



Nuevo procedimiento para la obtención del grado de discapacidad a raíz del Real Decreto 888/2022 y su incidencia en la valoración del Trastorno del Espectro del Autismo

NEW PROCEEDING FOR OBTAINING THE DEGREE OF DISABILITY AS A RESULT OF ROYAL DECREE 888/2022 AND ITS IMPACT ON THE ASSESSMENT OF ACADEMIC AUTISM SPECTRUM DISORDER

Alicia Sánchez Guerrero

Graduada Social Ejerciente
Doctoranda en Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de Málaga
aliciasg@uma.es  0000-0003-0718-8061

Recibido: 18.09.2023 | Aceptado: 16.10.2023

RESUMEN

El procedimiento para la obtención del grado de discapacidad contenido en el Real Decreto 88/2022 acomete la valoración de la discapacidad con más concreción, destacando la agilización de los trámites. Se introduce un enfoque más humano en su regulación en consonancia con la visión que de la discapacidad nos ofrece la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad. Además, se alinea con el modelo biopsicosocial de la discapacidad de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, aprobada en 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y conocida como CIF. Como novedoso y de interés adicional para esta investigación, en este baremo se incorpora el “trastorno generalizado del desarrollo”, donde se recogen los fundamentos del autismo (TEA), lo producirá un hito trascendental ya que distinguirá este trastorno en su evaluación de la discapacidad intelectual.

ABSTRACT

The procedure for obtaining the degree of disability contained in Royal Decree 888/2022 undertakes the assessment of disability with more specificity in each specific case, highlighting the streamlining of procedures. A more humane approach is introduced in its regulation in line with the vision of disability offered by the international convention on the Rights of Persons with Disabilities. In addition, it is aligned with the biopsychosocial model of

PALABRAS CLAVE

Discapacidad
Autismo
Modelo biopsicosocial
Diagnóstico
Baremo

KEYWORDS

Disability
Autism
Biopsychosocial model
Diagnosis
Scale

disability of International Classification of Disability and Health Functioning, approved in 2001 by the World Health Organization (WHO) and known as ICF. As a novelty and of additional interest for this research, this scale incorporates the “pervasive developmental disorder,” where the fundamentals of autism (ASC) are collected. It will produce a transcendental milestone since it will distinguish this disorder in its evaluation from intellectual disability.

SUMARIO

- I. INTRODUCCIÓN
 - II. ANTECEDENTES Y TERMINOLOGÍA
 - III. PRINCIPALES NOVEDADES
 - IV. PROCEDIMIENTO
 - V. INCIDENCIA EN LA VALORACIÓN DEL TEA
 - VI. ORDEN DSA/934/2023, DE 19 DE JULIO
 - VII. CONCLUSIONES
- Bibliografía
Anexo

I. INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, entró en vigor el 20 de abril de 2023 y tiene por objeto la regulación del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, el establecimiento de los baremos aplicables, así como la determinación de los órganos competentes, todo ello con la finalidad de que la evaluación del grado de discapacidad que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso de la ciudadanía a los derechos previstos en la legislación.

Esta nueva norma supone introducir en nuestro país, de forma oficial, un modelo biopsicosocial de la salud, pasando del modelo médico-rehabilitador de la discapacidad hacia una consideración más social de la discapacidad, ya que se incorpora la evaluación de la participación y el contexto social de la persona y cómo las barreras del entorno pueden incrementar el grado de discapacidad.

Porque, según Romero Ayuso, “la autonomía personal, la determinación y realización de una u otra actividad se contemplan no sólo como una necesidad, sino como una característica plenamente humana”, pues “toda acción tiene lugar en un determinado entorno y contexto que van a suponer un estímulo, desafío, un elemento facilitador o limitador”¹.

1. Romero Ayuso, D. M.: “Actividades de la vida diaria”, *Anales de Psicología*, vol. 23, núm. 2, 2007, p. 268.

Así, mediante esta norma se implementa y adapta el modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud 2001 (CIF OMS/2001)². El modelo CIF OMS/2011 describe el funcionamiento y la discapacidad sobre la base de los siguientes componentes:

- Funciones y estructuras corporales: engloba las funciones biológicas de los sistemas corporales y las partes anatómicas o estructurales del cuerpo.
- Deficiencia: definida como la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica (incluyendo las funciones mentales).
- Capacidad: entendiendo por tal la aptitud para realizar una actividad.
- Limitaciones en la actividad: siendo las mismas aquellas dificultades que puede experimentar una persona para realizar actividades.
- Desempeño o participación, entendiéndose por tal lo que puede hacer en el contexto o entorno real en el que vive.
- Restricciones en la participación, entendiéndose como tales los problemas que un individuo puede experimentar para realizar actividades e implicarse socialmente en el contexto o entorno real.
- Factores contextuales: en el que interactúa con factores ambientales y factores personales. Constituyen el “contexto” de la vida real del individuo.

Según esto, se entiende por discapacidad el resultado de la interacción entre la evaluación de las deficiencias de las funciones y estructuras corporales con las limitaciones para realizar actividades, las restricciones en la participación social y las barreras de contexto.

Con este Real Decreto se aprueban los nuevos baremos para garantizar una mayor equidad en la asignación de recursos, para lo que se han establecido nuevos criterios para determinar el grado de discapacidad y se ha definido un sistema de puntuación más preciso y detallado, lo que permitirá una mejor asignación de prestaciones y servicios, en función de las necesidades reales de cada persona con discapacidad. Además, se espera que el nuevo baremo tenga un impacto positivo en la inclusión social y laboral de las personas con discapacidad.

A partir de ahora, para hallar el grado de discapacidad que corresponde a una persona, se debe utilizar una nueva fórmula que contiene cuatro baremos que incluyen los diferentes tipos de evaluación³.

El objetivo de esta nueva norma es establecer nuevos baremos con una definición más completa y precisa que contemple todos los factores (sociales, ambientales, sociales, psicológicos, de apoyo, etc.) relacionados con las deficiencias. Asimismo, quiere definir los órganos competentes en la valoración de la discapacidad para que la evaluación

2. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*, IMSERSO, Madrid, 2001, accesible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1.

