido documentado por el COVID-19 DISABILITY RIGHTS MONITOR COORDINATING GROUP, *Disability rights during the pandemic – A global report on findings of the COVID-19*, 2020. El Comité contó con el apoyo de la Coalición Global sobre Desinstitucionalización compuesta por organizaciones representativas de personas con discapacidad y organizaciones de la sociedad civil que abogan por los derechos de las personas con discapacidad.

<sup>19</sup> QUINN, Gerard et al, *Legal Memo re. Segregation and segregated facilities as a prima facie form of discrimination*, 2018.

Vid. también COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°6 sobre igualdad y no discriminación*, CRPD/C/GC/6, 2018, para. 58.

<sup>20</sup> En efecto, según el Comité, la institucionalización “supone la negación de facto de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, lo que representa una vulneración del artículo 12. Constituye una detención y una privación de libertad a causa de una deficiencia, lo cual es contrario al artículo 14. Los Estados partes deben reconocer la institucionalización como una forma de violencia contra las personas con discapacidad. La institucionalización expone a las personas con discapacidad a intervenciones médicas forzadas con medicamentos psicotrópicos, como sedantes, estabilizadores del estado de ánimo, tratamientos electroconvulsivos y terapias de conversión, lo que representa una infracción de los artículos 15, 16 y 17. También las expone a la administración de fármacos y a otras intervenciones sin su consentimiento libre, previo e informado, en contravención de los artículos 15 y 25”, COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, cit., para. 6.

<sup>21</sup>Vid. también Idem, paras. 9, 14, 15, 43.

<sup>22</sup>Los Estados partes “no deben valerse de la falta de apoyo ni de servicios en la comunidad, de la pobreza ni de los estigmas para justificar el mantenimiento de instituciones ni las demoras en su cierre. La planificación inclusiva, la investigación, los proyectos piloto o la necesidad de llevar a cabo reformas legislativas no deben servir de excusa para retrasar la reforma o limitar la adopción inmediata de medidas destinadas a apoyar la inclusión en la comunidad”, Idem, para. 9.

<sup>23</sup> La “ausencia, la reforma o la supresión de uno o varios elementos característicos de las instituciones no puede servir para calificar un entorno de comunitario” este es el caso “por ejemplo, de los entornos en los que los adultos con discapacidad siguen estando sujetos a la sustitución en la adopción de decisiones o a un

interseccionalidad en todos los aspectos de los procesos de desinstitucionalización” (paras. 39-41)<sup>24</sup> y la importancia de los sistemas y redes de apoyo informal, como el prestado por familiares o pares (paras. 69-74).

Por lo que interesa especialmente al contenido de este apartado, centrado en las reformas normativas que la desinstitucionalización exige, el Comité afirma que “los Estados partes deben derogar las leyes y los reglamentos, y modificar o abolir las costumbres y prácticas, que impidan a las personas con discapacidad vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad. Los marcos jurídicos y de política deben posibilitar la plena inclusión de todas las personas con discapacidad y guiar los procesos de desinstitucionalización hacia el cierre de las instituciones. Esos marcos deben propiciar el desarrollo de sistemas inclusivos de apoyo comunitario y servicios generales y la creación de un mecanismo de reparación, y garantizar la disponibilidad, accesibilidad y efectividad de los recursos para los supervivientes de la institucionalización. Los Estados partes deben actuar partiendo de la base de que la falta de una reforma jurídica amplia no es excusa para la inacción” (para. 53). Y defiende que un “entorno jurídico propicio para la desinstitucionalización supone, entre otras cosas, que en la legislación se reconozcan el derecho de todas las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, incluido el derecho a la asistencia personal, así como los derechos fundamentales de la persona con discapacidad” y, en particular, el derecho a la capacidad jurídica, el derecho de acceso a la justicia, el derecho a la libertad y a la seguridad y el derecho a la igualdad y la no discriminación (paras. 54-59).

Así, según el Comité, en lo que afecta a la legislación, “las fuentes del derecho primarias, secundarias, reglamentarias y de otro tipo deben ser revisadas sistemáticamente en todos los ámbitos con objeto de: a) identificar qué disposiciones facilitan o permiten la institucionalización por motivos de discapacidad, con vistas a abolirlas; b) detectar lagunas en el reconocimiento jurídico y la aplicabilidad del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, así como los derechos conexos, con vistas a poner en marcha propuestas legislativas para subsanarlas, y c) asegurarse de que las personas con discapacidad dispongan de recursos jurídicos efectivos contra la institucionalización y la discriminación por motivos de discapacidad, incluida la no realización de ajustes razonables o la ausencia de apoyo en la comunidad” (paras. 61). Finalmente, el Comité identifica entre los “instrumentos legislativos” que deben armonizarse con la Convención y sus Observaciones Generales a los efectos de la desinstitucionalización “las disposiciones que rigen la capacidad jurídica, las leyes sobre discapacidad, las leyes contra la discriminación, las leyes sobre familia, las leyes sobre salud, las leyes en el ámbito civil, las leyes que rigen la prestación de asistencia social para niños y niñas, adultos y personas mayores, y la legislación sobre protección social”

---

tratamiento obligatorio, o en los que comparten asistentes; entornos situados “en la comunidad” en los que los proveedores de servicios fijan una rutina e impiden la autonomía; u “hogares” en los que el mismo proveedor de servicios se encarga a la vez del alojamiento y el apoyo”, Idem, para. 16.

<sup>24</sup> Vid. sobre niños y niñas con discapacidad, Idem, paras. 43 a 51 y sobre personas mayores con discapacidad, Idem, para. 52. En el caso de los niños y las niñas con discapacidad, señala el Comité que “la desinstitucionalización debe orientarse a la protección del derecho a la vida familiar, velando por su interés superior. En su caso, el derecho a ser incluidos en la comunidad implica esencialmente el derecho a crecer en una familia. En este contexto, se entiende por “institución” cualquier acogimiento fuera del ámbito familiar. Los hogares funcionales, tanto grandes como pequeños, son especialmente peligrosos para ellos. Las normas internacionales que justifican o fomentan el mantenimiento de la asistencia residencial son incompatibles con la Convención y deben actualizarse”.

indicando, además, que “deben abolirse las disposiciones de las leyes de salud mental que permitan la institucionalización de personas con discapacidad” (para. 62).

Pues bien, de las reflexiones anteriores se deriva que, para el Comité, en el marco de la CDPD, la exigencia de desinstitucionalización se conecta de manera intrínseca con la materialización del derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad. De este modo, se ha destacado que, desde el modelo de la CDPD, la desinstitucionalización trasciende el cambio del “sistema de cuidados”, esto es, el modo y la localización de la provisión de “cuidado”, poniéndose el foco, además, desde un enfoque de derechos, en aumentar los niveles de autonomía, inclusión e igualdad y en el respeto a las preferencias y elecciones<sup>25</sup>. Esta interpretación amplia, asumida también en este Estudio, supone que la exigencia de desinstitucionalización reclama reformas normativas que van más allá de la legislación en materia de discapacidad y cuidados.

En segundo lugar, del análisis anterior se desprende que el Comité mantiene un planteamiento “abolicionista”<sup>26</sup> en relación con el alcance de la exigencia de desinstitucionalización que demandaría el cierre inmediato de todas las instituciones, entendiendo que esta demanda se extendería a todos los centros residenciales y a todos los entornos de vida colectiva.

Pues bien, en relación con este planteamiento conviene tener en cuenta una serie de consideraciones.

La primera es que, en el marco de este Estudio, la desinstitucionalización se identifica con la erradicación y el rechazo de la cultura institucional que, conviene insistir y como advierte el Comité, puede estar presente no sólo en recursos residenciales, sino también en los servicios de atención que se prestan en el propio hogar e incluso en los cuidados que se brindan por las familias. Ciertamente, una institución “no es necesariamente dónde vives o con quién vives, sino también en qué condiciones” si una persona es “obligada” a vivir “en condiciones específicas que limitan sus opciones personales y carece de control sobre su vida” puede ser institucionalizada “en su propia casa”, si una familia “no considera las necesidades y los deseos” de una persona con discapacidad “puede actuar como una institución”<sup>27</sup>.

La segunda reflexión es que en el presente Estudio se entiende que la desinstitucionalización no se cumple con el simple rediseño o mejora del cuidado institucional, si se siguen reproduciendo, aunque sea a pequeña escala, los elementos determinantes de la cultura institucional claramente enfrentados con el enfoque de derechos. Y es que, como indica el Comité y antes se advirtió, la ausencia, reforma o supresión de uno o varios elementos característicos de las instituciones no puede servir para calificar a un entorno como comunitario.

La tercera es que, así entendida, la desinstitucionalización exige la transformación de todas las relaciones de cuidado para asegurar su funcionamiento de acuerdo con el enfoque de derechos y, por tanto, el cierre de todos los recursos y servicios y el abandono

---

<sup>25</sup> CROWTHER, Neil, *The right to live independently and to be included in the community in European States, ANED synthesis report*, 2019, pp. 15 y ss.

<sup>26</sup> En relación con este posicionamiento se plantearon algunas críticas en el proceso de elaboración de la *Observación General N°5*.

<sup>27</sup> EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Proposal of the European Network on Independent Living for the European Commission Guidance on Independent Living and being included in the community*, 2023, pendiente de publicación.

por parte de las personas con discapacidad de todas las instituciones que no puedan alejarse de los elementos de la cultura institucional.

La cuarta es que el proceso de desinstitucionalización es, como su propio nombre indica, un proceso y, por tanto, tiene una dimensión temporal de desarrollo. La desinstitucionalización no puede realizarse de un día para otro lo que implica la existencia de espacios temporales de transición<sup>28</sup>. La necesidad de garantizar la continuidad de la asistencia mientras “cambia el panorama del apoyo” implica que, durante un cierto periodo de tiempo, el “apoyo tradicional”, y, por tanto, basado en algunos elementos de la cultura institucional, estará presente<sup>29</sup>. En todo caso, resulta esencial que este apoyo - que deberá desaparecer - se ajuste lo máximo posible, hasta que pueda transformarse completamente o reemplazarse por otro, a las exigencias del enfoque de derechos.

Finalmente, es importante insistir en la complejidad del proceso. En efecto, el proceso de desinstitucionalización es un proceso complejo y desafiante difícil de definir claramente, que tiene múltiples causas y efectos, y, a menudo, no tiene solución definitiva<sup>30</sup>. Como antes se dijo, es una transformación sistémica a la que están llamadas todas las personas agentes implicadas en la respuesta social a las personas con discapacidad y que requiere de procesos de tránsito, serenos, seguros y consistentes.

### 1.1.2.- La exigencia de desinstitucionalización en los pronunciamientos de otros mecanismos del sistema universal de protección de los derechos humanos

En 2014 la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos publicó un Estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad que avanza ideas expresadas después por el Comité CDPD en su Observación General N°5 y se refiere también a la exigencia de desinstitucionalización<sup>31</sup>. En este estudio se ofrece una definición de la desinstitucionalización como un “proceso por el que se cambia el sistema de vida de las personas con discapacidad, que pasan de estar internadas en instituciones u otros entornos segregados a un sistema que posibilita la participación social en que los servicios se prestan en la comunidad con arreglo a la voluntad y las preferencias de la persona”<sup>32</sup>. La Oficina también ha aludido a la desinstitucionalización, en concreto en relación con las personas con discapacidad psicossocial, en su Informe sobre salud mental

<sup>28</sup> En este aspecto incidió MARTÍNEZ PUJALTE, Antonio-Luis, “Discapacidad” ponencia escrita presentada en el I Seminario de Trabajo del Estudio EDI, celebrado el día 7 de junio de 2023 en la Universidad Carlos III de Madrid.

<sup>29</sup> RELATOR ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Transformación de los servicios para las personas con discapacidad*, A/HRC/52/32, 2023, para. 91.

<sup>30</sup> En este sentido, podría ser calificado como un *wicked problema* (o problema enredado), KOLKO, Jon, *Wicked Problems: Problems Worth Solving*, Austin Center for design, 2012.

<sup>31</sup> OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad*, A/HRC/28/37, 2014.

<sup>32</sup> Así, por ejemplo, señala, que este cambio “supone recobrar el control de la propia vida y exige que se presten servicios de apoyo individualizados a las personas con discapacidad (art. 19 b) y que estas tengan a su disposición instalaciones y servicios destinados a la población en general y puedan acceder a ellos (art. 19 c). Una desinstitucionalización efectiva requiere un enfoque sistémico, en el que la transformación de los servicios institucionales residenciales es tan solo uno de los componentes de un cambio más amplio en esferas como la atención de la salud, la rehabilitación, los servicios de apoyo, la educación y el empleo, así como en la percepción social de la discapacidad”.

y derechos humanos<sup>33</sup>. Ha adoptado, además, una serie indicadores sobre el cumplimiento del art. 19 CDPD, muchos de ellos relacionados con los procesos de desinstitucionalización, y que incluyen, entre los indicadores de estructura, reformas legislativas<sup>34</sup> y, finalmente, ha aludido también a estos procesos en su informe de 2023 sobre Los sistemas de apoyo para garantizar la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, entre otras cosas como medio para construir un futuro mejor tras la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)<sup>35</sup>.

Asimismo, la ex Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Catalina Devandas, en su Informe temático El acceso de las personas con discapacidad al apoyo indica que las personas con discapacidad deben “tener la posibilidad de elegir dónde y con quién desean vivir y no ser obligadas a vivir en entornos particulares como los hospitales psiquiátricos, los asilos u otras instituciones. Además, los Estados tienen la obligación de facilitar la transición de las personas con discapacidad de esos establecimientos a residencias comunitarias u hogares tutelados y proporcionar ayuda urgente a las personas con discapacidad que corran el riesgo de quedar sin techo o ser institucionalizadas”<sup>36</sup>. Aludiendo a la exigencia de desinstitucionalización señala que “los Estados deberían cerrar todos los entornos de vida colectiva para personas con discapacidad, sea cual sea su tamaño, que no permitan a los residentes participar en la comunidad en igualdad de condiciones con las demás”<sup>37</sup>. Por su parte, en su Informe temático El derecho a la libertad y a la seguridad considera que “los Estados deben erradicar todas las formas de institucionalización de las personas con discapacidad y establecer procesos claros de desinstitucionalización” y que “las iniciativas de

---

<sup>33</sup> OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Informe sobre salud mental y derechos humanos*, A/HRC/34/32, 2017. Vid. por ejemplo paras. 55-57 donde se indica “la circunstancia de que las personas con discapacidad elijan dónde y con quién vivir y la promoción de la autonomía fomentan la inclusión en la comunidad. La institucionalización y las modalidades de convivencia institucionalizadas, tanto en grandes centros como en viviendas para grupos más pequeños, constituyen segregación y son incompatibles con la inclusión en la comunidad”.

<sup>34</sup> OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Artículo 19 - Lista de indicadores sobre vida independiente y la inclusión en la comunidad*, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/article-19-indicators-sp.docx> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>35</sup> OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS *Los sistemas de apoyo para garantizar la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, entre otras cosas como medio para construir un futuro mejor tras la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*, A/HRC/52/52, 2023.

<sup>36</sup> RELATORA ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *El acceso de las personas con discapacidad a apoyo*, A/HRC/34/58, 2016, para. 84.

<sup>37</sup> Señala además que “En particular, los Estados deben establecer una moratoria inmediata sobre los nuevos ingresos en las instituciones y crear un marco de políticas que guíe los procesos de desinstitucionalización. Ese marco debería incluir la aprobación de un plan de acción con plazos claros y parámetros de referencias concretos, la redistribución de los fondos públicos de las instituciones o los servicios comunitarios y la instauración de un apoyo comunitario adecuado para las personas con discapacidad, como las ayudas para la vivienda, la asistencia domiciliaria, el apoyo entre iguales y los servicios de relevo. Los datos muestran que, cuando están bien planificados y disponen de recursos suficientes, los servicios comunitarios son mucho más rentables que la atención en instituciones”, Idem, para. 86. Y considera que “es fundamental tener en cuenta a las personas con discapacidad en las políticas nacionales relativas a una vivienda adecuada para garantizar su participación en la comunidad”, Idem, para. 88.

desinstitucionalización deben englobar a todos los tipos de instituciones, incluidas las psiquiátricas”<sup>38</sup>.

El también ya ex Relator Gerard Quinn en su informe temático Transformación de los servicios para las personas con discapacidad ha indicado que la “necesidad apremiante de reimaginar los modelos de servicios tiene una clara resonancia en el contexto de la desinstitucionalización”, si bien es de interés también para una “cohorte más amplia de personas con discapacidad que no residen en instituciones, pero que viven según sistemas de vida que no han decidido o elegido ellas mismas”<sup>39</sup>. Este Informe apunta, además, una serie de cambios en lo que considera los sistemas tradicionales de atención a las personas con discapacidad y la construcción de un nuevo modelo basado en los derechos que rechaza los elementos centrales de la cultura institucional.

En el ámbito de la salud mental, el Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también ha aludido a la exigencia de desinstitucionalización<sup>40</sup>.

Asimismo, la Relatora Especial sobre el derecho a una vivienda adecuada en un informe específicamente referido a las personas con discapacidad menciona la exigencia de desinstitucionalización, señalando que la misma puede tener “consecuencias fatales si no se cuenta con una vivienda adecuada ni apoyo comunitario” y que, en muchos casos, “la falta de hogar y las violaciones conexas del derecho a la vida son consecuencia de una desinstitucionalización llevada a cabo sin contar con el apoyo comunitario adecuado ni con vivienda asequible en la comunidad”<sup>41</sup>.

---

<sup>38</sup> RELATORA ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *El derecho a la libertad y a la seguridad*, A/HRC/40/54, 2019. En este informe se indica que “este proceso debería incluir la aprobación de un plan de acción con plazos claros y parámetros de referencias concretos, una moratoria para los nuevos ingresos, la redistribución de los fondos públicos de las instituciones o los servicios comunitarios y la instauración de un apoyo comunitario adecuado para las personas con discapacidad, como las ayudas para la vivienda, la asistencia domiciliaria, el apoyo entre iguales y los servicios de relevo” y que “las estrategias de desinstitucionalización no han de limitarse a reubicar a las personas en instituciones más pequeñas, hogares funcionales u otro tipo de entornos colectivos”, para. 67. También rechaza el internamiento en instituciones en su informe *El derecho a la salud*, A/73/161, 2018.

<sup>39</sup> RELATOR ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Transformación de los servicios para las personas con discapacidad*, ya citado, para. 14.

<sup>40</sup> RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/35/21, 2017.

<sup>41</sup> RELATORA ESPECIAL SOBRE EL DERECHO A UNA VIVIENDA ADECUADA, *Informe temático Una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y del derecho de no discriminación en este contexto*, A/72/128, 2017, paras. 19 y 21. Indica también la Relatora que “la falta de hogar afecta de manera desproporcionada a las personas con discapacidad” advirtiendo que “se trata de un círculo vicioso en el que la discapacidad conduce a menudo a la falta de hogar, y esta, a su vez, genera o agrava las deficiencias y las barreras adicionales relacionadas con la estigmatización y el aislamiento”, considerando a las personas con discapacidad psicosocial e intelectual como especialmente vulnerables a la falta de vivienda y sus consecuencias” (para. 20). Importa también destacar que esta Relatora, propone “un nuevo marco basado en los derechos, en el que la falta de hogar se entiende no solo como una privación (tanto física como social) de vivienda, sino también como una identidad colectiva creada por la sociedad y vinculada a la estigmatización y la discriminación cimentadas, en gran parte, en percepciones imperantes sobre las personas con discapacidad. El resultado de ello es que, en la mayoría de los lugares, ese grupo sufre un aislamiento y un abandono graves” (para. 21).

También la Organización Mundial de la Salud aboga por centrar la atención en la ampliación de servicios comunitarios de salud mental y promover los enfoques centrados en las personas y orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos<sup>42</sup>.

Como ha indicado el Foro Europeo de Discapacidad, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible proporciona un marco sólido para abordar la exclusión social de las personas con discapacidad en las instituciones y la falta de sistemas de apoyo basados en la comunidad<sup>43</sup>. Así, según también ha subrayado el Comité CDPD, “en lo que atañe al artículo 19 de la Convención, la meta 10.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas) y la meta 11.1 (asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles) revisten especial importancia”<sup>44</sup>. Cabe mencionar también la Nueva Agenda Urbana que promueve un modelo de ciudades y asentamientos humanos en los que todas las personas puedan disfrutar de los derechos y oportunidades en pie de igualdad, promoviendo que sean inclusivos, justos, seguros, saludables, accesibles, asequibles, adaptables y sostenibles<sup>45</sup>.

### **1.1.3.- Especial atención al internamiento involuntario y la aplicación de restricciones en el marco del sistema universal de protección de los derechos humanos**

El análisis del tratamiento de la exigencia de desinstitucionalización en el marco jurídico internacional debe completarse con la referencia a las orientaciones específicas que dicho marco ofrece en relación con el internamiento involuntario y respecto de la eliminación de las restricciones como elemento clave de la cultura institucional.

Como es sabido, el internamiento involuntario está permitido en la inmensa mayoría de los ordenamientos jurídicos nacionales y antes de la adopción de la CDPD había venido siendo amparado, de manera no demasiado problemática, por los propios sistemas internacionales de protección de los derechos humanos. En efecto, aunque los Tratados internacionales de derechos humanos del sistema universal no contemplan expresamente restricciones del derecho a la libertad basadas en la discapacidad<sup>46</sup> sus órganos de garantía habían venido aceptando y justificando estas limitaciones<sup>47</sup>.

Este panorama cambia radicalmente con la adopción de la CDPD que, en la regulación del derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad en su art. 14.1 b), incluye la garantía de que la discapacidad no pueda considerarse en ningún

<sup>42</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Quality Rights guidance and training tools*, 2019 materiales disponibles en <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>43</sup> EUROPEAN DISABILITY FORUM, *Role of the European Union Funding Supporting deinstitutionalization around of World: a call for change*, 2022.

<sup>44</sup> CRPD/C/GC/5, cit., para. 14.

<sup>45</sup> NACIONES UNIDAS, *Nueva Agenda Urbana*, 2017.

<sup>46</sup> Cabe advertir que estas limitaciones sí que se han recogido en instrumentos de *soft Law*, básicamente por lo que interesa al objeto del presente trabajo, en los *Principios de protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* que permiten el internamiento forzoso, el tratamiento involuntario y el recurso a otras medidas coercitivas estableciendo ciertas salvaguardas y garantías en su aplicación.

<sup>47</sup> Así lo advierte la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad en su informe ya citado *El derecho a la libertad y la seguridad*, A/HRC/40/54, cit., para. 42.

caso una razón que justifique la privación de la libertad. Esta garantía supone la prohibición de la privación de la libertad por motivos de discapacidad y, por ende, el rechazo de las formas específicas de privación de la libertad basadas en la discapacidad. El art. 14 incorpora, así, un nuevo estándar en la protección del derecho a la libertad que desafía la comprensión dominante de este derecho en el ámbito de la discapacidad y cuestiona directamente las legislaciones y prácticas preexistentes en la materia.

En sus Directrices, ya citadas, sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se decanta por interpretar la prohibición de que la discapacidad o la deficiencia pueda justificar la privación de la libertad como una “prohibición absoluta”<sup>48</sup>; interpretación que, como antes se adelantó, le conduce a rechazar tajantemente los internamientos involuntarios como forma de institucionalización forzosa.

En efecto, el Comité considera que los internamientos involuntarios, ya sean en centros o instituciones de salud mental o asistenciales, constituyen una forma específica de privación de la libertad por motivos de discapacidad que contradice el art. 14, también cuando la discapacidad se combina con otros factores<sup>49</sup>. En este sentido, reclama a los Estados parte que den todos los pasos necesarios para garantizar que ninguna persona es internada o detenida en contra de su voluntad por razones ligadas o vinculadas a la existencia de una discapacidad real o percibida en ninguna institución médica o asistencial, lo que exige poner fin a los internamientos involuntarios.

Adicionalmente, de los posicionamientos del Comité se desprende que, a su modo de ver, el internamiento vulnera también otros artículos de la CDPD, entre ellos, el art. 5<sup>50</sup>, al suponer una discriminación por motivos de discapacidad y el art. 12<sup>51</sup>, en tanto implica la sustitución de la persona en la toma de decisiones.

Asimismo, en su Observación General N°5 el Comité insiste en la estrecha relación entre el derecho a la vida independiente y ser incluida en la comunidad y la

<sup>48</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit. paras. 6, 8 y 10.

<sup>49</sup> Como se explica en CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad. La cuestión de los internamientos involuntarios*, Dykinson, Madrid, 2018, el Comité ha expresado su preocupación en relación con las legislaciones que permiten que las personas con discapacidad sean internadas involuntariamente porque se considera que constituyen un peligro para ellas mismas o terceros y ha recomendado su abolición. Y lo mismo ha hecho con las regulaciones que refieren a la necesidad de cuidado o tratamiento y al peligro potencial como criterios de justificación de los internamientos no voluntarios.

<sup>50</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit. para.5. También en su *Observación General N°6*, cit., para. 7 el Comité se ha referido expresamente al internamiento involuntario (y a las intervenciones médicas sin consentimiento, mencionando algunas de las que considera especialmente graves por ser irreversibles o particularmente invasivas) como ejemplos de formas “brutales” de discriminación de las que siguen siendo víctimas las personas con discapacidad.

<sup>51</sup> En su *Observación General N°1*, cit., para. 40 el Comité afirma que “la negación de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad y su privación de libertad en instituciones contra su voluntad, sin su consentimiento o con el consentimiento del sustituto en la adopción de decisiones constituye una privación arbitraria de la libertad y viola los artículos 12 y 14 de la Convención Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. También en su *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., para. 10, el Comité insiste en esta idea afirmando que el internamiento involuntario en instituciones de salud mental “entraña la negación de la capacidad jurídica de la persona para decidir acerca de la atención, el tratamiento y el ingreso en un hospital o una institución y, por tanto, vulnera el artículo 12, leído conjuntamente con el artículo 14”.

“absoluta prohibición de la privación de libertad por motivos de discapacidad, como se consagra en el artículo 14 y se detalla en las directrices respectivas” y remarca que “el internamiento involuntario por motivos de deficiencia o de circunstancias conexas como la presunta peligrosidad” u “otros factores ... suele estar originado o se ve incrementado por la falta de servicios de apoyo específicos para las personas discapacidad”<sup>52</sup>. Por tanto, en opinión del Comité “la aplicación del artículo 19 ... impedirá en última instancia la violación del artículo 14” de la Convención<sup>53</sup>.

Como antes se indicó, en sus Directrices sobre desinstitucionalización incluso en situaciones de emergencia el Comité se refiere a la necesidad de garantizar el derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad, considerando esencial en la construcción de un entorno jurídico propicio para la desinstitucionalización la derogación “de todas las disposiciones legislativas que autoricen la privación de libertad u otras restricciones a la libertad y la seguridad de la persona por motivos de deficiencia, incluido el internamiento o el tratamiento no voluntarios por “enfermedad o trastorno mental”<sup>54</sup>.

Pues bien, precisamente, en relación con la medida del internamiento involuntario, el Comité ha realizado sus pronunciamientos más rotundos sobre la aplicación de restricciones. En este sentido, sostiene que prácticas coercitivas - como el tratamiento forzoso, la reclusión y diversos métodos de restricción en las instalaciones médicas, incluidos los físicos, químicos y mecánicos - vulneran el art. 16, relativo a la protección frente a la explotación, la violencia y el abuso; el art. 17, relativo al derecho a la integridad personal; y el art. 25, relativo al derecho a la salud que incluye el derecho al consentimiento libre e informado en relación con los tratamientos médicos. Asimismo, afirma que estas prácticas no son compatibles con la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes a las personas con discapacidad recogida en el art. 15 de la Convención<sup>55</sup>.

En todo caso, cabe advertir que el planteamiento del Comité en relación con los internamientos involuntarios, no es unánimemente compartido por los organismos y mecanismos del sistema universal de protección de los derechos<sup>56</sup>. Así, mientras que

<sup>52</sup>COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°5 sobre el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad*, cit., para. 82. También en las *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, cit., para. 9 el Comité remarca la relación entre los arts. 14 y 19 y expresa su preocupación - reflejada en numerosas *Observaciones Finales* - por la falta de apoyos en la comunidad.

<sup>53</sup>COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°5 sobre el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad*, cit., para. 82

<sup>54</sup>COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, cit., para. 58.

<sup>55</sup> Vid. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, parte VI “Protección de las personas con discapacidad privadas de libertad contra la violencia, los abusos y los malos tratos”.

<sup>56</sup> Vid. un análisis de estos desacuerdos en los trabajos de CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad*, cit. y DOYLE GUILLOUD, Suzanee, “Charting a path to the provision of non-coercive mental healthcare: the roots and branches of universal legal capacity and the support paradigm”, Oñati International Institute for the Sociology of Law, 2019 y “The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations”, *International Journal of Law and Psychiatry*, n° 66, 2019, pp. 1-11. Vid. también PORXAS ROIG, M. Àngels, *El dogma de las capacidades y la racionalidad*, Tesis Doctoral, Universitat de Girona, 2019, pp. 369 y ss. y OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities, Background Note*, 2015, paras. 57 y 58, disponible en

algunos organismos se han alineado con la posición del Comité CDPD<sup>57</sup>, otros han continuado justificando el internamiento involuntario como una medida legítima en determinadas circunstancias, como último recurso y siempre que se rodee de ciertas garantías<sup>58</sup> relacionadas con el debido proceso y que se eviten determinados abusos que se conectan, precisamente, con el recurso a determinadas prácticas coercitivas.

Ciertamente, a pesar de los desacuerdos en relación con la figura del internamiento involuntario, existe más consenso a la hora de considerar inadmisibles estas prácticas. Así, por ejemplo, el Relator especial sobre la Tortura exige la prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluidas la inmovilización y el aislamiento de personas con discapacidades psicológicas o intelectuales, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones psiquiátricas y de atención social<sup>59</sup>. Y también consideran que estas prácticas pueden constituir tortura, en la línea del Comité CDPD, el Comité contra la Tortura y la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

## 1.2.- Marco normativo europeo

### 1.2.1.- Marco normativo del Consejo de Europa

La Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH) contiene algunos preceptos que pueden ser relevantes en relación con la exigencia de desinstitucionalización. Por ejemplo, puede mencionarse el art. 3 CEDH que contempla la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos y degradantes, en tanto se considera que este precepto, en la línea defendida por el Comité CDPD, puede ser vulnerado por algunas prácticas llevadas a cabo en las instituciones. También cabe citar el art. 8 que garantiza el derecho al respeto de la vida privada y familiar y exige que cualquier injerencia en este derecho por parte de una autoridad pública se justifique como conforme a la ley y sea necesaria en una sociedad democrática y que se entienda se puede aplicar, por ejemplo, en los casos de niños y niñas que son arbitrariamente separados o separadas de su familia o cuando el acogimiento interfiere con su capacidad para permanecer en

---

<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx>, (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>57</sup> Como sucede con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria, que alude en esta cuestión a la desinstitucionalización, o las personas que han venido ocupando la Relatoría especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<sup>58</sup> Así, por ejemplo, el posicionamiento del Comité de Derechos Humanos en torno a la interpretación del art. 9 PIDCP contradice el estándar establecido por el art. 14 CDPD al admitir que la discapacidad pueda ser un motivo para la privación de la libertad en combinación con el criterio de la peligrosidad para la propia persona o terceras personas, COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, *Comentario General N°35*, CCPR/C/GC/35, 2014. También el Comité contra la Tortura admite esta figura con determinadas cautelas, haciendo referencia también a la necesidad de evitarla adoptando estrategias de desinstitucionalización. Asimismo, el ex Relator Especial contra la Tortura Juan Méndez la considera admisible y esta parece ser también la posición de Nils Melzer.

<sup>59</sup>RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/HRC/22/53, 2013.

contacto con su familia<sup>60</sup> y lo mismo podría decirse cuando el ingreso de las personas con discapacidad en instituciones impide o dificulta las relaciones familiares.

En todo caso, en el contexto del Consejo de Europa es la Carta Social Europea Revisada el referente normativo que ofrece la principal base legal para fundamentar los procesos de desinstitucionalización, en particular en relación con las personas con discapacidad, en tanto su art. 15 reconoce su derecho a la autonomía, a la integración social y a la participación en la vida de la comunidad<sup>61</sup>.

Asimismo, adquieren relevancia otros instrumentos político-normativos y posicionamientos de diversos organismos.

Ya en el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015 el Comité de Ministros se indica que “para facilitar la vida dentro de la sociedad, hay que aplicar políticas estratégicas que propicien el cambio de la asistencia institucional a entornos dentro de la comunidad ... Esto supone igualmente un enfoque coordinado de la oferta de servicios dirigidos por el usuario y basados en la propia comunidad y estructuras de apoyo centradas en la persona”<sup>62</sup>.

También en su Recomendación CM/Rec(2010) sobre la desinstitucionalización y la convivencia comunitaria de los niños con discapacidad el Comité de Ministros incluye una serie de principios para reemplazar la atención institucional por servicios basados en la comunidad dentro de un plazo razonable a través de un enfoque integral y considera que, puesto que la desinstitucionalización es un proceso a largo plazo, es necesario un proceso de transición bien planificado y estructurado<sup>63</sup>.

Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa adoptó en 2009 la Resolución 1642 (2009) *Access to rights for people with disabilities and their full and active participation in society* en la que considera que para hacer posible la participación activa de las personas con discapacidad en la sociedad es imperativo que se cumpla el derecho a la vida en la comunidad e invita a los Estados miembros a 1) comprometerse con el proceso de desinstitucionalización mediante la reorganización de los servicios y la reasignación de recursos de las instituciones especializadas a los servicios basados en la comunidad 2) prestar una asistencia adecuada y sostenida a las familias, sobre todo a través de medios humanos y materiales (en particular económicos), para que puedan

---

<sup>60</sup> EUROPEAN EXPERT GROUP ON TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Common European Guidelines on transition from institutional to community-based care*, cit., p. 19.

<sup>61</sup> Destacan la importancia de este artículo para la cuestión que nos ocupa el EUROPEAN EXPERT GROUP ON TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Idem*, p. 37 y la EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, 2018, p. 16. Vid. sobre este artículo DE ASÍS ROIG, Rafael y CUENCA GÓMEZ, Patricia, “El derecho de las personas con discapacidad a la autonomía, inclusión y participación en la vida de la comunidad. El art. 15 de la Carta Social Europea” en MONEREO ATIENZA, Cristina y MONEREO PÉREZ, José Luis (dirs. y coords.), *La garantía de los derechos fundamentales en el Consejo De Europa: la Convención Europea de Derechos Humanos y la Carta Social Europea*, Comares, Granada, 2017, pp. 683-696.

<sup>62</sup> Recomendación Rec (2006)5.

<sup>63</sup> Recomendación Rec(2010)2.

mantener a su familiar con discapacidad en el hogar 3) desarrollar inspecciones eficaces e independientes para monitorear las instituciones existentes<sup>64</sup>.

En 2022 en su Resolución y Recomendación 2431 (2022) *Deinstitutionalisation of persons with disabilities* la Asamblea apunta a la necesidad de adoptar medidas para combatir la cultura de la institucionalización, que resulta en el aislamiento y la segregación de las personas con discapacidad, incluidos en el hogar y en la familia y aboga por una aproximación sistemática al proceso de desinstitucionalización para asegurar una transición genuina a la vida independiente de acuerdo con el art. 19 CDPD<sup>65</sup>.

Es importante destacar también las aportaciones del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa quien ya en 2008 adoptó un documento temático sobre Derechos Humanos y discapacidad en el que reclamaba el desarrollo de servicios inclusivos en la comunidad<sup>66</sup>. En todo caso, su principal aportación en este ámbito la constituye el documento temático de 2012 *The right of people with disabilities to live independently and to be included in the community*<sup>67</sup> en el que considera esencial para el cumplimiento de este derecho avanzar hacia la “no institucionalización”<sup>68</sup>.

---

<sup>64</sup> En el informe del *Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development* que acompaña a esta Recomendación (*Report Doc. 11694*) se indica que “para posibilitar la participación activa de las personas con discapacidad en la sociedad, es necesario que se les brinde la oportunidad de interactuar con la comunidad. La práctica de internar a niños y adultos con discapacidad en instituciones socava su inclusión, ya que se les mantiene segregados del resto de la sociedad y sufren graves perjuicios en su sano desarrollo y obstaculización del ejercicio de sus derechos. La desinstitucionalización es un requisito previo para permitir que las personas con discapacidad sean lo más independientes posible y ocupen su lugar como ciudadanos de pleno derecho con la oportunidad de acceder a la educación y el empleo, y una amplia gama de otros servicios”. Las acciones específicas que se deben tomar incluyen: • cierre de instituciones comenzando con el bloqueo de nuevas admisiones en instituciones y un cambio arraigado de la financiación de instituciones a la reasignación de recursos y la reorganización de servicios en la comunidad; • centrar los recursos y las políticas en el establecimiento de alternativas a la vida institucional mediante el desarrollo de redes y servicios basados en la comunidad que respondan a las necesidades de los niños y niñas y personas con discapacidad, sus familias y cuidadores/as; • proporcionar asistencia adecuada y sostenida a las familias para apoyar a sus parientes con discapacidad en el hogar familiar; • el desarrollo de cuerpos de inspección independientes y efectivos para monitorear las instituciones existentes; • investigación aumentada y compartida sobre las mejores prácticas dentro de los entornos comunitarios; • la participación plena y activa de las personas con discapacidad en estos procesos.

<sup>65</sup> En esta Recomendación indica la Asamblea que las Directrices sobre desinstitucionalización adoptadas por el Comité CDPD deben implementarse con carácter urgente. En la Resolución la Asamblea reitera la necesidad urgente de que el Consejo de Europa integre plenamente en su trabajo el cambio de paradigma iniciado por la CDPD y el cumplimiento del art. 19 y recomienda que el Comité de Ministros 1) apoye a los Estados miembros en el desarrollo, en cooperación con organizaciones de personas con discapacidad, de estrategias de desinstitucionalización debidamente financiadas y que cumplan con los derechos humanos con marcos de tiempo claros y puntos de referencia con miras a una transición genuina hacia una vida independiente para las personas con discapacidad de conformidad con el artículo 19 de la CDPD 2) priorice el apoyo a los Estados miembros para que comiencen de inmediato la transición hacia la abolición de las prácticas coercitivas en los entornos de salud mental y hacia la desinstitucionalización de los niños y niñas con discapacidad 3) en línea con la Recomendación 2158 (2019), se abstenga de respaldar o adoptar proyectos de textos legales que dificultarían la desinstitucionalización exitosa y significativa, así como la abolición de prácticas coercitivas en entornos de salud mental.

<sup>66</sup> COUNCIL OF EUROPE COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *Human Rights and Disability: Equal Rights for All*, CommDH/Issue Paper, 2008.

<sup>67</sup> COUNCIL OF EUROPE COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *The right of people with disabilities to live independently and to be included in the community*, ya citado.

<sup>68</sup> Se indica en este informe que este derecho “se viola cuando las personas con discapacidad que necesitan algún tipo de apoyo en su vida cotidiana deben renunciar a vivir en la comunidad para recibir ese apoyo; cuando se brinda apoyo de una manera que quita el control de las personas sobre sus propias vidas; cuando

En la comprensión de esta exigencia, y en la línea que luego desarrollará el Comité CDPD, este informe pone el foco no sólo en el tamaño y estructura de las instituciones, sino sobre todo en lo que se consideran sellos distintivos de la vida institucional que se advierte pueden estar presentes en grandes instituciones, pero también en otros entornos. Así se afirma que “varias dimensiones deben ser examinadas más allá de las paredes reales del lugar de residencia. Estos incluyen no solo el tamaño físico y la estructura de la residencia, sino también el respeto por los derechos, la elección y la autodeterminación, las cualidades y actitudes de los proveedores, el acceso real a la vida comunitaria y cómo se satisfacen las necesidades de apoyo y acceso”<sup>69</sup>. En este sentido, se llama la atención acerca de la noción errónea de vivir en comunidad que consiste en pensar que “se trata únicamente de la ubicación física en la comunidad, en lugar de una forma de vida que está íntimamente relacionada con la autonomía y la elección”<sup>70</sup>. Desde este enfoque se sostiene que el “derecho a vivir en comunidad es, por lo tanto, más que el derecho a no vivir en una gran institución”, pues el derecho a no vivir en una gran institución también puede perpetuar el aislamiento y la segregación<sup>71</sup>. Se insiste, particularmente, en la importancia de “garantizar que el proceso de transición a los servicios y apoyos basados en la comunidad no se quede corto en el logro de la plena implementación del derecho a vivir en la comunidad, reconociendo que las instituciones más pequeñas o los marcos y mecanismos segregados, como la atención colectiva (*congregating living*), incluso cuando se colocan físicamente en la comunidad, no cumplen las condiciones establecidas en el artículo 19 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”<sup>72</sup>.

De las anteriores reflexiones se desprende que el marco político-normativo del Consejo de Europa parece mantener, con carácter general, una visión amplia del contenido de la exigencia de desinstitucionalización cercana a la del Comité sobre los

---

se niega totalmente el apoyo, confinando así a una persona al margen de la familia o la sociedad; o cuando se impone a las personas con discapacidad la carga de adaptarse a los servicios y estructuras públicos en lugar de que estos servicios y estructuras estén diseñados para adaptarse a la diversidad de la condición humana”, Idem, p. 5. Asimismo, se señala que “el núcleo del derecho, que no está cubierto por la suma de los otros derechos” consiste en que “trata de neutralizar el devastador aislamiento y la pérdida de control sobre la propia vida que sufren las personas con discapacidad debido a su necesidad de apoyo en el contexto de una sociedad inaccesible”. Y por “neutralización” se entiende “tanto la eliminación de las barreras al acceso de la comunidad a la vivienda y otros ámbitos, como la provisión de acceso a apoyos individualizados relacionados con la discapacidad de los que depende el disfrute de este derecho para muchas personas”, Idem, p. 11.

<sup>69</sup> Idem, pp. 17 y 18.

<sup>70</sup> Idem, p. 13 y 14. La solución radica en 'separar' los apoyos relacionados con la discapacidad de ciertas unidades de vivienda y proporcionar a las personas con discapacidad apoyos individualizados que puedan llevar a cualquier opción de vivienda que elijan.

<sup>71</sup> Idem, pp. 18 y 19. Así se entiende que “el aislamiento y la segregación pueden ocurrir debido a la cantidad de personas que residen en un entorno particular, lo que niega el ejercicio de la elección individual en el día a día y crea un imán para traer servicios dentro del entorno en lugar de que cada persona interactúe de muchas y diversas formas con la comunidad. El aislamiento y la segregación pueden ocurrir debido a una forma de vida reglamentada impuesta, la manera paternalista en la que se prestan los servicios, la falta de opciones cotidianas o los desincentivos para ganar independencia, como la prestación de servicios combinados que dificultan la recepción de un tipo de servicio condicionado a la recepción de otros servicios”. Incluso “vivir solo en la casa de uno en la comunidad no garantiza inclusión en la comunidad si los servicios de apoyo no están orientados a permitir la inclusión”.

<sup>72</sup> Idem, p. 8. En efecto, el informe es particularmente crítico con las modalidades de *congregate care* o *congregate living* considerando que es importante garantizar que una forma de institucionalización no es sustituida por otra. Vid. en particular las críticas a los hogares colectivos (*groups homes*), Idem, p. 40.

Derechos de las Personas con Discapacidad orientada al objetivo de garantizar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad.

Ahora bien, es importante advertir que el marco europeo admite la institucionalización forzosa en clara contradicción con la CDPD. En efecto, el art. 5.1.e CEDH se refiere a la privación de la libertad, de acuerdo con el procedimiento establecido por la ley, “de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, **de un enajenado**, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo”<sup>73</sup> permitiendo los internamientos involuntarios por razones de discapacidad. Asimismo, el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997, conocido como Convenio de Oviedo, se enfrenta también al marco de la Convención al incluir los internamientos y tratamientos involuntarios, figuras cuya aplicación se regula en la Recomendación R (2004) 10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales que establece algunos requisitos y garantías.

Precisamente, la consideración de que las legislaciones nacionales presentaban lagunas importantes en estas garantías motivó que en 2011 el Comité de Bioética del Consejo de Europa comenzase a trabajar en la adopción de un Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo para dotarlas de estatus vinculante. Esta iniciativa ha sido objeto de un intenso debate<sup>74</sup>. Diversos organismos incluidos mecanismos del sistema universal de protección de los derechos humanos<sup>75</sup>, entre ellos, obviamente, el propio Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>76</sup>, muchas organizaciones representativas de personas con discapacidad<sup>77</sup> y de derechos humanos en general<sup>78</sup>, y las propias instituciones del Consejo de Europa<sup>79</sup>, han mostrado su oposición a la adopción del

---

<sup>73</sup>La negrita es mía. Vid. sobre este precepto la guía elaborada por el TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2019. Se ha indicado, con razón, que este precepto está orientado a la privación de derechos de las personas con discapacidad y no tanto a su protección, BARLETT, Peter; LEWIS, Oliver y THOROL, Oliver, *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Brill | Nijhoff, 2007, p. 17.

<sup>74</sup> Un análisis de este debate puede verse en CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Sobre la privación de la libertad de las personas con discapacidad. La cuestión de los internamientos involuntarios*, ya citado.

<sup>75</sup> Vid., por ejemplo, *Letter to the Council of Europe Secretary General on the draft additional protocol to the Oviedo Convention from mandates of the Working Group on Arbitrary Detention; the Chair of the Committee on the Rights of Person with Disabilities; the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities and the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 2017, disponible en <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/frequently-asked-questions-on-draft-additional-protocol-concerning-the-protection-of-human-rights-and-dignity-of-persons-with-mental-disorder-with-reg> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>76</sup>Vid. *Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention*, 2018, disponible en [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/StatementOviedo\\_CRPD20th.docx](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/StatementOviedo_CRPD20th.docx) (última consulta 30 de octubre de 2023). Apunta este Comité que el borrador de Protocolo viola el art. 5 de la Convención sobre igualdad y no discriminación en combinación con los arts. 12, 14, 17 y 25.

<sup>77</sup>Como la European Network of (ex) User and Survivors of Psychiatry, Austim Europe, Inclusion Europe, Mental Health Europe e International Disability Alliance o en España el CERMI o la Confederación Salud. España.

<sup>78</sup>Por ejemplo, Human Rights Watch. También se han opuesto al protocolo instituciones nacionales de Derechos Humanos.

<sup>79</sup> Ver por ejemplo la posición de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en la *Recomendación 2091 (2016) The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry*, en la *Recomendación 2158 (2019)* y la *Resolución 2291 (2019)* tituladas *Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*. Ambos documentos incidieron en la necesidad de poner fin a

Protocolo señalando su incompatibilidad con la CDPD, realizando fuertes críticas a las diversas versiones del texto y reclamando la puesta en marcha de alternativas voluntarias y de base comunitaria para poner fin a las medidas coercitivas en el ámbito de la salud mental. Finalmente, el Consejo de Europa decidió suspender la adopción de este instrumento hasta finales de 2024.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en su jurisprudencia ha aceptado la necesidad del internamiento involuntario como forma específica de privación de la libertad de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, limitándose a aproximarse a esta cuestión desde un enfoque meramente formalista o procedimental centrado en determinar si en la adopción de esta medida concurren ciertas circunstancias y se cumplen ciertas garantías<sup>80</sup>. Tampoco resulta del todo satisfactoria la aproximación que hace el TEDH a la cuestión de la aplicación de medidas coercitivas<sup>81</sup>.

