

Colección Estudios Sociales

Núm. 33

Discapacidades e inclusión social

Colectivo Ioé
(Carlos Pereda
Miguel Ángel de Prada
Walter Actis)



Obra Social "la Caixa"

OBRA SOCIAL. EL ALMA DE "LA CAIXA".

Colección Estudios Sociales

Núm. 33

Discapacidades e inclusión social

Colectivo Ioé
(Carlos Pereda,
Miguel Ángel de Prada
Walter Actis)

Edición Obra Social "la Caixa"

Órganos de gobierno de la Obra Social "la Caixa"

COMISIÓN DE OBRAS SOCIALES

Presidente	Isidro Fainé Casas
Vocales	Salvador Gabarró Serra, Jordi Mercader Miró, Javier Godó Muntañola, Montserrat Cabra Martorell, Aina Calvo Sastre, Juan-José López Burniol, Montserrat López Ferreres, Justo Bienvenido Novella Martínez
Secretario (no consejero)	Alejandro García-Bragado Dalmau
Vicesecretario (no consejero)	Óscar Calderón de Oya
Director general de "la Caixa"	Juan María Nin Génova
Director ejecutivo de la Obra Social	Jaime Lanaspá Gatnau

PATRONATO DE LA FUNDACIÓN "LA CAIXA"

Presidente	Isidro Fainé Casas
Presidente de honor	José Vilarasau Salat
Vicepresidente 1º	Ricardo Fornesa Ribó
Vicepresidentes	Salvador Gabarró Serra, Jordi Mercader Miró, Juan Maria Nin Génova
Patronos	Victòria Barber Willems, María Teresa Bartolomé Gil, María Teresa Bassons Boncompte, Montserrat Cabra Martorell, Aina Calvo Sastre, José Francisco de Conrado i Villalonga, Javier Godó Muntañola, Josep-Delfí Guàrdia Canela, Monika Habsburg Lothringen, Inmaculada Juan Franch, Jaime Lanaspá Gatnau, Juan-José López Burniol, Montserrat López Ferreres, Dolors Llobet Maria, Rosa Maria Mora Valls, Miquel Noguer Planas, Justo Bienvenido Novella Martínez, Jordi Portabella Calvete, Leopoldo Rodés Castañé, Javier Solana Madariaga, Roberto Tapia Conyer, Nuria Esther Villalba Fernández, Josep-Francesc Zaragozà Alba
Director general	Jaime Lanaspá Gatnau
Secretario (no patrono)	Alejandro García-Bragado Dalmau
Vicesecretario (no patrono)	Óscar Calderón de Oya

Publicación Discapacidades e inclusión social

Concepción y producción Obra Social "la Caixa"

Publicación

Autor	Colectivo Ioé (Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada y Walter Actis)
Diseño y maquetación	CEGE
Coordinación de producción	Edicions 62, S.A.
Impresión	Tallers Gràfics Soler

Coordinación de la edición:

Área de Becas y Estudios Sociales

© del texto, sus autores

© de la edición, Obra Social "la Caixa", 2012

Av. Diagonal, 621 - 08028 Barcelona

ISBN: 978-84-9900-054-1

D.L.: B-242/2012

La responsabilidad de las opiniones emitidas en los documentos de esta colección corresponde exclusivamente a sus autores. La Fundación "la Caixa" no se identifica necesariamente con sus opiniones.

El Colectivo Ioé es un equipo de investigación social independiente, formado desde 1982 por los tres autores del presente estudio. Desde entonces han mantenido una constante actividad de observación y análisis de las transformaciones sociales ocurridas en España, especialmente en el ámbito de la salud y las discapacidades, entre otros campos. Han publicado numerosas monografías e impartido cursos sobre las materias investigadas. Desde 2008 mantienen actualizado en internet el Barómetro Social de España. El Colectivo Ioé ha trabajado para distintas instituciones, nacionales e internacionales, públicas y de iniciativa social, y ha participado en los consejos de las revistas *Documentación Social*, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, *Revista de Educación*, *Cuadernos de Trabajo Social* y *RECEI* (Estudios sobre Interculturalidad).

CARLOS PEREDA OLARTE es licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid y cursó estudios de posgrado en París.

MIGUEL ÁNGEL DE PRADA JUNQUERA es licenciado en Ciencias Políticas y Sociología y en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid.

WALTER ACTIS MAZZOLA es licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid.

Índice

Presentación	13
<hr/>	
Introducción	15
Diversos enfoques para abordar la cuestión	16
La última macroencuesta sobre discapacidades	
Apunte metodológico	21
Estructura del estudio	26
<hr/>	
I. Extensión y características de las discapacidades en España	28
1.1. Tipos de discapacidad	29
1.2. Prevalencia por tramos de edad y por sexos	37
1.3. Las discapacidades se concentran en los hogares pobres	39
1.4. Gastos extraordinarios debidos a la discapacidad y principales fuentes de ingresos. Nuevas prestaciones de la Ley de Dependencia	41
1.5. Diferencias según el tamaño del municipio	45
1.6. Diferencias por comunidades autónomas	47
1.7. Menos discapacidades en la población inmigrante	50
<hr/>	
II. Deficiencias orgánicas o funcionales: factores desencadenantes	53
2.1. Descripción de las deficiencias (mentales, sensoriales y físicas)	53
2.2. Edad de inicio de las deficiencias	59
2.3. Motivos desencadenantes de las deficiencias: trastornos perinatales, accidentes y enfermedades	60
2.4. Estado de salud de las personas con discapacidad. Mayor morbilidad de las mujeres	62
2.5. La mayoría padece alguna enfermedad crónica	64
<hr/>	

III. Ayudas, prestaciones y servicios	67
3.1. Grado de severidad antes y después de recibir ayudas	67
3.2. Grado de cobertura de las prestaciones ligadas a la Ley de Dependencia	71
3.3. Valoración de las ayudas recibidas y personas que no tienen acceso a ellas	74
3.4. Servicios sanitarios, de rehabilitación y servicios sociales	77
3.5. Certificado de minusvalía	79

IV. Los cuidados a personas con discapacidad	83
4.1. Cuidados desde dentro y desde fuera del hogar	83
4.2. Tipología básica de las cuidadoras y cuidadores	84
4.3. Problemas profesionales y económicos. Prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia	87
4.4. Tareas más habituales y tiempo dedicado a los cuidados	89
4.5. Principales problemas en la relación de ayuda	90
4.6. Problemas relacionados con el tiempo libre, la vida familiar y la salud	92

V. Perfil educativo de las personas con discapacidad	96
5.1. Nivel educativo en general y según la edad de inicio de la discapacidad	96
5.2. Nivel educativo de las personas en edad laboral. La cuarta parte no ha terminado educación primaria	99
5.3. Formación permanente: baja tasa de seguimiento de cursos	103
5.4. Escolarización de los niños y niñas con discapacidad entre seis y 15 años	104

VI. Relación con la actividad económica	107
6.1. Cambios de actividad al aparecer la discapacidad	110
6.2. Acceso al trabajo remunerado	114
6.3. Sectores y ramas de actividad. Situación profesional	117
6.4. Principales ocupaciones	121
6.5. Condiciones de trabajo	128
6.6. El desempleo en las personas con discapacidad	133
6.7. Causas de la baja tasa de actividad	144
6.8. El trabajo doméstico y el de los cuidados	154

VII. Relaciones sociales, asociacionismo y actividades de ocio	158
7.1. Estado civil y tipología de los hogares	158
7.2. Relaciones familiares	163
7.3. Relaciones de amistad	169
7.4. Participación en asociaciones	172
7.5. Actividades y tiempo libre	175
7.6. Experiencias de discriminación y reacción ante ellas	178

VIII. Conclusiones	184
8.1. Relación entre discapacidad y exclusión social	186
8.2. Bajo nivel de instrucción, aunque con mejoras en la última década	188
8.3. Escasa emancipación del hogar parental. Papel central de la ayuda familiar	189
8.4. Sistemas de inserción en la vida adulta: pensiones, empleo y trabajo doméstico	190
8.5. Menos empleo y más precario	192
8.6. Relaciones sociales y de amistad. Experiencias de discriminación	194
8.7. Medidas para afrontar las limitaciones y los conflictos en un marco de diversidad funcional	195

Bibliografía	201
---------------------	-----

Índice de tablas, gráficos y mapas	206
---	-----

Presentación

Uno de los mejores indicadores del grado de desarrollo alcanzado por una sociedad es la capacidad para integrar a personas de diferentes condiciones, ofreciéndoles oportunidades para realizar con éxito y en términos de igualdad un proyecto de vida digno y completo.

La presencia de individuos o grupos con distintos tipos y grados de discapacidad, con dificultades ante algunas actividades cotidianas y en su incorporación a tareas y contextos sociales, abre un importante reto en este sentido. Más allá de los enfoques tradicionales que cargaban el peso de la intervención en la rehabilitación individual de los afectados, hoy se opta por un abordaje integral. Esta nueva perspectiva incluye también el ofrecimiento de ayudas técnicas y la adaptación de los contextos en los que las personas en situación de discapacidad deben desenvolverse.

Esta adaptación no se refiere únicamente a la mejora en la accesibilidad física y la eliminación de barreras, sino que se orienta también al necesario cambio de actitudes sociales respecto a estas personas y a la creación de un amplio marco de servicios y prestaciones sociales. Se pretende con esta orientación facilitar la integración en la vida adulta de quienes presentan alguna limitación funcional, sin olvidar la ayuda indispensable a quienes facilitan cuidado y atención, generalmente la familia.

En este campo, los avances de las últimas décadas son indiscutibles e irrenunciables: el número y la variedad de actuaciones se han multiplicado y, desde 2006, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia refuerza definitivamente esta tendencia positiva. No obstante, la grave crisis económica actual requiere estar alerta, no sólo para profundizar y mejorar la atención a quienes viven

con limitación, sino para asegurar la sostenibilidad futura de lo ya logrado. Urge, pues, redoblar la atención ante este colectivo y sus necesidades.

El estudio que aquí presentamos es hoy, más que oportuno, necesario. Los autores ofrecen un análisis detallado de las discapacidades en España. A partir de datos extraídos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía y Situaciones de Dependencia, del Instituto Nacional de Estadística (2008), proporcionan información sobre la extensión y las características de las discapacidades y comparan la situación actual con la de hace una década.

En segundo lugar, se presta una atención especial a los sistemas de inserción en la vida adulta de los sujetos con discapacidad: grado de formación, participación en el mercado de trabajo y otras fuentes de ingresos, relaciones familiares y de amistad y, finalmente, su grado de implicación en asociaciones y actividades de ocio. Cierra el estudio un balance de la evolución y situación actual de la discapacidad en España, al que siguen unas propuestas de actuación fundadas en esos datos.

Con este estudio de la Colección Estudios Sociales, la Obra Social "la Caixa" pretende aportar elementos de reflexión respecto a las condiciones y necesidades de las personas con discapacidad. A partir de los indicadores proporcionados y de una visión más exacta de la situación en que se encuentran, podrá valorarse la mejora conseguida en los últimos años, pero también definir el camino que queda por recorrer y los retos a los que se enfrenta la atención a este grupo social. Sólo a partir de este análisis es posible tomar medidas para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de protección social y la consecución de una sociedad que integre a todas las personas en igualdad de condiciones.

Jaime Lanaspá Gatnau

Director Ejecutivo de la Obra Social
"la Caixa" y Director General
de la Fundación "la Caixa"

Barcelona, enero 2012

Introducción

El presente estudio describe la situación de un amplio sector social –casi la décima parte de la población de España– de polémica definición: personas con incapacidad o invalidez, minusvalía, discapacidad, diversidad funcional..., por aludir sólo a los sucesivos conceptos que se han venido utilizando en las últimas décadas. Su principal objetivo es recoger las *formas de inserción de estas personas en la vida adulta*, situando los hechos que se relatan en el marco general de su biografía, que incluye también el contexto social y las coordenadas históricas e institucionales en que les ha tocado vivir.

Tomando como base principal la última macroencuesta oficial sobre discapacidades, aplicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008 y disponible para su análisis desde 2010, se sistematiza la información disponible en España sobre la extensión y características de las discapacidades, los factores que las desencadenan y las formas de tratamiento.

En segundo lugar, se abordan las trayectorias de socialización e inserción social y laboral del colectivo, precisando, cuando es posible, las circunstancias que concurren en ellas, así como la evolución experimentada en la última década (macroencuesta anterior, de 1999). Las principales dimensiones a estudiar son el nivel escolar y profesional; la relación con la actividad económica (empleo y paro, trabajo doméstico, pensiones y otras prestaciones económicas, etc.); y la vida de familia, las redes de amistad y asociacionismo. También se dedica especial atención a los tres millones de personas –la mayoría mujeres de la propia familia– que prestan cuidado a personas con discapacidad.

El panorama descriptivo en torno a las discapacidades se completa con una aproximación general a los contextos que más influyen en las trayectorias de inserción de las personas afectadas, entre ellos la evolución de la institución familiar, de los roles de género y de los cuidados; la coyuntura económica y del mercado de trabajo, que ha entrado en una fase de profunda crisis en los últimos años; la incidencia de las políticas sociales generales y específicas, en especial la Ley de Dependencia, a partir de 2007, y su desarrollo hasta 2011, a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). El último capítulo recoge algunas propuestas que se desprenden del estudio y que pueden favorecer una mejor planificación de las políticas que afectan al sector.

Diversos enfoques para abordar la discapacidad

La historia de cómo se han abordado las diferencias funcionales –físicas o psíquicas– en las diversas culturas conocidas, desde la antigüedad hasta el presente, es ilustrativa de la pluralidad de respuestas que se pueden dar a unos fenómenos aparentemente comunes.⁽¹⁾ Dentro de la cultura occidental se puede constatar una evolución no lineal desde una concepción religioso-demonológica, básicamente segregadora y estigmatizante, a otra naturalista-médica, centrada en el tratamiento y rehabilitación de los individuos y, finalmente, otra de carácter social, que considera que las causas que originan las discapacidades son las mismas que dan lugar a procesos de exclusión en otros ámbitos de la vida.

La nueva orientación tuvo su origen en el tratamiento de las personas con discapacidades psíquicas, justamente el que presentaba mayores problemas para una inserción normalizada. El liderazgo corrió a cargo de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, que diseñó una nueva forma de clasificación y tratamiento cuya idea central es que «el retraso mental no constituye un rasgo absoluto manifestado exclusivamente por la persona, sino una expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con una limitación intelectual y las habilidades adaptativas y el entorno de la persona» (Schalock, 1995: 13).

(1) De la bibliografía sobre la historia de las discapacidades, véanse, entre otros, Aguado, 1995; Foucault, 1976; Dörner, 1974; y Rosen, 1974.

Por otra parte, entre los años 1960 y 1970 surge en los países anglosajones el «modelo de vida independiente», promovido por las propias personas con discapacidad, que «se autoconciben como seres humanos oprimidos por las estructuras sociopolíticas, económicas y culturales; seres humanos que quieren vivir activamente y, para ello, abandonan definitivamente el rol social asignado tradicionalmente (el rol de “pacientes”), para convertirse en “agentes”: actores y actrices protagonistas de sus propias vidas» (Arnau, 2007: 77-78). La principal expresión institucional de este movimiento fue la Internacional de Personas con Discapacidad, DPI (Disabled People’s International), creada en 1981 en abierto enfrentamiento con la Internacional de la Rehabilitación, RI (Rehabilitation International), entidad de profesionales de la discapacidad con un enfoque médico individualista (Driedger, 1989).

En Europa el enfoque social era también promovido por autores que defendían la importancia de dotar a las personas con diferencias funcionales de «confianza, recursos prácticos e intelectuales, e igualdad de oportunidades para vivir fuera de las instituciones» (Barnes, 1990). Se trataba de superar el etiquetamiento tradicional, que se establecía según parámetros objetivos cuasi naturales y no modificables, por un diagnóstico de los elementos que concurren en cada caso y de los apoyos que necesitan dichas personas para conseguir una inserción normalizada, en igualdad con el resto de las personas (Barnes y Mercer, 2003; Abberley, 2008).

Oliver (1990) fue quien acuñó la expresión «modelo social de producción de la discapacidad» para referirse a una teorización del campo de las discapacidades que clasifica, estigmatiza e integra en circuitos de instituciones y servicios específicos a una parte importante de la población. Para Rosato y Angelino (2009), el concepto de deficiencia implica el de normalidad, y la producción social de la norma es concomitante con la de déficit. Las condiciones sociales modulan y explican los procesos de desigualdad tanto en el ámbito de la salud como en la distribución de la renta, las condiciones de trabajo o la participación ciudadana, lo que implica la necesidad de «introducir variables ecosociales para explicar la etiología de las discapacidades» (Ravaud *et al.*, 1994: 142).

En el ámbito español, además de la bibliografía institucional,⁽²⁾ se ha producido un notable debate en el campo teórico, en el que han participado tanto investigadores académicos como diversas redes que agrupan a personas con discapacidad, y cuyos resultados se pueden seguir en diversas publicaciones y páginas web.⁽³⁾ Por nuestra parte, realizamos en 1998, junto con CIMOP, por encargo del INSERSO, un amplio estudio exploratorio fundamentalmente cualitativo, mediante grupos de discusión e historias de vida, sobre los procesos de inclusión y exclusión social de las personas con discapacidad, que permitió dibujar un cuadro general de las actitudes y opiniones de la población española. El cuadro incluía cuatro posiciones (tradicional, clientelar, competitiva y alternativa), mutuamente interrelacionadas, que permiten explicar los planteamientos y pautas de comportamiento más habituales en la sociedad española en aquel momento (Colectivo Ioé y CIMOP, 1998).

Una cuestión especialmente trabajada en nuestro país ha sido la relativa a la forma de entender y definir el ámbito de las personas cuyas funciones y estructuras corporales presentan una desviación significativa respecto a la media estadística de la población. Tal colectivo, como ya se ha indicado, ha sido objeto de muchas denominaciones a lo largo de la historia, que, una tras otra, han sido cuestionadas. Las más recientes son las de «incapacidad/invalidez», todavía vigentes en el ámbito laboral; «minusvalía», concepto central cuando se aprobó en 1982 la vigente Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI); «discapacidad», introducida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) –aunque con sentidos diferentes– en los sistemas clasificatorios de 1980 y 2001; y, finalmente, la de «diversidad funcional», expresión propuesta en 2005 por el Foro de Vida Independiente, que ha tenido una notable aceptación en un sector de los especialistas (Palacios y Romañach, 2006).

Mediante la nueva expresión, se remite al principio filosófico o ideológico según el cual las funciones y capacidades de las personas son diversas y

(2) Aparte los diversos estudios que han girado en torno a las macroencuestas de 1986 y 1999, cabe destacar los promovidos o realizados por el Real Patronato de Personas con Discapacidad así como el informe elaborado por el CES (2004).

(3) Véanse DISCATIF; SIID; CEDD; SAAD; y Observatorio Estatal de la Discapacidad, del Ministerio de Sanidad y Política Social. Cabe destacar dos publicaciones sobre el tema, de reciente aparición: Rodríguez, 2011; y Ferreira, 2010.

deben aceptarse como punto de partida para una convivencia en igualdad, lo mismo que ocurre con otros componentes de la diversidad entre los seres humanos (el sexo, la etnia, etc.): «las personas con diversidad funcional pueden contribuir a la comunidad en igual medida que el resto de mujeres y hombres sin diversidad funcional, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas diferentes. [...] Este modelo reivindica la autonomía de la persona con diversidad funcional para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades» (Palacios y Romañach, 2008: 38). Se trata de un planteamiento que conecta con la tradición anglosajona del modelo de vida independiente y la Internacional de Personas con Discapacidad, a las que ya hemos aludido. Como señalaba un manifiesto de este movimiento en España, «no hay gente discapacitada, sino sociedades inaccesibles a la diversidad».⁽⁴⁾

Algunos autores han visto en la nueva expresión –diversidad funcional– una forma de «protección lingüística» frente a otras expresiones que resultan molestas o estigmatizantes: «ante la crítica que recae sobre los conceptos tradicionales (discapacidad, minusvalía, incapacidad), pero sobre todo ante la incomodidad de quienes clasifican y ante la resistencia de quienes son clasificados, el paradigma de la diversidad pareciera salir al rescate» (Almeida *et al.*, 2010: 31) (la expresión «protección lingüística» aplicada a los sucesivos nombres del colectivo procede de Veiga, 2001). Para estos autores el concepto de «diversidad funcional» es un nuevo eufemismo que emparenta ideológicamente con el multiculturalismo liberal y puede servir para encubrir las relaciones de poder y los procesos de producción de diferencias y de exclusión que siguen presentes en la práctica social: «el mundo sería una especie de caleidoscopio multicultural donde “conviven” diversidad de experiencias en un tono armonioso de celebración de las diferencias. [...] Sin embargo, la “diversidad” esconde sujetos sociales que construyen sus diferencias en campos surcados de conflictos y relaciones

(4) Manifiesto de la I Marcha por la visibilización de la diversidad funcional, que tuvo lugar en Madrid el 15 de septiembre de 2007, organizada por el Foro de Vida Independiente. A la marcha se unieron algunos colectivos feministas que, conjuntamente con el foro, organizaron un seminario de trabajo en la Casa Pública de Mujeres Eskalera Karakola. Sus debates han sido recogidos por la Agencia de Asuntos Precarios Todas aZien y Foro de Vida Independiente, 2011.

de poder. Es decir, los procesos de naturalización y de corrección política borran las huellas de los procesos históricos concretos de producción de diferencias» (Almeida *et al.*, 2010: 32- 36). En opinión de otros autores, el nuevo enfoque social surge en el contexto anglosajón a partir de diversas aportaciones que pronto se desmarcaron de las teorías funcionalista e interaccionista (un breve recorrido por las diversas corrientes del «enfoque social» puede verse en Oliver, 1998).

En un tono más conciliador, Ferreira plantea que el nuevo concepto de diversidad funcional «es la herramienta ideológica de la que ha decidido proveerse a sí mismo el propio colectivo para afirmarse frente a las imposiciones externas y ajenas, y luchar contra su discriminación. En esa su pretensión hay que situarlo para, a partir de ella, determinar cuáles son los ejes fundamentales sobre los que resituar nuestra comprensión de la discapacidad y desarrollar prácticas adecuadas» (Ferreira, 2010: 59). La nueva denominación supone un avance relativo pero insuficiente en la medida en que sigue siendo deudora, implícitamente, de la escisión entre un cuerpo diverso y una cierta condición de normalidad, de la que ese cuerpo se desvía.

Por nuestra parte, utilizaremos generalmente el concepto de «discapacidad», en coherencia con la definición oficial vigente en España. Tal definición incluye a todas las *personas con limitaciones importantes para realizar actividades de la vida diaria antes de la implementación de ayudas*. Sin embargo, tendremos en cuenta el nuevo enfoque de la OMS, que veremos más adelante, y las críticas planteadas por la Internacional de Personas con Discapacidad (Foro de Vida Independiente en España) para matizar o reinterpretar puntualmente algunos de los resultados que se desprenden de aquella definición. En todo caso, destacamos el carácter relativo de las denominaciones y compartimos la aspiración de Colin Barnes, uno de los autores de referencia del modelo social, de que «tanto la discapacidad como el desigual desarrollo económico y social a nivel mundial sean ya únicamente de interés histórico», es decir, hayan sido superados por unas relaciones sociales de cooperación y justicia social (Barnes, 2010: 22).

La última macroencuesta sobre discapacidades. Apunte metodológico

Nuestra fuente principal de información es la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, aplicada en sucesivas etapas entre el cuarto trimestre de 2007 y el primero de 2008, y disponible para su análisis desde 2010 (en adelante, EDAD-2008). Es la tercera macroencuesta coordinada por el INE para obtener una fotografía precisa de la población con discapacidades; las anteriores son de 1986 y 1999. Se trata de las operaciones estadísticas de mayor amplitud acometidas en España, con una encuesta previa a varios cientos de miles de personas que servía de filtro para entrevistar después a las personas con discapacidad. El cuestionario contiene más de 600 preguntas y presenta una notable complejidad, ya que el número de limitaciones y deficiencias es muy variable en cada caso, además de contar con una amplia batería de cuestiones sobre la historia, las condiciones de vida y la opinión de las personas encuestadas.

La EDAD-2008 recogió información previa de 271.000 personas (cuestionarios aplicados en 96.000 hogares y en 800 centros residenciales), para centrarse después en la población diana (cuestionarios específicos a 23.000 personas con discapacidad de seis y más años, y de cero a cinco años). Conviene tener en cuenta que el cuestionario de hogares recoge datos relativos a la población general, como los ingresos en el hogar o las personas con certificado de minusvalía, etc., que son una fuente de gran interés para comparar la situación de los hogares con y sin personas afectadas de discapacidad. Además se aplicó otro cuestionario complementario a cuidadores principales de personas con discapacidad, que fue cumplimentado en tres cuartas partes de los hogares correspondientes.

El diseño muestral de las diversas encuestas, la definición precisa de sus variables y el método de aplicación del trabajo de campo se exponen con detalle en el informe de Metodología de la EDAD-2008, que se puede consultar en la web del INE.⁽⁵⁾ La amplitud de las encuestas filtro y de las

(5) El diseño muestral ha ampliado la representación de diversos segmentos de la población (por ejemplo, los hogares con presencia de menores) a fin de elevar la fiabilidad de los resultados correspondientes. El calibrado final de los factores de elevación de la muestra se ha llevado a cabo mediante la macro CALMAR, de los institutos nacionales de estadística español y francés (INE e IMSEE).

encuestas finales tenía por principal objetivo asegurar un grado suficiente de fiabilidad de los resultados para tramos de desagregación importantes, tanto desde la óptica espacial (hasta las provincias) como en relación con las diversas características de la población investigada. En la web citada se incluye el informe del INE «Errores de muestreo», con siete tablas que detallan el margen de error existente en los principales resultados de la encuesta (varianza o coeficiente de variación, en porcentaje, del estimador de una característica determinada). Dicho margen de error, elaborado mediante el método Jackknife, determina el intervalo de confianza dentro del cual –con una probabilidad del 95%– se encuentra el verdadero valor de la característica estimada. Por nuestra parte, hemos seguido la recomendación del INE de no tomar en consideración los datos de población inferiores a 5.000 personas, ya que pueden tener elevados errores de muestreo.