3. Véase el apartado I.

del grado de discapacidad sea uniforme en toda España, garantizando de esta manera el acceso a los mismos derechos.

Como novedad, en el proceso de tramitación se favorecerá la realización del trámite por medios telemáticos para asegurar en todo momento la accesibilidad universal. Además, se permite que la persona que tiene discapacidades severas o necesidades de apoyo o asistencia que esté realizando el proceso pueda ir acompañada para favorecer su autonomía y seguridad.

Este nuevo baremo de la valoración de la discapacidad sustituye al antiguo Real Decreto 1971/1999 e incluye novedades para adaptarse a las nuevas directrices del modelo social de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

En conclusión, el nuevo baremo de la discapacidad representa un avance importante en la evaluación y asignación de recursos para las personas con discapacidad. Si bien presenta algunos desafíos, su implementación puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y la inclusión social de este colectivo.

En este artículo, más allá de abordar los aspectos técnicos y de procedimiento en la aplicación de este nuevo baremo, trataremos de ahondar en la incidencia que ese Real Decreto ha tenido para la población con trastornos del desarrollo y más concretamente afectada del trastorno del espectro de autismo y la incidencia terminológica entorno a la discapacidad que ha supuesto tanto esta norma como las que le han antecedido.

II. ANTECEDENTES Y TERMINOLOGÍA

En primer lugar y refiriéndonos a los años 70 a 90, el Decreto 2531/1970, de 22 de agosto, sobre empleo de trabajadores minusválidos se refiere a tal consideración como a las “personas comprendidas en edad laboral que estén afectadas de una disminución de su capacidad física o psíquica en el grado que reglamentariamente se determine, sin que en ningún caso pueda ser inferior al 33%”.

Así, podemos observar como el concepto de discapacidad transita entre el término “subnormalidad” al de “minusvalía”. Nos referimos aquí a la Orden de 5 de enero de 1982 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusválido⁴.

Y no será ya hasta los años 80 a 90 cuando se comience a utilizar el término “discapacidad”. Así, la Orden de 8 de marzo de 1984 por la que se establece el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en

4. BOE-A-1982-5776 Orden de 5 de enero de 1982 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusválido.

el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero⁵ establece que “(...) la evaluación de la discapacidad expresada en porcentajes se realizará mediante la aplicación de las tablas de evaluación del menoscabo (deficiencia) permanente (...)”.

Se establecen, pues, guías para la evaluación de la deficiencia permanente y, a pesar de que antes no se contemplaban los trastornos mentales como evaluables, a partir de Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI), se evalúan ya todas las condiciones de salud y se adoptan las tablas americanas⁶ de evaluación de *deficiencias* que es lo que hasta ese momento se venía evaluando.

Hasta el día 20 de abril, con la entrada en vigor del Real Decreto 888/2022, disponíamos del baremo contenido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, y la única forma de evaluar que establecía dicho baremo fue mediante la valoración de las deficiencias a pesar de que se indicó que se iban a tener en cuenta las limitaciones pero, como no había un criterio para poder evaluar esas limitaciones, éstas quedaban en manos del evaluador y no es hasta la publicación de este Real Decreto que nos ocupa cuando ya vamos a disponer de un baremo de limitaciones.

Con la publicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, no se desarrolló reglamentariamente el baremo que habría de unificar los criterios de valoración de la discapacidad. Sin embargo sí que lo modificó –el tal baremo–, especialmente respecto a las *circunstancias personales y sociales*. Esta modificación no resolvió el problema principal, esto es, cómo valorar las limitaciones, puesto que las previsiones solo se referían a las deficiencias.

Y llegamos a los años 2010 a 2020, a la que llamaríamos la etapa de la “discapacidad y el funcionamiento” y en la que cobra protagonismo la CIF OMS 2001 para desembocar en el reciente Real Decreto 888/2022.

Y lo que se ha intentado desarrollar es un baremo a través de los criterios de la OMS que a finales del siglo pasado hizo una revisión de la clasificación Internacional de Deficiencia y Discapacidad⁷, haciendo una crítica hacia el modelo sobre el que se establece y que hace un abordaje sobre las deficiencias con escaso enfoque social y conceptual y un enfoque individual y estigmatizante. Por eso, la OMS responde sobre la necesidad de realizar una clasificación que intente mitigar estas cuestiones detectadas. Y en 2001 la OMS hace suya la CIF⁸ e insta a los Estados miembros a su uso introduciéndose poco a poco en las normativas.

Por tanto, se produce un cambio de paradigma en las políticas sociales desde diferentes puntos de vista:

5. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6603#:~:text=A%2D1984%2D6603-,Orden%20de%208%20de%20marzo%20de%201984%20por%20la%20que,1984%2C%20de%201%20de%20febrero.>

6. Querejeta González, M.: *Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2012.

7. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/dpbe19992c.htm>

8. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

- Perspectiva basada en Derechos Humanos.
- Enfoque de capacidades diferenciadas y diversidad de funcionamiento.
- Conceptualización holística de la salud.
- Aplicación universal.
- Modelo biopsicosocial.

Es importante entender que a través de este cambio de paradigma que propone la OMS, que es una organización de la ONU, se pretende la consecución de la defensa de los derechos humanos en el fondo trascendiendo al aspecto puramente sanitario. Y es que el enfoque que hace la CIF es sobre las capacidades diferenciadas de las personas y sobre la diversidad de funcionamiento cuestiones que cada vez se tienen más en cuenta.

También cuenta con una concepción holística de la salud, pues la salud concierne a muchos más aspectos que rodean la circunstancia puramente médica tomando en consideración un modelo biopsicosocial de la discapacidad.

Sin embargo, y a nuestro entender, muchas entidades representativas de la discapacidad han conseguido muchos avances, pero a través de un modelo individualista en contraposición a este modelo de la CIF en el que se huye del paternalismo a nivel social o asistencial. En este sentido, la terminología es importante ya que la OMS considera que el nombre que damos a las cosas se relaciona con la forma que tenemos de afrontarlas. Y así, la CIF de 2001, incluyendo deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones a la participación, se refiere a la discapacidad como la circunstancia que “indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales, ambientales y personales”, pues es una clasificación “basada en el funcionamiento de la persona, y en la que se adopta un modelo universal, integrador e interactivo en el que se incorporan componentes sociales y ambientales de la discapacidad y la salud”⁹.