En todo caso, algunos informes<sup>82</sup> han destacado la relevancia de la sentencia *Stanev versus Bulgaria*<sup>83</sup> en la que se declara por primera vez la violación del artículo 5 del CEDH en relación con una persona que vivió durante 9 años en una institución de asistencia social, sometida a un internamiento involuntario. Se indica que el TEDH tuvo en cuenta como aspectos clave a la hora de declarar dicha vulneración la distancia y el aislamiento de la comunidad que experimentó la persona, el programa diario

---

los internamientos involuntarios y las prácticas coercitivas en salud mental reemplazándolos por respuestas y servicios alternativos en la comunidad.

También se mostraron contrarios a la adopción de este instrumento el Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa Nils Muiznieks *Comments of the Council of Europe Commissioner for Human Rights on the Working document concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment*, 2015, disponible en <https://rm.coe.int/comments-of-the-council-of-europe-commissioner-for-human-rights-on-the/16806da561> (última consulta 30 de octubre de 2023) y la Comisaria Dunja Mijatovic, *Comments of the Council of Europe Commissioner for Human Rights on the raft Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning the Protection of Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder with regard to Involuntary Placement and Involuntary Treatment*, 2018, disponible en <https://rm.coe.int/comments-by-dunja-mijatovic-council-of-europe-commissioner-for-human-r/16808f1111> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>80</sup> Puede consultarse TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2019, ya citada.

<sup>81</sup> Así, el TEDH ha analizado la cuestión de si determinadas medidas coercitivas o tratamientos médicos administrados sin su consentimiento a las personas privadas de libertad en virtud del art. 5.1.e constituyen un trato inhumano y degradante prohibido por el artículo 3 CEDH. En su análisis el TEDH ha afirmado que “en general, no puede ser catalogada como inhumana o degradante una medida dictada por razones de necesidad terapéutica” *M.S. v. Croatia*, sentencia de 19 de febrero de 2015 y *N. v. Romania* sentencia de 28 de noviembre de 2017 ; ha señalado que los malos tratos deben tener un nivel mínimo de gravedad para caer en el ámbito del artículo 3 CEDH cuya evaluación depende de las circunstancias del caso, la naturaleza y el contexto del tratamiento, el método y la forma de su ejecución, su duración, su impacto físico o mental, sus efectos y, en algunos casos, del sexo, edad y estado de salud de la víctima *Herczegfalvy v. Austria*, sentencia de 24 de septiembre de 1992, y ha entendido que el empleo de medios coercitivos del tipo de la alimentación forzosa, el aislamiento o incluso el empleo de esposas, no fundamentan la apreciación de una vulneración del art. 3 CEDH *Kudl v. Poland*, sentencia de 26 de octubre de 2000 y *Poltoratski v. Ukraine*, sentencia de 23 de abril de 2003.

<sup>82</sup> Por ejemplo, EUROPEAN EXPERT GROUP ON TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Common European Guidelines on transition from institutional to community-based care*, y COUNCIL OF EUROPE COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *The right of people with disabilities to live independently and to be included in the community*, ambos documentos ya citados.

<sup>83</sup> TEDH, *Stanev v. Bulgaria*, sentencia de 17 de enero de 2012.

reglamentado de la institución, la falta de elección en los asuntos cotidianos, la privación de su capacidad jurídica y la falta de oportunidades para desarrollar relaciones significativas.

### 1.2.2.- Marco normativo de la Unión Europea

Como es sabido la Unión Europea (UE) ratificó la CDPD en 2010, mostrando su compromiso con el efectivo cumplimiento de este Tratado internacional.

La Carta de derechos fundamentales (2000) incluye expresamente la prohibición de discriminación por motivos de discapacidad en su art. 21 y en su art. 26 reconoce el derecho de las personas con discapacidad “a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad”, ofreciendo estas disposiciones, interpretadas en conjunto, un marco legal potente para apoyar la implementación del derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente por parte de la Unión Europea y sus Estados miembros<sup>84</sup>.

De nuevo, y al igual que sucede en el ámbito del Consejo de Europa, otros instrumentos político-normativos y posiciones de diversos organismos de la UE adquieren relevancia en el tema objeto de estudio. Algunos de ellos se refieren exclusivamente a las personas con discapacidad y otros se proyectan sobre diferentes grupos poblacionales dentro la apuesta de la Unión Europea por el cambio de modelo de los cuidados de larga duración<sup>85</sup>.

La Estrategia Europea de Discapacidad 2010-2020,<sup>86</sup> en el ámbito “participación”, reflejó el compromiso específico de la Comisión con la promoción de “la transición de una asistencia institucional a una asistencia de carácter local” e indicó que la Unión Europea “apoyará actividades nacionales destinadas a lograr la transición de una asistencia institucional a una asistencia de carácter local, también mediante la utilización de los Fondos Estructurales y el Fondo de Desarrollo Rural, a efectos de la formación de recursos humanos y la adaptación de las infraestructuras sociales, el desarrollo de sistemas de financiación para ayudas personalizadas, la promoción de condiciones laborales adecuadas para los cuidadores profesionales y el apoyo a las familias y a los cuidadores no profesionales”<sup>87</sup>.

En el ámbito concreto de la salud mental, ya en 2011, el Consejo de la Unión Europea invita a los Estados miembros y a la Comisión “a promover, cuando sea posible y pertinente, modelos de atención de la salud mental basados en la comunidad y socialmente inclusivos”<sup>88</sup>

<sup>84</sup> Vid. EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, cit., p. 16.

<sup>85</sup> EUROPEAN COMMISSION (DG EMPL) and SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and opportunities in an ageing society*, vol. 1, Publications Offices of the European Union, Luxembourg, 2021.

<sup>86</sup> COMISIÓN EUROPEA, *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones, Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*, COM(2010) 636 final.

<sup>87</sup> Y ello mediante el uso de los Fondos Estructurales y del Fondo de Desarrollo Rural para respaldar la evolución de los servicios de asistencia locales y sensibilizar sobre la situación de personas con discapacidad alojadas en centros residenciales, especialmente los niños y las niñas y las personas mayores.

<sup>88</sup> CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA, *Council Conclusion on The European pact of mental health and wellbeing: results and future action*, 2011.

Destaca, asimismo, el Dictamen del Comité Económico y Social Europeo adoptado en 2015 sobre Asistencia social a largo plazo y desinstitucionalización que, en relación con diferentes grupos poblacionales, entre ellos las personas con discapacidad, alude también a la transición de una asistencia institucional a una asistencia de carácter local<sup>89</sup> (que a veces se denomina local o de proximidad).

El Pilar Europeo de Derechos Sociales<sup>90</sup>, adoptado por las instituciones europeas en 2017, se refiere en su Principio 17 a la “Inclusión de las personas con Discapacidad” indicando que “las personas con discapacidad tienen derecho a una ayuda a la renta que garantice una vida digna, a servicios que les permitan participar en el mercado laboral y en la sociedad y a un entorno de trabajo adaptado a sus necesidades”. Por su parte, el Principio 18 alude a los cuidados de larga duración señalando que “Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios”<sup>91</sup>.

El Dictamen del Comité Europeo de las Regiones, 2018, La desinstitucionalización de los sistemas de asistencia a escala local y regional<sup>92</sup> específicamente centrado en las personas con discapacidad, recomienda, en la línea que se viene destacando, la transición de una asistencia institucional a una asistencia de proximidad.

Por su parte, la nueva la Estrategia Europea de Discapacidad 2021-2030<sup>93</sup> asume como uno de sus principales compromisos “desarrollar la vida independiente y reforzar los servicios basados en la comunidad”<sup>94</sup> y considera necesaria una “acción reforzada por parte de los Estados miembros” en este ámbito. Así, se señala que la Comisión

---

<sup>89</sup> COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO, *Dictamen sobre Asistencia social a largo plazo y desinstitucionalización (Dictamen exploratorio)*, 2015.

<sup>90</sup> PARLAMENTO EUROPEO, CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA Y COMISIÓN EUROPEA, *Pilar europeo de Derechos Sociales*, 2017.

<sup>91</sup> Vid. un análisis más detallado de la relevancia de este instrumento en relación con las personas con discapacidad, EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, cit., pp. 77 y 78,

<sup>92</sup> COMITÉ EUROPEO DE LAS REGIONES, *La desinstitucionalización de los sistemas de asistencia a escala local y regional*, 2018. Este Comité señala el riesgo de que los países inmersos en una transición hacia modalidades de asistencia más abiertas y de proximidad instauren nuevas instituciones para reemplazar las que se desmantelen y pone énfasis en la estigmatización y en el cambio en roles y competencias de los y las profesionales de los servicios.

<sup>93</sup> COMISIÓN EUROPEA, *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030*, COM(2021) 101 final.

<sup>94</sup> En este sentido, se indica en la Estrategia que “las personas con discapacidad, jóvenes y mayores, tienen el mismo derecho a vivir de forma independiente y a formar parte de la comunidad, con las mismas opciones que los demás en cuanto a su lugar de residencia y con quién y cómo vivir ... La independencia requiere de un panorama diferenciado de servicios de calidad, accesibles, basados en la comunidad y en la familia, centrados en la persona y asequibles, que incluyan asistencia personal y médica y la intervención de trabajadores sociales, con el fin de facilitar las actividades cotidianas y ofrecer alternativas a las personas con discapacidad y a sus familias. Los servicios de apoyo generales deben ser inclusivos para los niños con discapacidad y las personas mayores y accesibles para ellos, y deben tener en cuenta el género y la cultura”, Idem, p. 11. Asimismo, se consideran necesarios unos cuidados centrados en la persona e individualizados para todas las personas a fin de garantizar la dignidad de las personas beneficiarias de cuidados y sus cuidadores/as, así como su participación e inclusión plenas en la comunidad y se hace hincapié en que esta transición hacia un enfoque centrado en las personas requiere una mayor integración de los cuidados hacia modelos asistenciales más holísticos, con el objetivo de aumentar los beneficios para las personas que reciben cuidados y la calidad de la asistencia.

“apoyará a las autoridades nacionales, regionales y locales en sus esfuerzos a favor de la desinstitucionalización y la vida independiente<sup>95</sup>. La Comisión insta a los Estados miembros a: 1) implementar buenas prácticas de desinstitucionalización en el ámbito de la salud mental y en relación con todas las personas con discapacidad, en particular los niños y niñas, con el fin de reforzar la transición de la asistencia institucional a los servicios que ofrecen apoyo en la comunidad y 2) promover y garantizar la financiación para la obtención de una vivienda social accesible e inclusiva en materia de discapacidad, especialmente en el caso de las personas mayores con discapacidad, y hacer frente a los desafíos que plantean las personas sin hogar con discapacidad.

La Estrategia Europea de Cuidados<sup>96</sup>, en un nivel más global, recuerda también las obligaciones y compromisos de la Unión y los Estados miembros en lo que respecta a la transición de las configuraciones institucionales segregadas a la atención en la comunidad y la familia. Se aboga por la promoción de diferentes modelos de vida independiente y apoyo y se señala que debería reforzarse y priorizarse la prestación de servicios asistenciales en los entornos familiar y comunitario favoreciendo con ello la transición desde la asistencia institucional hacia la asistencia basada en la comunidad<sup>97</sup>.

Como se destaca en muchos de los instrumentos anteriormente citados, en el contexto de la UE, la regulación de los Fondos Europeos juega un papel central a la hora de promover el cambio hacia modelos de apoyo en la comunidad.

Las disposiciones generales que regularon los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos en el periodo 2014-2020 incluyeron, por primera vez, la transición del cuidado institucional al cuidado basado en la comunidad como una prioridad temática,

---

<sup>95</sup> Y ello especialmente a través de los Fondos de gestión compartida 2021-2027, el componente de renovación de los planes de recuperación y resiliencia y el instrumento de apoyo técnico (*Reglamento (UE) 2021/240 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de febrero de 2021, por el que se establece un instrumento de apoyo técnico*). En este contexto se plantean dos iniciativas emblemáticas 1) a 2023, la publicación de directrices en las que recomendará a los Estados miembros mejoras para la vida independiente y la inclusión en la comunidad, con el fin de permitir que las personas con discapacidad residan en viviendas accesibles y asistidas en la comunidad, o que continúen viviendo en sus hogares (contando con regímenes de asistencia personal) y 2) a 2024, la presentación de un marco europeo de calidad para unos servicios sociales de excelencia para las personas con discapacidad, con el fin de mejorar la prestación de servicios para las personas con discapacidad y el atractivo de los empleos en este ámbito.

<sup>96</sup> PARLAMENTO EUROPEO, *Resolution of 5 July 2022 Towards a common European action on care*, 2022. La Estrategia, como es sabido, incorpora medidas para poner en valor los cuidados, incluye de manera muy relevante la perspectiva de género y protege los derechos tanto de las personas que cuidan, como de las que reciben cuidados. Este instrumento considera fundamental garantizar la dignidad, la independencia, la autonomía, el bienestar y la participación en la vida social a través de unos cuidados de calidad a lo largo de toda la vida, desde los cuidados y la educación de la primera infancia, hasta los servicios asistenciales para las personas de edad avanzada y el apoyo a las personas con discapacidad, teniendo en cuenta que los seres humanos son interdependientes y que cualquier persona puede necesitar cuidados en algún momento de su vida.

<sup>97</sup> Así, se hace hincapié en que una parte importante de los modelos, servicios e instalaciones asistenciales se basan en un modelo institucionalizado y obsoleto por debajo de los criterios de calidad modernos y no responden a las necesidades y expectativas físicas, sociales y psicológicas de las personas beneficiarias de los cuidados. En todo caso, el EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Statement on the European Care Strategy* señaló la necesidad de introducir algunas mejoras en la Estrategia Europea de Cuidados disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/11/draft-egg-statement-eu-care-strategy.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

señalándose, en particular, que tanto el Fondo Europeo de Desarrollo Regional como el Fondo Social Europeo deberían ser usados para facilitar este proceso<sup>98</sup>.

La nueva regulación que entró en vigor en 2021<sup>99</sup> dispone que en la ejecución de los Fondos los Estados miembros “deben observar asimismo las obligaciones establecidas en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y garantizar la accesibilidad en consonancia con su artículo 9 y de conformidad con el Derecho de la Unión que armoniza los requisitos de accesibilidad aplicables a los productos y los servicios”. En ese contexto se indica que “los Fondos deben ejecutarse de manera que promuevan la transición de la asistencia institucional a la asistencia basada en la familia y la comunidad” y se establece que “los Fondos no deben apoyar acciones que favorezcan cualquier tipo de segregación o exclusión y, cuando financien infraestructuras, deben garantizar la accesibilidad para las personas con discapacidad”.

No obstante, diversos informes han advertido de las insuficiencias en la regulación y uso de los Fondos Europeos<sup>100</sup>. En este sentido, se ha criticado que las orientaciones ofrecidas por las regulaciones de los Fondos pueden ser malinterpretadas por los Estados y que no impiden del todo su inversión en la creación o renovación de instituciones ni la

---

<sup>98</sup> Reglamento (UE) No 1303/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de diciembre de 2013 por el que se establecen disposiciones comunes relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo, al Fondo de Cohesión, al Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural y al Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca, y por el que se establecen disposiciones generales relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo, al Fondo de Cohesión y al Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca, y se deroga el Reglamento (CE) no 1083/2006 del Consejo y Comunicación de la Comisión: *Hacia la inversión social para el crecimiento y la cohesión, incluida la aplicación del Fondo Social Europeo*

<sup>99</sup> Reglamento (UE) 2021/1060 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de junio de 2021 por el que se establecen las disposiciones comunes relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo Plus, al Fondo de Cohesión, al Fondo de Transición Justa y al Fondo Europeo Marítimo, de Pesca y de Acuicultura, así como las normas financieras para dichos Fondos y para el Fondo de Asilo, Migración e Integración, el Fondo de Seguridad Interior y el Instrumento de Apoyo Financiero a la Gestión de Fronteras y la Política de Visados. Vid. EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EU Guidance on independent living and inclusion in the community*, 2022.

<sup>100</sup> Entre otros, ŠIŠKA, Jan y BEADLE-BROWN, Julie, *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States* y CROWTHER, Neil, *The right to live independently and to be included in the community in European States*, ambos documentos ya citados. Vid. también EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Lost in interpretation: The use of ESI Funds during 2014 – 2020 and the impact on the right of persons with disabilities to independent living*, written by: Ines Bulić Cojocariu and Nataša Kokić, 2020.

circunscriben por completo a casos excepcionales<sup>101</sup>. Asimismo, se señala que las regulaciones de los Fondos no cubren cómo los países gastan su propio presupuesto nacional<sup>102</sup>, lo que significa que la financiación estatal puede destinarse a instituciones en lugar de a servicios basados en la familia y la comunidad que apoyan la vida independiente, como de hecho, ha venido sucediendo<sup>103</sup>. Como consecuencia de lo anterior, los Fondos Europeos han tenido un impacto limitado a la hora de reducir el número de personas que viven en instituciones y, en particular, a la hora de mejorar las oportunidades de los niños y niñas y personas adultas con discapacidad de crecer en una familia y vivir en la comunidad. Por ello, se ha considerado que la UE debe proporcionar orientaciones a los Estados en el uso de los Fondos que sean acordes con la CDPD y se han elaborado herramientas que tratan de asegurar que contribuyen realmente al cambio de modelo<sup>104</sup>.

<sup>101</sup> Así, en su informe presentado al Comité CDPD la UE indicó que los Fondos Europeos tan sólo podían invertirse excepcionalmente en la creación de instituciones o la renovación y modernización de las existentes en los casos de riesgos urgentes y potencialmente mortales para las personas residentes y únicamente como medidas transitorias dentro del contexto de una estrategia de desinstitutionalización. Sin embargo, la *Draft thematic guidance fiche for desk officers transition from institutional to community-based care (de-institutionalisation - di)*, 2014, disponible en [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/guidance/guidance\\_deinstitutionalisation.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/guidance/guidance_deinstitutionalisation.pdf) (última consulta 30 de octubre de 2023) no refleja esta posición en tanto establece que se pueden realizar “mejoras en la infraestructura institucional existente” si “las personas afectadas, dada la gravedad de su estado, requieren supervisión médica constante”. En el mismo sentido, la Opinión del Servicio Jurídico, emitida por la Comisión Europea en junio de 2018 (*European Commission Legal service*, Ref. Ares(2018)3471732-29/06/2018) y dirigida internamente a la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión y a la Dirección General de Política Regional y Urbana permite las inversiones en instituciones de estancia prolongada, siempre que el Estado miembro en cuestión hiciera “progresos en general para garantizar una vida independiente y la desinstitutionalización”, que dicho apoyo estuviera integrado en el “proceso de transición de la atención institucional a la comunitaria” y en los casos de instituciones residenciales “para personas que requieran constante atención y supervisión médica”. Como se indica en EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Lost in interpretation: The use of ESI Funds during 2014 – 2020 and the impact on the right of persons with disabilities to independent living*, cit., p. 17 esta posición fue cuestionada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en una carta dirigida al presidente Juncker (Letter by Theresia Degener, Chair of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities to President Juncker, 10 December 2018, CRPD/2018/HP/CC), así como por los procedimientos especiales de la ONU y expertas legales y fue objeto de una queja ante el Defensor del Pueblo Europeo. Vid. *European Ombudsman own-initiative inquiry OI/8/2014/AN concerning the respect for fundamental rights in the implementation of the EU cohesion policy*.

<sup>102</sup> EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EU Guidance on independent living and inclusion in the community*, cit., p. 2.

<sup>103</sup> Además de los estudios ya citados otros informes y documentos denuncian que los Estados miembros siguen, con alguna excepción, dedicando la mayor parte de la financiación a recursos institucionalizados, Vid. por ejemplo EUROPEAN AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living Part II: funding and budgeting*, 2017 y EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Shadow report on the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the European Union*, 2022.

<sup>104</sup> Vid. EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EU funds checklist to promote independent living and deinstitutionalization*, 2022 que tiene como propósito garantizar que los fondos de la UE en el periodo de programación 2021-2027 contribuyan a la vida independiente y la inclusión en la comunidad, en especial ayudando al personal funcionario encargado de verificar la consistencia de las medidas adoptadas. Se trata de una versión actualizada de la publicación *Checklist to ensure EU-funded measures contribute to independent living by developing and ensuring access to family-based and community-based services* de

Asimismo, en 2021 el Grupo de Expertos Europeo sobre la transición de la asistencia institucional (EEG) a la de base comunitaria analizó la aplicación del Mecanismo Recuperación y Resiliencia<sup>105</sup> revisando diversos borradores de Planes Nacionales. En este análisis el EEG destacó que, si bien podían identificarse medidas relacionadas con el área de prevención de la institucionalización, con la puesta en marcha de servicios de base comunitaria y con la desinstitucionalización, algunas medidas podrían contribuir a perpetuar la institucionalización<sup>106</sup>. Además, el EEG publicó la declaración *Recovery and Resilience Facility must support community inclusion, not segregation* instando a la UE y a sus Estados miembros a cumplir con la CDPD, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y el compromiso de la UE con la desinstitucionalización y, por lo tanto, no permitir que ninguna inversión en instituciones se incluya en los Planes Nacionales de Recuperación y Resiliencia<sup>107</sup>.

Precisamente, las principales preocupaciones del Comité CDPD en relación con la aplicación del art. 19 CDPD en la Unión Europea giran en torno a la inversión de sus Fondos. Así, en sus Observaciones finales de 2015 el Comité expresa su preocupación por que “en toda la Unión Europea hay personas con discapacidad, especialmente con discapacidad intelectual o psicosocial, que sigan viviendo en instituciones y no en las comunidades locales. Observa que, a pesar de los cambios en la reglamentación, en distintos Estados miembros se siguen usando Fondos Estructurales y de Inversión Europeos para mantener instituciones en régimen de internado en lugar de ampliar los servicios de apoyo en las comunidades locales para las personas con discapacidad”. Teniendo en cuenta lo anterior, el Comité recomienda “que la Unión Europea formule un planteamiento para orientar y promover la desinstitucionalización y haga un mayor seguimiento de la utilización de los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos para que sean utilizados estrictamente con el fin de ampliar los servicios de apoyo para las

---

2019. Vid también EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care*, revised edition, 2014 que trata de explicar cómo los Fondos Estructurales y de Inversión pueden ayudar a las autoridades nacionales, regionales y locales a diseñar e implementar reformas estructurales destinadas a facilitar el desarrollo de alternativas de calidad al cuidado institucional basadas en la familia y la comunidad.

Vid. también sobre los instrumentos de financiación de la acción exterior de la Unión Europea EUROPEAN DISABILITY FORUM (EDF) y EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Role of the European Union funding in supporting deinstitutionalisation around the world: A Call for Change*, 2022.

<sup>105</sup> *Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia*. En este mecanismo se indica que las reformas e inversiones en cohesión social y territorial también deben contribuir a la lucha contra la pobreza y el desempleo a fin de que las economías de los Estados miembros repunten sin dejar a nadie atrás. Dichas reformas e inversiones deben conducir a la creación de puestos de trabajo estables y de calidad, a la inclusión e integración de los grupos desfavorecidos, y permitir el refuerzo del diálogo social, las infraestructuras y los servicios, así como de los sistemas de protección social y bienestar.

<sup>106</sup> EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EEG's main findings on the submitted Recovery & Resilience National Plans*, 2021, disponible en <https://www.eurochild.org/resource/eegs-main-findings-on-the-submitted-recovery-resilience-national-plans/> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>107</sup> EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Recovery and Resilience Facility must support community inclusion, not segregation*, 2021 disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2021/05/eeg-statement-rrf-must-support-community-inclusion-not-segregation-final-1.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

personas con discapacidad en las comunidades locales y no para el restablecimiento o la ampliación de instituciones” y que “se encargue de suspender, retirar o reembolsar pagos si se incumple la obligación de respetar los derechos fundamentales”<sup>108</sup>. Esta preocupación sigue presente en la actualidad como denota la lista de cuestiones remitida por el Comité a la Unión Europea en 2022 en el nuevo ciclo de examen<sup>109</sup>.

En todo caso, y en conexión con las consideraciones precedentes, se ha señalado que en las regulaciones de los Fondos europeos y en el marco de la UE en general, con la excepción de la nueva Estrategia Europea de Discapacidad, no se usa el lenguaje de la vida independiente, ni de la vida en comunidad, sino que el lenguaje y el enfoque se centran, más bien, en lograr la “transición” de la atención o cuidado institucional a la “atención comunitaria”<sup>110</sup>.

De un lado, posiblemente, esta visión refleja el hecho de que las actuaciones pertinentes se extienden más allá de las personas con discapacidad alcanzando, por ejemplo, a los niños y niñas y personas mayores, colectivos en relación con los cuales el concepto de vida independiente es “menos prominente”. Pero, por otro lado, también se ha advertido que esta aproximación a la exigencia de desinstitucionalización podría estar conceptualmente “en desacuerdo con el significado y el alcance del Artículo 19” al ser más mucho más limitada y tener implicaciones “sobre cómo entienden y actúan los países europeos”<sup>111</sup>.

<sup>108</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de la Unión Europea*, CRPD/C/EU/CO/1, 2015, paras. 50 y 51.

<sup>109</sup> Así en relación con el art. 19 solicita el Comité que se informe sobre las medidas adoptadas para “a) Promover la comprensión de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad a la libertad de elección en cuanto a la modalidad de convivencia, y el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y en la comunidad, y sobre las medidas adoptadas para evitar el internamiento por motivos de discapacidad como forma de discriminación; b) Poner fin inmediatamente a las inversiones y acciones de la Unión Europea que mantienen el internamiento de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las mujeres con discapacidad, y las medidas para apoyar de forma decisiva los programas que tienen por objeto liberar a las personas con discapacidad de las instituciones residenciales, incluidas las pequeñas instituciones residenciales, y de todas las formas de entornos colectivos en los Estados miembros de la Unión Europea; c) Revisar el dictamen jurídico de la Comisión Europea de 29 de junio de 2018 y todas las demás orientaciones internas que permiten las inversiones en instituciones residenciales de larga estancia, para que se ajusten a las obligaciones de la Unión Europea y sus Estados miembros en virtud de los artículos 4 y 19 y en consonancia con la observación general núm. 5 (2017) del Comité, velando por que se incluyan medidas para evitar que cualquier inversión de fondos de la Unión Europea, incluso en relación con el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, se utilice en cualquier tipo de institución, centrándose en cambio en el establecimiento de servicios de apoyo en el hogar y en la comunidad, como la asistencia personal, que son necesarios para apoyar la vida independiente y la inclusión en la comunidad; d) Hacer participar a las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, y a la sociedad civil, en la elaboración de las respectivas normas relativas a los fondos de inversión de la Unión Europea, y garantizar su participación efectiva en el proceso de seguimiento de la aplicación de dichas normas; e) Proporcionar procedimientos administrativos o judiciales eficaces contra el uso de los fondos de la Unión Europea para inversiones en instituciones, y fortalecer el acceso a la justicia de las personas con discapacidad afectadas por el uso indebido de los fondos de la Unión Europea”, COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo y tercero combinados de la Unión Europea*, CRPD/C/EU/QPR/2-3, 2022, para. 21.

<sup>110</sup> CROWTHER, Neil, *The right to live independently and to be included in the community in European States*, ANED synthesis report, cit., p. 15.

<sup>111</sup> Idem, p. 16.

En efecto, si “bien la intención de la política de la UE puede ser promover el artículo 19 CDPD en su sentido más amplio”<sup>112</sup>, la rúbrica de la “transición de la atención institucional a la comunitaria” parece dar la impresión de que el foco se pone en el modo y la ubicación de la provisión de cuidados desconsiderándose la importancia de la igualdad, la inclusión, la autonomía, la elección y el control<sup>113</sup>. Ello explicaría que en muchos países de la UE esta transición se haya traducido en el cierre de grandes instituciones y su reemplazo por otras o por fórmulas más pequeñas de vida colectiva, en ocasiones financiadas con fondos de la UE, donde siguen presentes muchos de los elementos de la cultura institucional<sup>114</sup>. Y también explicaría que no se hayan llevado a cabo reformas estructurales o sistémicas, como exige la CDPD, al no tenerse en cuenta que “los factores involucrados en la implementación del Artículo 19 se extienden significativamente más allá del diseño del “sistema de atención”<sup>115</sup>. En ese sentido, se ha recomendado que “el lenguaje empleado en la política y orientación de la UE en el futuro haga explícito el objetivo de garantizar que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente en la comunidad en igualdad de condiciones con los demás ... para garantizar que el verdadero significado y el alcance completo de la vida independiente proporcionen el enfoque para la acción”<sup>116</sup>.

### 1.3.- Marco normativo de Derecho comparado

Como se viene advirtiendo, y a pesar de algunos avances, un análisis comparado muestra que el modelo institucional de atención a las personas con discapacidad sigue siendo preponderante en la mayoría de los Estados en clara contradicción con las

<sup>112</sup> Así, se advierte que es importante tener en cuenta que el concepto de “vida independiente” pretende desafiar no solo el cuidado institucional, sino la idea misma del “cuidado” “ya que a menudo ha encarnado relaciones de poder desiguales y prácticas restrictivas, típicamente ha posicionado a las personas con discapacidad como objetos pasivos, en lugar de como ciudadanos activos en control de sus propias vidas, e históricamente no ha logrado promover la plena participación en la vida comunitaria. El lenguaje y significado del Artículo 19 de la CDPD encarna este 'cambio de paradigma' de 'cuidado' a 'derechos', enfatizando el derecho de las personas con discapacidad a tener control sobre sus propias vidas y participar plenamente en sus comunidades en igualdad de condiciones con las demás”, Idem, p. 16.

<sup>113</sup> Idem, p. 17.

<sup>114</sup> Ciertamente, esta aproximación “limitada” y también algunas ambigüedades en las orientaciones europeas provocan, en efecto, que “bajo la rúbrica de la 'transición de la atención institucional a la comunitaria', la atención institucional a menudo parece ser reimaginada en lugar de reemplazada, con la vida congregada, aunque a menor escala, convirtiéndose en la 'nueva normalidad'. Como resultado, nos enfrentamos a una proliferación” de instituciones 'ocultas' o 'mini' instituciones”, Idem, p. 22. Y es que uno de los problemas que destacan diversos informes es que muchos de los centros residenciales de atención “más pequeños”, construidos para reemplazar a las grandes instituciones, en algunos casos apoyados con fondos ESI, perpetúan la cultura institucional y no permiten la provisión de apoyo centrado en la persona y la inclusión en la comunidad. Vid. además del informe antes mencionado ŠIŠKA, Jan y BEADLE-BROWN, Julie, *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States* y EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Lost in interpretation: The use of ESI Funds during 2014 – 2020 and the impact on the right of persons with disabilities to independent living*, ya citados.

<sup>115</sup> CROWTHER, Neil, *The right to live independently and to be included in the community in European States*, cit., pp. 15 y 16.

<sup>116</sup> Idem, p. 17.

obligaciones derivadas del marco normativo internacional y europeo<sup>117</sup>. Así, por ejemplo, se ha indicado que en el ámbito europeo al menos 1.438.696 personas permanecen en centros residenciales en los 27 Estados miembros de la UE<sup>118</sup>, de las cuales 302.979 son niños y niñas con o sin discapacidad<sup>119</sup> y que más de una cuarta parte de las plazas en instituciones son ocupadas por personas con discapacidad intelectual, seguido de las personas con problemas de salud mental.

Aunque los peligros de la institucionalización se hicieron más visibles durante la pandemia<sup>120</sup> y, en principio, parecieron propiciar un nuevo impulso para el cambio, se ha señalado que, en muchos países, las reformas vinculadas a los procesos de desinstitucionalización se han retrasado o detenido, desplazadas por otras preocupaciones económicas o de derechos humanos que han pasado a ocupar un lugar más alto en las agendas gubernamentales<sup>121</sup>. Precisamente, ello dio lugar a la adopción por parte del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Directrices sobre desinstitucionalización anteriormente citadas.

En todo caso, un análisis jurídico comparado permite identificar determinadas normas nacionales que pueden apoyar, en algunas dimensiones, una adecuada implementación de la exigencia de desinstitucionalización y que podrían servir, en ciertos aspectos, de orientación en la reforma que debe emprenderse en el sistema jurídico español<sup>122</sup>.

Con carácter general, los países nórdicos suelen considerarse un referente en materia de desinstitucionalización y desarrollo de la atención comunitaria y personalizada.

**Noruega** fue uno de los países pioneros en términos de transición de la asistencia institucional a la asistencia comunitaria en relación con las personas con discapacidad<sup>123</sup>.

La reforma sentó las bases de la desinstitucionalización sobre la bandera conceptual de la “normalización”, la integración y las responsabilidades del Estado del bienestar a la hora proveer condiciones de vida aceptables para todas las personas<sup>124</sup>. La reforma se llevó a cabo a través de una ley temporal aprobada en 1988 que implicó el cierre de todas las instituciones tradicionales para personas adultas con discapacidad en

<sup>117</sup> Vid., entre otros, el informe ŠIŠKA, Jan y BEADLE-BROWN, Julie, *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States*, ya citado.

<sup>118</sup> Idem, p. 3.

<sup>119</sup> UNICEF y EUROCHILD, *Datacare Project*, 2021, p. 9, disponible en [https://eurochild.org/uploads/2021/12/Children-in-alternativecare\\_Comparable-statistics-to-monitor-progress-on-DI-across-the-EU.pdf](https://eurochild.org/uploads/2021/12/Children-in-alternativecare_Comparable-statistics-to-monitor-progress-on-DI-across-the-EU.pdf) (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>120</sup> KNAPP, Martin; CYHLAROVA, Eva; COMAS-HERRERA, Adelina y LORENZ-DANT, Klara, *Crystallising the Case for Deinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, Care Policy and Evaluation Center, London School of Economics and Political Science, 2021 y EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Joint Statement COVID-19 crisis: People living in institutions must not be written off*, 2020.

<sup>121</sup> EUROPEAN DISABILITY FORUM, *Role of the European Union Funding Supporting deinstitutionalization around de World: a call for change*, 2022, ya citado.

<sup>122</sup> Mientras que este análisis se centra en el marco legislativo el Estudio de Ámbito temático 4 analiza algunas alternativas de vida planteadas en estos y en otros países y el Estudio de Ámbito temático los procesos de desinstitucionalización en estos Estados, análisis que va más allá de los instrumentos legales.

<sup>123</sup> Vid. ANED, *Living independently and being included in the community: Norway*, personas expertas Johans Tveit Sandvin y Trond Bliksvær, 2018-2019.

<sup>124</sup> TØSSEBRO, Jan, “Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond”, *European Journal of Disability Research*, Volume 10, Issue 2, 2016, pp. 111-123.

los años 90<sup>125</sup> que incluía claras demandas relacionadas con la calidad de los servicios. Por otro lado, cabe destacar la Ley sobre los servicios sanitarios y asistenciales municipales de 2011<sup>126</sup> que reconoce en su art. 3.2 la asistencia personal controlada por la persona usuaria que, desde 2015, es un derecho individual bajo la Ley de Derechos del Paciente y Usuario<sup>127</sup>.

En todo caso, se ha criticado que existe en estos momentos en Noruega una tendencia en muchos municipios a la “reinstitutionalización”, tendencia que incluso ha sido calificada como “contrarreforma”, proliferando los centros de pequeña escala, que cada vez concentran a más personas y mantienen condiciones de vida propias de las instituciones. En este sentido, se ha recomendado la adopción de una Ley estatal, como la Ley de servicios sociales de Suecia, a la que después se hará referencia, que revierta esta tendencia y que haga que la calidad de los servicios dependa menos del lugar de residencia.

En este aspecto el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido crítico con Noruega en relación con la aplicación del art. 19 CDPD mostrando su preocupación por “reubicar a las personas con discapacidad en viviendas compartidas en lugar de ofrecerles sistemas de vida totalmente independiente”, por “los esfuerzos insuficientes para financiar la creación de servicios de apoyo, en particular servicios de asistencia personal” o por “el actual marco normativo, que permite medidas coercitivas de atención médica y tratamiento de la drogadicción” y ha realizado recomendaciones para subsanar estas deficiencias<sup>128</sup>.

En **Suecia** la provisión residencial para personas adultas es, desde hace años, a pequeña escala y de base comunitaria. Suecia cuenta un marco legal que promueve que las personas con discapacidad puedan vivir en la comunidad con los apoyos necesarios. Como hitos normativos cabe mencionar la Ley de Servicios Sociales de 2001<sup>129</sup> y, especialmente, la Ley de apoyo y servicios para personas con determinadas

<sup>125</sup> No sucedió lo mismo, en cambio, con las instituciones para niños y niñas con discapacidad.

<sup>126</sup> *Act relating to municipal health and care services, (Health and Care Services Act).*

<sup>127</sup> *Patient and User Rights Act, 2015.* En todo caso, se critica que el derecho esté condicionado a una determinada cantidad de necesidad del servicio, existiendo también discrepancias en cuanto a qué necesidades son elegibles bajo el esquema.

<sup>128</sup> El Comité recomienda al Estado parte que: “a) Desarrolle, implemente y proporcione recursos humanos, financieros y técnicos suficientes para elaborar un plan de desinstitucionalización eficaz, en particular para llevar a cabo una transformación que dé lugar a sistemas de vida independiente, en el que se establezcan un calendario y parámetros de referencia claros, y que, al hacerlo, colabore con las personas con discapacidad, por conducto de las organizaciones que las representan, en todas las etapas del proceso; b) Adopte las medidas necesarias para que las personas con discapacidad tengan derecho por ley a un presupuesto personal suficiente para vivir de manera independiente que tenga en cuenta los costos adicionales relacionados con la discapacidad y, al mismo tiempo, reasigne los recursos de las instituciones a los servicios comunitarios y aumente la disponibilidad de servicios de asistencia personal; c) Adopte medidas legales y prácticas para poner fin a las medidas coercitivas en los servicios de salud y atención. Estas medidas deben orientar la evaluación del comité multidisciplinario del Estado parte sobre la coerción, prevista para junio de 2019; d) Proporcione recursos humanos y financieros suficientes para la prestación de servicios de interpretación a las personas sordas o con audición reducida siempre que sea necesario, incluso fuera de las horas hábiles”, COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Noruega*, CRPD/C/NOR/CO/1, 2019, para. 31.

<sup>129</sup> *The Social Security Act (Socialtjänstlagen, SOL).*

discapacidades funcionales de 1993<sup>130</sup>, basada en el mismo marco conceptual de la normalización que en el caso de Noruega<sup>131</sup>, que afirma que todas las personas, también las personas con discapacidad, deben tener la oportunidad de vivir una vida como las demás personas en la sociedad. En estas leyes, que pivotan sobre municipalización de los servicios<sup>132</sup> se hace, además, hincapié en la autodeterminación y en la adopción de planes individualizados de apoyo con la participación de la persona.

La Ley de Servicios Sociales de 2001 regula los servicios relacionados con la discapacidad para personas con discapacidades físicas, cognitivas y/o “psiquiátricas” y contempla el alojamiento especial para personas adultas, que se ha aplicado principalmente a personas con discapacidades “psiquiátricas” con necesidades extensas de atención y supervisión que requieren apoyo durante gran parte del día, y el “apoyo a la vivienda” que consiste en un apoyo personalizado para hacer frente a la vida diaria en el hogar, en la comunidad o en los contactos con las autoridades<sup>133</sup>.

La Ley de apoyo y servicios para personas con determinadas discapacidades funcionales cubre a las personas con “discapacidad intelectual, diagnósticos del espectro autista, lesiones cerebrales y/o impedimentos funcionales físicos o mentales permanentes graves que causan considerables dificultades en la vida diaria”. Esta ley establece diez tipos de apoyos: asesoramiento y otros apoyos personales, asistencia personal, servicio de acompañamiento, apoyo de una persona de contacto, servicio de socorro en el hogar, estancias cortas fuera del hogar, cuidado de niñas/os a corto plazo, vivienda familiar o vivienda con servicios especiales para niñas/os y jóvenes, régimen residencial con servicio especial para personas adultas u otras residencias especialmente adaptadas y apoyo a las actividades diarias.

Así, se ha indicado que estas leyes han permitido en Suecia el reemplazo de la atención institucional por la atención residencial en forma de alojamientos “especiales”<sup>134</sup> que tratan de funcionar como un hogar y adaptarse a las necesidades de las personas<sup>135</sup>.

Estos alojamientos se desarrollan básicamente en forma de residencias grupales a pequeña escala<sup>136</sup>(de 3 a 5 personas) dirigidas a personas que tienen necesidad de supervisión y atención las 24 horas del día, viviendas con servicios especiales, que constan de una serie de apartamentos con acceso a un servicio común y personal permanente y otras viviendas especialmente adaptadas.

En todo caso, la medida más importante es la asistencia personal, en vigor desde 1994, prevista como derecho para todas las personas con las discapacidades cubiertas por

<sup>130</sup> *Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments 1993 (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS)*.

<sup>131</sup> TØSSEBRO, Jan, “Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond”, ya citado.

<sup>132</sup> Las personas con discapacidad pueden solicitar los servicios al municipio, donde los servicios sociales o la administración equivalente son responsables de las decisiones sobre el apoyo y el servicio. Los servicios son gratuitos y financiados a través de los impuestos.

<sup>133</sup> ANED, *Living independently and being included in the community: Sweden*, experta Johanna Gustafsson, 2018-2019, p. 1.

<sup>134</sup> GUSTAFSSON, Johanna, *Sweden Fact Sheet on Social Care & Support Services Sector for Persons with Disabilities*, Policy Impact Lab, Part of a series of Country Fact Sheets available on the EASPD website, 2021.

<sup>135</sup> UNIC - towards User-centred funding models for long term Care, *Models of Good Practice Report on Personal Budgets*, 2021, p. 19 disponible en <https://www.unicproject.eu/wp-content/uploads/2021/09/2.1-Models-of-Good-Practices-report.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>136</sup> De 3 a 5 personas en el esquema de la Ley discapacidad.

la ley que necesitan apoyos para poder satisfacer sus necesidades básicas<sup>137</sup>. El municipio es responsable de proporcionar asistencia si las necesidades de apoyo se estiman en menos de 20 horas a la semana<sup>138</sup> y si se estiman en más de 20 horas a la semana, la persona puede tener derecho a una asignación de asistencia personal<sup>139</sup> para la contratación de esta figura. De esta forma Suecia fue uno de los primeros países en introducir el Presupuesto de Asistencia Personal en su legislación nacional<sup>140</sup> permitiendo a las personas diseñar el servicio a la medida de sus necesidades individuales y decidir ellas mismas cuándo, cómo y por quién deben proporcionarse los servicios<sup>141</sup>.

Ahora bien, desde diversas instancias, se ha criticado la aplicación en Suecia de medidas regresivas en relación con la financiación de la asistencia personal<sup>142</sup>. En particular, el Comité sobre los Derechos de las Personas expresó su preocupación por que “desde 2010, se haya retirado a una serie de personas la asistencia personal financiada por el Estado debido a una nueva interpretación de los conceptos de “necesidades básicas” y “otras necesidades personales” y por que “las personas que siguen recibiendo asistencia hayan experimentado recortes importantes, cuyos motivos se desconocen o tienen una justificación únicamente aparente”. También le preocupa “la información sobre el número de decisiones favorables adoptadas en virtud de la Ley de Apoyo y Servicios para las Personas con Determinadas Deficiencias Funcionales de Suecia que no se aplican”. El Comité “recomienda al Estado parte que vele por que los programas de asistencia personal proporcionen una asistencia financiera suficiente y justa que permita a los beneficiarios vivir de forma independiente en la comunidad”<sup>143</sup>.

En Islandia, donde no existen grandes instituciones, sino medidas para apoyo en la comunidad o pequeñas instituciones<sup>144</sup>, también existen referencias normativas de interés.

Por ejemplo, ya el art. 13 de la Ley de Asuntos de las Personas con Discapacidad 59/1992,<sup>145</sup> tras su reforma en 2010, establece que las personas con discapacidad deben tener acceso a servicios sociales que les permitan vivir en sus propios hogares de acuerdo con sus necesidades y deseos tanto como sea posible<sup>146</sup>.

<sup>137</sup> La restricción de esta figura únicamente a las “necesidades básicas” es uno de los aspectos de la regulación que podría mejorarse.

<sup>138</sup> Los servicios sociales pueden prestar asistencia (de gestión pública), o pueden externalizar la prestación a través de la contratación a organizaciones privadas o sin fines de lucro.

<sup>139</sup> *Ley de Beneficios de Asistencia (Assistance Benefit Act)*. Es importante resaltar que no hay límite inferior de edad para obtener la prestación de asistencia personal y es posible seguir percibiéndola después de los 65 años si se ha concedido antes de esa edad.

<sup>140</sup> Así lo resalta UNIC -towards User-centred funding models for long term Care, *Models of Good Practice Report on Personal Budgets*, ya citado.

<sup>141</sup> La persona con discapacidad puede contratar directamente a la persona asistente o elegir si el Estado, un cooperativa o una agencia de asistencia la apoyará en la tarea.

<sup>142</sup> ANED, *Living independently and being included in the community*, cit., pp. 15 y ss.

<sup>143</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Suecia*, CRPD/C/SWE/CO/1, 2014, paras. 43 y 44.

<sup>144</sup> En Islandia, a mediados de la década de 1970, surgieron las primeras casas de grupo a pequeña escala que, en la década de 1980, comenzaron a desarrollarse lentamente como la alternativa preferida a las grandes instalaciones estatales.

<sup>145</sup> *Act on the Affairs of Disabled People No. 59/1992* (English text – amendments 1993-2016).

<sup>146</sup> En esta Ley asume una perspectiva integral e individualizada. Así, su regulación contempla la evaluación completa objetiva e individualizada de las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad a partir de la cual los servicios sociales elaboran un plan individual que se evalúa periódicamente y que incluye servicios sociales, de salud y educativos, que se orienta a la persona, es flexible y cubre todos los aspectos

El Reglamento sobre viviendas para personas con discapacidad 70/2016<sup>147</sup> estipula que las opciones de vivienda para personas con discapacidad deben ser comunitarias y que cada apartamento debe tener un mínimo de 40 metros cuadrados (art. 4). Este Reglamento también tiene topes en el número de apartamentos (grupos de apartamentos) señalando que los apartamentos uno al lado del otro o en el mismo rellano o escalera no deben ser más de seis (Art 3.b) y el número máximo en el mismo edificio se establece en diez (art. 3.c).

Especial mención merece la Ley 38/2018 de servicios para personas con discapacidad con necesidades de apoyo a largo plazo<sup>148</sup> que tiene como objetivo garantizar que los servicios se brinden de acuerdo con un enfoque de derechos humanos y de vida independiente y asume una perspectiva interseccional en la provisión de los servicios<sup>149</sup>.