La EDAD-2008, analizada con detalle a partir de los microdatos,⁽⁶⁾ es una fuente de información muy completa y representativa desde el punto de vista estadístico, pero que adolece de algunas limitaciones que conviene tener en cuenta. En primer lugar, al no mantener las mismas definiciones de las encuestas anteriores, impide la comparación entre ellas. Este problema se da sobre todo en relación con la primera encuesta, de 1986, que incluía como discapacidades algunas limitaciones muy frecuentes en las personas mayores, lo que suponía prácticamente duplicar el volumen poblacional del colectivo estudiado. Cuando la segunda encuesta (1999) dejó de considerar esas limitaciones, en especial la de «no poder correr a paso gimnástico 50 metros» –que afectaba a cuatro millones de personas–, la magnitud del colectivo bajó del 15% al 9%, en un período en el que a todas luces la tendencia general del envejecimiento demográfico debía traducirse en un incremento notable de la tasa de discapacidades. Según un estudio comparativo de las encuestas de 1986 y 1999, que tomó como base la evolución de siete discapacidades importantes que se habían aplicado con el mismo criterio en ambos sondeos, se comprobó un incremento con-

(6) El INE presenta por separado los microdatos correspondientes a los diversos cuestionarios. Por nuestra parte, a fin de facilitar el análisis conjunto de los mismos en un programa SPSS, hemos fusionado en un único fichero los microdatos correspondientes a los cuestionarios de Hogares, Discapacidades y Cuidadores/as principales. Si no se dice lo contrario, nuestros datos de la población con discapacidades se refieren a todas las personas de seis y más años que han respondido al cuestionario de discapacidades.

junto del 43% entre dichos años (Jiménez *et al.*, 2001: 86-89 y Jiménez *et al.*, 2003: 30-39).

Una segunda limitación de la EDAD-2008 es que las bases conceptuales que utiliza apenas tienen en cuenta el nuevo sistema establecido en 2001 por la OMS para clasificar el funcionamiento y la discapacidad (OMS, 2001), sino que siguen ancladas en algunos de los planteamientos de la antigua clasificación de 1980 (OMS, 1983). Las discapacidades se entendían entonces como consecuencias negativas y duraderas de un momento traumático inicial (enfermedad, accidente u otros trastornos), que daba lugar a una secuencia tripartita de efectos orgánicos (*deficiencias*), funcionales (*discapacidades* propiamente dichas) y sociales (*minusvalías*). La EDAD-2008, lo mismo que las dos macroencuestas anteriores, sólo recoge con precisión el momento inicial (enfermedad, accidente o trastorno de la salud) y las dos primeras secuencias de la clasificación (deficiencias y discapacidades) sin apenas incluir elementos de la tercera (minusvalías). De este modo, el recuento de deficiencias y discapacidades permite establecer una clasificación objetiva y jerarquizada en el plano del individuo, pero sin incluir los factores sociales (ambientales y personales) implicados en el proceso, especialmente las estrategias adoptadas por el sujeto afectado, por su familia y demás agentes e instituciones para asumir y abordar la discapacidad. No obstante, la EDAD-2008 incluye bastante información complementaria sobre la situación de las personas (educación, empleo, relaciones sociales, atención sanitaria, ayudas recibidas, experiencias de discriminación, etc.), que puede ayudar a recomponer el cuadro de los procesos de inclusión y exclusión social asociados a la discapacidad.

La clasificación de la OMS de 2001 amplía el concepto de discapacidad a cualquier alteración en la condición de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias. El bienestar incluye múltiples dominios, uno de los cuales es la salud, en la que se inscriben los conceptos complementarios de funcionamiento y discapacidad: «*Funcionamiento* es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). [...] *Discapacidad* es un término (también) genérico que incluye

déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)» (OMS, 2001: 231). La nueva clasificación incluye como las dos caras de la misma moneda tanto los aspectos positivos como negativos en relación con los estados de salud y hace expresa referencia en todo momento a los factores contextuales que influyen en la realización de las personas, cualesquiera que sean sus condiciones de salud.

Las alteraciones duraderas de la salud, en términos de funcionamiento, se siguen llamando discapacidades y abarcan tres niveles, que recuerdan la clasificación anterior: el *corporal* (deficiencias en la estructura corporal), el *individual* (limitaciones en la actividad del sujeto) y el *social* (restricciones a la participación social en términos de igualdad con las personas del entorno). Sin embargo, la gran novedad es que los factores contextuales (ambientales y personales) están presentes y son decisivos para explicar el grado de funcionamiento o discapacidad de las personas en todas las etapas. Se introduce una dialéctica entre ambos planos de manera que *si existe funcionamiento* (desempeño y participación en las actividades de la vida diaria), *no existe discapacidad* (limitaciones en la actividad y restricciones en la participación). Se supera así el antiguo planteamiento que etiquetaba a las personas de por vida al determinar que existía discapacidad al margen de que dispusieran o no de los recursos, técnicas y apoyos necesarios para desempeñar la actividad correspondiente.

La EDAD-2008 mantiene el antiguo sistema y sigue considerando que «una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona» (INE, 2010: 34).⁽⁷⁾ Se llega así, como veremos, a la situación incongruente de que existan en España más de 600.000 personas que, según la encuesta de hogares de la EDAD-2008, mantienen el certificado de «minusvalía» –y las prestaciones correspondientes– aunque ya no tienen ninguna discapacidad. Por otra parte, el número de discapacidades se reduciría significativamente si tenemos en cuenta que su grado de severidad es nulo o mode-

(7) La EDAD, como las anteriores macroencuestas, establece una excepción en el caso de los problemas de visión, que no se consideran discapacidad cuando son corregidos mediante lentes o lentillas.

rado en el 43,5% de los casos gracias a las ayudas técnicas y personales recibidas.

La nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) incorpora entre las *actividades y participación* no sólo las actividades tradicionales de la vida diaria, que se centran en el microcontexto de la persona (aptitudes o capacidades de los individuos para realizar las actividades cotidianas) sino también las actividades que implican una participación efectiva en la vida social: áreas de la educación, el trabajo, la vida comunitaria, la participación política y los derechos humanos, incluyendo expresamente el «derecho a la autodeterminación y a controlar el propio destino». La tipología de discapacidades de la EDAD-2008 coincide aproximadamente en cinco tipos con la de la CIF (comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones interpersonales); tres tipos de la EDAD-2008 (visión, audición y aprendizaje y aplicación del conocimiento) se concentran en uno de la CIF (aprendizaje y aplicación del conocimiento); y la CIF incluye tres tipos nuevos, no incluidos por la EDAD-2008: tareas y demandas generales, áreas principales de la vida y vida comunitaria, social y cívica. En el caso de incluir estas actividades en el concepto de discapacidad, el número de discapacidades aumentaría notablemente.

La clasificación de la OMS incorpora también con detalle los *factores ambientales* que «constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas», entre ellos los productos, tecnologías y equipamientos disponibles, las condiciones ecológicas, las relaciones y apoyos personales, las actitudes, ideologías y prejuicios de la población, y los servicios, sistemas administrativos y políticas generales en el ámbito local, regional, nacional e internacional.

Una tercera limitación de la EDAD-2008 es que no se hace eco suficiente de los nuevos desarrollos teóricos del «enfoque social» que se ha venido impulsando desde hace varias décadas y que trata de superar tanto las orientaciones estigmatizantes del pasado, como el sesgo medicalista/sanitario de los modelos propuestos por la OMS, aun cuando se reconozca que estos últimos han supuesto un importante avance en muchos sentidos.

Estructura del estudio

Los tres primeros capítulos ofrecen un panorama general de la población con discapacidades en España y de la evolución experimentada en la última década. Entre otros asuntos, se abordan la extensión y características de cada tipo de discapacidad y deficiencia, los factores desencadenantes y las medidas adoptadas para hacerles frente, así como un análisis comparado de las personas con discapacidad, las personas con minusvalía oficialmente reconocida y las que se han acogido al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), segmentos de población que frecuentemente se solapan entre sí. El análisis recoge las diferencias más significativas en función del sexo y los tramos de edad, el nivel socioeconómico de los hogares, el hábitat rural o urbano, las comunidades autónomas, el origen nacional, etc.

El cuarto capítulo ofrece una aproximación a los tres millones de personas, en su mayoría mujeres de la propia familia, que atienden a las personas con discapacidad (el 60% del colectivo precisa asistencia personal). A partir de una tipología diferencial de las personas que prestan cuidados, se describen las tareas que realizan y cuáles son sus principales problemas y necesidades, así como la incidencia que tiene en este colectivo la aplicación de la Ley de Dependencia.

El capítulo quinto analiza el nivel de estudios terminados o en curso de las personas del colectivo. En la medida en que sólo una minoría inició su discapacidad antes de los 16 años, cabe deducir que su déficit de escolarización en relación con la población general (casi la mitad no ha terminado los estudios primarios) se debe, no precisamente a su discapacidad, sino a que la mayoría procede de hogares con bajos niveles de renta y formación.

El capítulo sexto analiza la relación con la actividad económica de las personas con discapacidad en edad laboral. Se incluye tanto el trabajo remunerado, que en el momento de aplicarse la EDAD-2008 sólo ocupaba al 28% del colectivo, como la situación de pensionistas (41%, mayoría hombres) y el trabajo doméstico (34% de mujeres). En especial, se describen los cambios acaecidos en el momento de sobrevenir o agravarse la discapacidad, el acceso al empleo normalizado y protegido, las ramas y ocupaciones más frecuentes, las condiciones laborales, la situación de las

personas desempleadas (más del doble que la población general), las causas de la baja tasa de actividad, y la situación específica de quienes se mantienen como pensionistas o mediante el trabajo doméstico.

El capítulo séptimo estudia las relaciones sociales, el asociacionismo y las actividades de ocio, con especial atención a las relaciones familiares y a las experiencias de discriminación en el trato con otras personas.

El último capítulo ofrece un resumen de los principales resultados del estudio y algunas propuestas que persiguen no sólo mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidades, sino destacar aquellas políticas generales de tipo preventivo que podrían incidir en los factores contextuales (ambientales y personales) que generan discapacidad y exclusión social.

I. Extensión y características de las discapacidades en España

Con los criterios establecidos por el Instituto Nacional de Estadística en la última Encuesta sobre Discapacidades de 2008, había en España 3,8 millones de personas con alguna limitación,⁽¹⁾ lo que supone una *tasa de prevalencia* del 8,34% respecto a la población total del país. Si comparamos estas cifras con las de la anterior encuesta del INE, aplicada diez años antes (1999), se observa que las personas con discapacidad son ahora 320.000 más en números absolutos, pero la tasa de prevalencia se ha reducido más de medio punto, pasando de 8,99 a 8,34%, lo que se debe al incremento en casi siete millones de la población residente en España entre dichos años (más del 75% inmigrantes venidos de otros países, con una media de edad sensiblemente más baja y menos discapacidades que la población nativa).

Es difícil valorar si la disminución de personas con discapacidad en términos relativos entre 1999 y 2008 responde a una evolución real o, más bien, a cambios introducidos en la definición de algunas discapacidades y quizá en la aplicación de los cuestionarios, como veremos más adelante. No obstante, las diferencias son mucho menores que las introducidas entre las encuestas de 1986 y 1999, cuando la prevalencia se redujo del 14,98% al 8,99% debido a cambios metodológicos.

(1) Como hemos explicado en la introducción, la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia establece una definición propia de «discapacidad» que no coincide con el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud.

1.1. Tipos de discapacidad

La encuesta de 2008 recoge 44 discapacidades o «limitaciones importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria». De ellas, las personas afectadas registran un promedio de ocho, lo que quiere decir que pueden ejercitar con normalidad las 36 facultades o capacidades restantes, que les permiten suplir o compensar aquellas limitaciones. En 1999 el promedio de discapacidades por persona era de seis (dos menos que en 2008), lo que se relaciona con «la tendencia decreciente de las tasas de mortalidad, que ha provocado no sólo un incremento de la esperanza de vida, sino también una elevación de las tasas de deficiencias y discapacidades que reflejan un cambio en la relación mortalidad-morbilidad» (INE 2010: 53). Las ciencias de la salud consiguen alargar la vida de las personas (menor tasa de mortalidad) a costa, inevitablemente, de una mayor morbilidad (mayor tasa de enfermedades y problemas de salud, deficiencias y discapacidades en los años extra de vida).

No obstante, tener una discapacidad no significa que no se pueda realizar la actividad correspondiente (ver, oír, vestirse, desplazarse fuera del hogar, etc.), lo que sólo ocurre en una parte menor de los casos (no ver nada, no oír nada, depender completamente de otros para vestirse o desplazarse, etc.). Salvo en un sector minoritario de personas, habitualmente de una edad muy avanzada o con un deterioro mental grave, las discapacidades representan limitaciones parciales que no tienen por qué impedir una vida saludable y normalizada. Igual o mayor problema pueden suponer otras limitaciones de tipo social para desenvolverse en la vida, como la falta de educación, de trabajo o de derechos ciudadanos básicos, que son consideradas «discapacidades» por la OMS cuando van asociadas a alguna deficiencia o problema de salud (OMS, 2001: 177-186) pero que, sin embargo, no se incluyen en cuanto tales en la encuesta aplicada en España.

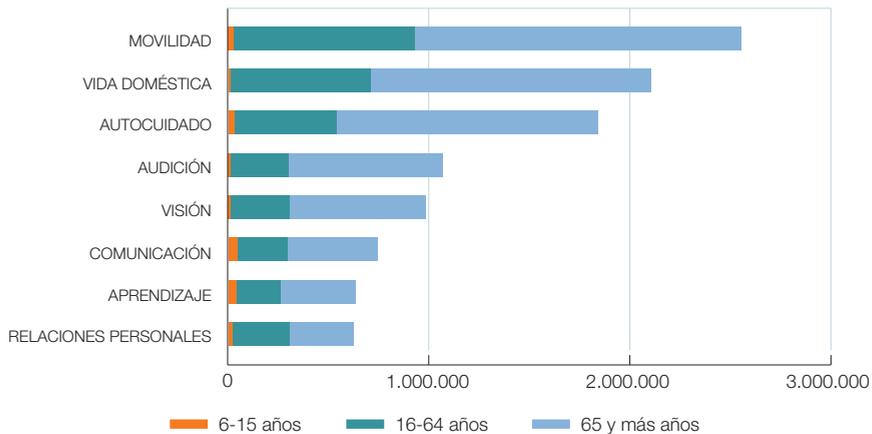
La clasificación de la encuesta de 2008 es parecida a la utilizada en 1999, lo que permite comparar la evolución de su prevalencia en la última década. Los diez grandes capítulos de 1999 se convierten en ocho en 2008, debido a que en este último año se agrupan los tres relacionados con la movilidad de la primera encuesta (el número de discapacidades concretas de movilidad sigue siendo de nueve en ambas encuestas, con cambios de ma-

tiz poco importantes); se mantienen casi idénticas las limitaciones de visión y de audición; las discapacidades de comunicación, autocuidado e interacciones y relaciones personales aumentan de número y cambian bastante sus contenidos concretos; las de aprendizaje mantienen el mismo número de cuatro limitaciones, pero cambian bastante los contenidos; por último, las discapacidades relativas a la vida doméstica se reducen de cinco a tres tipos, manteniendo dos igual (hacer la compra y preparar comidas) y refundiendo otras tres (lavar y planchar, limpieza de la casa y bienestar de la familia) en el de «realizar los quehaceres de la casa».

El gráfico 1.1 muestra el número de personas que padecen los diversos tipos de discapacidad (ocho categorías generales). A primera vista se puede observar cuáles son las más frecuentes y qué peso tienen por tramos de edad.

GRÁFICO 1.1

Número de personas afectadas por cada tipo de discapacidad en función de la edad



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

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

A continuación recogemos los principales tipos de discapacidad, destacando su prevalencia por sexos, grandes grupos de edad y comunidades autónomas. Avanzamos también, en un segundo momento, algunas de las características relativas a las formas de inserción social y laboral del segmento de personas en edad laboral (16-64 años).

1. Limitaciones de visión

Esta categoría agrupa cuatro discapacidades que afectan en conjunto a cerca de un millón de personas, de ellas casi dos tercios mayores de 64 años. Las limitaciones de visión son más frecuentes en Extremadura (con una tasa de prevalencia del 55% por encima de la media española) y lo son menos en Baleares y Canarias (37% por debajo de la media en ambas comunidades). Los tres tipos básicos de discapacidad visual son los siguientes:

- La *ceguera total en ambos ojos*, que afecta a 58.000 personas, lo que supone el 0,13% de la población total del país (0,11% hombres, 0,15% mujeres). Respecto a diez años antes, la prevalencia de la ceguera total en España ha disminuido significativamente (0,15% en 1999).
- La discapacidad para *tareas visuales de detalle*, referida a quienes tienen «una dificultad importante para ver la letra de un periódico aunque lleven gafas o lentillas»,⁽²⁾ es el trastorno visual más frecuente, y afecta a 673.000 personas (casi el doble a mujeres, 1,99%, que a hombres, 1,11%). La prevalencia es similar a la registrada en 1999.
- La discapacidad para *tareas visuales de conjunto* se refiere a «una dificultad importante para ver la cara de alguien al otro lado de la calle (4 metros) aun con gafas o lentillas, incluyendo a quienes son ciegos de un ojo aunque no tengan problemas en el otro». Esta situación afecta a 662.000 personas e incide más en las mujeres, lo mismo que ocurría con el trastorno anterior. La prevalencia ha aumentado en la última década: pasa del 1,35 al 1,53% de la población total.

Entre los 16 y los 64 años las dificultades de visión plantean problemas de discapacidad al 1% de la población, y de este conjunto tan sólo una de cada veinte personas presenta ceguera total (14.000 sujetos, 0,05% de ese tramo de edad). Sin embargo se aproximan a 200.000 las que tienen dificultades serias para tareas visuales de detalle o de conjunto.

(2) Los textos de este apartado cerrados entre comillas se han tomados literalmente del cuestionario aplicado a las personas con discapacidad en la encuesta de 2008.

2. Limitaciones de audición

Esta categoría agrupa tres discapacidades que afectan a algo más de un millón de personas, de ellas el 72% mayores de 64 años. Las comunidades con más prevalencia de problemas de audición son Castilla y León y Extremadura (66 y 39% por encima de la media española), y las que menos, Cantabria y Baleares (42 y 37% por debajo de la media). Hay tres tipos básicos:

- La *sordera total* es la limitación auditiva más grave. Presenta una incidencia prácticamente igual que la ceguera total y afecta a 60.000 personas (0,14% de la población), pero con una evolución mucho más positiva desde 1999, cuando la prevalencia era casi el doble (0,26%). Por sexos afecta en igual proporción a hombres y a mujeres.
- La dificultad notable para *entender el habla* («para oír lo que se dice en una conversación con varias personas sin audífono u otro tipo de ayuda técnica externa para oír, incluyendo a quienes son sordos/as de un oído aunque no tengan problemas en el otro») es mucho más frecuente y la padece casi un millón de personas, en especial las mujeres (2,3%, frente al 1,9% de los hombres). Este tipo de sordera parcial se ha incrementado notablemente en la última década pasando del 2,1% al 2,6% de la población.
- La discapacidad para *oír sonidos fuertes*, como una sirena, alarmas, etc., sin audífono u otras ayudas técnicas externas, está presente en casi 400.000 personas, y es la que más se ha incrementado desde 1999, cuando eran 230.000. Afecta también en mayor proporción a las mujeres que a los hombres.

En la edad laboral presentan problemas de audición algo menos de 300.000 personas (0,9%), con una incidencia ligeramente mayor entre los hombres que entre las mujeres. La sordera total entre los 16 y los 64 años afecta a 12.000 hombres y 9.000 mujeres.

3. Limitaciones de comunicación

Esta categoría agrupa seis discapacidades, que afectan a 737.000 personas (1,8% de mujeres y 1,6% de hombres). La tipología ha variado bastante en relación con la encuesta de 1999, cuando agrupaba cuatro tipos, por lo que es difícil valorar si el incremento de la prevalencia desde entonces (de 1,3 a 1,7%) se debe a los cambios de metodología. En general esta categoría incluye problemas en el habla, como la mudez o la tartamudez, y otros relacionados con la capacidad de producir mensajes hablados o escritos, o de comunicarse a través de gestos u otros dispositivos (como el teléfono). Estas limitaciones pueden tener diverso origen, incluidos los trastornos mentales que impiden al sujeto comunicarse con los demás. Por comunidades autónomas son más frecuentes en Galicia (49% por encima de la media española) y menos en Cantabria y Canarias (29 y 28% por debajo de la media).

Entre los 16 y los 64 años las limitaciones de comunicación afectan a un cuarto de millón de personas, con una prevalencia casi doble entre los hombres (1%) que entre las mujeres (0,6%). De las diversas limitaciones, las más frecuentes son la dificultad para comprender o expresarse mediante lenguaje escrito (160.000 personas), mantener un diálogo o intercambiar ideas con otras personas a causa de un problema mental (154.000) y hablar de manera comprensible o decir frases con sentido sin ayudas técnicas externas (también 154.000).

4. Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas

Esta categoría se refiere a limitaciones importantes para adquirir o aplicar conocimientos debido a problemas de naturaleza cognitiva o intelectual (retrasos, demencias, enfermedades mentales). La prevalencia en 2008 (1,45% de la población, 630.000 personas) es la misma que la registrada en 1999, siendo más frecuente en Galicia (47% por encima de la media estatal) y menos en Madrid y La Rioja (24% por debajo de la media en ambas comunidades). Las discapacidades concretas de aprendizaje recogen los siguientes matices:

- *Uso intencionado de los sentidos*, es decir, sujetos que presentan dificultad para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído. Son 287.000 (0,7% de la población).
- *Problemas para el aprendizaje básico*, cuando «debido a un problema mental se tienen dificultades importantes para aprender a hacer cosas sencillas como copiar, leer, escribir, sumar o restar, o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano». Afectan a 434.000 personas, una de cada cien.
- *Realizar tareas sencillas* sin ayuda, «por ejemplo, sacar algo de un armario, llenar un vaso de agua...». Afecta a 320.000 personas.
- *Realizar tareas complejas* también sin ayudas, «por ejemplo, transmitir un recado, acudir a una cita...». Este tipo de discapacidad es el más frecuente de esta categoría y afecta a 526.000 personas. Tanto esta limitación como las tres anteriores afectan bastante más a mujeres (1,7% en conjunto) que a hombres (1,2%).

En la edad laboral (16-64 años) se concentra una tercera parte de la población con problemas para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas, lo que limita inevitablemente sus posibilidades de inserción laboral, al menos en el mercado ordinario. Llama la atención que, si bien en general se trata de trastornos que afectan más a las mujeres, en el tramo de edad laboral inciden bastante más en los hombres (prevalencia del 0,8%, frente al 0,6% de las mujeres).

5. Movilidad

Esta categoría agrupa nueve discapacidades que afectan a dos millones y medio de personas, o sea, más de dos tercios de las personas con discapacidad. En la situación que podemos considerar más extrema –permanecer en cama de forma permanente– se encuentran 120.000 personas, una de cada veinte del colectivo. Por sexos, la prevalencia entre mujeres (7,6%, 1,8 millones de personas) es mucho mayor que entre hombres (4,1%, 0,9 millones) y, por grupos de edad, la tasa correlaciona muy estrechamente con la edad: 0,6% entre seis y 15 años; 3% entre 16 y 64; 15% entre 65 y 79; y 38% en los ochenta y más años. Las limitaciones de movilidad son más frecuentes en Galicia (33% por encima de la media española) y menos en Canarias y Madrid (24 y 21% por debajo de la media). La comparación entre 2008 y 1999 es poco consistente debido a los cambios introducidos en la metodología; no obstante, podemos comparar algunas de las discapacidades de movilidad más importantes:

- *Desplazarse fuera del hogar*: es la segunda discapacidad más frecuente de las 44 recogidas en la encuesta de 2008, y afecta a 1,7 millones de personas (tasa de prevalencia del 3,85% en relación al conjunto de la población). Diez años antes, afectaba a 1,5 millones de personas, lo que supone una tasa casi igual si tenemos en cuenta el aumento de población de siete millones en el conjunto de España entre dichos años. Asimismo, en ambas encuestas las mujeres presentaban una tasa mucho mayor (5% en los dos años) que los hombres (2,8% en 1999 y 2,6% en 2008).
- *Desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero* «por ejemplo en coche, autobús, metro, tranvía...»: cuarta discapacidad más frecuente, que afecta a 1,6 millones de personas (3,65% de la población). En 1999 ésta era la limitación más frecuente de todas y afectaba al 4,25% de la población. En cuanto a la distribución por sexos afecta también mucho más a las mujeres (4,9%) que a los hombres (2,4%), en continuidad con lo que ocurría diez años antes.
- *Levantar y llevar objetos*: quinta discapacidad más frecuente, reconocida por 1,4 millones de personas (3,2% de la población). En este caso, el enunciado de la pregunta —«la dificultad importante para levantar o transportar algo con las manos o brazos, sin ayudas, por ejemplo un vaso o llevar un bebé en brazos...»— parece que favoreció un registro mucho mayor que en 1999 (0,8 millones, 2,2% de la población) cuando el enunciado se planteaba en términos más genéricos —«trasladar o transportar objetos no muy pesados»—.
- *Mantener la posición del cuerpo*, «por ejemplo permanecer de pie o sentado durante el tiempo necesario»: presentan esta limitación 1,1 millones de personas, con una tasa de prevalencia (2,6% de la población) bastante mayor que en 1999 (1,7%). En ambos años, y como ocurre con las restantes discapacidades de movilidad, las mujeres padecen con más frecuencia este trastorno.
- *Desplazarse dentro del hogar*: esta limitación, tan importante en la vida cotidiana de las personas, afecta a 0,9 millones de personas, de ellas 0,6 millones con 65 y más años. En relación con 1999 la prevalencia se ha incrementado desde el 1,9 al 2,1%.

En la edad laboral, las limitaciones de movilidad afectan al 3,3% de mujeres y al 2,5% de hombres. El orden de frecuencia difiere en relación a la población general: la más frecuente es la de «levantar y llevar objetos» (1,9% de mujeres, 1,2% de hombres), seguida de «desplazarse fuera del hogar» (1,5 y 1,2%, respectivamente) y «desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero» (1,4 y 1,1% en cada caso).

6. Autocuidado

Esta categoría se refiere a las personas que tienen dificultades para cuidar de sí mismas. En 1999 sólo se recogían cuatro discapacidades de este tipo, y nueve en 2008 (varias de ellas nuevas, como «cumplir las prescripciones médicas» o «controlar el cuidado menstrual»); esto impide la comparación entre ambos años y explica que la prevalencia en general de los trastornos de autocuidado se haya duplicado, pasando del 2,1 al 4,2%. Según la encuesta más reciente, 1,8 millones de personas presentaban este tipo de discapacidades, siendo más frecuentes en Galicia y Extremadura (49 y 25% por encima de la media estatal) y menos en Madrid y Canarias (36 y 29% por debajo de la media). Destacan los siguientes tipos:

- *Lavarse*, que incluye «una dificultad importante para lavarse o secarse sin ayuda las diferentes partes del cuerpo, por ejemplo ducharse, lavarse las manos, la cabeza...». Es una de las discapacidades más frecuentes y afecta a 1,3 millones de personas, con una tasa de prevalencia mucho mayor entre las mujeres (3,8%) que entre los hombres (2%).
- *Cuidados de las partes del cuerpo*, «por ejemplo peinarse, cortarse las uñas...»: coincide básicamente con las personas que tienen la discapacidad anterior, afectando a 1,2 millones de personas.
- *Vestirse y desvestirse*, en lo que tienen problemas algo más de un millón de personas (2,3% de la población). Esta discapacidad se planteaba en términos casi idénticos en 1999 y en aquel momento afectaba al 1,5% de la población, lo que supone un notable incremento en la última década.
- *Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas*. Esta discapacidad se registra en España por primera vez y se refiere a quienes tienen «una dificultad importante para cumplir las prescripciones médicas sin ayudas y sin supervisión, por ejemplo tomar correctamente la medicación, seguir dietas específicas, asistir a las consultas médicas [...]». Afecta a 865.000 personas, de ellas 193.000 en edad laboral (la mayoría hombres en este caso).