Sobre esta definición de la OMS (la de la CIF) se redactó la definición de discapacidad de La Convención de Derechos de Personas con Discapacidad de 2006, entendiéndola como “el resultado de la interacción entre personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Y esta misma definición se recoge en la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social de 2013: “Una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de 3 condiciones con las demás (...)”.

También la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia que, en su artículo 27.2., establece en cuanto

9. Campo Blanco, M.; Crespo Cuadrado, M.; Verdugo Alonso, M.A.: “Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): un largo camino recorrido”, *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, vol. 34, núm. 205, 2003, pp. 20-26.

al baremo que "(...) Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF)". En su Disposición Adicional 8ª se avanza en la terminología al establecer que: "Las referencias que en los textos normativos se efectúan a "minusválidos" y a "personas con minusvalía" se entenderán realizadas a "personas con discapacidad"".

De esta forma y en cuanto a la terminología, se presentan algunas dificultades pues no se sabe cuándo se utiliza la palabra discapacidad y si cuando se está haciendo se hace para explicar la limitación de la actividad o se está usando la palabra discapacidad como propone la CIF por minusvalía. Podemos ver las correspondencias en la Tabla 1:

Tabla 1.

Real Decreto 1971/1999	Ley 39/2006
Minusvalía	Discapacidad
Minusválido	Persona con discapacidad
Discapacidad	Limitación de la actividad
Grado de minusvalía	Grado de discapacidad
Grado de discapacidad	Grado de limitación de la actividad

Fuente: Elaboración propia.

Más adelante nos encontramos con la proposición aprobada por la Comisión del Congreso de los Diputados para las Políticas Integrales de la Discapacidad, celebrada el 17 de febrero de 2009 por la que se "insta al Gobierno a impulsar las medidas necesarias para la aprobación de nuevos baremos que valoren la discapacidad de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF)", constituyéndose para ello una Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración de la Discapacidad y diversos grupos de Revisión y Adecuación a la CIF.

Sin embargo, como indica Querejeta "sorprende la aparentemente poca repercusión, o cuando menos indiferencia, a la hora de actualización de las propuestas de la OMS por parte de estamentos estrictamente sanitarios"¹⁰.

En definitiva, con el nuevo baremo se introduce el modelo biopsicosocial que deriva de la transición del modelo médico-rehabilitador de la discapacidad hacia una consideración más social, incorporando la evaluación de la participación y el contexto social de la persona y cómo las barreras del entorno pueden incrementar el grado de discapacidad.

III. PRINCIPALES NOVEDADES

El nuevo baremo, entre otras consideraciones, tiene su razón de ser en completar el baremo que ya desde 1999 estaba en vigor añadiendo el baremo de limitación de la

10. Querejeta, M.: "Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE / CIF", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, núm. 6, 2009, pp. 771-773.

actividad de 2005. Principalmente, además, se incluye la conceptualización, la base científica, la terminología y codificación de la OMS a través del CIF (Proposición no de Ley de 2009) y CIE 10 (Real Decreto 2015).

Los objetivos de la norma son:

- Realizar un abordaje de la calificación de la discapacidad desde un enfoque social y con aproximación al discurso de los derechos humanos.
- Adaptar los baremos de discapacidad a la nueva terminología y enfoque de la discapacidad, utilizando una codificación basada en los contenidos, dimensiones y formas de graduación en los cinco niveles de gravedad propuestos por la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).
- Establecer unos criterios técnicos unificados objetivos para la valoración y calificación del grado de discapacidad en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso de la ciudadanía.
- Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y de los componentes sociales y económicos que repercutan en la persona.
- Disponer de una aplicación informática para la evaluación de la discapacidad, en los distintos niveles, donde constarán los ítems que se han puntuado por las personas valoradoras como las anotaciones e informes técnicos, facilitando el procedimiento y gestión del proceso de evaluación y su seguimiento.
- Disponer de una valiosa fuente de información para el estudio y observación de los problemas derivados de la discapacidad, situación real y evolución, permitiendo la comparación entre países, disciplinas y servicios en diferentes momentos a lo largo del tiempo, y facilitando la explotación de información en otros campos de la salud.

En la tramitación de esta norma, se ha puesto en el centro a la persona, flexibilizando el proceso a través de medios telemáticos y asegurando en todo momento la accesibilidad universal. Asimismo, se establece un trámite de urgencia cuando sea necesario para las personas más vulnerables, por causas humanitarias o de especial necesidad social, así como en casos de disminución de esperanza de vida y víctimas en zona de guerra. De la misma manera, se incluyen en esta reducción de plazos a las mujeres víctimas de violencia de género, ya que, según la última Macroencuesta de Violencia contra la Mujer¹¹, el 17'5 % presentan una discapacidad ocasionada por esta violencia.

Se garantiza el derecho de los menores con discapacidad a ser informados y escuchados sin discriminación por razón de la edad, así como también de las personas con un alto grado de discapacidad. Así, los menores tendrán el mismo derecho que los adultos a ser informados y escuchados, y se les hará más partícipes del proceso preguntándoles sobre sus necesidades y cómo les afecta a sus vidas cotidianas.

11. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2019). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. Accesible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/>.

Como novedad, se incluye el concepto de demora para definir los aspectos negativos de las Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Limitación en Actividad y Restricción en la Participación, para reflejar que un problema en cualquiera de estos ámbitos puede reflejar un retraso en el desarrollo, incluyéndose criterios específicos de evaluación para la infancia y adolescencia.

Y, además, se permitirá realizar una valoración y calificación más certera de realidades que causan discapacidad como las discapacidades psicosociales, el autismo o las enfermedades raras. La norma, de hecho, posibilita su revisión a medida que surjan nuevas causas de discapacidad o se realicen nuevos descubrimientos científicos. La persona objeto de valoración podrá acudir al acto acompañada de una persona de su confianza, lo que redundará favorablemente en la autonomía y seguridad de las personas con discapacidades severas o grandes necesidades de apoyo.

