

---

**CONSECUENCIAS DEL RECONOCIMIENTO DE UN 33 POR 100  
DE MINUSVALÍA PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON  
VIH/SIDA**



INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS  
BARTOLOMÉ DE LAS CASAS

---

M<sup>a</sup> del Carmen Barranco Avilés

Profesora Titular de Filosofía del Derecho  
Universidad Carlos III de Madrid

---

- 1.-Introducción
- 2.- Derechos de las personas con discapacidad, minusvalía y VIH
  - 2.1.- Políticas públicas de carácter social y enfoque de derechos humanos
  - 2.2.- El VIH como discapacidad desde el punto de vista de la *Convención*
  - 2.3.- Discapacidad, minusvalía y VIH en el ordenamiento jurídico español
- 3.- VIH y dependencia
- 4.- El grado de minusvalía y el VIH
  - 4.1.- Prestaciones de la Ley de Integración Social de los Minusválidos
  - 4.2.- Consecuencias para el régimen de la seguridad social: pensiones y jubilación
  - 4.3.- Otras
- 5.- Conclusiones
- 6.-Recomendaciones
- 7.- Anexo I (guía práctica)
- 8.- Anexo II (algunas direcciones de interés)

## **1. Introducción**

El presente informe se realiza a solicitud de la Coordinadora Estatal de VIH/Sida<sup>1</sup>, y tiene por objeto presentar qué consecuencias tiene para las personas con VIH el que se les reconozca el grado del 33 por 100 de minusvalía.

El efecto más importante de este reconocimiento para una persona es quedar incluida en el ámbito de protección que para las personas con discapacidad ofrece la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU)<sup>2</sup>. Sin embargo, en el informe se va a insistir en la necesidad de revisar el concepto de persona con discapacidad del Derecho español, a la luz del modelo que incorpora la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Desde la norma internacional se subraya que la discapacidad surge como consecuencia de la interacción de un condicionante personal con barreras sociales. Desde este punto de vista, las personas con VIH podrían considerarse personas con discapacidad y serían destinatarias de las medidas establecidas en la LIONDAU para garantizar su igualdad de oportunidades y su no discriminación.

Además, la Ley 39/2006<sup>3</sup>, de 14 de diciembre, introduce en la normativa española sobre discapacidad un nuevo concepto, el de dependencia. La consideración de una persona en situación de dependencia también puede suponer que se le conceda el derecho a obtener determinadas prestaciones. Las personas que viven con VIH pueden encontrarse en situación de dependencia, por lo que el apartado tercero se dedicará a explicar, a grandes rasgos, el régimen jurídico de la dependencia en España.

---

<sup>1</sup> Dentro del programa Clínica Legal subvencionados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

<sup>2</sup> B.O.E. de 3 de diciembre de 2003.

<sup>3</sup> B.O.E. de 15 de diciembre de 2006.

El grado de minusvalía deriva de una declaración administrativa que, en el caso de las personas con VIH se realiza de acuerdo con las normas del Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía<sup>4</sup>. El cuarto apartado de este informe se dedicará a analizar esta normativa. Tendremos ocasión de comprobar que, en función del grado de minusvalía reconocido, están previstos en el Ordenamiento español distintas consecuencias que se pueden traducir en prestaciones o beneficios de distinto tipo.

Por último, se presentarán algunas conclusiones y recomendaciones con respecto al modo en el que en el Derecho español se relacionan, discapacidad, minusvalía y VIH.

---

<sup>4</sup> B.O.E. de 4 de octubre de 2003.

## **2.- Derechos de las personas con discapacidad, minusvalía y VIH**

El 13 de diciembre de 2006 fue adoptada la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* en el marco de Naciones Unidas. El tratado, que entró en vigor en nuestro país el 3 de mayo de 2008, incluye entre las personas con discapacidad a “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (artículo 1).

La definición de persona con discapacidad que ofrece la *Convención*, es coherente con el denominado modelo social. Este modelo, a diferencia de otros enfoques, supone tratar las vulneraciones de los derechos de las personas con discapacidad como vulneraciones de los derechos humanos. Además, por lo que se refiere al concepto mismo de discapacidad, el modelo social deja de ver la discapacidad en su dimensión exclusivamente individual y se interesa por el modo en el que el entorno contribuye a que la discapacidad se genere.

### **2.1.- Políticas públicas de carácter social y enfoque de derechos humanos**

Las políticas a favor de determinados colectivos que han venido considerándose en situación de vulnerabilidad, se han adecuado históricamente a tres modelos posibles, en función de los principios que las inspiran y del agente de la intervención: conservador, tecnocrático y social. Estos modelos están presentes también en el modo de afrontar la discapacidad y el VIH.

Las políticas conservadoras (que en el caso de la discapacidad han recibido el nombre de modelo de la prescindencia<sup>5</sup>), se caracterizan porque dejan en manos de la sociedad el tratamiento de personas que, como las que viven con discapacidad o con VIH, forman parte de colectivos que no tienen las mismas posibilidades que las consideradas ‘normales’ de ejercer los derechos. Desde este punto de vista, las políticas conservadoras suponen la no intervención del poder político. En el caso concreto del VIH y de la discapacidad, desde este modelo, se considera que se trata de consecuencias de acciones pasadas de las personas o de sus progenitores que resultan moralmente reprobables. Además, las personas con VIH y las personas con discapacidad resultan una carga para la sociedad, por lo que sería mejor que no existieran. En el contexto de la lucha inicial contra el VIH, el modelo de tratamiento que predominó fue, precisamente, este enfoque. Se pretendió afrontar la situación mediante un fuerte control social de las costumbres, se identificaron grupos de riesgo y, en ocasiones, se criminalizaron los comportamientos que se asocian a estos grupos. En definitiva, la lucha contra la ‘enfermedad’ se convirtió en lucha contra la persona ‘enferma’, y como consecuencia de esta perspectiva, las personas con VIH sufrieron graves vulneraciones de sus derechos.

Las políticas tecnocráticas (en el caso de la discapacidad se habla de modelo rehabilitador<sup>6</sup>) suponen la adquisición de protagonismo por parte del poder público, tanto en la definición como en la implementación de la política. Se basan en argumentos utilitaristas, de forma que la intervención se orienta a recuperar a las personas para la sociedad o a evitar un mal mayor. El objetivo principal de las políticas no es la protección de los derechos de las personas a las que se dirigen, sino mejorar el bienestar global de la sociedad sobre la que se interviene.

---

<sup>5</sup> A. Palacios, *El modelo social de las discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*, CERMI, 2008, pp. 37-65.

<sup>6</sup> *Ibidem*, pp. 66-102.

Cuando, gracias a los nuevos tratamientos, el VIH comenzó a asumir características de cronicidad, y la infección en sí deja de ser un obstáculo para la plena participación de las personas, se pone de manifiesto que el rechazo social sigue actuado como barrera que impide la efectividad de sus derechos.