En la edad laboral las dificultades de autocuidado afectan a medio millón de personas, con una prevalencia bastante parecida entre mujeres (1,7%) y hombres (1,5%), a diferencia de lo que ocurre a partir de los 65 años, cuando la prevalencia entre la población femenina (20,5%) es casi doble que entre la masculina (12,1%).

7. Vida doméstica: dificultad para realizar las tareas del hogar

Esta categoría agrupa las tareas del hogar en tres tipos, a diferencia de lo que hacía la encuesta de 1999, que distinguía cinco tareas. En conjunto, es el segundo bloque de discapacidades más frecuente, con una tasa de prevalencia del 4,8% (algo más de dos millones de personas) y una incidencia mucho mayor entre las mujeres (6,8%) que entre los hombres (2,9%).⁽³⁾ Tres de cada cuatro personas con estas limitaciones tienen 65 y más años (y una de cada tres, más de 80 años). Por comunidades, la prevalencia es mayor en Galicia y Asturias (42 y 21% por encima de la media española), y menor en La Rioja y Madrid (31 y 25% por debajo de la media). Respecto a diez años antes, estas discapacidades se han incrementado de forma apreciable: han pasado del 4,2 al 4,8% (en números absolutos, de 1,6 a dos millones de personas). Por orden de frecuencia recogemos las tres modalidades:

(3) Las tareas incluidas en este tipo de discapacidad están especialmente afectadas por el desigual reparto del trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres. No obstante, la EDAD-2008 sólo considera que existe discapacidad cuando la dificultad –potencial– para la tarea correspondiente tiene su origen en una deficiencia.

- *Adquisición de bienes y servicios*, cuando se tiene «una dificultad importante para organizar, hacer y trasladar las compras cotidianas, por ejemplo comprar ropa, comida, artículos para la casa...». Es la discapacidad más frecuente de las 44 recogidas por la encuesta de 2008: afecta a 1,87 millones de personas, de ellas el 71% mujeres. Esta discapacidad era la tercera en 1999, después de «desplazarse fuera del hogar» y de «limpieza de la casa» (ahora incluida en el epígrafe «realizar los quehaceres...»).
- *Realizar los quehaceres de la casa*, «por ejemplo limpiar, lavar la ropa, utilizar aparatos domésticos». Es la segunda discapacidad más frecuente, junto con la de desplazarse fuera del hogar, y es reconocida por 1,67 millones de personas, de ellas el 72% mujeres, lo mismo que ocurría en el caso anterior.
- *Preparar comidas*. Esta limitación afecta a 1,2 millones de personas, de las cuales el 66% son mujeres.

Entre los 16 y los 64 años las discapacidades relacionadas con las tareas del hogar afectan al 2,8% de mujeres (440.000 personas) y al 1,6% de hombres (254.000), con un peso similar a lo que se ha descrito para la población general. Las dificultades para adquirir bienes y servicios, y para realizar los quehaceres de la casa son las dos discapacidades más frecuentes de la población española en edad laboral.

8. Interacciones y relaciones personales

Esta categoría agrupa en la encuesta de 2008 hasta seis modalidades de discapacidad, con muchos cambios respecto a la clasificación de 1999, que sólo incluía tres tipos. En conjunto la dificultad para mantener relaciones personales afecta a 600.000 personas, con bastante equilibrio por sexos (1,4% de los hombres y 1,5% de las mujeres). Respecto a los diez años anteriores, la prevalencia se mantiene casi invariable en torno al 1,5% de la población, si bien los cambios metodológicos no aseguran la coherencia de esa continuidad. Por regiones, presentan más discapacidades de relación Galicia y Asturias (37 y 22% por encima de la media estatal) y menos Madrid y Navarra (24 y 20% por debajo de la media). La tipología de los trastornos de relación presenta las siguientes modalidades:

- *Relaciones sentimentales*, es decir, las caracterizadas por «una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales». Algo más de 420.000 personas se encuentran en esta situación, con una prevalencia similar en ambos sexos (una de cada 100 personas). Entre la población en edad laboral, el problema es más habitual entre hombres, mientras que a partir de los 65 años afecta con mucha más frecuencia a las mujeres.
 - *Relaciones con extraños*, definidas por «una dificultad importante para relacionarse con personas desconocidas (por ejemplo cuando se pregunta una dirección, al comprar algo)». Padenen esta situación algo más de 410.000 personas, con una distribución por sexos muy similar a la discapacidad anterior.
 - *Relaciones familiares*, cuando se tiene «una dificultad importante para formar una familia y mantener relaciones familiares». Con unas 354.000 personas afectadas, es más habitual entre los hombres hasta los 64 años, y entre mujeres, después de esa edad.
-

La dificultad para relacionarse con otros aparece en 280.000 personas en edad laboral (0,9%); los trastornos más habituales son los asociados a sentimentales y familiares. Es llamativo que en esa etapa de la vida tales limitaciones afecten bastante más a hombres (1,1%) que a mujeres (0,7%), mientras que ocurre lo contrario a partir de los 65 años (hombres, 3,2%; mujeres, 4,9%).

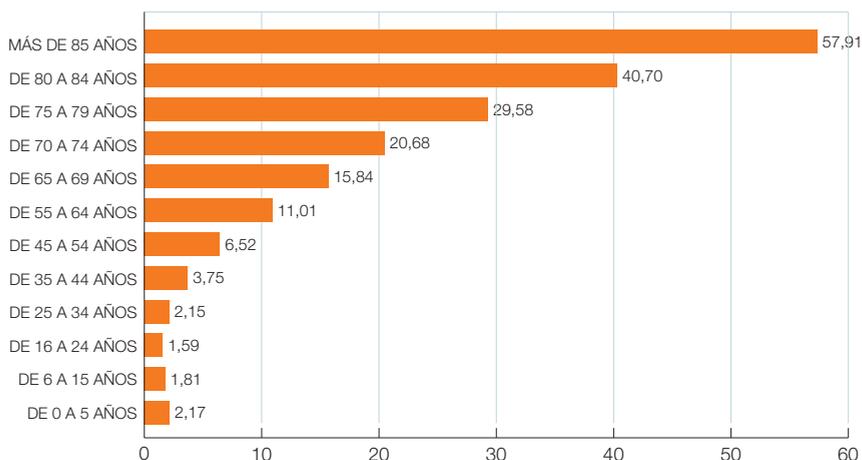
1.2. Prevalencia por tramos de edad y por sexos

La *edad* es el factor que más determina la frecuencia de discapacidades, ya que, como recoge el gráfico 1.2, estas limitaciones aumentan mucho en las últimas etapas de la vida. La EDAD-2008 permite comparar el promedio de edad de la población general (las 271.000 personas encuestadas en la primera fase), que era entonces de 40,1 años, con el promedio de las personas con limitaciones (23.000 personas), que era de 64,9 años (25 más). La proporción de personas con al menos una discapacidad pasa del 2% entre 0 y 15 años al 4,7% en el tramo de edad laboral (16-64 años) y al 29,2% entre las personas de 65 y más años. Por tanto, casi dos tercios del colectivo (exactamente el 57,9%, 2,2 millones de personas) se sitúan en edad de jubilación; una proporción muy pequeña (3,6%, 139.000 personas), en la infancia y adolescencia. El resto, algo más de una tercera parte (38,5%, 1,5 millones de personas), es población en edad laboral.

Entre las personas mayores, la prevalencia de la tasa de discapacidad se acelera con la edad: 14 puntos entre 65 y 75 años; y 28 puntos entre 75 y 85. A partir de los 85 años el 58% experimenta alguna discapacidad. En el extremo contrario, la progresión es inversa: los menores de seis años presentan una tasa de limitaciones (2,2%) algo mayor que en los tres tramos de edad siguientes, como se recoge en el gráfico. En cuanto a las personas en edad laboral, la tasa se incrementa a medida que avanza la edad, en especial a partir de los 45 años. Esta distribución de la prevalencia de discapacidades en función de la edad es muy similar a la que existía diez años antes, en 1999.

GRÁFICO 1.2

Proporción de personas con al menos una discapacidad, por tramos de edad (porcentaje de la población española)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

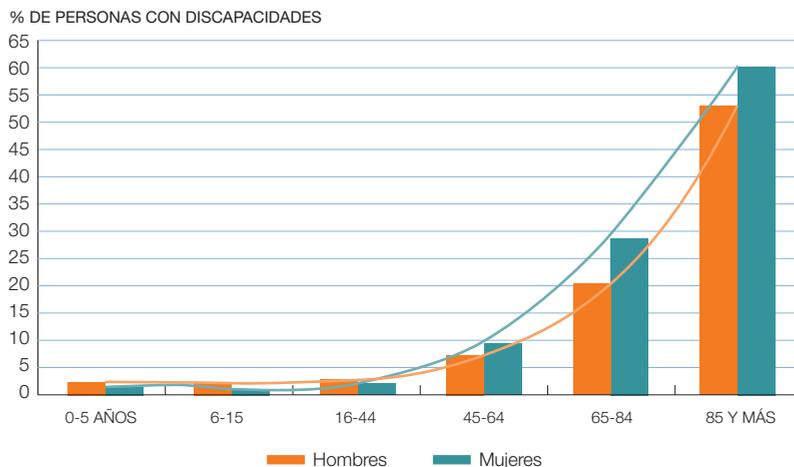
Por sexos, las mujeres con discapacidad (2,3 millones) son muchas más que los hombres (1,5 millones), lo que da lugar a unas tasas de prevalencia sensiblemente diferentes: del 9,9 y 6,8% respectivamente. Como observamos en el gráfico 1.3, la proporción por sexos de personas con discapacidades se incrementa a medida que pasan los años, como ocurre con la población general, pero con ritmos diferentes:

- En la etapa infantil, los hombres se ven afectados en una proporción muy superior a las mujeres (exactamente un 43% más hasta los cinco años, y un 74% más entre los seis y los 15).
- La mayor prevalencia masculina se reduce poco a poco hasta los 44 años, y las tornas se invierten en el último trecho de la vida laboral, en que las mujeres presentan una tasa cada vez más elevada que los hombres (un 24% más entre 45-54 años y un 34% más entre los 55 y 64).
- Por último, esta tendencia se acentúa a partir de los 65 años, etapa final de la vida en la que la prevalencia de mujeres con discapacidad

(35 de cada 100) es netamente superior a la de hombres (23 de cada 100). O sea, las mujeres en edad de jubilación presentan una prevalencia de discapacidades que supera la tasa masculina en un 43%. No obstante, llama la atención que en el tramo superior, de personas de 85 y más años, la tasa femenina (60%) se aproxima mucho a la masculina (53%), lo que parece indicar que los hombres llegan a la edad de jubilación en mejor estado de salud que las mujeres pero, a partir de ese momento, experimentan un proceso más acelerado de deterioro, y eso explicaría tanto la aproximación de las tasas de morbilidad como una mayor mortalidad (la esperanza de vida de los hombres es seis años menor).

GRÁFICO 1.3

Tasas de prevalencia de mujeres y hombres con discapacidad por tramos de edad (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

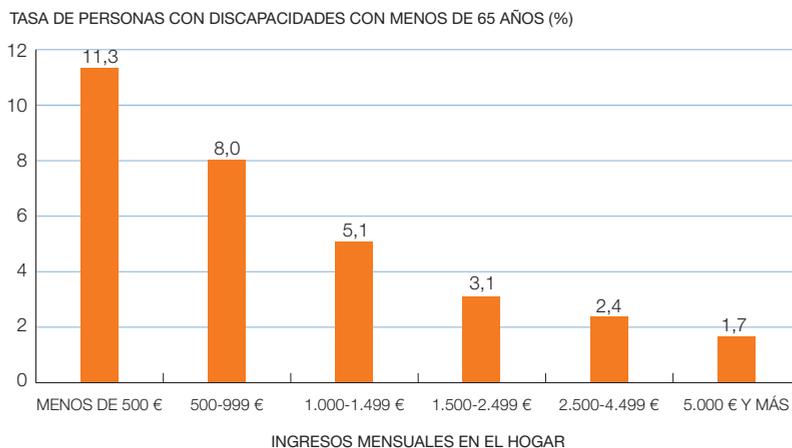
1.3. Las discapacidades se concentran en los hogares pobres

Otra circunstancia que incide directamente en la frecuencia de discapacidades es el nivel de renta de los hogares. Si tomamos como fuente la encuesta de 2008 aplicada por el INE a 96.000 hogares (271.000 personas,

con y sin discapacidades), la tasa de prevalencia de personas con discapacidad entre 0 y 64 años en función del nivel de la renta varía desde el 1,7% en los hogares con más ingresos (por encima de 5.000 euros/mes) al 11,3% en los de capacidad inferior (por debajo de 500 euros/mes), con una progresión constante por tramos de renta (gráfico 1.4). Si la renta media de los hogares con personas con discapacidad de menos de 65 años era de 1.433 euros/mes,⁽⁴⁾ en la media general de hogares sin discapacidad era un 25% superior (1.784 euros/mes).

GRÁFICO 1.4

Prevalencia de personas de menos de 65 años con discapacidad según el nivel de ingresos del hogar (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (cuestionario de hogares), 2008.

Como se había constatado en la encuesta anterior (1999) y en general en los estudios sociosanitarios,⁽⁵⁾ la mayor prevalencia de discapacidades

(4) Esta media de ingresos de los hogares se ha elaborado transformando cada intervalo planteado en la encuesta en su punto medio, del siguiente modo: «Menos de 500 euros» = 250; «500 a 900 euros» = 750; «1.000 a 1.499 euros» = 1.250; «1.500 a 1.999 euros» = 1.750; «2.000 a 2.499» = 2.250; «2.500 a 2.999» = 2.750; «3.000 a 4.999 euros» = 4.000; «5.000 a 6.999 euros» = 6.000; «7.000 a 8.999 euros» = 8.000; y «9.000 y más euros» = 12.000. La renta media de España se obtiene de la muestra total de 96.000 hogares; la renta media de los hogares de personas con discapacidad, de la submuestra correspondiente a este colectivo.

(5) Véanse, entre otros, Benach y Muntaner, 2010; Whitehead y Dahlgren, 2006; y Comisión Sobre Determinantes Sociales en la Salud, 2008.

en los hogares pobres se debe a varios factores entrelazados: por un lado, las familias en situación precaria suelen presentar unas condiciones de vida menos saludables y mayor riesgo de contraer enfermedades o sufrir accidentes; por otro, las posibilidades de rehabilitación de dichas personas son menores, al contar con escasos recursos económicos.

Examinando la tasa de prevalencia por tramos de edad, observamos que las diferencias en función de la renta se agudizan entre las personas en edad laboral (16-64 años), son mucho menores entre quienes se encuentran en edad de jubilación (65 y más años) e intermedias en la infancia y adolescencia (0-15 años). En conjunto, evidentemente, la prevalencia crece con los tramos de edad, pero las diferencias según el nivel de renta decrecen al llegar a la edad de jubilación.

Así, mientras que los hogares de personas con 65 y más años e ingresos inferiores a 1.500 euros/mes tienen una prevalencia de discapacidades un 12% más alta que quienes perciben ingresos por encima de ese umbral, en los hogares de niños y adolescentes la prevalencia es un 46% superior en el primer grupo, y en los de personas en edad laboral, un 115% más elevada. La explicación es bastante sencilla y convergente con la pauta ya descrita de la población general: mientras en la vejez el deterioro de la salud afecta a todas las clases sociales, en la infancia y en la edad laboral las condiciones insalubres de vida y de trabajo inciden más en las clases bajas, que además disponen de menos recursos para hacerles frente.

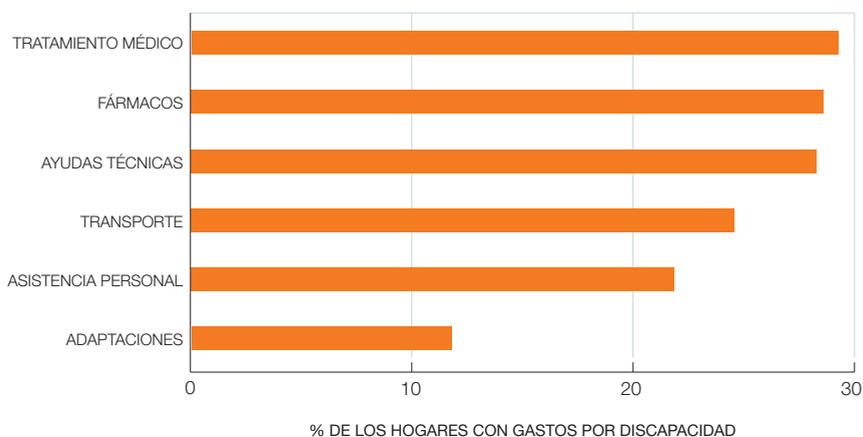
1.4. Gastos extraordinarios debidos a la discapacidad y principales fuentes de ingresos. Nuevas prestaciones de la Ley de Dependencia

Las dificultades económicas recogidas en el apartado anterior se acentúan a causa precisamente de los gastos extraordinarios de atención a parientes con discapacidad. Según la encuesta de 2008 tales gastos extraordinarios están presentes en el 30,7% de los casos (un millón de hogares); de ellos, los más habituales son los seis que figuran en el gráfico 1.5. Los «tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores y rehabilitadores» están presentes en todos los tipos de discapacidad, pero sobre todo entre las personas con problemas de visión y de movilidad. Los «fármacos» son el

segundo capítulo de gastos, destacando algo más en las discapacidades de visión y de interacciones y relaciones personales. Las «ayudas técnicas» se dirigen principalmente a las personas con problemas de audición y de visión. Los gastos en «transporte y desplazamientos» inciden especialmente en las limitaciones de visión, movilidad y vida doméstica. En quinto lugar, están los gastos en «asistencia personal» (personas cuidadoras o acompañantes pagadas), más presentes en las casas donde hay personas con problemas de aprendizaje, relaciones personales y comunicación. Por último, los gastos en «adaptaciones» dentro del hogar afectan principalmente a discapacidades de aprendizaje y autocuidado.

GRÁFICO 1.5

Proporción de hogares con diferentes tipos de gasto debidos a la discapacidad (todas las edades, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Para salir al paso de los problemas económicos y gastos extraordinarios de las personas con discapacidad, la administración pública dispone de políticas específicas de ayuda económica, entre las que destacan las pensiones contributivas y no contributivas, estas últimas asociadas a presentar un certificado de «minusvalía». Según las cuentas de la Seguridad Social de 2008, el importe medio de las 906.000 pensiones contributivas de

incapacidad fue de 801 euros/mes (14 pagas), y el de las 199.000 pensiones no contributivas, de 324 euros. Además, 46.000 hogares recibieron prestaciones económicas de la Ley de Integración Social del Minusválido (LIS-MI) en concepto de ingresos mínimos, ayuda a tercera persona, movilidad y transporte, y farmacia (véase apartado 6.7). Si nos limitamos al colectivo en edad laboral (16-64 años) tales ayudas sumaron en 2008 un presupuesto aproximado de 11.000 millones de euros (620 euros/mes de media por persona), lo que supone algo menos de la mitad del total de ingresos percibidos por los hogares correspondientes.

Según un estudio promovido por la Comisión Europea a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2004, los ingresos de las personas con discapacidad en edad laboral de ambos sexos en España eran, *antes de las ayudas*, un 34% inferiores a la media de la población y pasaban a ser un 13% inferiores *después de las ayudas*, pese a lo cual la proporción de personas del colectivo bajo el umbral de la pobreza (19,5%) era mucho mayor que el de las personas sin limitaciones (12,8%) (APLICA *et al.*, 2007: 183-185).

A partir de 2007 se pusieron en marcha las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), financiadas de forma compartida por la administración central, las comunidades autónomas y las personas beneficiarias. Entre 2007 y 2010 el Estado aportó 5.390 millones de euros, cantidad que supera en más de un 60% lo previsto inicialmente, debido, a su vez, a un número de solicitantes muy superior al esperado. Sin embargo, los incrementos anuales de la financiación estatal en 2008 y 2009 (+122 y 131%, respectivamente) se estancaron en 2010 (-0,1%), en correspondencia con la reducción del gasto público a partir de este año. Las comunidades autónomas debían aportar al menos una cantidad igual a la de la administración general del Estado en su territorio, a lo que se añaden las aportaciones o sistema de copago de las personas beneficiarias, en función de su capacidad económica personal, de acuerdo con los criterios establecidos por el Consejo Territorial del SAAD en noviembre de 2008.

En septiembre de 2011 había 733.000 personas beneficiarias del SAAD, que percibían 901.000 prestaciones, de ellas el 52% económicas y el 48% en servicios. De estos últimos destacan la atención residencial (121.000

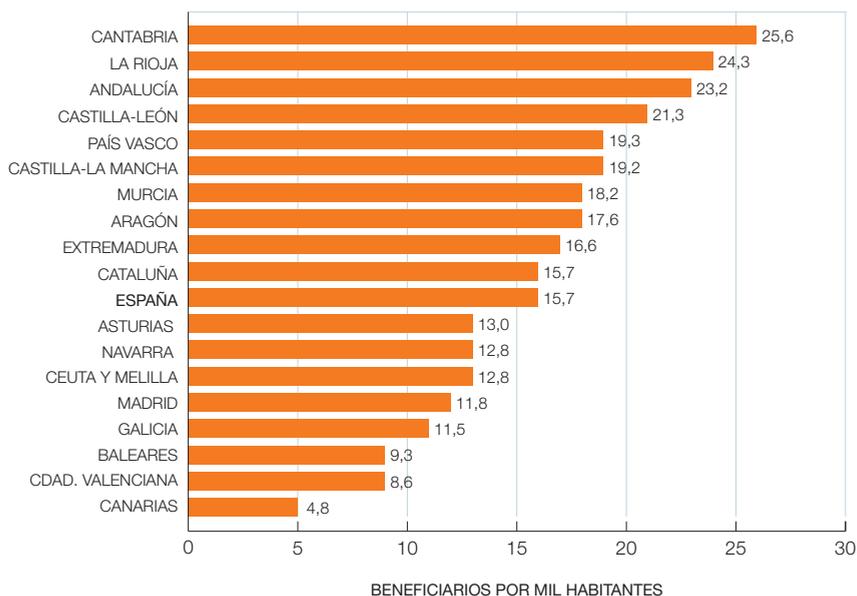
personas), la teleasistencia (118.000), la ayuda a domicilio (117.000) y los centros de día/noche (55.000). A su vez, la mayoría de las prestaciones económicas corresponde a cuidados familiares proporcionados por los parientes de la persona en situación de dependencia (el 93,5% mujeres). El criterio establecido por la Ley de Dependencia era primar los servicios profesionales sobre las prestaciones económicas a parientes cuidadores; sin embargo, según un informe del SAAD de 2011, «del total de los servicios y prestaciones, el 48,1% corresponden a cuidados en el ámbito familiar. Varios son los motivos que explican la importante presencia de “prestaciones de cuidados”: la tradición de cuidados en el entorno familiar; la voluntad de las personas mayores de vivir en su domicilio, ya que, según la Encuesta sobre Personas Mayores 2010 del IMSERSO, es algo que eligen el 87,3%; el tener una vivienda en propiedad; o el importante peso de la atención en el medio rural. Estas razones también explican la importante presencia de servicios en el domicilio, 240.316 en total, el 30% de todas las prestaciones del sistema» (SAAD, 2011, 4).

Las prestaciones del SAAD se reparten muy desigualmente por comunidades autónomas (gráfico 1.6). Las tasas más elevadas de implantación se producen en las comunidades de Cantabria, La Rioja, Andalucía, Castilla y León y el País Vasco; y las más bajas en Canarias, Comunidad Valenciana, Baleares, Galicia y Madrid. Asimismo, es interesante comprobar que sólo el 0,36% de los beneficiarios son extranjeros, cuando su peso general en la población total del país supera el 13%.

Uno de los mayores problemas en la aplicación de la Ley de Dependencia viene siendo el retraso que se produce entre la presentación de las solicitudes y la resolución de los expedientes y, sobre todo, entre el reconocimiento formal y la percepción efectiva de los servicios y prestaciones. Así en septiembre de 2011, junto a las 733.000 personas que recibían dichas ayudas había 100.000 a la espera del dictamen y otras 307.000 en lista de espera, una vez resuelto el expediente. Este problema ha saltado a la opinión pública, hasta el punto de que el propio Real Decreto-ley de 20 de mayo de 2010 por el que se adoptaron medidas extraordinarias para la reducción del déficit público estableció que el plazo para resolver las solicitudes y recibir la correspondiente prestación no podía pasar de seis meses.

GRÁFICO 1.6

Proporción de personas beneficiarias de servicios o prestaciones de dependencia por comunidades autónomas (por mil habitantes)



Fuente: elaboración propia a partir de SAAD (2011): Estadísticas de los cuatro primeros años de aplicación de la Ley de Dependencia, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en www.mspsl.es; y Padrón Continuo de Población.

1.5. Diferencias según el tamaño del municipio

En un examen espacial podemos distinguir el hábitat o tamaño de los municipios y las comunidades autónomas. En ambos casos se producen diferencias relativamente significativas que con frecuencia están asociadas a otras variables ya señaladas, sobre todo la edad y el nivel de renta de la población.

En los pueblos con menos de 10.000 habitantes la tasa de personas con discapacidades (10,5% de la población) es un 17% más elevada que la media estatal (8,9%), lo que se debe sin duda a la mayor concentración de personas mayores en ese hábitat. Eso mismo se constató en la encuesta aplicada en 1999, si bien en aquel momento la tasa de discapacidades en los pueblos era un 18,1% más elevada. Pero, además de la edad, puede

influir el nivel de ingresos de los hogares, cuyo promedio en los pueblos (1.667 euros en 2008) era un 12% inferior al de las ciudades (1.891 euros). Tal como se recoge en un informe monográfico sobre discapacidad en el medio rural, donde reside casi la cuarta parte de la población de España, los procesos de envejecimiento y masculinización de estos municipios explican la diversidad que se observa por comunidades autónomas, siendo su prevalencia mayor en Extremadura, Castilla-La Mancha, Navarra y Castilla y León (Fundación Cirem, 2005).

En cuanto a las ciudades, la prevalencia se reduce a medida que aumentan de tamaño, excepto cuando se sobrepasan los 100.000 habitantes, en cuyo caso la tasa se incrementa significativamente, pero sin llegar al nivel de los pueblos pequeños (gráfico 1.7). Las diferentes tasas de prevalencia entre las ciudades de 10.000 a 100.000 habitantes se explican de nuevo si atendemos a las diferencias de edad y renta de cada hábitat: el promedio de edad se reduce a medida que crece el tamaño de estos municipios (38,8 años en los núcleos entre 10.000 y 20.000 habitantes; 38,0 entre 20.000 y 50.000; y 37,4 años entre 50.000 y 100.000), mientras la renta aumenta (1.817, 1.838 y 1.950 euros, respectivamente). La tendencia se invierte para lo relativo a la edad en municipios de más de 100.000 habitantes (promedio de 40,6 años), aunque no para la renta media (1.962 euros por hogar).

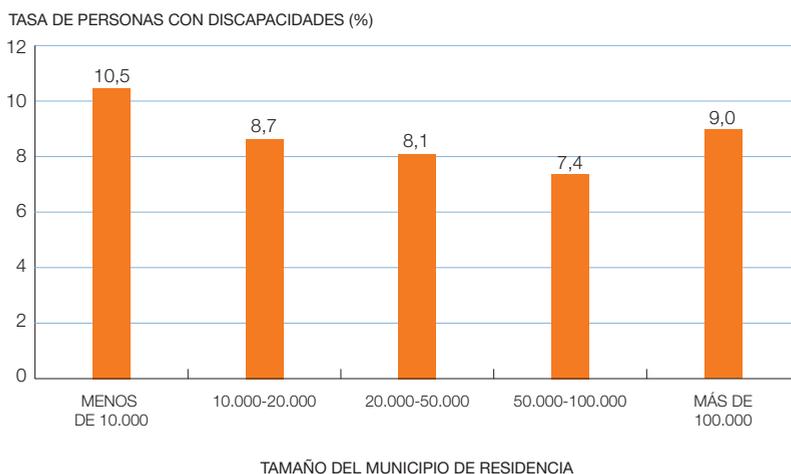
Estas diferencias en función del hábitat también se constataron en la encuesta de 1999 y, como entonces, se puede plantear una explicación complementaria de tipo medioambiental para el caso de las grandes ciudades, sobre todo para las metrópolis superpobladas de Madrid y Barcelona: la mayor propensión a padecer enfermedades, accidentes y discapacidades a consecuencia de una mayor contaminación ambiental y unas condiciones de vida más estresantes y menos saludables contribuiría a explicar unas mayores tasas de discapacidad. En particular resulta muy expresivo que las dos comunidades con mayor proporción de personas que padecen «deficiencias del aparato respiratorio» sean Madrid y Cataluña, con una tasa que supera en un 25% la media española.

La diferencia de tasas entre pueblos y ciudades se reproduce con diversos grados en todos los tipos de discapacidad. Sin embargo, en el caso de las «Interacciones y relaciones personales» tal diferencia apenas existe, lo que

sugiere que la dificultad para relacionarse con otras personas supone en los pueblos un problema menor que en las ciudades.

GRÁFICO 1.7

Tasas de prevalencia de personas con discapacidad según el tamaño del municipio (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

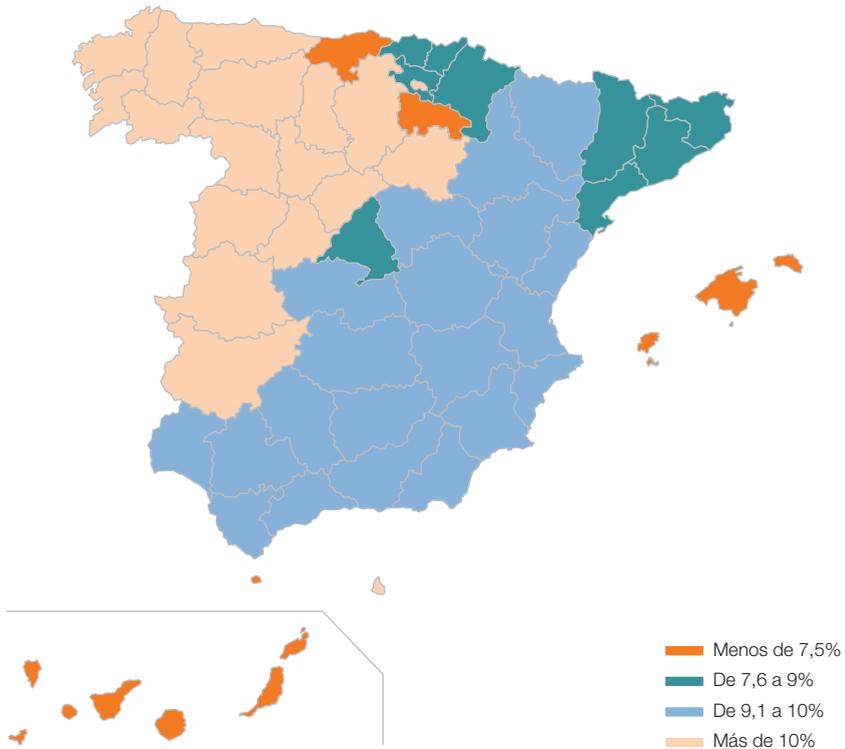
1.6. Diferencias por comunidades autónomas

El número de personas con discapacidad por comunidades autónomas varía bastante de unas a otras: tasa máxima, 11,3%, en Galicia; mínima, 6,2%, en La Rioja. El mapa 1.1 recoge las principales agrupaciones en función de la prevalencia de quienes presentan discapacidades. En comparación con 1999, Galicia y Castilla y León se mantienen en el bloque de mayor prevalencia, por encima del 10%, y a ellas se suman Extremadura, Asturias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, mientras Andalucía y Murcia dejan de formar parte de este grupo. En el extremo contrario, La Rioja y Madrid se mantienen con las tasas más bajas de discapacidad y a ellas se unen Cantabria, Baleares y Canarias. El resto de comunidades se mantiene en posiciones intermedias como diez años antes.

Para explicar estas diferencias, nos podemos servir de nuevo de nuevo de dos variables: la edad de la población y la renta mensual de los hogares en cada comunidad autónoma. Ambas circunstancias explican la mayor parte de las diferencias, con alguna excepción, tal como se desprende de la tabla 1.1.

MAPA 1.1

Tasa de prevalencia de personas con discapacidades por comunidades autónomas



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

TABLA 1.1

Tasa de personas con alguna discapacidad por comunidades autónomas y comparación con el promedio de edad y el nivel de renta en cada territorio

	TASA DE DISCAPACIDADES (%)	DISTANCIA RESPECTO A LA MEDIA DE ESPAÑA (%)	PROMEDIO DE EDAD DE LA POBLACIÓN (AÑOS)	DISTANCIA RESPECTO A LA MEDIA DE ESPAÑA (%)	RENTA MEDIA DE LOS HOGARES (€/MES)	DISTANCIA RESPECTO A LA MEDIA DE ESPAÑA (%)
Andalucía	9,6	+6,8	38,2	-4,7	1.558	-16,4
Aragón	9,2	+2,4	42,3	+5,6	1.895	+1,7
Asturias	10,4	+15,6	44,7	+11,5	1.981	+6,4
Baleares	7,1	-20,9	38,3	-4,4	2.071	+11,2
Canarias	7,1	-20,5	37,7	-5,9	1.666	-10,6
Cantabria	7,0	-21,9	42,1	+5,0	1.779	-4,5
Castilla y León	10,9	+21,1	43,7	+9,1	1.665	-10,6
Castilla-La Mancha	9,9	+10,3	40,1	+0,2	1.629	-12,6
Cataluña	7,6	-15,2	40,2	+0,3	2.134	+14,6
C. Valenciana	9,9	+10,6	39,6	-1,2	1.783	-4,3
Extremadura	11,0	+22,5	40,6	+1,3	1.387	-25,5
Galicia	11,3	+25,9	43,5	+8,7	1.717	-7,8
Madrid	7,6	-15,4	39,1	-2,5	2.275	+22,1
Murcia	9,8	+9,3	37,1	-7,3	1.633	-12,4
Navarra	7,4	-17,3	40,8	+1,7	2.299	+23,4
País Vasco	8,5	-5,8	42,5	+6,1	2.163	+16,1
La Rioja	6,2	-31,3	41,2	+2,8	1.949	+4,6
Ceuta y Melilla	11,3	+26,2	35,5	-11,4	1.826	-2,0
España	9,0	0,0	40,1	0,0	1.863	0,0

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008. Los datos del promedio de edad y de la renta media de los hogares se obtienen de la encuesta de hogares de la EDAD-2008.

En general, las comunidades autónomas con mayores tasas de discapacidad son las más envejecidas y/o las más pobres. Salvo Cantabria, todas las comunidades con tasa de edad por encima del promedio y nivel de renta por debajo presentan una proporción de personas con discapacidad por encima de la media (son Galicia, Extremadura, Castilla y León y Castilla-La Mancha); en cambio, en el extremo contrario, las dos comunidades con tasa de edad inferior al promedio y un nivel de renta más alto (Madrid y Baleares) presentan una prevalencia de discapacidades por debajo de la

media. El resto presenta diversas composiciones de edad y renta que permiten explicar en gran parte su tasa de discapacidad, si bien con algunas excepciones:

- Andalucía presenta un promedio de edad algo menor que la media española, pero su nivel de renta es el penúltimo del ranking –sólo por encima de Extremadura– lo que permite explicar una tasa de discapacidad un 7% superior a la media estatal. Lo mismo pasa con la Comunidad Valenciana y Murcia, donde el menor nivel de renta pesa más que su mayor juventud y da lugar a tasas de discapacidad superiores a la media de España. Sin embargo, en Canarias pesa más la edad –un 6% más joven que la media– que su bajo nivel de renta, lo que da lugar a una tasa de discapacidad un 21% inferior a la media. Por último, Ceuta y Melilla responden al mismo patrón (población más joven y nivel de renta más bajo) dando lugar a la mayor tasa de discapacidad de España, conjuntamente con Galicia.
- Otras seis comunidades presentan un promedio de edad por encima de la media (que justificaría más discapacidades) y un nivel de renta más elevado (menos discapacidades). Dos de ellas dan como resultado una tasa de prevalencia superior a la media estatal, notable en el caso de Asturias (+16%) y mínima en el de Aragón (+2%); en las otras cuatro –Cataluña, La Rioja, Navarra y País Vasco– las tasas de discapacidad son inferiores a la media, sobre todo en La Rioja, cuya tasa es la más baja de España.
- Cantabria, con un promedio de edad un 5% superior a la media y un nivel de renta un 5% más bajo, es la única comunidad que no responde a la lógica que venimos planteando. Tendría que tener una tasa de discapacidades algo superior a la media y, sin embargo, la tiene un 16% inferior, por lo que habría que pensar que existen otras variables que inciden positivamente en su calidad de salud.

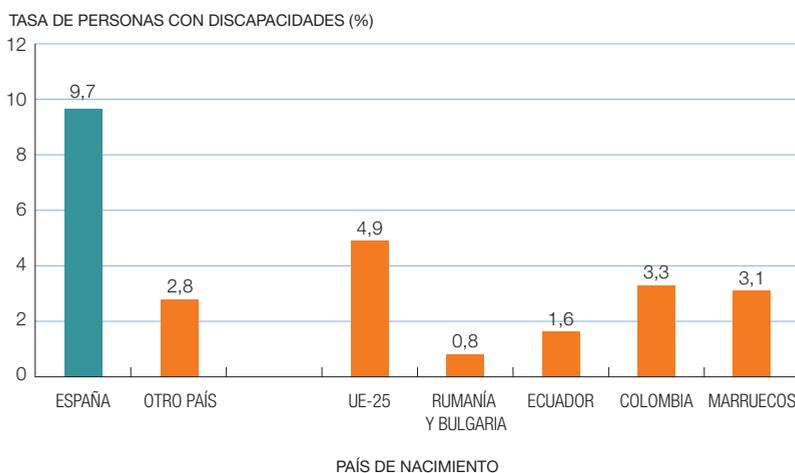
1.7. Menos discapacidades en la población inmigrante

La EDAD-2008 incluye información sobre el país de nacimiento y la nacionalidad de las 271.000 personas entrevistadas en la encuesta de hogares. De ellas, más de 25.000 eran inmigrantes, lo que proporciona una in-

formación consistente sobre este colectivo en relación con la población autóctona. Así, la tasa de prevalencia de personas inmigrantes con discapacidad es casi cuatro veces menor que la de la población nativa (gráfico 1.8). Esta diferencia se debe principalmente a la distribución por edades de ambos conjuntos poblacionales, ya que el 17,7% de la población autóctona tenía 65 y más años, por un 3,8% en el caso de la población migrante.⁽⁶⁾ Dentro del colectivo inmigrante, recogemos en el mismo gráfico las tasas de discapacidad de los principales países.

GRÁFICO 1.8

Tasas de prevalencia de personas con discapacidad según el país de nacimiento (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Si comparamos las tasas de discapacidad por tramos de edad, nos encontramos con varias sorpresas: en todos los tramos la tasa es superior entre los nativos, salvo en el grupo de cero a cinco años, edades en que las limitaciones registradas de las personas nacidas fuera de España son mayores (2,4%)

(6) Las personas nacidas fuera de España eran más numerosas en el tramo de edad laboral (82,7%, frente al 66,4% de la población nativa) y entre niños y niñas de seis a 15 años (10,6%, frente al 9,3%), y menos en la primera infancia, recién nacidos hasta cinco años (2,9%, frente al 6,6% de la población autóctona).

que entre las nacidas en el territorio nacional (2,1%); por otra parte la diferencia entre las tasas de discapacidad es mucho mayor en el tramo de población en edad laboral (5,2% los nativos y sólo 2,0% los foráneos) que en el tramo en edad de jubilación (30,4% los primeros y 24,2% los segundos).

En la última década más del 75% del crecimiento demográfico de España se debe a la inmigración, que presenta en su fase inicial un perfil mayoritariamente juvenil, lo que contribuye a reducir la prevalencia media de discapacidades, especialmente en las comunidades autónomas con más inmigrantes. Por otra parte, la menor tasa de discapacidad entre los foráneos en todos los grupos de edad –salvo en los menores de seis años– parece indicar que se habría producido una selección espontánea en los flujos migratorios sobre la base del estado de salud, limitando la salida de quienes presentaban en origen situaciones de mayor fragilidad.

II. Deficiencias orgánicas o funcionales: factores desencadenantes

Según la metodología aplicada en la EDAD-2008 toda *discapacidad* tiene su origen en una *deficiencia* en un órgano o función. Tal como se ha explicado en la introducción, se trata del esquema conceptual de la Clasificación de la OMS de 1980, ya aplicado en las encuestas de 1986 y 1999. No se aprovechan las aportaciones del nuevo sistema clasificatorio de la OMS (CIF-2001), según el cual existe una «interacción dinámica» entre las discapacidades y las deficiencias, y entre ambas y los factores contextuales (ambientales y personales). Se trata de un esquema más dinámico e interactivo, que pretendía servir de guía en el campo internacional, con lo que se puede perder la comparativa internacional en la medida en que otros países se decidan a aplicar la nueva CIF. No obstante, se mantiene una ventaja apreciable, al poder comparar los resultados de 2008 con los de 1999, ya que ambos parten de cuestionarios muy parecidos. Así, la EDAD-2008 sigue al pie de la letra la clasificación de 1999, salvo en el capítulo de «Deficiencias mentales», que experimenta algunos cambios conceptuales (en lugar de «retraso mental» habla de «deficiencia intelectual») y pasa de seis a ocho modalidades concretas (el «retraso mental leve y límite» se desdobra en «deficiencia intelectual ligera» e «inteligencia límite»; y las «demencias» se desdoblan en «demencias» y «enfermedad mental»).

2.1. Descripción de las deficiencias (mentales, sensoriales y físicas)

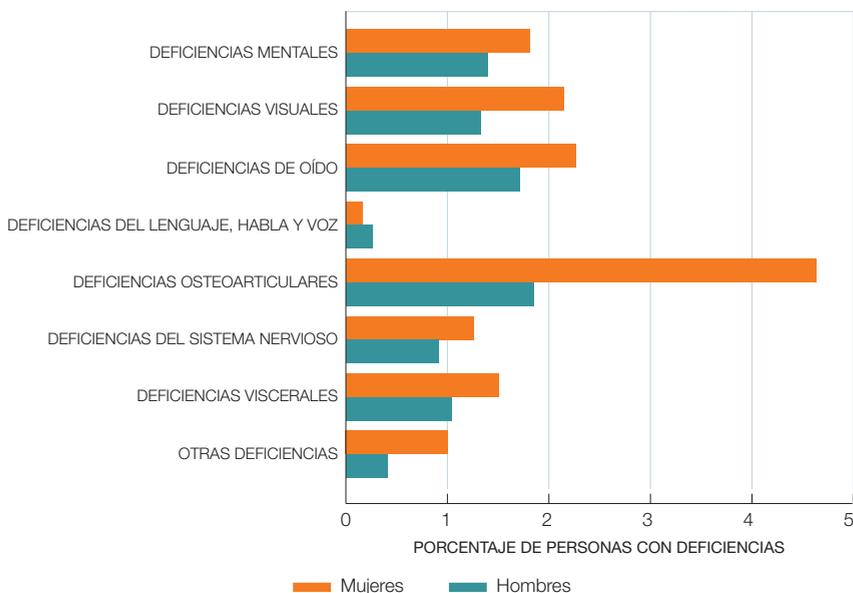
La encuesta de 2008 distingue 35 deficiencias, agrupadas en ocho capítulos, y éstos en tres grandes grupos (mentales, sensoriales y físicas).⁽¹⁾ Cada

(1) La nueva CIF distingue 103 funciones corporales, organizadas en ocho capítulos, y 55 estructuras corporales, organizadas también en ocho capítulos.

deficiencia puede provocar varias limitaciones o discapacidades, lo que explica que el promedio de éstas por persona (8,1) sea muy superior al promedio de deficiencias (1,5). El gráfico 2.1 recoge la tasa de prevalencia por sexos de los ocho grandes tipos de deficiencia. Se puede observar que en todos los casos, salvo en las de lenguaje, habla y voz, las mujeres presentan mayores tasas que los hombres, destacando por su frecuencia las deficiencias osteoarticulares, en que la tasa femenina (4,6%) casi triplica a la masculina (1,8%).

GRÁFICO 2.1

Principales tipos de deficiencia por sexos (todas las edades, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

A continuación se describen las principales deficiencias y su frecuencia por sexos, grupos de edad y otras características de quienes las padecen. En un segundo momento se desglosan las principales modalidades.

1. Deficiencias mentales

Esta categoría agrupa ocho modalidades de deficiencia que afectan en conjunto a algo más de 700.000 personas (el 54% de ellas con 65 y más años). Su rasgo más destacado es que, de todos los tipos de deficiencia, es el que desencadena más discapacidades, exactamente 10,4 por persona entre los hombres y 12,5 entre las mujeres. Por comunidades autónomas, su presencia destaca en las Islas Baleares y Canarias (un 30% más que la media estatal).

Las principales modalidades son:

- La *deficiencia intelectual*, que puede ser:
 - *profunda y severa* (con un coeficiente intelectual entre 0-34), en personas incapaces de valerse por sí mismas en alimentación, excreción, higiene, vestido y que por otra parte precisan ayuda constante de una tercera persona para asistencia y protección;
 - *moderada* (coeficiente de 35-49), en quienes pueden aprender habilidades sociales y ocupacionales en talleres protegidos, aunque no superen 2º de educación primaria;
 - *ligera* (coeficiente intelectual de 50-60), individuos que pueden adquirir habilidades prácticas y académicas hasta el nivel de 6º de primaria, con posibilidad de un grado notable de autonomía y capacidad de trabajo en centros especiales de empleo o en empleo ordinario con apoyo;
 - *inteligencia límite* (coeficiente de 70-85), propia de quienes tienen dificultades para adaptarse a las exigencias del entorno y a ambientes competitivos, pero son capaces de adquirir una independencia casi total en la vida adulta, si bien con apoyo intermitente (esta última modalidad no suele obtener el certificado de minusvalía y en muchos casos no da lugar a discapacidades, por lo que el número de casos registrado en la encuesta es el más bajo de las cuatro descritas).

En la edad laboral (16-64 años) las deficiencias intelectuales afectan a algo más de 100.000 personas, de ellas 37.000 con afectación profunda o severa; 43.000 moderada; 20.000 ligera, y 9.000 con inteligencia límite, valores similares a los registrados diez años antes.

- Las *demencias* suponen una pérdida progresiva de las funciones cerebrales que afectan a la memoria y en diversos grados al comportamiento, el aprendizaje y la comunicación. Incluyen muchos tipos, entre los que destacan la enfermedad de Alzheimer y las demencias seniles, que inciden con más frecuencia en personas mayores. La tasa de prevalencia de esta deficiencia en el conjunto de la población española (0,7%: 320.000 personas) es la más elevada del grupo de las mentales, y afecta mucho más a las mujeres (tasa del 1%) que a los hombres (0,4%); se concentra casi exclusivamente (97%) en personas de 65 y más años. Por comunidades autónomas, su frecuencia es mayor, en términos relativos, en Baleares y Galicia. Menos de 10.000 sujetos en edad laboral presentaban discapacidades generadas por cuadros de demencia, un número ligeramente superior al registrado en 1999.

- Las *enfermedades mentales* se refieren a otras alteraciones de la mente con duración superior a dos años, que dificultan o impiden el desarrollo de capacidades básicas en el área familiar, social y laboral, y requieren tratamiento especializado. Incluyen la esquizofrenia y otros trastornos esquizoides, paranoias y otros trastornos afectivos (maníacos, bipolares, depresión crónica, etc.). Afectan a unas 145.000 personas y, a diferencia de las demencias, se concentran en la población en edad laboral (76%), con similar incidencia entre mujeres y hombres. Padecen enfermedades mentales 57.000 personas entre 16 y 44 años y otras 52.000 entre 45 y 64.⁽²⁾ Por comunidades autónomas están más presentes en Canarias y Cataluña.
- *Otros trastornos mentales y del comportamiento*, cajón de sastre que incluye otras deficiencias mentales muy diversas como los trastornos mentales orgánicos, autismo, fobias, obsesiones, hipocondrías, trastornos del ánimo, de ansiedad, adaptativos, de personalidad, etc. Se detectaron 123.000 personas con este tipo de trastornos; más hombres que mujeres, y la mitad de los casos en edad laboral.

2. Deficiencias sensoriales

Las *deficiencias visuales, del oído y del lenguaje, habla y voz* se agrupan tradicionalmente como «sensoriales» y afectan en conjunto a más de millón y medio de personas. Las tasas de prevalencia sobre el conjunto de la población son: del 1,7% las visuales; del 1,9% las del oído, y del 0,2% las del lenguaje, habla y voz. Las de la vista y el oído afectan bastante más a las mujeres, y las del lenguaje, a los hombres. Estos tres tipos son los que producen menos discapacidades o limitaciones para la vida diaria en los sujetos que las padecen: las visuales desencadenan un promedio de 2,5 discapacidades por persona; las del oído, 1,6; y las del lenguaje, habla y voz, 2,4. En conjunto, las deficiencias sensoriales tienen más presencia relativa en Castilla y León y Castilla-La Mancha.

- Las *deficiencias visuales* parten de los órganos de la visión y de las estructuras y funciones asociadas, incluidos los párpados. Incluyen dos modalidades: la ceguera total, cuya incidencia ya se ha recogido al exponer la discapacidad correspondiente; y la mala visión que presenta deficiencias graves de agudeza visual. Estas últimas son las más frecuentes y afectan a tres cuartos de millón de personas, de ellas el 30% en edad laboral.
- Las *deficiencias del oído* se refieren a personas con problemas funcionales y estructurales de audición. Son las más frecuentes entre las sensoriales y afectan a casi un millón de personas, de ellas más de dos tercios con más de 64 años. Incluyen cuatro modalidades:
 - *sordera prelocutiva*, previa a la adquisición del lenguaje (incluye la sordomudez cuya mudéz se ha presentado como consecuencia de una sordera prelocutiva);
 - *sordera postlocutiva*, con pérdida total de audición y que no puede beneficiarse del uso de aparatos auditivos;
 - *mala audición*, con diferentes niveles de pérdida auditiva;
 - *trastornos del equilibrio*, a consecuencia de vértigos laberínticos, mareos y defectos de locomoción por trastornos vestibulares.

(2) En la encuesta de 1999 las enfermedades mentales estaban incluidas en el epígrafe más amplio de «otros trastornos mentales», por lo que no podemos saber su evolución desde entonces.

De estos cuatro tipos, el tercero (mala audición) concentra el 92% de las deficiencias del oído y afecta a 335.000 personas en edad laboral.

- Las *deficiencias del lenguaje, habla y voz* incluyen dos modalidades: la *mudez* (no por sordera) a consecuencia de alguna lesión cerebral en los centros del lenguaje, trastornos mentales, ciertos casos de autismo, etc.; y el *habla dificultosa o incomprensible*, como efecto de múltiples traumas y lesiones (afasias, disfasias, disartrias, accidentes vasculares que afectan a los centros cerebrales del lenguaje, etc.). La mudez es la deficiencia que afecta a menos personas en España (sólo 2.000 según la última encuesta) mientras el habla dificultosa es padecida por 84.000 personas, mayoritariamente hombres y algo más de un tercio en edad laboral.

3. Deficiencias físicas

Incluyen tres categorías básicas: *osteoarticulares, del sistema nervioso y viscerales*. Son las más frecuentes ya que afectan a más de dos millones de personas (dos tercios de ellas, mujeres). Las tasas de prevalencia sobre el conjunto de la población son del 3,2% las osteoarticulares (12,7% entre quienes tienen más de 64 años); del 1,3% las del sistema nervioso (3,4% entre las personas mayores), y del 1,1% las viscerales (5,3% en las personas mayores). Las más invalidantes son las del sistema nervioso, que provocan un promedio de 10,2 discapacidades en cada sujeto que las padece; afectan a 56.000 personas en edad laboral. Las deficiencias osteoarticulares provocan 5,3 discapacidades por persona, y las viscerales 3,7.

- Las *deficiencias osteoarticulares* se refieren a alteraciones mecánicas y motrices en la cabeza, el cuello y extremidades, así como a la ausencia de estas últimas. Presentan cuatro modalidades:
 - deficiencias *en la cabeza*, a causa de malformaciones o defectos funcionales o estructurales en los huesos y articulaciones de la cabeza y/o la cara, con una incidencia mínima (unas 6.000 personas);
 - *en la columna vertebral*, a causa de malformaciones congénitas o adquiridas, alteraciones de las vértebras, artritis, etc., que afectan a tres cuartos de millón de personas, de ellas el 37% en edad laboral (278.000 sujetos, mayoritariamente mujeres);
 - *en las extremidades superiores*, por anomalías congénitas o adquiridas del hombro, brazos y manos, que afectan a algo menos de medio millón de personas; de ellas tres cuartas partes mujeres y el 35% en edad laboral;
 - *en las extremidades inferiores*, a causa de anomalías congénitas o adquiridas de la pelvis, piernas, rodillas, tobillos y pies; inciden en 640.000 personas, con una tasa de prevalencia mucho mayor en las mujeres (2% de la población femenina) que en los hombres (0,8% de la población masculina) y una presencia menor que las deficiencias anteriores en la edad laboral (25%: 160.000 personas).

Por comunidades autónomas, las deficiencias osteoarticulares tienen una presencia mayor, en términos relativos, en Murcia y Galicia.

- Las *deficiencias del sistema nervioso* remiten a anomalías graves de las estructuras y/o funciones del sistema nervioso central o periférico que afectan al sistema musculoesquelético y las articulaciones. Incluyen varias modalidades:

- *parálisis de una extremidad superior o inferior*, con pérdida total o parcial de brazos, manos, piernas o pies (en ambos casos afectan a unas 30.000 personas, de ellas un tercio en edad laboral);
- *paraplejía o tetraplejía*, con pérdida total de motilidad de dos o de cuatro extremidades; en el primer caso afectan a 26.000 personas (dos tercios en edad laboral), y en el segundo a 13.000 (la mitad en edad laboral);
- *trastornos de coordinación de movimientos y/o tono muscular*, que producen descoordinación de movimientos, tics, alteraciones del equilibrio y otras enfermedades del sistema nervioso central (parkinson, esclerosis múltiple, epilepsias, etc.); son las más frecuentes, puesto que afectan a algo más de 300.000 personas (0,7% de la población; 0,5% hombres y 0,8% mujeres), de ellas casi la mitad en edad laboral.

Por comunidades, las deficiencias del sistema nervioso tienen una presencia más destacada en La Rioja y Canarias.

- Las *deficiencias viscerales* incluyen seis modalidades:

- *del aparato respiratorio*, con anomalías graves en la función respiratoria; afectan a unas 70.000 personas, en su mayoría hombres mayores de 64 años;
- *del aparato cardiovascular*, con problemas o malformaciones graves en las funciones cardíacas (que a veces requieren válvulas artificiales, marcapasos, etc.); afectan a unas 170.000 personas de ambos sexos, de ellas una cuarta parte en edad laboral;
- *del aparato digestivo*, con problemas graves en las funciones o estructuras de los diferentes tramos del tubo digestivo y órganos anexos (vesícula biliar, hígado y páncreas); afectan a algo más de 50.000 personas, de ellas el 40% en edad laboral y algo a más mujeres que hombres;
- *del aparato genitourinario*, que afectan a los riñones, vejiga, uréteres y órganos diferenciales masculino y femenino, incluyendo los trastornos graves en las funciones reproductoras, que en conjunto son los más frecuentes de las viscerales al afectar a 220.000 personas (0,3% de los hombres y 0,3% de las mujeres), de ellas tan sólo una de cada cinco en edad laboral;
- *del sistema endocrino-metabólico*, con trastornos en las glándulas endocrinas o problemas congénitos en las funciones de metabolismo; inciden en algo menos de 100.000 personas, de ellas dos terceras partes mujeres y casi el 40% en edad laboral;
- *del sistema hematopoyético y sistema inmunitario*, por trastornos congénitos o adquiridos en las correspondientes funciones; afectan a algo más de 25.000 personas, mayoritariamente mujeres y más de la mitad en edad laboral.

Por comunidades, las deficiencias viscerales tienen una presencia relativamente mayor en Canarias y Cataluña.

4. Otras deficiencias

Se sitúan aquí las deficiencias *de la piel*, las *deficiencias múltiples* y las *no clasificadas en otra parte*. En conjunto afectan a 325.000 personas (0,7% de la población), mayoritariamente mujeres (tasa de prevalencia del 1%, frente al 0,4% de los hombres).

- Las *deficiencias de la piel* remiten a trastornos funcionales o estructurales de la piel y de las uñas, pelo y glándulas anexas: afectan a unas 5.000 personas, en parecida proporción entre ambos sexos.
 - Las *deficiencias múltiples* afectan a varios órganos o sistemas del cuerpo, ya sean de origen congénito o adquirido: inciden en 290.000 personas, de ellas tres cuartas partes mujeres y más del 95% en edad de jubilación (tasa femenina del 4,6% a partir de los 65 años, por una tasa masculina del 2,3% en ese tramo de edad).
-

2.2. Edad de inicio de las deficiencias

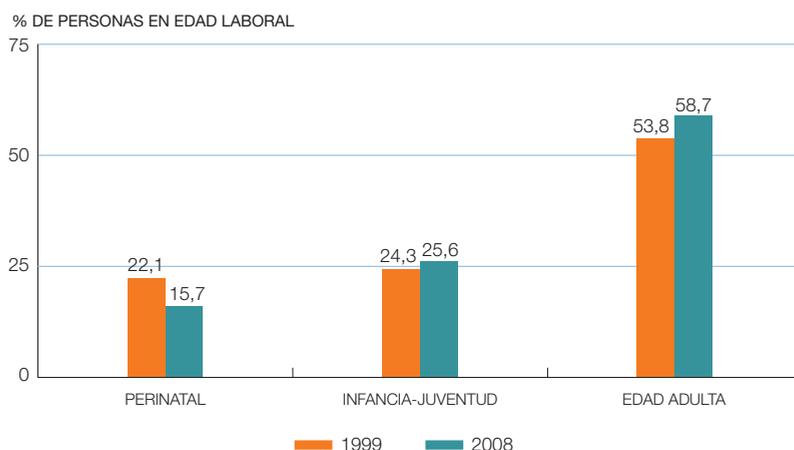
La edad de inicio de las deficiencias, si tenemos en cuenta a todas las personas con discapacidad detectadas en 2008, es principalmente la etapa de jubilación (el 44% inició su discapacidad a partir de los 65 años), seguida de la etapa laboral-adulta (37,7% entre los 30 y 64 años), la infancia-juventud (11% entre uno y 30 años) y, por último, la etapa perinatal (7% en el parto o antes de cumplir un año de vida).

Entre las personas con discapacidad de 75 y más años, menos del 1% arrastraba su deficiencia desde la edad perinatal (lo que sugiere una mayor mortalidad de quienes parten de esa situación) y el 79% la había detectado después de los 64 años; estas proporciones pasan al 2,4 y 33,3% entre personas de 65 a 74 años.

Si nos ceñimos a las personas en edad laboral (16-64 años), las deficiencias que dieron lugar a situaciones de discapacidad se iniciaron en el 15,7% de los casos en la edad perinatal (en el parto o en el primer año de vida); en el 25,6%, en la infancia-juventud (entre uno y 29 años), y en el 58,7% en la etapa laboral-adulta (30-64 años). La comparación de estos resultados con los de 1999, tal como recoge el gráfico 2.2, indica que las deficiencias de origen perinatal se han reducido más de una cuarta parte en términos relativos, lo que debe ser valorado muy positivamente, ya que indica un mejor tratamiento de los trastornos y enfermedades de las personas neonatas y en el primer año de vida.

GRÁFICO 2.2

Edad de aparición de las deficiencias en las personas en edad laboral con discapacidades (1999-2008, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999; y de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

2.3. Motivos desencadenantes de las deficiencias: trastornos perinatales, accidentes y enfermedades

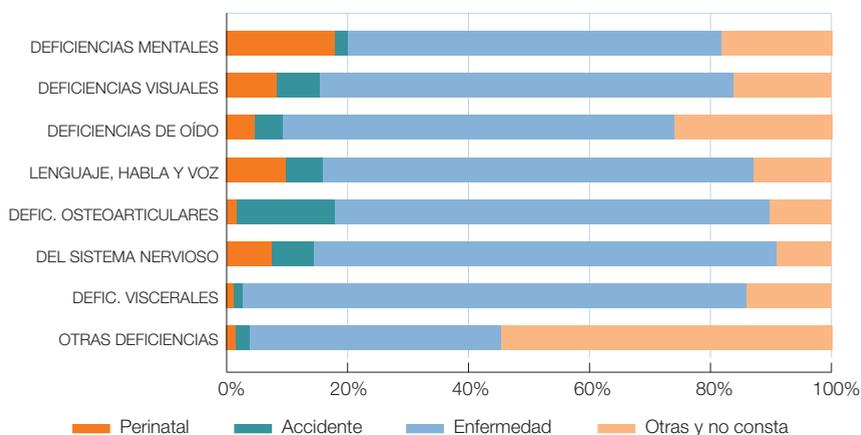
Entre los motivos o causas externas de las deficiencias se distinguen tres grandes capítulos: los *trastornos perinatales* (7% del total); los *accidentes* (9%), y las *enfermedades* (60%). El resto se debe a otras causas (16%) o «no constan» (8%).⁽³⁾ Entre los trastornos perinatales se distinguen los congénitos (5,9%) y los relacionados con el parto (1,2%). De los accidentes destacan los laborales (2,5%), los domésticos (1,9%) y los de tráfico (1,8%). Pero la causa dominante son las enfermedades, entre las que se distinguen las comunes (57,1%) y las profesionales (4,1%). Precisamente, como veremos más adelante, el 80% de las personas con discapacidad tiene alguna enfermedad o trastorno de salud de carácter crónico, una proporción mucho más elevada que la media de la población general.

(3) Estos porcentajes hacen referencia al total de deficiencias registradas (4,3 millones), no al total de personas afectadas (3,8 millones).

El gráfico 2.3 recoge los motivos o causas externas de cada deficiencia. Se puede observar que en todos los tipos el origen más frecuente son las enfermedades que se tienen a lo largo de la vida, sobre todo en el caso de las deficiencias viscerales (llegan al 83%), tras las que figuran las del sistema nervioso (76,5%) y las osteoarticulares (71,8%). Los trastornos perinatales están presentes en mayor medida en las deficiencias mentales (18% de los casos) y, a notable distancia, en las del lenguaje (9,9%) y las visuales (8,3%). En cuanto a los accidentes, aparecen con más frecuencia en las deficiencias osteoarticulares (16,2%) y, a más distancia, en las que afectan a la visión (7,1%) y al sistema nervioso (6,9%).

GRÁFICO 2.3

Causas que originaron los diversos tipos de deficiencia (todas las edades, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Según una encuesta de EUROSTAT aplicada en 1996 en catorce países comunitarios, España era el país con un mayor incremento de la prevalencia de discapacidades en función de la edad: de tener una tasa tres veces inferior a la media comunitaria entre los 16 y los 29 años, pasaba a situarse por encima de la media a partir de los 60 años, en una progresión continua a medida que avanzaban los tramos de edad. Según esto, y teniendo

en cuenta que la mayoría de las limitaciones funcionales tienen su origen próximo en las enfermedades y los accidentes, habría que deducir que las condiciones de vida y de trabajo en España son más nocivas para la salud y provocan más discapacidades que en el resto de la Unión Europea (EUROSTAT, 2001). Seis años más tarde (2002), otra encuesta europea también coordinada por EUROSTAT detectaba la misma tendencia, pero más atenuada: entre los 16 y 24 años la prevalencia de personas con discapacidad en España era exactamente la mitad que en la UE y pasaba a ser un 16% inferior entre los 55 y los 64 años (APPLICA *et al.*, 2007: 47).

Como se ha señalado, la elevada morbilidad de la población en España se relaciona estrechamente con el nivel de renta y la clase social de las familias, tal como se constataba ya en los años noventa del siglo pasado: «En el seno de la unidad familiar el nivel de salud mejora rápidamente a medida que la población se aleja de la pobreza y del bajo nivel de educación. [...] La situación socioeconómica de una persona, su clase social, medida a través de la renta, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores, crea mayores diferencias en estado de salud –mortalidad y morbilidad– entre las personas de los países desarrollados que cualquier otro factor de riesgo conocido» (López y Ortún, 1998: 100-104).

En cuanto a los accidentes, los más frecuentes son los laborales, por encima de los de tráfico (que han disminuido significativamente) y los domésticos. Desde 1995 hasta el año 2000 los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales venían registrando un continuo incremento, que ha remitido a partir de entonces. No obstante, España destaca en el contexto europeo por su mayor siniestralidad laboral, lo que se ha puesto en relación con «el crecimiento de las formas de contratación temporal a partir de 1985, la generalización de los contratos por obra, así como el crecimiento y alargamiento de la cadena de subcontratación» (Bilbao, 1997: 183).

2.4. Estado de salud de las personas con discapacidad. Mayor morbilidad de las mujeres

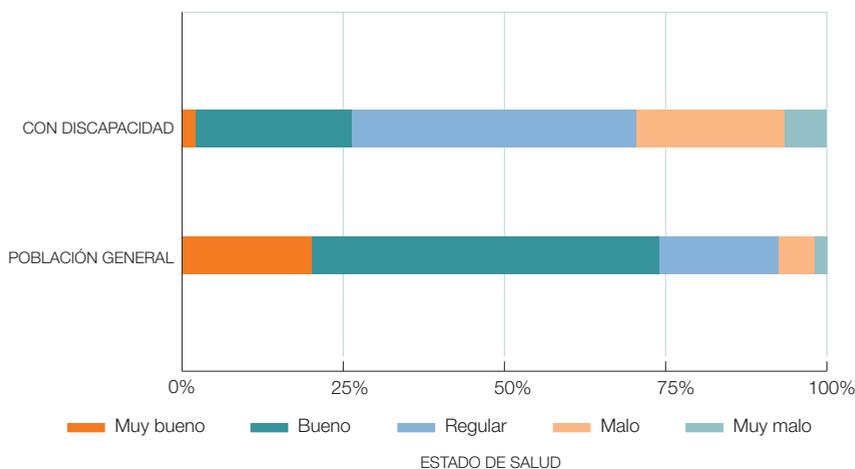
Menos de un tercio de las personas con discapacidad considera que su estado de salud es malo (22,8%) o muy malo (6,5%), y tan sólo el 3,2% (120.000 personas) están en cama de forma permanente. Esta última situa-

ción suele producirse en personas con múltiples discapacidades, que se concentran en quienes padecen trastornos más invalidantes (deficiencias mentales, del sistema nervioso y del lenguaje, habla y voz). En estos últimos casos más del 8% tiene que permanecer en cama con carácter permanente.

Algo menos de la mitad de las personas con discapacidad afirman tener un estado de salud regular (44%); la cuarta parte restante lo considera bueno (24,3%) o muy bueno (2,1%). Podemos comparar estas percepciones con las que tiene la población general en España a partir de la Encuesta Europea de Salud en España (gráfico 2.4). Las personas con discapacidad tienen una percepción de su salud bastante más negativa que la de la población general.

GRÁFICO 2.4

Autopercepción del estado de salud de las personas con discapacidades y de la población general en España (porcentaje)



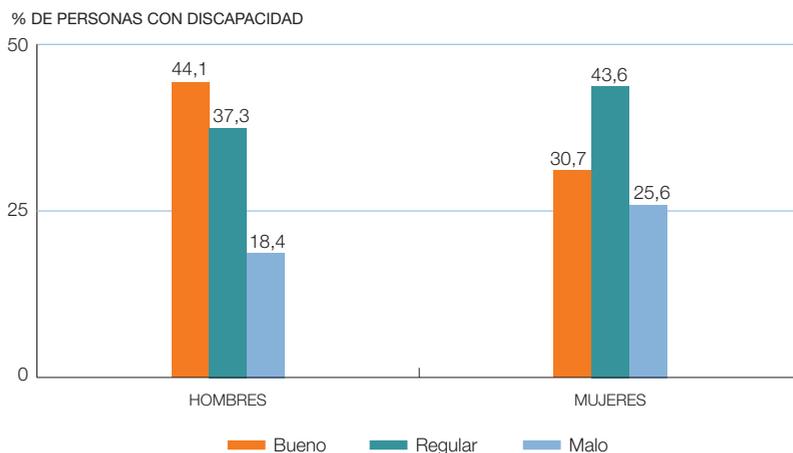
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008. Para la población general, Encuesta Europea de Salud en España, 2009.

A medida que se avanza en edad, empeora el estado de salud autopercebido y se incrementa el promedio de limitaciones por persona. Asimismo, las mujeres presentan siempre un cuadro más negativo que los hombres. El gráfico 2.5 recoge la autopercepción del estado de salud de las personas con discapacidad en la infancia y en la edad laboral (6-64 años). Tal como

señalan muchos estudios (Miqueo *et al.*, 2001, y Valls *et al.*, 2008), se confirma la mayor morbilidad autopercibida de las mujeres (incluso antes de llegar a una edad avanzada).

GRÁFICO 2.5

Percepción del estado de salud de mujeres y hombres con discapacidad (6-64 años, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

2.5. La mayoría padece alguna enfermedad crónica

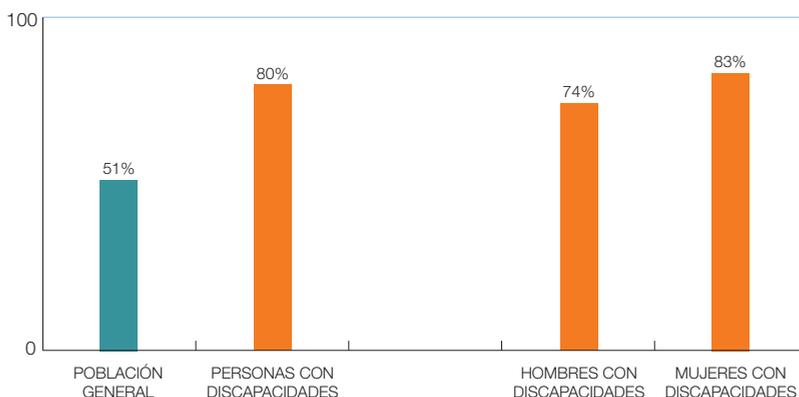
El 80% de las personas con discapacidad tiene algún problema de salud crónico, una proporción muy superior a la de la población general de España, que ronda el 50%. Por sexos, las mujeres con discapacidad presentan una tasa de enfermedades crónicas nueve puntos por encima de los hombres (gráfico 2.6). Si nos limitamos a la edad laboral, la tasa de enfermedades crónicas de quienes padecen discapacidad baja al 74% (mujeres 79%, hombres 69%), mientras que se eleva al 84% a partir de los 65 años (mujeres 86%, hombres 81%).

Los cuadros de *artritis y artrosis* afectan a 1,7 millones de personas con discapacidad, lo que supone el 46% del colectivo (29% entre quienes tienen menos de 65 años, 58% a partir de esa edad). La segunda enfermedad

crónica es la *depresión*, que afecta a cerca de un millón de personas, o sea, la cuarta parte del conjunto, con una incidencia mayor en este caso antes de los 65 años (29%) que a edades más avanzadas (22%).

GRÁFICO 2.6

Mujeres y hombres con discapacidad con enfermedades crónicas (todas las edades) y comparación con la población general (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008. Para la población general, Encuesta Europea de Salud de España, 2009.

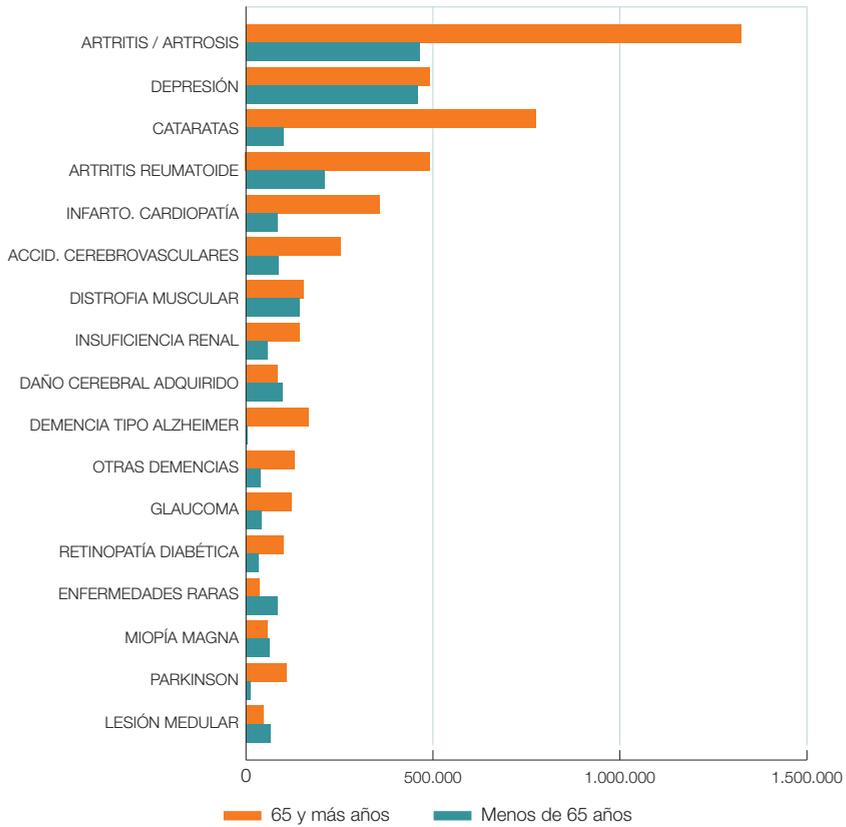
Hasta 17 enfermedades crónicas afectan a más de 100.000 personas, tal como se recoge en el gráfico 2.7. La mayoría inciden más en mujeres que en hombres (mayor morbilidad femenina, lo mismo que en la población general) y son mucho más frecuentes a partir de los 65 años. Entre las personas en edad laboral tienen una notable presencia, además de la artrosis y la depresión, la artritis reumatoide y la distrofia muscular. Tan sólo cuatro problemas de salud crónicos –entre los cuatro afectan a más de 100.000 personas– tienen más peso en el grupo de edad laboral que entre personas de edad superior: son el *daño cerebral adquirido*, la *miopía magna*, la *lesión medular* y las *enfermedades raras*.

No es posible comparar la evolución de las enfermedades crónicas entre 1999 y 2008 debido a los cambios introducidos en el sistema clasificatorio. En especial, en 1999 no se consideraban la depresión y la artrosis-artritis

como enfermedades crónicas, por lo que la tasa general de personas con discapacidad con enfermedades crónicas sólo llegaba al 43%.

GRÁFICO 2.7

Enfermedades crónicas más frecuentes entre personas con discapacidades, por grandes tramos de edad (número de personas afectadas)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

III. Ayudas, prestaciones y servicios

La severidad de la discapacidad hace referencia al grado de dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En este sentido, la encuesta de 2008 distingue el grado de dificultad que tienen las personas con discapacidad en dos situaciones: cuando no reciben ayudas –técnicas o personales– y cuando las reciben. De este modo, podemos saber hasta qué punto las limitaciones potenciales son superadas o no gracias a esas ayudas. Las personas encuestadas valoran también si las ayudas que reciben son suficientes o no, y, en caso de no recibirlas, si tienen necesidad de ellas. Además, las personas con discapacidad y estado de salud bastante precario reciben tratamiento sanitario con más frecuencia que la población general y recurren en una tercera parte de los casos al certificado oficial de minusvalía a fin de poder acceder a los recursos correspondientes.

3.1. Grado de severidad antes y después de recibir ayudas

Las ayudas pueden ser de dos tipos: técnicas y de asistencia personal. En el primer caso, se considera *ayuda técnica* todo producto, instrumento o equipo usado por una persona con discapacidad o destinado a ella que compensa o alivia su discapacidad; a su vez, *ayuda de asistencia personal* es cualquier apoyo directo ofrecido por otra persona a alguien con discapacidad para la realización de las actividades cotidianas. Pues bien, del total del colectivo con limitaciones funcionales, siete de cada 10 (2,5 millones de personas: 71,4%)⁽¹⁾ reciben algún tipo de ayuda.

(1) Para elaborar ésta y las siguientes tasas se han descontado los casos (249.000) de quienes se ignoraba si habían recibido ayudas.

Por sexos, las mujeres reciben ayudas en una proporción mayor (75,4%) que los hombres (65,3%) y, por segmentos de edad, las personas de 65 y más años las reciben en una proporción muy superior (80,2%) a quienes tienen entre seis y 64 años (58,8%).

Respecto al conjunto de personas con discapacidad que reciben ayudas (2,5 millones), la más habitual es la *asistencia personal* (82,5%) y, en segundo lugar, los *apoyos técnicos* (56,5%); el 39% recibe ambos tipos de ayuda. Los apoyos técnicos son los únicos posibles en las discapacidades de la vista⁽²⁾ y el oído, y también en la actividad de «conducir vehículos». En el resto de limitaciones prevalece la asistencia o ayuda personal. En torno a un millón de personas se ven ayudadas en determinadas actividades, como lavarse y cuidar el propio cuerpo, vestirse y desvestirse, adquirir bienes y servicios o realizar las tareas de la casa; y en torno a medio millón la reciben para desplazarse fuera del hogar, transportar y mover objetos o preparar la comida.

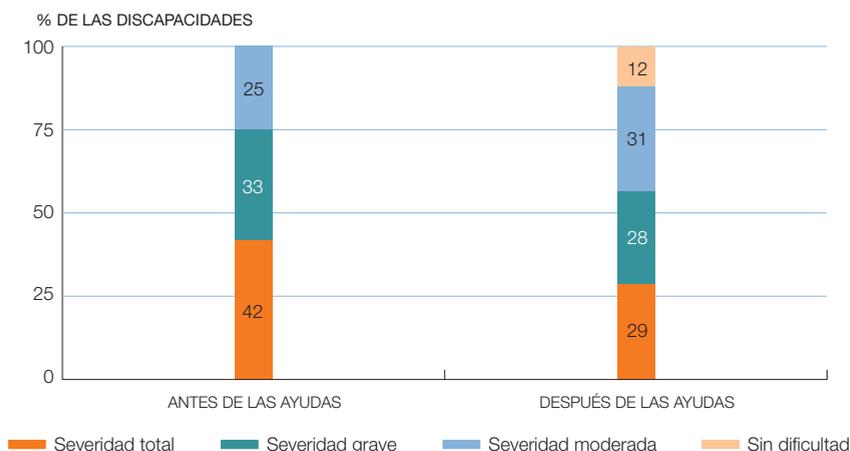
El concepto de *discapacidad* aplicado en la encuesta de 2008 supone tener una limitación «importante» para realizar las actividades de la vida diaria. Con este criterio se recoge una media de 8,1 discapacidades por persona, es decir, un total de 31 millones de discapacidades correspondientes a 3,7 millones de sujetos. Sobre esa base, el cuestionario introduce tres grados de dificultad para cada limitación (moderada, grave y total), distinguiendo dos supuestos: antes de recibir ayudas (técnicas o personales) y después de recibir, eventualmente, tales apoyos. El gráfico 3.1 recoge la evolución del grado de severidad de las discapacidades en los dos supuestos, incluyendo un total de 29 millones de discapacidades (aquellas de las que consta el grado de severidad).

En general, las ayudas representan un apoyo notable para reducir la gravedad de las discapacidades: las limitaciones con *severidad total* antes de recibir ayudas, en las que no se puede realizar la actividad correspondiente, se reducen en más de una tercera parte y pasan del 41,7 al 28,6%; las de *severidad grave*, del 33,4 al 27,9%. En el polo contrario, algo más de la décima parte de las discapacidades (12%) ya no supone ninguna dificultad, y las de severidad moderada se incrementan en una cuarta parte, pasando del 25 al 31,5%.

(2) Ya se ha indicado que el uso de gafas en los casos de mala visión –a diferencia de los audífonos o las sillas de ruedas, etc.– constituye una excepción en la definición de discapacidades de la EDAD-2008, no considerándose persona con discapacidad a quien puede ver con normalidad gracias a las lentes.

GRÁFICO 3.1

Grado de severidad de las discapacidades sin considerar las ayudas recibidas y después de recibir ayudas (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

De las 44 discapacidades incluidas en la EDAD-2008 el cuestionario recoge el grado de severidad de todas ellas antes de recibir ayudas; sin embargo, sólo se pregunta sobre el grado de severidad después de recibir las eventuales ayudas en 31 discapacidades, pues en las 13 restantes no se considera pertinente introducir la cuestión (por ejemplo en las discapacidades de ceguera o sordera total, para las que no existen ayudas que resuelvan la limitación). Pues bien, si consideramos exclusivamente las discapacidades que han contado con ayudas y de cuya evolución se ha registrado la severidad (un total de 29 millones de discapacidades), se ha conseguido la solución total de la severidad (sin dificultad) en algo más de la quinta parte de los casos (21,7%), y las discapacidades totales o graves se han logrado reducir casi a la mitad, pasando del 79,1 al 45,6%.

Por tipos de discapacidad, la incidencia positiva de las ayudas se deja notar de manera extraordinaria en el caso de «conducir vehículos»: gracias a las ayudas técnicas, prácticamente desaparecen (se conduce sin dificultad) en el 65% de los casos. También se resuelven en gran medida los problemas de audición (oír sonidos fuertes y entender el habla), que práctica-

mente desaparecen en más del 40% de los casos gracias a los audífonos, mientras la severidad total o grave se reduce en casi cuatro quintas partes (del 75 al 20%). La mejora es también notable en las discapacidades de autocuidado, en especial en las relativas a cumplir las prescripciones médicas y evitar situaciones de peligro, pero también en las que afectan a cuidar las partes del cuerpo, vestirse y desvestirse, comer y beber, y la higiene personal relacionada con la menstruación. En todos estos casos, gracias a las ayudas personales, las acciones correspondientes se llevan a cabo sin dificultad en más del 20% de los casos y se reducen de forma importante los casos de severidad total o grave. Por último, gracias al apoyo de otras personas, también mejora significativamente la dificultad para «adquirir bienes y servicios».

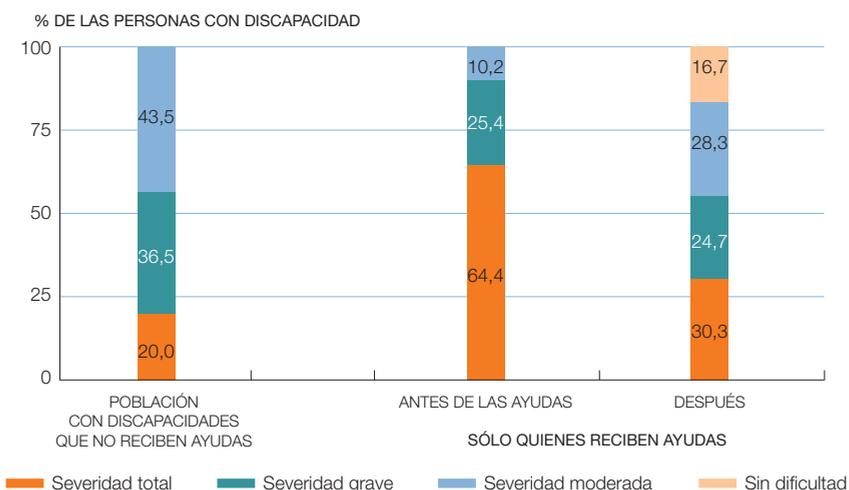
Hasta aquí se ha recogido el grado de severidad tomando como referencia todas las discapacidades registradas (8,1 por persona). Pero podemos también referirnos a los sujetos afectados tomando como criterio su *mayor grado de discapacidad* y viendo cómo ha evolucionado dicho grado después de recibir ayudas. Los resultados se constatan en el gráfico 3.2, que distingue la situación de la población con discapacidades que no recibe ayudas (algo más de un millón de personas) y la de quienes sí las reciben (2,5 millones). Se puede observar que quienes no reciben ayudas tienen en general un grado menor de severidad (el 43,5% severidad moderada, y una de cada cinco, severidad total); es decir, se ayuda más a quienes más lo necesitan. Por otra parte, quienes cuentan con ayudas –técnicas o personales– logran gracias a ellas una importante mejoría: la severidad total se reduce más de la mitad y en el 16,7% de los casos la severidad prácticamente desaparece (véanse los porcentajes en el gráfico).

Las mejoras principales tienen lugar entre quienes sólo reciben *ayudas técnicas*, cuyo grado de severidad se resuelve plenamente en el 31,9% de los casos y se rebaja del 78,4% al 31,8% en los casos de severidad total o grave. Quienes sólo disponen de *asistencia o ayuda personal* logran realizar sin dificultad la acción correspondiente en el 21,3% de los casos, mientras que los de severidad total o grave pasan del 88,2 al 50,2%. Quienes disponen de *ambos tipos de ayuda* –técnica y personal– para aliviar su principal discapacidad son quienes de partida presentan mayor grado de severidad (el 96,8% total o grave), proporción que pasa a ser del 73,1% después de

las ayudas, mientras que sólo el 5% logra llevar a cabo sin dificultad la acción correspondiente.

GRÁFICO 3.2

Efecto de las ayudas en las personas con discapacidad, atendiendo al mayor grado de severidad (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

3.2. Grado de cobertura de las prestaciones ligadas a la Ley de Dependencia

La explotación estadística de la EDAD-2008 llevada a cabo por el INE selecciona los 18 tipos de discapacidad⁽³⁾ relacionados con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), ya que se supone que están estrechamente relacionadas con las situaciones de dependencia previstas por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en

(3) Como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se consideran las siguientes: lavarse; cuidado de las partes del cuerpo; higiene personal relacionada con la micción; higiene personal relacionada con la defecación; higiene personal relacionada con la menstruación; vestirse y desvestirse; comer y beber; cuidado de la propia salud; cumplir las prescripciones médicas; cuidado de la propia salud; evitar situaciones de peligro; adquisición de bienes y servicios; preparar comidas; realizar las tareas del hogar; cambiar las posturas corporales básicas; mantener la posición del cuerpo; desplazarse dentro del hogar; desplazarse fuera del hogar; uso intencionado de los sentidos (mirar; escuchar); realizar tareas sencillas.

Situación de Dependencia. El número de personas con dificultad para realizar las ABVD asciende a 2,8 millones, 6,7% de la población total de España en 2008. Algo más de la mitad de ellas no puede realizar la actividad correspondiente (severidad total, 52,3%); la cuarta parte presenta una dificultad grave (26,5%), y la quinta parte, moderada (21,2%). Ahora bien, mediante los diversos tipos de ayuda, que recibía en 2008 el 81,7% del colectivo, el grado de severidad de las limitaciones se rebajaba sensiblemente y 338.900 personas llegaban a superarlas (INE, 2009: 3).

Según el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), las personas solicitantes de alguna prestación a causa de su situación de dependencia eran 725.000 al finalizar 2008, y llegaban a más de dos millones a mediados de 2011 (estadística histórica acumulada). De ellas, se habían emitido dictámenes relativos a 1,9 millones de casos y habían obtenido derecho a prestación 1.175.000. La estadística vigente a mediados de 2011 incluye casi 1,5 millones de personas objeto de dictamen, con los siguientes resultados:

- el 30,1% obtuvo el grado III (gran dependencia): la persona necesita ayuda para varias ABVD y el apoyo indispensable y continuo de otra persona;
- el 30,6%, el grado II (dependencia severa): la persona necesita ayuda para varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de otra persona;
- el 25%, el grado I (dependencia moderada): la persona necesita ayuda para ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades intermitentes para su autonomía personal, y
- el 14% no obtuvo la calificación mínima que establece la ley.

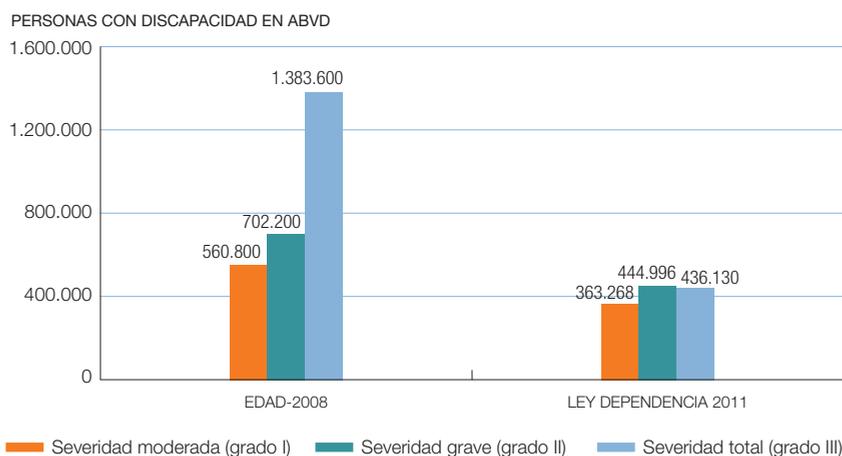
De las personas beneficiarias, cuatro de cada cinco tiene 65 años o más, y más de la mitad del total supera los 80 años. Según la administración pública, «las personas beneficiarias de las prestaciones de dependencia son mayoritariamente mujeres (el 67%). Esto se corresponde con su mayor esperanza de vida. Pero si se analiza por tramos de edad, hay más hombres que mujeres en todos los grupos de edad hasta los 80 años, cuando la presencia de las mujeres es muy importante. De hecho, el 63,8% de las

mujeres beneficiarias tiene más de 80 años; en cambio, entre los hombres son menos de la mitad los mayores de 80 años (40,8%)» (SAAD, 2011: 3).

Si comparamos el número de personas con discapacidad en ABVD según los tres grados de severidad considerados en la EDAD-2008 y en la estadística de dictámenes acogida a la Ley de Dependencia, se puede comprobar que los casos dictaminados en 2011 están bastante lejos de los detectados por la Encuesta de Discapacidades tres años antes. En conjunto, los diagnósticos elaborados sobre la base de la ley habrían llegado a cubrir menos de un tercio (31,5%) de las personas con severidad total (grado III) detectadas por el INE en 2008 y dos tercios de las detectadas con severidad grave (grado II) o moderada (grado I). Los criterios para determinar el grado de severidad de las limitaciones son bastante parecidos, aunque en el caso de los dictámenes oficiales dependientes de la Ley de Dependencia tales criterios sean más objetivos y probablemente más exigentes que en la EDAD-2008, lo que puede explicar la menor cobertura de los casos de severidad total/grado III.

GRÁFICO 3.3

Cobertura de la Ley de Dependencia en relación con las personas con discapacidad en ABVD detectadas en la EDAD-2008 (totales y tasa de cobertura, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la estadística de dictámenes de solicitantes de la Ley de Dependencia, septiembre de 2011, en SAAD, 2011: www.mspsi.es.

Por tramos de edad, el 63,3% de las personas con discapacidad en las ABVD tiene 65 y más años en la EDAD-2008, mientras que llega al 80% entre las beneficiarias de prestaciones de dependencia, lo que da a entender una mayor demanda de este tipo de ayudas por parte de las personas mayores. Si tenemos en cuenta que una tercera parte de la vida a partir de los 65 años transcurre en situación de dependencia (Azaña, 2009: 6) y que, según las previsiones de población de las Naciones Unidas, España puede llegar a ser en 2050 el país más envejecido del mundo (Chatterji, 2007), parece muy importante asegurar los servicios y prestaciones básicas a ese sector de la población. En cuanto a la distribución por sexos, prevalecen las mujeres tanto en la encuesta de 2008 (65%) como entre los beneficiarios acogidos a la Ley de Dependencia en 2011 (67%).

3.3. Valoración de las ayudas recibidas y personas que no tienen acceso a ellas

Las ayudas técnicas y/o personales son determinantes para explicar que la gravedad de todas las discapacidades diagnosticadas en la EDAD-2008 (ocho por persona) se reduzca en un 25%, al pasar las valoraciones de severidad grave o total de 21,8 a 16,3 millones, y obtener como resultado su práctica desaparición en 3,5 millones de casos diagnosticados (12% del total). De ahí la importancia de analizar la cobertura de las ayudas y cómo son valoradas por quienes las reciben.

En primer lugar, no recibe ni utiliza *ayudas técnicas* el 28,4% de quienes dicen necesitarlas, lo que supone que 554.000 personas se encuentran desatendidas (de ellas 354.000 mujeres y 200.000 hombres).⁽⁴⁾ La proporción de personas que no recibe o utiliza estas ayudas técnicas, aunque las necesita, es mucho mayor en la edad laboral (39%) que a partir de los 65 años (23%) y en todos los casos las mujeres se encuentran con menos apoyos que los hombres, de forma muy acusada antes de los 65 años y en menor medida después de esa edad.

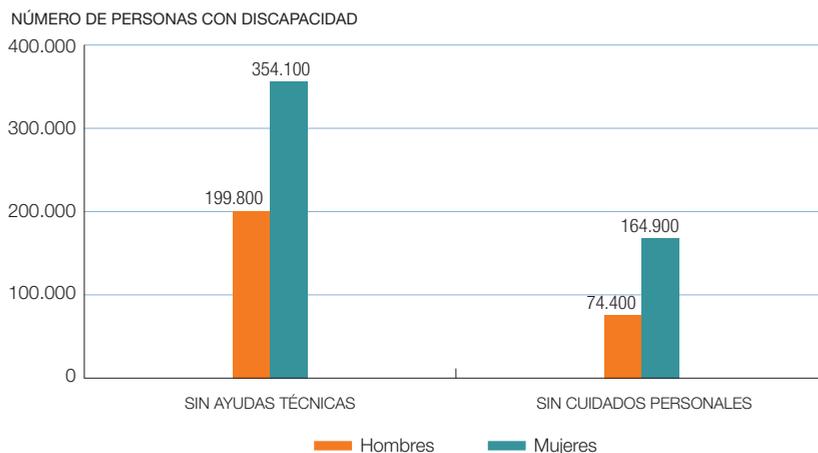
(4) Otro millón y medio de personas que no recibe ayudas técnicas considera que no las necesita, en la mayoría de los casos porque su grado de discapacidad es moderado.

En segundo lugar, de quienes consideran que necesitan *cuidados personales* un 10,3% no dispone de ellos, lo que afecta en números absolutos a casi un cuarto de millón de personas. La falta de cuidados personales es mayor en la edad laboral (13%) que tras la jubilación (9%), y son las mujeres las que más echan de menos el apoyo de otras personas. En cuanto a quiénes deberían prestar tales cuidados, algo más de la tercera parte (41% de los hombres con discapacidad, 36% de las mujeres) considera que tendrían que ser exclusivamente profesionales sociosanitarios (públicos o privados), y otra proporción parecida (27% de ellos, 36% de ellas) que deberían ser no profesionales, normalmente parientes propios; el 30% restante cree que podrían ser unos u otros (cuidado formal o informal).

El gráfico 3.4 recoge en números absolutos las cifras de personas con discapacidad de ambos sexos que no reciben las ayudas técnicas o personales que, en su opinión, necesitan.

GRÁFICO 3.4

Hombres y mujeres con discapacidad que no reciben ayudas técnicas o personales, aunque dicen necesitarlas (totales)



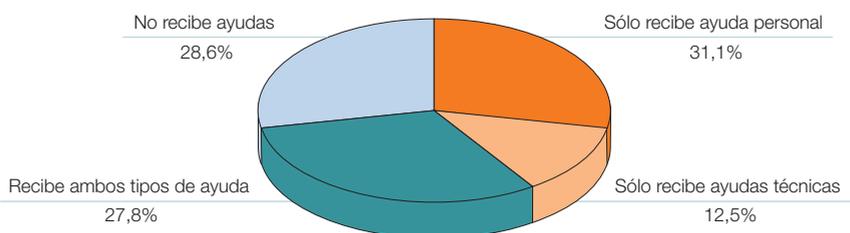
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

A la vista de la mejora que representan las ayudas para quienes las reciben, es fácil deducir la importancia que tendría ampliar las ayudas –técnicas y humanas, formales e informales– para quienes las necesitan y no las reciben. Asimismo, se puede concluir la mayor discriminación sentida por las mujeres en la percepción de ambos tipos de ayuda.

En el gráfico 3.5 presentamos las diversas situaciones de las personas con discapacidad en relación con las ayudas para compensar o aliviar sus limitaciones. El referente esta vez es el total de personas con discapacidad (3,8 millones de personas), de las cuales algo más de la cuarta parte no recibe ningún tipo de ayuda.

GRÁFICO 3.5

Situación de las personas con discapacidad en relación con las ayudas técnicas y personales (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

De quienes reciben *ayudas personales*, casi un tercio (32,1%) las considera «insuficientes». Esta queja es más frecuente entre las mujeres (33,4%) que entre los hombres (29,5%). Por tramos de edad, las proporciones anteriores se mantienen constantes.

De quienes reciben *ayudas técnicas*, a su vez, el 38,3% las considera «insuficientes». En la edad laboral este grupo de personas «insatisfechas» llega al 40%, con una incidencia muy parecida en ambos sexos. A partir de los 65 años, la insatisfacción es algo mayor entre las mujeres (38,7%) que entre los hombres (35,3%).

3.4. Servicios sanitarios, de rehabilitación y servicios sociales

Más de la mitad de las personas con discapacidad había utilizado algún servicio sanitario –público o privado– en las dos semanas anteriores a la encuesta. En particular, el 30,3% había recibido cuidados médicos o de enfermería, y el 17,4% alguna prueba diagnóstica. Además, el 29,1% había recibido asistencia sanitaria en un centro hospitalario en el último año. Estas tasas de frecuencia son muy superiores a las de la población general y se corresponden con los mayores problemas de salud del colectivo estudiado.

Especial interés presentan los servicios especializados de rehabilitación, que en la mayoría de los casos se orientan a mejorar problemas concretos derivados de las discapacidades. Salvo el servicio de podología, los demás son utilizados en una proporción mucho mayor por las personas jóvenes y en edad laboral que por las mayores de 65 años (gráfico 3.6). El más frecuente es el servicio de atención psicológica y/o salud mental, al que en las dos semanas anteriores a la encuesta habían acudido 108.000 personas en edad laboral y otras 32.000 de 65 y más años. El siguiente servicio de rehabilitación por frecuencia de uso fue el médico-funcional (87.000 y 52.000 personas, respectivamente).

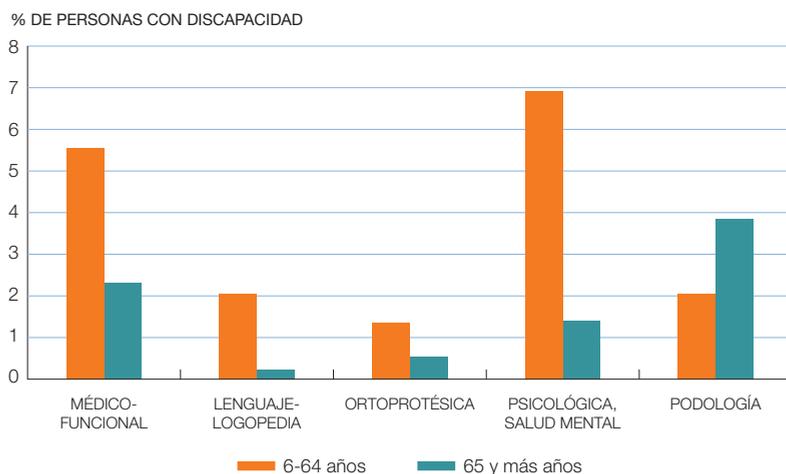
Otros servicios de atención, más social que sanitaria, como la teleasistencia, la atención domiciliaria programada o la ayuda a domicilio, fueron mucho más utilizados por las personas mayores con discapacidad que por otros segmentos de edad, especialmente por las mujeres (gráfico 3.7).

La mayoría de terapias de rehabilitación y de los servicios de atención social fueron gratuitos para el usuario ya que corrían a cargo de la administración pública, sobre todo entre mayores de 64 años. En la edad laboral, sin embargo, los servicios de podología fueron de pago privado en más de la mitad de los casos, y en algo más de la tercera parte las terapias de rehabilitación médico-funcional, de lenguaje-logopedia y ortoprotésicas; los servicios públicos tuvieron más peso en la atención psicológica y de salud mental, que fue gratuita para el 79% de las personas con discapacidad en edad laboral. La teleasistencia y la atención domiciliaria programada fueron mayoritariamente ofrecidas por el sector público, si bien uno de cada diez usuarios las pagó privadamente, y uno de cada veinte me-

diante alguna fórmula de pago mixto o copago. Por último, la ayuda a domicilio a personas con discapacidad en edad laboral fue gratuita en el 63% de los casos; de pago directo en el 13%, y de pago mixto en el 23%.

GRÁFICO 3.6

Personas con discapacidades que han recibido servicios de rehabilitación en las dos semanas anteriores (en porcentaje de mayores y menores de 65 años)

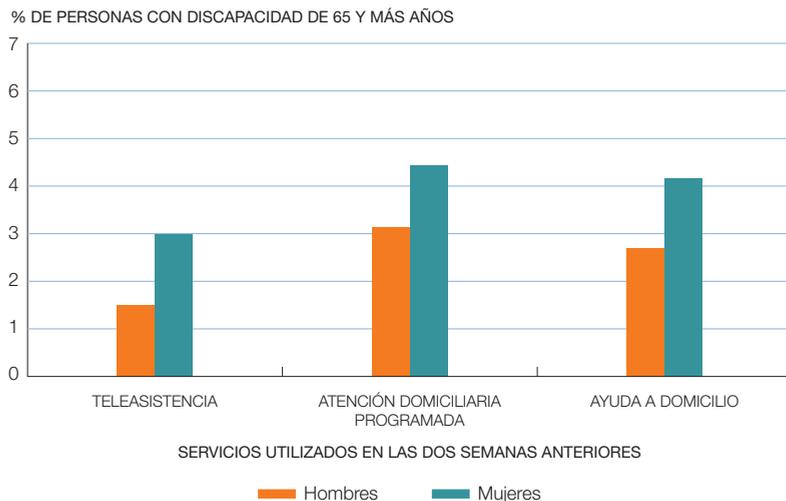


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

Un cuarto de millón de personas con discapacidad, básicamente mujeres, señalan que han necesitado en algún momento algún servicio sanitario o social pero que no lo han recibido. Entre los muchos motivos que aducen para explicarlo, destacan la lista de espera (31%), no tener dinero para pagarlo (21%), no disponer del servicio que necesitaban en su entorno (15%) y no cumplir alguno de los requisitos exigidos (9%).

GRÁFICO 3.7

Hombres y mujeres de 65 y más años con discapacidades que han utilizado servicios de atención social en las dos semanas anteriores (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

3.5. Certificado de minusvalía

El sistema oficial establecido en España para definir que una persona tiene «minusvalía» data de 1984 y, en principio, pretendía acomodarse al concepto correspondiente elaborado por la OMS en 1980. Sin embargo, el baremo que se aplicaba y se sigue aplicando para conceder el certificado se basa casi exclusivamente en medir objetivamente la presencia y grado de «deficiencias» y no en un diagnóstico de las circunstancias que entorpecen o facilitan una inserción social sin discriminaciones. A diferencia de lo que ocurre con otros sistemas clasificatorios,⁽⁵⁾ el certificado de minusvalía no se plantea como punto de partida para dejar de serlo, sino como el reconocimiento de

(5) Como se ha expuesto en la introducción, existen sistemas de clasificación que tratan de evitar el efecto estigmatizante del enfoque biomédico de las «minusvalías», a la vez que ponen más de relieve su carácter social. Entre ellos, el llamado Sistema 1992, de la Asociación Americana sobre Retraso Mental, que implica un proceso de tres pasos: descripción de las discapacidades, diagnóstico de las capacidades/limitaciones y planificación de los apoyos necesarios para superar o compensar la discapacidad.

una situación irreversible de limitación que da lugar a diversas ayudas y pensiones –a veces vitalicias– para compensar la supuesta «incapacidad».

En 2009 la denominación oficial de «minusvalía» dio paso al «certificado del grado de discapacidad», pero mantenemos el antiguo nombre para diferenciar ambos conceptos. El cambio obedece a una disposición establecida en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, de 2006, planteada en los siguientes términos: «Las referencias que en los textos normativos se efectúan a *minusválidos* y a personas con *minusvalía*, se entenderán realizadas a *personas con discapacidad*. A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones normativas elaboradas por las administraciones públicas utilizarán los términos *persona con discapacidad* o *personas con discapacidad* para denominarlas».

A partir del cuestionario de hogares de la Encuesta de Discapacidad de 2008, disponemos de una estimación aproximada de cuántas personas en España disponían de certificado de minusvalía (dos millones) y cuántas tenían alguna discapacidad (3,8 millones). Asimismo, sabemos que más de un tercio de quienes tenían el certificado no satisfacía los criterios definidos en la encuesta para ser identificados como sujetos con discapacidad, y dos terceras partes de quienes registraban discapacidades no tenían certificado de minusvalía (gráfico 3.8). Esta situación difiere muy poco de la de diez años antes (1999), en relación con la primera cuestión (algo menos de un tercio de quienes poseían certificado no tenía discapacidad) y más en la segunda (el 79% de quienes tenían discapacidad no poseía certificado, lo que ocurre ahora al 65%). Esta evolución supone que se han incrementado notablemente los casos de personas con discapacidad que han obtenido el certificado de minusvalía.

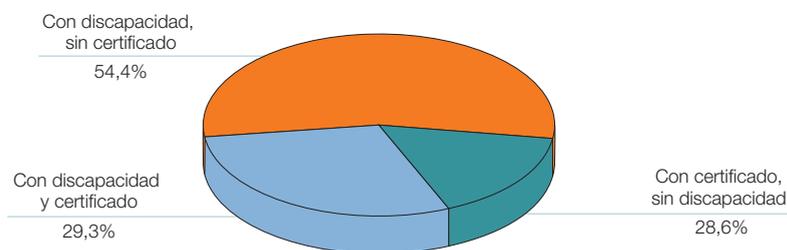
Las personas con discapacidad en edad laboral disponen del certificado en una proporción mucho mayor que quienes llegan a una situación de discapacidad después de los 65 años. Esto explica que la tasa de minusvalías en el primer caso sea del 53%⁽⁶⁾ y en el segundo del 22%; asimismo, las mujeres recurren al certificado en menor proporción (29% en todas las edades;

(6) Ya hemos señalado que nuestros datos sobre las personas con certificado de minusvalía no proceden de registros oficiales sino de la respuesta a la pregunta correspondiente en la EDAD-2008, lo que puede explicar una subvaloración de dicho colectivo.

46% en edad laboral) que los hombres (44 y 60%, respectivamente). En ambos casos el acceso al certificado no se debe tanto a la mayor o menor gravedad de la discapacidad sino a razones pragmáticas, como conseguir las ventajas (laborales, fiscales, etc.) y los recursos (pensiones y ayudas) asociados al certificado de minusvalía (una relación completa de las ayudas y servicios especializados, en parte gestionados a nivel autonómico, puede verse en Coca, 2009).

GRÁFICO 3.8

Personas con discapacidad y con certificado de minusvalía en España (porcentaje)



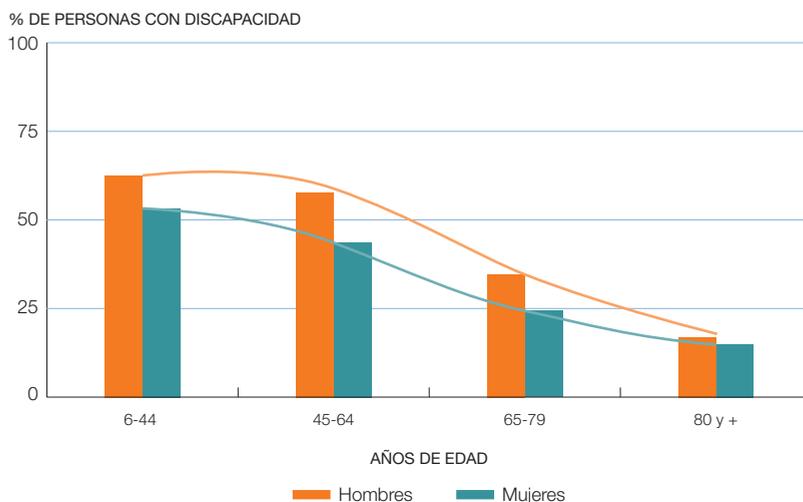
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, Cuestionario de hogares.

Las personas con deficiencias mentales son las que en más alto porcentaje disponen del certificado de minusvalía (49%, 14 puntos por encima de la media); las deficiencias sensoriales son las que los acumulan en menor grado (29%, seis puntos por debajo de la media). El bloque mayoritario de personas con deficiencias físicas recurre al certificado en una proporción próxima a la media general (36%). Entre quienes tienen deficiencias sensoriales, disponen del certificado en mayor proporción (48%) las personas con problemas del lenguaje, habla y voz; en segundo lugar, las que tienen problemas visuales (30%) y, en tercer lugar, auditivas (25%). A su vez, de las deficiencias físicas, tienen mayor proporción de certificados quienes padecen trastornos del sistema nervioso (52%), y menos los afectados viscerales (32%) y osteoarticulares (31%). En todos los casos los hombres acceden al certificado en una proporción claramente mayor que las mujeres.

Por tipos de discapacidad, la tasa de personas con certificado es mayor en quienes tienen problemas para entablar relaciones personales-afectivas (55%), comunicarse (49%) y aprender/aplicar conocimientos/desarrollar tareas (también 49%), y menor en las limitaciones de audición (25%) y visión (31%). En una posición intermedia se sitúan quienes presentan discapacidades de movilidad, autocuidado y vida doméstica (en los tres casos el 37%). También en este caso, los promedios son mayores entre los hombres que entre las mujeres (entre 10 y 20 puntos porcentuales de diferencia según los casos). El gráfico 3.9 recoge por tramos de edad la diferente tasa de personas con discapacidad que disponen del certificado de minusvalía.

GRÁFICO 3.9

Hombres y mujeres con discapacidad que tienen certificado de minusvalía, por tramos de edad (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

IV. Los cuidados a personas con discapacidad

La EDAD-2008 permite saber los principales rasgos de quienes cuidan a los sujetos con discapacidad. El cuestionario aplicado introduce preguntas generales sobre todas las personas prestadoras de ayuda, sin distinguir los rasgos propios de cada caso, mientras el cuestionario específico a personas cuidadoras se centra en el cuidador principal (en este caso no se consideran las personas con discapacidad que residen en instituciones).

Tal como se ha visto en el capítulo anterior, la ayuda prestada por otras personas es clave para poder realizar aquellas actividades que se ven limitadas por alguna discapacidad. Exactamente 2,1 millones de personas reciben esos cuidados, casi el 60% de quienes experimentan limitaciones. A continuación indicamos algunas características de las personas cuidadoras, mayoritariamente parientes del sexo femenino, que tratan de facilitar la vida a otros sujetos a costa muchas veces de su propia salud, de su realización profesional y su tiempo de ocio. En primer lugar se ofrece una visión general de todos los cuidadores (en torno a tres millones) para centrarnos después en las cuidadoras y cuidadores principales (dos millones).

4.1. Cuidados desde dentro y desde fuera del hogar

En dos terceras partes de los casos son los parientes más próximos *dentro del propio hogar* quienes se encargan de los cuidados, ya sean la madre y el padre cuando se trata de descendientes; los cónyuges cuando uno de ellos tiene alguna discapacidad; o las hijas e hijos cuando las personas afectadas tienen edad avanzada. Complementariamente también prestan ayuda los hermanos, abuelos y otros parientes que conviven en el hogar. Se trata del

cuidado informal proporcionado por la propia familia, a lo que hay que unir la existencia de 65.000 cuidadoras y cuidadores en régimen de «interno» (el 75% mujeres), que trabajan y pernoctan en el hogar para hacerse cargo de personas con discapacidades. En este bloque los beneficiarios son 1,27 millones, atendidos por 1,57 millones de personas, según la encuesta, ya que con frecuencia son varias las personas que proporcionan ayuda. Los parientes próximos suponen en este caso el 96% del apoyo personal, y el resto corre a cargo de empleadas y empleados internos.

Por otra parte, están los cuidadores no residentes en el hogar, que cubren un tercio de los casos de ayuda personal (652.000 beneficiarios, atendidos por 977.000 cuidadores registrados en la encuesta). También en este caso la mayor parte son parientes: hijas, hijos, hermanas, nueras, nietas, yernos, etc., en una progresión en que el género sí importa, ya que son mujeres quienes se hacen cargo de los cuidados de forma mayoritaria; en conjunto los parientes suman 632.000 sujetos, el 65% de la ayuda procedente de cuidadores no residentes en el hogar de la persona con discapacidad. En segundo lugar, están las empleadas y empleados de hogar, los servicios sociales públicos, profesionales sociosanitarios y otros proveedores de cuidados remunerados; estos grupos suman 310.000 personas (31% de los cuidados de no residentes), de las cuales en torno al 90% son mujeres. Y, en tercer lugar, aparecen los amigos o vecinos, 35.000 personas, que suponen el 4% de las personas cuidadoras no residentes en el hogar.

La mínima incidencia de los amigos y vecinos ha sido confirmada recientemente por una encuesta aplicada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en marzo de 2011, según la cual sólo el 4,4% de adultos (4,9% mujeres y 3,8% hombres) había realizado algún trabajo voluntario, sin remuneración, en los últimos doce meses para personas con discapacidad o dependencia que no fueran de su familia y, en la mayoría de los casos, por poco tiempo y escaso número de horas (CIS, 2011).

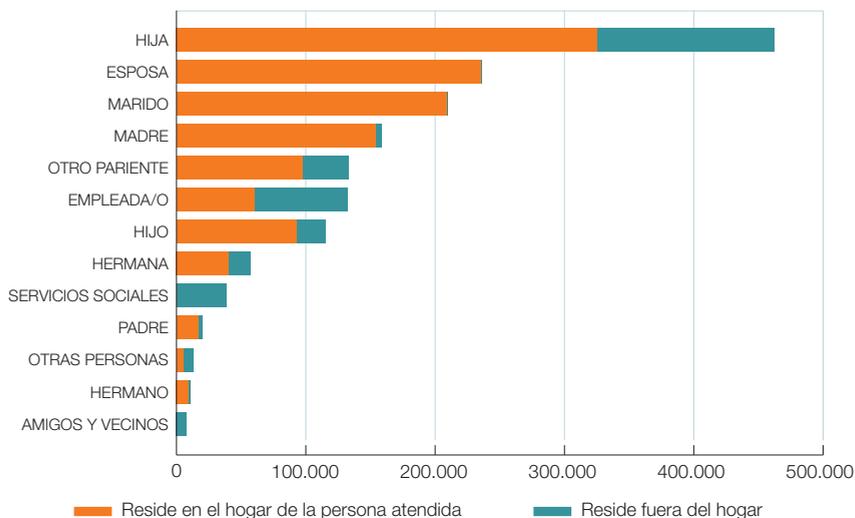
4.2. Tipología básica de las cuidadoras y cuidadores

Los «cuidadores principales» fueron objeto de una encuesta específica, a fin de recoger una información más precisa sobre ellos, lo que se logró en tres cuartas partes de los hogares donde las personas con discapacidad

recibían cuidados. Los resultados varían notablemente respecto a lo descrito hasta aquí, que incluía a todos los cuidadores, no sólo al «principal». El gráfico 4.1 recoge la tipología básica de las cuidadoras y cuidadores principales. Se puede observar que residen mayoritariamente en el hogar de la persona atendida (78,5%) y que los principales apoyos proceden de las hijas, esposas, maridos y madres, es decir, los parientes más próximos. El peso global del empleo externo remunerado, de los servicios sociales y de los amigos y vecinos es del 11% en el conjunto, proporción que se eleva al 34% entre los cuidadores no residentes en el hogar de la persona atendida.

GRÁFICO 4.1

Relación de la cuidadora o cuidador principal con las personas con discapacidad atendidas (totales)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

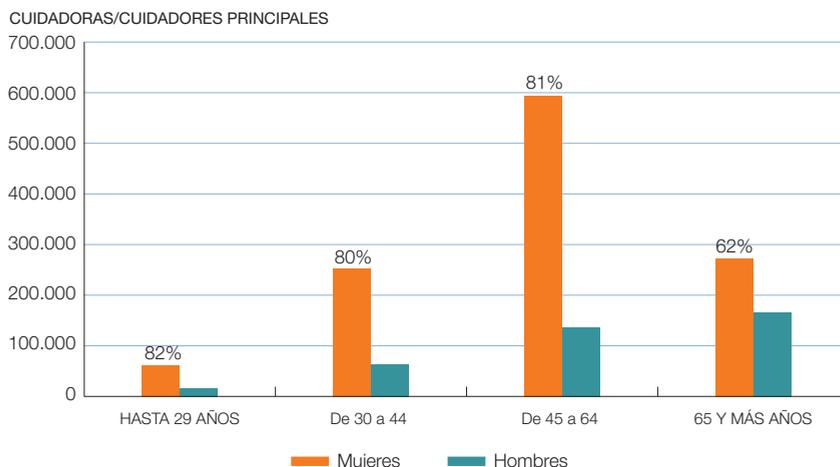
Tres cuartas partes de los cuidados principales son facilitados por mujeres; esta proporción es mucho mayor entre quienes no residen con la persona beneficiaria (90%) que entre quienes pernoctan en el hogar de ésta (73%). De los cuidadores parientes, el 72% son mujeres y el 28% hombres, diferencia de sexo que es menor entre cónyuges (53% esposas) y mayor

entre descendientes (80% hijas), hermanos (84% hermanas) y ascendientes (90% madres).

Casi la mitad de los cuidadores tiene entre 45 y 64 años, y el 81% de este grupo son mujeres. La cuarta parte tiene menos de 45 años y las mujeres superan también ligeramente el 80%. Por último, el 28% se encuentra en edad de jubilación, aumentando la tasa de hombres cuidadores (38%), sin duda por el peso que tienen en este tramo de edad los cuidadores cónyuges (gráfico 4.2).

GRÁFICO 4.2

Sexo y edad de la persona cuidadora principal (total y porcentaje de mujeres en cada segmento de edad)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

Las personas cuidadoras pertenecen a tres categorías desde el punto de vista de la actividad: empleadas, «amas de casa» y pensionistas, con las siguientes características (gráfico 4.3):

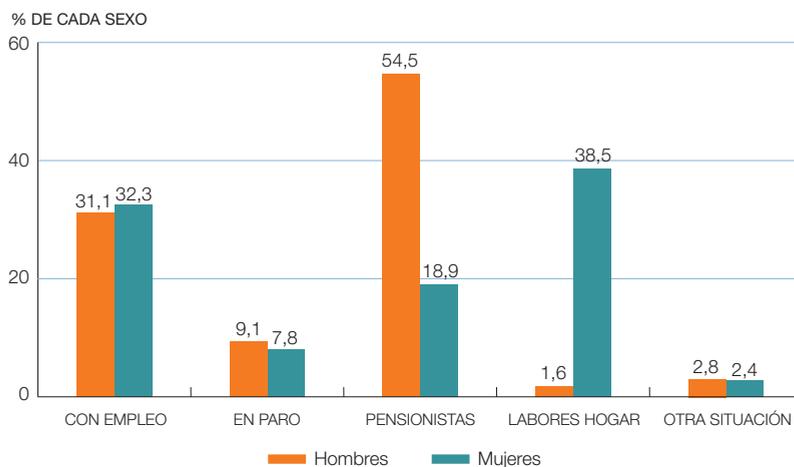
- Las *empleadas* representan en conjunto el 32%, a las que hay que añadir otro 8% de buscadoras de empleo, lo que supone una tasa de

paro del 20%, casi el doble que la media de la población española, que era del 11,3% en el momento de la encuesta.

- Las «dedicadas a *labores domésticas*» representan el 29% del total y son mujeres de forma abrumadora (98,7%).
- Son *pensionistas* el 28%, mayoritariamente en el tramo de edad de 65 y más años. La mayoría percibe pensiones contributivas y son hombres; en cambio, en el segmento menor de pensiones no contributivas, siete de cada ocho son mujeres, lo que refleja de nuevo la discriminación femenina en esta materia.

GRÁFICO 4.3

Relación con la actividad de las cuidadoras y cuidadores principales (porcentaje de cada sexo)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

4.3. Problemas profesionales y económicos. Prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia

Más de la mitad de quienes prestan ayuda de forma principal reconoce tener problemas profesionales o económicos derivados de los cuidados. El

más habitual es que no se pueden plantear el *trabajar fuera de casa*, lo que afecta al 46% de quienes tienen problemas; además, casi la cuarta parte (23%) ha tenido que dejar de trabajar a causa de los cuidados. El segundo problema por frecuencia es que han aumentado los *problemas económicos* del hogar, lo que afecta al 40%. Otros problemas son la repercusión en la vida profesional (21%); los problemas para cumplir los horarios laborales (19%) o haber tenido que reducir la jornada de trabajo (16%). La intensidad de estos problemas difiere según la tipología de las personas cuidadoras:

- Las *madres* cuidadoras presentan la mayor tasa de reconocimiento de problemas (71%); entre éstos destacan el no poder trabajar fuera de casa (máxima proporción: 57% de las madres con problemas) y las dificultades económicas (42%).
- Los *padres* cuidadores se sitúan en la tasa general de problemas (54%); en términos relativos destaca el hecho de que para un tercera parte de ellos la vida profesional se ha resentido.
- Los *cónyuges* cuidadores son los que reconocen menos problemas, si bien hay que diferenciar entre los maridos, sin problemas en el 70% de los casos, y las esposas, sin problemas en el 52%. El problema mayor, en ambos casos, son los agobios económicos; en segundo lugar, los maridos destacan haber tenido que dejar de trabajar, y las esposas, que no se pueden plantear un empleo fuera de casa.
- Las *hijas* cuidadoras presentan más tasa de problemas (64%) que los *hijos* (50%); en el primer caso destaca que no pueden trabajar fuera de casa, y en el segundo, que han aumentado las dificultades económicas.
- Las *hermanas y hermanos* cuidadores presentan una tasa de problemas menor que la media, destacando en el primer caso el no poder salir a trabajar, y en el segundo, el incremento de problemas económicos en el hogar a causa de la discapacidad.

En sus primeros cinco años de vigencia (2007-2011), la Ley de Dependencia ha podido contribuir a aliviar los problemas económicos derivados de los cuidados al proporcionar una prestación económica a un sector cada

vez más amplio de parientes cuidadores. En septiembre de 2011, según datos proporcionados por la Seguridad Social, había 168.710 personas acogidas al Convenio Especial de Cuidadores no Profesionales de Personas en Situación de Dependencia, una cifra que supone una cobertura todavía muy limitada (9,5%) del colectivo (1,8 millones de personas cuidadoras principales de la propia familia). El 93% de las personas acogidas al convenio son mujeres, con un peso relativo muy importante de personas de edad avanzada: el 22% mayores de 60 años y otro 34% entre 51 y 60 (mayores que cuidan a mayores).

4.4. Tareas más habituales y tiempo dedicado a los cuidados

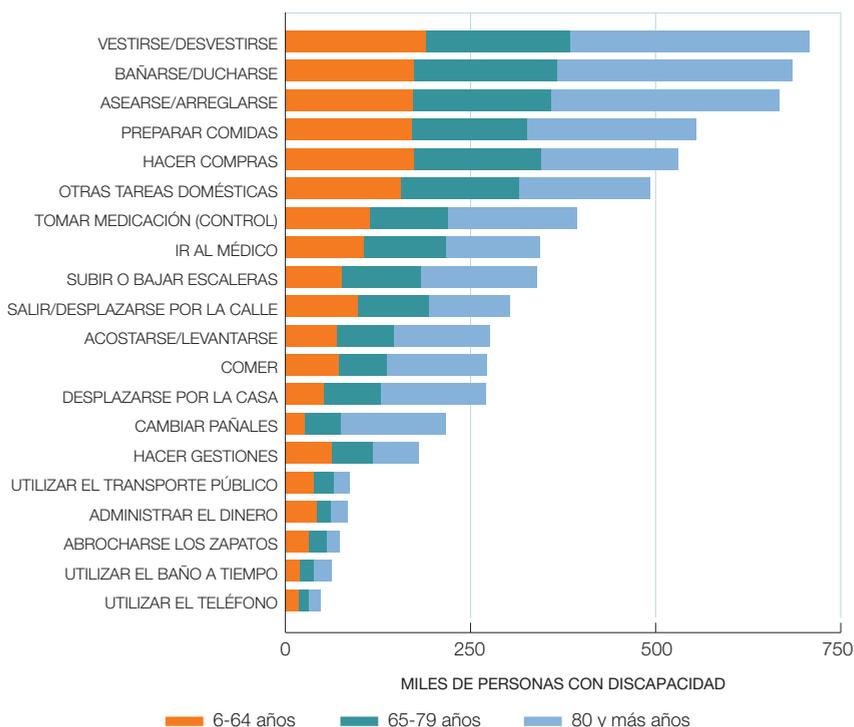
Las tareas más habituales de las personas cuidadoras se relacionan con el cuidado y aseo personal (vestirse/desvestirse, bañarse/ ducharse y asearse/ arreglarse), seguidas de diversas tareas domésticas (preparar la comida, hacer la compra y otras tareas del hogar), las relativas al control médico (tomar la medicación, ir al médico) y movilidad (subir o bajar escaleras, salir/desplazarse por la calle, acostarse/levantarse de la cama).

El gráfico 4.4 recoge el ranking de las principales tareas y su frecuencia por tramos de edad. Las personas con discapacidad con 65 y más años concentran el 72% de las ayudas, y las personas de seis a 64, el 28%. A su vez, las personas mayores de 80 años acaparan un 47% más atenciones que las de 65 a 79. Sólo uno de los cuidados registrados –administrar el dinero– tiene más peso entre personas con discapacidad de menos de 65 años que entre las que tienen más de esa edad.

Estos cuidados se prolongan por más de ocho horas diarias en casi la mitad de los casos; entre tres y ocho horas en la tercera parte, y menos de tres horas al día en la quinta parte. La media horaria de cuidados dispensados a hombres con discapacidad es más elevada (6,9 horas/día) que a las mujeres (6,6 horas/día); la atención a los hombres supera las ocho horas diarias en el 52% de los casos, lo que sólo ocurre en el 47% si son mujeres. De nuevo apunta aquí un indicio de discriminación femenina: son las que más atienden y las menos atendidas.

GRÁFICO 4.4

Servicios más frecuentes de la persona cuidadora principal por tramos de edad de las personas con discapacidad (totales)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

4.5. Principales problemas en la relación de ayuda

El 43% de las personas que prestan cuidados manifiesta no tener ninguna dificultad especial en llevar a cabo la tarea. Sin embargo, el 57% reconoce dificultades, entre las que sobresale la falta de «fuerza física» suficiente. Lo señala casi el 70% de quienes experimentan dificultades. Otros dos problemas frecuentes y relacionados son «tener dudas sobre cuál sería la mejor manera de hacerlo» (27%) y «la necesidad de tener más formación especializada» (26%). Además, una cuarta parte de quienes experimentan dificultades cree que la persona a la que cuidan «no colabora o se resiste a ser

ayudada», lo que apunta a un problema en la relación de ayuda, sobre el que volveremos más adelante.

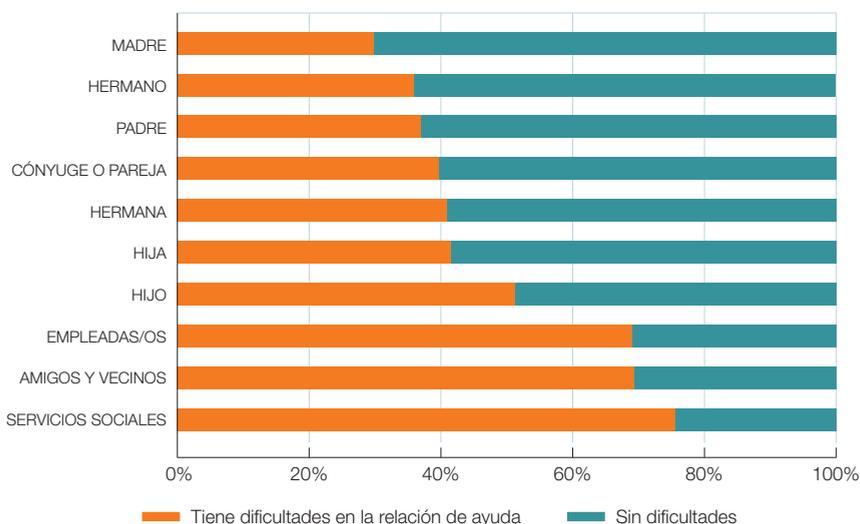
De los diversos tipos de persona cuidadora, quienes experimentan menos problemas en la relación de ayuda son las madres, hermanas, padres, cónyuges y hermanos, es decir los parientes de la misma generación o superior respecto a la persona atendida; plantean más dificultades las hijas y, en bastante mayor medida, los hijos; pero quienes señalan una más alta tasa de problemas son los cuidadores y cuidadoras que no son parientes: profesionales de servicios sociales, empleados y amigos/vecinos. En estos últimos casos, tres cuartas partes experimentan dificultades en la relación de ayuda (gráfico 4.5). Estos datos apuntan a un menor nivel de desajustes y conflictos cuando las personas que cuidan son parientes que cuando no lo son. El caso de las madres, como cuidadoras que menos problemas ven, contrasta con el de los profesionales de servicios sociales (de la administración pública o de ONG) que son quienes más dificultades encuentran en su trabajo. Se puede plantear la hipótesis de que la cualificación y las condiciones laborales de tales profesionales quizá no estén a la altura del trabajo que realizan (quejas más frecuentes de su falta de fuerza física, de las resistencias que presenta la persona atendida o de su falta de conocimientos para su trabajo). También puede ocurrir que las profesionales de servicios sociales atiendan en mayor proporción a casos más graves y, por lo tanto, los que son susceptibles de generar mayores dificultades.

Ni la EDAD-2008 ni la encuesta a cuidadores/as principales contemplan los problemas de relación que se pueden producir entre la persona con discapacidad y la que le cuida, habitualmente una mujer de la propia familia. Un estudio de la Fundación CIREM llega a la conclusión de que a veces los familiares frenan los deseos de emancipación de las personas con discapacidad y les impiden desarrollar una vida independiente: «Hemos podido comprobar en el discurso de las familias que en ocasiones priorizan sus intereses sobre los de la persona discapacitada, dejando de lado la posibilidad de entablar un diálogo y reflexión sobre asuntos relacionados con la posibilidad de acceder a una vida independiente, acerca de los cuales la familia adopta decisiones unilateralmente (por ejemplo, en cuestiones relativas a mantener relaciones sexuales y afectivas o sentimentales)» (Fundación CIREM, 2004: 187). Según este análisis, sería preferible promover la nueva figura laboral de la «asistencia personal», en la que ambas

partes (persona que atiende y persona atendida) dejarían de estar ligadas por vínculos afectivos y serían independientes, en un caso desde el derecho que las asiste a desenvolverse como personas en igualdad con las demás y en el otro desde su derecho a trabajar profesionalmente en el área de los cuidados (Lobato, 2005, y Arnau *et al.*, 2007).

GRÁFICO 4.5

Personas cuidadoras que encuentran dificultades especiales en la relación de ayuda (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

4.6. Problemas relacionados con el tiempo libre, la vida familiar y la salud

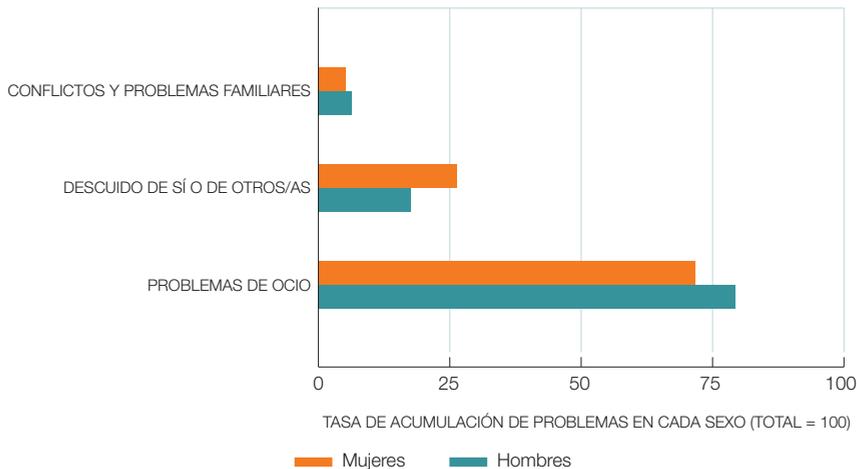
Tres cuartas partes de quienes prestan cuidados experimentan problemas en el tiempo de ocio y las relaciones familiares. El más frecuente es que han tenido que *reducir el tiempo libre* (85% de quienes reconocen problemas), seguido de *no poder ir de vacaciones* (64%) y no tener tiempo para *frecuentar a sus amistades* (56%). Siguen después dos problemas paradójicos, ya que el hecho de cuidar a otra persona les impide *cuidar de sí mismos* (42%) o de *terceras perso-*

nas (27%). Por último, aparecen los tres problemas menos frecuentes, todos relacionados con asuntos propiamente familiares: *conflictos conyugales* (9%), no haber podido *formar una familia* (4%) y no haber podido *tener hijos* (3%).

Estos tres bloques de problemas (ocio, descuido de sí o de otros y conflictos familiares) repercuten de manera diferenciada según sea el sexo y características de las personas cuidadoras. El gráfico 4.6 recoge el porcentaje sobre el total acumulado de problemas que mencionan las personas de cada sexo. En general los problemas de ocio y los conflictos familiares afectan algo más a los hombres, mientras que las mujeres se resienten más de no tener tiempo para cuidar de sí mismas o de terceras personas. Si atendemos a la tipología de los cuidadores, el problema más frecuente en todos los casos es que han tenido que reducir su tiempo de ocio; en general, que los problemas se distribuyen de forma bastante parecida, y sólo cabe resaltar que las esposas e hijas se quejan, en mayor medida que sus esposos e hijos, de no poder atender a otras personas o bien que tanto hijos como hijas y hermanos o hermanas se quejan más de no poder formar una familia.

GRÁFICO 4.6

Problemas relacionados con el tiempo libre y la vida familiar, por sexos (tasa de reparto de problemas en cada sexo, en porcentaje)



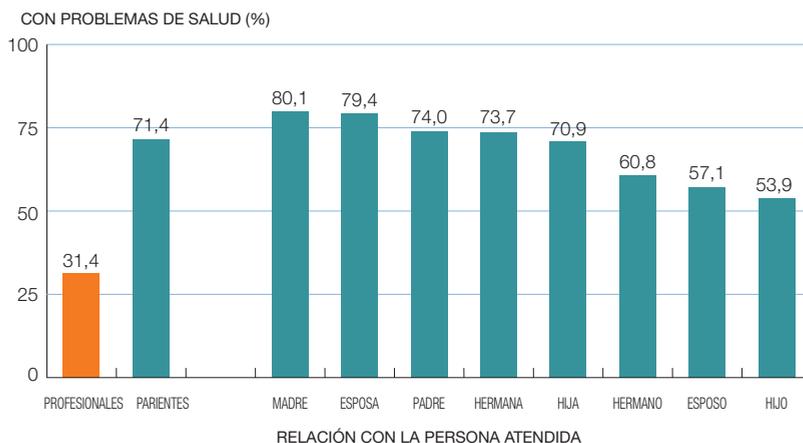
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

Dos tercios de los cuidadores reconocen que han experimentado problemas de salud directamente relacionados con los cuidados. El más frecuente es que se encuentran *cansados*, situación que afecta al 78% de quienes tienen problemas; en segundo lugar, el 53% indica que *se ha deteriorado su salud*; en tercer lugar, el 47% experimenta *depresiones*; en cuarto lugar, el 25% ha tenido que *ponerse en tratamiento para poder llevar la situación*; y el 15% padece problemas diversos de salud.

Los parientes en general experimentan problemas de salud en doble proporción que los profesionales (empleados o de los servicios sociales), tal como se recoge en el gráfico 4.7. Además, las madres, esposas, hermanas e hijas padecen problemas de salud en proporción bastante mayor que sus correspondientes masculinos (padres, esposos, hermanos e hijos). Exactamente, el 75% de las cuidadoras de la propia familia padece problemas de salud debidos a los cuidados, por un 59% en el caso de los hombres.

GRÁFICO 4.7

Cuidadoras y cuidadores con problemas de salud debidos a los cuidados (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

En síntesis, de los múltiples problemas que puede generar la relación de ayuda, quienes menos se quejan de las tareas desempeñadas son las cuidadoras y cuidadores de la propia familia; sin embargo son también, sobre todo las parientes femeninas, quienes se sienten más afectadas negativamente en su vida personal (salud, empleo, economía, relaciones personales y familiares, tiempo libre, etc.) a causa de los cuidados, mucho más que los cuidadores o cuidadoras profesionales (asistencia personal externa). Se podría decir que las cuidadoras parientes asumen la «carga» con más espíritu de sacrificio (se quejan menos de las tareas realizadas que los profesionales); pero, a la vez, se sienten más víctimas de la situación al reconocer –y exhibir– que su vida personal queda comprometida y muy condicionada por culpa de los cuidados.

V. Perfil educativo de las personas con discapacidad

El nivel de formación de la población se configura principalmente en la infancia y la juventud, para completarse luego mediante estudios esporádicos, reglados o no, a lo largo de la vida. Por otra parte, sólo una minoría del colectivo estudiado (14%) había iniciado su discapacidad antes de los 15 años, por lo que el itinerario escolar inicial de la inmensa mayoría no estuvo condicionado por motivos de discapacidad. Partiendo de estas circunstancias, se ofrece primero una visión de conjunto del nivel de estudios de las personas con discapacidad en general y distinguiendo después dos grupos: quienes iniciaron el proceso en edad temprana (antes de los 16 años: algo más de medio millón de personas) y quienes lo iniciaron después de esa edad. En segundo lugar, se aborda el nivel de formación de las personas con discapacidad en edad laboral (16-64 años). En tercer lugar, el tipo de estudios que seguían en el momento de aplicarse la encuesta las personas con limitaciones de más de 15 años (formación continua, a la que accedían unas 115.000 personas). Por último, se describen los itinerarios escolares que seguían los niños y niñas con discapacidad entre seis y 15 años (algo menos de 80.000 personas).

5.1. Nivel educativo en general y según la edad de inicio de la discapacidad

En términos globales y en continuidad con lo que ocurría diez años antes, el nivel de estudios de las personas con discapacidad es mucho más bajo que el de la población general de España. Así, la proporción de analfabetismo (10,9%) es casi cinco veces mayor que la media general del país en 2008 (2,4%) y quienes no han completado estudios primarios son cuatro veces más (34,2%, frente a 8,9%); en el extremo opuesto, las personas con

estudios universitarios son tres veces menos (7,3%) que la media española (22,8%). El factor edad puede sesgar mucho las anteriores comparaciones ya que la proporción de personas con discapacidad con más de 64 años (57,4% del colectivo) es muy superior a la de la población general (16,5%). Tiene más interés comparar los niveles educativos en el tramo de edad laboral, entre 16 y 64 años, lo que haremos en el próximo apartado.

La distribución general de niveles educativos varía notablemente por sexos: la tasa femenina de analfabetismo entre las personas con discapacidad es mucho mayor (13,1%) que la masculina (7,3%) y los hombres con título universitario bastantes más (9%) que las mujeres (5,8%).

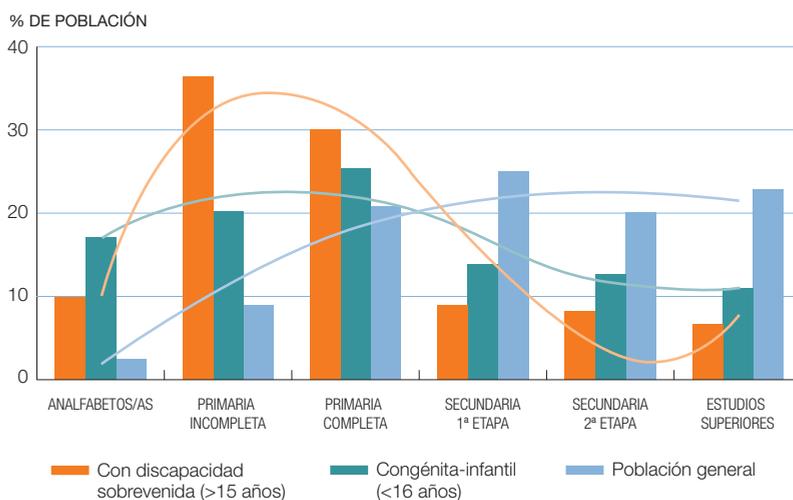
Si atendemos al origen de las discapacidades, los niveles más bajos de formación se dan entre quienes presentan deficiencias múltiples (el 59% no ha terminado estudios primarios), mentales (56%) y del lenguaje, habla y voz (53%). En estos tres casos la tasa femenina supera siempre el 60% mientras que la masculina ronda el 50%. En el polo opuesto, los niveles más altos corresponden a quienes padecen deficiencias del sistema nervioso (9% con estudios superiores, con equilibrio de ambos sexos) o del oído, en este caso con un diferencial importante entre hombres (10% con título superior) y mujeres (5%).

La escolarización de la población se produce casi exclusivamente en la edad infantil y juvenil, por lo que conviene distinguir el nivel de estudios alcanzado por quienes ya tenían discapacidad en ese tramo de edad (medio millón) y el resto (3 millones); estos últimos, en principio, tendrían que atenerse a los niveles medios de estudios de la población general sin discapacidades. Tal como se indicaba en el estudio cualitativo ya citado de Colectivo Ioé y Cimop, «en los casos sobrevenidos (después de los 16 años) ya se ha producido la socialización familiar y educativa; además, en muchos casos también existe –previa a la aparición de la afección– una trayectoria laboral más o menos consolidada, así como la formación de un hogar-familia propio. De este modo, la discapacidad no “marca” la construcción de la identidad del sujeto, que ya estaba previamente configurada en su infancia» (Colectivo Ioé y Cimop, 1998: 233). El 58% de los casos de discapacidad congénita-infantil se iniciaron en el parto o en el primer año de vida, y el restante 42%, después de cumplir un año y antes de cumplir 16. Por tanto, la mayoría se escolarizó encontrándose en situación de discapacidad.

El gráfico 5.1 recoge el nivel de estudios de ambos grupos (discapacidad congénita-infantil y sobrevenida después de los 15 años) y de la población general. Se puede observar que las personas con discapacidad congénita o adquirida en la infancia registran doble tasa de analfabetismo pero, a la vez, una tasa mayor de titulaciones secundarias y superiores que quienes iniciaron su discapacidad en la vida adulta. Lo primero se explica teniendo en cuenta la gravedad de algunas discapacidades perinatales que afectan a la capacidad mental; sin embargo, en los casos restantes la discapacidad no ha sido un obstáculo para alcanzar un nivel de estudios que supera la media de las personas con discapacidad sobrevenida después de los 15 años, aunque lejos de la media general de la población. Los casos de discapacidad perinatal e infantil están menos influidos por la posición socioeconómica de los hogares que los casos sobrevenidos en la vida adulta, más ligados a enfermedades y accidentes, cuya prevalencia es mayor en las clases bajas, que tienen menos estudios.

GRÁFICO 5.1

Nivel de estudios de las personas con discapacidad según el momento en que les sobrevino la limitación (antes o después de los 16 años, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, para las personas con discapacidad de seis y más años; y de la Encuesta de Población Activa para la población general de 16 y más años, media anual de 2008.

5.2. Nivel educativo de las personas en edad laboral. La cuarta parte no ha terminado educación primaria

El nivel de estudios del colectivo con discapacidades que se encuentra en edad laboral (16-64 años) sigue siendo mucho más bajo que el de la población general, si bien los resultados de ambos grupos han mejorado notablemente respecto a diez años antes (tabla 5.1). Las distancias se han recortado sobre todo en el tramo de estudios con más cualificación: la proporción de personas con título superior, que en 1999 era tres veces menor entre quienes tenían discapacidad que entre la población general, ha pasado a ser 2,2 veces menor y, del mismo modo, la distancia de quienes habían terminado la segunda etapa de educación secundaria se ha reducido más de un tercio. Sin embargo, la desigualdad se ha incrementado en el sector de población que no ha terminado educación primaria, es decir, que ha abandonado tempranamente la escuela: de ser tres veces mayor en 1999 han pasado a ser cinco veces más en 2008.

TABLA 5.1

Nivel de estudios de la población con discapacidades en edad laboral y comparación con la población general de España (1999 y 2008, en porcentaje)

	ANALFABETOS /AS	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA 1ª ETAPA	SECUNDARIA 2ª ETAPA*	ESTUDIOS SUPERIORES*	Total
Personas con discapacidades (16-64 años)							
Hombres 2008	6,5	16,0	31,5	16,7	17,7	11,6	(703.697)
Mujeres 2008	6,9	19,2	31,1	15,8	14,9	12,1	(778.277)
Total 2008	6,7	17,6	31,3	16,2	16,3	11,9	(1.481.974)
Total 1999	10,8	24,1	37,0	13,7	9,2	5,2	(1.309.821)
Diferencia 1999-2008	-37,8	-26,8	-15,4	18,3	76,7	128,4	
Población general de España (16-64 años)							
Hombres 2008	0,9	3,5	15,5	31,2	23,2	25,6	(15.582.000)
Mujeres 2008	1,1	4,3	15,4	27,8	24,1	27,3	(15.211.500)
Total 2008	1,0	3,9	15,5	29,5	23,6	26,4	(30.793.300)
Total 1999	1,3	9,7	32,6	19,3	20,3	16,9	(28.981.922)
Diferencia 1999-2008	-21,8	-59,8	-52,5	53,0	16,5	56,4	

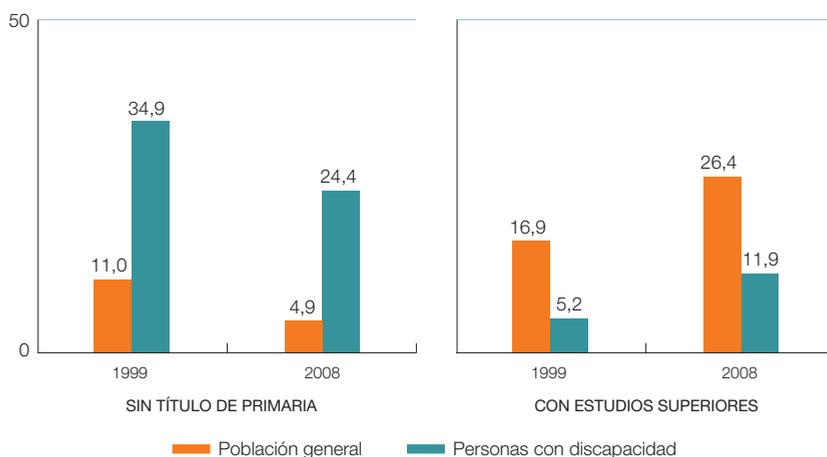
Fuente: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999, para las personas con discapacidad; y Encuesta de Población Activa, para la población general (media anual de 1999 y 2008).

(*) *Secundaria 2ª etapa* incluye bachillerato y ciclos medios de formación profesional; *Estudios superiores* incluye enseñanzas técnico-profesionales de grado superior y estudios universitarios.

Las diferencias por sexos son menos relevantes y tanto entre las personas con discapacidad como en la población general las mujeres con estudios superiores en edad laboral son ya más numerosas que los hombres. Llama la atención especialmente el incremento de títulos universitarios en el colectivo con discapacidades, cuya tasa ha crecido más del doble que en la población general (gráfico 5.2).

GRÁFICO 5.2

Evolución de la tasa de personas con discapacidad sin estudios primarios y con título universitario, en relación con la población general (1999-2008, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, para las personas con discapacidad de seis y más años; y de la Encuesta de Población Activa para la población general de 16 y más años, media anual de 2008.

El nivel de estudios de la población con discapacidades en edad laboral (16-64 años) varía bastante por comunidades autónomas. Hemos elaborado un índice a partir del nivel de estudios terminados mediante una escala de cero a diez con el siguiente criterio: analfabetos, cero puntos; primaria incompleta, dos puntos; primaria completa, cuatro puntos; secundaria 1ª etapa, seis puntos; secundaria 2ª etapa, ocho puntos; y estudios superiores, 10 puntos. De este modo, las comunidades con más alto nivel son Madrid (5,89 puntos), País Vasco y Navarra (ambas con 5,82 puntos),

Cantabria (5,66 puntos) y Aragón (5,38 puntos). El País Vasco y Cantabria son las que tienen mayor tasa con estudios universitarios (20% en ambos casos) y Madrid la que tiene más personas con 2ª etapa de educación secundaria (22%).

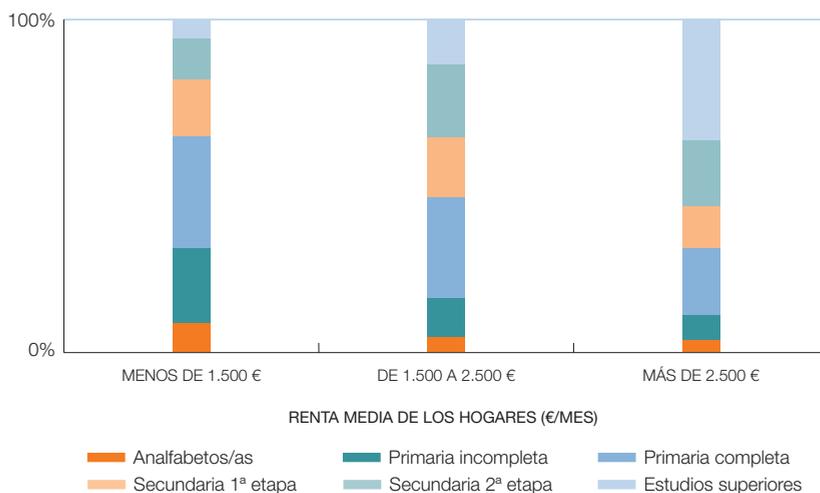
Los territorios donde las personas con discapacidad en edad laboral tienen menor nivel de estudios son Canarias (4,39 puntos), Murcia (4,45 puntos), Castilla-La Mancha (4,49) y Extremadura (4,50).

El nivel de estudios se correlaciona positivamente con el tamaño de población de los municipios. La nota media del índice es mayor en las capitales de provincia y ciudades con más de 100.000 habitantes (5,46 puntos); se sitúa en una media de 4,80 puntos en las ciudades entre 10.000 a 100.000 habitantes, y desciende a 4,52 puntos en los municipios con menos de 10.000. En especial, la proporción de personas con título universitario aumenta de forma lineal en función del tamaño poblacional: 6,7% en los pueblos; 8,4% en los municipios de 10.000 a 20.000 habitantes; 10,7% en el tramo siguiente hasta 50.000; 12,2% en el siguiente hasta 100.000; y 15,5% en las capitales de provincia y municipios de más de 100.000.

Pero la correlación más estrecha se produce entre el nivel de estudios terminados y el nivel de ingresos de los hogares en los que hay personas con discapacidad en edad laboral. Los hogares con renta mensual media inferior a 1.500 euros registran una media de 4,39 puntos, los de 1.500 a 2.500 euros una media de 5,65 puntos, y los de más de 2.500 euros, 6,95 puntos. El gráfico 5.3 recoge la distribución de los diversos niveles de estudios en función del nivel de renta. Se puede observar que la proporción de personas con título universitario en los hogares de más renta (36,6%) casi triplica a la de los hogares intermedios (13,8%) y es seis veces mayor que en los hogares de menos renta (5,7%). En el extremo contrario, las personas que no han terminado estudios primarios, incluidas las que no saben leer y escribir, son tres veces más numerosas en los hogares con menos ingresos (31,1%) que en los hogares con rentas altas (10,9%), y duplican a los de renta intermedia (16,1%).

GRÁFICO 5.3

Nivel de estudios de las personas con discapacidad entre 16 y 64 años por niveles de renta de los hogares (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

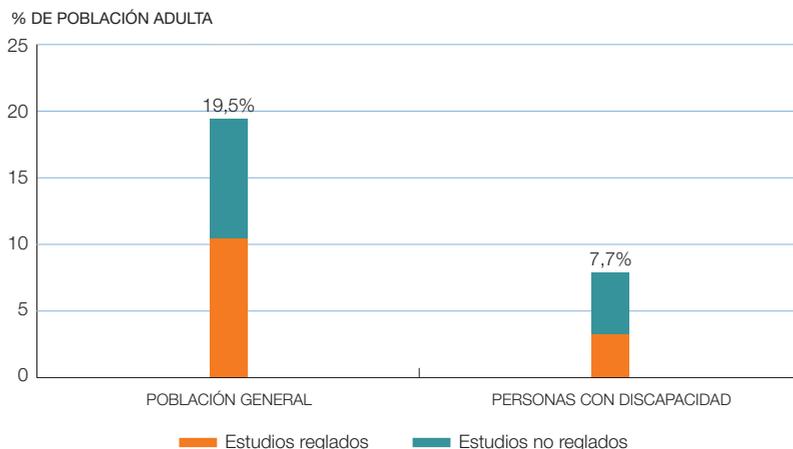
Por último, resulta también expresiva la mayor cualificación académica de la población inmigrante con discapacidades entre 16 y 64 años en relación con la autóctona. Si la nota media general es de 5,05 puntos, la de las personas nacidas fuera de España es de 6,32 puntos. Por grupos de países, la nota más alta la registran los procedentes de Canadá y Estados Unidos (6,96 puntos), seguidos de los oriundos de América Latina (6,94 puntos) y Europa sin incluir a España (6,43 puntos). Por debajo de la media española se sitúan los procedentes de Asia (4,89 puntos) y África (3,99 puntos). De los dos países latinoamericanos con más inmigración en 2008 (Ecuador y Colombia), ninguna persona entrevistada era analfabeta, y destacaba Colombia por el número de titulados superiores (28,6%) y Ecuador por el de titulados en segunda etapa de secundaria (45,8%). En cuanto a los migrantes de países europeos, el puntaje medio de los procedentes de la UE25 es algo superior (6,08 puntos) al de los oriundos de Rumania y Bulgaria (5,67).

5.3. Formación permanente: baja tasa de seguimiento de cursos

Según la encuesta de 2008 las personas que seguían algún estudio, reglado o no reglado, eran el 7,7% de la población con discapacidad en edad laboral, tanto hombres como mujeres, lo que en números absolutos equivale a 115.000 personas. Esta tasa es muy inferior a la de la población general en España que, según la Encuesta de Población Activa de aquel año, llegaba al 19,5% (casi tres veces más). El gráfico 5.4 recoge estas diferencias distinguiendo la proporción de estudios reglados y no reglados.

GRÁFICO 5.4

Personas adultas con discapacidad que siguen estudios reglados y no reglados, en relación con la población general (2008, en porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, para las personas con discapacidad de 16 a 64 años; y de la Encuesta de Población Activa para la población general de 16 a 55 años, media anual de 2008.

Los estudios no reglados son más frecuentes entre las personas con discapacidad (59% de quienes siguen estudios) que entre la población general (47%). Casi la mitad corresponde a cursos de duración inferior a seis meses, algo más de un tercio duran más de seis meses, y la quinta parte son cursos de formación profesional ocupacional. La proporción de hombres y mujeres es similar en todos los casos salvo en los cursos de formación profesional, a los que acuden más los hombres.

Los estudios reglados más frecuentes son los universitarios (15.000 personas con discapacidad, que suponen el 35% de este conjunto), seguidos de ciclos de grado medio de formación profesional (17%), educación secundaria obligatoria (16%) y educación especial específica (13%). En todos los casos existe equilibrio de ambos sexos, salvo en los cursos de educación secundaria obligatoria, más seguidos por hombres que por mujeres.

Acuden en mayor proporción a cursos de formación permanente quienes tienen deficiencias mentales (sobre todo cursos no reglados) o del lenguaje, habla y voz (principalmente cursos reglados); y en mejor proporción quienes padecen deficiencias viscerales o trastornos múltiples. El resto se sitúa en las tasas medias.

5.4. Escolarización de niños y niñas con discapacidad entre seis y 15 años

En la encuesta de 2008 presentaban alguna discapacidad 78.000 personas entre seis y 15 años, es decir, el 1,8% de la población total en ese tramo de edad (correspondiente con la etapa establecida de escolarización obligatoria). El reparto por sexos se inclinaba más por los chicos (51.000, 2,3% de esa edad) que por las chicas (27.000, 1,3%). A continuación recogemos algunas informaciones relativas a la escolarización de estas personas.

El 97,2% de las personas con discapacidad estaba escolarizado, lo que supone que el 2,8% (en torno a 2.000) no acudía a la escuela por diversos motivos. La situación supera el 10% en los chicos con limitaciones de visión (14%), en las chicas con problemas para realizar las tareas domésticas (12%), en los chicos con deficiencias del sistema nervioso (14%) y en las chicas con problemas de lenguaje, habla y voz (22%). En todos los casos se trata de números absolutos bajos, pero que afectan a una cuestión que puede ser vital para la inserción en la vida adulta de las personas afectadas.

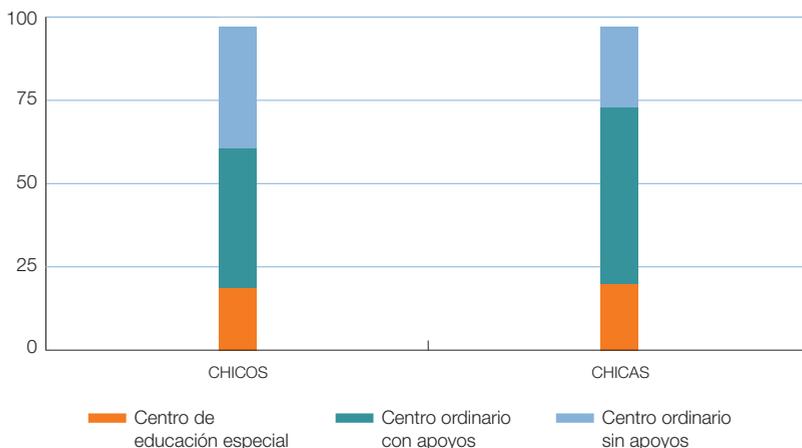
La mayoría del alumnado con discapacidades acude a centros públicos (70%) y privados concertados (27,9%). Tan sólo el 1,9% acude a centros privados sin concierto. Por sexos, hay una ligera prevalencia de las chicas en centros públicos (73,4%) y de los chicos en privados concertados

(29,1%). En cuanto a la media del alumnado en el conjunto de España, que acudía en 2008 a centros de titularidad pública en el 67,3% de los casos, los niños y niñas con discapacidad presentan 2,7 puntos más en ese tipo de centros.

La escolarización se produce en tres modalidades básicas: centros ordinarios sin ningún tipo de apoyo especial (32%); centros ordinarios en régimen de integración o recibiendo apoyos especiales (46%); y centros o aulas de educación especial (19%). Los chicos tienen una presencia relativa mayor en centros ordinarios sin apoyo (37%, por el 24% de ellas), y las chicas en centros ordinarios en régimen de integración (53%, por el 42% de ellos). La asistencia a centros de educación especial es equivalente en ambos sexos (uno de cada cinco). El gráfico 5.5 recoge estas diferencias.

GRÁFICO 5.5

Tipo de escolarización de los chicos y chicas con discapacidad entre seis y 15 años (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

A diferencia de otros países, la política española de educación promueve la integración del alumnado con discapacidades en centros ordinarios, con los apoyos y adaptaciones necesarios: «siempre que sea posible, el

alumnado con necesidades educativas especiales debe ser escolarizado en régimen de integración y, de acuerdo con los principios de normalización y sectorialización, en el centro educativo que le corresponda o en el más cercano al lugar donde desarrolla su vida. La escolarización en unidades o centros específicos de educación especial sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no queden satisfechas en el centro ordinario, y durará únicamente el tiempo que la disminución o discapacidad haga imposible la integración» (Consejo Económico y Social, 2004: 69).

Por tipos de discapacidad, quienes más recurren a centros o aulas de educación especial son los niños y niñas con problemas para realizar las tareas del hogar (37%), los que presentan dificultad para relacionarse (34%) y los que tienen dificultades de movilidad (31%) y autocuidado (30%). En cambio, quienes tienen discapacidades de audición y visión acuden con más frecuencia a centros ordinarios sin ningún tipo personalizado de apoyo (52 y 43%, respectivamente). La asistencia a centros ordinarios en régimen de integración es más habitual entre quienes presentan limitaciones para la comunicación y las relaciones personales.

Por tipos de deficiencia, la mayoría de quienes tienen trastornos osteoarticulares (69%) y más de la mitad del alumnado con problemas del oído y de la vista se encuentran en centros ordinarios sin ningún tipo de ayuda. En cambio, casi la mitad de quienes padecen deficiencias múltiples –que afectan a varios órganos a la vez– (42%) y la cuarta parte de las personas afectadas por trastornos mentales y del sistema nervioso acuden a centros o aulas de educación especial.

El absentismo escolar debido a la discapacidad es elevado (más de un mes sin ir al colegio en el curso anterior) en el 14,5% de los casos, y menos grave (entre una semana y un mes) en el 23%. Los dos tercios restantes faltaron al colegio menos de una semana a lo largo de todo el curso. El absentismo por razón de la discapacidad fue algo mayor entre las chicas (el 43% faltó a clase más de una semana) que entre los chicos (35%).