Sin embargo, según Zugasti, “se trata de un baremo más complejo, pero también más completo, que, al incluir factores ambientales e individuales, será una importante fuente de datos no solo a la hora de establecer las prestaciones de tipo económico, sino para desarrollar otro tipo de apoyos” abriendo “otro tipo de posibilidades, como la eliminación de barreras en el entorno para estas personas, o el desarrollo y modificación de futuros sistemas de apoyo”¹².

IV. PROCEDIMIENTO

La calificación y reconocimiento del grado de discapacidad será evaluado por equipos multidisciplinares (profesionales del área sanitaria y profesionales del área social) pertenecientes a los órganos técnicos competentes de cada comunidad autónoma¹³.

Una vez presentada la solicitud, la Administración competente tiene un plazo de 6 meses para dictar la resolución en la que deberá aparecer:

- El reconocimiento del grado de discapacidad.
- Las puntuaciones obtenidas en los distintos baremos.
- El diagnóstico de la deficiencia, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación y las barreras ambientales.
- Si procede, la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes públicos.
- La fecha en la que se deberá realizar la revisión del grado.

Tras examinar cada caso en concreto, el llamado equipo multiprofesional de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad de cada comunidad autónoma emitirá un dictamen propuesto, que deberá contener los siguientes puntos:

12. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2022/02/NP.-Baremo-discapacidad.pdf>.

13. Recogemos en el apartado “Anexo” una síntesis de los nuevos baremos establecidos para la mencionada evaluación.

- a) El grado de discapacidad concedido.
- b) Las puntuaciones obtenidas en los distintos baremos.
- c) Los códigos de diagnóstico, deficiencia, limitaciones, restricciones, etc.
- d) Si hay o no la necesidad del concurso –ayuda– de otra persona.
- e) La existencia de dificultades de movilidad para utilizar el transporte público.

Se podrá acordar la tramitación urgente del reconocimiento de la discapacidad, tanto de oficio como si así lo demanda la persona afectada, cuando concurren razones de interés público relacionadas con la salud, la violencia de género, la merma en la esperanza de vida (como en los enfermos de ELA) u otras “de índole humanitaria”.

En la resolución deberá figurar la fecha en que puede tener lugar una revisión de la discapacidad. Y esto será así si se prevé “una modificación de las circunstancias que dieron lugar a su reconocimiento”. Por tanto, si no se espera una mejora, la discapacidad puede otorgarse como definitiva, aunque también si la Administración competente conociera hechos que pudieran dar lugar a un cambio en el grado de discapacidad podría instar esa revisión.

En cualquier caso, una discapacidad reconocida también puede solicitar la revisión de su grado, aunque para ello, al igual que en la normativa anterior, tendrá que esperar al menos dos años desde la primera resolución. No obstante, este plazo podría reducirse, de forma excepcional, cuando se acredite que se han producido cambios sustanciales que pueden afectar a la discapacidad previamente –o incluso un error cuya corrección implique un cambio de grado–.

V. INCIDENCIA EN LA VALORACIÓN DEL TEA

El nuevo baremo incorpora la clasificación de “trastorno generalizado del desarrollo” donde se recogen los fundamentos del trastorno del espectro del autismo (TEA). Autismo España¹⁴ ha destacado esta incorporación, así como el reconocimiento de este trastorno de manera independiente y diferenciada del diagnóstico de discapacidad intelectual, algo que, han dicho, visibiliza el impacto del TEA en la calidad de vida de las personas que lo presentan.

En general, el baremo está pensado para personas adultas, pero se ha intentado hacer un apartado específico para los niños cuando hablamos de trastornos del desarrollo, TEA, trastornos del lenguaje que ahora si tiene cabida.

El criterio médico consideró que el autismo y la discapacidad intelectual eran virtualmente inseparables. En los 80, se pensaba que hasta el 69% de los niños autistas tenían discapacidad intelectual o retrasos en el desarrollo. En 2014, la cifra de diagnóstico dual, con “retraso mental”, ahora llamado discapacidad intelectual, se había

14. <https://autismo.org.es/el-nuevo-baremo-del-grado-de-discapacidad-recoge-los-fundamentos-del-trastorno-del-espectro-del-autismo/>.

reducido al 30 por ciento, con un cociente intelectual de 71 a 85, porque las pruebas de cociente intelectual para niños autistas mejoraron.

En los últimos años el apoyo y la educación también mejoraron y se han podido abordar las necesidades de aprendizaje de los niños y niñas autistas.

Y es que la línea que separa discapacidad intelectual y autismo es borrosa, y eso confunde a muchos especialistas a la hora de diagnosticar e incluso de evaluar. Con el baremo anterior se incluía el trastorno del espectro del autismo dentro de las discapacidades mentales. Y es ahí donde surgía el problema, ya que no todas las personas autistas tienen una discapacidad, entendiendo discapacidad como el trámite que reconoce de manera oficial un grado de discapacidad, y que si es igual o superior al 33 % permite ejercer los derechos que las personas con discapacidad tienen reconocidos en todo el territorio español para acceder a distintos beneficios, prestaciones y servicios.

Así, con el nuevo baremo que nos ocupa, se aborda el trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro del autismo conforme a las clasificaciones diagnósticas internacionales actualizadas (CIF), señalándose el diagnóstico de los trastornos del espectro del autismo (TEA) de manera independiente al de la discapacidad intelectual. Por tanto, se visibiliza el impacto de las características TEA por sí mismas en el funcionamiento adaptativo y en la calidad de vida de las personas que lo presentan a lo largo de todo el ciclo vital. Esto significa que los perfiles diagnosticados como TEA (tipo 1) o Asperger serán reconocidos igualmente como trastornos generalizados del desarrollo.

Todo ello, supone un paso muy positivo porque se reconoce que da igual el “tipo de TEA” para considerar que se necesitan adaptaciones y apoyos. Y que las personas con un diagnóstico de TEA tipo 1 no tendrán que “pelear” el reconocimiento de sus necesidades.