Esta ley refuerza la elección de los servicios de apoyo en la comunidad al establecer su art. 9 que las personas con discapacidad tienen derecho a una vivienda de acuerdo con sus necesidades y deseos y que la función de los servicios es permitirles vivir en sus propios hogares y contribuir a su plena integración y participación en la sociedad. Además, este precepto establece que las personas tienen derecho a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás personas en plena sintonía con el art. 19 CDPD y que no está permitido vincular los servicios a las personas con discapacidad a la condición de que vivan en una determinada forma de residencia.

Asimismo, entre otros aspectos positivos, esta legislación incluye la asistencia personal dirigida por la persona con discapacidad como uno de los servicios disponibles para las personas con discapacidad, también para los niños y niñas (art. 11)<sup>150</sup>. Y se incorpora una cláusula que apoya la transición a la vida comunitaria al disponer que a las personas con discapacidad que viven en instituciones y hogares grupales se les debe ofrecer otros arreglos de vivienda que estén en línea con el art. 9 de la legislación (vida en comunidad).

Sin embargo, se ha señalado que no existen planes o hitos concretos o medibles para evaluar el cumplimiento de esta cláusula, se ha criticado que una reforma normativa de 2018 permita la colocación de personas jóvenes con discapacidad en centros para

---

de la vida diaria. En consulta la persona, se prevé la designación de un portavoz/a que coordinará el servicio y será el contacto entre los sistemas

<sup>147</sup> *Regulation on housing for disabled people no 370/2016 (Reglugerð um húsnæðisúrræði fyrir fatlað fólk)*

<sup>148</sup> *Act on services for disabled people with long-term support needs (Lög um þjónustu við fatlað fólk með langvarandi stuðningsþarfir 38/2018)*. Legislación integral que tiene el objetivo declarado de implementar la CDPD de la ONU en las leyes y políticas de Islandia

<sup>149</sup> De acuerdo con el segundo párrafo del artículo 1 de la Ley, los servicios deben basarse en las necesidades y circunstancias individuales de la persona interesada, sus deseos y tomar en consideración otros asuntos relevantes, como el género, la edad, el origen étnico o la religión. Además, se potencia la participación de las personas con discapacidad en la elaboración de políticas señalándose que se establecerá un comité como órgano de colaboración entre el Estado, los municipios y las organizaciones de interés cuyo papel es asesorar en la elaboración políticas y que debe estar en su mayoría formado por personas con discapacidad.

<sup>150</sup> Una persona tiene derecho a la asistencia personal dirigida por ella misma si tiene una necesidad fuerte y continua de asistencia y servicios para las actividades de la vida diaria, las tareas domésticas y la participación en la vida social, los estudios y la vida laboral. La asistencia debe organizarse sobre la base de la persona usuaria y bajo su gestión y supervisión del proyecto.

personas mayores<sup>151</sup> y se ha advertido que la pervivencia de pequeñas instituciones y de hogares grupales plantea algunos interrogantes en relación con el cumplimiento por parte de Islandia de las obligaciones establecidas en el art. 19 CDPD.

Tras la ratificación de la CDPD **Moldavia** aprobó la Estrategia de Inclusión Social (2010-2013), que se centró en adecuar el sistema de protección social de las personas con discapacidad a los estándares europeos e internacionales. Moldavia ha seguido aprobando una legislación importante destinada a proteger los derechos de las personas con discapacidad, incluidas normas y reglamentos para nuevos servicios basados en la comunidad y comisiones de vigilancia para evitar que las personas sean internadas en instituciones. La regla de no admisión para evitar nuevas admisiones en entornos institucionales se ha hecho cumplir y se han desarrollado estándares nacionales para los servicios bajo el 'nuevo paradigma', incluida la asistencia personal y los arreglos de vivienda con apoyo adoptados<sup>152</sup>.

En marzo de 2016, el Gobierno adoptó una nueva Orden Ministerial que debía acelerar el proceso de desinstitucionalización.

Al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad le preocupa “la lentitud del proceso de desinstitucionalización y que, pese a la moratoria administrativa sobre nuevos ingresos, se siga institucionalizando a personas con discapacidad. Le inquieta, además, que en el Estado parte no haya disposiciones jurídicas para que las personas con discapacidad que salen de las instituciones puedan vivir de forma independiente y que las responsabilidades de las autoridades centrales y locales en la prestación de servicios comunitarios no estén claramente definidas”<sup>153</sup>. En general, en los informes sombra presentados ante el Comité se dice, que, si bien el Gobierno de Moldavia ha elaborado un plan de acción y creado algunos servicios a través de los cuales las personas con discapacidad pueden vivir en la comunidad y recibir tratamiento basado en la comunidad, cuando sea necesario, en la práctica el número de hogares y servicios disponibles son totalmente inadecuados. En todo caso, parece que en los últimos años **Moldavia** está realizando importantes avances, siendo citada por personas expertas internacionales como referencia en relación con el proceso de desinstitucionalización.

**Italia** se cita a menudo como un ejemplo de legislación en materia de desinstitucionalización<sup>154</sup>.

---

<sup>151</sup> En 2018 se modificó la Ley de servicios de salud, la Ley de personas mayores y la Ley de seguridad social en relación con los servicios residencia y servicios diurnos que antes eran únicamente para personas mayores de 67 años.

<sup>152</sup> EASPD y otros, *Position Paper: Deinstitutionalization of Persons with Disabilities in the Republic of Moldova*, 2020.

<sup>153</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de la República de Moldova*, CRPD/C/MDA/CO/1, 2017, para. 36 Además, el Comité recomienda a Moldavia “que acelere el proceso de desinstitucionalización y vele por la aplicación de la moratoria”. También le recomienda que: “a) Ejecute sin demora el plan de acción para la aplicación de reformas en relación con la desinstitucionalización, que debe incluir un calendario y unos plazos fijos para el cierre de las restantes instituciones; b) Adopte medidas jurídicas para posibilitar la vida independiente, por ejemplo la asistencia personal, y aclare las responsabilidades y las asignaciones de recursos de las autoridades centrales y locales; c) Haga partícipes a las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en todas las fases del proceso de desinstitucionalización (planificación, ejecución, evaluación y seguimiento)”, *Idem*, para. 37.

<sup>154</sup> Vid. sobre Italia EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living: drivers and barriers of deinstitutionalisation Case study report: Italy*, 2018 y ANED, *Living independently and being included in the community: Italy*, personas expertas Giampiero Griffó y Ciro Tarantino, 2018-2019.

La llamada Ley Basaglia en 1978<sup>155</sup> fue clave para el cierre de las instituciones psiquiátricas, en su implementación se afirmaron los principios de desinstitucionalización y se destacó el maltrato en hospitales psiquiátricos.

En febrero de 1992, se aprobó la Ley No. 104, Ley Marco para la asistencia, integración social y derechos de las personas con discapacidad<sup>156</sup>. La ley hizo obligatoria la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en cualquier tipo de entorno educativo con apoyo individualizado, estableció permisos laborales de cuidados a familiares de personas con discapacidad y reconoció la importancia de la autonomía económica y la integración social de personas con discapacidad a través del empoderamiento personal y la promoción de independencia.

En noviembre de 2000, se aprobó la Ley No. 328, Ley marco para la implementación del sistema integrado de intervenciones y servicios sociales<sup>157</sup>. Esta ley establece la posibilidad de diseñar proyectos individuales para promover la inclusión social de todas las personas con discapacidad.

Tras la ratificación de la CDPD se creó Observatorio nacional de las condiciones de las personas con discapacidad que ha ido aprobando programas de acción bianuales que han incluido la desinstitucionalización como eje clave<sup>158</sup>

Cabe también destacar la Ley N°122 de 22 de junio de 2016<sup>159</sup> sobre Disposiciones relativas a la asistencia a personas con discapacidades severas privadas de apoyo familiar. Esta ley tiene como objetivo fomentar el bienestar, la inclusión social y la autonomía de las personas con discapacidad garantizando la máxima autonomía e independencia a las personas con discapacidad. Se trata de fomentar que puedan seguir viviendo en sus propios hogares o en instalaciones gestionadas por asociaciones, evitando un enfoque de apoyo basado en la asistencia sanitaria tradicional. Esta ley prevé una asistencia específica para las personas con discapacidad severa que no cuentan con apoyo familiar, incluyendo la creación de soluciones habitacionales innovadoras.

Sin embargo, se ha criticado que esta ley permite entornos “congregados” con hasta 10 personas con discapacidad que pueden estar a cargo de los servicios para personas con discapacidad. En esta crítica se centran las observaciones realizadas a Italia por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.<sup>160</sup>

<sup>155</sup> Legge n°. 180 del 13 maggio 1978, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

<sup>156</sup> Legge n°. 104 del 5 febbraio 1992, *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.

<sup>157</sup> Legge n°. 328 dell'8 Novembre 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

<sup>158</sup> Vid. *Decreto del Presidente della Repubblica, 4 ottobre 2013. Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2013), Linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, Decreto del Presidente della Repubblica, 12 ottobre 2017, Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità. 18 Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2017), Linee guida per la presentazione di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità*.

<sup>159</sup> Legge n°. 112 del 22 giugno 2016 *Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*.

<sup>160</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial presentado por Italia*, CRPD/C/ITA/CO/1, 2016, paras. 47 y 48. Así, el Comité observa con profunda preocupación “la tendencia a reinternar a personas con discapacidad y que los fondos destinados a las instituciones no se reasignan a promover y garantizar la vida independiente de todas las personas con discapacidad dentro de su comunidad. Además, expresa su inquietud por las

En **Reino Unido** la legislación y las políticas han apoyado ampliamente la desinstitutionalización de la mayoría de las personas con discapacidad desde la Ley del Servicio Nacional de Salud y Atención Comunitaria de 1990 que estableció la obligación de las autoridades locales de llevar a cabo una evaluación de la necesidad de servicios comunitarios de las personas que precisan apoyos. Las estrategias y políticas respaldan un cambio a largo plazo de personas y recursos desde la prestación residencial en instituciones más grandes hacia el apoyo a la vida comunitaria y un mayor apoyo para la elección y el control en la vida independiente desde la década de 1990<sup>161</sup>.

La Ley de Atención Comunitaria de 1996 incluye la obligación de realizar pagos directos en efectivo a las personas con discapacidad. Desde la Ley de asistencia sanitaria y social de 2001, es obligatorio ofrecer la opción de pagos directos para apoyos en la comunidad, en lugar de servicios, en Inglaterra y Gales.

Desde 2013 se ha reformado la legislación en relación con la protección social, las normas de referencia son ahora la Ley de Cuidados en Inglaterra,<sup>162</sup> la Ley de Bienestar y Servicios Sociales de Gales<sup>163</sup> y la Ley de Apoyo autodirigido en Escocia<sup>164</sup>. El enfoque común de estas diversas reformas ha sido promover la atención centrada en la persona y permitir un mayor control por parte de las personas que son elegibles para atención y apoyo para dirigir su propio apoyo, a través de presupuestos personales/individuales. De acuerdo con la Ley de cuidados las autoridades tienen la obligación de garantizar que las personas pueden seguir viviendo en su entorno, desarrollando los servicios de atención necesarios para ello.

Destaca, además, la existencia de organismos encargados de garantizar la calidad de los servicios de cuidados y el establecimiento de estándares e indicadores alineados con el enfoque de derechos. Así, por ejemplo, en Inglaterra la *Care Quality Commission* cuenta con unos estándares de actuación que han de guiar el funcionamiento de los servicios, entre los que cabe destacar que los cuidados y los tratamientos deben reflejar las preferencias y las necesidades de las personas.

---

consecuencias para el equilibrio de género que tiene la política actual en la cual las mujeres se ven “obligadas” a permanecer en la familia para cuidar a familiares con discapacidad en lugar de estar empleadas en el mercado de trabajo” y recomienda “al Estado parte que introduzca salvaguardias para conservar el derecho a una vida independiente y autónoma en todas las regiones, y canalice los recursos destinados a los centros de internamiento a la prestación de servicios en la comunidad y aumente el apoyo presupuestario para que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente en todo el país y tengan el mismo acceso a los servicios, incluida la asistencia personal”.

<sup>161</sup> Vid. sobre Reino Unido ANED, *Living independently and being included in the community: United Kingdom*, persona experta Neil Crowther, 2018-2019

<sup>162</sup> *Care Act 2014*.

<sup>163</sup> *Social Services and Wellbeing Act (Wales) 2014*.

<sup>164</sup> *Self Directed Support Act (Scotland) 2013*.

En todo caso, el Comité CDPD en su Informe en relación con la investigación sobre el impacto de las medidas de austeridad<sup>165</sup> y en sus Observaciones Finales<sup>166</sup> en relación con el art. 19 ha realizado importantes críticas al funcionamiento del sistema en el Reino Unido.

**Nueva Zelanda** vivió un proceso de desinstitucionalización en los años ochenta y se señala que la última de las grandes instituciones residenciales para personas con discapacidad intelectual cerró sus puertas en 2006, si bien, de nuevo, perviven pequeñas instituciones.

La Ley de salud pública y discapacidad (2000) tiene como objetivo la inclusión, la participación y la independencia e las personas con discapacidad. El Ministerio de Salud financia servicios de discapacidad que se centran, cuando es posible, en ayudar a las personas con discapacidad a vivir en sus propios hogares o, si eso no es posible, dentro de sus propias comunidades e incluyen atención para vivir en el hogar, provisión del equipo necesario y modificaciones de la vivienda, vivienda asistida y asistencia de transporte<sup>167</sup>. La prestación de servicios se hace efectiva a través del procedimiento de Coordinación de Servicios de Evaluación de Necesidades (NASC) que identifica y prioriza las necesidades de apoyo y las opciones de apoyo disponibles, autoriza la

---

<sup>165</sup> En este informe indica el Comité que "...la interacción de varias reformas en los planes de bienestar... han afectado de manera desproporcionada a las personas con discapacidad y obstaculizado varios aspectos de su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad". El Comité continuó expresando su preocupación por que: "...el conjunto de reformas ha limitado el derecho de las personas con discapacidad a elegir su residencia en igualdad de condiciones con las demás, lo que ha dado lugar a que las personas experimenten una mayor dependencia de familiares y/o parientes cuidadores, una reducción de su interacción social, un mayor aislamiento y, en última instancia, ciertos casos, institucionalización. El proceso de desinstitucionalización en el Estado parte se ha visto afectado negativamente", COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Investigación sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte realizada por el Comité en virtud del artículo 6 del Protocolo Facultativo de la Convención*, CRPD/C/15/4, 2017.

<sup>166</sup> En sus Observaciones finales tras el examen, el Comité expresó su preocupación por: La ausencia de reconocimiento legal de la vida independiente como un derecho humano; El impacto regresivo de las políticas y medidas de gasto, incluidos los esquemas de protección social relacionados con la vivienda, los ingresos familiares y los presupuestos en apoyo de la vida independiente, incluido el cierre del fondo de vida independiente; El riesgo de institucionalización que enfrentan los adultos con discapacidad como resultado de que las autoridades locales consideren prohibitivos los costos de apoyarlos para que vivan de manera independiente en la comunidad; Legislación que preveía el tratamiento y la detención involuntarios y obligatorios dentro y fuera de los hospitales sobre la base del tratamiento real o percibido; El uso de la "restricción física, mecánica y química", así como las prácticas de "segregación y reclusión".

El Comité recomendó que el Estado Parte: Llevar a cabo evaluaciones de impacto para abordar y prevenir los efectos negativos de las reformas políticas a través de estrategias apropiadas y suficientemente financiadas en el área del apoyo social y la vida independiente; Proporcionar fondos adecuados y suficientes destinados a apoyar la vida independiente Establecer un plan integral de vida independiente dirigido a la desinstitucionalización de las personas con discapacidad; Derogar la legislación y las prácticas que autorizan el tratamiento y la detención obligatorios, involuntarios y no consentidos de personas con discapacidad sobre la base de una deficiencia real o percibida; Tomar las medidas apropiadas para investigar y eliminar todas las formas de abuso de las personas con discapacidad en las instalaciones institucionales, COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte*, CRPD/C/GBR/CO/1, 2017.

<sup>167</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Nueva Zelanda*, CRPD/C/NZL/1, 2014, paras. 129 y ss.

financiación y coordina los servicios de apoyo<sup>168</sup>. El Servicio de Viviendas Adecuadas (HNZC) ayuda a las personas con discapacidad que requieran modificar sus hogares a través del Programa de Vivienda Saludable y Servicio de Hogares Adecuados y se proporcionan viviendas a proveedores comunitarios financiados por el Gobierno para recursos como viviendas colectivas y servicios de atención y apoyo para personas con discapacidad. La Ley de Vivienda Asequible: Habilitación de Autoridades Territoriales complementa la ley general contra la discriminación y evita que los desarrollos inmobiliarios busquen excluir viviendas para personas con discapacidad.

En relación con el cumplimiento del art. 19 CDPD en el caso de Nueva Zelanda preocupa al Comité que el programa Vivienda adecuada excluya a ciertas personas con discapacidad, la falta de una estrategia integral de desinstitucionalización destinada a cerrar todas las instituciones residenciales, incluidos los hogares funcionales y las escuelas residenciales especializadas, y a habilitar apoyos comunitarios que favorezcan la vida independiente de las personas con discapacidad en la comunidad; los obstáculos al ejercicio del derecho a elegir dónde y con quién vivir, como la escasez de viviendas asequibles y accesibles y la Estrategia de Servicios de Apoyo Residencial Comunitario a la Personas con Discapacidad, que promueve modalidades de vida grupal basadas en el apoyo compartido y la inversión continua de recursos públicos en escuelas residenciales especializadas para niños y niñas con discapacidad<sup>169</sup>.

No obstante, cabe advertir que incluso los países que poseen marcos normativos que podrían considerarse, en general, referentes en relación con el impulso de los procesos de desinstitucionalización, permiten el internamiento involuntario - como medida de último recurso<sup>170</sup> y rodeado de garantías - y la aplicación de medidas coercitivas que se regulan detalladamente en algunos países<sup>171</sup>. En todo caso, como se destaca en otro de los

<sup>168</sup> MINISTRY OF HEALTH, *Choice in community living*, 2017, disponible en <https://www.whaikaha.govt.nz/assets/Choice-in-Community-Living/A-guide-for-people-moving-to-a-new-life.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>169</sup> CRPD/C/NZL/CO/2-3, cit., para. 39. En este sentido, el Comité recomienda a Nueva Zelanda que garantice la admisibilidad de todas las personas con discapacidad en el programa vivienda adecuada, que desarrolle una estrategia integral de desinstitucionalización, que cuente con un calendario definido y presupuestos suficientes, con vistas a cerrar todas las instituciones residenciales y a habilitar apoyos comunitarios que favorezcan la vida independiente de las personas con discapacidad en la comunidad; que establezca medidas destinadas a eliminar los obstáculos que impiden a las personas con discapacidad elegir dónde y con quién vivir, en particular aumentando la oferta de viviendas asequibles y accesibles y reformando determinados programas, como la Estrategia de Servicios de Apoyo Residencial Comunitario a la Personas con Discapacidad, para evitar las modalidades de vida grupal basadas en el apoyo compartido y que adopte medidas para dejar de invertir en escuelas residenciales especializadas para niños con discapacidad y establezca un proceso de desinstitucionalización que aporte los apoyos necesarios para que los niños con discapacidad regresen con sus familias y ejerzan su derecho a una educación inclusiva, Idem, para. 40.

<sup>170</sup> Importa resaltar que algunas legislaciones incorporan y regulan de manera exhaustiva el principio de proporcionalidad como la Ley sueca sobre atención psiquiátrica involuntaria e incluyen expresamente el principio de la aplicación de la medida menos intrusiva. También menciona esta idea la Ley de salud mental de Moldavia que parece asumir un enfoque más comunitario.

<sup>171</sup> Así, por ejemplo, en Suecia la Ley sueca sobre atención psiquiátrica involuntaria en relación con la atención médica obligatoria “cerrada” regula medidas coactivas estableciendo que si existe un peligro inmediato de que un/a paciente se lastime gravemente a sí mismo/a o a otra persona caben restricciones físicas (el/la paciente puede ser abrochado/a brevemente con un cinturón o dispositivo similar, correas de cama, el personal sanitario debe estar presente durante el tiempo persona está atada), cabe aislamiento si tiene un comportamiento agresivo o perturbador que agrava seriamente el cuidado de otros pacientes cabe aislamiento (por máximo de 8 horas que pueden extenderse 8 más, si existen razones especiales, una

estudios de incluidos en el proyecto EDI - ver Estudio Ámbito temático 3 Uso de restricciones - es posible identificar en algunos de estos países experiencias orientadas a la limitación o reducción de las restricciones.

## 2.- Marco normativo vigente en España

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>172</sup> ha identificado varias preocupaciones en el cumplimiento por parte de España del art. 19 CDPD que tienen que ver con la deficiente implementación de la exigencia de desinstitucionalización: el limitado acceso a la asistencia personal, a pesar de la evolución positiva en algunas Comunidades Autónomas, debido a criterios no personalizados de admisibilidad y a la falta de un enfoque de apoyo individualizado basado en los derechos humanos; la persistencia de las inversiones públicas en la construcción de nuevas instituciones residenciales para personas con discapacidad y la ausencia de una estrategia y un plan de acción para la desinstitucionalización que promuevan la vida independiente de todas las personas con discapacidad en su comunidad. Y, en este sentido, ha realizado una serie de recomendaciones orientadas a subsanar esta situación solicitando el reconocimiento en la legislación del derecho a la asistencia personal, la suspensión de la utilización de fondos públicos en la construcción de instituciones residenciales para personas con discapacidad y la inversión en sistemas de vida independiente en la comunidad y en los servicios generales inclusivos y accesibles, así como el diseño y adopción de estrategia integral de desinstitucionalización que garantice el derecho de las personas a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad.

También diversos informes han señalado que la política española parece “no hacer ninguna referencia a la desinstitucionalización y a la vida en comunidad”<sup>173</sup>.

En efecto, el marco normativo español apenas alude a la desinstitucionalización, que tan sólo se menciona en los textos y documentos más recientes<sup>174</sup>. Más allá de las referencias explícitas, algunas normas contienen orientaciones que serían coherentes con la exigencia de desinstitucionalización. Sin embargo, otras disposiciones incorporan enfoques y previsiones que no facilitan y que incluso pueden ser un claro obstáculo en el

---

decisión sobre la segregación de conformidad con puede referirse a un período fijo superior, supervisión médica). Se regula, además, la restricción de utilizar los servicios de comunicación electrónica y de envíos. Las decisiones de notificar sin demora a la Inspección de Salud y Asistencia (el aislamiento solo si es más de 8 horas).

<sup>172</sup> COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre los informes segundo y tercero combinados de España*, CRPD/C/ESP/CO/2-3, 2019. Vid. en general sobre el cumplimiento del art. 19 en España ANED, *Living independently and being included in the community: Spain*, personas expertas Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jerano, 2018-2019.

<sup>173</sup> En efecto el informe de ŠIŠKA, Jan y BEADLE-BROWN, Julie, *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member states*, cit., p. 124 señala cómo la política española parece “no hacer ninguna referencia a la desinstitucionalización y a la vida en comunidad para ninguno de los cuatro grupos que abordan” (personas con discapacidad, niños y niñas, personas con problemas de salud mental y personas mayores).

<sup>174</sup> Y ello, en gran medida, como consecuencia de que Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia incluye un Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión que incorpora como uno de sus elementos estratégicos “el refuerzo y la modernización de las políticas de cuidados y, en general, de los servicios sociales” que pretende reforzar las políticas de atención a la dependencia impulsando “el cambio en el modelo de cuidados de larga duración hacia una atención más centrada en la persona, e impulsando la desinstitucionalización”.

proceso de desinstitucionalización. Asimismo, también es posible identificar lagunas importantes.

Antes de abordar el análisis detallado del marco normativo vigente en España cabe advertir que la visión amplia de la desinstitucionalización que maneja el Comité y, que aquí se comparte, determina que la revisión de la normativa deba ir mucho más allá de las normas específicas en materia de discapacidad y cuidados. Ahora bien, por razones relacionadas con las limitaciones temporales y materiales de este proyecto, no se aborda específicamente en estas páginas el estudio de marcos normativos como los relativos a la educación, al empleo, la atención a la salud o la protección social, en los que también serían necesarias modificaciones de conformidad con el enfoque sistémico que requiere una desinstitucionalización efectiva y significativa.

## 2.1.- Marco normativo estatal

### Constitución española

La Constitución española se refiere a la discapacidad en un único precepto, el art. 49, con el siguiente tenor: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

Así, este artículo, de acuerdo con la época de su redacción, es expresión del modelo médico de discapacidad y de la perspectiva asistencialista lo que se refleja tanto en la terminología, usando la expresión peyorativa “disminuidos”, como en su contenido material que alude al tratamiento, la prevención, la integración y la atención especializada. Su ubicación entre los Principios rectores de la política social y económica refleja, asimismo, esa visión asistencialista que conlleva un nivel débil de protección.

Aunque, ciertamente, el art. 49 CE es susceptible de interpretarse conforme al enfoque de derechos y el modelo social presente en la Convención<sup>175</sup>, interpretación que viene impuesta por el art. 10.2 CE, se ha considerado necesario impulsar una reforma para cambiar su redacción que todavía no se ha llevado a cabo<sup>176</sup>.

Por otro lado, y por lo que respecta al marco normativo de la igualdad y la no discriminación, el art. 14 CE no menciona expresamente la discapacidad, si bien el Tribunal Constitucional (STC 269/1994) ha señalado que la discapacidad, a la que se refiere el tribunal todavía como “minusvalía”, debe entenderse incluida en la cláusula genérica “cualquier otra condición personal o social”.

### Normativa general sobre igualdad y no discriminación

<sup>175</sup> Vid. CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Un análisis a la luz de la Convención de la ONU*, Universidad de Alcalá-Defensor del Pueblo, 2012, y DE ASÍS ROIG, Rafael, “Discapacidad y Constitución”, *Derechos y libertades*, nº29, 2013, pp. 39-52.

<sup>176</sup> Vid. sobre la reforma DE ASÍS ROIG, Rafael; BARRANCO AVILÉS, María del Carmen y CUENCA GÓMEZ, Patricia, “Sobre el proyecto de reforma del Artículo 49 de la Constitución”, *Papeles el tiempo de los derechos*, nº1, 2021.

La Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación sí que alude explícitamente en su art. 2 a la discapacidad entre las categorías prohibidas de discriminación.

Por lo que respecta a su ámbito de aplicación objetivo el art. 3 hace referencia a la protección social, las prestaciones y los servicios sociales y al acceso, oferta y suministro de bienes y servicios a disposición del público, incluida la vivienda, que se ofrezcan fuera del ámbito de la vida privada y familiar. La denegación de ajustes razonables se califica como una discriminación directa que vulnera el principio de igualdad. La ley contiene, además, un régimen de infracciones y sanciones administrativas que trata de asegurar el cumplimiento de las condiciones básicas de igualdad y no discriminación<sup>177</sup>.

De un lado, se considera positivo que se establezca la no discriminación en el ámbito de los servicios sociales y la vivienda aludiéndose en ese último caso a la prohibición de la segregación residencial y a la obligación de tener en cuenta en la política de urbanismo y de vivienda las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad y, en particular, la promoción de la vida independiente de las personas mayores y las personas con discapacidad. Ahora bien, de otro, la regulación se considera insuficiente en tanto ni la institucionalización, tampoco la institucionalización forzosa o la aplicación de medidas coactivas por razón de discapacidad, ni la falta de servicios de apoyo en la comunidad se consideran en este texto una discriminación. Además, puede cuestionarse que el establecimiento de un régimen administrativo de infracciones y sanciones suponga, en realidad, rebajar la garantía del derecho a la igualdad y la no discriminación.

### Normativa en materia de capacidad jurídica

España sí que ha reformado su legislación en materia de capacidad jurídica en el año 2021 con el objetivo de adaptarla al art. 12 CDPD con la adopción de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica<sup>178</sup>.

---

<sup>177</sup> Debe tenerse en cuenta que, en relación con las personas con discapacidad, resulta de aplicación el régimen especial de infracciones y sanciones de la Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (LGDPD). Sin embargo, parece que el régimen sancionador de la Ley integral para la igualdad de trato y la no discriminación se aplicaría también en algunos casos a las personas con discapacidad. En primer lugar, con carácter supletorio, es decir, cuando estemos ante conductas discriminatorias no cubiertas por la normativa específica de discapacidad (que sanciona infracciones que se proyectan exclusivamente en una serie de ámbitos). Y, en segundo lugar, en aquellos casos en los que la aplicación del régimen general de infracciones y sanciones recogido en la Ley integral para la igualdad de trato y la no discriminación pueda ser más beneficioso para las personas con discapacidad que la aplicación del régimen especial de la LGDPD.

<sup>178</sup> Vid. sobre esta reforma CUENCA GÓMEZ, Patricia, “Reflexiones sobre el Anteproyecto de reforma de la legislación civil española en materia de capacidad jurídica de las personas con discapacidad”, *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, nº38, 2018, pp. 82-101; MARTÍNEZ PUJALTE, Antonio-Luis, “A propósito de la reforma de la legislación española en materia de capacidad: la voluntariedad como nota esencial del apoyo”, *Cuadernos electrónicos de Filosofía del Derecho*, nº 42, 2020, pp. 240- 262 y GUILLARTE MARTÍN-CALERO, Cristina, (dir.), *Comentarios a la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad*, Arandazi, Pamplona, 2022.

Esta ley presenta como grandes hitos - plasmados en el nuevo Título XI del Libro Primero del **Código Civil** que pasa a rubricarse “De las medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica”- la abolición de la incapacitación, que deja de ser un estado civil; la no inclusión de ninguna restricción o limitación de la capacidad jurídica por razones de discapacidad; la eliminación de los tradicionales mecanismos de sustitución en la toma de decisiones, la tutela y la patria potestad prorrogada o rehabilitada, del ámbito de la discapacidad; y la regulación de un sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad.

El nuevo artículo 249 del Código Civil establece los principios generales que orientan el modelo de apoyo adoptado en la reforma señalando que las medidas de apoyo se inspirarán en la protección de la dignidad de la persona y de sus derechos, respetarán su voluntad, deseos y preferencias y se ajustarán a los principios de necesidad y proporcionalidad. Este artículo también indica que el objetivo esencial de las medidas de apoyo es ayudar a las personas a “desarrollar su propio proceso de toma de decisiones, informándoles, ayudándoles en su comprensión y razonamiento y facilitándoles la expresión de sus preferencias”. Las instituciones de apoyo pueden tener funciones representativas solo en situaciones excepcionales, cuando a pesar de un “esfuerzo considerable, no sea posible determinar la voluntad, deseos y preferencias de la persona”. En estos casos, el apoyo puede tomar decisiones en nombre de la persona, teniendo en cuenta “la historia de vida de la persona con discapacidad, sus creencias y valores, así como los factores que hubiera tenido en cuenta para tomar sus decisiones si no requiriera representación”.

El nuevo artículo 250 del Código Civil pretende dar prioridad a las medidas de apoyo “voluntarias” diseñadas por la persona, estableciendo quién debe prestar apoyo y en qué medida. Según el artículo 255 las personas mayores de edad o personas menores emancipadas pueden concertar medidas de apoyo (personales o económicas) en documento público ante notaria/o en previsión de circunstancias futuras o en apreciación de circunstancias actuales que puedan dificultar el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas.

Las medidas de “origen legal o judicial” sólo deben adoptarse “en ausencia de voluntad de la persona”. Como medidas subsidiarias de apoyo, el artículo 250 menciona la guarda de hecho, la curatela y el defensor judicial. Por tanto, el nuevo modelo de apoyo se basa en figuras ya conocidas, pero cuyo nuevo rol será “asistir a la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica en los ámbitos en que sea necesario, respetando su voluntad, deseos y preferencias”.

La nueva normativa refuerza la guarda de hecho como una institución de apoyo informal o natural, pasando de ser concebida como una medida provisional y bajo sospecha a contemplarse como un mecanismo de asistencia permanente.

El defensor judicial se define como un apoyo ocasional para determinado tipo de situaciones como las siguientes: cubrir necesidades de apoyo que no están garantizadas por otra medida, en situaciones de conflicto de interés, o en caso de incapacidad temporal de la persona de apoyo habitual.

La reforma presta especial atención a la regulación de la curatela concebida como un apoyo permanente judicialmente establecido y aplicable cuando no exista otra medida disponible o suficiente. Según el nuevo artículo 268 del Código Civil, el curador/a debe respetar siempre la máxima autonomía de la persona que necesita asistencia en el ejercicio de su capacidad jurídica y debe favorecer su voluntad, deseos y preferencias. La curatela

se concibe como un apoyo formal y personalizado con diversos grados de intensidad, y el nuevo artículo 269 establece que la autoridad judicial determinará los actos en los que la persona requiera la intervención del curador/a de acuerdo con sus necesidades específicas de apoyo. La autoridad judicial precisará también los actos en los que, en casos excepcionales, el curador/a tendrá funciones representativas y la resolución judicial nunca incluirá la “mera” privación de derechos.

En todo caso, se permite la curatela representativa que termina habilitándose normativamente no únicamente en los casos en los que no puede determinarse la voluntad y preferencias de la persona, sino en las situaciones en las que se considere “indispensable” teniendo en cuenta la “situación de la persona” y puede proyectarse, además, en una pluralidad de decisiones. La nueva regulación permite también imponer la curatela no sólo sin contar con la voluntad de la persona, sino también en contra de su voluntad.

Aunque estos aspectos son susceptibles de mejora, y se están planteando problemas en la aplicación judicial que entiende la curatela representativa como la nueva tutela, puede decirse que, con carácter general, la nueva regulación española de la capacidad jurídica estaría en línea con el art. 12 CDPD y, por tanto, con la exigencia de desinstitutionalización.

Ahora bien, es importante advertir que esta reforma no ha permeado otras normas, incluidas las leyes que regulan los servicios de apoyo y la atención para las personas con discapacidad, que siguen aludiendo a las personas incapacitadas o con limitaciones en la capacidad de obrar y, con carácter general, tampoco se ha proyectado aún en las normas que regulan el ejercicio de derechos.

### **Normativa en materia de internamiento involuntario y restricciones**

La reforma de la legislación civil y procesal en materia de capacidad jurídica no abordó la modificación de la regulación del **internamiento involuntario** que se encuentra en el artículo 763 de la **Ley de Enjuiciamiento Civil**<sup>179</sup>.

Este precepto permite el internamiento involuntario<sup>180</sup> por razón de trastorno psíquico<sup>181</sup> de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí<sup>182</sup> y justifica su sustitución por una tercera persona, en este caso por la autoridad judicial<sup>183</sup>, que basa su criterio en un dictamen médico. Este internamiento tiene dos modalidades el internamiento ordinario, que requiere autorización judicial previa, y el internamiento urgente, en cuyo caso se adopta la medida de forma inmediata, y la persona responsable del centro en el que se hubiere producido debe comunicarlo a la autoridad judicial en el

<sup>179</sup> Vid. sobre esta figura CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad*, ya citado.

<sup>180</sup> SANTOS MORÓN, María José, *El supuesto de hecho del internamiento involuntario*, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2002, p. 44.

<sup>181</sup> ESPEJEL JORQUERA, Concepción, “El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C”, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 4, 2004, pp. 47-62, p. 51.

<sup>182</sup> RAMÍREZ RUIZ, Rosario, “Internamiento involuntario y tratamiento ambulatorio forzoso. El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000” en *X Jornadas Aequitas: Derecho y situaciones de discapacidad*, Bilbao 22-24 de febrero de 2006, pp. 11 y 12.

<sup>183</sup> Se ha señalado que el papel de la autoridad judicial en los internamientos es, precisamente, integrar la prestación de este consentimiento por quien no puede decidir por sí, es decir, sustituir a las personas que presentan un “trastorno psíquico” en la prestación del consentimiento para su internamiento.

plazo de veinticuatro horas y ésta debe ratificar el internamiento en el plazo de setenta y dos horas desde que tuvo conocimiento de él.

Desde un punto de vista formal, la legislación española sobre el internamiento involuntario de las personas con discapacidad incluye algunas garantías en tanto requiere siempre autorización judicial (y no simplemente administrativa, previa en el caso de los internamientos ordinarios o *a posteriori* en los de urgencia); incluso cuando la persona tenía modificada su capacidad de obrar (sin que el consentimiento del tutor/a permitiese considerar el internamiento como voluntario) y contiene diversas previsiones que tratan de asegurar el cumplimiento de las exigencias del debido proceso (entre ellas, la participación del Ministerio Fiscal, el obligado examen y audiencia de la persona interesada y la emisión del dictamen de un facultativo, la posible audiencia de otras personas que la autoridad judicial estime conveniente o le sea solicitada por la persona afectada, la posibilidad de que la persona cuente con representación y defensa, la disposición de un recurso para cuestionar la decisión y el establecimiento de controles periódicos a través de la remisión a la autoridad judicial, al menos cada seis meses, de informes realizados por los/as facultativos/as que atienden a la persona que deben pronunciarse sobre la necesidad del mantenimiento de la medida).

En teoría, y de acuerdo con la doctrina del TC sobre la aplicación del principio de proporcionalidad en la limitación de derechos fundamentales, la figura del internamiento involuntario debería configurarse como una medida extraordinaria y excepcional orientada a responder a situaciones graves y urgentes en las que resulten insuficientes otros mecanismos de protección alternativos menos restrictivos y en su adopción y desarrollo deberían aplicarse rigurosamente las exigencias contempladas en el artículo 763.

Sin embargo, en la práctica, se ha procedido a un uso cada vez más extendido de la figura del internamiento involuntario, alentada por la consideración de que la intervención judicial que la aplicación del art. 763 asegura implica una garantía adicional en ingresos de carácter prioritariamente asistencial, y no sólo de carácter terapéutico<sup>184</sup> - aplicándose tanto a personas con discapacidad psicosocial e intelectual como a personas mayores con deterioro cognitivo - y fomentada, además, por la inexistencia de recursos alternativos y la ausencia de mecanismos de apoyo que permitan a las personas con “trastornos psíquicos” tomar sus propias decisiones en relación con su ingreso en instituciones médicas o en centros residenciales. Como se ha venido denunciando, por ejemplo, desde el Centro Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) el internamiento involuntario se ha convertido en una medida ordinaria de atención a las personas con discapacidad<sup>185</sup>.

En todo caso, en la aplicación del internamiento involuntario se han venido detectando importantes disfunciones, entre ellas, casos en los que los internamientos se

<sup>184</sup> Esta posición ha sido asumida por algunas Comunidades Autónomas en la regulación de los ingresos residenciales y también por el DEFENSOR DEL PUEBLO, *Informe del Defensor del Pueblo al Ministerio de Justicia de 11/11/2005*, quien ha señalado que debe garantizarse, en todo caso, que se tiene en cuenta “la voluntad de la persona afectada a la hora de prestar su consentimiento cuando tenga capacidad para ello y se pretenda su internamiento en un centro en el que se limitará su libertad”. Asimismo, la necesidad del control judicial de estos ingresos fue defendida por la Fiscalía General del Estado en la *Instrucción 3/1990 de 7 de mayo* y en la *Consulta 2/1993 de 15 de junio* en relación con el artículo 211 del Código civil y ha sido reiterada respecto del art. 763 de la LECi por la *Circular 2/2017, sobre el ingreso no voluntario urgente por razón de trastorno psíquico en centros residenciales para personas mayores*.

<sup>185</sup> CERMI, *Derechos Humanos y Discapacidad, Informe España 2010*.

prolongan más del tiempo del necesario al limitarse el control judicial a la recepción de informes de las/os facultativas/os del centro que se exigen casi siempre en el tiempo máximo de 6 meses, y que en muchos casos son reiterativos y estereotipados; situaciones en las que los centros de internamiento no son adecuados para el tratamiento de la persona y en los que se producen conflictos de interés con las personas responsables de dichos centros<sup>186</sup> y ocasiones en las que se recurre a la medida de internamiento como vía para acceder a beneficios administrativos y sociales y obtener plazas residenciales u otros servicios. Además, el art. 763 ha sido empleado a veces para forzar y ha tenido el efecto de generalizar procesos de incapacitación. Por otro lado, el fenómeno de la puerta giratoria y de la puerta de tránsito al sistema penal - provocado por los altercados que pueden tener lugar durante la ejecución forzosa de los internamientos relacionados, en ocasiones, con la inadecuación de los protocolos existentes que no contemplan siempre la intervención de profesionales del ámbito de la salud mental - revelan la ineficacia de esta medida.

Asimismo, es importante destacar que en el sistema español el internamiento no voluntario se convierte en un cheque en blanco en relación con las condiciones de la privación de libertad que suelen dar lugar a prácticas restrictivas - como los tratamientos médicos involuntarios, el aislamiento, el uso de contenciones físicas o químicas, restricciones en salidas, visitas, correspondencia o llamadas - que implican limitaciones de otros derechos de las personas afectadas, más allá de su derecho a la libertad, sin que existan mecanismos de control de la adopción y aplicación de tales medidas<sup>187</sup>.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus Observaciones Finales a España en 2019 volvió a mostrar su preocupación por que el “artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil siga permitiendo que las personas con discapacidad psicosocial o intelectual sean objeto de internamiento no voluntario en instituciones en las que pueden resultar privadas de su libertad y ser sometidas a tratamiento médico forzado y medidas de contención mecánica”. Por ello recomendó la “revisión o derogación de todas las disposiciones legislativas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para prohibir el internamiento y el tratamiento forzados por motivos de discapacidad y garantizar que las disposiciones relativas a la salud mental tengan un enfoque basado en los derechos humanos” así como la impartición a los profesionales del sector de la salud mental de cursos de sensibilización y capacitación sobre los derechos de las personas con discapacidad y las obligaciones dimanantes de la Convención, elaborados en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad”<sup>188</sup>.

Con carácter general no existe en España una regulación a nivel estatal de las **restricciones**.

No obstante, es importante destacar la **Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado**, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.<sup>189</sup> Esta Instrucción tiene por

<sup>186</sup> Vid. en este sentido, el caso que se relata en CERMI, *Derechos humanos y discapacidad. Informe España 2012*, pp. 98 y ss.

<sup>187</sup> RAMÍREZ RUIZ, Rosario, “Internamiento involuntario y tratamiento ambulatorio forzoso”, cit., pp. 19 y ss.

<sup>188</sup> CRPD/C/ESP/CO/2-3, cit., paras. 26 y 27.

<sup>189</sup> *Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado*, p.1

objeto “reforzar la atención, en el marco de la función tuitiva del Ministerio Fiscal, de las personas mayores y/o con discapacidad, en cuanto colectivos especialmente vulnerables, ante la necesidad de velar por el efectivo reconocimiento y salvaguarda de su dignidad, presupuesto para el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de todos los derechos y libertades que les son constitucionalmente reconocidos (art. 10 CE), en relación con el uso contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas a las que pueden verse sometidos”. El Documento destaca la necesidad una reflexión sobre el recurso a la restricción como única vía para lograr el objetivo del control, protección y seguridad de la persona. Tal y como refiere la propia instrucción: “Las razones de seguridad y protección justificativas de su utilización se ven desplazadas por una concepción que sitúa a la persona, su voluntad, deseos y preferencias en el centro de su cuidado, alejándose esta visión del excesivo proteccionismo que se ha venido manteniendo en relación con las personas que integran estos colectivos”. En este sentido, se señala que se debe incentivar la búsqueda de alternativas al recurso de la contención para garantizar, por un lado, la protección y la seguridad de la persona y, al mismo tiempo, el respeto a su dignidad.

Un punto que merece ser destacado del documento es una toma de posición respecto de la aspiración de llegar a un sistema de sujeciones cero respecto de los grupos poblacionales involucrados, entre los que se encuentra el de personas con discapacidad en los internamientos involuntarios realizados en las unidades de salud mental y su empleo en los centros residenciales y/o sociosanitarios. Es para el “mientras tanto” que el documento pretende brindar herramientas para la supervisión y control. Así, la Instrucción expresa que “el desiderátum de llegar a un sistema de «sujeciones cero» dista aún de ser alcanzado, por lo que es preciso establecer, mientras pervivan, sistemas de supervisión y control en la utilización de estos recursos para garantizar el respeto a los derechos fundamentales de las personas afectadas, tarea a la que no puede ser ajena el Ministerio Público.”<sup>190</sup>

En el marco de esa labor inspectora del Ministerio Fiscal a que hacen referencia los instrumentos reseñados debe incluirse la supervisión de la utilización de sujeciones en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios con el objeto de garantizar el pleno respeto a la dignidad y a los derechos constitucionales básicos de las personas usuarias y residentes y evitar desviaciones en el uso de tales medios.

Si bien existe una específica previsión legal de comunicación inmediata al Ministerio Fiscal de las sujeciones empleadas en centros de protección de menores (arts. 21 *ter* 6 y 28.3 LOPJM), la ausencia de una previsión legal en el contexto que analizamos sugiere que los centros y residencias no tienen obligación de comunicar al Ministerio Fiscal las decisiones concretas sobre utilización de sujeciones, con determinadas salvedades de las normativas autonómicas que no cuentan en este aspecto con un desarrollo armónico, como después se resaltará<sup>191</sup>.

Asimismo, el **Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia** adoptado por la Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales alude a la eliminación de las sujeciones y la

<sup>190</sup> Idem, p. 4.

<sup>191</sup> Idem, p. 15.

reducción de las restricciones que se entiende como un criterio incluido en el Principio de dignidad y respeto como principio rector del nuevo modelo de atención centrado en la persona y basado en el enfoque de derechos que se pretende impulsar. Así, la atención libre de sujeciones se incluye entre los requisitos de acreditación de todos los servicios en el título III del Acuerdo que establece que los centros de atención residencial y los centros de día deben contar con “un compromiso formal a la atención libre de sujeciones y coerciones que se acreditará mediante la existencia de un Plan de atención libre de sujeciones que contemplará la supresión total y segura de las sujeciones siendo únicamente posible su utilización de manera excepcional en la forma que se contempla el presente acuerdo”<sup>192</sup>.

El Defensor del Pueblo, como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura ha realizado diversas recomendaciones y sugerencias en materia de uso de contenciones en los centros, de diversa naturaleza, que regularmente visita. En 2022 adopto, además una recomendación general<sup>193</sup> para que se tomen medidas concretas para desalentar la

<sup>192</sup> Así, se indica en el Acuerdo que “No se implantará ninguna sujeción salvo en situaciones excepcionales y de urgente necesidad en las que exista un peligro inminente que ponga en riesgo la seguridad física de la persona usuaria, de las personas cuidadoras o de terceras personas y en las que previamente se haya constatado claramente el fracaso de otras medidas alternativas. Para justificar el uso de sujeciones en la atención a una persona usuaria concreta, se deberán documentar y detallar los intentos alternativos realizados, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido en el registro que proceda (Plan Personal de Apoyo, Plan Personal de Reducción de Sujeciones, etc.). La utilización de sujeciones tendrá siempre carácter temporal y proporcional, aplicándose con la mínima intensidad posible y garantizándose la prohibición de exceso. Cualquier sujeción estará sometida a un procedimiento documentado que cuente con prescripción médica, supervisión técnica y con el consentimiento informado. Este consentimiento debe ser explícito para cada situación y para cada persona, y referido al momento en que se va a tomar la decisión, no siendo válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo. En este procedimiento se debe incluir la determinación específica de temporalidad y formato de la sujeción, así como un análisis de prevención de riesgos y consecuencias en el uso de las sujeciones definidas. Será obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal. Será de especial relevancia facilitar el consentimiento informado en sistemas de comunicación accesibles para la persona, especialmente cuando esta tenga limitaciones en la comunicación. En el caso de que la persona no pueda comprender, ni dar el consentimiento, éste se prestará por parte de personas de referencia de la familia o quien ostente su representación legal, teniendo en cuenta la voluntad y preferencias de la propia persona. En el breve espacio de tiempo durante el cual se lleve a cabo la sujeción, la persona usuaria será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y continua por personas profesionales del centro. Para estas personas se diseñarán planes personales de eliminación de las sujeciones aplicadas que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que permita la eliminación definitiva de la sujeción. Todos los casos de utilización de sujeciones quedarán registrados en el historial de la persona usuaria”.