Por último, el modelo social<sup>7</sup> se orienta a la realización de derechos de las personas en cuyo favor se interviene. Además, tanto la definición de la intervención, como la implementación de la misma, se articulan con participación de estas personas. Es en el contexto de este modelo, en el que la discriminación sufrida tanto por las personas con discapacidad cuanto por las personas que viven con VIH se considera una cuestión de derechos humanos. Y es también en el contexto de este modelo en el que se pone de manifiesto que la 'normalidad' es una cuestión de poder y que en buena medida, el modo en el que una característica individual influye en la capacidad de funcionar de las personas, tiene que ver con el entorno. En este sentido, es fácil darse cuenta de la diferente situación con respecto a la participación plena y efectiva en la sociedad, de una persona miope que viven en un entorno en el que es sencillo el acceso a las lentes graduadas, y de otra persona con el mismo grado de miopía, que no tiene acceso a este tipo de ayuda.

En este modelo se inserta la definición de persona con discapacidad que lleva a cabo la *Convención*.

## **2.2.- El VIH como discapacidad desde el punto de vista de la *Convención***

Tradicionalmente, la discapacidad venía siendo considerada como una deficiencia que padecían ciertas personas que, por esta razón, quedaban privadas de la posibilidad de llevar una 'vida normal'. Sin embargo, desde el punto de vista de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, se insiste en que la discapacidad sólo se produce en la medida en que los condicionantes personales interactúan con condicionantes sociales y que, por tanto, para prevenir la discapacidad no basta con incidir en los condicionantes personales, es preciso también eliminar las barreras sociales.

Desde la definición del Derecho internacional, pues, las personas con VIH son personas con discapacidad, en la medida en que, como resultado de la interacción entre la infección y diversas barreras, se impida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Incluso cuando las personas que viven con VIH permanecen asintomáticas, el estigma asociado actúa como una barrera que dificulta o impide el igual ejercicio de sus derechos y el acceso a bienes y servicios. Por tanto, si tomamos como punto de partida esta concepción, y en la medida en que el VIH mantenga su carácter estigmatizante, es posible afirmar que las personas con VIH, son personas con discapacidad a los efectos de la *Convención*. Esta opinión puede apoyarse en el hecho de que en algunos ordenamientos jurídicos, las normas que protegen frente a la discriminación por razón de discapacidad, amparan también a las personas con VIH, con independencia de su sintomatología<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> *Ibidem*, pp. 103-203.

<sup>8</sup> Como puede verse en el informe realizado a solicitud de CESIDA, en el marco del Proyecto de Clínica Legal, por M.C. Barranco y D. Blázquez, "Informe acerca de las mejoras en la protección jurídica y social de las personas que viven con VIH: los efectos de la LIONDAU y la Ley de Dependencia", es el caso de Estados Unidos, Reino Unido o Australia. Ver también E. C. Chambers., "Asymtomatic HIV as a disability under the Americans with Disabilities Act", *Washington Law Review*, nº 73, 1998, pp. 403 y ss.

Además, en referencia concreta a la interpretación de la *Convención*, ONUSIDA, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, publicaron conjuntamente, en abril de 2009, un informe de política sobre *Discapacidad y VIH*.

En este informe, se subraya el escaso interés que hasta la fecha se ha prestado a la incidencia del VIH entre las personas con discapacidad<sup>9</sup>, pero también se insiste en dos cuestiones de gran relevancia para el presente estudio. La primera es que las personas con VIH pueden desarrollar impedimentos cuando la afección progresa. La segunda, que, incluso en situaciones asintomáticas, las personas que viven con VIH han de enfrentarse al estigma, que actúa como una auténtica barrera para su plena y efectiva participación en la sociedad<sup>10</sup>, y que, por tanto, las sitúa dentro de la definición del artículo 1 de la *Convención*.

Por otro lado, en marzo de 2009, tuvo lugar un diálogo internacional sobre políticas entre ONUSIDA, Salud Canadá y la Agencia de Salud Pública de Canadá. En la memoria, que fue publicada por dirección de Asuntos Internacionales de Salud de Canadá, se vuelve a insistir en algunos aspectos de las relaciones entre VIH y discapacidad que son de gran interés para apoyar la interpretación de la *Convención* que hasta aquí se ha sostenido<sup>11</sup>.

Efectivamente, en las conclusiones del diálogo se insiste en que la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, al incidir en los obstáculos como parte muy importante de la discapacidad, abre la vía para redefinir este concepto en el contexto del VIH/sida. Desde este punto de vista, la Convención es un instrumento sobre los derechos humanos de las personas con VIH, por lo que las políticas y programas dirigidos a las personas con discapacidad, deberían también a las personas con VIH.

Estas recomendaciones son especialmente interesantes para valorar la coherencia del Derecho interno con el texto internacional.

### **2.3.- Discapacidad, minusvalía y VIH en el ordenamiento jurídico español**

En España, la Ley sobre Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU), considera personas con discapacidad “aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100”. De acuerdo con la normativa actual, por tanto, la primera consecuencia del reconocimiento de un grado de minusvalía del 33 por 100 es entrar dentro del ámbito de aplicación de esta ley, que establece un sistema de igualdad de oportunidades que incorpora medidas contra la discriminación (tanto directa como indirecta) y hace un llamamiento a los poderes públicos para el desarrollo de medidas de acción positiva (artículo 5 de la LIONDAU).

El artículo 10 establece la obligación de Gobierno de regular, sin perjuicio de las competencias atribuidas a las comunidades autónomas y a las corporaciones locales “unas condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación que garanticen unos mismos niveles de igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos con discapacidad”. En el apartado 2 de este mismo artículo, se establece la necesidad de que las condiciones básicas de accesibilidad y no

---

<sup>9</sup> Puede consultarse, a propósito de esta cuestión concreta, N. Groce, *HIV/AIDS and Disability: capturing hidden voices*, The World Bank and Yale University, 2004.

<sup>10</sup> *Disability and HIV Policy Brief*, en [http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/jc1632\\_policy\\_brief\\_disability\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf) (consultada el 28 de abril de 2010).

<sup>11</sup> *HIV/AIDS and Disability: Final Report of the 4<sup>th</sup> International Policy Dialogue*, [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091111\\_hiv\\_and\\_disability\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091111_hiv_and_disability_en.pdf) (consultada el 28 de abril de 2010).

discriminación establezcan, “para cada ámbito o área, medidas concretas para prevenir o suprimir discriminaciones, y para compensar desventajas o dificultades”. Tal y como esta exigencia ha sido entendida, sin embargo, y en coherencia con la definición legal de persona con discapacidad, se han desconsiderado los requerimientos de las personas con VIH para alcanzar su igualdad de oportunidades.