Resulta conveniente, llegados a este punto, hacer referencia a lo que se entiende por Trastorno del Espectro del Autismo. Este trastorno se define como una disfunción neurológica crónica con una fuerte base genética que se manifiesta desde edades tempranas en los síntomas que se conocen como la triada de afectación o triada de Wing¹⁵, estos son: interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos. López, Rivas y Taboada¹⁶ lo definen en términos generales como: “un trastorno neuropsicológico (...) que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad”. En cuanto a la incidencia en la población, este es uno de los trastornos que más afecta a la población y, según Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a 1 de cada 160 nacimientos, presentando una mayor prevalencia en hombres que en mujeres.

15. Wing, L. y Gould, J.: “Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 9, núm.1, 1979, pp. 11-29.

16. López Gómez, S.; Rivas Torres, R. M.; Taboada Ares, E. M.: “Revisiones sobre el autismo”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 41, núm. 3, 2009, p. 557.

Sin embargo, las características de las personas con TEA son muy variables, pero, a pesar de ello, podemos sintetizar algunas de las mismas y que han sido descritas por los anteriores autores en la Tabla 2:

Tabla 2.

Comportamientos de comunicación e interacción social	Poco contacto visual o contacto visual inconsciente.
	Parece como que no ven o no escuchan a otras personas (a menudo se muestran <i>ensimismados</i>).
	No suelen responder cuando se les llama o se demoran en hacerlo.
	Tienen dificultades para seguir conversaciones.
	Frecuentemente hablan durante largo tiempo sobre un tema de su interés, sin permitir que los otros intervengan o respondan y no advierten que los demás son indiferentes a su discurso.
	Sus gestos o expresiones faciales a veces no coinciden con lo que están diciendo.
	Su tono de voz es monótono o a veces disonante.
Comportamientos restringidos o repetitivos	No suelen predecir las reacciones del otro, les cuesta entender el punto de vista de los demás.
	Repiten ciertas conductas o tener comportamientos inusuales como repetir palabras y gestos.
	Muestran un elevado interés por determinados temas como números, datos, mapas, marcas de coches, etc.
	Se detienen en pequeños detalles de los objetos mostrando demasiado interés por ellos.
	Se molestan frecuentemente por los cambios que les desvíen de su habitual rutina.
	Suelen ser más o menos sensibles a ciertos ruidos, texturas en la ropa, sabores, entre otros.

Fuente: Elaboración propia¹⁷

Y al referirse la norma que nos ocupa a “las restricciones en la participación social” se deja entrever el especial tratamiento que le dará a los trastornos del desarrollo, incorporando la clasificación de “trastorno generalizado del desarrollo” donde se recogen los fundamentos del trastorno del espectro del autismo (TEA). Autismo España ha destacado esta incorporación, así como el reconocimiento de este trastorno de manera independiente y diferenciada del diagnóstico de discapacidad intelectual, algo que, han manifestado, “visibiliza el impacto del TEA en la calidad de vida de las personas que lo presentan”.

17. Sánchez Guerrero, A.: “Adaptación del puesto de trabajo para personas afectadas de trastorno del espectro del autismo”, *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 10, núm. 3, 2022, pp. 310-382.

En cuanto a la calidad de vida en TEA, y según algunos autores¹⁸, a pesar de que las personas con TEA puedan necesitar de apoyos para su vida diaria, lo cual podría determinar peor calidad de vida, ciertamente si cuentan con ellos, pueden estar más satisfechos con la vida y poseer un mejor autoconcepto lo que generaría una mejor calidad de vida. La consecución de esos apoyos necesarios está directamente relacionada con la consecución del grado de discapacidad que les haga acceder a los recursos necesarios, cuestión que cobra vital importancia con la visión hacia los trastornos del espectro del autismo que nos brinda este nuevo baremo.

Otro aspecto que ha podido evidenciar esta autora a través de su experiencia vital y profesional es como algunas personas dentro del trastorno del espectro del autismo encuentra estigmatizante ser objeto de evaluación y posterior clasificación de persona con discapacidad a pesar de que, como hemos dicho anteriormente, este hecho es la vía principal para la obtención de recursos que puedan mejorar su calidad de vida. Quizá la vinculación histórica en los baremos entre autismo y discapacidad intelectual en la valoración de la discapacidad pueda haber sido una de las razones para esta oposición. Porque, en palabras de Soler Belda¹⁹, “la realidad sigue siendo que las personas con la etiqueta de discapacidad intelectual (principal y habitualmente) siguen viendo limitada su participación en las actividades de la vida diaria, lo cual ocasiona segregación, marginación, y finalmente exclusión, en distintos ámbitos de la vida y de la participación social, por tanto, una reducción considerable en su calidad de vida”.

VI. ORDEN DSA/934/2023, DE 19 JULIO

El 4 de agosto de 2023 ha sido publicada la orden de desarrollo por la que se modifican los baremos que figuran como Anexos I, II, III, IV, V y VI del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, a la vista de “la existencia de errores en los baremos” que se subsanan en esta orden.

Señala la orden que “por discapacidad se entiende a la resultante de la interacción entre la evaluación de las deficiencias de las funciones y estructuras corporales, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones en la participación social como consecuencia de las barreras del contexto, que se obtiene siguiendo la metodología propuesta en el procedimiento que se reglamenta, mediante la graduación de las “deficiencias” y las “limitaciones en la actividad” evaluadas conforme a los criterios de los baremos del anexo III y IV, y la restricción en la participación social una vez evaluados el desempeño en su contexto real y los “factores contextuales ambientales” conforme a los criterios expuestos en los baremos del anexo V y VI”.

18. García Horta, C.; Sahagún Navarro, M.; Villatoro Bongiorno, K.: “Calidad de vida en personas con trastorno del espectro del autismo”, *Orbis: revista de Ciencias Humanas*, vol. 12, núm. 36, 2017, pp. 65-82.

19. Soler Belda, R. R.: “Declaración de la discapacidad y beneficios sociales en las personas con TEA (Trastornos del Espectro Autista)”, *Revista Estudios Jurídicos*, núm. 20, 2020, pp. 345-378.

Destacamos en esta orden que se podrá reconocer la “condición de persona con discapacidad asimilada a dicha situación como estados previos, entendidos como procesos en evolución que puedan llegar a ocasionar una limitación en la actividad, a efectos del reconocimiento del derecho a los servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades”. En este sentido, entendemos que se encuentran aquí reflejadas aquellas situaciones en las que a las personas con trastorno del espectro del autismo se les diagnostica después de un periodo de observación determinado (sobre todo niños y adolescentes), periodos en los que, al no poder cerrar el diagnóstico, no se podía evaluar la posibilidad de acceder a un grado de discapacidad.