<sup>193</sup> Que se realizó en concreto en el marco de la visita a la Unidad Residencial y Rehabilitadora (URR) de Alcohete (Guadalajara), y con la adaptación pertinente en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga. En el resumen de esta visita se indica que “uno principales objetivos del Mecanismo Nacional de Prevención en las visitas a unidades de salud mental es la supervisión del uso de contenciones tanto mecánicas como farmacológicas. Estas medidas, cuyo uso se suele justificar en la seguridad de la propia persona y de su entorno, suponen una limitación, cuando no supresión, de derechos que incide gravemente en la dignidad de la persona. Además, puede conllevar a prácticas abusivas, constitutivas de tortura o malos tratos. Por eso es necesario tender a la eliminación de estas medidas y que su utilización sea excepcional, cuando no existan otros medios menos lesivos y, cuando sean utilizados existan mecanismos de registro, seguimiento y control suficientes. En el marco de nuestro «Proyecto de Salud Mental», el Mecanismo Nacional de Prevención tiene como línea estratégica el avance hacia la «contención cero», es decir, hacia la erradicación de contenciones en esta tipología de centros como medida de prevención de tratos inhumanos y degradantes. Se trata de un cambio de paradigma que ponga en valor la dignidad humana y, en este sentido, considere a las contenciones mecánicas y farmacológicas como

aplicación de contenciones en las unidades de salud mental, centros residenciales y/o sociosanitarios, sean estos públicos o privados, garantizándose que en ningún caso sea prescrita de manera genérica sino individualizada en persona y tiempo, nunca como sanción o castigo ni como medida terapéutica, de acuerdo a los estándares internacionales en la materia y las pautas establecidas por la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, y el Acuerdo antes citados.

## Normativa estatal en materia de Discapacidad

La **Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** señala en su Exposición de Motivos su propósito de avanzar hacia la autonomía personal desinstitutionalizada y garantizar la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva, si bien después no contiene medidas relacionadas con este objetivo. Se trata, en todo caso, de una ley que está lejos de ser una ley integral de reforma de todas las normas que precisaban ser adaptadas a la CDPD y su alcance fue, además, muy limitado al tratarse de una ley ordinaria.

La legislación estatal de referencia en materia de discapacidad es el **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión social (LGDPD)**. Se trata de una ley que, aunque pretende ser una ley general, presenta, de nuevo, muchas limitaciones al ser, otra vez, una ley ordinaria y, además, un texto refundido.

Esta ley tiene por objeto, plenamente alineado con la Convención, “Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España” (art. 2).

Los principios generales de esta ley, de nuevo inspirados en la Convención, incluyen (art. 3) “a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas. b) La vida independiente. c) La no discriminación. d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas. e) La igualdad de oportunidades. f) La igualdad entre mujeres y hombres. g) La normalización.

---

limitantes de derechos, constitutivas de malos tratos y potencialmente traumáticas tanto a nivel físico, psicológico y cognitivo. Este cambio debe incluir a toda la comunidad implicada en el tratamiento, cuidado y asistencia de personas con problemas de salud mental”, DEFENSOR DEL PUEBLO, *Conclusiones y recomendaciones, Visita en el marco del Proyecto de Salud Mental, programada en coordinación con el Área de Sanidad del Defensor del Pueblo, para examinar las condiciones generales en las que se encuentran las personas ingresadas en ese centro y cómo se garantizan sus derechos fundamentales. Además, examinar el procedimiento de ingreso y la legalidad de la estancia, la atención sanitaria y psicosocial, el uso de sujeciones mecánicas y/o farmacológicas y la adecuación cuantitativa y cualitativa del personal del centro, 2022.*

h) La accesibilidad universal. i) Diseño universal o diseño para todas las personas. j) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad. k) El diálogo civil. l) El respeto al desarrollo de la personalidad de las personas con discapacidad, y, en especial, de las niñas y los niños con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. m) La transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

La LGDPD recoge, por tanto, como un principio separado la Vida independiente que se define en su art. 2 como “la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad” en términos coherentes con la CDPD.

El art. 6 alude al respeto a la autonomía de las personas con discapacidad estableciendo “1. El ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se realizará de acuerdo con el principio de libertad en la toma de decisiones. 2. Las personas con discapacidad tienen derecho a la libre toma de decisiones, para lo cual la información y el consentimiento deberán efectuarse en formatos adecuados y de acuerdo con las circunstancias personales, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño universal o diseño para todas las personas, de manera que les resulten accesibles y comprensibles. En todo caso, se deberá tener en cuenta las circunstancias personales del individuo, su capacidad para tomar el tipo de decisión en concreto y asegurar la prestación de apoyo para la toma de decisiones”.

El art. 7 en relación con el derecho a la igualdad dispone “1. Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que los demás ciudadanos conforme a nuestro ordenamiento jurídico. 2. Para hacer efectivo este derecho a la igualdad, las administraciones públicas promoverán las medidas necesarias para que el ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos de las personas con discapacidad sea real y efectivo en todos los ámbitos de la vida. 3. Las administraciones públicas protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres y hombres, salud, empleo, protección social, educación, tutela judicial efectiva, movilidad, comunicación, información y acceso a la cultura, al deporte, al ocio, así como de participación en los asuntos públicos, en los términos previstos en este Título y demás normativa que sea de aplicación. 4. Asimismo, las administraciones públicas protegerán de manera singularmente intensa a aquellas personas o grupo de personas especialmente vulnerables a la discriminación múltiple como las niñas, niños y mujeres con discapacidad, mayores con discapacidad, mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, personas con pluridiscapacidad u otras personas con discapacidad integrantes de minorías”.

Por su parte el art. 13 regula la atención integral que identifica con los “procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado”.

En todo caso, y a pesar de su mención como principio, la atención a la vida independiente en la LGDPD es claramente insuficiente<sup>194</sup>.

<sup>194</sup> DE ASÍS ROIG, Rafael, “El encaje de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad en el texto refundido” en ARENAS ESCRIBANO, Fernando y CABRA DE LUNA, Miguel Ángel, (coords.), *Comentarios a la Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, La Ley, Madrid, 2015, pp. 97 y 98.

En efecto, el Capítulo IV de la ley se refiere al derecho a la vida independiente, pero en su articulado no se hace referencia a los diversos contenidos de este derecho incorporados en el art. 19 CDPD. La LGDPD no reconoce el derecho de las personas con discapacidad a elegir cómo, dónde y con quién vivir y tampoco el derecho a contar con servicios de apoyo personalizados y de base comunitaria. No se regula, ni se reconoce como derecho la asistencia personal, que ni siquiera se incluye entre los servicios de protección social mencionándose, únicamente, de pasada como medida de acción positiva (art. 68).

Ciertamente, en el Capítulo IV de la LGDPD se hace referencia exclusivamente a la accesibilidad manejándose, además, una aproximación inadecuada a esta exigencia. La ley asume un sentido restringido de la accesibilidad que se proyecta en productos, entornos, programas y servicios y no un sentido amplio, que sería el coherente con la CDPD, en el que la accesibilidad afecta a todos los bienes y derechos<sup>195</sup>.

Desde esta perspectiva restringida, la accesibilidad se circunscribe a una serie de ámbitos y se expresa a través de unas condiciones que deben cumplirse en esos ámbitos.

En este sentido el art. 22 establece que “las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de forma independiente y a participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Para ello, los poderes públicos adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la accesibilidad universal, en igualdad de condiciones con las demás personas, en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como los medios de comunicación social y en otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales”

El resto de los artículos de la sección 1ª de este Capítulo regulan las condiciones básicas de accesibilidad en diferentes ámbitos: productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social; espacios públicos urbanizados y edificación; medios de transporte; administraciones públicas, medios de transporte y bienes y servicios a disposición del público, condiciones que han sido desarrolladas, conforme al mandato legal, en diferentes Reales Decretos. Tras la reforma de 2022 se incorporan, además, las condiciones de accesibilidad cognitiva<sup>196</sup>.

Asimismo, en la segunda sección del Capítulo, se regulan las medidas de acción positiva entre las que se incluye la reserva de viviendas para personas con discapacidad aludiéndose también las condiciones de accesibilidad<sup>197</sup>. Como antes se dijo, se menciona

---

<sup>195</sup> Sobre estos conceptos de accesibilidad Vid. el estudio realizado por un equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba para COCEMFE *Derechos de las personas con discapacidad. Guía para la accesibilidad universal*, 2023 que puede consultarse en <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2023/03/guia-accesibilidad-universal-derechos-personas-discapacidad.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>196</sup> Ley 6/2022, de 31 de marzo de 2022.

<sup>197</sup> El art. 32 sobre Reserva de viviendas para personas con discapacidad y condiciones de accesibilidad establece:

“1. En los proyectos de viviendas protegidas, se programará un mínimo de un cuatro por ciento con las características constructivas y de diseño adecuadas que garanticen el acceso y desenvolvimiento cómodo y seguro de las personas con discapacidad.

Las viviendas objeto de la reserva prevista en este artículo destinadas al alquiler, podrán adjudicarse a personas con discapacidad individualmente consideradas, unidades familiares con alguna persona con discapacidad o a entidades sin ánimo de lucro del sector de la discapacidad, siempre que en este último supuesto se destinen por esas entidades a la promoción de la inclusión social de las personas con

como medida de acción positiva la asistencia personal, pero esta medida ni se desarrolla ni se incluye entre los servicios de “protección social”.

Tampoco en la regulación del derecho a la protección social se hace referencia a la vida independiente, aunque sí a la inclusión en la comunidad<sup>198</sup>. Entre los criterios de aplicación de la protección se menciona que “la prestación de los servicios sociales respetará al máximo la permanencia de las personas con discapacidad en su medio familiar y en su entorno geográfico, teniendo en cuenta las barreras específicas de quienes habiten en zonas rurales”. Por su parte, el art. 50 respecto al contenido de la protección social alude, entre otros, a servicios sociales de apoyo familiar, de promoción de la autonomía, de atención domiciliaria y servicios residenciales. Los servicios de vivienda, “ya sean servicios de atención residencial, viviendas tuteladas, u otros alojamientos de apoyo para la inclusión” se indica que tienen como objetivo promover la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad a través de la convivencia, así como favorecer su inclusión social. Asimismo, “deberán atender a las necesidades básicas de aquellas personas con discapacidad que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad, como en los casos en que carezcan de hogar o familia, o cuando existan graves problemas para garantizar una adecuada convivencia familia”.

En relación con los servicios de residencias, centros de día y de noche, y viviendas tuteladas se indica que podrán ser promovidos por las Administraciones públicas, por las propias personas con discapacidad y por sus familias, así como por sus organizaciones representativas. Se señala que la planificación de las residencias, centros de día y viviendas tuteladas “atenderá a la proximidad al entorno en el que desarrollan su vida las personas con discapacidad”, pero no se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a permanecer en su domicilio ni en su entorno con los apoyos necesarios. Tampoco se establecen previsiones orientadas a garantizar los derechos de las personas que hacen uso de los servicios residenciales<sup>199</sup>.

Aunque no se trata de un instrumento normativo, sino político, para completar el análisis del marco estatal en materia de discapacidad se debe hacer referencia a la nueva

---

discapacidad y de la vida autónoma, como viviendas asistidas, viviendas compartidas, viviendas de apoyo o a proyectos de vida independiente de personas con discapacidad.

2. La obligación establecida en el apartado anterior alcanzará, igualmente, a los proyectos de viviendas de cualquier otro carácter que se construyan, promuevan o subvencionen por las administraciones públicas y demás entidades dependientes o vinculadas al sector público. Las administraciones públicas competentes dictarán las disposiciones reglamentarias para garantizar la instalación de ascensores con capacidad para transportar simultáneamente una silla de ruedas de tipo normalizado y una persona sin discapacidad.

3. Las administraciones públicas, dictarán las normas técnicas básicas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en los dos apartados anteriores.

4. Cuando el proyecto se refiera a un conjunto de edificios e instalaciones que constituyan un complejo arquitectónico, éste se proyectará y construirá en condiciones que permitan, en todo caso, la accesibilidad de las personas con discapacidad a los diferentes inmuebles e instalaciones complementarias”.

Y el art. 33 sobre Concepto de rehabilitación de la vivienda señala “considerará rehabilitación de la vivienda, a efectos de la obtención de subvenciones y préstamos con subvención de intereses, las reformas que las personas con discapacidad o las unidades familiares o de convivencia con algún miembro con discapacidad tengan que realizar en su vivienda habitual y permanente para que ésta resulte accesible”.

<sup>198</sup> El art. 48 dispone “las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a unos servicios y prestaciones sociales que atiendan con garantías de suficiencia y sostenibilidad sus necesidades, dirigidos al desarrollo de su personalidad y su inclusión en la comunidad, incrementando su calidad de vida y bienestar social”.

<sup>199</sup> Esta laguna fue resaltada por MARTÍNEZ PUJALTE, Antonio-Luis, “Discapacidad” ponencia escrita presentada en el I Seminario de Trabajo del Estudio EDI, ya citada.

**Estrategia Española de Discapacidad 2022-2030** que, entre los retos estratégicos, relacionados con la autonomía personal y vida independiente, incluye “Desarrollar la prestación de la asistencia personal y apoyos para la vida independiente de las personas con discapacidad, en especial a aquellas con grandes necesidades de apoyo, así como abordar una estrategia integral de desinstitucionalización que priorice los servicios y apoyos en la comunidad, prestando atención a paliar las posibles inequidades de acceso por motivos socioeconómicos y el impacto de género que este desarrollo pueda tener. En especial, considerando los retos que plantea la desinstitucionalización y el acceso a derecho a una vida independiente de las personas con discapacidad con grandes necesidades de apoyo”.

Asimismo, en su Eje 2 menciona el objetivo de potenciar el desarrollo de la asistencia personal y otros servicios y apoyos flexibles para la vida independiente y reducir el número de personas con discapacidad que viven en instituciones. Se priorizan los servicios y apoyos en la comunidad (con un especial impulso de la desinstitucionalización de personas con discapacidad con grandes necesidades de apoyo<sup>200</sup>). Igualmente, se apunta la necesidad de “Poner especial atención a la infancia con discapacidad que vive en instituciones, contribuyendo a medidas que favorezcan modelos alternativos al cuidado institucional, como el acogimiento familiar”. También en el eje 3: Igualdad y Diversidad se incorpora el objetivo de “adaptar e intensificar los apoyos para atender a las necesidades del envejecimiento y deterioro prematuro de las personas con discapacidad, especialmente las personas mayores potenciando el de envejecimiento activo y mantenimiento de su participación en la comunidad y la prevención de la soledad no deseada”. La Estrategia propone líneas de actuación, medidas de ámbito estatal y recomendaciones a las Comunidades Autónomas y otras Administraciones Locales.

Uno de los retos citados en la Estrategia es reconocer la atención temprana como un derecho subjetivo de todas las niñas y niños, garantizar la igualdad de acceso, formular estándares de calidad en este ámbito e incluirla en la cartera común de servicios de salud y servicios sociales, desarrollado en coordinación también con educación.

Por su parte, la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026** hace referencia a la atención centrada en la persona, al derecho de autonomía y vida independiente y promueve el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario.

También el **I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad 2022-2026** alude a la necesidad de desarrollar proyectos piloto de desinstitucionalización.

### **Normativa estatal en materia de Atención a la dependencia**

Siguiendo las recomendaciones europeas, España decidió avanzar en materia de protección social desarrollando el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). La opción fue la de articularlo como un sistema integrado en la acción protectora de las CCAA a través de sus competencias de asistencia social. Así pues, el diseño del SAAD ha permitido la competencia exclusiva de las CCAA, con una

---

<sup>200</sup> Definidas como aquellas personas que precisan de apoyos extensos y generalizados en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, cuya provisión les permite la toma propia de decisiones, el ejercicio de su autonomía personal y la participación comunitaria.

intervención del Estado por vía del art. 149.1.1 CE que atribuye a éste la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de toda la ciudadanía española en el ejercicio de los derechos<sup>201</sup>.

Precisamente, en ejercicio de esta competencia se dicta la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**, (LAPAD) que tiene por objeto, como se señala en su Exposición de Motivos, “atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”. En el artículo 1.1, se afirma que la Ley busca, “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes”, mediante la “creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” y la garantía “por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

La situación de dependencia se define como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. (art. 2)

Entre los principios de la LAPAD se mencionan la personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades, y la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida (art. 4).

Entre los derechos de las personas en situación de dependencia se incluye el derecho a “decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno”; el derecho a “decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial” y el derecho “al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio” (art.4).

El art. 4.2 e) de la LAPAD declara el derecho de las personas en situación de dependencia a participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual, o mediante asociación.

El art. 13 se refiere a los objetivos de las prestaciones de dependencia “La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible. b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida

---

<sup>201</sup> El art. 149.1.1 CE hace una atribución competencial limitada cuya finalidad conforme a la jurisprudencia constitucional no puede ser entendida como la de garantizar una rigurosa uniformidad en las condiciones de ejercicio del derecho, aceptando la necesaria diversidad que se deriva de la autonomía política y normativa (STC 61/1997, de 20 de marzo).

personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad”.

El art. 14 establece dos grandes categorías de prestaciones para la atención a las situaciones de dependencia. Por un lado, los servicios, que se enumeran posteriormente en el art. 15. Y por otro, las prestaciones económicas, contempladas en el propio art. 14, y desarrolladas en los arts. 17 a 20 de la propia Ley. Por su parte, el RD 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del sistema de dependencia, se encarga de fijar la intensidad de los servicios, las cuantías de las prestaciones, y unificar una buena parte de las normas relativas a prestaciones y servicios que habían sido dictadas en desarrollo de la Ley. Cabe señalar que el **Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** ha introducido importantes modificaciones en esta regulación que serán comentadas en lo que sigue.

Pues bien, entre los servicios de atención a la dependencia se encuentran 1) Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y servicios de promoción de la autonomía Personal 2) Servicio de Teleasistencia 3) Servicio de Ayuda a Domiciliaria 4) Centros de día y de noche 5) Servicio de Atención Residencial. Los servicios de promoción de la autonomía no se definen en la ley. Entre las prestaciones económicas se incluyen 1) Prestación Vinculada al Servicio 2) Prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales 3) Prestación de asistencia personal.

Este catálogo tiene la función de establecer un marco homogéneo respecto a los servicios y prestaciones que deben permitir la atención a la dependencia en el primer nivel de protección previsto en la Ley, que es el nivel mínimo establecido y financiado por la Administración General del Estado. En todo caso, este catálogo puede ampliarse con servicios y prestaciones establecidos en cada CCAA y también se pueden incrementar sus intensidades. La legislación establece una clara preferencia de los servicios frente a las prestaciones económicas que se consideran excepcionales<sup>202</sup>.

El acceso a los servicios y prestaciones del sistema de dependencia viene determinado por el reconocimiento de un determinado grado de dependencia - grado I (moderada), II (severa), o III (gran dependencia) - y la posterior elaboración del Programa Individual de Atención (PIA) y por la capacidad económica de la persona solicitante que limita no solo el acceso a las prestaciones y servicios, sino también el propio contenido e intensidad del servicio a recibir.

Los servicios y prestaciones y la definición de los grados de dependencia giran en torno al concepto de “Actividades básicas de la vida diaria” definido en la ley como “las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (art. 2.3).

<sup>202</sup> Así el art. 14.2 de la Ley indica que los servicios del catálogo recogidos en el art. 15 tendrán carácter prioritario. El RD 1051/2013, remarca el carácter excepcional de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, entendiendo que solo se concederá cuando no sea posible el reconocimiento de un servicio debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados.

En relación con los servicios del catálogo se establece el acceso a todos los servicios para todos los grados de dependencia, salvo el servicio de atención residencial que solo se ha previsto para los grados de dependencia II y III, aunque algunas CCAA lo han ampliado al Grado I.

La valoración del grado de dependencia se realiza mediante la técnica de la baremación de las diferentes circunstancias concurrentes. El baremo estatal actual se recoge en el RD 174/2011, de 11 de febrero, en vigor desde el 18 de febrero de 2012, y respecto del que hay que tener en cuenta algunas modificaciones realizadas por el RD-Ley 20/2012 que vino a eliminar los niveles de dependencia en los que se subdividían los grados y también a reformar el art. 27 para imposibilitar que las CCAA pudieran determinar el grado de dependencia mediante procedimientos distintos al establecido por el propio art. 27 en relación con su desarrollo a través del mandato al Consejo Territorial.

Por lo que respecta al procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, se trata de un único procedimiento con dos fases: una, la de valoración de la situación de la dependencia, y la otra, el reconocimiento del derecho a la prestación o servicio que se determine. En realidad, su bifurcación en dos fases hace que estemos realmente ante dos procedimientos separados, lo que, sin duda, alarga una gestión que debiera haberse configurado como un trámite sencillo. A ello se añade que las CCAA podrán perfilar el procedimiento a seguir en numerosos aspectos, dando lugar a un desarrollo normativo desigual.

El acceso al catálogo de servicios y prestaciones del sistema de dependencia no solo requiere de la existencia y resolución de un grado de dependencia, sino de la aplicación del principio general de prioridad de acceso a los servicios que implica que a igual grado de dependencia la prioridad vendrá determinada por la capacidad económica de la persona solicitante. A estos efectos la capacidad económica se determina en la Resolución de 13 de julio de 2012 por la que se publica el Acuerdo de 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del sistema de autonomía y atención a la dependencia, que viene a establecer unos criterios mínimos comunes para la determinación de la capacidad económica de las personas beneficiarias y criterios para su participación económica en la prestaciones, volviendo a dejar un margen a las CCAA para establecer una mayor participación de la persona beneficiaria en el coste<sup>203</sup>.

Aunque el modelo se basa en la contribución económica de las personas, su participación será progresiva en función de su capacidad económica<sup>204</sup>.

Por lo que respecta a la compatibilidad entre las prestaciones y los servicios el RD-Ley 20/2012 introduce el art. 25 bis) de la Ley de Dependencia que fue recogido

<sup>203</sup> Las normas referidas distinguen entre la determinación de la capacidad económica, y por otro, los criterios de participación económica de la persona en el coste de los servicios y prestaciones, es decir, la fórmula del copago. Por lo que se refiere a la capacidad económica, las normas recogen dos criterios para su medición: la renta y el patrimonio estableciéndose criterios para su medición que también pueden ser modificados por las CCAA. Sobre los criterios de participación económica en el coste de los servicios y prestaciones, el comúnmente denominado copago, habrá que tener en cuenta el tipo de servicio y/o prestación, y el coste de estos servicios.

<sup>204</sup> En este sentido se establece una capacidad económica mínima de la persona para considerar la participación en el coste de los servicios cuya referencia es la cuantía del IPREM, pudiendo las CCAA utilizar un indicador diferente para calcular el mínimo exento. Junto al régimen de garantía de mínimos, también se ha establecido un límite máximo a la aportación que haga la persona y que puede alcanzar, de forma progresiva hasta el 90% del coste del servicio. Por último, si la persona recibe alguna prestación de análoga naturaleza y finalidad, dicha prestación se sumará a la cuantía calculada con arreglo a los criterios de participación del servicio hasta el 100% del coste de referencia.

posteriormente por el art. 16 del RD 1051/2013. De estos preceptos puede deducirse lo siguiente:

- Las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí.
- Las prestaciones económicas serán incompatibles con todos los servicios del catálogo, salvo con los servicios de prevención de situaciones de dependencia, con las de promoción de la autonomía personal, y con el servicio de teleasistencia
- Los servicios serán incompatibles entre sí con la excepción del servicio de teleasistencia, que será compatible con el resto de servicios, excepto el de atención residencial.

No obstante, además de que pueden hacerse algunas matizaciones que permiten introducir alguna flexibilización al régimen<sup>205</sup> es importante tener en cuenta que el Real Decreto 675/2023 ha modificado este régimen al disponer la prestación del servicio de teleasistencia como servicio complementario del resto de prestaciones contenidas en el programa individual de atención para todos los grados de dependencia, a excepción del servicio de atención residencial.

La Ley regula también la intensidad de los servicios y prestaciones introduciendo, de nuevo, el RD 675/2023, de 18 de julio, importantes mejoras.

Por lo que se refiere a la intensidad de los servicios de prevención, la norma no aclara gran cosa al respecto. Sí que establece que para las personas con un Grado I de dependencia este servicio debe configurarse como el prioritario. La Resolución de 23 de abril de 2013 por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial sobre criterios, recomendación y condición mínimas para la elaboración de planes de prevención de situaciones de dependencia, bajo la determinación de unos principios básicos a los que se debe atender, llama a las CCAA a que desarrollen estos Planes Autonómicos de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía<sup>206</sup>.

En relación con la promoción de la autonomía personal hay que destacar el art. 6 del RD 1051/2013 y la Resolución de 3 de agosto de 2011 sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía para las personas con grado I de dependencia. En este Acuerdo se regulan un conjunto de servicios que tienen por objeto la promoción de la autonomía personal. Se trata de servicios de habilitación y terapia ocupacional; servicios de atención temprana; servicios de estimulación cognitiva; de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional; el servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedades mentales o discapacidad intelectual; y el servicio de apoyos personales y cuidados en alojamientos especial

---

<sup>205</sup> Primero, la Ley de Dependencia permite que las Administraciones competentes puedan regular la compatibilidad entre prestaciones para el apoyo, cuidados y atención que faciliten la permanencia en el domicilio de la persona, de tal forma que la suma de estas prestaciones no sea superior a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia. Además, a los efectos de la asignación del nivel mínimo de protección garantizado para cada persona beneficiaria, cuya financiación corre a cargo del Estado, todas estas prestaciones, tendrían la consideración de una única prestación. Esto implica que algunas CCAA hayan hecho un uso limitado de la compatibilidad ajustándose a las necesidades de las personas usuarias, pero sin superar la intensidad máxima correspondiente al grado de dependencia reconocido, al menos hasta que las CCAA puedan disponer de recursos para asumir en exclusiva (nivel adicional) el coste de un incremento de la acción protectora.

<sup>206</sup> Las CCAA han desarrollado estos Planes a través de servicios de prevención propios, normalmente vinculados a los servicios sociales que ya tuvieran implantados. Se puede ver en Castilla y León: [http://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/\\_/1284654052819/Informe](http://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/_/1284654052819/Informe) o en Valencia: <https://inclusio.gva.es/es/web/dependencia/servicio-de-promocion-de-la-autonomia-personal> (última consulta 30 de octubre de 2023).

(viviendas tuteladas). Este Acuerdo, aunque solo referido a los servicios de promoción de la autonomía, permite realizar una operación de asimilación al ámbito de los servicios de prevención, ya que se trata de prestaciones que bien pudieran tener ese doble perfil preventivo y de promoción.

La intensidad de estos servicios debiera adecuarse a las necesidades personales, a la infraestructura de los recursos existentes y a las normas propias de las CCAA. Ahora bien, el RD 1051/2013 (redactado conforme al RD 291/2015, de 17 de abril) reconoció las prestaciones para todas las personas en situación de dependencia con independencia de su grado, aunque ha establecido diferencias en la intensidad de la protección de acuerdo con las necesidades de cada persona:

- Para los servicios de promoción de autonomía personal, se ha establecido una duración en función de los grados: a) Grados I y II: mínimo 12 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones; y b) Grado III: mínimo 8 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
- Para los servicios de atención temprana: Igual para todos los grados: mínimo 6 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
- Para el servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, se ha establecido una duración diferente en función del grado: a) Grado I: mínimo 15 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones. b) Grado II: mínimo 12 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones. c) Grado III: mínimo 8 horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

La intensidad del servicio de teleasistencia se recoge en el art. 7 del RD 1051/2013, aunque no se establece ningún contenido al respecto, por lo que será la Resolución de 15 de enero de 2018, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial sobre determinación del contenido de teleasistencia, la que pueda arrojar algo de luz al respecto. Este Acuerdo permite que las CCAA puedan establecer las normas necesarias para la aplicación del mismo, pero, además, permite que se puedan establecer contenidos y condiciones más ventajosas, por lo que se configura como un acuerdo de mínimos. Para las personas que tengan reconocido un grado de dependencia II o III, la teleasistencia ha de ser un servicio complementario al resto de servicios o prestaciones y no podrá asignarse como prestación única en esos grados. El Acuerdo distingue una teleasistencia básica y una teleasistencia avanzada, y hace una descripción detallada de los servicios correspondientes a cada una de ellas y a la tecnología necesaria para su correcto desarrollo.

Por su parte, la intensidad del servicio de ayuda a domicilio se determinará en número de horas mensuales de servicios asistenciales en función del grado de dependencia de acuerdo con el art. 8 y el Anexo II del RD 1051/2013. El programa individual de atención debe diferenciar las horas relativas a las necesidades domésticas o del hogar, y las horas de dedicación a la atención personal para las actividades de la vida diaria. Es importante recordar aquí que los servicios relacionados con la atención a las necesidades domésticas o del hogar solo podrán prestarse conjuntamente con los servicios relativos a la atención personal.

El Real Decreto 675/2023 ha aumentado de forma importante la intensidad de las horas de servicio de ayuda a domicilio. Así, en el Grado I la intensidad del servicio es con esta reforma de 20 a 37 horas mensuales (cuanto antes 20 era el máximo) en el Grado II de 38 a 64 horas mensuales (cuando la horquilla anterior era entre 21 y 45 horas mensuales) y para el Grado III de 65 a 94 horas mensuales (cuando la horquilla anterior

oscilaba entre 46 y 70 horas mensuales). Conviene, además, tener en cuenta que con las intensidades anteriores la media de hora de mensuales se situaba muy por debajo de las pudieran resultar necesarias.

La intensidad del servicio de centro de día y noche se articulará en función de los servicios que precise la persona de acuerdo con su programa individual de atención. No obstante, la intensidad del centro de día para las personas beneficiarias con grado I de dependencia deberá cubrir un mínimo de 15 horas mensuales conforme a lo establecido en el Anexo III del RD 1051/2013. En este caso será necesario estar a la regulación del horario de atención en el centro de día o noche de cada CCAA.

El servicio de atención residencial ajustará su intensidad en función de los servicios que ofrezca el centro y lo que precisa la persona con dependencia de acuerdo con su programa individual de atención. Las CCAA podrá determinar los servicios y programas de los centros para cada grado y nivel de dependencia. El servicio de atención residencial se caracteriza por su carácter eminentemente integral. Por tanto, la intensidad del servicio debe abarcar un conjunto de servicios entre los que se incluyen el alojamiento, la manutención, el servicio de habitaciones, la asistencia sanitaria, y la atención psicológica y social. Además, el servicio de atención residencial puede prestarse para estancias temporales.

En el caso de las prestaciones económicas del sistema, cuando hablamos de intensidad tenemos que analizar necesariamente las cuantías de las prestaciones.

En este sentido, las cuantías máximas de las prestaciones se modificaron, en un primer momento, en el RD-Ley 20/2012, quedando fijadas así:

Grado	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica de asistencia personal	Prestación económica por cuidados en el entorno familiar
Grado III	715,07 €	715,07 €	387,64€
Grado II	426,12 €	426,12 €	268,79 €
Grado I	300,00 €	300,00 €	153,00 €

De nuevo, se trata de un aspecto que ha sido modificado recientemente por el Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, que establece las siguientes cuantías mínimas y máximas

#### Cuantías máximas

Grado	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica de asistencia personal	Prestación económica por cuidados en el entorno familiar
Grado III.	747,25	747,25	455,40
Grado II.	445,30	747,25	315,90
Grado I.	313,50	313,50	180,00

Se dispone, también que, en el supuesto de la prestación económica vinculada al servicio de atención residencial, la cuantía máxima para el grado II será igual a la establecida para el grado III. En el supuesto de la prestación económica vinculada al servicio de centro de día, la cuantía máxima para el grado I será igual a la establecida para el grado II.

### Cuantías mínimas de las prestaciones económicas

<b>Grado</b>	<b>Prestación económica vinculada al servicio</b>	<b>Prestación económica de asistencia personal</b>	<b>Prestación económica por cuidados en el entorno familiar</b>
Grado III.	200	200	200
Grado II.	150	150	150
Grado I.	100	100	100

Cabe indicar que el Real Decreto 675/2023 ha venido a introducir, también, algunos cambios en los requisitos y las condiciones de acceso a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores/as no profesionales. Se suprime el período previo de prestación de cuidados y se amplía la condición de persona cuidadora no profesional a las personas de su entorno relacional que, a propuesta de la persona en situación de dependencia, estén en condiciones de prestarles los apoyos y cuidados necesarios para el desarrollo de la vida diaria. Además, se modifica, el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, a los efectos de considerar como prestación de servicios aquellas prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar en las que se haya formalizado por la persona en situación de dependencia un contrato laboral con una tercera persona, al objeto de colaborar con la persona cuidadora no profesional en las tareas del hogar de la persona en situación de dependencia.

Finalmente, conviene mencionar que la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social (LRJS) pretendió clarificar la jurisdicción competente sobre las esenciales materias relativas a la asistencia y protección social pública, asignando al orden jurisdiccional social, las relativas a la valoración, reconocimiento y calificación del grado de discapacidad y las incluidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia continuando las restantes como objeto de conocimiento del orden contencioso-administrativo. Sin embargo, la entrada en vigor de la atribución competencial sobre las prestaciones de dependencia en favor del orden jurisdiccional social se ha demorado en cuanto a su efectividad lo que genera una importante deficiencia en cuanto a la garantía de los derechos. En el momento de la publicación de este Estudio parece que esta situación ha cambiado.

Pues bien, en todo caso, la LAPAD presenta graves insuficiencia desde el modelo de la CDPD<sup>207</sup>.

Así, cabe destacar la ausencia del modelo social en la conceptualización de la situación de dependencia que responde a una visión netamente individual, centrada en las

<sup>207</sup> Vid. CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS HUMANOS JAVIER ROMANACH, Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, *Informe sobre revisión de la ley (39/2006) de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tras 15 años de vigencia*, 2022, disponible en <https://clinicajuridicaidhbc.files.wordpress.com/2022/02/informe-dependencia.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023). Vid. también DE ASÍS ROIG, Rafael y BARRANCO, María del Carmen, *El impacto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en la Ley 39/2006*, CERMI/Editorial Cinca, Madrid, 2010.

limitaciones de la persona, sin que se aluda en absoluto a las limitaciones sociales que agravan o generan las situaciones de dependencia. En la definición de los grados de dependencia tampoco se hace ninguna referencia a las barreras sociales. Por otro lado, la ley no se ha adaptado a la reforma de la legislación civil en materia de capacidad jurídica.

En conexión con lo anterior, la LAPAD no maneja un enfoque de derechos, más que meramente nominal, sin incorporar o desarrollar de manera adecuada nociones como la autonomía personal, la libertad de elección, la autodeterminación, la personalización, la dimensión comunitaria, etc., que, según este enfoque, deberían ser el centro de la regulación. En este sentido, cabe cuestionar, además, la visión de la autonomía que se maneja en la ley que se restringe a la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria sin incluir las actividades instrumentales y las necesarias para el ejercicio de los derechos.

La norma asume, en efecto, un enfoque primordialmente asistencial, por lo que la conceptualización de las prestaciones y servicios no es la adecuada y no se orienta a la promoción de la autonomía ni a la vida independiente<sup>208</sup>. El catálogo de servicios y prestaciones es muy restringido, se establece un régimen especialmente restrictivo de incompatibilidad y la intensidad de los servicios y prestaciones es insuficiente<sup>209</sup>, a pesar de las recientes mejoras introducidas por el Real Decreto 675/2023, de 18 de julio que, además, todavía no han sido implementadas en el nivel autonómico. Estos aspectos fueron los puntos críticos de la ley destacados en varias de las entrevistas desarrolladas en el marco del estudio EDI (por ejemplo, entre otras, EPD23-09.05-Autonómica; EPD1-21.02-Tercer Sector (1); EPD1-21.02-Tercer Sector (1)). La figura profesional de la asistencia personal se encuentra escasamente desarrollada y se trata de una prestación a la que han podido acceder un número muy limitado de personas.

Ciertamente, tal y como también se desprende del análisis desarrollado en el Estudio del Ámbito temático 1, “los datos sobre el despliegue de la cartera de servicios confirman que aquellos que se relacionan con una perspectiva más inclusiva, social o comunitaria” - entre ellos, los servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía y la asistencia personal - son los que menos se han desarrollado<sup>210</sup>.

El sistema no cubre las necesidades de apoyo, en especial las más complejas, no se garantiza una atención personalizada y tampoco se promueve la inclusión en la comunidad<sup>211</sup>. Así, se ha indicado que en “la Ley 39/2006 lo que encontramos es un catálogo cerrado de recursos predefinidos en cuya configuración nada pueden influir la persona en situación de dependencia, de modo que es la persona la que ha de adaptarse al

<sup>208</sup> CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS HUMANOS JAVIER ROMAÑACH, *Informe sobre revisión de la ley (39/2006) de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tras 15 años de vigencia*, ya citado.

<sup>209</sup> En este aspecto indican especialmente los Dictámenes del Observatorio de la Dependencia de la Asociación estatal de Directoras y Gerentes de servicios sociales, que pueden consultarse en <https://directoressociales.com/dependencia/> (última consulta 30 de octubre de 2023). Así, por ejemplo, en el *XXIII Dictamen* se denuncia que las prestaciones y servicios cada año son más low cost e insuficientes para las necesidades de las personas en situación de dependencia.

<sup>210</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y MARBÁN GALLEGO, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2022, p. 285.

<sup>211</sup> Idem y CES, *Informe el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, p. 197 disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

cómo, dónde y cuándo de la prestación o servicio que selecciona (de entre los que se le permite seleccionar)”<sup>212</sup>

Todas estas deficiencias determinan que las personas no reciban apoyos adecuados en su entorno generando situaciones de institucionalización en el domicilio u hogar familiar, que incluso algunos servicios prestados en el hogar, como la asistencia de domicilio, se presten de forma institucionalizada<sup>213</sup> y que termine reforzándose la atención residencial. Las personas que no desean vivir en un centro residencial se ven abocadas a hacer uso de este servicio por lo que la libertad de elección, y, en concreto, el derecho “decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial” recogido en la ley no es una realidad<sup>214</sup>.

Por otro lado, aunque la ley establece como principio la inclusión de la perspectiva de género (art.3p) en realidad el enfoque de género no se ha tenido en cuenta ni en relación con las mujeres y niñas en situación de dependencia ni respecto de las mujeres cuidadoras, profesionales o no<sup>215</sup>.

Asimismo, se han destacado, entre otros problemas, dificultades relacionadas con la complejidad y lentitud de los procesos de valoración de la dependencia<sup>216</sup> y cuestiones burocráticas<sup>217</sup>, con la integración de las prestaciones del SAAD en el sistema de servicios sociales y se han subrayado, como se avanzó, diferencias territoriales que afectan a la igualdad<sup>218</sup> en lo que respecta, entre otros aspectos, a la cartera de servicios o a la cuestión de los copagos. Tras la crisis económica de 2008 la financiación del sistema sufrió, importantes recortes por la disminución de las aportaciones estatales, lo que supuso un freno en el acceso al sistema.

Las deficiencias detectadas en el SAAD dieron lugar a la adopción en 2021 del **Plan de Choque en dependencia** que tiene como objetivos básicos el aumento de la

<sup>212</sup> DE ASÍS, ROIG, Rafael y BARRANCO, María del Carmen, *El impacto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en la Ley 39/2006*, cit., p. 37.

<sup>213</sup> Así, por ejemplo, una de las personas entrevistadas (EPD21-05-05 UsuarioInstitución) ilustró las insuficiencias del servicio a domicilio que recibe en su hogar que se presta en unas condiciones organizativas que determinan su escasa cobertura, la imposibilidad de elección de horarios, los frecuentes cambios en su planificación avisados en ocasiones con escaso margen, y la rotación constante del personal habiendo contando con el apoyo de más de 30 auxiliares diferentes, lo que afecta a la calidad del cuidado que recibe. Lo consideró un “parche” que no se ajustaba a sus necesidades.

<sup>214</sup> DE ASÍS, ROIG, Rafael y BARRANCO, María del Carmen, *El impacto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en la Ley 39/2006*, cit., p. 45.

<sup>215</sup> Idem, p. 73 y en detalle Cap. 10. Vid. también CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS HUMANOS JAVIER ROMANACH, *Informe sobre revisión de la ley (39/2006) de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tras 15 años de vigencia*, cit., pp. 23 y ss.

<sup>216</sup> Como señala el DEFENSOR DEL PUEBLO, *Personas con discapacidad en el informe anual 2021, 2022*, p. 47, “el mayor número de quejas recibidas en materia de dependencia, como en ejercicios anteriores, hace referencia a la demora en la tramitación de los expedientes de reconocimiento de la situación de dependencia y de revisión del grado reconocido, así como al acceso a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), tanto en lo que se refiere a la aprobación o modificación del Programa Individual de Atención (PIA) como a la adjudicación de los servicios o el pago de las prestaciones económicas reconocidas en ese programa”.

<sup>217</sup> La lentitud de la burocracia fue destacada como una barrera de acceso a los servicios en algunas entrevistas, por ejemplo, EPD1-21.02-Tercer Sector (1).

<sup>218</sup> CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS HUMANOS JAVIER ROMANACH, *Informe sobre revisión de la ley (39/2006) de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tras 15 años de vigencia*, cit., pp. 23 y ss. Estas diferencias fueron destacadas también en varias de las entrevistas realizadas en el marco del proyecto EDI.

financiación<sup>219</sup> para reducir sustancialmente la lista de espera y los tiempos de tramitación de las solicitudes; asegurar que las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD son adecuadas, como garantía de la calidad de la atención que reciben las personas beneficiarias del sistema; e introducir mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas en situación de dependencia.

Como resultado de este Plan se han adoptado, recientemente, diversas medidas.

Así, se aprobó, por la Resolución de 28 de julio de 2022, **el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** ya mencionado en relación con la regulación de las restricciones, que pretende avanzar hacia un nuevo modelo de atención presidido por principios acordes con el enfoque de derechos<sup>220</sup>.

Así, como principios rectores del nuevo modelo se mencionan: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud al bienestar personal y (5) Proximidad y conexiones comunitarias. Estos principios serán el eje de un nuevo sistema de evaluación de la calidad de los servicios desde un enfoque de derechos<sup>221</sup>. Este Acuerdo se refiere, también, a los planes de transición o adecuación para los centros residenciales que pretenden garantizar el proceso de tránsito hacia el modelo de cuidados y apoyos centrado en cada persona y con enfoque comunitario y de proximidad; regula la cualificación profesional, habilitación y competencias de las personas que trabajan en los centros y los criterios de acreditación de todos los servicios<sup>222</sup>.

---

<sup>219</sup> En todo caso, se ha indicado que, si bien el Gobierno ha cumplido con el aumento presupuestario del Plan de choque para la Dependencia “la burocracia y la impericia de algunos gobiernos autonómicos no permiten lograr el objetivo de la reducción de la lista de espera, incrementar las prestaciones y servicios y ni siquiera ejecutar el incremento presupuestario”, ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES, *XIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, 2023.

<sup>220</sup> El DEFENSOR DEL PUEBLO, *Personas con discapacidad en el informe anual 2021*, cit., p. 41 valora positivamente los trabajos que se estaban desarrollando en el marco de este Acuerdo al considerar necesario la revisión del modelo convencional de atención residencial, avanzando “hacia un sistema que promueva como modelo la atención centrada en la persona, con un enfoque menos institucionalizado y que permita flexibilidad para una provisión de servicios que proporcione apoyos personalizados en el contexto de proximidad de las personas”.

<sup>221</sup> Se prevé, así, la creación de una ponencia técnica para elaborar un sistema común de evaluación de la calidad de los servicios del SAAD y prestaciones en términos de su impacto en la dignidad de las personas y en su calidad de vida que incluirá el desarrollo de un sistema de indicadores y que girará en torno a estos principios. A pesar del cumplimiento del plazo de un año establecido para desarrollar esta tarea, en el momento de escribir este estudio no se han conocido avances significativos en los trabajos. En todo caso, el DEFENSOR DEL PUEBLO, *Personas con discapacidad en el informe anual 2022*, 2023, p. 50, indica que tendrá en cuenta estos criterios comunes de acreditación y calidad en la especial labor de supervisión de los recursos residenciales.

<sup>222</sup> Entre los requisitos de acreditación comunes a todos los servicios se menciona la garantía de acceso a los centros y servicios sin discriminación y, como antes se avanzó, la atención libre de sujeciones (y reducción de restricciones).