Como parte de las medidas legales se establecen también las de fomento y defensa. En este apartado, el artículo 19 resulta de un interés fundamental, puesto que señala que “sin perjuicio de la legitimación individual de las personas afectadas, las personas jurídicas legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos podrán actuar en un proceso en nombre e interés de las personas que así lo autoricen, con la finalidad de hacer efectivo el derecho de igualdad de oportunidades, defendiendo sus derechos individuales y recayendo en dichas personas los efectos de aquella actuación”. Esta previsión resultaría un instrumento muy adecuado en relación con la lucha contra la discriminación por VIH/sida, ámbito en el que existen fuertes resistencias a activar los mecanismos judiciales por temor a los efectos multiplicadores de la discriminación que puede acarrear la visibilización a la que se expone quien se ve inmerso en un proceso. Por otro lado, sería deseable que esta posibilidad de defensa a través de los colectivos que representan los intereses de las personas con VIH se configurase de una forma más próxima a las acciones públicas colectivas cuando el interés en juego fuese exclusivamente individual, como ocurre, por ejemplo, cuando se trata de oponerse a la aplicación de una normativa discriminatoria.

El artículo 20 establece, además, criterios especiales sobre la prueba de hechos relevantes, que pueden suponer la inversión de la carga de la prueba si existen indicios de discriminación directa o indirecta por razón de discapacidad. Esta disposición no es de aplicación en el ámbito del Derecho sancionador.

Además, el artículo 11, establece la obligación de las Administraciones públicas de promover y facilitar “el desarrollo de las medidas de fomento y de instrumentos y mecanismos de protección jurídica para llevar a cabo una política de igualdad de oportunidades, mediante la adopción de las medidas necesarias para que se supriman las disposiciones normativas y las prácticas contrarias a la igualdad de oportunidades y el establecimiento de medidas para evitar cualquier forma de discriminación por causa de discapacidad”. La extensión de esta obligación a la discriminación por razón de VIH, llevaría a justificar la obligación de las administraciones públicas de adoptar las medidas necesarias para eliminar cláusulas tales como las relativas a las ‘enfermedades infectocontagiosas’ sin tener en cuenta las vías de transmisión, o la exclusión de determinados procesos selectivos a personas que padecen enfermedades de transmisión sexual, aun sin especificar en qué modo las enfermedades de transmisión sexual pueden afectar al desempeño del puesto de trabajo.

Sin embargo, como tendremos ocasión de ver en el siguiente apartado, sólo las personas que viven con VIH y presentan cierta sintomatología pueden estar en la situación de que se les reconozca el 33% de minusvalía y, por tanto, pueden ser consideradas personas con discapacidad a los efectos de la LIONDAU.

Esta situación, además de estar sometida a revisión a la luz de su adecuación a la *Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*, resulta disfuncional en relación con el objetivo de eliminar la discriminación contra estas personas. La minusvalía es una calificación administrativa a propósito de la situación de un sujeto. Una persona con discapacidad, puede no ser una persona con minusvalía, porque, por ejemplo, haya decidido no someterse al procedimiento para su declaración. Existen situaciones, por otro lado, en el que una persona es discriminada por razón de discapacidad o de VIH, aun cuando la persona no tiene reconocido el grado de minusvalía o, incluso, no vive con una discapacidad o con VIH. Sin embargo, en nuestro ordenamiento jurídico se establece una vinculación entre minusvalía

y discapacidad que hace depender la protección jurídica contra la discriminación de que se haya producido el acto administrativo. A todas luces, la entrada en vigor de la *Convención* debe suponer la extensión de las medidas contra la discriminación previstas en la LIONDAU a estas situaciones.

Dado que el artículo 10.2 de la Constitución española establece que “las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las materias ratificados por España”, dado que la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* es un tratado internacional sobre derechos humanos, y dado que la LIONDAU se refiere a cuestiones –como la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal- estrechamente vinculadas a los derechos humanos, es posible argumentar, que la LIONDAU ha de ser interpretada de acuerdo con la *Convención* y que, por tanto, el concepto de persona con discapacidad incluye a las personas con VIH, en la medida en que se trata de proteger a estas personas frente a la discriminación y aun cuando no tengan reconocido el 33% de minusvalía.

Además, la mayor coherencia con la Convención de la normativa española, exigiría eliminar el requisito del reconocimiento de un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento de la definición de persona con discapacidad y requeriría una mayor atención a la dimensión social de la discapacidad<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Ver R. de Asís (y otros), *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su impacto en el ordenamiento jurídico español*, <http://www.cermi.es/CERMI/ESP/Biblioteca/Publicaciones/La+Convención+Internacional+sobre+los+de+rechos+de+las+personas+con+discapacidad+y+su+impacto+en+el+o.htm> (consultada el 30 de marzo de 2010)



### 3.- VIH y dependencia

La ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia supone la consolidación normativa un cambio decisivo en el modo en el que se concibe el cuidado en España. Efectivamente, la atención a las personas en situación de dependencia se consideraba en España un asunto privado del que correspondía ocuparse a las familias. Además, por el modelo de familia que predominaba en nuestro país (y en muchos otros lugares de Europa), las tareas de cuidado venían siendo asumidas por las mujeres. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo, los cambios en los modelos familiares (que en nuestro país se producen más tarde que en Europa, pero de una manera muy rápida), y el incremento del número de personas que requieren cuidados debido al ‘envejecimiento del envejecimiento’, determina que esta cuestión, hasta entonces privada, se convierta en pública<sup>13</sup>. Por otro lado, si se considera (como hace la ley) que las personas tienen un derecho a la promoción e la Autonomía Personal y a que se las atiende cuando se encuentran en situación de dependencia, su satisfacción no puede quedar en manos de la buena voluntad de sus familiares y allegados, sino que debe tratarse como una obligación de los poderes públicos.

A pesar de la denominación, la ley se ocupa más de la atención a las personas en situación de dependencia que a la promoción de la autonomía, como lo muestra el artículo 2.2, en el que se vincula la situación de dependencia a la necesidad de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria”, y las actividades básicas de la vida diaria son “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” (artículo 2.3) . Esta situación, como tuvimos ocasión de señalar en un informe previo, afecta al modo en el que las personas con VIH pueden beneficiarse de las medidas establecidas por la ley<sup>14</sup>. La norma parece exclusivamente preocupada por la faceta individual de la discapacidad, por lo que no se atiende a los problemas que para la autonomía genera la percepción social del VIH.

Por otro lado, interesa subrayar que la dependencia no es sinónimo de discapacidad, una persona con discapacidad puede no encontrarse en situación de dependencia de acuerdo con la previsión legal. Además, el reconocimiento de la situación de dependencia depende de un procedimiento que se realiza ante el órgano competente de la Comunidad Autónoma de residencia del solicitante y que concluye con la determinación del grado –que puede ser moderada (I), severa (II) o gran dependencia (III), en función de la cantidad de apoyo requerido (una vez al día, dos o más, permanente) para la realización de las actividades básicas de la vida diaria- y la aprobación de un programa individual de atención, que es revisable, y que establece “las modalidades de atención más adecuadas... de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, por participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen” (artículo 29). La titularidad de los derechos reconocidos en la ley, depende, por tanto, de que la persona haya obtenido una declaración del grado de dependencia.

---

<sup>13</sup> C. Tobío (y otras), *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Fundación la Caixa, Barcelona, 2010.

<sup>14</sup> M.C. Barranco y D. Blázquez, “Informe acerca de las mejoras en la protección jurídica y social de las personas que viven con VIH: los efectos de la LIONDAU y la Ley de Dependencia”.

El objetivo de la ley es “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...mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas 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” (artículo 1). Es decir, se trata de garantizar una atención mínima a la dependencia en todo el territorio, para intentar limitar los problemas que, desde el punto de vista de la igualdad, originaba el hecho de que el grado de ésta quedase condicionado por la Comunidad Autónoma e, incluso, por el Ayuntamiento de residencia. Sin embargo, este objetivo ha desencadenado el efecto perverso de que, en ocasiones, los servicios habilitados para las personas con discapacidad en las Comunidades Autónomas se han trasladado al sistema de la Ley de Dependencia, sin que se hayan creado servicios nuevos.

Los servicios posibles previstos en el artículo 15 son, de prevención de situaciones de dependencia, de teleasistencia, de ayuda a domicilio (que comprende la atención a las necesidades del hogar y los cuidados personales), centro de día y de noche (para mayores, para menores de 65 años, de atención especializada y de noche), atención residencial permanente o temporal (residencia de personas mayores en situación de dependencia y centro de atención a las personas en situación de dependencia). Existe la posibilidad de obtener prestaciones económicas, que serán vinculadas al servicio cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, o para cuidados en el entorno familiar y apoyo por cuidadores no profesionales. También reconocerse el derecho a obtener una prestación económica de asistencia personalizada, en situaciones de gran dependencia, para contratar los servicios de un asistente personal –por un número de horas y con el objetivo de facilitar a la persona en situación de dependencia el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria y el acceso a la educación y al trabajo-.

En resumen, las personas con VIH/sida tendrán acceso a las prestaciones derivadas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, cuando, tras haber iniciado el procedimiento correspondiente, se les haya reconocido alguno de los grados de dependencia previstos en la Ley por requerir apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día.

#### 4.- El grado de minusvalía y el VIH

Como se ha mostrado, de acuerdo con la LIONDAU, sólo las personas a las que se les ha reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%<sup>15</sup> se consideran personas con discapacidad. El objetivo de este apartado es mostrar en qué condiciones las personas con VIH pueden alcanzar el reconocimiento de este grado de minusvalía, ahora denominado grado de discapacidad<sup>16</sup>.

La determinación del grado de minusvalía de las personas con VIH está regulada por el Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. El Real Decreto pretende resolver algunos de los problemas que planteaba la consideración restrictiva del Real Decreto 1971/1999 con respecto al VIH/sida. La norma de 2003, establece la necesidad de considerar, para determinar el grado de minusvalía, tanto la inmunodeficiencia, cuanto las afecciones discapacitantes, que se valorarán de acuerdo con sus propios baremos.

Además, se establece que el equipo de valoración debe estar formado por tres técnicos: médico, psicólogo y trabajador social. Sin embargo, los factores sociales tienen una escasa incidencia en la determinación del grado, desconsiderando el modo tan importante en que el estigma asociado al VIH afecta a la posibilidad de obtener y mantener un empleo. Por un lado, se aprecia cierta ambigüedad en la configuración de estos factores, que ha determinado que se hayan producido aplicaciones distintas en función del equipo de valoración<sup>17</sup>. Además, sólo pueden tenerse en cuenta a partir del 25% de discapacidad -no, por tanto, si la persona con VIH permanece asintomática-, y el peso máximo atribuible a estos factores es del 15%. Conviene no olvidar, al respecto, que la terapia antirretroviral, que en muchos casos evita la aparición de la discapacidad, desencadena una serie de efectos secundarios que se asocian a la infección y que convierten a las personas que los sufren en víctimas de discriminación. Una vez más, la coherencia con la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* debería llevar a incrementar el peso de estos factores sociales en el momento de la valoración individual.

---

<sup>15</sup> Y las personas a las que el artículo 1.2 considera afectadas por un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100: pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en grado total, absoluta o gran invalidez y pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

<sup>16</sup> El Real Decreto 1856/2009, sustituye el término minusvalía por discapacidad. B.O.E. de 4 de diciembre de 2009.

<sup>17</sup> El Real Decreto 1856/2009, modifica el Real Decreto de 1999 para establecer mecanismos orientados a evitar la desigualdad que en la aplicación de los baremos se ha venido produciendo en el territorio del Estado. A estos efectos, se establece la creación de “una Comisión Estatal, integrada por representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social y de los órganos correspondientes de las comunidades autónomas a quienes hubieran sido transferidas las funciones en materia de valoración de situaciones de discapacidad y calificación de su grado”. Además, prevé la integración en esta comisión estatal un representante de la asociación de utilidad pública más representativa en el ámbito estatal de los diferentes tipos de discapacidad; con lo que parece que cuando se trate de determinar el grado de discapacidad de las personas con VIH habría de estar presente una persona del movimiento asociativo en torno al VIH. **¿Se está produciendo, o están guiándose por la enfermedad discapacitante?**

Tendrán un porcentaje mínimo de discapacidad del 33% “aquellos adultos cuyas cifras de CD4 sean menores de 200 en el último año y aquellos niños en clase C3 (clasificación de 1994) tendrán un porcentaje mínimo de discapacidad del 33%, así como las personas que estén en situación de coinfección de VIH y virus C de Hepatitis. En relación con estas situaciones, el equipo valorador determinará la fecha de la revisión. En otras situaciones, la baremación dependerá fundamentalmente de la sintomatología. Así pues, tendrán un 0% aquellos pacientes diagnosticados de infección por VIH, cuyo grado de discapacidad sea nulo, precisen o no tratamiento. Podrán ser valorados entre el 1 y el 24% aquellos pacientes diagnosticados de infección por VIH, cuyo grado de discapacidad sea leve, siempre que precise tratamiento continuado y presente menos de tres episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia, que precisen atención médica hospitalaria durante al menos 24 horas cada uno o durante menos de 30 días al año. La baremación oscila entre el 25 y el 49% para los pacientes diagnosticados de infección por VIH, cuyo grado de discapacidad sea moderado, que precisen tratamiento continuado que presenten de tres a seis episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia, que precisen atención médica hospitalaria durante al menos 24 horas cada uno o durante más de 30 días al año. El grado será entre 50 y 70%, cuando la persona diagnosticada de infección por VIH, que precise tratamiento continuado se encuentre en alguna de las siguientes circunstancias: que el grado de discapacidad sea moderado y presente más de seis episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia que precisen atención médica hospitalaria durante al menos 24 horas o durante más de 60 días al año, o que el grado de discapacidad sea grave. El 75% corresponderá a los pacientes diagnosticados de infección por VIH que precisen tratamiento continuado, cuyo grado de discapacidad sea muy grave.

Las personas que viven con VIH y permanecen asintomáticas, salvo que los marcadores no alcancen los 200, no alcanzarán el grado del 33% y , por tanto, no tendrán acceso a las medidas de la LIONDAU, ni a los beneficios que se establecen para las personas que tengan reconocido el 33%

El procedimiento se inicia a instancia de parte ante el órgano competente de la Comunidad Autónoma o, si se trata de Ceuta y Melilla, ante la Dirección Territorial del IMSERSO. El reconocimiento de un grado de minusvalía igual o superior al 33% tiene una serie de consecuencias relacionadas con el acceso a servicios sociales, posibilidad de acceder a una pensión no contributiva en el sistema de la Seguridad Social (si alcanza el 65%), ciertas ventajas en relación con el acceso a un empleo y algunos beneficios fiscales.

#### **4.1.- Prestaciones de la Ley de Integración Social de los Minusválidos**

La Ley 13/1982 de Integración Social de los minusválidos (LISMI)<sup>18</sup> establece una serie de servicios, prestaciones y beneficios a los que tienen acceso las personas en relación con las cuales la Administración haya determinado el grado de discapacidad requerido en cada caso. En el caso del VIH/sida, la determinación del grado de discapacidad se regirá por el Real Decreto 1169/2003, antes analizado. Se trata de prestaciones sociales y económicas, que incluyen: prestaciones específicas de asistencia sanitaria y farmacéutica (están exentos del abono de aportación por el consumo de especialidades farmacéuticas (artículo 13.2), de un subsidio de garantía de ingresos mínimos, de un subsidio por ayuda de tercera persona, subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte, recuperación profesional y

---

<sup>18</sup> B.O.E. de 30 de abril de 1982.

rehabilitación médico-funcional. Los subsidios fueron sustituidos por las prestaciones no contributivas de la seguridad social, aunque se mantienen los que habían sido concedidos<sup>19</sup>.

En desarrollo de la Ley, el Real Decreto 383/1984<sup>20</sup>, regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos. Para que una persona pueda ser beneficiaria de estas prestaciones, debe habersele reconocido una minusvalía en grado igual o superior al que se determine para cada prestación, -o “estar afectado por un proceso degenerativo que pudiera derivar en minusvalía”, en el caso de las prestaciones de rehabilitación médico funcional y de recuperación profesional (artículo 1.a))-; “no estar comprendido en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social, por no desarrollar una actividad laboral” (1.b); y “no ser beneficiario o no tener derecho, por edad o por cualquiera otra circunstancia, a prestación o ayuda de análoga naturaleza y finalidad y, en su caso, de igual o superior cuantía otorgada por otro organismo público, excluyéndose a tal efecto las prestaciones otorgadas en aplicación de la Ley 39/2006”; y cumplir con los requisitos relativos a los recursos económicos.

Para tener derecho a las prestaciones (salvo lo establecido para la asistencia sanitaria y prestación farmacéutica), es preciso que los recursos personales de la persona que los solicita sean inferiores al 70 por 100 en cómputo anual del salario mínimo vigente en cada año. Este límite se incrementa en un 10 por 100 para cada persona a cargo, o por cada miembro de la unidad familiar de la que forme parte la persona con discapacidad.

Los pensionistas de la Seguridad Social podrán tener derecho a algunas prestaciones establecidas en la norma. También podrán tener derecho los españoles residentes en el extranjero y, en cuanto a los extranjeros residentes en España, sus derechos dependerán de lo establecido en los convenios bilaterales y al criterio de reciprocidad.

El contenido y los requisitos para las prestaciones concretas son los siguientes:

**a) Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica**

Tiene por objeto la prestación de servicios conducentes a conservar y restablecer la salud de los beneficiarios, y su extensión será idéntica a la de la asistencia sanitaria y farmacéutica por enfermedad común, accidente laboral y maternidad del Régimen General de la Seguridad Social. Además, la dispensación de medicamentos será gratuita para las personas beneficiarias.

Los requisitos son:

-No tener derecho a una prestación equivalente otorgada por otro organismo público (con la excepción de las prestaciones de la Ley 39/2006).

-Estar afectadas de un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100.

-No tener derecho por cualquier título a prestaciones de asistencia sanitaria del Régimen General o Regímenes Especiales del sistema de la Seguridad Social.

**b) Rehabilitación médico-funcional**

El objeto de la prestación de servicios orientados a tratar la afección, a evitar el proceso degenerativo que podría derivar en una disminución, o a conseguir la recuperación física, psíquica o sensorial, desarrollando sus capacidades residuales.

En cuanto a la extensión, la prestación comprende diagnóstico, prescripción facultativa, tratamientos médicos y farmacológicos y técnicas de rehabilitación dirigidas a situaciones de disminución o a la atención temprana de procesos degenerativos, tales como fisioterapia, psicomotricidad, terapia del lenguaje, medicina ortopédica y psicoterapia. Además, podrá incluir el suministro, adaptación,

---

<sup>19</sup> Fueron derogados por la disposición adicional novena de la Ley 26/1990 de 20 de diciembre por la que se establecen en el Sistema de la Seguridad Social las Pensiones No Contributivas, B.O.E. de 22 de diciembre de 1990.

<sup>20</sup> B.O.E. de 27 de febrero de 1984.

conservación y renovación de aparatos de prótesis y órtesis, así como sillas de ruedas y elementos auxiliares, correspondientes a los otorgados como parte de la asistencia sanitaria por el sistema de la Seguridad Social.

Los requisitos para que las personas puedan beneficiarse de esta prestación son:

-Estar afectadas por un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100 ó que el equipo multidisciplinar aprecie riesgo fundado de aparición de una disminución de no aplicarse los tratamientos.

-No tener derecho, sea como titulares o como beneficiarias a los tratamientos a los que se extiende la prestación, con cargo a los regímenes de la Seguridad Social

-Constituir su disminución un obstáculo para su adecuada integración educativa, laboral o social.

### **c) Recuperación profesional**

Cuyo objeto es facilitar la inserción o reinserción laboral de los beneficiarios, a través de la obtención o conservación de un empleo. Puede comprender prestaciones como tratamientos de rehabilitación, orientación profesional, formación, readaptación o reeducación profesional, que se determinarán en un programa individual elaborado por el equipo multi-profesional. También puede generarse el derecho a obtener un subsidio cuando la aplicación del programa individual requiera la realización de gastos de alojamiento, comedor o transporte.

Los requisitos son:

-Que la persona esté afectada por un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100.

-Que presente posibilidades razonables de recuperación a juicio del equipo multi-profesional y ser imprescindible el desarrollo de los procesos a efectos de una adecuada integración laboral

-No tener derecho a las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

-Que, de forma individualizada y teniendo en cuenta factores como edad, aptitudes, condiciones objetivas de empleo y duración probable de la actividad laboral futura, exista proporcionalidad entre el coste y la eficacia previsible de la aplicación de la medida.

### **e) Medidas de integración social**

Pueden ser independientes o complementarias de la rehabilitación o de la recuperación profesional. Su objetivo es mejorar la capacidad de desplazamiento o facilitar las relaciones de la persona con discapacidad con su entorno. Las determinará el equipo multi-profesional cuando el grado o la naturaleza de la discapacidad lo precise. Pueden ser prestaciones de carácter término de entrenamiento o reentrenamiento en actividades de la vida cotidiana, incluida la utilización de transportes públicos colectivos, suministro y enseñanza en el uso de útiles especialmente adaptados y de realización de actividades recreativas, culturales y deportivas entre otras. También pueden consistir en aportaciones económicas que permitan financiar gastos derivados de la 'construcción, adquisición, renovación y adaptación' de los útiles especialmente adaptados, de la adaptación funcional del hogar, de la obtención del permiso de conducir y la adquisición o adaptación del vehículo destinado al servicio personal de la persona con discapacidad.

El régimen de las distintas medidas, se contempla en la normativa reguladora. Teniendo en cuenta que la responsabilidad sobre los servicios sociales se ha descentralizado, la definición de las medidas ha correspondido a las Comunidades

Autónomas y a la administración local. Por otro lado, algunas de las prestaciones han pasado a integrarse en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

#### **f) Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte**

Se trata de una prestación económica, de carácter periódico que se orienta a atender los gastos de desplazamiento de aquellas personas que tengan dificultades para utilizar los transportes colectivos. La cuantía del subsidio para 2010, de acuerdo con la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010, y con el Real Decreto 2007/2009, de 23 de diciembre, sobre revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones sociales públicas para el ejercicio 2010 es de 697,20 euros al año y 58,10 euros al mes

Pueden beneficiarse:

- Las personas mayores de tres años
- Que estén afectadas por un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100
- Que su discapacidad guarde relación con pérdidas funcionales o anatómicas o con deformaciones esenciales que les dificulten gravemente la utilización de transportes colectivos
- A las que no les sea imposible realizar desplazamientos fuera del domicilio habitual.
- Que no tengan derecho a una prestación equivalente otorgada por otro organismo público (con la excepción de las prestaciones de la Ley 39/2006).
- Que no estén comprendidos en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social por no desarrollar actividad laboral
- Que no superen el nivel de recursos económicos establecido.

También podrán tener acceso a esta prestación las personas con discapacidades atendidas en Centros en régimen e media pensión o quienes estén en régimen de internamiento que se desplacen fuera del centro al menos diez fines de semana al año.

#### **4.2.- Régimen de la Seguridad Social**

En relación con el objeto del estudio, es necesario diferenciar el régimen establecido por la LISMI, del régimen de la Seguridad Social. En términos generales, para que una persona esté incluida en el sistema de protección de la Seguridad Social, es necesario que haya existido una cotización previa. En este sentido, también en términos generales, aquellas personas que, por desarrollar una actividad laboral, estén comprendidos en el campo de aplicación del sistema de la Seguridad Social (artículo 2.b) R.D.383/1984)

Como se ha indicado, el Real Decreto 383/84, de 2 de febrero, establecía un conjunto de prestaciones económicas, dos de las cuáles fueron sustituidas por las prestaciones de la Seguridad Social que no tienen carácter contributivo: el subsidio de garantía de ingresos mínimos, al que se podía tener derecho a partir del reconocimiento de un grado de minusvalía igual o superior al 65 por ciento, y el subsidio por ayuda de tercera persona, con el requisito de al menos un 75 por ciento de minusvalía, en el momento en el que es de aplicación la normativa.

En este sentido, el régimen de la Seguridad Social establece la pensión contributiva de invalidez (el órgano competente para la determinación el grado depende del Instituto Nacional de la Seguridad Social), la pensión contributiva de jubilación (en relación con la cual la discapacidad no es un requisito, aunque sí la edad) y dos pensiones no contributivas, la de invalidez y la de jubilación<sup>21</sup>.

Tampoco para la pensión no contributiva de jubilación se establece como requisito el tener un cierto grado de discapacidad. Sin embargo, para ser acreedor de una pensión no contributiva de invalidez es preciso tener un grado de discapacidad igual o superior al 65 por 100, haber cumplido los 18 años, carecer de ingresos suficientes y residir en territorio español o haberlo hecho durante un período de cinco años, de los cuáles dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la prestación.

La concesión de esta pensión genera también derecho a asistencia médica y farmacéutica gratuita, así como a servicios complementarios.

Su percepción se puede compatibilizar con la realización de actividades remuneradas, siempre que no se supere el límite establecido para los recursos económicos. Los ingresos recibidos por la realización de otras actividades se pueden tener en cuenta para calcular la cuantía de la pensión.

#### **4.3.- Otras**

##### **a) Ámbito laboral**

La determinación de un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100 tiene otras consecuencias en distintos ámbitos.

Así, en el ámbito laboral<sup>22</sup>, se establece la obligatoriedad para las empresas que tengan más 50 trabajadores en plantilla, de reservar el 2% de sus puestos de trabajo para personas con discapacidad. Este porcentaje se eleva al 5% en el caso de la administración, y se establece la obligación de adaptar los procesos selectivos y, una vez superados éstos, los puestos de trabajo, a las necesidades de las personas con discapacidad.

Además, se establecen modalidades específicas de contratación a las que pueden tener acceso, entre otros sujetos que reúnen determinadas características, las personas con discapacidad: el contrato para el fomento de la contratación indefinida (cuya característica más relevante es que abarata el coste del despido como estímulo a la contratación), el contrato para el fomento del empleo (se trata de un contrato de duración temporal entre 12 meses y 3 años).

Otra de las consecuencias del reconocimiento de un 33 por ciento de discapacidad es la posibilidad de acceder a contratos de trabajo con particularidades, tales como el contrato en formación (para las personas con discapacidad no opera la limitación general de este contrato a personas entre 16 y 21 años, y además da derecho a la empresa a una bonificación del 50 por 100 en la cuota de la Seguridad Social), el contrato en prácticas (cuando se suscribe con un trabajador con discapacidad, se amplía el período de tiempo

---

<sup>21</sup> La Ley 26/1990, de 20 de diciembre, B.O.E. de 22 de diciembre de 1990, modifica la Ley General de la Seguridad Social para establecer prestaciones no contributivas.

<sup>22</sup> Un análisis detallado de la normativa reguladora de las medidas, así como del modo en el que se están implementando en la práctica se encuentra en la aportación de C. Aragón a R. de Asís (y otros), *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su impacto en el ordenamiento jurídico español*, ob. cit.



que puede pasar desde que se terminaron los estudios, y da derecho a la bonificación en la cuota de la Seguridad Social)y el contrato de interinidad (si se utiliza para que un trabajador con discapacidad sustituya a otro también con discapacidad, la bonificación de la empresa sobre su cuota es del 100%).

Además, se han introducido incentivos económicos (subvención por contratación, por adaptación del puesto de trabajo, por conversión en indefinido; deducciones fiscales, bonificaciones y deducciones a la cuota de la Seguridad Social) para los empresarios que contratan a personas con discapacidad.

Por último, las personas que tengan un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, tendrán la posibilidad de desempeñar una actividad laboral a través de un Centro Especial de Empleo.

## **b) Ámbito tributario**

A efectos fiscales<sup>23</sup>, las personas con discapacidad también son las que tienen un grado igual o superior al 33 por 100 de minusvalía. Estas personas podrán beneficiarse de de una serie de medidas tributarias<sup>24</sup> que afectan, entre otros, al I.R.P.F, al Impuesto de Sucesiones y Donaciones y al I.V.A.

Así, en el ámbito del I.R.P.F, se establece una ampliación de las reducciones de los rendimientos netos de trabajo y de actividades económicas para los trabajadores con discapacidad que necesiten ayuda de terceras personas, e encuentren en situación de movilidad reducida o tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 65 por 100. También se prevén reducciones por aportación a planes de pensiones a favor de personas con discapacidad; en este caso, debe tratarse de personas con un grado de minusvalía física o sensorial igual o superior al 65%, psíquica igual o superior al 33%. Es posible, además, constituir un patrimonio protegido a favor de estas personas; las aportaciones a este patrimonio que realicen sus familiares tienen derecho a reducciones. Se elimina el límite de edad en cuanto al mínimo familiar y familiar, cuando el descendiente a cargo del contribuyente es una persona con discapacidad, se establece un mínimo por ascendientes a cargo cuando éstos son personas con discapacidad, y hay un mínimo por discapacidad del contribuyente y del ascendiente o descendiente. En el ámbito de este impuesto se establece también una deducción por adaptación de la vivienda habitual a las necesidades de las personas con discapacidad.

---

<sup>23</sup> Puede verse *Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en el ámbito tributario y propuestas de mejora para el período 2010-2012*, actualización del elaborado y publicado en 2004 por el CERMI y la Fundación ONCE, coordinado por M. Cruz y C. Rodríguez Gil, sobre la base del estudio puesto al día por I. Martín y M. Lucas, en <http://www.cermi.es/ES-ES/BIBLIOTECA/Paginas/Inicio.aspx?TSMEIdPub=233>, (consultada el 30 de marzo de 2010)

<sup>24</sup> La descripción detallada de estas medidas puede verse en la aportación de L. González y H. López al estudio ya citado, dirigido por R. de Asís sobre *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su impacto en el ordenamiento jurídico español*, ob. cit.

Se prevén, asimismo, reducciones en relación con el Impuesto de Sucesiones y Donaciones cuando el perceptor es una persona con discapacidad a partir de un grado igual o superior al 33%; ésta reducción varía en función del grado.

En el ámbito del IVA, se prevén algunas exenciones y tipos reducidos en relación con la adquisición de bienes y servicios por parte de las personas con discapacidad (recordemos, en un grado igual o superior al 33 por 100). Así, se establece una exención para las prestaciones educación especial y asistencia a personas con discapacidad que realicen entidades de Derecho público o entidades o establecimientos privados de carácter social (esta exención debe ser solicitada por la entidad). También se prevén tipos reducidos para vehículos adaptados, prótesis, órtesis e implantes internos para personas con discapacidad.

### **c) Otras medidas**

Junto a lo anterior, las personas que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por cien, tales como la ampliación del periodo de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo o menor acogido. o las previstas a nivel autonómico o local ( la tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida, el llamado 'bonotaxí', reducciones en los medios de transporte...)

En este apartado se puede incluir el programa de turismo y termalismo en relación con el cual se establece una cuota de participación de entre el 20 y el 50%.

## 5.- Conclusiones

I.- El VIH/sida, constituye una discapacidad a efectos de la *Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

El estigma supone una barrera que dificulta la plena y efectiva participación de las personas con VIH/sida, en igualdad de condiciones que las demás, por lo que el VIH/sida, con independencia de en su dimensión médica afecte al modo en el que las personas desarrollan sus funciones, debe ser considerado como una infección discapacitante en tanto en cuanto su percepción social no se modifique.

II.- La interpretación de la LIONDAU a la luz de la *Convención*, conforme al artículo 10.2 de la Constitución española, lleva a extender a las personas con VIH las medidas contra la discriminación previstas para las personas que tengan reconocido el 33% de minusvalía. En este mismo sentido, las medidas de igualdad de oportunidades, de fomento y de defensa deberían habilitarse teniendo en cuenta que, de acuerdo con el modelo social incorporado en la *Convención*, las personas con VIH son personas con discapacidad.

III.- A la luz de la actual normativa española, la consecuencia más importante del reconocimiento de un grado de minusvalía del 33 por ciento es que la persona con VIH se sitúa en el ámbito de aplicación de la LIONDAU, pudiéndose beneficiar de las medidas de igualdad de oportunidades, no discriminación, fomento y defensa previstas en este instrumento normativo y en sus normas de desarrollo.

IV.- La legitimidad que la LIONDAU concede a las personas jurídicas legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos, para actuar en nombre y beneficio de las personas que así lo autoricen, debe entenderse abarcadora de las personas jurídicas legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos de las personas con VIH, sin necesidad de autorización de una persona física que haya visto vulnerado su interés particular, cuando se trate de defender intereses del colectivo.

IV.- Existen procedimientos diferentes para obtener el reconocimiento del grado de minusvalía y el reconocimiento del grado de dependencia, por lo que conviene diferenciar ambos conceptos.

V.- El reconocimiento de un grado de 33% de minusvalía, cuando se cumplen otros requisitos que tienen que ver con el carácter subsidiario con respecto a otras prestaciones equivalentes y al nivel de renta da derecho a las siguientes prestaciones derivadas de la aplicación de la LISMI (asistencia sanitaria y farmacéutica, rehabilitación médico-funcional, recuperación profesional, medidas de integración social y subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte).

VI.- En el ámbito de la seguridad, el reconocimiento de un grado de minusvalía igual o superior al 65% es un requisito para que se genere el derecho a una pensión no contributiva de invalidez.

VII.- Se establecen también previsiones en el ámbito laboral (orientadas a facilitar el acceso al empleo de personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33%) y fiscal (a efectos fiscales las personas con discapacidad son aquéllas con un grado de minusvalía igual o superior al 33%, aunque para el acceso a ciertos beneficios se requiere un grado del 65%).

VIII.- Una buena parte de los servicios, prestaciones y ventajas que se generan como consecuencia del reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33% se establecen a nivel autonómico o local.

## **6.- Recomendaciones**

I.- Modificar la definición de persona con discapacidad de la LIONDAU, para incorporar la que ofrece la *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

II.- Considerar a las personas con VIH, con independencia de su sintomatología y, por tanto, con independencia del grado de minusvalía que tengan reconocido, personas con discapacidad a los efectos de la aplicación del régimen de igualdad de oportunidades y protección contra la discriminación establecido en la LIONDAU.

III.- Reflejar, a los efectos de la obligación del Gobierno establecida en el artículo 10 de la LIONDAU de regular las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación, las desventajas o dificultades a las que tienen que hacer frente las personas con VIH/sida.

IV.- Considerar a las asociaciones legalmente habilitadas para la defensa de los derechos e intereses legítimos colectivos de las personas que viven con VIH/sida legitimadas para actuar en nombre e interés de las personas que así lo autoricen a los efectos del artículo 19 de la LIONDAU, y entender que tienen legitimidad para actuar en defensa de los intereses colectivos, aun cuando no se actúe en nombre de una persona física que acredite la vulneración de un interés privado.

V.- Extender la obligación de las administraciones públicas derivada del artículo 11, al establecimiento de medidas para evitar cualquier forma de discriminación por razón de VIH.

VI.- Insistir en la dimensión de promoción de autonomía de la Ley 39/2006.

VII.- Reforzar el peso de los factores sociales en la determinación del grado de discapacidad de las personas con VIH/sida.

## **7. Anexo I (guía práctica)**

En términos generales, los efectos del Derecho español, una persona con discapacidad es aquella que tiene reconocido un grado de minusvalía (que por una reforma de 2009 ha pasado a denominarse grado de discapacidad).

Esta condición tiene diversas consecuencias, de las cuales, la más importante es que esta persona queda incluida en el ámbito de protección de la Ley de Igualdad, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, que establece medidas de igualdad de oportunidades, no discriminación, fomento y defensa de las personas con discapacidad.

Sin embargo, en torno a esta situación se suelen plantear de forma frecuente las siguientes preguntas:

### **¿El reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33% supone el acceso a una pensión contributiva de la Seguridad Social?**

No. El reconocimiento de una pensión contributiva de invalidez requiere que la persona solicitante se someta a un procedimiento de valoración ante un organismo dependiente del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Sin embargo, cuando la persona con discapacidad es mayor de 25 años, tiene reconocido un grado igual o superior al 65 por 100 conforme al procedimiento derivado de la LISMI, cumple los requisitos relativos a los recursos económicos y reside en territorio español o lo ha hecho durante un período de cinco años, de los cuáles dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la prestación.

### **¿El reconocimiento de un grado de minusvalía igual o superior al 33% supone que la persona con discapacidad es una persona en situación de dependencia?**

No. El grado de dependencia de una persona se determina, en atención a la necesidad de ayuda de esta persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mediante un procedimiento ante el órgano gestor de la Comunidad Autónoma en la que esta persona reside, o ante la Dirección Territorial correspondiente del IMSERSO si se trata de residentes en Ceuta o Melilla. Como consecuencia de este procedimiento, además del grado de dependencia (que no guarda relación, por tanto, con el grado de discapacidad) se establece un programa individual de atención en el que se establece el alcance de las prestaciones a las que se tiene derecho.

### **¿El mero reconocimiento de un grado igual o superior al 33 por ciento de minusvalía da derecho a reclamar las prestaciones establecidas en la LISMI?**

No. En la LISMI se prevén distintos tipos de prestaciones, en relación con algunas de las cuáles se establecen requisitos específicos: asistencia sanitaria y farmacéutica, subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte, recuperación profesional y rehabilitación médico funcional.

En términos generales, es necesario ser español, acreditar que se cumplen con los requisitos económicos, no ser beneficiario del sistema de la Seguridad Social y no tener derecho a una prestación equivalente procedente de otro organismo público (con la excepción de las derivadas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

La prestación debe solicitarse y, en algunos casos, un equipo multi-profesional valora la idoneidad y la extensión de la prestación.

**¿Existen otras prestaciones o ventajas a las que pueda tener acceso una persona a la que se le reconozca un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100?**

Si, algunas guardan relación con servicios sociales cuya administración depende, en su mayor parte, de las Comunidades Autónomas o de los Ayuntamientos. El IMSERSO mantiene en 2010 su programa de turismo y termalismo, que prevé la participación de las personas con discapacidad con una cuota entre el 20% y el 50% del coste del servicio.

Además, existen medidas en el ámbito laboral y fiscal orientadas a facilitar la integración de estas personas.

## **8.- Anexo II (algunas direcciones de interés)**

### **I.- Sobre las prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia:**

-Procedimiento:

[http://www.imserso.es/dependencia\\_01/ciudadanos/preguntas\\_frecuentes/reconocimiento\\_situacion\\_dependencia/index.htm](http://www.imserso.es/dependencia_01/ciudadanos/preguntas_frecuentes/reconocimiento_situacion_dependencia/index.htm)

-Puntos de información y formularios:

[http://www.imserso.es/dependencia\\_01/saad/cca dt\\_imserso/index.htm](http://www.imserso.es/dependencia_01/saad/cca dt_imserso/index.htm)

-Prestaciones del sistema nacional de dependencia:

[http://www.imserso.es/dependencia\\_01/saad/prestaciones\\_sistema/index.htm](http://www.imserso.es/dependencia_01/saad/prestaciones_sistema/index.htm)

### **II.- Sobre el reconocimiento del grado de discapacidad:**

-Procedimiento sobre determinación del grado de discapacidad:

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/autonomia\\_personal\\_dependencia/grado\\_discapacidad/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm)

-Prestaciones:

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/autonomia\\_personal\\_dependencia/grado\\_discapacidad/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm)

-Prestaciones LISMI: lugares donde tramitar las prestaciones

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/prestaciones\\_y\\_subvenciones/prestaciones\\_lismi/donde\\_solicitar\\_prestaciones/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/prestaciones_lismi/donde_solicitar_prestaciones/index.htm)

### **III.- Pensiones no contributivas**

.-Información para 2010

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/prestaciones\\_y\\_subvenciones/pnc\\_invalidez/normativa\\_requisitos/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/pnc_invalidez/normativa_requisitos/index.htm)

### **IV.- Programa de termalismo del IMSERSO**

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/envejecimiento\\_activo/termalismo/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/termalismo/index.htm)