Igualmente, se modifica el anexo III, quedando redactado de la siguiente manera: “Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad” a la “Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud” (CIF-OMS12001), reglamentándose así la referencia expresa y la remisión a la CIF.

En el mismo Anexo III y en lo referente a las “normas para la evaluación de las funciones y estructuras corporales / “deficiencia global de la persona, en su capítulo 1, “Capacidad intelectual límite, discapacidad intelectual, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y adolescencia” y más concretamente en el punto 1.1 Criterios generales para la evaluación de la capacidad intelectual límite, la discapacidad intelectual y de otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, en el criterio 3L, en cuanto a la adaptación laboral, se refiere la norma a las “necesidades de apoyo” ya bien sean limitadas, extensas o generalizadas según el intervalo en la búsqueda, acceso o mantenimiento del empleo o actividad productiva/laboral. Entendemos que se distingue el mercado laboral ordinario del empleo con apoyo y se evalúan las dificultades de leves a graves en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales en el entorno laboral. Por último, también relaciona que esas dificultades puedan afectar a los resultados laborales y /o a la “inclusión social en el entorno ocupacional, productivo o laboral”, refiriéndose explícitamente al empleo con apoyo en este último caso.

Mención aparte nos merece el punto 1.5. sobre la “capacidad intelectual límite y la discapacidad intelectual”, distinguiéndola de los “trastornos del desarrollo psicológico” en el punto 1.6. y más concretamente de los “trastornos generalizados del desarrollo y de los trastornos del espectro del autismo (TGD/TEA)” en el punto 1.6.1.

En dicho apartado y en cuanto a los criterios diagnósticos divididos por intervalos y en el número 2 se señala que “los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida)”, en clara referencia, a nuestro entender, a los niños con autismo que en edad temprana no son diagnosticados y que se han visto desprotegidos hasta ahora mismo.

Se destaca que en la metodología para la adecuación del intervalo de la deficiencia se propone la “Observación, entrevista clínica y entrevistas a *personas significativas*, tanto vinculadas al ámbito familiar como profesional o cualquier otro de interés”. O también el “estudio y valoración de informes de salud mental, educativos, escalas

específicas, etc.". Claramente el reglamento está abriendo la posibilidad a que sean las entidades especializadas las que puedan ser llamadas para la evaluación de las deficiencias.

Sin embargo, un poco más adelante, en lo concerniente a los intervalos de gravedad de la deficiencia en el "funcionamiento en actividades y participación" y más concretamente en "adaptación laboral", se evalúan las dificultades de leves a muy graves de "desempeño y/o interacción social" que puedan afectar a los resultados laborales en el entorno ocupacional, productivo o laboral" y específicamente señala en el caso del empleo ordinario que este pueda tener "incidencias" tildando las "bajas laborales" como tales. Ese caso se señala solo para el intervalo 1 de la puntuación de deficiencia (de 5 % a 24 %), porque para los intervalos 2, 3 y 4 no se señalan esas dificultades en el Empleo ordinario, pues solo se habla de "empleo ordinario con apoyos, centros especiales de empleo o centro ocupacional o centros de atención diurna".

Cabe mencionar también la nueva redacción del ANEXO VI "Baremo de evaluación de los Factores Contextuales/Barreras Ambientales (BFCA)", en el que se describen los factores ambientales como los constituidos por el entorno físico, social y actitudinal, señalando que estos factores externos a las personas pueden tener una influencia positiva, en cuyo caso estaríamos hablando de facilitadores; o negativa, entendiendo así estos como barreras. Así mismo, se describen los factores personales como el trasfondo particular de la vida de una persona y de su estilo de vida, incluyendo aspectos como el sexo, la raza, la edad, los hábitos y estilos de vida, la educación, la profesión, las creencias religiosas o las experiencias vitales, entre otras.

Por tanto, las barreras serían todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento tanto a nivel físico como psicológico, y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, la falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

Y, por otro lado, los facilitadores serían aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento tanto a nivel físico como psicológico, y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida.

VII. CONCLUSIONES

El nuevo baremo de la discapacidad y su orden de desarrollo constituyen una suma de criterios y pautas para evaluar el grado de discapacidad de una persona. Este nuevo baremo ha sido desarrollado por expertos en diferentes áreas, con el propósito de

mejorar la evaluación de la discapacidad y garantizar una mayor equidad en la asignación de recursos y teniendo en cuenta no solo las limitaciones físicas, sino también las cognitivas y sensoriales, así como los factores sociales y ambientales que pueden afectar la calidad de vida de una persona con discapacidad.

El nuevo baremo de la discapacidad ha significado algunos importantes cambios con respecto al anterior. Entre ellos, se amplían los criterios evaluación, incluyéndose nuevas categorías de discapacidad, como la discapacidad intelectual y la discapacidad psicosocial con el reconocimiento implícito de los trastornos generales del desarrollo incluyendo dentro de éstos los trastornos del espectro del autismo.

Y es que, se venía reclamando desde hace tiempo, en consonancia con el modelo de la discapacidad que define la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, que la visión de la discapacidad no debía centrarse exclusivamente en la perspectiva médica, sino que debía incorporar una visión más global y psicosocial de lo que es la discapacidad, como la interacción de la persona con su entorno, donde se hace necesario derribar barreras arquitectónicas, sociales, laborales y normativas.

La nueva norma establece unos criterios para la valoración y calificación del grado de discapacidad en todo el territorio español, garantizando así el acceso en igualdad de condiciones para toda la ciudadanía. Asimismo, proporciona una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y de los componentes sociales y económicos que redundan en la persona, aportando una descripción más precisa y quizá más completa del grado de discapacidad.