Entre los requisitos de acreditación de servicios de atención residencial se señala que, al menos en un 80% de las plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto del centro, deben ser configurados como unidades de convivencia estables compartidas con otras personas residentes. En este texto se definen las Unidades de Convivencia como “espacios de convivencia reducidos que pretenden reproducir la estructura, el ambiente y el funcionamiento de un hogar. Son espacios, más íntimos, dentro de la propia

También cabe mencionar el **Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia** publicado por la Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Este Acuerdo se adopta en un “marco general de reconceptualización del modelo de cuidados y de apuesta por la desinstitucionalización” lo que explica que se defina la asistencia personal en unos términos distintos a los que se hace en la Ley 39/2006 como un servicio “que tiene como finalidad la promoción de la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados y con independencia de su edad” y que “consiste en la prestación de apoyos a través de profesionales conforme a un plan personal contenidos en el que se concreten las actividades de la vida diaria que permita a la persona desarrollar su proyecto de vida de acuerdo con sus necesidades y preferencias”. Así, la asistencia personal se vincula a la vida independiente y al proyecto de vida y el plan de apoyos, elementos que no se mencionan en la LAPAD. El Acuerdo establece unos criterios comunes con relación al objeto y contenidos del servicio de asistencia personal; las condiciones de acceso por

---

residencia en los que cohabita un grupo reducido de personas, con diversas situaciones de dependencia, a quienes se les proporciona una atención personalizada con los apoyos que precisan y desean para el desarrollo de su vida cotidiana. Estos espacios se asemejan a un hogar tanto en su arquitectura, decoración y mobiliario, como en las rutinas y horarios que se adaptan a las preferencias y hábitos de las personas que conviven en ellos, favoreciendo su participación, autonomía, comodidad, estimulación, orientación y bienestar. Están compuestos por un espacio común, que incluye una zona para la preparación de comidas, comedor y sala de estar para uso de las personas que conforman la unidad de convivencia, sus familiares y personas allegadas, y por las habitaciones de las personas que viven en la unidad. Es aconsejable que dispongan también de acceso a un área exterior, tipo terraza o jardín. Estas unidades están delimitadas, identificadas y diferenciadas de otras unidades de convivencia del mismo centro y definen la estructura espacial de los centros residenciales con dimensión y ambiente de hogar”. En estas unidades convivirá un grupo reducido, que en ningún caso podrá superar las 15 personas residentes, de forma que se pueda garantizar un funcionamiento tipo hogar. Las personas que viven en estas unidades tendrán características personales y necesidades de apoyo diferenciadas. En todo caso, se establecen excepciones a este requisito se señala, “No obstante, la comunidad autónoma competente en el territorio en el que se ubique el centro podrá expedir, con carácter excepcional, una autorización explícita para que aquellos centros que así lo soliciten y acrediten, técnica y documentalmente, la imposibilidad para realizar una reforma constructiva que permita la organización de los espacios en unidades de convivencia por razones arquitectónicas, no tengan que cumplir este requisito. No obstante, para conceder la referida autorización, será necesario también acreditar previamente la imposibilidad de organizar la totalidad o parte de los espacios del centro en unidades de convivencia con soluciones que no impliquen reforma constructiva significativa, en cualquier caso, aquellos espacios que no estén organizados en unidades de convivencia deberán garantizar una disposición y organización ambiental que responda a un modelo de hogar”. Asimismo, se regulan los ratios de personal, se establecen límites en relación con el tamaño de los centros - que quedará fijado en un máximo de 50 plazas para aquellos centros cuya atención se destine a personas con discapacidad - y se incluyen previsiones relacionadas con el aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros residenciales. En este sentido se incluye: que cada persona tenga un Plan de personal de atención y apoyos al proyecto de vida, la asignación de un profesional de referencia, el fomento de las relaciones con el ámbito familiar y la participación y la elaboración de documentos de instrucciones previas. El Acuerdo también se refiera al aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben apoyos en centros de día o a través de la ayuda a domicilio y la teleasistencia.

parte de las personas en situación de dependencia; la cualificación requerida a quienes presten el servicio y a la forma de provisión de este.

Igualmente, debe mencionarse el **Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** que pretende favorecer la flexibilidad e incrementar las posibilidades de combinación de prestaciones del SAAD y su intensidad a los efectos de prestar una atención más personalizada (cuyas principales novedades se han comentado al hilo de la explicación del sistema).

Recientemente se ha aprobado también el **Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia adoptado por la Resolución de 28 de junio de 2023 por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad**, que será comentado más adelante.

Asimismo, como consecuencia del Plan de Choque en Dependencia se adoptó el **Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** que introduce algunos elementos coherentes con la transformación del modelo de servicios.

Entre los derechos incluidos en este Anteproyecto destaca el derecho a “f) A decidir, sobre las medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. En todo caso, las medidas se prestarán respetando su voluntad, deseos y preferencias m) A que las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sean acordes a las circunstancias, preferencias y voluntad de cada persona en situación de dependencia, en el diseño, planificación y seguimiento de sus intervenciones, de forma que se preste una atención centrada en la persona”.

En el texto se reconceptualizan los servicios de atención a la dependencia en un sentido más alineado con la exigencia de desinstitucionalización.

La asistencia personal se reconoce como un servicio del catálogo de la dependencia, de forma que su provisión pueda realizarse a través de una prestación económica, o a través de servicios públicos directos o privados concertados debidamente acreditados y se define como un servicio que “tiene como finalidad la promoción de la vida independiente de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados, sobre la base de un plan personal de apoyos en el que se concreten las actividades, básicas e instrumentales, que le permitan desarrollar una vida más autónoma, en función de sus necesidades y preferencias personales”<sup>223</sup>. Se trata de una reconceptualización que se adopta en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia antes citado.

El derecho al servicio de teleasistencia, que se reconoce como un derecho subjetivo, queda definido en el Anteproyecto como “un servicio de atención y apoyo

---

<sup>223</sup> Se atribuye al Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia las condiciones específicas de acceso a este servicio.

continuo y personalizado, según las circunstancias y preferencias de la persona, que se presta mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación y con apoyo de los medios personales necesarios. La finalidad del servicio es favorecer la permanencia y el bienestar de la persona en situación de dependencia en su domicilio y la participación en su entorno comunitario, potenciando su autonomía y previniendo, detectando y, en su caso, interviniendo, entre otras, ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento”.

Se redefine, también, el servicio de ayuda a domicilio, ampliándolo, no solo las actuaciones llevadas a cabo en el domicilio, sino también a las desarrolladas en el entorno comunitario próximo. En este sentido se propone la siguiente redacción del art. 23 de la LAPAD “El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo tanto en el domicilio como en el entorno comunitario próximo al mismo de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función, y podrán ser los siguientes: a) Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria. b) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros”.

Se regula, asimismo, el servicio de atención residencial señalándose en el art. 25 que “1. Los servicios de atención residencial ofrecen un entorno seguro, confortable, inclusivo y accesible, donde a las personas en situación de dependencia que allí viven se les prestan los apoyos y cuidados personalizados que precisen para el desarrollo de su proyecto de vida y el ejercicio de sus derechos, de acuerdo con su voluntad y preferencias. 2. Estos servicios se prestarán según las preferencias y la intensidad de cuidados y apoyos que precise la persona, en los recursos habilitados al efecto. 3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de las/las cuidadoras/es no profesionales. 4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados”.

Por otra parte, se propone suprimir el régimen de incompatibilidades de las prestaciones.

Se da más peso a la voluntad de la persona en la elaboración del Programa Individual de Atención señalándose que la determinación de las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado se realizará con la participación, previa consulta y elección entre las alternativas posibles por parte de la persona y, en su caso, de su familia o quienes le representen, de acuerdo con la voluntad y preferencias de la persona beneficiaria.

Se determina que el instrumento de valoración de las personas menores se aplica a las personas menores de seis años y se regula el sistema de valoración para estos niños y niñas, disponiendo, además, que el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia debe promover la adopción de un plan integral de atención para este grupo poblacional.

## Normativa estatal en materia de Atención temprana

La atención temprana está contemplada como un servicio de promoción de la autonomía personal en el art. 6 LAPAD y a ella se alude también en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia<sup>224</sup>, si bien no existe una legislación estatal específica en la materia, produciéndose la regulación en el ámbito autonómico.

Teniendo en cuenta esta situación se ha constituido un Grupo Técnico de Trabajo de Atención Temprana, para determinar unas bases comunes cuyo trabajo se ha plasmado, por el momento, en el **Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia adoptado por la Resolución de 28 de junio de 2023 por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad** antes mencionado.

Este Acuerdo, que se refiere al marco conceptual de la atención temprana<sup>225</sup> establece objetivos<sup>226</sup> - entre los que se citan la autonomía y la inclusión social - y principios<sup>227</sup> - entre ellos la participación y escucha, la proximidad y la atención comunitaria o la accesibilidad - acordes con el enfoque de derechos. Se define la atención temprana como un derecho subjetivo, universal, público y gratuito<sup>228</sup> y se alude a la creación de una Red de Atención Temprana de carácter universal, de responsabilidad

---

<sup>224</sup> Establece que las Administraciones sanitarias, educativas y los servicios sociales competentes garantizarán de forma universal y con carácter integral la atención temprana desde el nacimiento hasta los seis años de edad de todo niño o niña con alteraciones o trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos en el ámbito de cobertura de la ley, así como el apoyo al desarrollo infantil.

<sup>225</sup> El marco común pretende proyectarse también, tal y como se señala en este Acuerdo, en las siguientes áreas: Criterios de detección y prevención comunes; Catálogo de prestaciones y servicios esenciales. Estándares de calidad de las prestaciones y servicios esenciales y Sistemas de información y coordinación.

<sup>226</sup> Como objetivos se mencionan: – Promover el desarrollo holístico del niño y la niña; – Prevenir posibles alteraciones o factores de riesgo y alteraciones del desarrollo, garantizando una respuesta global e integrada; – Reforzar las capacidades, competencias y sensibilidad de las familias y los cuidadores principales en la comprensión y respuestas a las necesidades y demandas de cada niño o niña y sus ritmos evolutivos a lo largo de la primera infancia; – Apoyar y mejorar las condiciones de vida y crianza; – Optimizar la autonomía personal del niño y la niña, la inclusión social y el pleno disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones, introduciendo los mecanismos necesarios en cuanto a compensación, eliminación de barreras y adaptación a sus necesidades.

<sup>227</sup> Como principios generales se recogen: - La igualdad y no discriminación. – La vida, supervivencia y desarrollo del niño y la niña. – El interés superior del niño y la niña. – La accesibilidad universal. – La participación y escucha del niño y la niña en toda la toma de decisiones. – La responsabilidad pública; calidad; agilidad; integralidad y globalidad. – La proximidad y atención comunitaria. – La colaboración y participación activa de las familias. – La especialización profesional. – El trabajo en equipos interdisciplinarios y/o transdisciplinarios. – La coordinación y colaboración de los sistemas de salud, servicios sociales y educación. – La continuidad y el seguimiento de la atención y los sistemas implicados.

<sup>228</sup> Se señala que “la atención temprana es el conjunto de actuaciones preventivas y de promoción del desarrollo holístico infantil dirigidas a la población menor de 6 años, su familia y sus entornos, que garantizan una respuesta ágil, integral y coordinada por equipos de profesionales, preferentemente en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, ante factores de riesgo o alteraciones, posibles o detectadas, para el desarrollo del niño o la niña. La atención temprana considera al niño y la niña en su globalidad, desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a sus necesidades, la de su familia y entorno, para conseguir el propio ritmo de desarrollo del niño o niña, con el objetivo de mejorar su calidad de vida e inclusión social y promover sus capacidades y potencialidades, su autonomía y el libre desarrollo de su personalidad con el pleno disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones”.

pública y gratuita que se adapte y respete las diversas realidades y competencias territoriales<sup>229</sup>.

## Normativa estatal en materia de Vivienda

La **Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda** reconoce a lo largo de su articulado la necesidad de garantizar la accesibilidad como presupuesto fundamental para el disfrute de una vivienda adecuada y menciona en algunos preceptos a las personas con discapacidad<sup>230</sup>.

En su Exposición de Motivos la Ley cita como uno de sus objetivos dotar de instrumentos efectivos para asegurar la funcionalidad, la seguridad, la accesibilidad universal y la habitabilidad de las viviendas, garantizando así la dignidad y la salud de las personas que las habitan. La accesibilidad se menciona también en el artículo 2 que establece los fines de las políticas públicas de vivienda<sup>231</sup>. En el artículo 3, dedicado a las definiciones, la Ley considera como infravivienda aquella que no cumpla los requisitos mínimos de accesibilidad universal y habitabilidad exigibles a la edificación.

El art. 13 de esta ley incluye el compromiso por la accesibilidad universal en el parque de vivienda<sup>232</sup>, el art. 14 establece que las políticas en materia de vivienda tendrán especialmente en cuenta las situaciones de especial vulnerabilidad mencionando entre ellas a las personas con discapacidad desinstitucionalizadas y se modifica, además, la LECi en materia de desahucios para dar mayor protección a las unidades familiares en las que una de las personas integrantes tenga declarada discapacidad igual o superior al 33

<sup>229</sup> Se indica que la Red “permitirá la vinculación, a partir de unos criterios comunes, de los sistemas de salud, educativo o servicios sociales, que han de trabajar de forma coordinada, y coordinarse, a su vez, con el resto de profesionales implicados en el caso, según las necesidades que se precisen y en relación con los correspondientes equipos de atención temprana”.

<sup>230</sup> Vid. en detalle las medidas y disposiciones relacionadas con la accesibilidad universal con impacto en los derechos de las personas con discapacidad incluidas en esta Ley en CERMI, *Informe del CERMI sobre los contenidos en materia de discapacidad y accesibilidad que incorpora la Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda, 2023*, disponible en <https://cermi.es/novedad/informe-del-cermi-sobre-los-contenidos-en-materia-de-discapacidad-y-accesibilidad-que-incorpora-la-ley-122023-de-24-de-mayo-por-el-derecho-a-la-vivienda> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>231</sup> Entre estos fines se mencionan “c) el de asegurar la habitabilidad de las viviendas, entendida como el conjunto de los requisitos mínimos de calidad, funcionalidad y accesibilidad universal que, atendiendo a la normativa aplicable, deben cumplir las mismas para garantizar la dignidad y la salud de las personas. g) Impulsar la rehabilitación y mejora de las viviendas existentes, tanto en el parque privado como en los públicos, a través de programas y medidas en materia de accesibilidad universal. m) Impulsar la accesibilidad universal en el parque de vivienda, asegurando su efectividad en las nuevas viviendas y adoptando medidas para solventar las necesidades sobrevenidas en el parque de vivienda preexistente”

<sup>232</sup> En este sentido se indica “1. Las Administraciones competentes en materia de vivienda articularán medidas para garantizar la accesibilidad universal en el parque de vivienda de su ámbito territorial, favoreciendo la adaptación del mismo a las necesidades funcionales de sus residentes o personas destinatarias, con especial atención a la discapacidad sobrevenida por razones de edad. 2. A fin de hacer efectivo el derecho de las personas con discapacidad y de aquellas que por razón de su edad avanzada necesitan una vivienda accesible, en toda vivienda de nueva construcción y en aquellas objeto de intervención que requiera proyecto según lo previsto en el artículo 2.2 de la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación, se garantizará el cumplimiento de las condiciones de accesibilidad y el cumplimiento de la normativa en materia de accesibilidad y, en el caso de viviendas preexistentes a la vigencia de la referida normativa, se promoverá la aplicación de medidas de adecuación efectiva, aplicando programas de ayuda a tal fin, que se sumen a la aplicación de los fondos de reserva de las comunidades de propietarios”.

por ciento, situación de dependencia o enfermedad que le incapacite acreditadamente de forma permanente para realizar una actividad laboral.

En el marco de los planes estatales en materia de vivienda y rehabilitación, regeneración y renovación urbana y rural, el artículo 24 de la Ley establece que serán prioritarias las actuaciones que favorezcan enfoques integrales que garanticen la accesibilidad universal.

Aunque con carácter general estas previsiones deben valorarse positivamente, la ley presenta limitaciones. Así, la regulación ha sido criticada duramente por el movimiento de la discapacidad al no contemplar la accesibilidad universal en los elementos comunes de los inmuebles sometidos al régimen de propiedad horizontal. El CERMI ha señalado que “esta omisión perpetúa el que 100.000 personas con discapacidad y mayores, con problemas de movilidad, sigan estando presas en sus viviendas por carecer de condiciones de accesibilidad sus edificios (ascensores, elevadores, rampas, etc.) para el ingreso y salida de sus viviendas. El 70 por 100 de los inmuebles de España de propiedad horizontal son inaccesibles”<sup>233</sup>. Además, la ley podría haber avanzado objetivos más ambiciosos en relación con la desinstitucionalización.

Por su parte el **Plan estatal de acceso a la Vivienda 2022-2025** incluye como uno de sus objetivos a medio plazo incrementar la oferta de vivienda en alquiler asequible para las personas mayores o con discapacidad y, entre otras medidas, un programa de fomento de viviendas para personas mayores o personas con discapacidad que consiste en promociones de alojamientos o viviendas de nueva construcción o procedentes de la rehabilitación de edificios que se vayan a ceder en uso o destinar al arrendamiento con alquiler limitado y que incluyen prestaciones adicionales para personas mayores y con discapacidad (asistencia social, atención médica básica disponible veinticuatro horas, limpieza y mantenimiento, dispositivos y sistemas de seguridad, restauración, actividades sociales, deportivas, de ocio y culturales así como terapias preventivas y de rehabilitación).

### Otras iniciativas legislativas de interés

Antes de la convocatoria de las elecciones del 23 de julio de 2023, además del Anteproyecto de modificación de la Ley 39/2006 en materia de atención a la dependencia ya comentado, estaban en discusión otras iniciativas legislativas de gran interés para el tema objeto de estudio.

Entre ellas cabe destacar, en primer lugar, el **Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales**, que establece por primera vez unos mínimos comunes estatales, en materia de servicios sociales y supone también un avance importante en línea con la exigencia de desinstitucionalización.

En su Exposición de Motivos se indica que el modelo de intervención en servicios sociales se ha construido centrado en los servicios y no tanto en las personas, sus necesidades y preferencias y que este hecho ha derivado en recursos muy rígidos y fragmentados, en intervenciones excesivamente estandarizadas, poco personalizadas y menos eficaces.

<sup>233</sup> CERMI, *Informe del CERMI sobre los contenidos en materia de discapacidad y accesibilidad que incorpora la Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda*, ya citado.

El art. 8 menciona como principios orientados de la intervención en servicios sociales la prevención<sup>234</sup> la promoción de la inclusión y desarrollo comunitario<sup>235</sup>, la atención centrada en la persona<sup>236</sup>, el interés superior del menor, el principio de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, la promoción de la vida independiente, la autonomía, el desarrollo personal y la autodeterminación<sup>237</sup>, la no estigmatización, la interdisciplinariedad de las intervenciones, la calidad y la profesionalidad y la incondicionalidad. Además, se incluye el principio de priorización de los cuidados y apoyos en la comunidad y se señala expresamente que “frente a la institucionalización, se procurará la prestación de apoyos y cuidados que mantengan a las personas en su medio convivencial y comunitario o que permitan a la infancia crecer en ambientes familiares”.

El art. 11 reconoce el derecho de las personas a la atención integral por parte de la red integrada de sistemas públicos de servicios sociales y se indica que este derecho incluye el respeto a su decisión, si es el caso, de mantenerse en su entorno personal, familiar y comunitario por encima de los recursos residenciales o de otro tipo, salvo que esta preferencia comprometa la protección de la infancia<sup>238</sup>.

Se indica (art. 16) que la red integrada de sistemas públicos de servicios sociales da respuesta, a través de apoyos sociales profesionales, a la siguiente tipología de necesidades sociales básicas: a) Autonomía personal y autocuidado. b) Cobertura de las necesidades materiales básicas en situaciones de emergencia o urgencia social. c)

---

<sup>234</sup> La red integrada de sistemas públicos de servicios sociales actuará preferentemente sobre las causas que originan el agravamiento de las situaciones que conllevan vulnerabilidad social, relacional o funcional o exclusión de las personas o desprotección de la infancia y darán la debida prioridad a las acciones preventivas.

<sup>235</sup> Se favorecerán las condiciones necesarias para desarrollar y consolidar los vínculos sociales y la no segregación de las personas, familias o grupos, especialmente aquellos en situación de mayor vulnerabilidad social, relacional o funcional en el ámbito de la comunidad, como herramientas para la transformación. Por desarrollo comunitario se entiende el proceso por el que los miembros de una comunidad, mediante el ejercicio de una ciudadanía activa y responsable, se unen y organizan colectivamente para generar soluciones y dar respuesta a problemas previamente identificados

<sup>236</sup> Se promoverá que los cuidados y apoyos sociales se centren en la persona, según sus necesidades, preferencias y voluntad, y se presten de forma personalizada, integral, integrada y continua, favoreciendo una actuación transversal, holística, coordinada y comunitaria. La atención centrada en la persona se define como un “modelo profesionalizado de atención que, desde un abordaje integral en la provisión de apoyos, aborda los ámbitos físico, psíquico y social de la persona con el fin de ofrecer una atención personalizada, continua y adaptada a sus necesidades, situando como eje central de la actuación a la persona, su dignidad, opiniones, preferencias y derechos, fomentando su autonomía en la toma de decisiones”

<sup>237</sup> Las intervenciones se diseñarán por y para garantizar la autodeterminación y el desarrollo de proyectos vitales elegidos. La autodeterminación se define como la “capacidad y derecho de toda persona a la libertad en la toma de decisiones sobre cuestiones importantes de su vida, así como de ser responsable de sus acciones y decisiones” y se señala que “la autodeterminación de las personas queda delimitada por el respeto a los derechos de otros y por el Interés Superior del Menor por la comunidad, en la búsqueda de una mejora del bienestar social y la calidad de vida de las personas que la componen”.

<sup>238</sup> Además se incluyen, entre otras dimensiones, una intervención personalizada, una atención integral a través de la atención interdisciplinar, una información suficiente, de forma perceptible y comprensible, de modo que, siempre que sea necesario, se adapten tanto los canales de comunicación como el contenido de la misma, la participación activa en la toma de decisiones sobre el proceso de intervención social y escoger libremente, entre las opciones de prestaciones que les sean presentadas, el tipo de medidas o de recursos a los que acceder, así como renunciar a las prestaciones y los servicios concedidos, salvo que la renuncia afecte al interés superior del menor.

Inclusión, participación social y libre desarrollo de la personalidad. d) Convivencia, relaciones sociales y familiares en un entorno adecuado y habilitante

Asimismo, se señala que ninguna persona quedará excluida de la cobertura de la red integrada de sistemas públicos de servicios sociales por no disponer de recursos económicos y en la regulación de los estándares de calidad y sistemas de información en servicios sociales se dispone que entre los criterios básicos de calidad a acordar se encontrarán, al menos, criterios relativos a la “Dignidad en el trato y ejercicio de derechos de las personas usuarias”.

El Anteproyecto propone crear una Red integrada de sistemas públicos de servicios sociales compuesta por los sistemas públicos de servicios sociales autonómicos, por los recursos, servicios y prestaciones del conjunto de las Comunidades Autónomas, Ciudades de Ceuta y Melilla y entes locales que tendrá como finalidad brindar a las personas, especialmente en respuesta a situaciones de vulnerabilidad social, relacional o funcional, el apoyo social necesario para el ejercicio del conjunto de derechos sociales que les son propios, y para el desarrollo de proyectos vitales elegidos. Todo ello, procurando una intervención integrada, coordinada con la del resto de sistemas y servicios públicos y a lo largo de todo el ciclo vital, de forma que contribuya, en el marco de sus competencias, a favorecer el acceso en igualdad de condiciones a la inclusión social, a la protección de la infancia, la autonomía personal, la convivencia, el bienestar y la participación social, así como a la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres.

La Conferencia Sectorial de Servicios Sociales adoptará por acuerdo un Catálogo común de servicios y prestaciones esenciales que incluirá al menos, los servicios y prestaciones básicas comunes al conjunto del territorio del Estado.

El **Proyecto de Ley de familias**, que parte de considerar a la familia como una institución esencial dentro de nuestra sociedad, pretende avanzar en el cumplimiento del artículo 39 de la Constitución Española, que insta a los poderes públicos a asegurar la protección social, económica y jurídica de las familias.

El art. 14, que regula los servicios de apoyo al cuidado y atención de familiares, reconoce el derecho de las familias que convivan personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia a medidas de apoyo para su cuidado y atención y dispone que las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, adoptarán las medidas oportunas para desarrollar este derecho, en el marco del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del sistema público de servicios sociales, entre otros. En este sentido se establece que las personas que figuran como cuidadoras de personas dependientes beneficiarias de una Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar, tendrán derecho a servicios de seguimiento, apoyo y respiro que deberán incorporarse al Programa Individual de Atención (PIA) correspondiente a dichas prestaciones en el marco del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

El art. 17 se refiere al desarrollo de servicios y programas sociales de apoyo a las familias exigiendo tener especialmente en cuenta a las familias con hijas o hijos o personas menores de edad o con discapacidad o en situación de dependencia a su cargo y las que se encuentren en situación de vulnerabilidad. Por su parte el art. 19 recoge el

derecho a la atención temprana<sup>239</sup> y el art. 39 señala, en relación a la adjudicación de viviendas protegidas, que las Administraciones facilitarán adaptación de la actual vivienda o el cambio a otra vivienda protegida que cumpla las condiciones de accesibilidad adecuadas a la discapacidad sobrevenida que afecte a un miembro de la familia cuando la actual vivienda no las reúna.

El Cap. IV contempla específicamente las situaciones familiares en que existan personas con discapacidad o en situación de dependencia. El art. 43 regula el ejercicio efectivo del derecho de las personas con discapacidad a formar una familia y a ser parte de una familia estableciendo la obligación de las Administraciones Públicas de poner en marcha las medidas oportunas para promover la igualdad de trato y oportunidades de estas personas en el acceso a los apoyos, los bienes y servicios públicos<sup>240</sup> y de adoptar medidas para asegurar que los niños y niñas con discapacidad y personas adultas necesitadas de medidas de apoyo familiar, no sean separados de sus madres, padres o tutores contra su voluntad<sup>241</sup> y de hacer todo lo posible, cuando la familia no pueda cuidar de una niña o un niño con discapacidad o en situación de dependencia, por proporcionar medidas alternativas de protección dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible o adecuado, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Por su parte el art. 44 señala que las situaciones familiares en que existan personas con discapacidad o en situación de dependencia tienen derecho a acceder a servicios y medidas de apoyo social /o, en su caso económico, específicos para paliar la sobrecarga y el sobre coste que supone la atención a sus necesidades. Entre estas medidas se incluyen medidas de apoyo específico se incluyen medidas relativas al área laboral y de la protección social y al área sociosanitaria, en las que se presta especial atención a la

---

<sup>239</sup> Las Administraciones Públicas garantizarán el derecho subjetivo de las personas menores de edad y sus familias a tener acceso universal a una atención al desarrollo infantil temprana, gratuita y de calidad que garantice la continuidad asistencial durante toda la vida.

<sup>240</sup> Se establece que “las Administraciones Públicas competentes, conforme a la legislación aplicable, garantizarán la efectividad del derecho de todas las personas con discapacidad o en situación de dependencia en edad de contraer matrimonio o de formar una pareja de hecho a fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges o integrantes de la pareja de hecho. Asimismo, respetarán el derecho de las personas con discapacidad o en situación de dependencia a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, así como a que se les ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos. Las Administraciones Públicas competentes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niñas y niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior de niñas y niños; y prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de sus hijas o hijos”.

<sup>241</sup> Salvo cuando las autoridades competentes acuerden mediante decisión motivada, de conformidad con la ley de Enjuiciamiento Civil y demás normativa aplicable en materia de protección de menores y discapacidad, que esa separación es necesaria en el interés superior de la persona menor de edad o con discapacidad siempre que concurran en la valoración otras circunstancias, además de la discapacidad.

situación de las personas cuidadoras<sup>242</sup>, y también se incluyen medidas en materia de vivienda<sup>243</sup>.

Por su parte, la **Proposición de Ley Salud mental** apuesta en general por la atención y la inclusión de las personas con problemas de salud mental en la comunidad y responde a un enfoque de derechos. Así, se incluye como principio en el art. 3 la garantía de una atención integral en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta y se recoge en el art. 9 el derecho de toda persona con problemas de salud mental a conservar su autonomía y a que sus deseos, voluntad y preferencias sean valoradas y consideradas como primordiales en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como en el privado y a que todos los servicios que se presten en el ámbito de la salud mental adoptarán tratamientos basados en el consentimiento libremente otorgado

Esta ley regula la figura del internamiento involuntario en su art. 34 indicando que no procederá el internamiento u hospitalización en contra de la voluntad del o la paciente, salvo los supuestos restringidos y tasados en que lo determine una ley orgánica y siempre previa autorización judicial; obligando a las Comunidades Autónomas, dentro de sus competencias, a crear registros centralizados para ingresos forzosos y a los proveedores de salud mental a desarrollar servicios y equipos de intervención en crisis libres de coerción y con perspectiva comunitaria. Asimismo, se indica que las instituciones de ingreso o residencia deberán tener regímenes de visitas y normativas flexibles y adaptables a las necesidades y preferencias de las personas, viéndose limitadas, en casos excepcionales, por causas epidemiológicas o de salud pública.

Finalmente, importa mencionar la **Hoja de ruta hacia una Estrategia estatal de cuidados**. Este documento asume una visión que refleja claramente la nueva filosofía de los cuidados y el apoyo que se analizó en otro de los estudios incluidos en el proyecto

---

<sup>242</sup> Así, en el área laboral se indica que, en particular, se garantizará que las personas integradas en el régimen especial de cotización de cuidadoras y cuidadores familiares del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia que hayan interrumpido una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia, por la que hubiera estado incluida en el sistema de la Seguridad Social, a fin de dedicarse a la atención de la persona en situación de dependencia, mantengan la base de cotización del último ejercicio en dicha actividad, siempre que resulte superior al tope mínimo del Régimen General, siendo a su cargo directo el coste del incremento de cotización sobre la cuantía resultante de la aplicación del apartado 1 del artículo 4 del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de personas en situación de dependencia. Dicha base podrá actualizarse en los mismos términos que el tope mínimo citado.

En el área sociosanitaria se señala, por ejemplo, que se potenciará el desarrollo de servicios de atención a las personas en situación de dependencia y sus familias (centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia, estancias temporales, asistencia personal, etc.), que permitan a la vez una adecuada atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia y una mejor conciliación de la vida familiar y laboral, que se garantizará que el catálogo de referencia de servicios incluya servicios y prestaciones destinados a apoyar a las personas cuidadoras dentro de las familias que atienden a personas mayores, dependientes o con discapacidad, que se proporcionarán medidas de respiro, apoyo psicológico y atención integral destinadas a las familias cuidadoras de personas con grandes necesidades de apoyo y que se avanzará en el objetivo de la reducción del número de horas máximas de dedicación al cuidado de personas en situación de dependencia con el objeto de evitar el deterioro de la salud de las personas cuidadoras.

<sup>243</sup> Se establece que las Administraciones Públicas competentes: a) Asegurarán el disfrute de una vivienda digna, adecuada y universalmente accesible a las personas con discapacidad. b) Garantizarán la adaptación de la actual vivienda o, en caso de disponer de una vivienda protegida, el cambio a otra vivienda protegida, que cumpla las condiciones de accesibilidad adecuadas a la discapacidad sobrevenida que afecte a un miembro de la familia cuando la actual no las reúna.

EDI – ver Estudio Ámbito 7 - y es plenamente coherente con la exigencia de desinstitucionalización.

Así, sus objetivos se orientan a poner en valor el cuidado, mencionándose, por ejemplo, la necesidad de definir y reconocer el cuidado como un derecho humano (en sus tres vertientes derecho a recibir cuidados a cuidar en condiciones de igualdad y a trabajar en los cuidados en condiciones dignas) y de visibilizar los cuidados o reconocer su papel fundamental en todas las etapas de la vida. Además, se afirma que, desde el enfoque de derechos humanos, se debe avanzar hacia un nuevo modelo de cuidados centrado en la persona.

## 4.2.- Marco normativo autonómico

El marco autonómico de regulación resulta esencial para el objeto del presente estudio teniendo en cuenta que la asistencia social es una materia competencia de las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de la intervención que permite el art. 149.1. CE que, como antes se indicó, atribuye al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de toda la ciudadanía española en el ejercicio de los derechos. Este reparto de competencias, si bien puede ser una ventaja, en el caso español se ha traducido en la existencia de importantes diferencias territoriales en la provisión de cuidados y apoyos<sup>244</sup>.

### Normativa autonómica en materia de Discapacidad

Todas las Comunidades Autónomas han adoptado legislación en materia de discapacidad, si bien es clara la distinción entre dos tipos de Comunidades.

Por un lado, encontramos aquellas Comunidades que tienen una normativa que se centra únicamente en la accesibilidad (Asturias<sup>245</sup>, Canarias<sup>246</sup>, La Rioja<sup>247</sup>, Madrid<sup>248</sup>, País Vasco<sup>249</sup>, Baleares<sup>250</sup>, Cataluña<sup>251</sup>, Extremadura<sup>252</sup>, Galicia<sup>253</sup>, Murcia<sup>254</sup>) y que, con carácter general, no incluye como principios fundamentales la vida independiente y la autonomía personal (salvo el caso de las normas de Murcia y Galicia). Las normas más

<sup>244</sup> Se ha indicado que “la división de competencias entre los diferentes niveles de gobierno tiene un gran impacto en cómo se implementa la desinstitucionalización. Sin embargo, no hay consenso sobre si los enfoques centralizados o delegados son más efectivos. Una fuerte autonomía regional puede ser una barrera para la desinstitucionalización efectiva si las regiones individuales no están dispuestas o no pueden implementarla. También puede conducir a disparidades en el progreso de la implementación de la desinstitucionalización en diferentes áreas de un país. Sin embargo, una mayor flexibilidad puede permitir a las autoridades locales proporcionar los servicios específicos requeridos en su área”, EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, cit., p.19.

<sup>245</sup> Ley 5/1995, de 6 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras.

<sup>246</sup> Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.

<sup>247</sup> Ley 5/1994, de 19 de julio, de Supresión de Barreras Arquitectónicas y Promoción de la Accesibilidad.

<sup>248</sup> Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas

<sup>249</sup> Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad.

<sup>250</sup> Ley 8/2017, de 3 de agosto, de Accesibilidad Universidad de las Illes Balears.

<sup>251</sup> Ley 13/2014, de 30 de octubre, de Accesibilidad.

<sup>252</sup> Ley 11/2014, de 9 de diciembre, de Accesibilidad Universal de Extremadura.

<sup>253</sup> Ley 10/2014, de 3 de diciembre, de Accesibilidad.

<sup>254</sup> Ley 4/2017, de 27 de junio, de Accesibilidad Universal de la Región de Murcia.

antiguas tienen, además, una visión de la accesibilidad muy limitada que se refiere exclusivamente barreras arquitectónicas (como es el caso de Madrid).

Por otro lado, encontramos Comunidades como Andalucía<sup>255</sup>; Aragón<sup>256</sup> Cantabria<sup>257</sup> Castilla La Mancha<sup>258</sup> Castilla y León<sup>259</sup> Navarra<sup>260</sup> y Valencia<sup>261</sup> que cuentan con normativa más integral reguladora de los derechos de las personas con discapacidad y que sí incorporan como principios básicos la vida independiente y la autonomía personal.

Muchas de estas normas, siguiendo la aproximación de la legislación estatal, vinculan el derecho a la vida independiente con la accesibilidad y las adoptadas con posterioridad a la Ley 39/2006 mencionan la figura de la asistencia personal, aunque no desarrollan su regulación, ni la consideran un servicio a garantizar. Muchas de estas normas, en la regulación de los servicios sociales o la protección social para personas con discapacidad, se refieren a las viviendas tuteladas, como Valencia, a las viviendas de promoción de la autonomía personal, como Andalucía o Aragón - entre las que mencionan viviendas tuteladas, pero también otro tipo de viviendas - y/o incluyen reservas de vivienda para viviendas asistidas, con apoyos o tuteladas (como Galicia y Navarra). En todo caso, esta oferta residencial, con carácter general, no se garantiza tampoco en el sistema de servicios sociales<sup>262</sup>.

Salvo en el caso de Valencia cuya legislación es anterior a la CDPD y la LGDPD, estas normas, en la formulación de sus principios o en la definición de los criterios de actuación en materia de servicios sociales para personas con discapacidad, avanzan un poco más que la normativa estatal en algunas dimensiones vinculadas a la exigencia de desinstitutionalización, si bien su aproximación es, de nuevo, limitada.

Así, por ejemplo, la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía integra entre los criterios que deben regir las prestaciones de servicios sociales destinadas a la población con discapacidad, además de la promoción de la autonomía y la independencia, la atención integral de las necesidades de las personas teniendo en cuenta todos los aspectos de la vida, el respeto a la libertad de decisión sobre dónde y con quién vivir, la participación de las personas con discapacidad y sus representantes legales en las decisiones que les afecten, la priorización de los servicios próximos a sus entornos habituales de convivencia, la accesibilidad, la atención a la diversidad de la población con discapacidad, el apoyo a las familias y las personas que prestan cuidados, o la igualdad de género (art. 30).

<sup>255</sup> Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.

<sup>256</sup> Ley 5/2019, de 21 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas con Discapacidad en Aragón.

<sup>257</sup> Ley 9/2018, de 21 de diciembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

<sup>258</sup> Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha.

<sup>259</sup> Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

<sup>260</sup> Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos. Navarra cuenta también con la Ley Foral 12/2018, de 14 de junio, de Accesibilidad Universal.

<sup>261</sup> Ley 11/2003, de 10 de abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad (aunque modificada en determinados aspectos por la ley 9/2018, de 24 de abril). Valencia cuenta también con la Ley 1/1998, de 5 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.

<sup>262</sup> OCDE, *Modernización de los servicios sociales en España*, 2022, pp. 104 y 105.

La Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derecho y Garantías de las Personas con Discapacidad en Aragón incorpora, con una formulación muy similar, los criterios antes mencionados incluido el respeto a la libertad de decisión sobre dónde y con quién vivir, añadiendo, además, entre otros, la especial atención a la discriminación múltiple, el aseguramiento del acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública y la promoción de la asistencia personal y la libre elección de residencia en su caso (art. 33).

La Ley 9/2018, de 21 de diciembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Cantabria establece en su art. 25, protección social, que las personas con discapacidad y sus familias tendrán derecho a que los servicios y prestaciones sociales respondan a sus necesidades de apoyo singularizadas para poder desarrollar sus proyectos de vida. Entre los principios que fundamentan los servicios sociales dirigidos a las personas con discapacidad alude, entre otros, a los siguientes: asegurar una atención personalizada<sup>263</sup>; procurar una atención integral a las personas con discapacidad y a sus familias; contribuir a hacer efectiva la máxima autonomía personal y la vida independiente de las personas con discapacidad y su inclusión y participación en la comunidad; favorecer la permanencia de las personas con discapacidad en su entorno habitual de convivencia, priorizando los servicios próximos a los entornos habituales de convivencia; la accesibilidad y el diseño universal en las prestaciones de servicios sociales; la atención a la diversidad de la población con discapacidad; garantizar la participación de las personas con discapacidad y de sus familias en la toma de decisiones con respecto a los servicios y prestaciones que se les asignen o garantizar la participación de las personas con discapacidad y sus familias y las entidades que las representan en la planificación, desarrollo y evaluación de los servicios sociales.

En Castilla León la Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad incluye como principios rectores (art. 4) la participación y desarrollo en el entorno familiar y comunitario, de modo que las actuaciones que se desarrollen potencien al máximo sus competencias y habilidades personales, fomentando el poder de decisión sobre su proyecto de vida y la calidad de vida que se señala consiste en el bienestar, felicidad y satisfacción de acuerdo con sus objetivos, expectativas e inquietudes, en las diversas dimensiones que la componen: bienestar físico, emocional y material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Además, en relación con el principio de inclusión se aclara que ésta deberá realizarse a través del uso de los recursos generales de carácter comunitario disponibles y que sólo cuando las características de las limitaciones de su actividad requieran una atención o apoyos específicos, podrán prestarse a través de servicios y centros para la atención de personas con discapacidad. Se señala también que el sistema de servicios sociales tendrá como referencia en su funcionamiento en relación con las personas con discapacidad la promoción de la autonomía personal y el enfoque comunitario de la atención<sup>264</sup>.

<sup>263</sup> Y ello mediante la valoración, planificación e intervención individualizada, en función de los intereses y necesidades de la persona con discapacidad

<sup>264</sup> Se señala que a tales efectos se “Asegurará la atención personalizada y especializada mediante la valoración de conjunto de las necesidades que presente y la planificación de caso e individualización de la intervención, en función del tipo de discapacidad teniendo en cuenta la pluridiscapacidad. b) Procurará una atención integral a las personas con discapacidad y sus familias. La dispensación de los servicios sociales proporcionará una respuesta integral a las necesidades personales básicas y a las necesidades sociales, dispondrá la activación simultánea o sucesiva de todos los recursos precisos para su adecuado tratamiento

En todo caso, Navarra es la única Comunidad que incluye en su normativa sobre los derechos de las personas con discapacidad una referencia expresa a la desinstitucionalización.

La Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos alude en su art. 16 a la promoción de la desinstitucionalización<sup>265</sup>, destacando, asimismo, la regulación de la asistencia personal en el art. 17<sup>266</sup>. Además, esta ley se refiere a la capacidad jurídica en el art. 21<sup>267</sup>,

---

o cobertura y considerará conjuntamente los aspectos relativos a la prevención, la atención, la promoción y la integración. c) Contribuirá a hacer efectiva la más plena y extensa inclusión y participación en la comunidad de las personas con discapacidad y su máxima autonomía personal y vida independiente. d) Favorecerá la permanencia de las personas con discapacidad en su entorno habitual de convivencia. De acuerdo con el principio de proximidad, la prestación de los servicios sociales se realizará desde su ámbito más cercano, estructurándose y organizándose al efecto de manera descentralizada. e) Promoverá y facilitará la participación de las personas con discapacidad y sus familias y las entidades que los representan en la planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los servicios sociales, y la de cada persona usuaria en la toma de decisiones y seguimiento de las actuaciones que les afecten, promoviendo su necesario protagonismo”

<sup>265</sup> Vid. artículo 16 Promoción de la desinstitucionalización y las medidas voluntarias “1. Se impulsarán políticas de desinstitucionalización en dos vertientes, para que en ningún caso las personas con discapacidad se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico, garantizando una vida digna: a) Para que las personas con discapacidad puedan elegir y decidir su propio proyecto de vida compartida con otras personas en la comunidad cuando así lo quieran, con los apoyos precisos y suficientes. b) Para que las personas con discapacidad en servicios residenciales cuenten con las condiciones de calidad previstas en el art. 35.2 de esta ley foral y en la regulación reglamentaria que lo desarrolla, con los complementos y buenas prácticas que establezca la Comisión de Apoyo a la Red de Atención Centrada en la Persona, especialmente en lo referido a la integración del centro o servicio en la comunidad”

En el art. 16 se regulan también las medidas voluntarias “2. Se informará sobre los distintos ámbitos en que las personas pueden adoptar medidas voluntarias, durante todo su ciclo vital, para establecer el régimen conforme al cual se preservará su voluntad, deseos y preferencias ante la eventualidad de no poder expresarlas por limitaciones sobrevenidas, en especial, en relación con los apoyos que puedan requerir para el ejercicio de su capacidad jurídica o para otros fines, con los sistemas de control de esos apoyos, con decisiones sobre el final de la vida o la prestación de ayuda para morir”.

<sup>266</sup> Así, se indica, “1. El departamento competente en materia de servicios sociales promoverá la asistencia personal como figura de apoyo humano puesta a disposición de la persona con discapacidad como instrumento para permitirle su libertad, autodeterminación, toma de decisiones y vida independiente, caracterizada por: a) Financiarse de forma suficiente sobre la base de criterios personalizados. b) Controlando el servicio la persona con discapacidad, que podrá elegir el grado de control a ejercer, como contratadora de servicios o como empleadora, sobre la prestación del mismo en base a su proyecto de vida y en su caso con el apoyo que requiera para la toma de decisiones. c) Configurándose como una relación personal y no compartida salvo consentimiento expreso liderada por la propia persona 2. El departamento competente en materia de servicios sociales garantizará la existencia de servicios de apoyo a la vida independiente conforme a las previsiones de la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general de Navarra, mediante servicios u oficina de vida independiente caracterizada por: a) La reivindicación de la vida independiente, la accesibilidad universal y la asistencia personal en todos los ámbitos concernientes a la persona. b) El acompañamiento en el diseño y desarrollo del proyecto individual de vida independiente. c) La formación y selección de asistentes personales. d) Apoyo en la gestión de asistencia personal. e) Facilitación de grupos entre iguales. f) Apoyo en la participación social, política, cultural y comunitaria”.

<sup>267</sup> Este precepto dispone “1. Que una persona tenga una discapacidad o deficiencia nunca puede ser motivo para negarle la capacidad jurídica y esta incluirá la capacidad de ser titular de derechos y de actuar en derecho, procediendo la provisión de apoyos cuando sean necesarios para ejercer dicha capacidad. 2. En la provisión de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica se tendrán en cuenta las siguientes reglas: a) Su finalidad principal será facilitar el desarrollo pleno de la personalidad de la persona apoyada, para que actúe en derecho en condiciones de igualdad, con respeto a su dignidad, derechos, voluntad, preferencias y deseos y promoviendo que pueda expresarlas cuando existan dificultades para ello. b) Se

a la acreditación de la guarda de hecho en su art. 23 y establece la entidad pública en Navarra para la provisión de apoyos a personas con discapacidad en el art. 24.

Destacan también los principios que se señala se tendrán en cuenta en la prestación de servicios de la Cartera en el art. 33<sup>268</sup> y el que se señale expresamente que se “garantizará y promoverá el mantenimiento de relaciones significativas y queridas por las personas con sus familiares, amistades, redes informales y con el resto de la comunidad, favoreciendo la interacción con todos esos ámbitos y promoviendo la participación de las personas usuarias en actividades culturales, especialmente las que les tengan como protagonistas”. El art. 34 contempla los “pactos por los cuidados”<sup>269</sup> y el art. 35, dispone, en relación con la calidad de los servicios que “se fijarán reglamentariamente estándares mínimos de calidad, con un enfoque que sitúa a la persona y su proyecto de vida en el centro, para la atención, el personal y la organización y gestión, y se promoverán a través de la Comisión de Apoyo a la Red de Atención Centrada en la Persona las buenas prácticas para impulsar la mejora continua” indicándose, además, que se garantizará la existencia de plazas en servicios que favorezcan la desinstitucionalización y se promoverá la misma.

---

limitarán a lo necesario y serán proporcionales a las necesidades, sin suplir a la persona apoyada en nada que no resulte imprescindible. c) Tenderán a que la persona apoyada pueda actuar cada vez con menos apoyos d) Se revisará periódicamente los apoyos que se precisan, para promover la máxima autonomía en la adopción de decisiones y en la expresión y ejecución de las mismas e) Se velará por que la necesidad de apoyo cuente con las salvaguardas previstas por la propia persona y porque, en todo caso, se comunique a las autoridades competentes cualquier situación de abuso, conflicto de intereses o influencia indebida”.

<sup>268</sup> Son los siguientes: “a) Velar por el reconocimiento de la dignidad de cada persona, el respeto a la misma y la promoción de las condiciones más adecuadas para el desarrollo de sus planes de vida. b) Individualización de los cuidados y autocuidados y potenciación de las capacidades. c) Impulso de la autonomía, vida independiente y participación en la planificación de la atención propia. d) Carácter integral de los servicios, apoyados también en un adecuado cuidado del personal que presta los servicios y sistemas de gestión dirigidos a la mejora continua”.

<sup>269</sup> El citado artículo establece:

1. Se promoverán pactos por los cuidados para la consecución de los siguientes fines: a) Para poner en valor y dignificar la importancia de la participación e implicación en los cuidados y apoyos a las personas que precisan de ellos, tanto por parte de hombres como de mujeres. b) Para visibilizar el coste social, económico y de salud que supone mayoritariamente para las mujeres, y en especial para las mujeres con discapacidad, un reparto no corresponsable de los cuidados. c) Para coordinar las acciones de cualquier agente involucrado o interesado en los mismos.
2. Se promoverán las intervenciones que permitan capacitar a las familias en el cuidado de las personas con discapacidad, con especial hincapié en las familias con niños y niñas con discapacidad, así como los apoyos que se demanden.
3. Se promoverán los cuidados en el entorno comunitario, desarrollando los servicios y apoyos necesarios para evitar la institucionalización.
4. Se atenderán las consecuencias de la sobrecarga que a veces implican los cuidados para familiares u otras personas, proporcionando herramientas para el autocuidado, previendo plazas de respiro y otras medidas de apoyo a quienes cuidan.
5. Se promoverán los apoyos precisos para los autocuidados.
6. El departamento con competencia en materia de servicios sociales pondrá en valor la aportación de personas profesionales o voluntarias que realizan cuidados de personas con discapacidad, a instancia o propuesta de estas, a través de jornadas, acciones de difusión de esta ley foral y proyectos para la Red de Atención Centrada en la Persona impulsados desde la comisión de apoyo a la misma.
7. Se impulsará la investigación e inclusión de la variable discapacidad en los estudios en materia de suicidio y salud mental, así como la evaluación y aplicación de mejores prácticas en este ámbito”.

El panorama legislativo autonómico debe completarse con la referencia a los **Planes Acción y Estrategias en materia de discapacidad de las Comunidades Autónomas.**

Estos instrumentos, en su mayoría más recientes que la legislación autonómica del respectivo territorio y de carácter político, suelen tener una visión más avanzada en relación con la exigencia de desinstitucionalización.

Así, el III Plan de acción integral para personas con discapacidad 2020 de Andalucía alude a los cuidados en la comunidad<sup>270</sup>. El II Plan de Acción para Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha se refiere como objetivo general a la transición de los entornos residenciales institucionalizados a entornos comunitarios e inclusivos<sup>271</sup> y también lo hace el Plan de Extremadura. Por su parte, el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad de Castilla León, aunque tampoco menciona expresamente esta exigencia, contiene dimensiones relacionadas con la desinstitucionalización, por ejemplo, en su Eje estratégico N.º 4: Itinerario para la autonomía en el hogar que se refiere al conjunto de acciones combinadas o sucesivas tendentes a conseguir que la persona con discapacidad pueda vivir de acuerdo con sus deseos en condiciones apropiadas y pueda decidir cómo, dónde y con quién quiere vivir, pudiendo hacer efectivo el derecho a disfrutar de una vivienda digna, adecuada y accesible<sup>272</sup> y también en su Eje estratégico N.º 4: Itinerario hacia la participación comunitaria<sup>273</sup>

Aluden explícitamente a la desinstitucionalización el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón 2021-2024, como la apuesta por la implementación de un nuevo modelo que priorice el derecho a vivir de forma independiente partiendo del proyecto vital de la persona con apoyos familiares y naturales en lugar del anterior modelo institucionalizado y medicalizado y el V Plan Vasco de Inclusión 2022-2026, que en su Eje 4 Corresponsabilidad, participación, activación

---

<sup>270</sup>Se habla así de brindar apoyo integral a la familia de la persona con discapacidad, con el objetivo de que todos los miembros de la familia de la persona con discapacidad puedan desarrollarse personal y profesionalmente, conciliando este desarrollo con los cuidados que sean requeridos.

<sup>271</sup> Se mencionan como objetivos específicos “1. Fomentar acciones que permitan a las Personas con discapacidad elegir dónde y con quien vivir. 2. Generar un modelo de calidad consensuado entre la Administración Regional y el sector asociativo de las Personas con discapacidad para implantar en los centros y servicios destinados estas y a sus familias. 3. Potenciar la construcción y adecuación de viviendas adaptadas a las demandas de apoyo de cada Persona con discapacidad. 4. Garantizar la ubicación y construcción accesible de todos los recursos residenciales para Personas con discapacidad en el espacio urbano de las poblaciones. 5. Promover los procesos adecuados de transición de las Personas con discapacidad que residen en entornos residenciales institucionalizados a entornos normalizados e inclusivos. 6. Fomentar la normalización en los entornos, bienes y servicios que garanticen la accesibilidad Universal y el diseño para todas las personas”.

<sup>272</sup> Se indica en el Plan que “esta línea de acción conduce a la necesidad de aumentar la oferta de apoyos en la vivienda, así como al fomento de viviendas en red y de los distintos tipos de alojamientos existentes, de acuerdo a los diferentes apoyos que puedan necesitar las personas. Asimismo, se establece la necesidad crear líneas de trabajo y recursos de apoyo a la familia o personas que convivan en el mismo domicilio con la persona con discapacidad”.

<sup>273</sup> Que exige el desarrollo de los apoyos que precisen las personas con discapacidad para su participación en actividades comunitarias, en función de sus intereses, potenciando su rol como ciudadanas y su inclusión social. Implica, asimismo, identificar las oportunidades del entorno y promover la oferta de dichas actividades dentro de un marco de cooperación público-privada y favorecer la inclusión social de las personas con discapacidad mediante la participación en actividades comunitarias, con el fin de mejorar su calidad de vida y su satisfacción personal.

comunitaria y sensibilización incorpora el objetivo de impulsar medidas orientadas a prevenir y evitar el aislamiento de las personas en espacios e instituciones segregados, y avanzar en la agenda de la desinstitucionalización.

Por su parte, el Plan de Discapacidad de Navarra 2019-2025 incluye diversas líneas estratégicas directamente relacionadas con la desinstitucionalización como la Línea Estratégica 1.3 Atención integral y centrada en la persona, orientada a la permanencia en el domicilio<sup>274</sup> y la Línea Estratégica 1.4. Nuevo modelo de recursos de vivienda y atención residencial<sup>275</sup>. En esta última línea incluye entre las actuaciones incrementar los apoyos y servicios que favorecen la continuidad de la persona en su entorno, potenciando el modelo de vivienda con apoyo y desarrollar experiencias piloto de “desinstitucionalización” progresiva de personas usuarias de servicios residenciales hacia otros servicios de vivienda o servicios domiciliarios accesibles y con otros apoyos (personales, técnicos, de domótica) a la autonomía (evaluables de forma sistemática). El Plan se plantea, a la vez, establecer un nuevo modelo de servicio residencial más abierto, menos pautado y menos “institucionalizante”, en el que prevalezca la provisión de apoyos para la autonomía personal y basado en el modelo de atención centrada en la persona y en la promoción de la autonomía personal que incorpore estándares de calidad precisos y evaluables.

En todo caso, y aunque no se refiere únicamente a la discapacidad, merece ser destacado el caso de Asturias que cuenta con un instrumento específico relacionado con la desinstitucionalización como es la Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas 2021/22. En el área de Planificación del sistema de cuidados se alude como línea de acción a la desinstitucionalización y la apuesta por vivir en casa que se señala “se dirige a priorizar los apoyos que permitan vivir en casa, dado que es la preferencia mayoritaria de la ciudadanía, así como a destinar el cuidado residencial para las personas con gran dependencia o que vivan en situaciones de especial complejidad que impidan el cuidado en el domicilio”. Incluye también medidas para avanzar en un modelo residencial hogareño y centrado en las personas, acorde al lema “cuando no se pueda vivir en casa, que se pueda vivir como en casa”<sup>276</sup>.

Finalmente, merece ser destacado negativamente el caso de Madrid, en tanto la Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad 2018-2022 no avanza metas vinculadas a la exigencia de desinstitucionalización.

---

<sup>274</sup> Que tiene como objetivo específico desarrollar un modelo de atención integral y personalizado, centrado en las necesidades de la persona con discapacidad, orientado a la provisión de apoyos para la permanencia en su domicilio y la inclusión en su comunidad.

<sup>275</sup> Que tiene como objetivo específico ofrecer recursos de vivienda y residenciales a las personas con discapacidad o con enfermedad mental que promuevan su autonomía personal y el desarrollo de sus proyectos de vida independiente.

<sup>276</sup> Esta estrategia incluye también una definición de un modelo orientador de la atención en el cuidado de larga duración en el ámbito de los Servicios Sociales que se describe en tres niveles complementarios: los valores éticos que orientan el cuidado, los criterios que definen la calidad de la atención, y los criterios y elementos clave en el diseño y organización de los diferentes centros y servicios. Se trata de un marco que se ha recogido en la Resolución de 15 de diciembre de 2021, de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, por la que se define el Modelo orientador de la Atención en los centros y servicios que ofrecen cuidados/apoyos de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias.

## Normativa autonómica en materia de Atención a la dependencia

Como resultado de que la competencia en materia de atención a la dependencia, a través del título asistencia social, corresponde a las CCAA existen distintos modelos autonómicos de atención que dan lugar a importantes diferencias territoriales<sup>277</sup>. Esta disparidad de los modelos puede estar planteando problemas de equidad interterritorial, en relación con las condiciones de acceso al SAAD, la forma en que se aplican los criterios para valorar a las personas solicitantes o las atenciones que reciben.

En lo que sigue, se sintetizarán algunas diferencias identificadas en lo que respecta a estos aspectos: a) Catálogo de servicios; b) Régimen de incompatibilidades de los servicios; c) Intensidad de los servicios; d) Regulación de la asistencia personal y; e) Copago. Aunque, como antes se indicó, el Real Decreto 675/2023 que modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia introduce modificaciones en algunos de estos aspectos, las normas autonómicas serán analizadas en comparación con la regulación estatal anterior pues las CCAA aún no se han adaptado a la nueva regulación.

Sobre los **catálogos de servicios** podemos encontrar diferentes regulaciones por cada CCAA. Por ejemplo, **Andalucía**, en la Ley 9/2016 se definen las características de calidad, necesidad, financiación y naturaleza jurídica de los servicios prestados. Asimismo, este catálogo especifica las prestaciones ofertadas en los servicios sociales comunitarios y especializados que es actualizable de forma permanente según las necesidades cambiantes de la población y el entorno por lo que se revisa cada 3 años, dotando de un nivel de flexibilización al sistema.

De las prestaciones garantizadas del artículo 42.2., se puede evidenciar una protección a víctimas de violencia de género o trata según el artículo 42.2.i). Asimismo, busca tener una prestación referente a incluir a la persona a la sociedad y al ámbito laboral con prestaciones económicas y directas según el artículo 42.2.g). También, por el artículo 43, existen prestaciones condicionadas supeditadas a la disponibilidad de recursos y orden de prelación objetiva. Por otro lado, en el artículo 44.3 se refiere a la adopción de medidas de internamiento involuntario, servicios de protección y adopción de personas menores.

En **Canarias** también se establece un servicio a la asistencia para la accesibilidad universal a través del transporte adaptado. Se puede destacar **Castilla y León**, donde en algunos centros residenciales y centros de día se ofrecen servicios complementarios para el apoyo y permanencia de las personas en su entorno habitual. Se trata de servicios que se ofrecen en el centro, pero que también pueden realizarse en el domicilio de la persona, como es el caso del servicio de comedor y catering, servicio de lavandería, o peluquería. En **Castilla la Mancha**, en el Decreto 3/2016, en el Capítulo II, el servicio de centro de día está dividido como un servicio diferenciado de forma expresa para personas con discapacidad y personas mayores. Además, se dividen los servicios de atención residencial en carácter permanente y temporal de forma expresa.

<sup>277</sup> Vid. entre otros CES, *Informe el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* y RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y MARBÁN GALLEGU, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, ya citados.

En **Extremadura**, en la Orden 30/11/2012, en el artículo 3 al 10, se establece su catálogo de servicios el que están todos los comprendidos en el artículo 15 de la Ley 39/2006 si bien la conceptualización y regulación de algunos servicios parecen suponer un avance hacia la atención centrada en la persona<sup>278</sup>.

En la **Rioja**, tienen ayudas a personas con discapacidad para tratamientos, ayudas técnicas, para cuestiones de accesibilidad y alojamientos especializados. En **Galicia** también se encuentran algunos de estos servicios diferenciadores y complementarios como el de la comida a domicilio o el del transporte adaptado. Destaca el programa de formación no formal y apoyo a personas cuidadoras no profesionales, (que tienen más CCAA, como Aragón o Valencia), así como un servicio de apoyo continuo telefónico y un programa de respiro familiar.

Por último, otra de las CCAA que tenemos que destacar es **País Vasco**, cuya gestión de todos los servicios se hace de forma diferenciada en cada una de las regiones: Vizcaya, Guipúzcoa y Álava. En **Vizcaya** cabe mencionar el desarrollo de un estatuto de las personas cuidadoras y de la prestación de cuidados en el entorno, a través del Decreto Foral 192/2018, de 26 de diciembre. En **Guipúzcoa** se establece un servicio de acogimiento familiar que proporciona a las personas en situación de dependencia un modo de alojamiento similar al de una familia en un entorno normalizado, donde reciben los cuidados personales que necesitan. En **Álava** se ofrece un servicio de tutela para personas adultas en situación de incapacidad; un servicio residencial sociosanitario como recurso temporal para aquellas personas que necesitan cuidados sociales y sanitarios; y un programa de apoyo a las personas cuidadoras con servicios de respiro, y con formación para adquirir conocimientos y habilidades de cuidado.

**Sobre las incompatibilidades**, en **Andalucía**, en la Orden 3/8/2007, en el artículo 11 se desarrolla este régimen señalándose, por ejemplo, que el servicio de teleasistencia será compatible con todos los servicios y prestaciones salvo las referidas al servicio de atención residencial y la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio de la misma naturaleza. Por otro lado, el servicio de ayuda a domicilio sería incompatible con todos los servicios y prestaciones excepto con servicios de teleasistencia, servicios de centro de día y su prestación económica de carácter complementario. Asimismo, el servicio de centro de día es incompatible con todos los servicios salvo el servicio de teleasistencia, el servicio atención residencial cuando el centro de día actúe como centro de terapia ocupacional y el servicio de ayuda a domicilio como su prestación económica vincula a esta y de carácter complementario. Los servicios de centros de noche serán incompatibles con todos los servicios y prestaciones excepto el servicio de teleasistencia. Asimismo, los servicios de atención residencial también serán incompatibles con todos los servicios y prestaciones, con excepción del servicio de centro de día cuando sea terapia ocupacional.

En **Baleares**, el Decreto 83/2010, entre el artículo 46 y 47, establece las compatibilidades de los servicios. Por ejemplo, el servicio de teleasistencia es compatible

---

<sup>278</sup> Por ejemplo, la teleasistencia se dispone como un servicio de respuesta de información y apoyo con inmediatez ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento. Los servicios de promoción para la autonomía personal están enfocados a mantener la capacidad personal de controlar y tomar decisiones para vivir de acuerdo con las normas y sus preferencias. Comprenden servicios como la habilitación y terapia ocupacional, atención temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de autonomía funcional, habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual y establece apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales como la vivienda tutelada. También la regulación de los centros de día y de noche parecen adoptar esta visión.

con todos los servicios excepto la de atención residencial. En cambio, el servicio de teleasistencia, centro de día y centro de noche son compatibles entre sí. Por otro lado, el servicio de atención residencial solo será compatible con unidades de estancia diurna de terapia ocupacional. Algo a destacar en Baleares es que tiene intensidades para las prestaciones técnicas y económicas combinadas para promover y facilitar la permanencia al domicilio.

En **Castilla-La Mancha**, en el Decreto 3/2016, en el artículo 28, establece que los servicios del catálogo serán incompatibles entre sí salvo dos excepciones: a) Con el objeto de facilitar la permanencia en el domicilio a la persona en situación de dependencia y garantizarle una atención profesional y adecuada, serán compatibles entre sí los servicios de teleasistencia, prevención de la situación de dependencia, promoción de la autonomía personal, ayuda a domicilio, centro de día para personas con discapacidad, servicio de estancias diurnas para personas mayores y de centro de noche; b) Cuando se compatibilice el servicio de centro de día para personas con discapacidad, el servicio de estancias diurnas para personas mayores, el servicio de centro de noche, el servicio de prevención de la situación de dependencia o el servicio de promoción de la autonomía personal con el servicio de ayuda a domicilio, el máximo de horas mensuales de atención del servicio de ayuda a domicilio vendrá determinado por el grado de dependencia y las necesidades de la persona en situación de dependencia de acuerdo con las siguientes intensidades: Grado III con un máximo de 46 horas mensuales; Grado II con un máximo de 22 horas mensuales y Grado I con un máximo de 13 horas mensuales. Además, con el Decreto 20/2023, el servicio de ayuda a domicilio es compatible con el servicio de promoción de la autonomía personal, en su modalidad de programa Sepap-Mejora T, y de servicio de productos de apoyo, sin que se produzca una reducción en la intensidad de las horas del servicio de ayuda a domicilio, teniendo como referencia las intensidades máximas reflejadas en el artículo 24 del Decreto 3/2016.

En **Extremadura**, en la Orden 30/11/2012, en el artículo 25 al 32, se establece lo siguiente: Los servicios de Prevención de las situaciones de Dependencia son compatibles con todos los servicios y prestaciones económicas excepto el servicio residencial de carácter permanente y los servicios de centro de día. Del mismo modo sucede con los servicios de Promoción de Autonomía Personal. En cambio, el servicio de Teleasistencia es incompatible con el servicio de Atención Residencial y la prestación económica vinculada a esta. Por otro lado, un factor común de compatibilidad entre los servicios de Ayuda a Domicilio, Centro de Día y Noche son con los servicios de Teleasistencia, Servicios de Prevención de las Situaciones de Dependencia y los Servicios de Promoción de la Autonomía Personal. Y, además, entre esos tres servicios con compatibilidades comunes son compatibles entre sí, excepto entre servicio de Centro de Día con el Centro de Noche. No obstante, el servicio de Centro de Noche es, adicionalmente, compatible con la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no Profesionales. Por último, los servicios de Atención Residencial solo son compatibles con los servicios de Prevención de las situaciones de Dependencia y servicios de Promoción de Autonomía Personal.

En **Murcia**, en el Decreto 306/2010, el artículo 35 establece las compatibilidades. A destacar, es que el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal de intensidad especializada, prestado en régimen que contemple residencias especializadas o viviendas de estancia limitada o permanente, será incompatible con todos los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Lo

mismo pasa con este mismo servicio, pero en régimen de atención diurna. Sin embargo, sí será compatible con la teleasistencia. El servicio de ayuda a domicilio solo será compatible con el Servicio de Teleasistencia y con el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal de intensidad genérica. En cambio, el Servicio de Atención Residencial será compatible solo con el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal de intensidad genérica, y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1.8, para las estancias temporales. Por último, el servicio de atención temprana solo será compatible con la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no Profesionales.

Por otro lado, en **País Vasco – Vizcaya**, algo a rescatar es que, respecto a la compatibilidad, en asistencia personal, según el Decreto Foral 103/2013, en su artículo 3, la prestación económica de asistencia personal será compatibles con los servicios de: a) el Servicio de Teleasistencia; b) el Servicio de Atención Diurna, Centro de Día privado y recursos similares del ámbito sanitario-privado y de la red de Osakidetza, así como aquellos en que se desarrollan actividades de ocio o tiempo libre; c) el Servicio de Ayuda a domicilio; d) el Servicio de Atención Diurna, Centro de Día público o Centro Ocupacional; e) el Servicio de Atención Residencial en horario igual o inferior a 16 horas; f) el Servicio de Atención Residencial en horario igual o inferior a 16 horas con Atención Diurna, o Centro Ocupacional; g) el ingreso en unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral o centros sanitarios, cuando la estancia no supere los 30 días naturales al año; h) los centros de promoción de la autonomía personal, integrados dentro de la red pública foral de titularidad pública, convenidos, contratados o concertados con la Diputación Foral de Bizkaia; y i) en los supuestos de estancias residenciales con carácter temporal se compatibilizarán con la prestación de asistente personal, cuando la estancia residencial no supere los 30 días naturales por año.

**Sobre las intensidades**, existen también importantes diferencias por CCAA. Por ejemplo, en **Andalucía**, en la Orden 3/8/2007, establece que las intensidades están en función del contenido prestacional y la extensión o duración según el grado y nivel de dependencia y los desarrolla entre el artículo 7 al 10. Al respecto, el servicio de teleasistencia suele prestarse las 24 horas del día en los 365 días del año. En el servicio de ayuda a domicilio se divide en dos grupos: Dependencia Grado III con nivel 2 y 1 son entre 70 y 90 horas mensuales y 55 y 70 horas mensuales respectivamente. En el caso que la dependencia sea Grado II con nivel 2 y 1 son entre 40 y 55 horas mensuales y 30 y 40 horas mensuales respectivamente. Por otro lado, con la modificatoria de la Orden 6/4/2009, en los casos que las personas con esos grados de dependencia que tengan el Servicio de Centro de Día o la prestación económica vinculada al mismo, el servicio de ayuda a domicilio será como máximo de 22 horas mensuales de lunes a viernes. Por otro lado, en los Servicios de Centro de Día, se ajustará al artículo 24 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, a las necesidades de las personas en situación de dependencia atendidas según su grado y nivel. Por último, sobre el Servicio de Atención Residencia, la intensidad estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, conforme con su Programa Individual de Atención.

En **Baleares**, el Decreto 83/2010, al igual que Andalucía, la teleasistencia se da las 24hrs del día los 365 días del año y los demás servicios en función del grado de dependencia, salvo la ayuda a domicilio que implica analizarlo con el número de horas mensuales. Por ejemplo, si la persona tiene dependencia Grado III nivel 2 será la intensidad entre 70 y 90 horas mensuales y si es nivel 1 será entre 55 y 70 horas

mensuales. Si tiene dependencia Grado II nivel 2 será entre 40 y 55 horas mensuales y si es nivel 1 será entre 30 y 40 horas mensuales. En cambio, si es Grado III en cualquier nivel y tiene establecido el servicio de ayuda a domicilio y centro de día, la intensidad será como máximo 22 horas mensuales de lunes a viernes.

En **Castilla-La Mancha**, en el Decreto 3/2016, entre el artículo 19 y 26, establece intensidades a servicios que están en función del Grado de dependencia. Por ejemplo, para servicios de promoción de autonomía personal, si la persona tiene dependencia Grado I y I la intensidad mínima será 12 horas mensuales y si es Grado III será un mínimo de 8 horas mensuales. Otro punto que destacar es la intensidad de atención temprana que sea Grado I, II o III, será un mínimo de 6 horas mensuales. En cambio, en servicios de ayuda al domicilio, la intensidad se divide en tres: Grado III será entre 46 y 70 horas mensuales, Grado II será entre 21 y 45 horas mensuales y si es Grado I será máximo 20 horas mensuales.

En **Castilla y León**, algo a resaltar, es que la Resolución 6/3/2020, establece las intensidades de la prestación pública de la teleasistencia avanzada. Estas establecen intensidades mínimas donde estipula que los servicios deben estar disponibles las 24 horas en todos los días del año y la recepción de llamadas de la misma manera.

En **Extremadura**, la Orden 30/11/2012, entre el artículo 17 al 24, menciona que la intensidad de los servicios de prevención de las situaciones de dependencia se determina por los Planes de Prevención elaborados por la CCAA de Extremadura. Sobre la intensidad del Servicio de Promoción de la Autonomía Personal estará adecuado a las necesidades personales, a la infraestructura de los recursos existentes y las normas de la CCAA. Sin embargo, la concreción se determinará con el Programa Individual de Atención y, en el caso, que la persona se le haya reconocido el Grado I tendrán los siguientes intervalos: Grado I nivel 2 son entre 20 y 30 horas mensuales y Grado I nivel 1 son entre 12 y 19 horas mensuales. Aunque en Extremadura tiene horas mínimas para estos servicios. Por ejemplo, para la atención temprana la intensidad será tanto para el Grado I nivel 2 y 1 tienen un mínimo de 6 horas mensuales. En cambio, para servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional la intensidad será tanto para el Grado I nivel 2 y 1 tienen un mínimo de 15 horas mensuales. También existen diferencias en la intensidad en los servicios de teleasistencia con otras CCAA, pues lo dividen en dos bloques. En el caso de dependencia Grado III y Grado II, el servicio será complementario al resto de prestaciones del Programa Individual de Atención por 24 horas al día en los 365 días del año. Sin embargo, si la persona está en situación de dependencia Grado I, el servicio será complementario del mismo modo que el anterior a excepción de los casos de servicios de teleasistencia avanzada con apoyos complementarios. En el servicio de ayuda a domicilio si tienes dependencia Grado III su intensidad de horas de atención será entre 46 y 70 horas mensuales. En el caso de Grado II será entre 21 y 45 horas mensuales. Y, por último, en Grado I será máximo de 20 horas mensuales. Por otro lado, también este servicio de ayuda a domicilio tiene otra intensidad en horas mensuales cuando sea beneficiario del Servicio de Centro de Día o Prestación Económica Vinculada a su contratación además del Servicio de Ayuda a Domicilio o Prestación Económica Vinculada a su contratación. En estos casos la intensidad será en Grado III máximo 35 horas mensuales, en Grado II máximo 17 horas mensuales y Grado I máximo 10 horas mensuales. Por otro lado, respecto a la intensidad del Servicio de Centro de Día, para las personas con Grado III y II, estará en función del centro de acuerdo con el Programa Individual de Atención. Sin embargo, en caso sea Grado I, la intensidad tiene horas

mínimas. Por último, las intensidades de los servicios del Centro de Noche y de Atención Residencial estarán en función al centro según con su Programa Individual de Atención.

En **Murcia**, en el Decreto 306/2010, entre el 11 al 17, se establecen diferentes intensidades en los servicios de promoción de la autonomía personal genérica y especializada. La teleasistencia se establece como un servicio de respuesta inmediata, pero no se explicita si están disponibles las 24 horas en los 365 días del año. Por otro lado, en el servicio de ayuda a domicilio se dispone que las personas con Grado III de dependencia en nivel 2 tendrá una intensidad entre 70 y 90 horas mensuales y nivel 1 entre 55 y 70 horas mensuales. En Grado II con nivel 2 será entre 40 y 55 horas mensuales y nivel 1 30 y 40 horas mensuales. Finalmente, en Grado I con nivel 2 será entre 21 y 30 horas mensuales y nivel 1 entre 12 y 20 horas mensuales.

**Sobre la asistencia personal**<sup>279</sup>, tenemos referencias muy puntuales como en **Andalucía** donde el artículo 38 de la Ley 4/2017 reconoce el derecho a la asistencia personal para las personas con discapacidad en situación de dependencia con la finalidad de promover vida independiente y ser incluida en la comunidad.

En el caso de **Aragón**, mediante el artículo 32 de la Orden CDS/844/2018, se regula que la cuantía mensual de la prestación económica vinculada a la asistencia personal se calculará en función del coste del servicio y la capacidad económica. En cambio, en estancias diurnas o nocturnas se cumplen los requisitos del artículo 32.2, la cuantía será en función del coste del servicio menos la participación de la persona dependiente. Asimismo, la cuantía no podrá exceder a una valoración de Grados. Si es Grado II y III: es el coste del servicio. Si es Grado I: es el 60% del coste del servicio. Posteriormente, con la Orden CDS/989/2021 se regula el procedimiento de habilitación para profesionales pertenecientes a diferentes categorías incluyendo asistentes personales, que no cuenten con acreditación oficial de la cualificación de su categoría profesional. En ese aspecto, en su artículo 8 establecen un régimen especial en zonas rurales donde se permite ejercer a personas sin cualificación profesional para que sean contratadas hasta que puedan ser sus puestos ocupados por profesionales cualificados/as o estas adquieran la cualificación. La CCAA de Aragón deberá impulsar oportunidades para la acreditación de estas profesiones.

En **Asturias**, la Resolución 24/5/2022 regula la prestación económica de la asistencia personal. En el artículo 1.1 se establecen los requisitos de acceso que son el reconocimiento de la situación de dependencia, ser mayor de 3 años, estar empadronada y vivir en el Principado de Asturias y tener capacidad de decisión o autodeterminación para señalar los apoyos salvo representación legal. Se menciona también que la contratación puede darse con contrato de empresa privada o directamente con la persona asistente personal, pero en todos los casos la persona deberá estar inscrita en el servicio de asistencia personal y debe figurar en el Registro de entidades, servicios y centros de carácter social de la Comunidad del Principado de Asturias. Por otro lado, también se regulan los requisitos para ser considerado asistente personal que son: Ser mayor de edad para trabajar, tener residencia legal en España, no ser cónyuge o pareja de hecho ni ninguna relación con la persona en situación de dependencia, estar dada de alta cómo

<sup>279</sup> Puede verse un análisis más detallado de la regulación y el régimen de incompatibilidades en relación con la asistencia personal en FEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA CASTILLA Y LEÓN, *Asistencia personal en salud mental Experiencia de Salud Mental Castilla y León*, 2019, disponible en <https://consaludmental.org/sala-prensa/asistencia-personal-salud-mental/> (última consulta 30 de octubre de 2023).

autónoma en Seguridad Social y reunir los requisitos de formación. Al respecto, el artículo 12.3, explica los requisitos de formación del asistente personal donde establece una lista de titulaciones para acreditar la cualificación profesional para no tener procesos de reconocimientos de competencias profesionales. El artículo 12.4 menciona las cuantías que no podrán ser superiores a la aportación de la persona beneficiaria por el coste del servicio que recibe. Estas cuantías máximas serán según el grado de dependencia. Grado III máximo 1.072,60 euros; Grado II máximo 639,18 euros y; Grado I máximo 450,00 euros. En caso la capacidad económica de la persona dependiente sea superior al IPREM mensual deberá ser la cuantía mensual en función al coste de servicio y la capacidad económica.

En **Baleares**, con la Resolución 14/10/2010, se regula las convocatorias de ayudas económicas individuales para sufragar gastos de asistencia personal a personas en situación de gran dependencia entre 2010 y 2011. Los requisitos para las personas beneficiarias establecidos en el anexo son: tener reconocido la gran dependencia Grado III y no estar afectada por una discapacidad intelectual que le impida ordenar y supervisar las actividades del asistente personal. También se debe ser residente y haber vivido en Illes Balears mínimamente 2 años, participar en actividades educativas o laborales regulares, haber cumplido 16 años, tener contrato o contratar una vez teniendo la ayuda, el servicio de asistencia personal con las condiciones y directrices para la prestación del servicio. Este contrato se puede dar directamente, mediante persona trabajadora autónoma o empresa. En el punto 5, establece requisitos para la persona asistente personal, que menciona que no debe ser cónyuge ni tener parentesco ni afinidad hasta tercer grado con la persona dependiente, ser mayor de 18 años, estar cotizando en Seguridad Social y estar dispuesta a participar en acciones formativas de la Administración pública. En el punto 6 del anexo establece que la cuantía mensual máxima es de 1.200 euros mensuales. En el punto 7, se detalla los costes subvencionables como el concepto de transporte que no podrá superar el 15% del importe total concedido y esto debe ser gastos de desplazamiento de la vivienda y el centro de estudios o trabajo. El punto 8 establece límites y regula concurrencia con otras ayudas. Asimismo, los demás puntos establecen el proceso para solicitar ayuda. En 2023, con la resolución 18/1/2023, se actualizan las cuantías máximas vinculadas a la asistencia personal en función de los Grados III, II y I de dependencia.

En **Castilla-La Mancha**, la Ley 7/2014, en el artículo 39 se regula la asistencia personal señalando que se dará acceso a las prestaciones de esta naturaleza según la normativa vigente de dependencia. Por otro lado, se menciona que la Consejería competente en dependencia establece cuantías máximas para la prestación económica de asistencia personal para personas en situación de dependencia severa o gran dependencia.

En **Castilla y León** la Resolución 11/3/2011 establece las cuantías máximas para las prestaciones económicas como la asistencia personal para personas con Grado III de dependencia reconocido. Por otro lado, en el artículo 11 de la Orden FAM/6/2018 se regula la prestación económica de asistencia personal cuyo propósito es “contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria”. La orden también dispone los requisitos de acceso a la misma y las modalidades de contratación. También, el artículo 30 establece las compatibilidades con otros servicios donde su importe pueda ir en parte a estos otros servicios como teleasistencia, ayuda a

domicilio, entre otros. La Orden FAM/547/2018 modifica la orden anterior para cambiar el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

En **Cataluña**, la Orden ASC/471/2010, regula la asistencia personal. Lo destacable son las modalidades de asistencia personal que se detallan en el artículo 4 de la Orden. Asimismo, el artículo 5 establece que la asistencia personal se da como prestación económica únicamente a personas con Grado III de dependencia y como prestación de servicios para Grado II y I. Por otro lado, la capacidad de la persona en situación de dependencia parece ser fundamental al ser un requisito general para el acceso. También se establecen más requisitos, el procedimiento y las funciones del asistente personal, así como las prestaciones y cuantías con una regulación bastante detallada.

En la **Comunidad Valenciana**, el Decreto 102/2022 en el artículo 31 establece las cuestiones relativas a la prestación económica de asistencia personal. En **Murcia**, con el Decreto Ley 3/2015, solo determina que la cuantía de la asistencia personal está en función a la dedicación de horas de cuidado según sus disposiciones. En **Navarra**, la Orden Foral 224/2019, regula la prestación económica para la asistencia personal que solo se concede, según el artículo 2, a personas con discapacidad con grado igual o mayor a 65%. También se establecen otros requisitos de acceso y se determinan los requisitos y funciones de la persona asistente personal. Asimismo, en el artículo 10, se establecen tres importes máximos y mínimos de acuerdo con la dependencia. Por otro lado, la Ley Foral 31/2022, en su artículo 17 también regula cuestiones relativas a la asistencia personal. Se desarrollan los requisitos para el acceso a la asistencia personal. Asimismo, se establece que la cartera de servicios sociales de ámbito general de Navarra debe reivindicar la vida independiente, la accesibilidad universal y la asistencia personal. Además, deben formarse y apoyar la gestión de esta.

En el **País Vasco**, por ejemplo, en **Álava**, desarrolla la prestación económica de la asistencia personal en el Decreto Foral 28/2021 supeditando la cuantía de la prestación al porcentaje de su capacidad económica. En Guipúzcoa, el Decreto Foral 2/2013, establece que la prestación económica se da solo a las personas que tienen Grado II o Grado I nivel 2. En **Vizcaya**, el Decreto Foral 85/2015 aprueba las cuantías máximas de las prestaciones económicas donde la asistencia personal tiene cuantías diferencias según su grado y puntos del Baremo de Valoración. Asimismo, en el Decreto Foral 44/2015, se regula la prestación económica de asistencia personal. El artículo 5 determina las personas beneficiarias y los requisitos de acceso. El artículo 6 establece los requisitos que debe tener la persona asistente personal.

Existen, asimismo, importantes diferencias en la determinación de las cuantías de las prestaciones económicas y en **la cuantía de los copagos** en los modelos de las CCAA<sup>280</sup>. Como se indica en el Informe de evaluación del sistema de autonomía personal

---

<sup>280</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, G., y MARBÁN GALLEGU, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, cit., pp. 109 y ss. Entre las diferencias en la aplicación de los criterios para la determinación de las cuantías de los copagos se observan las siguientes “Colectivos exentos de la obligación del copago, importes de la cuantía de renta exenta, inclusión o no del valor del patrimonio en la determinación de la capacidad económica, diferenciación, o no, entre los conceptos de servicios hoteleros y servicios asistenciales en los servicios residenciales, bonificaciones en la cuota según características de las personas, deducciones en la cuota por diversas circunstancias (familiares, vivienda, entre otros), porcentajes y criterios diferentes en la cuantía de

y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD), los criterios de determinación de las aportaciones de las personas “que, en principio, debían ser comunes en todas ellas, ha dado lugar a diecisiete modelos diferentes de copagos con el consiguiente resultado de importes diferentes para una misma persona y renta dependiendo de la CCAA donde reciba la prestación de atención a la dependencia”<sup>281</sup>.

Pues bien, del análisis desarrollado es posible extraer las siguientes conclusiones:

- 1) Las normas autonómicas en materia de atención a la dependencia manejan, con carácter general, el mismo enfoque que la ley estatal y carecen de una perspectiva interseccional. Aunque entre sus objetivos suele mencionarse la promoción de la inclusión y la autonomía de las personas en situación de dependencia en realidad la aproximación es, también, primordialmente asistencialista.
- 2) Aunque algunas CCAA incluyen servicios complementarios al catálogo estatal, estos no implican una gran innovación. Los servicios y prestaciones suelen ser bastante rígidos y poco diversos y no pueden modificarse de acuerdo con las necesidades de la persona en situación de dependencia. En efecto, las carteras autonómicas parten de una visión asistencial y tecnocrática alejada del enfoque basado en derechos, de la promoción real de la autonomía personal y del apoyo centrado en la persona<sup>282</sup> (si bien algunas CCAA avanzan relativamente en esta visión). En todo caso, los servicios no están siempre garantizados.
- 3) Existen poco avance en la asistencia personal. El desarrollo es insuficiente y es desproporcionado entre CCAA. Existe un mayor desarrollo en CCAA como Asturias, Baleares, Castilla y León y Navarra.
- 4) También existen diferencias en lo relativo a las intensidades que, en todo caso, son insuficientes y pocas veces se establecen intensidades mínimas. Si bien algunas CCAA flexibilizan la regulación estatal, las CCAA siguen estableciendo muchas incompatibilidades lo que, de nuevo, dificulta la adaptación a las necesidades de las personas en situación de dependencia cuya cobertura podría requerir la combinación de diversos servicios y prestaciones.
- 5) En relación con el copago los problemas de equidad suelen verse en la determinación de las cuantías y los criterios utilizados. Así, “la consideración de las diferencias sobre los criterios para la determinación de la capacidad económica y la determinación de la cuota resultante hace que dos personas con los mismos ingresos y patrimonio en dos CCAA diferentes estén exentas del copago o paguen una cuota diferente. Este es un problema de equidad de trato en las personas beneficiarias en un mismo sistema de protección social”<sup>283</sup>.

Más allá de la regulación normativa, y como se pone de relieve en el Estudio del Ámbito temático 1, cada CCAA ha tendido a priorizar unas prestaciones sobre otras existiendo en la práctica diferencias territoriales notables en la prevalencia de las distintas prestaciones y servicios, siendo, en todo caso, siempre insuficiente la apuesta por la asistencia personal.

---

renta garantizada para gastos personales, tramos de renta y porcentajes diferentes para la determinación de la cuota, entre otras”.

<sup>281</sup> Idem.

<sup>282</sup> Idem, p. 77.

<sup>283</sup> Idem.

## Normativa autonómica Servicios sociales

La competencia en materia de servicios sociales corresponde, de nuevo, a las Comunidades Autónomas, si bien este ámbito, a diferencia de lo que sucede en la atención a la dependencia, no existe una ley estatal de referencia<sup>284</sup>.

Ninguna de las leyes autonómicas de servicios sociales menciona expresamente la desinstitucionalización, ni la transformación del modelo servicios hacia servicios basados en la comunidad ni en general, ni en relación con los servicios para personas con discapacidad en particular.

En todo caso, lo que puede considerarse como la segunda generación de leyes de servicios sociales, sí que incluye principios y objetivos relacionados con la desinstitucionalización como la autonomía personal, la atención personalizada, la dimensión comunitaria o la proximidad, entre otros<sup>285</sup>. Además, se trata de normas que amplían y consolidan los derechos a las personas que reciben las prestaciones y servicios<sup>286</sup>, incorporando, por ejemplo, derechos relativos, de nuevo, a la atención personalizada - mencionando muchas el derecho a contar con planes personalizados de atención y profesional de referencia - a la participación, a la información -aludiendo a la accesibilidad de la misma- o a recibir servicios de calidad, continuados y de urgencia.

Sin embargo, la proclamación de los principios y el reconocimiento de derechos en estas leyes no se concreta de forma suficiente como para favorecer realmente el avance de la desinstitucionalización. En particular, y a pesar de la mención de principios como la normalización, la proximidad y el enfoque comunitario, no se incorporan en la normativa autonómica de servicios sociales previsiones precisas que realmente garanticen o, cuando menos, prioricen la prestación de apoyos, por lo que interesa en este estudio a las personas con discapacidad, en el entorno personal, familiar y comunitario.

Aunque se trata, ciertamente, de referencias genéricas en este aspecto merecen ser destacadas positivamente la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana que señala que las prestaciones irán dirigidas a asegurar el mantenimiento de la persona en su medio convivencial y comunitario (art.6.3) garantizando la autonomía y el desarrollo personal<sup>287</sup>. En este mismo sentido, la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia (art.4 g, i), concibe como obligación de los poderes públicos la de facilitar los medios necesarios para que las personas dispongan de las condiciones más convenientes y los apoyos necesarios para desarrollar sus proyectos vitales, dentro de la unidad de convivencia que deseen, tendiéndose al mantenimiento de las personas en su entorno personal, social y familiar y a su inserción social, sin menoscabo de su derecho a la diferencia, con pleno respeto a su libre decisión. En la misma línea se pronuncian la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears y la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales de Cataluña. Esta última norma menciona, además, entre los objetivos de las políticas de

<sup>284</sup> Vid. sobre el sistema español de servicios sociales el reciente informe, OCDE, *Modernización de los servicios sociales en España diseño de un nuevo marco estatal*, ya citado.

<sup>285</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGO, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, cit, p. 45.

<sup>286</sup> Idem.

<sup>287</sup> La atención prestada por el sistema público valenciano podrá ser evaluada de acuerdo con lo dispuesto por el Decreto 18/2023, de 3 de marzo, del Consell por el que se regula la Calidad en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, que evaluará si se ha realizado una atención social personalizada, integral y continua en el que la persona haya participado en la toma de decisiones (art.4).

servicios sociales facilitar que las personas alcancen la autonomía personal y funcional en la unidad familiar o de convivencia que deseen, atender las necesidades derivadas de la falta de recursos básicos y de los déficits en las relaciones personales y con el entorno, evitando, si es posible, la institucionalización segregadora como solución de dichas carencias y promover la cohesión social y la resolución comunitaria de las necesidades sociales.

También puede citarse la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco (art.8 b) que apuesta por la atención de las personas en su entorno habitual, preferentemente en el domicilio e incide en la capacidad de elección. La integración en su entorno personal, familiar y social y la promoción de la normalización se erige en un principio de actuación (art. 7) y se señala que el modelo de intervención posibilitará la atención de las personas en su entorno habitual, preferentemente en el domicilio, y articulará, cuando la permanencia en el domicilio no resulte viable, alternativas residenciales idóneas, por su tamaño y proximidad, a la integración en el entorno. El art. 9 recoge el derecho a la autonomía<sup>288</sup> “entendiéndose por tal la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada, incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo calculado”.

No obstante, tampoco estas leyes más avanzadas reconocen ni garantizan el respeto a la decisión de la persona de mantenerse en su domicilio.

Muchas de las leyes autonómicas de servicios sociales contienen una regulación específica de los derechos de las personas que viven en centros residenciales, mientras que otras incorporan derechos relacionados con este colectivo en la regulación general de los derechos de las personas que reciben servicios sociales. Todas las leyes incluyen referencias al derecho al ejercicio de la libertad individual para el ingreso, la permanencia y la salida del centro - que, en todo caso, encuentra excepciones legales en el caso de los internamientos involuntarios, personas “incapacitadas”<sup>289</sup> y barreras en la práctica ante la falta de alternativas -, a la atención personalizada, a mantener relaciones con el entorno personal y social<sup>290</sup> o a la participación en la toma de decisiones. Muchas aluden al derecho a considerar como domicilio al centro residencial y a la personalización del entorno con objetos propios. Asimismo, es común la mención del derecho a obtener facilidades para hacer declaraciones de instrucciones previas o voluntades anticipadas. Destaca la previsión contenida en la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales y en la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias que reconoce el derecho de las personas que mantengan una relación de afectividad en un establecimiento residencial a compartir el mismo alojamiento.

En relación con los catálogos de derechos, la normativa autonómica de servicios sociales ha regulado mínimamente las restricciones<sup>291</sup>.

<sup>288</sup> En este sentido ya se pronunciaba el Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas, que permite poder elegir el propio estilo de vida, participar en la adopción de las decisiones que les afecten directa o indirectamente y ser respetadas en las opciones elegidas (art. 7 a).

<sup>289</sup> Lo que pone de relieve la necesidad de adaptar estas leyes a la reforma en materia de capacidad jurídica.

<sup>290</sup> Cabe subrayar que la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias recoge también el derecho de la persona a mantener su relación con el entorno familiar y social e indica que será “facilitada”.

<sup>291</sup> Así, caben destacar la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria. Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, del País Vasco. Ley

Frente a la primera generación de normas de servicios sociales que reconocían el derecho de las personas a no ser sometidas a ningún tipo de sujeción física o farmacológica sin prescripción facultativa y supervisión, lo que significaba que dichas leyes admitían plenamente el uso de sujeciones físicas y farmacológicas siempre que mediase prescripción facultativa y supervisión<sup>292</sup>, entre los años 2018 y 2021 y debido a la toma de conciencia en relación con los derechos implicados, se aprecia una nueva posición por parte de algunas Comunidades Autónomas a la hora de acometer la regulación de las sujeciones. Ya no se trata de sentar una garantía dirigida al buen uso de las sujeciones -prescripción médica y supervisión- sino de reconocer abiertamente el derecho de la persona a no ser objeto de sujeciones; legitimándose estas sólo en supuestos excepcionales. La idea no es aplicar sujeciones con prescripción médica, sino no aplicarlas.<sup>293</sup>

Las leyes autonómicas de servicios sociales mencionan también la calidad de la atención como principio e incluyen alusiones a la acreditación de la calidad - si bien, con carácter general, no incorporan ni aluden a que se tengan en cuenta estándares éticos basados en un enfoque de derechos humanos - y a las labores de inspección e incorporan un régimen de infracciones y sanciones.

En todo caso, existe una gran variabilidad en la existencia y estructuración de los catálogos de servicios autonómicos y en los servicios ofertados<sup>294</sup>.

Es muy importante tener en cuenta que, aunque la normativa autonómica define el sistema de servicios sociales como universal y califica las prestaciones como derechos subjetivos, en realidad las leyes contemplan prestaciones garantizadas pero también

---

4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales inclusivos de Valencia. Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin sujeciones*, 2023, p. 29

<sup>292</sup> Se describe en el *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, que en ese momento lo usual era que, por conveniencia organizativa del centro, se aplicaran sujeciones mecánicas sin prescripción facultativa alguna y muy escasamente supervisadas, la legislación no se planteó reconocer el derecho de la persona a que no se le aplicaran sujeciones por cuanto podían vulnerar derechos fundamentales, particularmente el derecho a la libertad, sino que centró su respuesta en garantizar que las sujeciones, sin regular las razones que podían legitimar su aplicación, estuviesen prescritas por profesional de la medicina. Se consideró que con esta garantía -prescripción médica y supervisión- se legitimaban las sujeciones y se eliminaría el maltrato, entonces bastante habitual, *Idem*, p. 30

<sup>293</sup> Buen ejemplo de la nueva filosofía son la modificación operada en el año 2018 en la Ley de Servicios Sociales de Cantabria (art. 6, letra s, según redacción dada por la Ley 11/2018), la nueva Ley de Servicios Sociales de Canarias de 2019 (artículo 11 y disposición adicional 1º de la Ley 16/2019, de 2 de mayo) y el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores del País Vasco (art. 34.2) *Idem*, p. 31.

<sup>294</sup> Existe un catálogo de referencia de 2013 aprobado por el Consejo Territorial de Servicios sociales que engloba lo siguiente: 1. Las prestaciones de servicios: entendiéndose por tales las actuaciones que realizan los equipos técnicos orientadas a atender las necesidades sociales y favorecer la inserción social de los ciudadanos y ciudadanas, familias y grupos de población y 2. Las prestaciones económicas: aportaciones económicas, de carácter periódico o pago único, ofertadas para garantizar mínimos de subsistencia o situaciones de emergencia sobrevenidas a los ciudadanos/as. Las prestaciones de servicios tienen siete ejes temáticos que corresponden a diferentes situaciones de necesidad social: 1) Información, orientación, asesoramiento y diagnóstico, 2) Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar, 3) Intervención y apoyo familiar, 4) Intervención y protección de menores, 5) Atención residencial, 6) Prevención e inclusión social y 7) Protección jurídica.

prestaciones que califican de condicionadas o no garantizadas, de manera que “su efectiva satisfacción se hace depender no solo de que la persona solicitante cumpla con los requisitos reglamentariamente establecidos como necesarios para exigirla, sino también de la disponibilidad presupuestaria para hacerla efectiva”. Pero es que, además, “la exigibilidad de las prestaciones y servicios ofrecidos por los distintos sistemas autonómicos de servicios sociales no queda perfeccionada en las leyes autonómicas, sino que se hace depender en casi todos los casos de la existencia de un catálogo o cartera de servicios sociales, a desarrollar reglamentariamente con posterioridad a la entrada en vigor de las distintas leyes”<sup>295</sup>. Únicamente 7 Comunidades Autónomas cuentan con este Catálogo/Cartera de prestaciones lo que explica que al final estas leyes queden en “un texto con una serie de principios generales y definiciones que tienen escaso reflejo práctico en la vida de la ciudadanía”<sup>296</sup>.

En todo caso, las normas autonómicas de servicios sociales han incluido los servicios y prestaciones económicas del SAAD. En ocasiones, han ampliado este catálogo con otros servicios y prestaciones<sup>297</sup>, a veces mencionados en la normativa de discapacidad, que pueden favorecer la permanencia de la persona, y en particular de las personas con discapacidad, en su domicilio (como por ejemplo productos de apoyo, nuevas tecnologías, adaptación de viviendas, viviendas colaborativas o con apoyo, prestación económica para la adquisición y el mantenimiento de apoyos a la accesibilidad universal, intervención y participación comunitaria, acompañamiento, apoyo y respiro a personas cuidadoras)<sup>298</sup>. Ahora bien, la mayoría de estos servicios no están garantizados y raramente se ofrecen. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con las medidas de asesoramiento, apoyo y respiro a las personas cuidadoras en el ámbito familiar<sup>299</sup> y, como antes se indicó, con los servicios residenciales con apoyo o colectivos<sup>300</sup>.

En la normativa autonómica de servicios sociales se observan diferencias territoriales significativas en cuanto a los requisitos de acceso a servicios y prestaciones, su carácter como prestaciones garantizadas y la cuantía de las mismas, en el caso de tratarse de prestaciones de carácter económico<sup>301</sup>, y, de nuevo, con la cuestión de los copagos<sup>302</sup>.

<sup>295</sup> OCDE, *Modernización de los servicios sociales en España diseño de un nuevo marco estatal*, cit., p. 32

<sup>296</sup> Idem.

<sup>297</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGO, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, cit., p. 45

<sup>298</sup> Idem, p. 47 nota 26, por ejemplo, la Ley de servicios sociales de la Comunidad Valenciana establece, además del carácter de prestaciones y servicios garantizados a los del catálogo del SAAD, la gratuidad de la atención domiciliaria para las personas en situación de dependencia (art.36.1, h) y garantiza los apoyos a las personas cuidadoras (art.36, z). Igualmente, en relación al servicio de teleasistencia a las personas que viven solas o en situación de dependencia siempre que se haya establecida en el PIA, incluso en algún caso se reconoce la gratuidad del SAD y de la atención diurna para las personas en situación de dependencia

<sup>299</sup> Se señala en OCDE, *Modernización de los servicios sociales en España diseño de un nuevo marco estatal*, cit., p. 124 que este es caso únicamente en Andalucía y Aragón, donde esta oferta está condicionada, y en Cataluña que está garantizada bajo condiciones. En todo caso, en ocasiones los servicios de respiro están diseñados en términos que pueden favorecer la institucionalización de las personas con discapacidad en centros, pues consisten en estancias temporales que, finalmente, pueden convertirse en permanentes.

<sup>300</sup> En ese sentido, es interesante constatar los ejemplos de la comunidad de Navarra donde los pisos tutelados están garantizados; asimismo, en Navarra la vivienda con apoyo y los pisos supervisados están condicionados a la disponibilidad de fondos, así como en Cataluña y en Valencia, Idem, p. 105.

<sup>301</sup> Idem, p.12.

<sup>302</sup> Idem, p. 13.

## Normativa autonómica reguladora de Centros y servicios

En este ámbito normativo se incluye un conjunto de normas diversas - decretos, órdenes, resoluciones y algunas leyes - que regulan las condiciones y requisitos que deben cumplir los servicios sociales y centros, de atención a la dependencia o específicamente destinados a personas con discapacidad (algunas normas se refieren, además, exclusivamente a centros o servicios residenciales).

De nuevo, con carácter general, esta normativa - pueden citarse, entre otras, como ejemplos, las normas de Asturias<sup>303</sup>, Canarias<sup>304</sup>, Cataluña<sup>305</sup>, País Vasco<sup>306</sup>, Valencia<sup>307</sup> - incorpora con más o menos amplitud y concreción elementos coherentes con el enfoque de derechos que suponen orientaciones hacia la desinstitucionalización mencionando la autonomía, la inclusión, la atención personalizada e integral, la participación o la dimensión comunitaria.

En esta línea, cabe destacar positivamente el caso de Cantabria que en la Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria, recoge en su art. 3f) el “principio de respeto a la identidad sentida y manifestada por el usuario, sin que pueda ser objeto de tratamiento infantilizado, edadista o que menoscabe de cualquier otra forma su dignidad personal con estereotipos basados en la fragilidad o vulnerabilidad de las personas”.

Asimismo, puede mencionarse el Decreto 88/2017, de 5 de diciembre, por el que se regulan las condiciones mínimas exigibles a los centros y servicios destinados a la atención a personas con discapacidad en Castilla-La Mancha por su insistencia en la utilización de recursos comunitarios indicando que en todo plan de apoyo personalizado “se especificará la utilización de los recursos formativos, sanitarios, de ocio y tiempo libre, o los servicios sociales ordinarios de la comunidad, para lo cual se establecerán los cauces de coordinación necesarios con los profesionales de esos recursos”.

Por su parte, la Orden Fam/197/2023, de 14 de febrero, por la que se aprueban las bases por las que se regula la acción concertada en el ámbito de actuación de las medidas de apoyo a las personas dependientes y sus familias, para la gestión de los centros residenciales para personas con discapacidad por enfermedad mental grave y prolongada de titularidad de la gerencia de servicios sociales de Castilla y León indica que el referente en la organización de los servicios de apoyo a las personas será el de la Vida Independiente. En su art. 5 sobre condiciones técnicas de ejecución de la concertación señala que el modelo de atención en el centro residencial será el de Atención Integral

<sup>303</sup> Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

<sup>304</sup> Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio.

<sup>305</sup> Decreto 318/2006, de 25 de julio, de los servicios de acogida residencial para personas con discapacidad. Cataluña.

<sup>306</sup> Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas

<sup>307</sup> Decreto 18/2023, de 3 de marzo, del Consell por el que se regula la Calidad en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales

Centrada en la Persona para cuidados de larga duración que parte del respeto pleno a la dignidad y los derechos de la persona y se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de su calidad de vida y bienestar. Se alude también a la Atención libre de restricciones indicando que las personas atendidas en el centro residencial tienen derecho a no estar sujetas a ningún tipo de restricción y que este derecho se entiende referido tanto a lo que respecta al uso de medios mecánicos y farmacológicos como a limitaciones relativas a la autonomía decisoria, o a aquellas derivadas de la privación de apoyos o al derecho a recibir información accesible<sup>308</sup>. Se exige que se elabore y proporcione a cada persona un plan personal de apoyo a su proyecto de vida<sup>309</sup> como elemento estratégico vertebrador de la atención prestada. Finalmente, es importante también subrayar que entre los criterios de valoración se incluyen programas innovadores o para la mejora de la calidad de la atención a las personas del centro.

De nuevo es especialmente avanzado el Decreto Foral 92/2020, de Navarra, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones que pone en el centro de la regulación la promoción de la autonomía personal y la participación en la toma de

---

<sup>308</sup> Se señala, en todo caso, que “excepcionalmente, en intervenciones puntuales por urgente necesidad para la preservación de la integridad de la persona usuaria, sus cuidadores o de terceros, se podrá practicar alguna medida de restricción, con la consideración de excepcional, después de constatar el fracaso de otras medidas alternativas, y siempre documentando tanto los intentos alternativos realizados, como los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido”.

<sup>309</sup> El proyecto de vida documentado se considera una actuación técnica, que partiendo de la información que proporciona la historia de vida de la persona, identifica los propósitos y metas, las actividades y situaciones que dan sentido a su vida, y su manera de entender el bienestar, sobre la base de sus valores, preferencias y deseos.

El Proyecto de vida se define como “el conjunto de expectativas, acciones y decisiones que la persona despliega a lo largo de su vida para alcanzar ciertas metas, orientadas por valores personales y que, desde la base de la ética, la justicia y los derechos humanos universales, sirven de guía para mantener la dirección que la persona desea y tener una vida con significado. El proyecto de vida incluye tanto las metas y acciones que la propia persona se propone y puede realizar por sí misma como aquellas para las que precisaría apoyo por parte de otros”.

Por su parte el Plan de apoyos al proyecto de vida es el instrumento de intervención, de carácter técnico, que debe figurar por escrito y en el que quedarán reflejados los apoyos que se van a proporcionar a la persona usuaria para conseguir su desenvolvimiento en la cotidianidad y su inclusión social, de acuerdo con su proyecto de vida. Incluye tanto los apoyos informales del entorno familiar y social de la persona usuaria, como los apoyos existentes en su comunidad y los apoyos proporcionados por los servicios sociales y, en su caso, en coordinación, con otros sistemas de bienestar social, conforme a su proyecto.

decisiones<sup>310</sup>, la normalización y el enfoque comunitario<sup>311</sup>. Asimismo, debe destacarse el catálogo amplio de derechos que incorpora y las innovaciones en su formulación<sup>312</sup>.

Por otro lado, encontramos normas - como sucede en Andalucía<sup>313</sup> o Madrid<sup>314</sup> - que, en diferentes aspectos, perpetúan elementos de la cultura institucional, que no terminan de poner a la persona en el centro, priorizando las necesidades de la organización, que manejan una perspectiva más asistencialista que de derechos y que no tienen suficientemente en cuenta la perspectiva relacional ni la atención comunitaria. Especialmente negativa es la regulación contenida en el Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados que en la

<sup>310</sup> Así, se indica que con el Plan de Atención Individual Centrado en la persona (o plan de apoyos en el ámbito de la discapacidad intelectual o del desarrollo) de las personas usuarias se trata “ya de una planificación que no sólo busca actuaciones y apoyos individualizados, por no ser uniformes sino partir de las necesidades de cada persona, sino que, para partir de esas necesidades lo hace contando con que la propia persona ha de tener un papel activo en el proceso, buscándose lo que es significativo para ella, para, apoyando sus capacidades y derecho a gestionar su propia vida, planificar consensuadamente un proyecto de vida en consonancia con su identidad personal, con lo que para cada persona es realmente importante”.

<sup>311</sup> En este sentido se establece que hay que proporcionar a las personas, “dentro y fuera del servicio de que se trate, un estilo de vida cotidiano, lo más cercano posible, en configuración, desarrollo y experiencias, al que cualquier persona pueda disfrutar en su entorno familiar y social natural, así como, en su caso, al que venía disfrutando y al que considere relevante seguir disfrutando, procurando su atención a través de los servicios generales y ordinarios. Se utilizarán todos los servicios que sean posibles del entorno como parte de las actividades del centro, y se programarán actividades en el centro que tengan como destino las personas que vivan en el entorno del mismo, dentro de un enfoque comunitario”.

<sup>312</sup> Entre ellos se incluye el derecho “b) A recibir del personal que presta el servicio un trato personalizado, afectuoso, digno y respetuoso con su intimidad, identidad y creencias, poniendo en valor y respetando la singularidad de cada persona, acercándose a sus biografías, circunstancias y proyectos de vida personales y atendiendo la diversidad como un elemento de riqueza c) A recibir una atención personalizada de acuerdo con sus necesidades específicas, deseos, preferencias y los objetivos establecidos en su Plan de Atención Individual Centrado en la persona y a recibir apoyos que se orienten al logro de una vida significativa para cada una, según su identidad. d) Al reconocimiento de la vulnerabilidad y relaciones de interdependencia a lo largo de la vida, incluyendo el de relacionarse con su familia, amistades y personas de su entorno social, facilitándoles el acceso al centro, en la medida de las posibilidades de cada centro, para, con independencia de su situación y características, recibir su apoyo y para continuar su contribución a los demás. e) A participar, activa y responsablemente, de acuerdo con su capacidad, en las decisiones que le afecten en sus cuidados y a ser parte del Plan de Atención Individual Centrado en la persona, junto con sus familiares o personas de referencia o apoyo si así lo desea. Cuando las personas tengan barreras para ello, deberán poder también participar, teniendo derecho a contar a tal efecto los apoyos necesarios que les permitan realizar su plan orientado a facilitar el mayor bienestar posible. f) A participar en la organización, actividades y desarrollo en la vida del centro. g) A que la organización del centro/servicio y el personal se adapten, en todo lo posible para el titular, a las necesidades, circunstancias y preferencias de cada residente, siempre respetando los derechos del resto de usuarios y usuarias. i) A decidir, sin menoscabar la organización del centro, los horarios de acostarse o levantarse, o las horas de las comidas, a cuyos efectos es válido fijar franjas horarias siempre que permitan un margen de decisión para las personas usuarias. m) A estar libre de sujeciones físicas y químicas. Solamente podrán prescribirse en supuestos excepcionales, y como única alternativa, de acuerdo con la normativa vigente en esta materia. ñ) A ser oídas y tenidas en cuenta antes de formular las condiciones definitivas en que se va a licitar un servicio que les afecte”.

<sup>313</sup> Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas

<sup>314</sup> Ley 11/2002 de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

determinación de los tipos de centro se clasifica a las personas como ‘válidas’ o ‘disminuidas’.

Además, con carácter general, esta normativa se centra, con más o menos detalle, en la regulación de los requisitos materiales y funcionales que deben cumplir los servicios y los centros, en torno a los cuales pivota la acreditación y la evaluación de su calidad. Sin embargo, no se incluyen criterios, estándares ni indicadores relacionados con la calidad ética desde un enfoque de derechos humanos.

### **Normativa autonómica de Atención temprana**

Como antes se indicó, y ante la ausencia de una ley estatal, la regulación de la atención temprana se produce en el nivel autonómico<sup>315</sup>.

Además de regular el servicio de atención temprana y su intensidad en sus respectivas normas de atención a las situaciones de dependencia y de aludir a esta cuestión en sus leyes en materia de discapacidad, algunas CCAA han aprobado normativa específica (leyes o decretos) en materia de atención temprana. Sin embargo, otras CCAA han optado por incluir la atención temprana en sus normativas de servicios sociales o en las Leyes sobre infancia y la adolescencia, desarrollando órdenes de la consejería pertinente para su regulación. Aunque se regula en su ley general de servicios sociales, en Cantabria la atención temprana está dentro de la cartera del sistema público de salud, concretamente dentro de atención primaria.

En general, y en especial las regulaciones autonómicas más recientes, como la Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la atención temprana en Canarias, la Ley 2/2023, de 10 de febrero, de Atención Temprana en Castilla-La Mancha; la Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía o la Orden Foral 94/2019, de 9 de septiembre, por la que se regula el Servicio de Atención Temprana del Departamento de Derechos Sociales en Navarra, se recogen principios y objetivos acordes con el enfoque de derechos como la atención personalizada, la promoción de la inclusión y la autonomía y se incorpora una aproximación interdisciplinar y un enfoque comunitario y de prevención. Además, tiende a garantizarse la gratuidad del servicio.

Ahora bien, desde diversas instancias se han denunciado las disparidades existentes en los servicios de atención temprana de las CCAA generadoras, de nuevo, de importantes desigualdades<sup>316</sup>. En este sentido, se ha subrayado la existencia de diferencias entre CCAA en las edades de acceso y finalización de la atención temprana, en la definición de los servicios, profesionales, intensidades y frecuencias y modalidades de

---

<sup>315</sup> Un análisis normativo de la atención temprana en España, que, en todo caso debe actualizarse con las últimas novedades legislativas puede verse en CONFEDERACIÓN AUTISMO ESPAÑA, *Análisis normativo: La Atención Temprana en España que reciben los niños y las niñas con trastorno del espectro del autismo*, 2021, disponible en [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=7513](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7513) (última consulta 30 de octubre de 2023). Ver también CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS JAVIER ROMANACH, Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, *Informe sobre la Atención Temprana: Especial referencia a la comunidad de Madrid*, 2018, disponible en <https://clinicajuridicadisapacidadidhbc.files.wordpress.com/2018/05/informe-atencion-temprana.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

<sup>316</sup> Así lo han considerado por ejemplo la Plataforma por la Atención Temprana y Derechos de la Infancia y la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana.

atención<sup>317</sup>. En todo caso, con carácter general, los servicios autonómicos se caracterizan por su baja frecuencia, periodicidad e intensidad. Además, no todas las CCAA cuentan con organismos coordinadores de los diferentes servicios implicados en la atención temprana, en muchos casos los procedimientos administrativos para el acceso son complicados y lentos lo que, unido a la insuficiencia de recursos y los retrasos en la valoración, da lugar a listas de espera de varios meses<sup>318</sup>. Asimismo, otras deficiencias identificadas tienen que ver con que las intervenciones no se centran suficientemente en las familias, se realizan en un contexto terapéutico y no en el contexto natural del niño o la niña y en la ausencia de programas de continuidad o transición cuando la atención temprana finaliza<sup>319</sup>.

## Normativa autonómica en materia de Vivienda

Algunas regulaciones autonómicas sectoriales en materia de vivienda incluyen referencias, además de a la accesibilidad, a la vida independiente o a las personas con discapacidad.

En la Ley 1/2010, de 8 de marzo, Reguladora del Derecho a la Vivienda en Andalucía, el artículo 1º da cuenta de cómo esta ley busca garantizar a nivel autonómico el derecho a la vivienda digna y adecuada, ya consagrado constitucionalmente, regulando las facultades y deberes integrantes de dicho derecho, así como las actuaciones que para su efectividad caben a las administraciones públicas de Andalucía. Además, el numeral dos constituye un mandato para las Administraciones locales, al disponer la promoción de políticas que promuevan el acceso a la vivienda digna y adecuada. Luego, su artículo 2 desarrolla la titularidad subjetiva en torno al derecho a una vivienda digna y adecuada, libre de discriminaciones de ningún tipo y en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, incorporando, implícitamente, una perspectiva de género en el ejercicio del derecho. La norma establece también las necesidades que deberá satisfacer este derecho, posibilitando una vida independiente y autónoma que favorezca el ejercicio de los derechos fundamentales. Por último, esta disposición no conceptualiza la vivienda digna y adecuada, sino que enumera los tres requisitos que ella deberá reunir, a saber: que sea una edificación fija, estable e independiente en términos registrales; que sea accesible, en particular aquellas destinadas a personas con necesidades especiales; y que sea de calidad, según los términos de esta ley.

La Ley 18/2007, de 28 de diciembre, del derecho a la vivienda de Cataluña incluye cupos especiales de reserva para personas con movilidad reducida estableciendo que en todas las promociones debe reservarse un porcentaje no inferior al 3% del volumen total para destinarlo a satisfacer la demanda de vivienda para dicho colectivo.

<sup>317</sup> CONFEDERACIÓN AUTISMO ESPAÑA, *Análisis normativo: La Atención Temprana en España que reciben los niños y las niñas con trastorno del espectro del autismo*, cit., p. 7 y p. 58.

<sup>318</sup> EL DEFENSOR DEL PUEBLO, *Personas con discapacidad en el informe anual 2022, 2023*, p. 49 ha denunciado que “las dilaciones para la valoración en los casos de atención temprana resultan, si cabe, más acuciantes, teniendo en consideración que, al cumplir, por regla general, los seis años de edad, el niño ya no puede acceder a los servicios correspondientes”. Así, como se indica en este informe, en una de las quejas tramitadas, sobre la actuación del Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil (CRECOVI) de Madrid, la solicitud de valoración de fecha 18 de noviembre de 2021 se resolvió con fecha 20 de mayo de 2022, recomendándose los tratamientos de Estimulación, Logopedia y Psicomotricidad para el período hasta el 13 de abril de 2024, fecha en que el menor cumple 6 años.

<sup>319</sup> Idem.

La Ley 8/2004, de 20 de octubre, de la Vivienda de la Comunidad Valenciana mandata a los actores responsables a potenciar la oferta de viviendas que satisfagan las necesidades de los grupos menos favorecidos (artículo 60), si bien no menciona expresamente en este precepto a las personas con discapacidad.

Por su parte en la Comunidad de Madrid el Decreto 52/2016, de 31 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se crea el Parque de Viviendas de Emergencia Social y se regula el proceso de adjudicación de viviendas establece que en los casos de personas con discapacidad reconocida de al menos un 65 por 100 o que sean dependientes de grado II o III cuya unidad familiar esté compuesta por un solo miembro, que requiera ayuda de otra persona y se acredite debidamente dicha circunstancia, se considerará un miembro más a efectos de composición familiar. Además, establece en su artículo 13 una serie de situaciones de especial necesidad que requieren de particular apoyo de los entes públicos entre las que mencionan la violencia de género, el residir en infraviviendas o construcciones provisionales y residir en albergues, casas refugios o pisos tutelados, establecimientos penitenciarios, centros psiquiátricos o establecimientos similares, y estar en condiciones de vivir de forma independiente, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable en cada caso, entre otras.

La Ley 3/2015, de 18 de junio, de vivienda de la Comunidad Autónoma del País Vasco se refiere en su art. 23 a los alojamientos destinados al alojamiento temporal de personas con dificultades de acceso a la ocupación legal de una vivienda considerando que estos alojamientos pueden destinarse a personas que requieren una especial protección, entre ellas, “violencia de género, personas mayores, personas sin hogar, discapacitados”.

Para cerrar este apartado sobre el marco jurídico vigente en España cabe señalar que en este Estudio no se ha podido entrar a analizar con detalle, dada su amplitud y dispersión, la **normativa local**. Ello supone una limitación en tanto las autoridades locales tienen una importante responsabilidad en materia de servicios sociales existiendo, además, una gran variación en el nivel de financiación de los gobiernos regionales y locales. También en el sistema de atención a la dependencia las Entidades Locales tienen la competencia sobre muchos de los servicios de proximidad y su aportación es sustancial por lo que deberán ser tenidas en cuenta en el impulso del cambio de modelo de atención.

### **2.3.- Normativa que impide o dificulta los procesos de desinstitucionalización y las alternativas de vida independiente**

Como se avanzó al inicio y se ha podido constatar en el análisis desarrollado en el anterior apartado, en el contexto español el marco jurídico vigente no contiene apenas alusiones explícitas a la desinstitucionalización más que en algunos documentos políticos recientes, en la Ley por el derecho a la vivienda y en iniciativas legislativas que quedaron pendientes de aprobación en la pasada legislatura.

Algunas normas incorporan principios generales y reconocen derechos coherentes con la exigencia de desinstitucionalización, pero no los desarrollan de forma adecuada ni contienen previsiones para hacerlos operativos en la práctica. En ocasiones, incluso a veces en esas mismas normas, existen también previsiones que no favorecen e

incluso suponen un importante obstáculo para al avance de los procesos de desinstitucionalización.

Ciertamente, es posible identificar en el sistema jurídico español disposiciones que facilitan, permiten o que de algún modo promueven la institucionalización. También se han detectado lagunas muy relevantes en el reconocimiento jurídico y la garantía del derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad y en varios derechos conexos. El derecho de las personas con discapacidad a decidir dónde, cómo y con quien vivir y a contar para ello con apoyos flexibles, diversos y personalizados - tecnológicos y humanos - libremente elegidos está lejos de ser protegido y promovido.

Del análisis desarrollado en el apartado anterior se desprende que las principales normas que, a nivel estatal, obstaculizan o no facilitan los procesos de desinstitucionalización en España serían: el art. 49 de la Constitución española al manejar una visión médica y asistencialista de la discapacidad, el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil que permite el internamiento involuntario, la Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que no reconoce el derecho a la vida independiente en los términos del art. 19 de la Convención y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las situaciones de Dependencia que carece de un enfoque de derechos y social, respondiendo más bien a una perspectiva asistencialista y médica, que ofrece un catálogo rígido y limitado de servicios y prestaciones de baja intensidad y en ocasiones incompatibles que no se orientan a la promoción de la autonomía ni se ajustan a las necesidades de las personas. Asimismo, existen lagunas relacionadas, por ejemplo, con la inexistencia de leyes estatales en materia de servicios sociales o atención temprana y deficiencias en otras regulaciones como sucede con la Ley integral de igualdad de trato o la Ley por el derecho a la vivienda.

Además, los servicios para personas con discapacidad incluidos en la normativa autonómica, y, en especial, en la normativa de servicios sociales, que vendrían a completar la “oferta” de la LAPAD, no están disponibles en la práctica debido a la ausencia de desarrollo reglamentario, a la no aprobación de Catálogos de servicios autonómicos y a la falta de disponibilidad presupuestaria cuando se trata de prestaciones no garantizadas.

Se han constatado, además, importantes diferencias en los servicios disponibles para las personas con discapacidad, sus costes etc. en función de los distintos territorios.

Por otro lado, y al igual que sucede en otros países, con carácter general, también en España determinadas normas que regulan la prestación de servicios pueden ser un obstáculo para el desarrollo de nuevos servicios de base comunitaria al establecer la exigencia de cumplimiento de ciertos requisitos materiales rígidos - estándares de higiene, seguridad, información, actividades regladas etc. -que resultan, en muchas ocasiones, muy complicados de cumplir para estos servicios y, que, además, perpetúan la cultura institucional, no conducen a la atención individualizada y limitan la innovación<sup>320</sup>. Este

---

<sup>320</sup> EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, cit., pp. 66 y 67. Se indica, por ejemplo, en este informe que en Eslovaquia, por ejemplo, las reglamentaciones estipulan lo que los participantes consideraron estándares de higiene poco realistas para las viviendas subvencionadas. En Irlanda, se consideró que el requisito de indicar las salidas de emergencia y mostrar los procedimientos de quejas, las listas de personal y los menús contribuía a crear una atmósfera institucional. A algunos participantes en Italia, por ejemplo, les preocupaba que el enfoque de las autoridades locales en cumplir con los requisitos

déficit también se subrayó en los grupos de discusión con técnicos y técnicas que trabajan en la atención a personas con discapacidad<sup>321</sup>, organizados en el marco del Proyecto EDI.

En conexión con lo anterior, las disposiciones que regulan la evaluación de los servicios, las exigencias de acreditación y, por tanto, las condiciones incluidas en la concertación o los pliegos de licitación giran, con carácter general, en torno a esos mismos requisitos formales y técnicos centrados en el servicio, sin que se incorporen criterios de calidad ni indicadores relacionados con el enfoque de derechos.

De nuevo en relación con las reflexiones precedentes, se ha indicado que las normas que regulan la financiación de proyectos y actuaciones que pueden servir para impulsar la desinstitucionalización incorporan también requisitos rígidos, gastos elegibles muy limitados basados en modelos de intervención obsoletos e institucionalizadores, y procedimientos complejos de justificación de las ayudas que también dificultan la puesta en marcha de soluciones innovadoras y el acceso a la financiación. En particular, esto es lo que sucedería con la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

### 3.- Propuestas de cambios jurídicos

El éxito de los procesos de desinstitucionalización requiere la construcción de marcos legislativos sólidos que garanticen la provisión, el acceso y la financiación de los servicios de apoyo de base comunitaria que promuevan la inclusión en la sociedad y la vida independiente sobre la base de las elecciones y preferencias de las personas con discapacidad<sup>322</sup>. Asimismo, resulta esencial la eliminación o modificación de toda la normativa que obstaculiza o impide el avance en estos procesos<sup>323</sup> y también colmar posibles lagunas. Por tanto, un elemento clave en el camino hacia la desinstitucionalización lo constituye la revisión integral de las normas y políticas en el nivel nacional desde un enfoque de derechos y en línea con los estándares internacionales y europeos<sup>324</sup>.

#### 3.1.- Reforma constitucional

La construcción de un marco normativo sólido que impulse el proceso de desinstitucionalización en relación con las personas con discapacidad debe comenzar por la incorporación del enfoque de derechos, que fundamenta tal proceso, en la norma constitucional.

Resulta complicado consolidar un nuevo modelo de apoyo basado en los derechos si nuestra norma fundamental continúa anclada en la perspectiva médica que fundamenta

---

legales restrictivos al elegir qué proyectos apoyar podría obstaculizar su potencial para identificar y desarrollar nuevos enfoques.

<sup>321</sup> EPD15-04.04-GDTécnicos.

<sup>322</sup> OHCHR, Europe Regional Office, *Forgotten Europeans, Forgotten Rights: The Human Rights of Persons Placed in Institutions*, ya citado.

<sup>323</sup> EUROPEAN EXPERT GROUP ON TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Common European Guidelines on transition from institutional to community-based care*, 2012, ya citado, Chapter 4.

<sup>324</sup> Idem.

el modelo asistencialista. Desde 2018 se está discutiendo un proyecto para la modificación del art. 49 CE. Sin embargo, el texto planteado se considera insuficiente, entre otras razones, por no hacer mención explícita a la accesibilidad y porque las alusiones a la autonomía personal y a la inclusión social, debería ir acompañadas de la referencia a la vida independiente y, con ella, de la mención de los apoyos y la asistencia. Asimismo, sería conveniente incluir la atención integral y la atención temprana<sup>325</sup>

Adicionalmente, si se pretende incorporar la discapacidad al discurso de los derechos, sería, además, necesario trasladar el art. 49 a la sección 2ª del Capítulo segundo del Título Primero, haciéndolo salir del Capítulo dedicado a los “Principios Rectores de la política social y económica”, reforzando su garantía e introducir expresamente la discapacidad entre los motivos prohibidos de discriminación en el art 14 CE.

Asimismo, y con el objetivo de favorecer la lucha contra la discriminación y dejar a un lado la visión que parece alejarla del discurso de los derechos, sería importante una reforma del artículo 81 CE que permitiera extender a su ámbito el contenido del art. 14 CE.

## 3.2. Reformas legales

### Reforma de la Ley integral de Igualdad de trato

De acuerdo con las consideraciones señaladas en el apartado anterior, la legislación de referencia en materia de igualdad y no discriminación debería ser una ley orgánica. Además, sería necesario cuestionarse la relegación de la violación del derecho a la igualdad al ámbito administrativo y la institucionalización forzosa y la falta de apoyos para vivir en la comunidad debería considerarse una discriminación. De igual modo podría ser oportuna la prohibición expresa de la aplicación de medidas restrictivas por razón de discapacidad.

### Reforma de la Ley de Enjuiciamiento civil y de otras normas relacionadas en materia de internamiento involuntario

El internamiento no voluntario se plantea en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil como una forma especial de privación de la libertad por razón de discapacidad que asume, además, el denominado enfoque de estatus, en la medida en que alude directamente al “trastorno psíquico” como condición para la adopción de la medida<sup>326</sup>. De esta forma, se enfrenta de manera directa con el derecho a la libertad de las personas con discapacidad consagrado en el art. 14 de la CDPD y con otros derechos reconocidos en su articulado, como ha destacado el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En efecto, la actual regulación del internamiento no voluntario instituye una discriminación por motivos de discapacidad -y por tanto una vulneración del artículo 5 CDPD- al establecer un supuesto específico de privación de la libertad aplicable exclusivamente a las personas con cierto tipo de discapacidades, en unas condiciones que resultan perjudiciales en relación con el tratamiento que recibe el resto de la ciudadanía

<sup>325</sup> DE ASÍS ROIG, Rafael; BARRANCO AVILÉS, María del Carmen y CUENCA GÓMEZ, Patricia, “Sobre el proyecto de reforma del Artículo 49 de la Constitución”, ya citado.

<sup>326</sup> CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad*, ya citado.

y que suponen la sustitución de la persona en la toma de decisiones sin que se prevea, además, la prestación de apoyo -violándose, así, el art. 12 CDPD. Además, su aplicación, en la práctica, da lugar a la vulneración de otros derechos reconocidos en la CDPD. En particular, los tratamientos médicos involuntarios, rutinariamente aplicados en los internamientos forzados, no respetan el derecho de las personas con discapacidad al consentimiento libre e informado (art. 25 CDPD) y afectan a su derecho a la integridad personal (art. 17 CDPD); algunos tratamientos médicos involuntarios especialmente invasivos y otras intervenciones coercitivas como son las contenciones y sujeciones pueden implicar tratos inhumanos, degradantes o incluso tortura (art. 15 CDPD) y no existen suficientes mecanismos de control para evitar prácticas abusivas (art. 16 CDPD).

A la vista de todo ello, es urgente revisar la legislación española en materia de internamiento no voluntario desde los parámetros que impone la Convención y tomando como referencia el concepto de urgencia vital aplicado de manera neutral. Esta revisión debe realizarse junto a una reformulación del sistema de salud mental que establezca una Red de Atención Integral Psicosocial. En todo caso, es necesario derogar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y modificar leyes como la Ley de la Jurisdicción Voluntaria, la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Sanidad o la Ley de Autonomía del Paciente<sup>327</sup>.

### **Elaboración de una nueva Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**

La LGDPD presenta muchas limitaciones derivadas de su naturaleza jurídica de texto refundido lo que provoca incoherencias y lagunas en su contenido y le ha impedido acometer reformas básicas para cumplir con las exigencias de la CDPD.

La LGDPD presenta muchas limitaciones derivadas de su naturaleza jurídica de texto refundido lo que provoca incoherencias y lagunas en su contenido y le impidió acometer reformas que resultaban imprescindibles en el momento de su adopción para cumplir con las exigencias de la CDPD.

Parece preciso, por ende, aprobar un nuevo instrumento normativo con rango, además, de ley orgánica, que regule los derechos de las personas con discapacidad de manera integral y completamente alineada con el marco y los contenidos de la CDPD (no sólo en los grandes principios).

Por lo que interesa al objeto concreto del presente Estudio, esta ley debería incorporar una mención expresa a la accesibilidad universal como derecho, asumiendo un sentido amplio de la accesibilidad que se proyecte en todos los bienes, servicios y derechos y diferenciarlo del derecho a la vida independiente. En la regulación del derecho a la vida independiente tendrían que incorporarse todos los contenidos del art. 19 CDPD, esto es, el derecho a elegir dónde, cómo y con quién vivir, el derecho a contar con apoyos de base comunitaria elegidos por la persona y la accesibilidad de los servicios generales. También resulta imprescindible reconocer la asistencia personal como un derecho en esta Ley y acometer su regulación general en esta sede para garantizar el funcionamiento de

---

<sup>327</sup> Se asumen, en este sentido, las propuestas incluidas en CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental*, elaborado por un equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, 2023 disponible en <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Informe-Tratamientos-Ingresos-Involuntarios-Salud-Mental.pdf> (última consulta 12 de noviembre de 2023).

esta figura de acuerdo con el marco de la CDPD<sup>328</sup>. Incluso podría plantearse la adopción de una Ley específica para regular la Asistencia Personal.

La regulación de la protección social y los servicios sociales para las personas con discapacidad debería incorporar principios claramente orientados a la desinstitucionalización y acordes con el modelo de cuidado basado en los derechos y la mención de servicios como las viviendas con apoyo o las tecnologías o productos de apoyo. En esta línea debería reforzarse la libre elección de los servicios de apoyo y establecerse expresamente el derecho de las personas con discapacidad que así lo deseen de seguir viviendo en sus hogares e incorporarse disposiciones orientadas a garantizar el funcionamiento de todos los recursos y servicios de apoyo de conformidad con las exigencias del enfoque de derechos. En particular, esta Ley debería contemplar la prohibición explícita de la construcción y el mantenimiento de recursos residenciales basados en la cultura institucional en el ámbito de la discapacidad.

En conexión con lo anterior, la LGDPD tendría que prohibir expresamente el uso de contenciones y sujeciones en todos los servicios de apoyo para las personas con discapacidad, así como cualquier restricción arbitraria de la autonomía y e incluir previsiones adicionales orientadas a garantizar los derechos de las personas que decidan libremente vivir centros residenciales o alojamientos colectivos acordes con el enfoque de derechos.

La normativa autonómica en materia de discapacidad también debería reformarse en línea con estas consideraciones.

### **Reforma sustancial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia y su entramado normativo (o en su caso aprobación de una nueva Ley de promoción de la Autonomía personal)**

Para el avance del proceso de desinstitucionalización resulta fundamental una reforma profunda de la LAPAD y una revisión de todo su entramado normativo. En ello coinciden diferentes estudios y también muchas de las personas que participaron en las entrevistas realizadas en el marco del Estudio EDI<sup>329</sup>.

Así, esta normativa debe ajustarse al enfoque de derechos y al modelo social presente en la CDPD abordando la nueva regulación desde una mirada integral que apoye el proyecto de vida de cada persona y respete el derecho a elegir y controlar los apoyos que se precisan para el desarrollo de una vida independiente. Como se indicó en una de las entrevistas de nuestro Estudio “sobre todo, es eso, que el modelo tiene que cambiar, o

---

<sup>328</sup> Los testimonios recabados en el marco del Proyecto EDI dejaron claro que en el sistema español la asistencia personal está muy lejos de considerarse un derecho alcanzando a un número muy limitado de personas con discapacidad en proyectos a los que falta continuidad dependiendo de la voluntad política y que no se ajustan a las exigencias de la CDPD, en tanto establecen exclusiones por razón de edad, no permiten a la persona escoger a su asistente, ofrecen un número muy limitado de horas de asistencia y no cubren todos los aspectos de la vida de la persona (EPD 16-20.04-Usuaría Institución).

<sup>329</sup> Algunas de las propuestas similares pueden verse, entre otros, en RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y MARBÁN GALLEGU, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* o en CES, *Informe el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, ambos informes ya citados.

sea, se tiene que cambiar la visión de modelo de la persona con discapacidad a una visión más social, más de derechos, más de vida independiente” (EPD1-21.02-Tercer Sector).

En este sentido, deben revisarse la definición de las situaciones de dependencia, los grados y baremos de dependencia y reemplazarse el concepto de actividades básicas de la vida diaria por el de actividades fundamentales. También debería adaptarse la regulación a la reforma en materia de capacidad jurídica.

Esta ley debería asegurar el derecho de las personas en situación de dependencia a una amplia gama apoyos y cuidados personalizados en el entorno comunitario y hacer realidad la libertad de elección.

Para ello, como se ha venido insistiendo desde el sector de la discapacidad, es necesario configurar un catálogo de prestaciones y servicios más amplio, flexible, diverso e innovador, que promueva verdaderamente la autonomía y la inclusión. Es también esencial modificar el régimen de incompatibilidades de prestaciones y servicios posibilitando su combinación y personalización para atender todas las necesidades de apoyo, incluso las más complejas, reorientar y reconceptualizar los servicios y prestaciones existentes y poner más énfasis en el enfoque preventivo y no solo reactivo.

Resulta, asimismo, imprescindible reforzar los servicios de promoción de la autonomía personal y de prevención de situaciones de dependencia, en particular, los relacionados con el ejercicio de la toma de decisiones y la vida independiente. En este sentido, debe garantizarse la asistencia personal como derecho, también en esta ley, para lo cual incluso podría plantearse, como antes se indicó, la aprobación de una ley de asistencia personal.

Con carácter general, tendrían que priorizarse e intensificarse servicios y prestaciones que impliquen el apoyo en casa con nuevas fórmulas. Debe haber un incremento muy importante de la atención domiciliaria en cuanto a coberturas e intensidades y establecerse nuevas fórmulas de apoyo en el domicilio (SAD intensivo, SAD de respiro, SAD nocturno, visitas preventivas sistemáticas, servicios de rehabilitación y fisioterapia, etc.). Deben optimizarse las soluciones que ofrecen las nuevas tecnologías, la inteligencia artificial y la digitalización que podrían emplearse para modernizar el servicio de teleasistencia. También podría incluirse un servicio o prestación económica relacionada con el uso de las nuevas tecnologías y los productos de apoyo.

En relación con los centros residenciales deberían incorporarse, de nuevo, previsiones orientadas a asegurar que cuando la persona elija libremente, lo cual supone que tiene otras opciones reales disponibles que se ajustan a sus necesidades, vivir en un centro éste no se organiza y funciona de acuerdo con el modelo institucionalizador.

La perspectiva de género tendría que estar presente realmente, y no sólo nominalmente, teniéndose en cuenta en todos los aspectos de la regulación y sería necesario extender el reconocimiento del derecho a recibir prestaciones y servicios a las personas extranjeras con residencia en España.

Deberían abordarse otros problemas como la burocratización y la lentitud de los procesos de valoración de las situaciones de dependencia que están detrás de las listas de espera y tendrían que revisarse o eliminarse los copagos y aumentarse la financiación y adoptarse medidas para promover que el aumento de financiación estatal se invierte de manera rápida y efectiva por las CCAA.

Finalmente, sería necesario establecer previsiones legales que obligasen al SISAAD publicase periódicamente datos completos y de calidad acerca de la situación

de las personas con discapacidad que reciben cuidado en los recursos y centros del sistema.

Quizá la profundidad de los cambios planteados podría hacer aconsejable adoptar un nuevo texto normativo que se plantee desde el inicio como una ley realmente orientada a la promoción de la autonomía personal y la vida independiente. En todo caso, los cambios propuestos en la normativa estatal de dependencia tendrían que proyectarse también en la legislación autonómica en la materia.

### **Aprobación de una Ley estatal de servicios sociales y adaptación de la normativa autonómica**

Como también han resaltado algunas de las entrevistas realizadas en el Estudio EDI<sup>330</sup>, es necesario adoptar una ley estatal de servicios sociales que promueva la transformación del modelo de intervención hacia servicios sociales basados en las personas, sus necesidades, sus preferencias y sus derechos y de lugar a la definición de unas áreas de intervención y a la adopción de un catálogo mínimo de servicios con un carácter más innovador y acorde con la exigencia de desinstitucionalización aumentando la importancia de los servicios de prevención, dando más relevancia al acompañamiento comunitario y a los servicios de apoyo en casa.

También esta ley debería recoger expresamente la libertad de elección y el derecho de todas las personas que reciben los servicios, y también de las personas con discapacidad, a que se respete su decisión, si es el caso, de mantenerse en su domicilio con todos los apoyos que resulten necesarios. Asimismo, de nuevo, en esta ley se deberían incluir previsiones directamente orientadas a evitar que servicios se organicen y funcionen de acuerdo con el enfoque institucional y, en concreto, a impedir la construcción y el mantenimiento de recursos residenciales basados en la cultura institucional.

Las Leyes de las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales<sup>331</sup> también deberían incidir en este enfoque con previsiones concretas que garanticen su aplicación y modernizar (o en su caso adoptar) Catálogos de servicios orientados hacia la desinstitucionalización que tendrían que configurarse, en todo caso, como prestaciones garantizadas. Debería asegurarse, en particular, el acceso a ayudas técnicas o productos de apoyo.

Por otro lado, sería aconsejable establecer previsiones normativas que permitieran integrar los servicios de atención a la dependencia y los servicios sociales de mejor forma a través de la “compactación” de los apoyos que precisa la persona en un expediente único y su gestión en una ventanilla única. Se trataría de articular en un paquete coherente e integrado el conjunto de los servicios y apoyos - sociales, sanitarios, comunitarios, etc.- que precisan las personas para seguir viviendo en sus domicilios (coordinación también sociosanitaria).

En conexión con esta idea, en el marco del proyecto Rural Care, se ha planteado dar cobertura institucional a una nueva prestación, que proponen llamar “A Gusto en casa” en la que se combinarían prestaciones y servicios del sistema de atención a la dependencia, que tendrían que mejorarse, en todo caso, de conformidad con las consideraciones realizadas anteriormente, pero también de los servicios sociales e incluiría, por ejemplo, la

<sup>330</sup> EPD24-09.05-UsuaríaInstitución.

<sup>331</sup> En la importancia de modificar estas normas incidieron, también, algunas entrevistas, EPD6-16.03-Autonómico.

financiación de ayudas técnicas, productos de apoyo, adaptaciones relacionadas con la accesibilidad, reforma de vivienda etc. englobando todos los apoyos que las personas que necesitan cuidados en el hogar “de modo flexible, adaptados a sus deseos y con las características que requiere la personalización”<sup>332</sup>.

Por último, resulta también esencial que la normativa estatal y autonómica en materia de servicios sociales incluya criterios de evaluación de la calidad de los servicios y requisitos de acreditación etc. desde un enfoque de derechos<sup>333</sup>.

### **Aprobación de una Ley estatal de atención temprana**

Esta nueva ley aseguraría una igualdad básica en esta materia en todo el territorio nacional y debería inspirarse también en el enfoque de derechos. La regulación tendría que dar lugar a la creación de una red de atención temprana distribuida por todo el territorio nacional en la que intervengan sanidad, educación y servicios sociales de manera coordinada y garantizar una atención mínima basada en los derechos y en el interés superior de las niñas y niños.

### **Modificación de la Ley del derecho a la vivienda**

En primer lugar, esta ley debería incorporar la obligación de garantizar la accesibilidad universal en los elementos comunes de los inmuebles sometidos al régimen de propiedad horizontal. Además, debería incluir criterios que garanticen la accesibilidad y la disponibilidad de viviendas como recurso básico para la vida en comunidad en la normativa urbana y de vivienda. En la ley, o bien en el Plan estatal de vivienda o en un programa específico, sería importante incorporar también una medida relacionada con la habilitación de vivienda para la vida en comunidad de personas que viven en instituciones o que están en riesgo de institucionalización.

### **Modificación y adopción de legislación para la protección de los derechos de las personas cuidadoras**

Resulta imprescindible realizar desarrollos normativos, en la LAPAD o en la legislación en materia de servicios sociales, que permitan desplegar un sistema de apoyo a las familias cuidadoras de personas con discapacidad, también cuando el cuidado familiar se combina con el cuidado profesional, garantizándoles una serie de derechos, como el acceso universal a servicios de apoyo y respiro, atención social y sanitaria, medidas de conciliación real de la vida laboral, familiar y personal, etc. Estas medidas deberían incluirse también en una futura Ley de familias.

En esta línea, también sería necesario modificar el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de personas en situación de dependencia y adoptar medidas para asegurar la suficiencia de sus ingresos y su reinserción en el mercado laboral (mediante cursos de formación o incentivos a la contratación, por ejemplo).

<sup>332</sup> FRESNO, *Informe final de evaluación del proyecto Rural Care*, 2023, p. 101.

<sup>333</sup> En este punto insistió HUETE GARCÍA, Agustín, “Discapacidad” ponencia presentada en el I Seminario de Trabajo del Estudio EDI, celebrado el día 7 de junio de 2023 en la Universidad Carlos III de Madrid.

Asimismo, se considera esencial dotar de un estatuto jurídico a las y los profesionales que trabajan en el sector de los apoyos para mejorar la calidad en el empleo y las condiciones de trabajo para lo cual sería necesario modificar el Estatuto de los trabajadores y adoptar un convenio colectivo estatal.

Todas estas medidas deben incorporar en un sentido muy relevante la perspectiva de género.

### **Adaptar y flexibilizar la normativa de contratación con el sector público**

Para garantizar que el marco de los derechos humanos se filtra en el modelo de prestación de servicios sea cual sea la naturaleza de los proveedores, sería básico incluir criterios vinculados al nuevo modelo de apoyos basado en los derechos en el acuerdo de acción concertada, así como en los pliegos administrativos de contratación de servicios. Sería importante, también, evitar la imposición de requisitos rígidos que dificulten el desarrollo de iniciativas innovadoras acordes con el enfoque de derechos. También debería reformarse la Ley estatal de subvenciones para permitir la financiación de servicios de apoyo a la comunidad de carácter innovador.

Finalmente, y aunque se trata de aspectos que no han sido abordados en este Estudio - por limitaciones materiales y temporales - cabe, de nuevo, recordar que una desinstitucionalización efectiva y significativa desde un enfoque preventivo y de derechos exigiría, también, reformas en las leyes de educación y empleo, así como en la legislación sanitaria y de protección social, entre otras.

Todas las reformas, siguiendo de nuevo el marco de la CDPD, deben realizarse en consultas estrechas y significativas con las personas con discapacidad a través de las organizaciones que las representan.

## 4. Conclusiones y recomendaciones

Diversos instrumentos normativos y políticos de carácter internacional y europeo apuntan inequívocamente a la exigencia de desinstitucionalización.

En el marco de la CDPD la desinstitucionalización como proceso se conecta de manera intrínseca con el objetivo de hacer realidad el derecho de las personas con discapacidad a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad. En este sentido, reclama el reconocimiento y garantía del derecho de las personas con discapacidad a elegir una forma de vida, dónde, con quién y cómo vivir, el derecho a contar con servicios de apoyo en la comunidad personalizados y libremente elegidos, y a la accesibilidad de todos los servicios generales.

En relación con lo anterior, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha interpretado la exigencia de desinstitucionalización en un sentido muy amplio como una transformación sistémica que reclama no sólo la puesta en marcha de una red amplia de servicios de apoyo de base comunitaria, sino también cambios estructurales que afectan a toda una pluralidad de ámbitos que requiere, en el plano jurídico, de una revisión integral de los marcos jurídicos nacionales que va mucho más allá de la normativa en materia de discapacidad y cuidados. Esta revisión incluye, planteamiento en relación con el cual no existe unanimidad entre los organismos y mecanismos del sistema universal y europeo de protección de los derechos, la derogación del internamiento involuntario como forma de institucionalización forzosa.

Además, el Comité defiende un planteamiento abolicionista que considera que la desinstitucionalización exige el cierre inmediato de todos los recursos residenciales y alojamientos colectivos, planteamiento que ha sido matizado en el marco de este Estudio.

En el Consejo de Europa la desinstitucionalización se relaciona también con el derecho a la vida independiente, mientras que esta conexión es menos evidente en el marco de la Unión Europea que, en todo caso, apuesta también por el cambio del modelo de servicios de la atención institucional a la atención de base comunitaria.

Sin embargo, en muchos Estados europeos prevalecen modalidades de cuidado que, en algunos aspectos, siguen perpetuando elementos de la cultura institucional. A pesar de ello, es posible identificar en algunos países disposiciones normativas que resultan adecuadas para apoyar los procesos de desinstitucionalización y que pueden servir de inspiración en la reforma del sistema jurídico español.

En nuestro marco jurídico y político son todavía escasas las alusiones a la desinstitucionalización y nuestra normativa no esta alineada con esta exigencia.

La desinstitucionalización requiere una revisión integral de la normativa y las políticas nacionales. Es necesario reformar el marco normativo español desde el enfoque de derechos y en sintonía con los estándares internacionales y europeos, garantizando derechos a las personas con discapacidad; entre ellos el derecho a una vida independiente y ser incluida en la comunidad, el derecho a la accesibilidad, el derecho a los apoyos, incluida la asistencia personal y los apoyos tecnológicos o el derecho a la vivienda ; reconociendo derechos a las personas cuidadoras; incorporando principios y prohibiciones, como la prohibición del internamiento involuntario, del uso de restricciones y de instituciones enfrentadas con los derechos, y asegurando la

disponibilidad de datos desglosados, coherentes y de calidad y estableciendo sistemas de evaluación de los servicios basados en el enfoque de derechos.

En este sentido se han planteado las siguientes recomendaciones de cambios jurídicos:

- La reforma de los arts. 49, 14 y 81 de la Constitución española.
- La derogación del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil.
- La necesidad de adoptar nuevas normas, entre ellas, una nueva Ley, orgánica, General de los Derechos de las Personas con Discapacidad, una Ley estatal de Atención Temprana, una Ley estatal de Servicios Sociales, una Ley estatal de familias y, posiblemente, una Ley estatal de asistencia personal.
- La revisión integral de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las situaciones de dependencia. La profundidad de la reforma puede aconsejar incluso la elaboración de una nueva ley.
- La modificación de otras normas, como la Ley por el derecho a la vivienda, el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de personas en situación de dependencia o el Estatuto de los Trabajadores.
- La adaptación de las normativas autonómicas en materia de discapacidad, atención a las situaciones de dependencia, servicios sociales y vivienda al enfoque de derechos garantizando, además, que sus disposiciones son operativas en la práctica.
- La modificación de las normas en materia de contratación con el sector público.

## 5.- Referencias

### 5.1 Bibliografía

ANED, *Living independently and being included in the community: Italy*, personas expertas Giampiero Griffo y Ciro Tarantino, 2018-2019.

ANED, *Living independently and being included in the community: Norway*, personas expertas Johans Tveit Sandvin y Trond Bliksvær, 2018-2019.

ANED, *Living independently and being included in the community: Sweden*, persona experta Johanna Gustafsson, 2018-2019.

ANED, *Living independently and being included in the community: Spain*, personas expertas Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jerano, 2018-2019.

ANED, *Living independently and being included in the community: United Kingdom*, persona experta Neil Crowther, 2018-2019.

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES, *XIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, 2023.

BARLETT, Peter; LEWIS, Oliver y THOROL, Oliver, *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Brill | Nijhoff, 2007.

CERMI, *Derechos Humanos y Discapacidad, Informe España 2010*.

CERMI, *Derechos humanos y discapacidad. Informe España 2012*.

CERMI, *Informe del CERMI sobre los contenidos en materia de discapacidad y accesibilidad que incorpora la Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda*, 2023, disponible en <https://cermi.es/novedad/informe-del-cermi-sobre-los-contenidos-en-materia-de-discapacidad-y-accesibilidad-que-incorpora-la-ley-122023-de-24-de-mayo-por-el-derecho-a-la-vivienda> (última consulta 30 de octubre de 2023).

CES, *Informe el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS HUMANOS JAVIER ROMAÑACH, Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, *Informe sobre revisión de la ley (39/2006) de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tras 15 años de vigencia*, 2022, disponible en <https://clinicajuridicaidhbc.files.wordpress.com/2022/02/informe-dependencia.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

CLÍNICA JURÍDICA DE DERECHOS HUMANOS JAVIER ROMAÑACH, Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, *Informe sobre la Atención Temprana: Especial referencia a la comunidad de Madrid*, 2018, disponible en

<https://clinicajuridicadiscapacidadidhbc.files.wordpress.com/2018/05/informe-atencion-temprana.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

COCEMFE, *Derechos de las personas con discapacidad. Guía para la accesibilidad universal*, 2023 realizada por un equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, disponible en <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2023/03/guia-accesibilidad-universal-derechos-personas-discapacidad.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, CRPD/C/5, 2022.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo y tercero combinados de la Unión Europea*, CRPD/C/EU/QPR/2-3, 2022.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Noruega*, CRPD/C/NOR/CO/1, 2019.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre los informes segundo y tercero combinados de España*, CRPD/C/ESP/CO/2-3, 2019.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Letter by Theresia Degener, Chair of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities to President Juncker*, CRPD/2018/HP/CC, 2018.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°6 Igualdad y no discriminación*, CRPD/C/GC/6, 2018.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de la República de Moldova*, CRPD/C/MDA/CO/1, 2017.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte*, CRPD/C/GBR/CO/1, 2017.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Investigación sobre el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte realizada por el Comité en virtud del artículo 6 del Protocolo Facultativo de la Convención*, CRPD/C/15/4, 2017.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°5 sobre el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad*, CRPD/C/GC/5, 2017.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial presentado por Italia*, CRPD/C/ITA/CO/1, 2016.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, 2015 incluidas ahora como Anexo en el Informe bianual del Comité de A/72/55, 2016.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de la Unión Europea*, CRPD/C/EU/CO/1, 2015.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General N°1: Artículo 12, Igual reconocimiento como persona ante la ley*, CRPD/C/GC/1, 2014.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Nueva Zelanda*, CRPD/C/NZL/1, 2014.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Suecia*, CRPD/C/SWE/CO/1, 2014.

COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, Council of Europe, *Comments of the Council of Europe Commissioner for Human Rights on the raft Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning the Protection of Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder with regard to Involuntary Placement and Involuntary Treatment*, 2018, disponible en <https://rm.coe.int/comments-by-dunja-mijatovic-council-of-europe-commissioner-for-human-r/16808f1111> (última consulta 30 de octubre de 2023).

COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, Council of Europe, *Comments of the Council of Europe Commissioner for Human Rights on the Working document concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment*, 2015, disponible en <https://rm.coe.int/comments-of-the-council-of-europe-commissioner-for-human-rights-on-the/16806da561> (última consulta 30 de octubre de 2023)

COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, Council of Europe, *Issues Paper on the rights of persons with disabilities to live independently and to be included in the community* 2012, disponible en <https://rm.coe.int/the-right-of-people-with-disabilities-to-live-independently-and-be-inc/16807bef65> (última consulta 30 de octubre de 2023).

COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, Council of Europe, *Human Rights and Disability: Equal Rights for All*, CommDH/Issue Paper, 2008.

COMISIÓN EUROPEA, *Draft thematic guidance fiche for desk officers transition from institutional to community-based care (de-institutionalisation - di)*, 2014, disponible en [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/guidance/guidance\\_deinstitutionalisation.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/guidance/guidance_deinstitutionalisation.pdf) (última consulta 30 de octubre de 2023)

CONFEDERACIÓN AUTISMO ESPAÑA, *Análisis normativo: La Atención Temprana en España que reciben los niños y las niñas con trastorno del espectro del autismo*, 2021, disponible en [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=7513](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7513) (última consulta 30 de octubre de 2023).

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental*, elaborado por un equipo del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, 2023 disponible en <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Tratamientos-Ingresos-Involuntarios-Salud-Mental.pdf> (última consulta 12 de noviembre de 2023).

COVID-19 DISABILITY RIGHTS MONITOR COORDINATING GROUP, *Disability rights during the pandemic – A global report on findings of the COVID-19*, 2020.

CROWTHER, Neil, *The right to live independently and to be included in the community in European States, ANED synthesis report*, 2019.

CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad. La cuestión de los internamientos involuntarios*, Dykinson, Madrid, 2018.

CUENCA GÓMEZ, Patricia, “Reflexiones sobre el Anteproyecto de reforma de la legislación civil española en materia de capacidad jurídica de las personas con discapacidad”, *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, nº38, 2018, pp. 82-101.

CUENCA GÓMEZ, Patricia, *Los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Un análisis a la luz de la Convención de la ONU*, Universidad de Alcalá-Defensor del Pueblo, 2012.

DE ASÍS ROIG, Rafael, “El encaje de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad en el texto refundido” en ARENAS ESCRIBANO, Fernando y CABRA DE LUNA, Miguel Ángel, (coords.), *Comentarios a la Ley General sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, La Ley, Madrid, 2015.

DE ASÍS ROIG, Rafael, “Discapacidad y Constitución”, *Derechos y libertades*, nº29, 2013, pp. 39-52.

DE ASÍS ROIG, Rafael; BARRANCO AVILÉS, María del Carmen y CUENCA GÓMEZ, Patricia, “Sobre el proyecto de reforma del Artículo 49 de la Constitución”, *Papeles el tiempo de los derechos*, nº1, 2021.

DE ASÍS ROIG, Rafael y BARRANCO, María del Carmen, *El impacto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en la Ley 39/2006*, CERMI/Editorial Cinca, Madrid, 2010.

DE ASÍS ROIG, Rafael y CUENCA GÓMEZ, Patricia, “El derecho de las personas con discapacidad a la autonomía, inclusión y participación en la vida de la comunidad. El art. 15 de la Carta Social Europea” en MONEREO ATIENZA, Cristina y MONEREO PÉREZ, José Luis (dirs. y coords.), *La garantía de los derechos fundamentales en el Consejo De Europa: la Convención Europea de Derechos Humanos y la Carta Social Europea*, Comares, Granada, 2017, pp. 683-696.

DEFENSOR DEL PUEBLO EUROPEO, European Ombudsman own-initiative inquiry OI/8/2014/AN concerning the respect for fundamental rights in the implementation of the EU cohesion policy.

DEFENSOR DEL PUEBLO, *Personas con discapacidad en el informe anual 2021*, 2022.

DEFENSOR DEL PUEBLO, *Personas con discapacidad en el informe anual 2022*, 2023.

DEFENSOR DEL PUEBLO, *Conclusiones y recomendaciones, Visita en el marco del Proyecto de Salud Mental, programada en coordinación con el Área de Sanidad del Defensor del Pueblo, para examinar las condiciones generales en las que se encuentran las personas ingresadas en ese centro y cómo se garantizan sus derechos fundamentales. Además, examinar el procedimiento de ingreso y la legalidad de la estancia, la atención sanitaria y psicosocial, el uso de sujeciones mecánicas y/o farmacológicas y la adecuación cuantitativa y cualitativa del personal del centro, 2022.*

DEFENSOR DEL PUEBLO, *Informe del Defensor del Pueblo al Ministerio de Justicia de 11/11/2005.*

DOYLE GUILLOUD, Suzanee “The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations”, *International Journal of Law and Psychiatry*, nº 66, 2019, pp. 1-11.

DOYLE GUILLOUD, Suzanee, “Charting a path to the provision of non-coercive mental healthcare: the roots and branches of universal legal capacity and the support paradigm”, Oñati International Institute for the Sociology of Law, 2019.

EASPD y otros, *Position Paper: Deinstitutionalization of Persons with Disabilities in the Republic of Moldova*, 2020.

ESPEJEL JORQUERA, Concepción, “El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C”, *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 4, 2004, pp. 47-62.

EUROPEAN COMMISSION and SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and opportunities in an ageing society*, vol. 1, Publications Offices of the European Union, Luxembourg, 2021.

EUROPEAN DISABILITY FORUM and EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING, *Role of the European Union funding in supporting deinstitutionalisation around the world: A Call for Change*, 2022.

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EU Guidance on independent living and inclusion in the community*, 2022.

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EU funds checklist to promote independent living and deinstitutionalization*, 2022.

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Recovery and Resilience Facility must support community inclusion, not segregation*, 2021 disponible en [https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2021/05/eeg-statement-rrf-must-support-community-inclusion-not-segregation\\_final-1.pdf](https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2021/05/eeg-statement-rrf-must-support-community-inclusion-not-segregation_final-1.pdf) (última consulta 30 de octubre de 2023).

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *EEG’s main findings on the submitted Recovery & Resilience National Plans*, 2021, disponible en <https://www.eurochild.org/resource/eegs->

[main-findings-on-the-submitted-recovery-resilience-national-plans/](#) (última consulta 30 de octubre de 2023).

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Statement on the European Care Strategy* disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/11/draft-eeg-statement-eu-care-strategy.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Joint Statement COVID-19 crisis: People living in institutions must not be written off*, 2020.

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE *Checklist to ensure EU-funded measures contribute to independent living by developing and ensuring access to family-based and community-based services*, 2019.

EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care*, revised edition, 2014.

EUROPEAN EXPERT GROUP ON TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Common European Guidelines on transition from institutional to community-based care*, 2012, disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Lost in interpretation: The use of ESI Funds during 2014 – 2020 and the impact on the right of persons with disabilities to independent living*, written by: Ines Bulić Cojocariu and Nataša Kokić, 2020.

EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Proposal of the European Network on Independent Living for the European Commission Guidance on Independent Living and being included in the community*, 2023, pendiente de publicación.

EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (ENIL), *Shadow report on the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the European Union*, 2022.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground*, 2018.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living: drivers and barriers of deinstitutionalisation Case study report: Italy*, 2018.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *From institutions to community living Part II: funding and budgeting*, 2017.

FEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA CASTILLA Y LEÓN, *Asistencia personal en salud mental Experiencia de Salud Mental Castilla y León*, 2019, disponible en

<https://consaludmental.org/sala-prensa/asistencia-personal-salud-mental/> (última consulta 30 de octubre de 2023).

FRESNO, *Informe final de evaluación del proyecto Rural Care*, 2023.

FLYNN, Eilionóir, “Disability, Deprivation of Liberty and Human Rights Norms”, *International Journal of Mental Health and Capacity Law*, nº22, 2016.

GUILLARTE MARTÍN-CALERO, Cristina, (dir.), *Comentarios a la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad*, Arandazi, Pamplona, 2022.

GUSTAFSSON, Johanna, *Sweden Fact Sheet on Social Care & Support Services Sector for Persons with Disabilities*, Policy Impact Lab, Part of a series of Country Fact Sheets, 2021.

HUETE GARCÍA, Agustín, “Discapacidad” ponencia escrita presentada en el I Seminario de Trabajo del Estudio EDI, celebrado el día 7 de junio de 2023 en la Universidad Carlos III de Madrid.

KNAPP, Martin; CYHLAROVA, Eva; COMAS-HERRERA, Adelina y LORENZ-DANT, Klara, *Crystallising the Case for Deinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, Care Policy and Evaluation Center, London School of Economics and Political Science, 2021.

KOLKO, Jon, *Wicked Problems: Problems Worth Solving*, Austin Center for design, 2012.

MARTÍNEZ PUJALTE, Antonio-Luis, “Discapacidad” ponencia escrita presentada en el I Seminario de Trabajo del Estudio EDI, celebrado el día 7 de junio de 2023 en la Universidad Carlos III de Madrid.

MARTÍNEZ PUJALTE, Antonio-Luis, “A propósito de la reforma de la legislación española en materia de capacidad: la voluntariedad como nota esencial del apoyo”, *Cuadernos electrónicos de Filosofía del Derecho*, nº 42, 2020, pp. 240- 262.

MINISTRY OF HEALTH, *Choice in community living*, 2017, disponible en <https://www.whaikaha.govt.nz/assets/Choice-in-Community-Living/A-guide-for-people-moving-to-a-new-life.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

NACIONES UNIDAS, *Nueva Agenda Urbana*, 2017.

OCDE, *Modernización de los servicios sociales en España*, 2022.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Los sistemas de apoyo para garantizar la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, entre otras cosas como medio para construir un futuro mejor tras la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*, A/HRC/52/52, 2023.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Artículo 19 - Lista de indicadores sobre vida independiente y la inclusión en la comunidad*, disponible en

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/article-19-indicators-sp.docx> (última consulta 30 de octubre de 2023).

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Informe sobre salud mental y derechos humanos*, A/HRC/34/32, 2017.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *International standards on the right to liberty and security of persons with disabilities, Background Note*, 2015, disponible en <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx>, (última consulta 30 de octubre de 2023).

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *Estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad*, A/HRC/28/37, 2014.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, Europe Regional Office, *Forgotten Europeans, Forgotten Rights: The Human Rights of Persons Placed in Institutions*, Geneva, 2010.

PORXAS ROIG, M. Àngels, *El dogma de las capacidades y la racionalidad*, Tesis Doctoral, Universitat de Girona, 2019.

QUINN, Gerard et al, *Legal Memo re. Segregation and segregated facilities as a prima facie form of discrimination*, 2018.

RAMÍREZ RUIZ, Rosario, “Internamiento involuntario y tratamiento ambulatorio forzoso. El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000” en *X Jornadas Aequitas: Derecho y situaciones de discapacidad*, Bilbao 22-24 de febrero de 2006.

RELATOR ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA AL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/35/21, 2017.

RELATOR ESPECIAL SOBRE LA TORTURA, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/HRC/22/53, 2013.

RELATORA ESPECIAL SOBRE EL DERECHO A UNA VIVIENDA ADECUADA, *Una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y del derecho de no discriminación en este contexto*, A/72/128, 2017.

RELATOR ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Transformación de los servicios para las personas con discapacidad*, A/HRC/52/32, 2023.

RELATORA ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *El derecho a la libertad y a la seguridad*, A/HRC/40/54, 2019.

RELATORA ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *El derecho a la salud*, A/73/161, 2018.

RELATORA ESPECIAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *El acceso de las personas con discapacidad a apoyo*, A/HRC/34/58, 2016.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y MARBÁN GALLEGO, Vicente (coords.), *Informe de evaluación del sistema de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2022.

SANTOS MORÓN, María José, *El supuesto de hecho del internamiento involuntario*, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2002.

ŠIŠKA, Jan y BEADLE-BROWN, Julie, *Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States*, 2020.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Documento Técnico *Cuidado sin sujeciones*, 2023.

TØSSEBRO, Jan, “Scandinavian disability policy: From deinstitutionalisation to non-discrimination and beyond”, *European Journal of Disability Research*, Volume 10, Issue 2, 2016, pp. 111-123.

TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS, *Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights*, 2019.

UNIC - towards User-centred funding models for long term Care, *Models of Good Practice Report on Personal Budgets*, 2021, p. 19 disponible en <https://www.unicproject.eu/wp-content/uploads/2021/09/2.1-Models-of-Good-Practices-report.pdf> (última consulta 30 de octubre de 2023).

UNICEF y EUROCHILD, *Datacare Project*, 2021, p. 9, disponible en [https://eurochild.org/uploads/2021/12/Children-in-alternativecare\\_Comparable-statistics-to-monitor-progress-on-DI-across-the-EU.pdf](https://eurochild.org/uploads/2021/12/Children-in-alternativecare_Comparable-statistics-to-monitor-progress-on-DI-across-the-EU.pdf) (última consulta 30 de octubre de 2023).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Quality Rights guidance and training tools*, 2019 materiales disponibles en <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools> (última consulta 30 de octubre de 2023)

## 5.2. Normativa

### 5.2.1. Normativa internacional

-*Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, 13 de diciembre de 2006.

-*Principios de protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas, 17 de diciembre de 1991.

-*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966.

-*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966.

-*Declaración Universal de Derechos Humanos*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948.

## 5.2.2. Normativa Consejo de Europa

### Tratados

-*Convención Europea de Derechos Humanos*, adoptada por el Consejo de Europa, 4 de noviembre de 1950.

-*Carta social Europea Revisada*, adoptada por el Consejo de Europa, 3 de mayo de 1996.

-*Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina* adoptado por el Consejo de Europa, 4 de abril de 1997.

### Otros instrumentos

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, *Resolución 2431 (2022), Deinstitutionalisation of persons with disabilities.*

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA *Recomendación 2431 (2022), Deinstitutionalisation of persons with disabilities.*

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, *Recomendación 2158 (2019) Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach.*

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA *Resolución 2291 (2019), Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach*

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, *Recomendación 2091 (2016) The case against a Council of Europe legal instrument on involuntary measures in psychiatry*

COMITÉ DE BIOÉTICA DEL CONSEJO DE EUROPA, *Borrador del Protocolo Adicional del Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, (Convenio de Oviedo)*, adoptado por el 2018, disponible en <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/frequently-asked-questions-on-draft-additional-protocol-concerning-the-protection-of-human-rights-and-dignity-of-persons-with-mental-disorder-with-reg>, última consulta 2 de junio de 2020.

COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, *Recomendación Rec (2006)5, Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.*

COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, *Recomendación R (2004) 10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales.*

COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, *Recomendación CM/Rec(2010) La desinstitucionalización y la convivencia comunitaria de los niños con discapacidad.*

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA, *Council Conclusion on The European pact of mental health and wellbeing: results and future action*, 2011.

### 5.2.3. Normativa de la Unión Europea

-*Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea*, 2000

#### Reglamentos

-*Reglamento (UE) No 1303/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de diciembre de 2013 por el que se establecen disposiciones comunes relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo, al Fondo de Cohesión, al Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural y al Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca, y por el que se establecen disposiciones generales relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo, al Fondo de Cohesión y al Fondo Europeo Marítimo y de la Pesca, y se deroga el Reglamento (CE) no 1083/2006 del Consejo.*

-*Reglamento (UE) 2021/1060 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de junio de 2021 por el que se establecen las disposiciones comunes relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo Plus, al Fondo de Cohesión, al Fondo de Transición Justa y al Fondo Europeo Marítimo, de Pesca y de Acuicultura, así como las normas financieras para dichos Fondos y para el Fondo de Asilo, Migración e Integración, el Fondo de Seguridad Interior y el Instrumento de Apoyo Financiero a la Gestión de Fronteras y la Política de Visados.*

-*Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia.*

#### Otros instrumentos

COMISIÓN EUROPEA, *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones, Una Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para 2021-2030*, COM(2021) 101 final.

COMISIÓN EUROPEA, *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones, Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras*, COM(2010) 636 final.

COMISIÓN EUROPEA *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y social Europeo y al Comité de las Regiones: Hacia la inversión social para el crecimiento y la cohesión, incluida la aplicación del Fondo Social Europeo*, COM(2013) 83 final.

COMISIÓN EUROPEA, *Opinión del Servicio Jurídico*, 2018 (*European Commission Legal service*, Ref. Ares(2018)3471732-29/06/2018).

COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO, *Dictamen Asistencia social a largo plazo y desinstitucionalización (Dictamen exploratorio)*, 2015.

COMITÉ EUROPEO DE LAS REGIONES, *Dictamen La desinstitucionalización de los sistemas de asistencia a escala local y regional*, 2018.

PARLAMENTO EUROPEO, *Resolution of 5 July 2022 Towards a common European action on care*, 2022.

PARLAMENTO EUROPEO, CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA Y COMISIÓN EUROPEA, *Pilar europeo de Derechos Sociales*, 2017.

#### 5.2.4. Normativa estatal

-Constitución española de 1978. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

##### Leyes estatales

-Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda. BOE núm. 124, de 25 de mayo de 2023.

-Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. BOE núm. 167, de 13 de julio de 2022.

-Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE núm. 132, de 03 de mayo de 2021.

-Texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por RD-Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre. BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.

- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE núm. 168, de 14 de julio de 2012.

- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. BOE núm. 184, de 2 de agosto de 2011.

-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

-Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 7, de 08 de enero de 2000.

- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.

##### Reales Decretos

-Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 171, de 19 de julio de 2023.

- Real Decreto 42/2022, de 18 de enero, por el que se regula el Bono Alquiler Joven y el Plan Estatal para el acceso a la vivienda 2022-2025. BOE. núm. 16, de 19 de enero de 2022.

- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2013.
- RD 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 42, de 18 de febrero de 2011.
- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. BOE núm. 224, de 17 de septiembre de 2011.

### Acuerdos Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

- Acuerdo por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad, adoptado por la Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. BOE núm. 163, de 10 de julio de 2023.
- Acuerdo por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia publicado por la Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. BOE núm. 128, de 30 de mayo de 2023.
- Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia adoptado por la Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. BOE núm. 192, de 11 de agosto de 2022.
- Acuerdo sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de servicios sociales. adoptado por la Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. BOE núm. 117, de 16 de mayo de 2013.
- Acuerdo para mejora del sistema de autonomía y atención a la dependencia, adoptado por la Resolución de 10 de julio de 2012 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. BOE núm. 185, de 3 de agosto de 2012.
- Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía para las personas con grado I de dependencia, adoptado por la Resolución de 3 de agosto de 2011 de la Secretaría General de Política Social y Consumo. BOE núm. 201, de 22 de agosto de 2011.

### Iniciativas legislativas

- Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales, texto sometido a trámite de información pública, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/AP-SERVICIOS-SOCIALES.pdf> (última consulta 12 de noviembre de 2023).

- Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia texto sometido a trámite de información pública, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/apl-modificacion-dependencia.pdf> (última consulta 12 de noviembre de 2023).
- Proyecto de Ley 121/000151 Proyecto de Ley de Familias. Boletín Oficial de las Cortes Generales 14 de abril de 2023.
- Proyecto de Ley 102/000001 Proyecto de reforma del artículo 49 de la Constitución Española, Boletín Oficial de las Cortes Generales, 13 de enero de 2023
- Proposición de Ley 122/000158 Proposición de Ley de salud mental. Boletín Oficial de las Cortes Generales 17 de septiembre de 2021

### Planes y Estrategias

CONSEJO DE MINISTROS, *Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030.*

CONSEJO DE MINISTROS, *Plan español de Recuperación, Transformación y Resiliencia.*

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, *Hoja de ruta de la Estrategia estatal de cuidados.*

MINISTERIO DE SANIDAD, *I Plan Nacional para el Bienestar Saludable de las Personas con Discapacidad 2022-2026.*

MINISTERIO DE SANIDAD, *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026.*

### Instrumentos Fiscalía

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO *Instrucción 1/2022, de 19 de enero.*

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO. *Circular 2 /2017, sobre el ingreso no voluntario urgente por razón de trastorno psíquico en centros residenciales para personas mayores.*

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Consulta 2/1993 de 15 de junio*

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Instrucción 3/1990 de 7 de mayo.*

## **5.2.5 Normativa autonómica**

### En materia de discapacidad

#### ANDALUCÍA

-Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. BOJA núm. 191, de 4 de octubre de 2017.

#### ARAGÓN

-Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derecho y Garantías de las Personas con Discapacidad en Aragón. BOA núm. 70, de 10 de abril de 2019.

## ASTURIAS

-Ley 5/1995, de 6 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras BOPA núm. 89, de 19 de abril de 1995.

## BALEARES (ISLAS)

-Ley de Accesibilidad 8/2017, de 3 de agosto, de Accesibilidad Universal de las Illes Balears BOIB núm. 96, de 5 de agosto de 2017.

## CANARIAS (ISLAS)

-Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas «BOC» núm. 50, de 24 de abril de 1995.

## CANTABRIA

-Ley 9/2018, de 21 de diciembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad. BOCT núm. 8, de 11 de enero de 2019.

## CASTILLA LA-MANCHA

-Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha DOCM núm. 233, de 2 de diciembre de 2014.

## CASTILLA Y LEÓN

-Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad BOCL núm. 98, de 24 de mayo de 2013.

## CATALUÑA

-Ley 13/2014, de 30 de octubre, de accesibilidad. DOGC núm. 6742, de 4 de noviembre de 2014.

## EXTREMADURA

-Ley 11/2014, de 9 de diciembre, de Accesibilidad Universal de Extremadura DOE núm. 239, de 12 de diciembre de 2014.

## GALICIA

-Ley 10/2014, de 3 de diciembre, de Accesibilidad DOG núm. 241, de 17 de diciembre de 2014.

## LA RIOJA

-Ley 5/1994, de 19 de julio, de Supresión de Barreras Arquitectónicas y Promoción de la Accesibilidad. BOR núm. 91, de 23 de julio de 1994.

## MADRID

-Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas. BOCM núm. 152, de 19 de junio de 1993.

## MURCIA

-Ley 4/2017, de 27 de junio, de Accesibilidad Universal de la Región de Murcia. BORM núm. 148, de 29 de junio de 2017.

## NAVARRA

-Ley Foral 12/2018, de 14 de junio, de Accesibilidad Universal BON núm. 120, de 22 de junio de 2018.

-Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos. BON núm. 250, de 15 de diciembre de 2022.

## PAÍS VASCO

-Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad BOPV núm. 246, de 24 de diciembre de 1997.

## COMUNIDAD VALENCIANA

-Ley 11/2003, de 10 de abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad DOGV núm. 4479, de 11 de abril 2003.

### En materia de atención a la dependencia

## ANDALUCÍA

-Ley 4/2017, de Andalucía, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. BOJA 04 de octubre 2017.

-Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. BOJA 29 de diciembre de 2016.

-Orden 3/8/2007, de 3 de agosto de 2007, de Andalucía, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. BOJA 16 de agosto de 2007.

## ARAGÓN

-Orden CDS/844/2018, de 21 de mayo, de Aragón, por la que se modifica la Orden de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios en la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA 29 de mayo de 2018.

## ASTURIAS

-Resolución 24/5/2022, de 24 de mayo de 2022, de Asturias, de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, de primera modificación de la Resolución de 30 de junio de 2015, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el Principado de Asturias. BOPA 06 de junio de 2022.

## BALEARES (ISLAS)

-Resolución 14/10/2010, de 14 de octubre de 2010, de Baleares, de la consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración, por la cual se aprueba la convocatoria de ayudas económicas individuales destinadas a sufragar los gastos de asistencia personal a personas en situación de gran dependencia para los años 2010 y 2011. BOIB 19 de octubre de 2010.

-Decreto 83/2010, de Baleares, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales del procedimiento para el reconocimiento del derecho a los servicios y las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, la intensidad

de protección y el régimen de compatibilidades de los servicios y las prestaciones, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Islas Baleares. BOID 3 de julio de 2010.

-Resolución 21/1/2009, de 21 de enero de 2009, de Baleares, de la consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración por la que se incrementa la aportación económica o copago del servicio residencial y del servicio de centro de día de las personas que actualmente son beneficiarias de estos servicios en la red de centros públicos del sistema público de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOIB 07 de febrero de 2009.

#### CASTILLA-LA MANCHA

-Decreto 3/2016, de 26 de enero de 2016, de Castilla-La Mancha, por el que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable. DOCM 29 de enero de 2016.

-Ley 7/2014, de 13 de noviembre, de Castilla-La Mancha, de Garantía de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha. DOCM 02 de diciembre de 2014.

#### CASTILLA Y LEÓN

-Resolución 6/3/2020, de 6 de marzo de 2020, de Castilla y León, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determinan las intensidades y contenidos técnicos mínimos de la prestación pública de teleasistencia avanzada en Castilla y León. BOCYL 11 de marzo de 2020.

-Orden FAM/547/2018, de 28 de mayo, de Castilla y León, por la que se modifica la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. BOCYL 01 de junio de 2018.

-Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, de Castilla y León, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. BOCYL 15 de enero de 2018.

-Resolución 11/3/2011, de 11 de marzo de 2011, de Castilla y León, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se dispone la aplicación, con carácter provisional, de las cuantías máximas aprobadas por el Real Decreto 374/2010 de 26 marzo sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOCYL 17 de marzo de 2011.

#### CATALUÑA

-Orden TSF/230/2019, de 18 de diciembre, de Cataluña, por la que se actualizan el coste de referencia, el módulo social y el copago de las prestaciones no gratuitas, se actualiza el coste de referencia de las prestaciones gratuitas, y se modifican la Orden de 20 de abril de 1998 y la Orden BSF/130/2014, de 22 de abril. DOGC 23 de diciembre de 2019.

-Orden ASC/471/2010, de 28 de septiembre, de Cataluña, por la que se regulan las prestaciones y los y las profesionales de la asistencia personal en Cataluña. DOGC 08 de octubre de 2010.

## EXTREMADURA

-Orden 30/11/2012, de 30 de noviembre de 2012, de Extremadura, por la que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicables en la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE 05 de diciembre de 2012.

## MURCIA

-Decreto-Ley 3/2015, de 7 de octubre, de Murcia, por el que se modifican los requisitos de acceso a la prestación económica de Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Cuidadores no profesionales del Sistema de la Dependencia así como la intensidad en su prestación y se regula la acreditación de las Comunidades Hereditarias para reclamar los atrasos devengados y no percibidos por las personas dependientes fallecidas. BORM 10 de octubre de 2015.

-Decreto 306/2010, de 3 de diciembre, de Murcia, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM 17 de diciembre de 2010.

## NAVARRA

-Orden Foral 224/2019, de 31 de mayo, de Navarra, del Consejero de Derechos Sociales, por la que se regula la prestación económica para asistencia personal de las personas que tengan reconocida una situación de dependencia y/o discapacidad. BON 05 de julio de 2019.

## PAÍS VASCO – ÁLAVA

-Decreto Foral 28/2021, del Consejo de Gobierno, de Álava, de 29 de junio. Modificar el -Decreto Foral 39/2014 del Consejo de Diputados, de 1 de agosto, que regula las prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Álava. BOTHA 09 de julio de 2021.

## PAÍS VASCO – GUIPÚZCOA

-Decreto Foral 2/2013, de 22 de enero, de Guipúzcoa, de modificación del Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley

39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. DOG 25 de enero de 2013.

#### PAÍS VASCO – VIZCAYA

-Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 192/2018, de 26 de diciembre, por el que se regula el estatuto de las personas cuidadoras y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. BOB 31 de diciembre de 2018.

-Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 85/2015, de 23 de junio, por el que se aprueba en el Territorio Histórico de Bizkaia, las cuantías máximas para el año 2015, de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, de asistencia personal y vinculada al servicio foral residencial. BOB 26 de junio de 2015.

-Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 44/2015, de 17 de marzo, por el que se modifica el Decreto Foral 103/2013, de 23 de julio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. BOB 23 de marzo de 2015.

-Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 103/2013, de 23 de julio por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. BOB 26 de julio de 2013.

#### COMUNIDAD VALENCIANA

-Decreto 102/2022, de 5 de agosto, de la Comunidad Valenciana, del Consell, por el que se modifica el Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas. DOGV 12 de diciembre de 2022.

#### En materia de servicios sociales y centros

#### ANDALUCÍA

-Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. BOJA núm. 248, de 29 de diciembre de 2016.

-Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas.

-Orden de 26 de febrero de 2020, por la que se modifica el Anexo I de la Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas.

-Protocolo de atención personalizada para personas con discapacidad usuarias de servicios residenciales y de atención diurna.

#### ARAGÓN

-Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. BOA 132, de 10 de julio de 2009.

- Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

#### ASTURIAS

-Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias BOPA núm. 56, de 8 de marzo de 2003.

- Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

- Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.

#### BALEARES (ISLAS)

-Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. BOIB núm. 89, de 16 de junio de 2009

- Decret 86/2010, de 25 de juny, pel qual s'estableixen els principis generals i les directrius de coordinació per a l'autorització i l'acreditació dels serveis socials d'atenció a persones grans i persones amb discapacitats, i es regulen els requisits d'autorització i acreditació dels serveis residencials de caràcter supràinsular per a aquests sectors de població.

#### CANARIAS (ISLAS)

-Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. BOC núm. 94, de 17 de mayo de 2019.

- Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio.

#### CANTABRIA

-Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales BOCT núm. 66, de 3 de abril de 2007.

- Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

#### CASTILLA-MANCHA

-Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha BOCM num. 251, de 31 de diciembre de 2010.

- Decreto 88/2017, de 5 de diciembre, por el que se regulan las condiciones mínimas exigibles a los centros y servicios destinados a la atención a personas con discapacidad en Castilla-La Mancha. [2017/14922] - Diario Oficial de Castilla La-Mancha de 2612-2017.

#### CASTILLA Y LEÓN

-Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. BOCYL núm. 244, de 21 de diciembre de 2010.

- Orden Fam/197/2023, de 14 de febrero, por la que se aprueban las bases por las que se regula la acción concertada en el ámbito de actuación de las medidas de apoyo a las personas dependientes y sus familias, para la gestión de los centros residenciales para personas con discapacidad por enfermedad mental grave y prolongada de titularidad de la gerencia de servicios sociales de Castilla y León.

#### CATALUÑA

-Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales DOGC núm. 4990, de 18 de octubre de 2007.

- Decreto 318/2006, de 25 de julio, de los servicios de acogida residencial para personas con discapacidad.

#### EXTREMADURA

-Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura DOE núm 129, de 7 de julio de 2015.

- Decreto 298/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, acreditación y Registro de Centros de Atención de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

#### GALICIA

-Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia DOG núm. 245, de 18 de diciembre de 2008.

#### LA RIOJA

-Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja BOE núm. 14, de 16 de enero de 2010.

- Orden de 26 de julio de 1994, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se desarrolla el registro y autorización de Entidades, Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.

#### MADRID

-Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid BOE núm. 135, de 7 de junio de 2023.

- Ley de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de las Comunidad de Madrid

#### MURCIA

-Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia BOE núm. 308, de 24 de diciembre de 2021.

#### NAVARRA

-Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales BON núm. 152, de 20/12/2006.

- Decreto Foral 92/2020, de Navarra, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones.

#### PAÍS VASCO

-Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales BOPV núm. 246 ZK, de 24 de diciembre de 2008.

- Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas.

#### COMUNIDAD VALENCIANA

-Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana DOGV 21/02/2019.

- Decreto 18/2023, de 3 de marzo, del Consell por el que se regula la Calidad en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.

#### En materia de atención temprana (normativa específica)

#### ANDALUCÍA

-Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA núm. 36, de 22 de febrero 2023.

-Decreto 57/2020, de 22 de abril, por el que se regula el concierto social para la prestación de la Atención Infantil Temprana.

-Acuerdo del 4 de abril de 2017, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan andaluz de atención integral a personas menores de seis años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

-Orden de 13 de diciembre de 2016, por la que se establecen las condiciones materiales y funcionales de los Centros de Atención Infantil Temprana para su autorización.

-Orden de 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Temprana.

-Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía.

-Protocolo de coordinación entre las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de Educación, Cultura y Deporte para el desarrollo de la atención temprana (2015)

#### ARAGÓN

-Orden, de 20 de enero de 2003, por la que se regula el programa de atención temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA, núm. 14, de 05 de febrero de 2003.

#### ASTURIAS

-Proyecto de decreto regulador de la atención infantil temprana en el Principado de Asturias, 2021.

#### BALEARS

-Decreto 85/2010, de 25 de junio de 2010, por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Illes Balears, BOIB, 03 de junio de 2010.

#### CANARIAS

-Ley 12/2019, de 25 de abril, por la que se regula la atención temprana en Canarias BOC, 13/05/2019.

#### CASTILLA-LA MANCHA

-Ley 2/2023, de 10 de febrero, de Atención Temprana en Castilla-La Mancha DOCM, núm. 33 de 16 de febrero de 2023.

#### CASTILLA Y LEÓN

-Decreto 53/2010, de 2 de diciembre de 2010, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León BOCYL, 09 de diciembre de 2010.

#### CATALUÑA

-Decreto 45/2014, de 01 de abril de 2014, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz DOGC, 03/04/2014

#### GALICIA

-Orden de 19 de octubre de 2022 por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a las entidades locales de la Comunidad Autónoma de Galicia para la prestación de servicios en el marco de la Red gallega de atención temprana en los años 2022 a 2024.

-Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de atención temprana.

#### LA RIOJA

-Orden 2/2017, de 28 de abril, de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia, por la que se modifica la Orden 2/2010, de 11 de enero, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regula el procedimiento para la intervención de servicios sociales en atención temprana BOR, 05 de mayo de 2017.

-Decreto 3/2011, de 19 de enero, regulador de la intervención integral en Atención Temprana en La Rioja.

-Orden 2/2010, de 11 de enero, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se regula el procedimiento para la intervención de servicios sociales en atención temprana.

-Orden 5/2009, de 15 de diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan los requisitos mínimos de los centros y servicios de desarrollo infantil y atención temprana.

#### MADRID

-Protocolo de coordinación de atención temprana (2022).

-Orden 1649/2017, de 19 de octubre, del Consejero de Políticas Sociales y Familia, por la que se modifica la Orden 868/2015, de 22 de mayo, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se aprueba el modelo normalizado de solicitud de valoración de necesidad de atención temprana de la Comunidad de Madrid.

-Orden 1228/2015, de 19 de junio, del Consejero de Asuntos Sociales, por la que se aprueba el modelo normalizado de solicitud de plaza en centro de atención temprana.

-Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la atención temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de atención temprana.

-Orden 868/2015, de 22 de mayo, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se aprueba el modelo normalizado de solicitud de valoración de necesidad de atención temprana de la Comunidad de Madrid.

-Orden 1228/2015, de 19 de junio, del Consejero de Asuntos Sociales, por la que se aprueba el modelo normalizado de solicitud de plaza en centro de atención.

## MURCIA

-Ley 6/2021, de 23 de diciembre, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia. regula el Programa de Atención Educativa Temprana Hospitalaria.

## NAVARRA

-Orden Foral 94/2019, de 9 de septiembre, por la que se regula el Servicio de Atención Temprana del Departamento de Derechos Sociales BON, 17 de octubre de 2019.

-Decreto Foral 198/2019, de 28 de agosto, BON 09 de septiembre de 2019.

## PAÍS VASCO

-Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, 07 de marzo de 2016.

-Decreto 110/2019, de 16 de julio, sobre el catálogo de títulos, estudios y de competencia profesional que permiten la acreditación de la cualificación profesional en atención temprana.

## COMUNIDAD VALENCIANA

-Resolución conjunta de 17 de septiembre de 2021, de la Dirección General de Diversidad Funcional y Salud Mental y de la Dirección General de Inclusión Educativa, por la cual se establece el protocolo de coordinación de profesionales para el desarrollo de la atención temprana DOCV, núm. 9179 de 22 de septiembre de 2021.

-Cartera de servicios de la Atención Temprana de la Comunitat Valenciana (2017).

-Protocolo para la derivación y seguimiento de la atención prestada en los Centros de Atención Temprana (2017).

-Orden de 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz.

### En materia de vivienda (normativa específica)

## ANDALUCÍA

-Ley 1/2010, de 8 de marzo, Reguladora del Derecho a la Vivienda en Andalucía. BOE núm. 77, de 30 de marzo de 2010.

## CATALUÑA

-Ley 18/2007, de 28 de diciembre, del derecho a la vivienda. BOE núm. 50, de 27 de febrero de 2008.

## MADRID

-Ley 6/1997, de 8 de enero, de Protección Pública a la Vivienda de la Comunidad de Madrid. BOE núm. 207, de 29 de agosto de 1997.

- Decreto 52/2016, de 31 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se crea el Parque de Viviendas de Emergencia Social y se regula el proceso de adjudicación de viviendas de la Agencia de Vivienda Social de la Comunidad de Madrid. BOCM núm.261, 31 de octubre de 2016.

## PAÍS VASCO

-Ley 3/2015, de 18 de junio, de vivienda. BOE núm. 166, de 13 de julio de 2015.

## COMUNIDAD VALENCIANA

-Ley 8/2004, de 20 de octubre, de la Vivienda de la Comunidad Valenciana. BOE núm. 281, de 22 de noviembre de 2004.

### Planes y Estrategias autonómicos

III Plan de acción integral para personas con discapacidad 2020 de Andalucía.

I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón 2021-2024.

Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias 2021/22.

II Plan de Acción para Personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha (2011-2020).

Acuerdo 7/2017, de 9 de febrero, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad.

Plan de Acción 2020 de Extremadura.

Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad 2018 - 2022.

Plan de Discapacidad de Navarra 2019-2025.

V Plan Vasco de inclusión 2022-2026.

III Plan de inclusión y cohesión social 2021-2025 de la Comunidad Valenciana.