Pese a las ventajas del nuevo baremo de la discapacidad, empero, existen retos y desafíos importantes. Uno de ellos es la necesidad de formación y capacitación de los profesionales encargados de aplicarlo, para asegurar una evaluación precisa y justa. En el caso del autismo, es esencial que los equipos de valoración conozcan el desarrollo y el conocimiento con respecto al espectro en los últimos años y que incluso han modificado el sistema de clasificación diagnóstica por no decir que, en palabras de Villate²⁰, el diagnóstico de los TEA es complicado, dispendioso y no muy exacto²¹. Porque esa formación, a nuestro entender, debe poner el foco en la multitud de realidades que caracterizan al espectro del autismo y que, aun compartiendo el mismo diagnóstico, varía ostensiblemente según la realidad de cada persona incidiendo directamente en su calidad de vida. La vulnerabilidad de la que el colectivo de personas con TEA a veces es víctima tiene una relación directa con las barreras con las que se encuentra cada individuo y que, desde la familia al entorno laboral, pasando por el género o la situación socioeconómica, van a condicionar sus vidas.

20. Villate Baquero, N. S.: *La morfometría como método de ayuda para el diagnóstico del autismo* [Tesis de Grado], Universidad Militar Nueva Granada (Colombia), 2020.

21. Ha, S. *et al.*: "Characteristics of brains in autism spectrum disorder: structure, function, and connectivity across the lifespan", *Experimental neurobiology*, vol. 24, núm. 4, 2015, p. 273.

Se han desarrollado diversas pruebas para el diagnóstico del TEA en torno a la comunicación e interacción social entre las que se encuentran la prueba ADOS (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo) y la prueba ADI (Entrevista para el Diagnóstico del Autismo). La prueba ADOS se compone de cuatro módulos y cada uno tiene un protocolo específico con una duración entre 30 y 45 minutos para su aplicación. Por otro lado, la prueba ADI Consta de alrededor de 93 preguntas las cuales exploran lenguaje, interacción social recíproca y conductas/intereses restringidos.

El baremo es un instrumento que va más allá de recoger el procedimiento administrativo a seguir y las instrucciones de las personas evaluadoras para determinar el grado de discapacidad. El porcentaje obtenido se constituye como la puerta de entrada al sistema de derechos establecidos para las personas con discapacidad (derechos, beneficios y recursos). No solo hablamos de tener derecho a las ayudas económicas sino el acceso a instrumentos de derechos antidiscriminatorio, porque si no se reconoce el porcentaje mínimo del 33% de acuerdo con la Ley de Derechos de Personas con Discapacidad, no se tiene acceso a la protección y garantía de esos derechos.

Porque, como hemos dicho, la falta de reconocimiento legal en igualdad de derechos afecta al desarrollo de la persona existiendo una serie de condicionantes sociales de la discapacidad que afectan a las personas con discapacidad y una serie de determinantes legales que a veces se convierten en obstáculos más que en facilitadores.

Este nuevo baremo supone un avance en la valoración del grado de discapacidad en el caso de las personas con autismo ya que incorpora la categoría de “trastorno generalizado del desarrollo” y la clasificación de diagnósticos incluidos en la misma, en coherencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)²² de la Organización Mundial de la Salud que está vigente en nuestro país. Este reconocimiento visibiliza el impacto que produce el trastorno del espectro del autismo en la calidad de vida y en el funcionamiento adaptativo de cada persona que lo presenta. Y también reconoce la necesidad de acceder a los apoyos que cada persona necesita durante su vida para tener las mismas oportunidades y derechos que los demás.

A pesar de todo, el nuevo baremo tiene limitaciones, ya que no recoge la descripción actualizada del trastorno del espectro del autismo que está incluida en las clasificaciones DSM-5 y CIE-11, que son las más recientes. No obstante, creemos que la incorporación del autismo de manera específica es un gran avance y que ayudará a que muchas personas vean reconocidas sus necesidades y los apoyos que requieren a lo largo de sus vidas.

Bibliografía

- Campo Blanco, M.; Crespo Cuadrado, M.; Verdugo Alonso, M. A.: “Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): un largo camino recorrido”, *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, vol. 34, núm. 205, 2003, pp. 20-26.
- García Horta, C.; Sahagún Navarro, M.; Villatoro Bongiorno, K.: “Calidad de vida en personas con trastorno del espectro del autismo”, *Orbis: revista de Ciencias Humanas*, vol. 12, núm. 36, 2017, pp. 65-82.
- Ha, S. *et al.*: “Characteristics of brains in autism spectrum disorder: structure, function, and connectivity across the lifespan”, *Experimental neurobiology*, vol. 24, núm. 4, 2015, pp. 273-284. DOI: [10.5607/en.2015.24.4.273](https://doi.org/10.5607/en.2015.24.4.273).

22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2018, accesible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normatizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf.

- López Gómez, S.; Rivas Torres, R. M.; Taboada Ares, E. M.: "Revisiones sobre el autismo", *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 41, núm. 3, 2009, pp. 555-570.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2018, accesible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*, IMSERSO, Madrid, 2001, accesible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1.
- Querejeta, M.: "Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE / CIF", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, núm. 6, 2009, pp. 771-773, DOI: [10.1590/s1135-57272009000600001](https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000600001).
- Querejeta González, M.: *Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2012, accesible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>.
- Romero Ayuso, D. M.: "Actividades de la vida diaria", *Anales de Psicología*, vol. 23, núm. 2, 2007, pp. 264-271.
- Sánchez Guerrero, A.: "Adaptación del puesto de trabajo para personas afectadas de trastorno del espectro del autismo", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 10, núm. 3, 2022, pp. 310-382.
- Soler Belda, R. R.: "Declaración de la discapacidad y beneficios sociales en las personas con TEA (Trastornos del Espectro Autista)", *Revista Estudios Jurídicos*, núm. 20, 2020, pp. 345-378, DOI: [10.17561/rej.n20.a15](https://doi.org/10.17561/rej.n20.a15).
- Villate Baquero, N. S.: *La morfometría como método de ayuda para el diagnóstico del autismo* [Tesis de Grado], Universidad Militar Nueva Granada (Colombia), 2020, accesible en <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/36775>.
- Wing, L. y Gould, J.: "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 9, núm.1, 1979, pp. 11-29, DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01531288>.

ANEXO

- a) Evaluación de las Funciones y estructuras corporales/Deficiencia Global de la Persona (BDGP).

Esta evaluación se incluye en el Anexo III “Baremo de evaluación de las funciones y estructuras corporales (“Deficiencia Global de la Persona) o BDGP. En él se fijan las pautas estandarizadas de las deficiencias permanentes en las distintas funciones y estructuras corporales, asociadas a las limitaciones de la capacidad para realizar las AVD (actividades de la vida diaria).

Dentro de las diferentes posibilidades de actuación hay un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal. Otras conductas son rutinarias, esperables y, a veces, responden a las responsabilidades personales en función de los distintos roles. A estas actividades se las conoce habitualmente como actividades de la vida diaria (también conocidas como AVD.).

A través de este primer baremo se evalúa la afectación en cuanto a funciones fisiológicas y mentales, así como de los órganos y partes del cuerpo (vista, oído, lenguaje, sistemas internos, huesos, músculos y piel).

- b) Evaluación de las Capacidades/Limitaciones en la Actividad (BLA).

Esta evaluación está recogida en el Anexo IV: “Baremo de Evaluación de las Capacidades / Limitaciones En La Actividad: BLA”. Establece los criterios para evaluar los problemas de la capacidad para realizar las AVD, incluyendo un Baremo específico para evaluación de Actividades de Autocuidado (BLGTAA), como de evaluación de problemas de movilidad (BLAM), para establecer movilidad reducida. Aquí se mide la capacidad para desenvolverse en las actividades más básicas de la vida diaria, valorando el esfuerzo requerido para llevarlas a cabo y el posible grado de dolor.

Esto incluye el autocuidado y la movilidad, que constituyen otros dos baremos específicos denominados BLGTAA y BLAM.

- Baremo BLGTAA: “Baremo de Limitación Grave y Total en el dominio del Autocuidado”, para personas con un porcentaje de discapacidad igual o superior al 75 % y que por tanto se considera que necesitan ayuda de tercera persona.
- Baremo BLAM: “Baremo de Limitaciones en las Actividades de Movilidad”, para certificar la movilidad reducida. Cuando se asigne una limitación final de movilidad igual o superior al 25 % se determinará que la persona tiene movilidad reducida y dificultades para utilizar el transporte público.

- c) Evaluación del Desempeño/Restricciones en la Participación (BRP-QD).

Evaluación recogida en el Anexo V: Baremo de Evaluación del Desempeño (“Restricciones en la Participación”): BRP. Criterios para evaluación del desempeño para la realización de actividades en contexto real de la persona y los posibles problemas para implicarse en situaciones vitales.

- d) Evaluación de los Factores Contextuales/Barreras Ambientales (BFCA). Este cuarto baremo se centra en factores tanto personales como externos que pueden tener una influencia positiva o negativa (ser una barrera). Este baremo no siempre se aplica, pero, si se aplica, el porcentaje obtenido en la evaluación BDGP, BLA y BRP-QD se podrá modificar con la suma de puntos por BFCA, con un máximo de 24 puntos.
- Baremo BFCA o baremo de los factores contextuales o barreras ambientales. Lo constituyen los factores del entorno de la persona que pueden dificultar su participación plena en la sociedad.
 - Baremo BLGTAA o de dependencia de terceros: Este “Baremo de Limitación Grave y Total en el dominio de Autocuidado” se enfoca hacia personas que ostentan un porcentaje de discapacidad igual o superior al 75%, y que, por tanto, se considera que necesitan la ayuda de terceras personas en su vida cotidiana. Está relacionado con la evaluación BLA. A ellas se les puede reconocer un GDA (grado de discapacidad ajustado) por niveles de acuerdo con el grado de gravedad.

Por lo tanto, la evaluación de la discapacidad, que será expresada en porcentaje, se realizará mediante la aplicación de estos 4 baremos.

Para establecer el grado final de discapacidad, el porcentaje que se obtenga en la evaluación de los 3 primeros baremos (deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación), se modificará, en su caso, añadiendo hasta un máximo de 24 puntos en función del 4º baremo, es decir, de los factores del contexto y las barreras ambientales (BFCA). Esta forma de evaluar otorgará el mayor peso a la evaluación de las deficiencias objetivas para la determinación del grado de discapacidad.

Con esta metodología, la puntuación obtenida establecerá el “grado de discapacidad ajustado” (GDA). Una vez obtenido el grado de discapacidad ajustado, será cuando se añada la puntuación obtenida en el baremo de Factores Contextuales/Barreras Ambientales (BFCA), siendo el máximo que se puede adicionar por BFCA son 24 puntos porcentuales y solo modificará el grado de discapacidad ajustado desde el valor mínimo hasta el máximo de la clase de discapacidad asignada por el criterio principal, sin que se pueda cambiar de clase.

De esta manera se obtendrá el grado final de discapacidad de la persona.

No obstante, todo lo anterior, el Real Decreto 888/2022, de 20 de octubre, prevé un sistema específico de evaluación de la necesidad del concurso de tercera persona, la cual se prevé se realizará mediante la aplicación del baremo establecido conforme a lo dispuesto en el artículo 27.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción

de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y se estimará acreditada la necesidad de concurso de tercera persona cuando de la aplicación del referido baremo se obtenga una puntuación que dé lugar a cualquiera de los grados de dependencia establecidos, para los para los siguientes casos:

- La asignación económica por hijo a cargo mayor de dieciocho años, con un grado de discapacidad igual o superior al 75 % y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, prevista en el artículo 353.2 TRLSS.
- El complemento del 50 % de la pensión no contributiva para los beneficiarios de estas que estén afectados por una discapacidad o enfermedad crónica en un grado igual o superior al 75% y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, previsto en el artículo 364.6 TRLSS.

Por otra parte, respecto del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transportes previsto en el artículo 25.1.b) del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad, la relación exigida entre el grado de discapacidad y la determinación de la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos se fijará por aplicación del Baremo de Evaluación de las Capacidades/Limitaciones en la Actividad (BLA) del Anexo IV. Cuando una vez evaluadas todas las actividades, el porcentaje de limitación obtenido en el dominio de movilidad asigne una limitación final de movilidad igual o superior al 25 %, se determinará que la persona tiene movilidad reducida y dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos.