

La inserció laboral de les persones amb discapacitats

Colectivo Ioé

(Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada
i Walter Actis)



La integració social de les persones amb discapacitats és una problemàtica latent en el context actual de la societat espanyola i, si bé en els darrers anys s'ha avançat en el disseny de polítiques d'inserció, queda una gran part del camí per recórrer per poder parlar de «normalització». El nombre de persones que presenten algun tipus de discapacitat arriba actualment als 3,5 milions, gairebé una desena part de la població espanyola.

El present estudi té la virtut d'aproximar-nos a la problemàtica d'aquest col·lectiu mitjançant la recopilació i l'anàlisi inèdites dels resultats de l'última Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística. En la primera part del treball, els autors ofereixen una radiografia sobre les discapacitats més freqüents en la població espanyola i el sistema d'ajudes i prestacions encaminades a facilitar-ne la rehabilitació. Una de les conclusions més reveladores indica que, a Espanya, les condicions de vida i de treball són més nocives per a la salut i la seguretat laboral que en altres països del nostre entorn europeu.

La segona part constitueix la pedra angular de l'estudi: aborda la inserció laboral del col·lectiu amb discapacitats, que continua sent escassa i registra la taxa més baixa de tots els països de la Unió Europea. En la nostra societat, només un 24% de les persones amb discapacitat en edat laboral accedeixen a una feina remunerada. D'altra banda, la reserva de places que estableix la llei com a forma de discriminació positiva cap a aquest col·lectiu, s'incompleix de manera sistemàtica tant per part de les empreses privades com de l'administració pública.

La inserció laboral de les persones amb discapacitats

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

Edició electrònica disponible a Internet:
www.estudis.lacaixa.es



© Colectivo Ioé (Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada i Walter Actis)
© Fundació "la Caixa", 2003

La responsabilitat de les opinions emeses en els documents d'aquesta col·lecció correspon exclusivament als seus autors. La Fundació "la Caixa" no s'identifica necessàriament amb les seves opinions.

Edita

Fundació "la Caixa"

Av. Diagonal, 621

08028 Barcelona

Patronat de la Fundació "la Caixa"

President

Josep Vilarasau Salat

Vicepresidents

Salvador Gabarró Serra

Jordi Mercader Miró

Isidre Fainé Casas

Antoni Brufau Niubó

Alejandro Plasencia García

Patrons

Ramon Balagueró Gañet

M.^a Amparo Camarasa Carrasco

Marta Corachán Cuyás

Ricard Fornesa Ribó

Maria Isabel Gabarró Miquel

Manuel García Biel

Javier Godó, Comte de Godó

M.^a Begoña Gortázar Rotaache

Jaume Iglesias Sitjes

Federico Mayor Zaragoza

Miquel Noguera Planas

Rosa Novell Bové

Justo Novella Martínez

Vicenç Oller Compañ

Montserrat Orriols Peitivi

Magí Pallarès Morgades

Antoni Pie Mestre

Manuel Raventós Negra

Luis Rojas Marcos

Lluc Tomás Munar

Francesc Tutzó Berrasar

Josep Francesc Zaragoza Alba

Secretari (no patró)

Alejandro García-Bragado Dalmau

Col·lecció Estudis Socials

Director

Josep M. Carrau

ÍNDEX

	PÀG.
PRESENTACIÓ	7
<hr/>	
INTRODUCCIÓ	9
<hr/>	
Primera part: LES PERSONES AMB DISCAPACITATS A ESPANYA	
<hr/>	
I. CLAUS PER ENTENDRE LES DISCAPACITATS	15
1.1. Dels enfocaments tradicionals al model de l'Organització Mundial de la Salut	15
1.2. Evolució de la política espanyola sobre discapacitats	23
1.3. El context europeu. La inserció laboral de les persones amb discapacitats	25
<hr/>	
II. DISCAPACITATS MÉS FREQUENTS ENTRE LA POBLACIÓ ESPANYOLA	30
2.1. Persones afectades segons tipus de discapacitat. Incidència entre la població en edat laboral per sexes	31
2.2. Grau de severitat i pronòstic evolutiu de les discapacitats. La majoria de les persones afectades en edat laboral poden treballar	40
2.3. Persones amb discapacitats per grups d'edat	43
2.4. Prevalença de les discapacitats segons el nivell socioeconòmic de les famílies	45
2.5. Prevalença per comunitats autònomes i províncies	46
2.6. Prevalença segons la mida del municipi	50

III. ORIGEN DE LES DISCAPACITATS	51
3.1. Persones en edat laboral amb discapacitats segons el tipus de deficiències que les ha provocat	52
3.2. Edat d'aparició de les deficiències	57
3.3. Origen de les deficiències: trastorns perinatals, malalties i accidents	58

IV. EL TRACTAMENT DE LES DISCAPACITATS	64
4.1. Rehabilitació medicofuncional	65
4.2. Rehabilitació ocupacional	68
4.3. Prestacions i ajudes	71
4.4. Ajuda familiar a les persones amb discapacitat	73

Segona part: LA INSERCIÓ LABORAL DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS

V. LA INSERCIÓ COM A PROCÉS ENTRE LA INCLUSIÓ I L'EXCLUSIÓ SOCIAL	79
5.1. La inserció social durant les diverses etapes de la vida	79
5.2. Principals vies d'inserció de les persones amb discapacitats	82
5.3. Itineraris escolars: baixa qualificació del col·lectiu	86
5.4. Pensions: principal via d'inserció dels homes	90
5.5. Treball domèstic: principal via d'inserció de les dones	93

	<u>PAG.</u>
VI. ACCÉS AL TREBALL REMUNERAT	95
6.1. Baixa taxa d'activitat. Causes adduïdes per no buscar feina	95
6.2. Taxes d'activitat, ocupació i atur en funció de diverses variables	99
6.3. Canvis laborals quan sobrevé la discapacitat	104
6.4. Sector d'activitat i situació professional de les persones ocupades	107
6.5. Principals ocupacions	110
6.6. Tipus de contractació segons la mida i la titularitat de les empreses	114
6.7. Treball protegit	117
6.8. Escàs accés a l'ocupació a través de la quota de reserva del 2%. Posició dels empresaris	121
VII. PERSONES AMB DISCAPACITATS QUE BUSQUEN FEINA	123
7.1. Taxes d'atur per sexes, grups d'edat i regions	123
7.2. Durada de l'atur	126
7.3. Mètodes utilitzats per buscar feina	127
7.4. Raons per les quals no troben feina. Reticències del sector empresarial	128
7.5. Expectatives laborals	133
VIII. PRINCIPALS CONTEXTOS DE LA INSERCIÓ SOCIAL	136
8.1. La família	137
8.2. El context economicolaboral	143
8.3. Les polítiques socials	147
8.4. Les associacions d'afectats	150
8.5. L'opinió pública davant les discapacitats. Actituds bàsiques	156

	<u>PAG.</u>
IX. BALANÇ	163
9.1. La població amb discapacitats a Espanya	163
9.2. Principals vies d'inserció en edat laboral	166
9.3. Espanya registra la taxa d'ocupació més baixa de la Unió Europea. Doble discriminació de les dones	167
9.4. Taxa d'atur més alta i més aturats de llarga durada	169
9.5. Majoria d'inactius i aturats. Per què?	169
9.6. Principals institucions amb incidència en el camp de les discapacitats. Algunes propostes	171
<hr/>	
ANNEX ESTADÍSTIC	175
<hr/>	
BIBLIOGRAFIA	188
<hr/>	

Presentació

La integració social de les persones amb discapacitats és una problemàtica latent en el context actual de la societat espanyola i, si bé en els darrers anys s'ha avançat en el disseny de polítiques d'inserció, queda una gran part del camí per recórrer per poder parlar de «normalització». El nombre de persones que presenten algun tipus de discapacitat arriba actualment als 3,5 milions, gairebé una desena part de la població espanyola.

El present estudi té la virtut d'aproximar-nos a la problemàtica d'aquest col·lectiu mitjançant la recopilació i l'anàlisi inèdites dels resultats de l'última Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística. En la primera part del treball, els autors ofereixen una radiografia sobre les discapacitats més freqüents en la població espanyola i el sistema d'ajudes i prestacions encaminades a facilitar-ne la rehabilitació. Una de les conclusions més reveladores indica que, a Espanya, les condicions de vida i de treball són més nocives per a la salut i la seguretat laboral que en altres països del nostre entorn europeu.

La segona part constitueix la pedra angular de l'estudi: aborda la inserció laboral del col·lectiu amb discapacitats, que continua sent escassa i registra la taxa més baixa de tots els països de la Unió Europea. En la nostra societat, només un 24% de les persones amb discapacitat en edat laboral accedeixen a una feina remunerada. D'altra banda, la reserva de places que estableix la llei com a forma de discriminació positiva cap a

aquest col·lectiu, s'incompleix de manera sistemàtica tant per part de les empreses privades com de l'administració pública.

L'exclusió del mercat laboral d'un 76% de persones amb discapacitats en edat de treballar continua sent un percentatge extremadament elevat, sobretot quan els experts coincideixen que la principal via de normalització social d'aquest col·lectiu resideix en les seves possibilitats d'inserció laboral.

Amb la publicació d'aquest volum, la Fundació "la Caixa" –que disposa d'un programa específic destinat a col·lectius en situació o risc d'exclusió social– pretén contribuir, des de la coherència amb la seva línia d'actuació, a fomentar la reflexió i la sensibilitat social sobre una qüestió que afecta una de cada tres llars espanyoles. Els autors de l'estudi, Miguel Ángel de Prada, Carlos Pereda i Walter Actis, pertanyents al col·lectiu IOÉ, apunten, d'altra banda, noves estratègies de futur basades a considerar les limitacions no com una anormalitat, sinó més aviat com una diferència.

L'abordatge d'aquesta qüestió s'ha de dur a terme necessàriament no solament amb polítiques actives, sinó també amb un canvi de mentalitat. Sovint, les limitacions es troben més en la nostra imaginació que en les persones amb determinades discapacitats.

Alejandro Plasencia

Vicepresident

Fundació "la Caixa"

Barcelona, setembre del 2003

Introducció

El punt de partida del present llibre és la recent aparició dels resultats definitius de l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències*,⁽¹⁾ aplicada per l'Institut Nacional d'Estadística a una mostra de 79.000 llars i 220.000 persones. Tot i que la metodologia d'aquesta enquesta estableix un trencament amb la que es va aplicar el 1986, la qual cosa impedeix conèixer l'evolució experimentada des d'aleshores, la seva publicació és un esdeveniment important perquè permet actualitzar la informació al voltant d'una problemàtica que afecta directament la desena part de la població espanyola o, més pròpiament, una de cada tres llars, ja que l'abordatge de les discapacitats és un *assumpte de família* més que no pas una qüestió individual.

El llibre es planteja també com una contribució a l'*Any Europeu de les Persones amb Discapacitat* (2003), establert pels ministres d'ocupació i assumptes socials de la Unió Europea a partir de les propostes del Fòrum Europeu per a la Discapacitat. Així mateix, hem seguit les recomanacions de la *Declaració de Madrid*, proclamada en el Congrés Europeu de les Persones amb Discapacitats del març del 2002, on es plantejava la necessitat d'«analitzar les condicions de vida d'aquestes persones als països de la

(1) Les principals taules de resultats van ser publicades en CD a mitjan 2002 (INE, *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados detallados*, Madrid, 2002). Prèviament s'havia publicat un *Avanç de resultats* (INE, 2001) i l'informe de *Metodologia* (INE, 2001). Per elaborar el present text, s'ha obtingut de l'INE la base completa de les microdades anonimitzades de l'enquesta, les quals han estat objecte d'una anàlisi estadística independent.

Unió, molt sovint abocades a situacions de discriminació, exclusió social i pobresa».⁽²⁾

En la primera part s'ofereix una visió de conjunt de les persones que presenten discapacitats a Espanya. A partir d'algunes consideracions generals sobre la història del tractament de les discapacitats, sobre la política espanyola i sobre el context europeu, es distingeixen els principals tipus i graus d'afecció, així com la seva freqüència o prevalença en la població a partir de diversos criteris (sexe, edat, nivell econòmic de les llars, comunitats autònomes i províncies, etc.). Es descriuen les deficiències físiques, sensorials o psíquiques que estan associades a les discapacitats i se n'analitza l'origen, tant si es tracta de malalties, accidents o trastorns de qualsevol tipus. Finalment, es recull informació sobre el tractament de les discapacitats, tant en el pla estrictament sanitari com en el de la rehabilitació ocupacional, incloent-hi la cobertura de diverses prestacions públiques i la presència de «cuidadors», generalment de la mateixa família.

La segona part aborda una qüestió crítica per a les persones amb discapacitat a Espanya: la seva escassa inserció laboral, que és la més baixa de tots els països de la Unió Europea. En efecte, només tenen feina el 24% de les persones en edat laboral, les quals, tanmateix, registren taxes d'atur i inactivitat molt més elevades que el conjunt de la població espanyola. A més d'analitzar les barreres que impedeixen o dificulten l'accés a l'ocupació, s'estudien les vies d'inserció alternatives (les *pensions* per als homes i les *feines de la llar* per a les dones), les característiques i expectatives dels qui busquen feina i les condicions de treball dels qui estan ocupats. Per acabar, es fa una reflexió al voltant dels principals contextos que influeixen en la inserció social i laboral del col·lectiu: la família, el mercat de treball, les polítiques socials i les associacions del sector, així com un panorama general de les actituds i opinions de la població espanyola amb relació a les discapacitats.

Un balanç final resumeix breument els resultats de la investigació, per a la qual cosa hem seguit l'ordre dels temes desenvolupats al llarg del

(2) Vegeu www.madriddeclaration.org

llibre, i planteja algunes propostes de caràcter general adreçades a les principals institucions que influeixen en la inserció laboral de les persones amb discapacitats.

Tot i la complexitat dels temes tractats, hem procurat presentar-los amb un estil senzill i mitjançant gràfics expressius, i hem alleugerit al màxim el text de quadres estadístics. L'annex conté una selecció de les principals taules que hem fet servir en les nostres anàlisis.

Primera part

**LES PERSONES AMB DISCAPACITAT
A ESPANYA**

I. Claus per entendre les discapacitats

Malgrat els esforços de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per definir amb precisió els estats de *salut*, *malaltia* i *discapacitat*, així com els factors contextuals que faciliten o dificulten la *integritat funcional* i la *participació social*, la manera com la població entén aquests conceptes és molt diversa i ni tan sols els experts aconsegueixen posar-s'hi d'acord.⁽¹⁾ A continuació oferim algunes claus per aproximar-nos al fenomen: en primer lloc, al·ludirem a les transformacions històriques que han tingut lloc en el camp que ens ocupa; en segon lloc, farem una breu referència al cas espanyol, bo i recollint les principals polítiques adoptades en aquesta matèria; finalment, oferirem un quadre comparatiu de la situació a la Unió Europea a partir del Panel de Llars aplicat per EUROSTAT el 1996.

1.1. Dels enfocaments tradicionals al model de l'Organització Mundial de la Salut⁽²⁾

La història de com s'han abordat les deficiències físiques o psíquiques en les diverses cultures conegudes, des de l'antiguitat fins al present, és il·lustrativa de la pluralitat de punts de vista respecte a unes limitacions

(1) Les definicions proposades per l'OMS no s'apliquen amb els mateixos criteris als països europeus. Fins ara, els esforços dels organismes internacionals per posar d'acord els governs al voltant d'un sistema de classificació i unes definicions homogènies que permetin una comparació internacional, no han donat cap fruit.

(2) En aquest apartat seguim les anàlisis realitzades pel Colectivo Ioé i CIMOP (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), Madrid.

aparentment objectives, com la ceguesa, el retard mental o l'esclerosi dels ossos. En general, els historiadors plantegen que hi ha hagut grans transformacions en els models de tractament, si bé en cada etapa històrica han coexistit les actituds de suport i de rebuig cap a les persones afectades, les quals moltes vegades depenien de la posició socioeconòmica de les famílies, amb la qual cosa es reforçaven els quadres d'exclusió a les llars més pobres.

La transformació més important va tenir lloc quan es va fer el pas d'un enfocament magicoreligiós a un altre de tecnicosecularitzat. El primer enfocament va prevaldre en totes les cultures antigues –fins a la Grècia clàssica–, va ser habitual a l'Edat Mitjana europea –fins al Renaixement– i encara perviu –més o menys amagat– en les actituds i pràctiques d'una part de la població. Per explicar la bogeria o els grans trastorns físics o sensorials es recorria a la intervenció de poders sobrehumans, que, d'aquesta manera, posaven a prova o castigaven els éssers humans per alguna mala acció; per tant, el tractament oscil·lava entre el recurs a remeis que havien demostrat la seva eficàcia en casos semblants (normalment mitjançant la màgia i la intervenció de bruixots o xamans, però també a través de massatges, banys, herbes, etc.) i la prostració passiva i culpabilitzada davant uns símptomes que eren objecte de rebuig i, a vegades, de mort (l'infanticidi dels nens afectats per deficiències va ser habitual en moltes cultures).

L'enfocament tecnicosecularitzat va explicar les discapacitats com a resultat d'algun accident, és a dir, eren fenòmens naturals que requerien una teràpia adequada, com les altres malalties. La medicina naturalista de Grècia va ser la precursora d'aquest corrent de pensament, amb Hipòcrates com a figura clau, i va arribar a Europa a través d'Espanya de la mà dels àrabs: «el retrobament d'Europa amb la tradició naturalista grega es produeix a través d'Espanya, pont de transmissió de la cultura àrab, i, més concretament, a través de les institucions manicomials que es crearan en aquesta època seguint la tradició dels sanatoris mentals de Fez, Metz, Bagdad i l'Hospital Mansur del Caire».⁽³⁾ Els primers psiquiàtrics amb un enfocament rehabilitador establerts a Europa es van crear a València (1409), Saragossa (1425) i Sevilla (1436). En aquestes institucions s'aplicaven tractaments

(3) Aguado, A. L. (1995): *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial, Madrid, pàg. 80.

orientats a la reinserció social dels *pacients*, entre els quals es podien trobar rudiments de psicoteràpia i laborteràpia, educació especial de sordmuts i cecs, etc. L'humanisme renaixentista va reforçar aquestes tendències i les institucions manicomials, de dimensions reduïdes i orientades a la rehabilitació, es van expandir per tot Europa.

Això no obstant, l'orientació d'aquesta revolució humanista en el tractament de les discapacitats es va omplir de seguida d'ombres. L'internament es va massificar, i va donar lloc a l'amuntegament, i les tasques terapèutiques es van substituir per la custòdia i la cronificació dels atesos. Com va analitzar magistralment Foucault, durant els segles XVII i XVIII es va abandonar la concepció religiosa de la malaltia, però «es va fabricar la bogeria» i les primitives cadenes van ser substituïdes per corretges i control panòptic.⁽⁴⁾

Entre finals del segle XIX i la Segona Guerra Mundial es van produir importants progressos en la identificació i l'explicació de molts trastorns, relacionats tant amb factors físics (bioquímics, traumàtics o perinatals) com psíquics (formes d'aprenentatge o de socialització infantil). A més, els governs es van implicar més activament a favor de l'atenció educativa i assistencial de les persones amb discapacitats, si bé amb la prevalença de l'etiquetatge i una política més aviat paternalista (protecció social a través de pensions), que van reforçar la dependència de les institucions i noves formes de discriminació social i laboral.

Finalment, a la segona meitat del segle XX van tenir lloc noves transformacions que posaven l'accent, sobretot, en l'origen social de les discapacitats i, com a correlat, en la prevenció, la rehabilitació i la inserció comunitària. Enfront de la intervenció individualitzada tradicional i l'internament en els casos més greus (psiquiàtrics), ara s'afavoreixen els centres de salut i els serveis comunitaris; i enfront dels «centres especials» d'educació o treball, es defensa la inclusió i normalització escolar i laboral amb els suports necessaris. Per la seva banda, les persones amb discapacitat i les seves famílies es constitueixen com a moviment social o grup de pressió cada vegada més actiu, a través d'associacions, per defensar els seus drets.

(4) Foucault, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*, FCE, Mèxic.

Al llarg del segle xx, el lideratge en aquest camp va passar d'Europa als Estats Units, on es van produir importants progressos en l'estudi i el tractament clínic de la deficiència mental, que després es van estendre a la resta de les deficiències. D'una manera especial, s'han desenvolupat sistemes d'intervenció que intenten evitar l'efecte estigmatitzador d'un enfocament biomèdic i assistencialista, per a la qual cosa es conjuguen dos principis:

1. Les discapacitats s'han de definir en el seu context social concret (no solament ni sobretot a partir de tests o proves mèdiques).

2. Els serveis de diagnòstic i rehabilitació han de definir amb precisió tant les *limitacions* com les *capacitats* d'aquestes persones, de cara a establir els mitjans que cal aplicar per a la seva reinserció.

En definitiva, els enfocaments més actuals intenten substituir l'etiquetatge tradicional, que s'establia partint de paràmetres objectius no modificables, per un diagnòstic dels elements que concorren en cada cas i dels suports que aquestes persones necessiten per aconseguir la millor inserció possible. El moviment *People First* («primer les persones») va condensar aquesta crítica a l'etiquetatge tradicional mitjançant un eslògan ben eloqüent: «Etiqueteu les llaunes, no les persones».

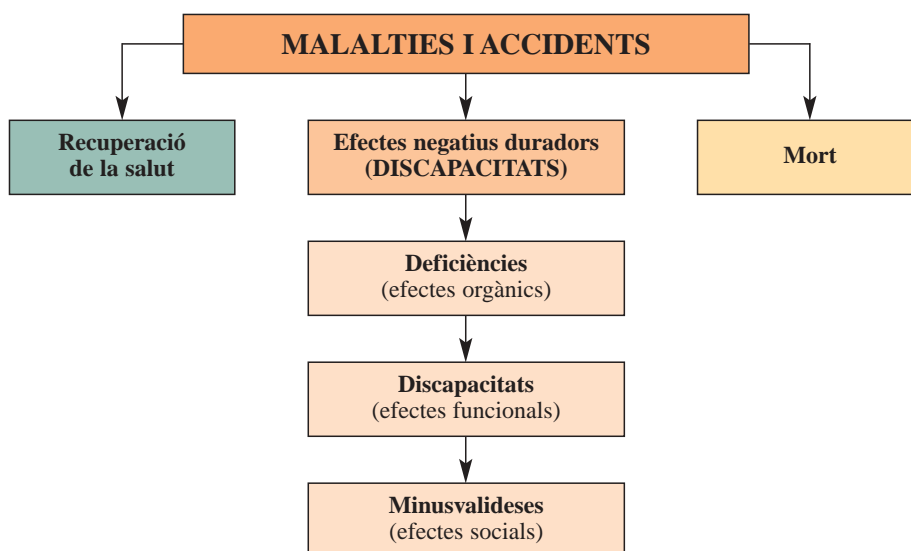
Actualment, aquests nous elements conviuen amb els heretats del passat i també amb diverses contratendències, com la burocratització i mercantilització de certs serveis, o les retallades pressupostàries que redueixen els suports econòmics i professionals imprescindibles i no faciliten la inserció social de les persones amb discapacitats. D'altra banda, algunes de les principals transformacions, com la proliferació de centres de salut i equips multiprofessionals, les mesures d'integració escolar i laboral, etc., han experimentat un desenvolupament quantitatiu important, tot i que moltes vegades no han donat els resultats esperats pels seus promotors.

Pel que fa a la definició de les discapacitats, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va fer un pas de gegant el 1980, quan va establir una *Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalidades*, en continuïtat amb la *Classificació Internacional de Malalties* que

aquest organisme havia fixat des de 1893. Es tractava d'establir un sistema comú a nivell mundial per classificar *els efectes de les malalties i els accidents, així com les seves repercussions en la inserció social dels individus*. Aquests efectes i repercussions van ser classificats per l'OMS en una seqüència tripartida: *deficiències, discapacitats i minusvalideses*,⁽⁵⁾ que recollim en el quadre 1.1 i es poden definir així:

Quadre 1.1

ESQUEMA CONCEPTUAL DE L'OMS PER CLASSIFICAR LES DISCAPACITATS (1980)



(5) El concepte *discapacitat/disability* es fa servir en català i en anglès tant per referir-se a la segona conseqüència dels efectes de la malaltia (*incapacité* en francès) com al conjunt de les tres seqüències (*handicap* en francès). Això introdueix en les llengües anglesa i catalana, a diferència del francès, una equivocitat en l'ús del terme, que cal resoldre en cada cas tenint en compte el context en què s'utilitza. Les altres dues seqüències dels efectes de la malaltia tenen conceptes propis en els tres idiomes: *deficiència/impairment/déficience* i *minusvalidesa/handicap/désavantage*.

- **Deficiència.** Qualsevol pèrdua o anormalitat d'una estructura o funció anatòmica, fisiològica o psicològica. Les deficiències representen trastorns *a nivell orgànic*.

- **Discapacitat.** Qualsevol restricció o absència de la capacitat funcional per realitzar activitats quotidianes en la manera o dins del marge que es considera normal per a un ésser humà. Les discapacitats representen trastorns funcionals *a nivell de la persona*.

- **Minusvalidesa.** Desavantatge social que experimenta una persona com a conseqüència de les deficiències i les discapacitats, la qual cosa limita o impedeix l'acompliment d'un rol que és normal en funció de la seva edat, sexe i altres factors culturals. Això vol dir que dues persones amb la mateixa discapacitat poden tenir o no minusvalidesa segons que trobin o no barreres per inserir-se en el seu medi social amb normalitat. Les minusvalideses representen trastorns o problemes *a nivell de la inserció en la societat*.

Les *deficiències* i les *discapacitats* permetien establir una classificació objectiva i jerarquitzada, sense que amb prou feines influïssin en la seva definició factors socials o culturals. Això no obstant, les *minusvalideses* responien a una altra lògica classificadora que no depenia dels factors o atributs de l'individu, sinó de les circumstàncies que envoltaven la persona. Una mateixa discapacitat podia donar lloc a quadres de minusvalidesa en un context cultural i en un altre no; fins i tot, dins d'una mateixa societat, aquesta discapacitat podia provocar més minusvalideses entre els homes que entre les dones, o afectar més els pobres que els rics; i també es podia donar el cas que dues persones amb característiques semblants i del mateix context social donessin lloc o no a minusvalideses en funció de les estratègies que despleguessin per inserir-se en la societat, és a dir, segons quina fos la seva actitud per fer front a les seves discapacitats.

El 2001, l'Organització Mundial de la Salut va revisar la classificació de 1980,⁽⁶⁾ i va ampliar el concepte de discapacitat a *qualsevol alteració en la condició de salut d'un individu que pot generar dolor, patiment o*

(6) Organització Mundial de la Salut (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

interferència amb les activitats diàries. La nova classificació inclou tant els aspectes *positius* com els *negatius* amb relació als estats de salut i fent referència expressa als factors contextuals que influeixen en el funcionament de la salut i en la realització personal dels individus amb discapacitats. Els canvis operats són importants:

- La classificació de 1980 es plantejava com a complementària de la Classificació Internacional de Malalties (CIM) i definia la discapacitat com un efecte negatiu durador de les malalties (incloent en aquest concepte els traumes i els accidents). En canvi, la recent Classificació Internacional del Funcionament de la Salut (CIF) intenta completar la CIM en un altre sentit: totes dues classificacions es refereixen a l'estat de salut de les persones, en un cas fent el *diagnòstic* de malalties, trastorns i altres condicions de salut (CIM) i en l'altre el *funcionament* tant dels estats de salut com de discapacitat.

- La discapacitat es defineix ara en estreta relació amb els components de salut i amb els factors contextuals –personals i ambientals– que influeixen i condicionen la qualitat de vida: «La discapacitat és definida com el resultat d'una complexa relació entre la condició de salut d'una persona i els seus factors personals, i els factors externs que representen les circumstàncies en què viu aquesta persona. A causa d'aquesta relació, els diferents ambients poden tenir efectes diferents en un individu amb una condició de salut. Un entorn amb barreres, o sense facilitadors, restringirà l'execució/realització de l'individu, mentre que altres entorns que siguin més facilitadors poden incrementar-la. La societat pot dificultar l'execució/realització d'un individu tant perquè creï barreres (per exemple, edificis inaccessibles) o perquè no proporciona elements facilitadors (per exemple, baixa disponibilitat de dispositius d'ajuda)».⁽⁷⁾ D'aquesta manera, es passa d'una concepció més aviat estàtica a una concepció dinàmica de les discapacitats, com un estat de salut negatiu que cal evitar tant per la via preventiva (condicions ambientals i actituds personals) com procurant la rehabilitació funcional i realització social més gran possible de les persones afectades.

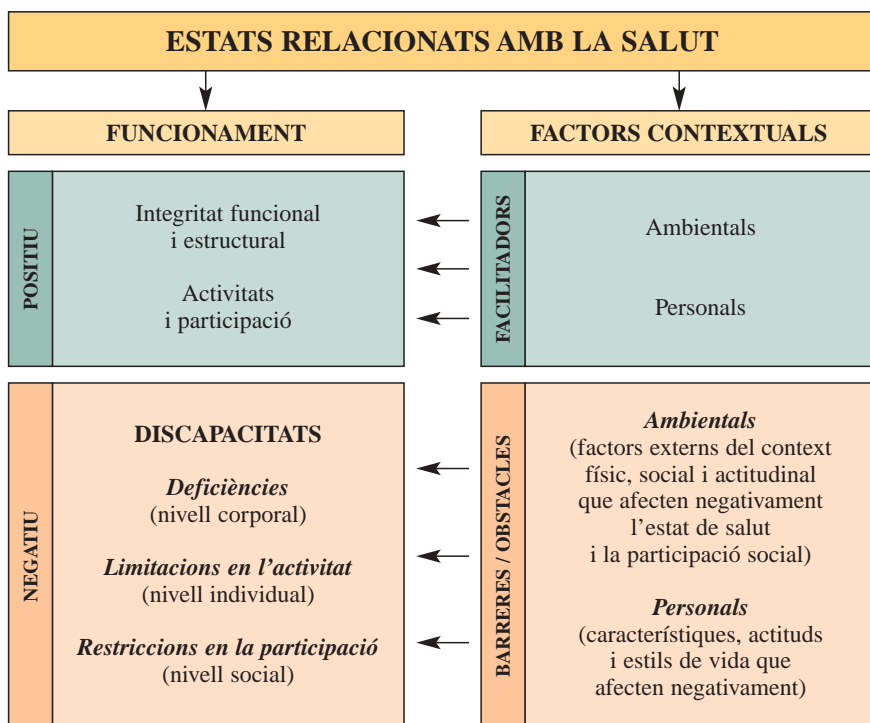
(7) *Ibidem*, pàg. 18.

- Les alteracions de la salut, en termes d'estats funcionals, es continuen anomenant *discapacitats* i abracen *tres nivells* que segueixen una lògica semblant a la classificació anterior: el *corporal* (deficiències en l'estructura corporal), l'*individual* (limitacions en l'activitat del subjecte) i el *social* (restriccions de la participació social en termes d'igualtat amb les persones de l'entorn).

El quadre 1.2 recull l'estructura de la nova Classificació Internacional del Funcionament de la Salut (CIF), que inclou d'una manera dinàmica la definició de les discapacitats. Tant les polítiques socials com el registre de les persones afectades s'hauran d'acomodar a partir d'ara a la nova classificació.

Quadre 1.2

CLASSIFICACIÓ INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMENT DE LA SALUT (CIF) ESTABLERT PER L'OMS EL 2001



1.2. Evolució de la política espanyola sobre discapacitats

La introducció a Espanya de les tendències que acabem de descriure es va produir a la saga d'altres països europeus. D'una manera especial, els anys quaranta i cinquanta del segle xx van suposar per a les persones amb discapacitat, igual que per a altres sectors de la societat espanyola, un període d'involució o estancament, que va fer recaure sobre les famílies el pes de l'atenció a les persones afectades per greus deficiències, o bé va restablir fórmules ja obsoletes de segregació crònica i ordenada dels casos més greus, com eren els centres psiquiàtrics d'aquella època. Més endavant, als anys seixanta i setanta es va iniciar una relativa obertura internacional i una incipient arrencada de l'Estat social, paral·lela al creixement econòmic, la qual cosa va comportar un notable⁽⁸⁾ encara que dispers desenvolupament legislatiu en matèria d'atenció a persones amb discapacitat. Així mateix, d'aquelles dècades data la fase més expansiva de les associacions d'afectats, que gradualment es van coordinar entre si i van crear una trama de suport mutu i de pressió davant l'administració pública.

Un esdeveniment clau en aquest procés va ser la promulgació de la Constitució democràtica de 1978 (especialment l'art. 49, que reconeix de manera manifesta el dret de les persones amb discapacitats a la seva «completa realització personal i integració social») i, quatre anys després, la Llei d'Integració Social del Minusvàlid (LISMI). La nova legislació exigeix al govern una política activa d'integració social de les persones amb discapacitat (prevenció, tractament i rehabilitació), a fi que puguin gaudir de tots els drets constitucionals, si bé la LISMI estableix des del començament una distinció significativa: «completa realització personal i total integració dels *disminuïts en les seves capacitats físiques, psíquiques o sensorials*» i «assistència i tutela per als *disminuïts profunds*». Aquesta distinció suposa el reconeixement que la plena realització personal només és possible per a una part

(8) Entre altres mesures, la Llei de Bases de la Seguretat Social (1963) va preveure la creació de centres pilot per a la rehabilitació de persones amb discapacitats, i el 1964 es va organitzar l'Escola Nacional de Teràpia Ocupacional. El 1970, un decret del govern va establir una quota del 2% per a treballadors amb minusvalidesa a les empreses de més de 50 empleats, i el 1974 es va celebrar a Madrid la Conferència MINUSVAL-74, on s'utilitza per primera vegada el terme «minusvàlid» per referir-se genèricament a tots els grups afectats.

del col·lectiu, mentre que els «disminuïts profunds» seran destinataris de mesures protectores especials. S'obren així dues vies d'inserció per a les persones amb discapacitat: una que respon al criteri de rehabilitació i normalització, i una altra que es basa en polítiques d'etiquetatge i protecció *especial*. A la pràctica, com veurem, es donarà més importància al «sistema públic de protecció social i econòmica» (Títol V de la LISMI) que a la «rehabilitació i integració laboral» de les persones amb discapacitats (Títols VI i VII de l'esmentada llei).

El sistema oficial vigent a Espanya per classificar les persones amb minusvalidesa es va dissenyar el 1984 i, en principi, pretenia acomodar-se al concepte de «minusvalidesa» elaborat per l'OMS quatre anys enrere. Això no obstant, el barem es basa gairebé exclusivament a mesurar de manera objectiva la presència i grau de «deficiències» i no en un diagnòstic dels agreujants socials (culturals, econòmics i ambientals) que dificulten una inserció social sense discriminacions. Per tant, es produeix una *medicalització de la política de discapacitats*, que implica considerar la «minusvalidesa» com una característica presumptament objectiva i immodificable dels subjectes diagnosticats com a tals. A diferència del que passa amb altres sistemes classificadors, el certificat de minusvalidesa no es planteja com a punt de partida per deixar de ser-ho, és a dir, per arribar a superar amb les ajudes institucionals oportunes la discriminació que es pateix, sinó com el reconeixement d'una situació irreversible de limitació.

Des d'una perspectiva històrica, les polítiques específiques que es basen en aquesta manera d'entendre i gestionar la «minusvalidesa» es corresponen amb les pautes etiquetadores i assistencialistes de principis de segle. Això no obstant, l'última transformació operada en el camp de les discapacitats, que va ser assumida pel recent *Pla d'acció integral per a persones amb discapacitat (1997-2002)*, prima els principis de rehabilitació i normalització i, en conseqüència, les anomenades *polítiques actives*, a fi d'aconseguir una integració social satisfactòria d'aquestes persones.⁽⁹⁾ Des d'aquesta clau, les limitacions funcionals derivades de les deficiències no es conside-

(9) Institut Nacional de Serveis Socials (1976): *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, 1997-2002*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

ren una *anormalitat*, sinó més aviat una *diferència* (com tantes altres que hi ha entre les persones) que no té per què impedir una inclusió social normalitzada. Les polítiques socials s'haurien d'orientar, en aquest cas, no pas a sancionar la impotència i alleugerir amb ajudes i pensions vitalícies aquesta suposada «incapacitat» intrínseca de la persona, sinó a corregir les barreres, prejudicis i altres factors que tenen com a efecte dificultar o impedir la seva inserció social.

1.3. El context europeu. La inserció laboral de les persones amb discapacitats

Tots els països de la Unió Europea accepten les orientacions generals de l'Organització Mundial de la Salut, així com les directrius i els programes de les Nacions Unides relatius a les persones amb discapacitats. D'una manera especial, les polítiques nacionals dels anys vuitanta i noranta van prendre com a principal referència el *Programa d'Acció Mundial per als Impedits*, aprovat per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 1982 i que proposava expressament «la participació plena dels individus amb discapacitat en la vida social, amb oportunitats iguals a les de tota la població».⁽¹⁰⁾ Això no obstant, les estadístiques dels diversos països presenten conceptes i metodologies diferents, que fan molt difícil la comparació internacional i la planificació de polítiques generals comunes. La mateixa Comissió Europea ha plantejat la necessitat d'una informació estadística i demogràfica, elaborada amb criteris homogenis, que permeti conèixer la prevalença de persones amb discapacitat als països de la Unió i, concretament, el seu grau d'inserció en el mercat laboral.⁽¹¹⁾

No obstant això, disposem d'una enquesta aplicada per encàrrec d'EUROSTAT en catorze dels quinze països comunitaris (Suècia en va quedar al marge), que permet aproximar-nos amb relativa fiabilitat als principals paràmetres de les persones amb discapacitat i de la seva inserció laboral.⁽¹²⁾

(10) El text del *Programa d'Acció Mundial*, així com el desenvolupament normatiu dels països europeus i de les organitzacions internacionals, es poden consultar a Muñoz, S. i De Lorenzo, R. (dir.) (1996): *Código europeo de las minusválidas*, Escuela Libre Editorial, Madrid.

(11) Comissió Europea (2000): *Towards a barrier free Europe for people with disabilities*, Comunicació 284.

(12) EUROSTAT (2001): *Disability and social participation in Europe*, European Commission, Luxemburg.

El *Panel de Llars de la Comunitat Europea* es va aplicar en tres onades (1994, 1995 i 1996) a unes 60.000 famílies, les quals incloïen aproximadament 130.000 persones més grans de 15 anys. A continuació, oferim el perfil resultant per a Espanya amb relació als altres països europeus i a la mitjana comunitària, basant-nos en l'enquesta de 1996 (mostra de 107.294 persones, de les quals 12.579 a Espanya).

El percentatge de persones amb discapacitat severa o moderada en edat laboral (16-64 anys) és bastant inferior a Espanya (9,9%) que en el conjunt de la Unió (14,5%). Només presenten una situació millor uns altres dos països del sud: Itàlia (7,8%) i Grècia (8,2%), mentre que són els països del nord, i Portugal, els que registren percentatges més elevats (Finlàndia, Dinamarca, Alemanya, Gran Bretanya, Holanda i Portugal tenen entre el 18% i el 23%).

Si ens limitem a les persones amb *discapacitat severa*,⁽¹³⁾ que suposen un terç dels qui es troben en edat laboral, Espanya comparteix amb Grècia la quarta millor posició (3,3%), després d'Itàlia, Irlanda i Àustria. Els països amb una proporció més gran de discapacitats severes són Portugal (7,5%), Finlàndia (6,2%) i França (6%). La mitjana comunitària és del 4,5%.

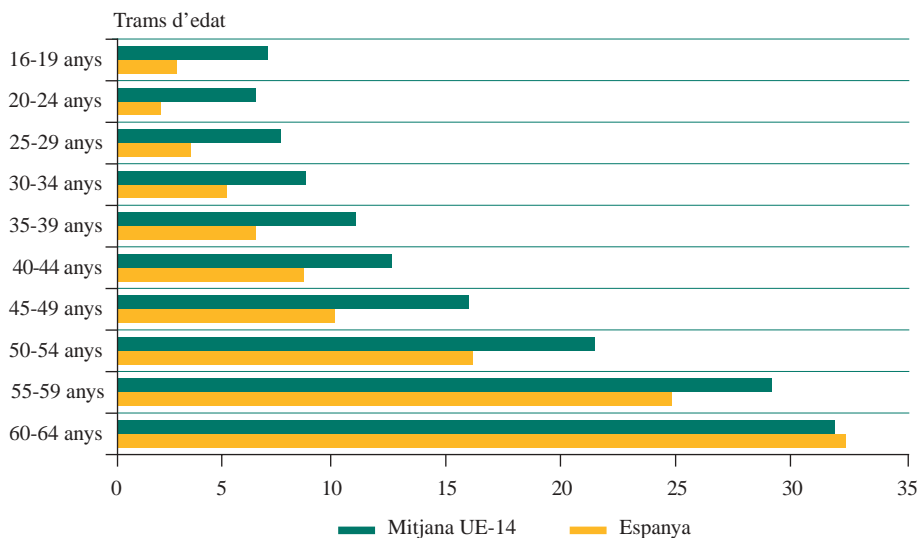
Per *sexes*, la freqüència de discapacitats és lleugerament superior en les dones que en els homes, tant a Espanya com en el conjunt d'Europa. En canvi, quan els trastorns són severes, els homes presenten, també en tots dos casos, una freqüència una mica superior. Per *trams d'edat*, la freqüència de persones amb discapacitat augmenta a mesura que avança l'edat, i Espanya és el país *amb una acceleració més gran* en aquest sentit: abans dels 30 anys les persones amb discapacitat a Espanya són tres vegades menys que la mitjana comunitària, però s'acosten a poc a poc i sobrepassen la mitjana europea a partir dels 60 anys (vegeu el gràfic 1.1).

Si tenim en compte que les discapacitats que pateixen les persones adultes tenen el seu origen en les malalties i els accidents, caldria deduir-ne que *les condicions de vida i de treball a Espanya són més nocives per a la salut i produeixen més accidents greus que a la resta de la Unió*. Per desgràcia, les

(13) El *Panel de Llars* inclou en aquest grup els qui es troben afectats *severament* en activitats de la vida diària a causa d'un problema, malaltia o discapacitat de caràcter crònic.

PERSONES AMB DISCAPACITATS A ESPANYA I A LA UNIÓ EUROPEA

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir del *Panel de Llars de la Comunitat Europea 1996* (EUROSTAT, 2001).

dades sobre accidents i estat de salut als diversos països s'elaboren amb metodologies diferents, la qual cosa dificulta en part el fet de poder corroborar aquesta afirmació. Malgrat això, de les estadístiques elaborades per EUROSTAT, se'n dedueix que Espanya ocupa el primer lloc de la Unió en sinistralitat laboral⁽¹⁴⁾ i un dels llocs més alts en accidents de trànsit.⁽¹⁵⁾ Així mateix, les persones més grans de 15 anys que resideixen a Espanya són, després de les de Portugal, les que tenen una percepció més negativa de la seva pròpia salut,⁽¹⁶⁾ i és el país més consumidor de tabac, després de Grècia, i un dels que gasta menys en salut per habitant, només per davant de Grècia i Portugal.⁽¹⁷⁾

(14) Un estudi comparatiu dels 15 països de la Unió Europea situa Espanya com el país amb un percentatge més gran d'accidents de treball (7% dels treballadors el 1998, per una mitjana comunitària del 4%) i en tercera posició per la taxa d'accidents mortals, després de Portugal i Irlanda. Dupré, D. (2001): *Les accidents du travail dans l'UE 1998-1999*. Communautés Européennes, EUROSTAT.

(15) EUROSTAT (2000): *Road Traffic Deaths, a Regions. Statistical Yearbook*.

(16) El 13,1% considera que el seu estat de salut es dolent o molt dolent, mentre que la mitjana comunitària es del 8,8%. Eurostat (1999): *Vue statistique sur l'Europe. Données 1987-1997*, Commission Européenne, Luxembourg, pàg. 38.

(17) *Ibidem*, pàgs. 44 i 72.

La inserció laboral de les persones amb discapacitat presenta a Espanya el perfil més negatiu entre tots els països europeus, seguida de prop per Irlanda i Itàlia (gràfic 1.2). De les persones amb discapacitat *severa*, només tenen treball remunerat el 13,1% a Espanya, el 13,7% a Irlanda i el 15,3% a Itàlia; entre els qui tenen discapacitat *moderada*, la pitjor posició correspon a Irlanda (27,1%), seguida per Espanya (28,7%) i Itàlia (29,6%). Es tracta de tres països de la Unió amb unes taxes d'activitat baixes en la població general, la qual cosa explica en part que siguin també els que fomenten menys l'accés a l'ocupació de les persones amb discapacitats.

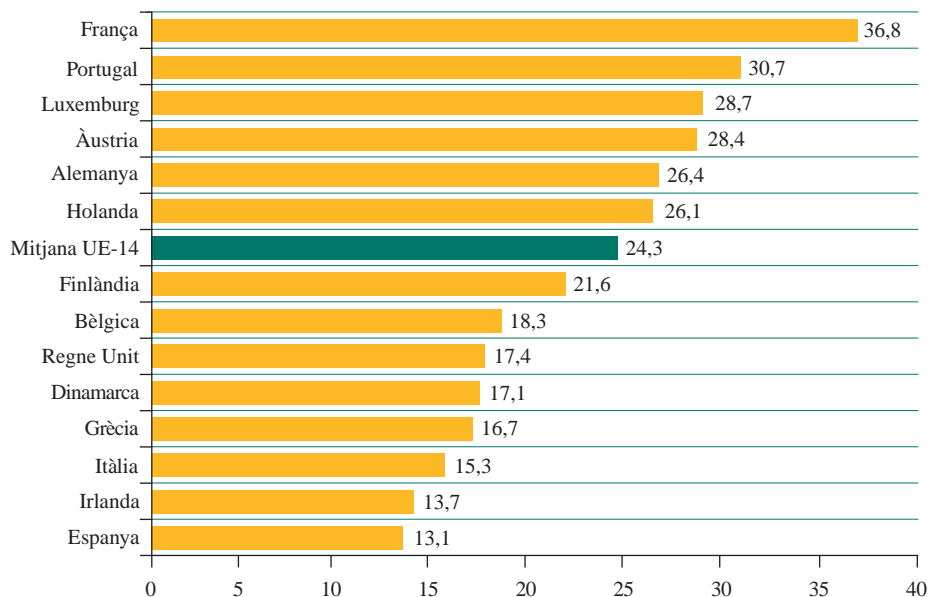
La mitjana comunitària de persones amb discapacitat severa que tenen feina és del 24,3%. Els països amb les taxes més altes són França i Portugal, precisament els més pròxims al territori espanyol. Espanya, a més, és juntament amb Itàlia el país europeu que presenta una discriminació més gran de gènere en l'accés a l'ocupació: les dones amb discapacitat severa no solament són les que registren una proporció més petita d'ocupades (9%), sinó les que es troben a una distància més gran en termes relatius de la taxa d'homes ocupats del propi país (16,6%). En el conjunt de la Unió, tenen feina el 27,9% dels homes amb discapacitat severa i el 20,5% de les dones. Només en tres països, Dinamarca, Regne Unit i Grècia, les dones estan més ocupades que els homes (taula 1.5 de l'Annex estadístic).

Segons el Panel de Llars de la Unió Europea, les persones amb discapacitat a Espanya són –després de les de Portugal– les que tenen *nivells de formació* més baixos. Tan sols el 10% dels qui presenten trastorns severes i el 13% dels qui els tenen moderats han superat el nivell d'educació secundària (quatre vegades menys que la mitjana europea: 39% i 49%, respectivament). Els nivells acadèmics més alts corresponen a Alemanya i Holanda, on dos terços de les persones amb discapacitats han superat l'educació secundària.

En torn de la meitat de les persones amb discapacitat severa en edat laboral perceben en el conjunt de la Unió Europea *pensions o ajudes econòmiques*. Espanya se situa en aquest punt en quart lloc, amb un 56% de pensionistes, després del Regne Unit, Dinamarca i Bèlgica. Pel que fa als qui tenen discapacitat moderada, només percepen pensions a la UE la cinque-

PERSONES AMB DISCAPACITAT SEVERA QUE TENEN FEINA REMUNERADA

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir del *Panel de Llars de la Comunitat Europea 1996* (EUROSTAT, 2001).

na part (21%), mentre que Espanya és el segon país amb més perceptors (28%), per darrere de Dinamarca. Aquestes dades es poden interpretar en el sentit que *Espanya afavoreix més la inserció via pensions (aspecte en el qual destaca clarament) que la inserció via ocupació (on està situada en darrer lloc)*.

II. Discapacitats més freqüents entre la població espanyola

El nombre i les característiques de les persones amb discapacitat no es van conèixer amb precisió a Espanya fins al 1986, any en què l'Institut Nacional d'Estadística va aplicar una macroenquesta a nivell estatal, basada en el sistema classificador de l'OMS. El 1999 es va dur a terme una segona macroenquesta, d'una amplitud semblant des del punt de vista mostral (79.000 llars, 218.000 persones, de les quals 20.000 amb discapacitats) i amb importants millores en la recollida d'informació,⁽¹⁾ però també amb nombrosos canvis metodològics que impedeixen conèixer amb fiabilitat l'evolució experimentada pel col·lectiu durant els tretze anys transcorreguts entre totes dues enquestes.

Els resultats de l'enquesta aplicada el 1999 no van estar a disposició dels investigadors fins a mitjan 2002 i, tot i que representen una foto fixa de la situació, permeten conèixer amb notable precisió les característiques generals del col·lectiu i, concretament, tot allò que té a veure amb la seva inserció social i laboral. En aquest capítol oferim una visió global del nombre, els tipus i els graus de discapacitat, per sexes i grups d'edat, per nivells econòmics i per regions i hàbitats.

(1) Entre les principals novetats, destaca un tractament més detallat dels graus de discapacitat, de l'estat de salut general i de les ajudes que es reben, de la formació rebuda i dels canvis produïts en l'activitat econòmica. Això no obstant, s'exclou de l'enquesta el tema de les *minusvalideses* en el sentit que l'OMS dóna a aquest concepte, és a dir, la percepció que els subjectes tenen dels efectes socials d'exclusió o desavantatge social originats per les discapacitats. Vegeu Institut Nacional d'Estadística (2001): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología*, Madrid, pàgs. 11-13.

2.1. Persones afectades segons tipus de discapacitat. Incidència entre la població en edat laboral per sexes

A Espanya, aproximadament *una de cada deu persones* té alguna discapacitat, si bé aquesta proporció varia força en funció de quina és la vara de mesurar. Així, segons l'enquesta aplicada per l'Institut Nacional d'Estadística el 1986, les persones amb discapacitats eren 5,7 milions (15% de la població total) i, tretze anys després, una altra enquesta del mateix organisme, suposadament basada en els mateixos criteris de l'Organització Mundial de la Salut, n'establia el nombre en 3,5 milions (9% de la població). ¿Vol dir això que les persones amb discapacitats s'havien reduït en 2,2 milions?: no, simplement s'havia rebaixat el llindar per definir alguns trastorns,⁽²⁾ la qual cosa va fer disminuir automàticament el volum de persones afectades.

Si ens cenyim a aquelles discapacitats que s'han recollit amb els mateixos criteris –o d'altres de molt semblants– en les enquestes de 1986 i 1999, la conclusió a què s'arriba és que s'ha produït un *notable increment de les limitacions funcionals entre aquests anys*, la qual cosa, a més, és lògica si es té en compte l'envelliment general de la població i l'increment d'alguns factors ambientals negatius, com la precarització de l'ocupació. Un recent estudi comparatiu de totes dues enquestes constata un *increment conjunt del 43% en set importants discapacitats* –tres de sensorials i quatre de psíquiques– que es van aplicar amb criteris semblants en els dos anys.⁽³⁾

(2) Un dels principals canvis metodològics entre totes dues enquestes va ser excloure totalment el 1999 el trastorn relacionat amb la *facultat de córrer* («limitació greu per córrer a pas gimnàstic 50 metres»), que el 1986 s'havia mostrat com la discapacitat més freqüent de la població espanyola, ja que afectava el 12,4% de les dones i el 8,4% dels homes (4 milions de persones entre tots dos sexes). Així mateix, es va canviar la manera de plantejar la pregunta per referir-se a la facultat de «pujar escales», segona discapacitat més freqüent el 1986 (7,8% de les dones i 5,2% dels homes, 2,5 milions de persones entre tots dos sexes). Mentre l'enquesta de 1986 plantejava la qüestió de manera independent com «una limitació greu per pujar un tram d'escales de 10 esglaons *de manera continuada i sense ajudes*», l'enquesta de 1999 incloïa el tema dins del concepte més ampli «deambular» i sense especificar que la pujada dels 10 esglaons d'escala es fes «de manera continuada i sense ajudes».

(3) Els increments per tipus de discapacitat entre 1986 i 1999 van ser els següents: veure-hi, 22,6%; sentir-hi, 5,4%; parlar-comunicar-se, 21,7%; cura personal-tenir cura d'un mateix, 77,8%; realitzar activitats de la vida quotidiana-dur a terme les feines de la llar, 75,6%; conducta amb un mateix-aprendre, aplicar coneixements i desenvolupar tasques, 47,5%; conducta amb els altres-relacionar-se amb altres persones, 91,6%. Vegeu Jiménez, A. i Casado, D.: «Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad», a *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, núm. 50, Madrid, desembre 2001, pàgs. 86-89.

Això no obstant, el volum total de persones amb discapacitat es va reduir en un 39% el 1999, ja que es van excloure aquelles discapacitats físiques que eren més habituals el 1986 (especialment, la facultat de córrer, que afectava aquell any més de quatre milions de persones).

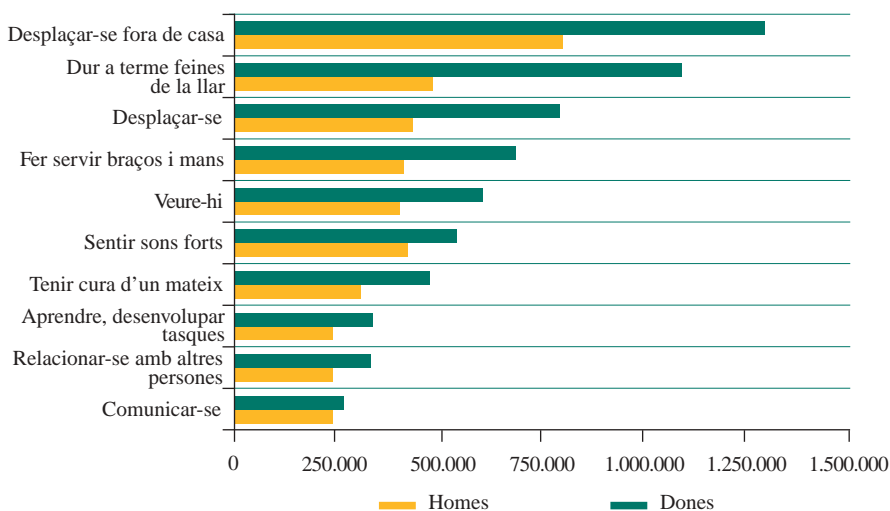
Dins del concepte de *discapacitat*, s'hi inclouen limitacions molt diverses que afecten amb més o menys gravetat les facultats que són habituals per desempallegar-se en la vida quotidiana (veure-hi, sentir-hi, desplaçar-se, desenvolupar tasques, relacionar-se amb els altres, etc.). Això no obstant, convé tenir en compte que, de les 36 discapacitats recollides en l'enquesta de 1999, les persones afectades en registren una mitjana de 6 (el 36% només una o dues), és a dir, poden exercir normalment –també com a mitjana– les 30 facultats restants. A més, el fet de tenir una discapacitat no vol dir que no es pugui dur a terme la funció o activitat corresponent; això només passa en una mica més de la quarta part dels casos (no veure-hi gens, no sentir-hi gens, no tenir cap capacitat de relacionar-se amb els altres, etc.). I, fins i tot, quan això passa, no significa que el subjecte no pugui suplir o compensar la seva limitació mitjançant l'ús d'altres facultats. És important fer aquestes matisacions des del començament, ja que *en la majoria dels casos*, sobretot entre les persones que no han arribat a una edat molt avançada, *les discapacitats representen limitacions parcials i que no necessàriament impedeixen una inserció social i laboral normalitzada*.

Per *sexes*, les dones registren en nombres absoluts moltes més discapacitats que els homes, tal com es recull al gràfic 2.1 (vegeu també la taula 1.2 a l'Annex estadístic). Això és degut, en primer lloc, al fet que hi ha més dones que homes amb discapacitats i, en segon lloc, que la mitjana de trastorns que elles presenten (6,6 per persona) és també superior al dels homes (5,5).

L'edat és un altre factor molt influent en el nombre de discapacitats: en les persones amb discapacitat en edat laboral (16-64 anys) la mitjana de discapacitats per persona és de 5, i de 7 a partir dels 65 anys.⁽⁴⁾

(4) En l'enquesta estatal anterior, aplicada el 1986, la mitjana de discapacitats per persona era de 2,3, la qual cosa confirma també el criteri més restrictiu aplicat en l'enquesta de 1999.

TIPUS DE DISCAPACITAT



Nota: Una mateixa persona pot formar part de més d'una categoria. S'hi inclouen totes les edats.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Seguidament repassarem els principals tipus de discapacitat, tot destacant-ne la freqüència o prevalença en el conjunt de la població espanyola i en el tram d'edat laboral (16 a 64 anys), sector en el qual se centra especialment el present estudi. Es farà una valoració inicial dels principals indicadors que tenen a veure amb l'activitat dels subjectes: proporció d'homes i dones que es consideren amb capacitat per treballar; taxes d'activitat, ocupació i atur; i proporció de persones ocupades en les feines domèstiques. La nostra intenció és oferir una visió de conjunt de les discapacitats que afecten la població espanyola, i destacar aquells aspectes generals que tenen més repercussió en la seva inserció laboral.

1. Trastorns en la visió

- Aquest grup de discapacitats inclou tres tipus bàsics, el més greu dels quals és la *ceguesa total en tots dos ulls*, que afecta unes 60.000 persones (0,15% de la població espanyola); la *discapacitat per a tasques visuals de conjunt*, com per exemple els bornis, que afecta una mica més de mig milió de persones (1,4% de la població total); i la *discapacitat per a tasques visuals de detall*, referida només a aquelles persones que, fins i tot amb ulleres o lentilles, tenen una gran dificultat per llegir, cosir, distingir les imatges del televisor, etc., que afecta 625.000 persones (1,6% de la població espanyola).

- Si ens cenym a les persones en edat laboral (16-64 anys), només té problemes de visió l'1,1% i de ceguesa el 0,06%. Fins i tot en aquest últim cas, que afecta en proporcions semblants homes i dones, l'absència total de visió no impedeix que es puguin inserir en la societat amb normalitat, com ho demostren a la pràctica moltes persones cegues. En conjunt, la inserció laboral de les persones amb problemes de visió és relativament elevada: la taxa d'activitat és del 40%, el 77% dels actius està ocupat i el 23% a l'atur. Nou de cada deu persones amb problemes de visió consideren que la seva discapacitat no els impedeix treballar i, en el cas de les dones, més de la meitat duen a terme habitualment les feines de la llar. Pel que fa als homes, tan sols el 4,1% assenjala com a ocupació principal el treball domèstic, però cal destacar que, dels deu grups de discapacitat, són els homes d'aquest grup els qui més realitzen les feines domèstiques.

2. Trastorns d'audició

- Com en el cas anterior, cal distingir la *sordesa total*, que afecta una mica més de 100.000 persones (0,26% de la població total), de la *dificultat per entendre una conversa a un volum normal*, que afecta 815.000 persones (2,1% de la població), i de la *discapacitat per sentir sons forts*, com una sirena, alarmes, etc., que afecta 230.000 persones (0,59% de la població).

- De les persones en edat laboral, tenen algun problema d'audició el 0,55% i sordesa total tan sols el 0,18%, una situació que afecta en una proporció més gran els homes que les dones. De tots els tipus de discapacitat, les persones

afectades per trastorns d'audició són les que troben menys dificultats per accedir al mercat de treball: el 45% es declaren actives i, d'aquestes, estan ocupades el 80%. Tot i això, cal destacar que l'accés de les dones al mercat de treball remunerat és molt inferior: la seva taxa d'activitat és del 33% i la taxa d'ocupació del 71% (per tant, hi ha un 29% d'aturades). Només el 6% de les persones amb trastorns d'audició es consideren incapacitades totalment per treballar i, pel que fa a les dones, el 58% entén com una de les seves principals ocupacions el treball domèstic (cosa que comparteixen una mica menys del 4% dels homes).

3. Dificultat per comunicar-se

- Inclou els *problemes en la parla*, com la mudesa i la tartamudesa, que afecten 173.000 persones (0,44% de la població total), i altres dificultats relacionades amb la *capacitat d'emetre o rebre missatges a través de la escriptura-lectura convencional* (415.000 persones, 1,1% de la població), *altres llenguatges alternatius* (89.000, 0,23%) o simplement *mitjançant gestos* (70.000, 0,18%). Aquests tipus de discapacitat són deguts habitualment a trastorns mentals que impedeixen al subjecte comunicar-se amb els altres.

- En l'edat laboral, els problemes de comunicació afecten el 0,49% de la població i, concretament, els de la parla el 0,26%. La taxa d'activitat d'aquest col·lectiu baixa molt amb relació als trastorns anteriors, i se situa en el 15%, afectant més negativament les dones (10%) que els homes (19%). La taxa d'atur és també més elevada entre les dones actives (36%) que entre els homes (29%). Una mica més de la quarta part del col·lectiu considera que la seva discapacitat li impedeix absolutament dur a terme qualsevol tipus de feina, situació que afecta tots dos sexes de la mateixa manera. Pel que fa a les feines de la llar, aquest és el grup de discapacitats en el qual les dones s'ubiquen menys en aquesta situació (21%).

4. Problemes per aprendre, aplicar coneixements i desenvolupar tasques

- Es refereix a persones amb dificultats greus per adquirir i aplicar coneixements a causa de deficiències cognitives o intel·lectuals (retards, demències, malalties mentals). Se'n distingeixen quatre tipus: *reconèixer persones o objectes i orientar-se en l'espai i el temps* (235.000 persones, 0,60% de la població total), *recordar informacions i episodis* (427.000, 1,1%), *entendre i executar ordres i tasques senzilles* (192.000, 0,49%) i *entendre i executar ordres i tasques complexes* (395.000, 1,0% de la població espanyola).

- En l'edat laboral, aquestes discapacitats afecten el 0,8% de la població, i una mica més de la quarta part es considera sense capacitat per treballar. La taxa d'activitat només arriba al 15% del col·lectiu, dels quals gairebé el 40% és a l'atur. En el cas concret de les dones, la taxa d'activitat baixa a l'11%, mentre que el 24% realitza habitualment les feines domèstiques (sector que només ocupa l'1,3% dels homes).

5. Dificultat per moure's o per desplaçar-se a la llar

- Es tracta de persones amb problemes per poder realitzar els moviments bàsics del cos, ja sigui per deficiències físiques o psíquiques. En uns casos es tracta de *no poder moure el cos de posició*, fins i tot estant al llit (680.000 persones, 1,7% de la població espanyola, en la seva immensa majoria amb més de 64 anys); en d'altres, per *no poder aixecar-se, estirar-se o romandre dret o estirat* (1.017.000 persones, 2,6%); i en uns altres, per *no poder desplaçar-se sense ajuda dins la llar*, incloent-hi els usuaris de cadires de rodes (763.000, 1,9% de la població total). Cal destacar que els problemes de mobilitat i desplaçament afecten en una doble proporció les dones que els homes, sens dubte pel fet que registren en major mesura malalties relacionades amb l'aparell locomotor, sobretot després de la menopausa (de les 655.000 dones amb problemes per aixecar-se o estirar-se, el 71% té més de 64 anys).

- En l'edat laboral, aquesta discapacitat afecta l'1,5% de la població espanyola (una mica més de 400.000 persones), de les quals només una de cada cinc es considera totalment impossibilitada per treballar. Els qui, de fet, tenen una feina remunerada són el 22% dels homes i tan sols l'11% de les dones. Aquestes mostren una taxa d'activitat del 19%, la qual cosa suposa que gairebé la meitat (44%) es troben a l'atur. Entre els homes, les taxes d'activitat i d'atur són del 30% i del 26%, respectivament. Si el conjunt de persones afectades per problemes de mobilitat està discriminat laboralment amb relació a la població general, les dones en particular estan doblement discriminades.

6. Dificultat per utilitzar braços i mans

- Es refereix a persones amb greus limitacions per moure i manipular objectes amb les mans i els braços, ja sigui per causes físiques o psíquiques. A vegades el problema consisteix en la *dificultat per abastar, sostenir o traslladar objectes no gaire pesants* (880.000 persones, 2,2% de la població total), altres vegades *no es poden fer servir estris ni eines* (682.000, 1,7%), o bé *no es poden manipular objectes petits amb els dits i les mans* (escriure, utilitzar teclats, etc.) (582.000, 1,5% de la població espanyola). Aquestes discapacitats afecten bastant més les dones que els homes.

- En l'edat laboral, l'1,6% de la població espanyola té problemes per utilitzar braços i mans, si bé la majoria de les persones afectades (82%) es consideren amb capacitat per treballar. Això no obstant, només tenen feina remunerada el 22% dels homes i l'11% de les dones; les respectives taxes d'atur són del 21% i del 38%.

7. Dificultat per desplaçar-se fora de casa

- És la discapacitat més freqüent i recull tres tipus principals: *dificultats greus o importants per realitzar desplaçaments a peu a distàncies curtes* (caminar 50 metres, pujar o baixar 10 esglaons d'escala, etc.) (1.530.000 persones, 3,9% de la població espanyola); per *desplaçar-se amb transports públics* (1.667.000, 4,2% de la població); o per *utilitzar vehicles propis* (927.000, 2,3%). Es tracta de limitacions que es produeixen sobretot després de l'edat de jubilació (més del 70% de les persones afectades) i incideixen amb més freqüència en les dones, pels mateixos motius que ja hem explicat en la discapacitat núm. 5.

- En l'edat laboral, aquesta discapacitat afecta 708.000 persones, que representen el 2,7% de la població i *més de la meitat de les persones amb discapacitats en aquest tram d'edat*. Es tracta, per tant, del tipus de trastorn més freqüent, i afecta en una proporció molt semblant homes i dones (2,7% dels homes i 2,6% de les dones entre 16 i 64 anys). Tot i que el 80% es considera capacitat per treballar, la taxa d'activitat del col·lectiu és del 22%, amb una clara diferència de gènere: 28% els homes i 17% les dones. Pel que fa als actius, la taxa d'ocupació és també més gran entre els homes (74%) que entre les dones (60%), la qual cosa suposa que l'atur femení (40%) gairebé duplica el masculí (26%). Més de la tercera part de les dones afirmen que la seva principal ocupació és dur a terme les «feines de la llar», dedicació tan sols compartida pel 2% dels homes amb dificultats per desplaçar-se fora de casa.

8. Dificultat de la persona per tenir cura de si mateixa

- Es refereix a persones amb dificultats greus per a l'autocura personal, concretament: *rentar-se i tenir cura de l'aspecte personal* (679.000 persones, 1,7% de la població espanyola), *control d'esfínters i ús del lavabo* (332.000, 0,85%), *vestir-se, despullar-se i arreglar-se* (586.000, 1,5%), i *menjar i beure sense ajuda* (215.000, 0,55% de la població total). Aquestes discapacitats acostumen a estar relacionades amb deficiències psíquiques, i a vegades també físiques, en l'etapa més avançada de la vida, la qual cosa explica que el 44% de les persones afectades tinguin més de 80 anys i que incideixin més en les dones, l'esperança de vida de les quals és 7,2 anys més elevada que la dels homes.

- En l'edat laboral, els problemes d'autocura i higiene personal afecten tan sols el 0,7% de la població (194.000 persones), de manera que és la discapacitat amb menys prevalença de les deu assenyalades. És també el trastorn que en una proporció més gran incapacita per treballar en qualsevol àmbit, tot i que el 70% creu que sí que pot desenvolupar algun tipus d'activitat. L'accés al mercat de treball és mínim: taxa d'activitat de l'11% (8% les dones) i, pel que fa als actius, el 20% es troba a l'atur (29% les dones). Com passava en els casos anteriors, una bona part de les dones (28%) tenen com a principal ocupació les «feines de la llar».

9. Dificultat per dur a terme les feines de la llar

- Inclou cinc tipus d'activitats domèstiques: *encarregar-se de les compres i del control dels subministraments i serveis* (1.207.000 persones, 3,1% de la població total espanyola), *preparar els menjars* (833.000, 2,1%), *rentar i planxar* (1.017.000, 2,6%), *netejar la casa* (1.254.000, 3,2%) i *tenir cura del benestar dels altres membres de la família* (814.000, 2,1%). Aquestes discapacitats afecten molt més les dones que els homes i tenen una prevalença molt més gran entre les persones d'edat avançada (el 34% té entre 65 i 80 anys i el 38% més de 80).

- En l'edat laboral, la dificultat per realitzar les feines de la llar afecta gairebé mig milió de persones (1,9% de la població entre 16 i 64 anys); d'aquestes, el 21% es considera incapacitat per dur a terme qualsevol feina. La taxa d'activitat és molt baixa (18% els homes i 14% les dones) i, dels actius, són a l'atur el 32% dels homes i el 38% de les dones.

10. Dificultat per relacionar-se amb altres persones

- Inclou tres tipus de problemàtiques relacionades amb la conducta interpersonal, ja sigui dins la família o fora d'aquesta: *mantenir relacions d'afecte amb familiars pròxims* (145.000 persones, 0,37% de la població espanyola); *fer amics i mantenir l'amistat* (393.000, 1,0%); i *relacionar-se amb companys, caps i subordinats*, ja sigui en l'àmbit laboral, l'escola, les relacions comercials, etc. (537.000, 1,4%).

- En l'edat laboral, aquesta discapacitat afecta una mica més de 200.000 persones (0,78% de la població entre 16-64 anys), la taxa d'activitat de les quals és del 16% (12% en les dones). El tret més distintiu a nivell laboral d'aquest col·lectiu de persones amb discapacitat és la seva extraordinària taxa d'atur, que arriba al 43% dels actius. Això vol dir que tan sols el 8,6% té una feina remunerada, tot i que la majoria (72%) es considera amb capacitat per treballar. De manera excepcional, la taxa d'atur de les dones actives, tot i ser alta (37%), és inferior a la dels homes amb el mateix trastorn de relació interpersonal (48%).

2.2. Grau de severitat i pronòstic evolutiu de les discapacitats. La majoria de les persones afectades en edat laboral poden treballar

Podem partir de les persones en edat laboral que presenten discapacitats per a les activitats de la vida diària,⁽⁵⁾ per analitzar-ne el *grau de severitat*:

- La discapacitat és *total* en el 28,7% dels casos, de manera que estan impedides absolutament per realitzar les accions corresponents. Això no vol dir que aquestes persones no puguin treballar, ja que gairebé sempre disposen d'altres facultats que els habiliten per dur a terme una àmplia gamma de

(5) Es consideren activitats de la vida diària: aixecar-se i estirar-se; desplaçar-se a la llar i al carrer; vestir-se i rentar-se; controlar les necessitats; dur a terme les feines de la llar i relacionar-se normalment amb les altres persones.

feines. Per exemple, si no poden fer servir amb desimboltura les mans i els dits, poden triar un ofici en el qual no s'exigeixi aquesta habilitat.

- La severitat és *greu* en un terç dels casos, però es pot dur a terme l'activitat corresponent, encara que sigui amb dificultat o amb menys eficiència.

- Finalment, quan la severitat és *moderada*, cosa que passa en el 37,4% dels casos, les persones amb discapacitat poden realitzar les accions corresponents sense grans dificultats, normalment gràcies a l'ajuda d'aparells o de processos específics de rehabilitació.

La definició de discapacitat indica que es tracta d'un trastorn funcional que afecta el subjecte de manera duradora (com a mínim un any). Això no obstant, aproximadament la meitat de les discapacitats no estan estabilitzades, sinó que poden millorar o empitjorar, la qual cosa depèn en bona mesura dels avenços de la medicina i de l'accés que les persones afectades tinguin als mitjans terapèutics. Segons l'Enquesta de 1999, el pronòstic evolutiu per a les persones en edat laboral amb discapacitats era *negatiu* (podien «empitjorar») en el 44% dels casos, *positiu* (podien «millorar» o «recuperar-se») en el 7% i estable («sense perspectives de canvi») en el 49%. El gràfic 2.2 recull el pronòstic evolutiu de les discapacitats per sexe. S'hi pot observar que el pronòstic per a les dones és més negatiu que per als homes.

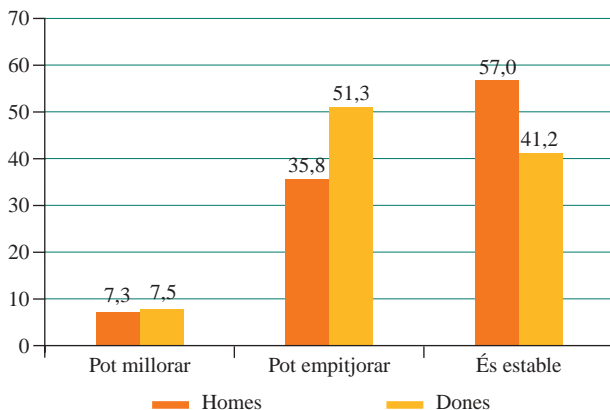
Només el 14% dels qui tenen entre 16 i 64 anys es defineixen com a «incapacitat per treballar»,⁽⁶⁾ la qual cosa vol dir que *la majoria de les persones amb discapacitat en edat laboral (exactament el 86%) se senten amb capacitat per dur a terme una feina, encara que després només ho aconseguixi el 24%*. Aquesta exclusió de l'àmbit laboral, tal com es recull al gràfic 2.3, és més greu en el cas de les dones, les quals, si bé se senten amb

(6) Segons l'equívoca definició d'aquesta categoria, s'hi inclouen tant les persones «indefinidament incapacitades» per exercir qualsevol feina com aquelles que es troben incapacitades per a la feina que tenien abans, però que poden o podrien «dur a terme una altra ocupació diferent». Tot i que el concepte d'«incapacitat per treballar» té el seu origen en el diagnòstic clínic que es fa a les persones amb minusvalidesa, el fet de triar aquesta resposta del qüestionari en la pregunta sobre quina relació tenia amb l'activitat era una opció lliure de la persona entrevistada. Institut Nacional d'Estadística, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología*, op. cit., pàg. 124.

Gràfic 2.2

PRONÒSTIC EVOLUTIU DE LES DISCAPACITATS EN LES PERSONES EN EDAT LABORAL

En percentatge

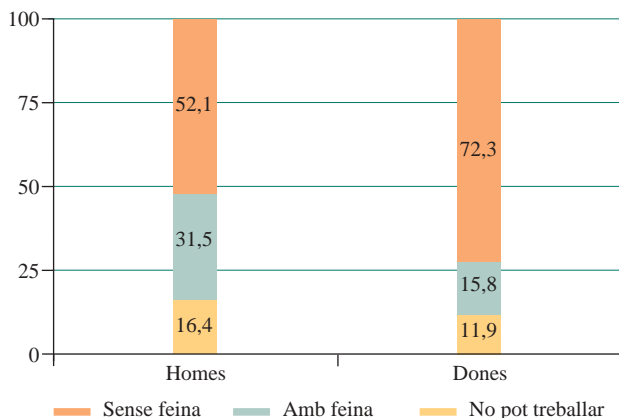


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Gràfic 2.3

RELACIÓ AMB LA FEINA REMUNERADA DELS HOMES I LES DONES AMB DISCAPACITATS EN EDAT LABORAL (16-64 ANYS)

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

més capacitat per treballar que els homes, aconsegueixen feina remunerada en una proporció molt inferior. Les dones es bolquen en les «feines de la llar», on més de la meitat (52%) desenvolupen la seva principal activitat.

Com a balanç d'aquest apartat, podem destacar algunes conclusions importants amb relació a la inserció laboral:

- L'existència de discapacitats en 1,3 milions de persones que es troben en edat laboral no els impedeix exercir una activitat laboral, excepte en una minoria de casos més greus (14% del total, unes 190.000 persones).

- Dues de cada tres discapacitats no impedeixen la realització de l'activitat corresponent, sempre que es disposi de les ajudes tècniques i els mitjans de rehabilitació adequats.

- Més de la meitat dels trastorns funcionals no estan estabilitzats, és a dir, poden millorar o empitjorar, la qual cosa suposa tot un repte per al sistema sanitari del qual depèn el tractament de les deficiències físiques, psíquiques o sensorials originades per les discapacitats.

- La capacitat de treballar de les persones amb discapacitats contrasta amb la seva baixa taxa d'ocupació, sobretot en el cas de les dones.

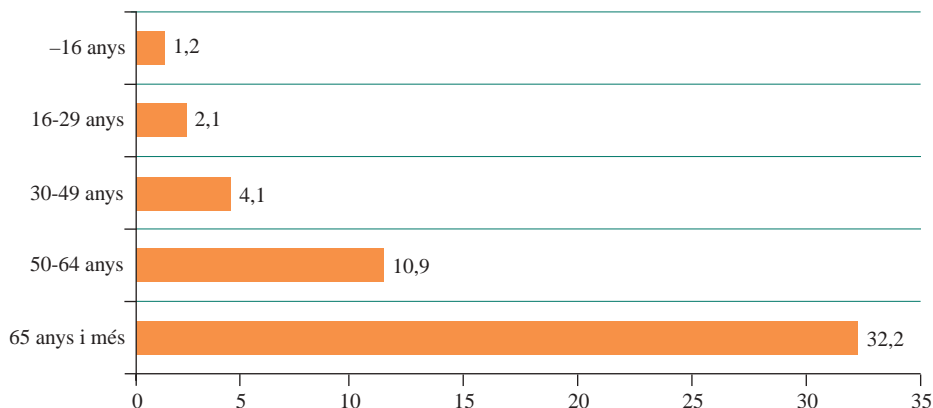
2.3. Persones amb discapacitats per grups d'edat

L'edat de les persones és un factor molt més determinant que el sexe a l'hora d'explicar la freqüència de discapacitats. Si la mitjana de tota la població espanyola és del 9%, la freqüència puja al 32% entre els més grans de 65 anys, es redueix al 5% entre els situats en edat laboral i baixa a l'1,2% entre els menors de 16 anys. Cal destacar que en el tram de persones en edat laboral, en el qual se centra aquest estudi, la prevalença de discapacitats entre els 50 i els 64 anys gairebé triplica la que hi ha en l'interval de 30 a 49 anys, i la d'aquest segment d'edat és justament el doble que en el tram de 16 a 29 anys (vegeu el gràfic 2.4).

La proporció de persones amb discapacitats per sexe augmenta a mesura que passen els anys, però amb ritmes diferents. En el primer tram

PROPORCIÓ DE PERSONES AMB DISCAPACITATS PER TRAMS D'EDAT

En percentatge de la població espanyola



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

d'edat laboral (16-29 anys), els homes es veuen afectats en una proporció molt més gran que les dones, exactament un 58% més. El mateix passa en el segment de 30 a 49 anys, però en aquest cas la diferència és menor (+13% els homes). En l'últim tros de la vida laboral (50-64 anys) es gira la truita, ja que llavors les dones es troben més afectades que els homes (un 12% més), i aquesta tendència s'accentua a partir dels 65 anys, etapa en què la prevalença de dones amb discapacitat (36 de cada 100) és netament superior a la dels homes (27 de cada 100). Si ens limitem a les persones en edat laboral, els homes presenten més discapacitats fins als 49 anys i les dones a partir d'aquesta edat.

Per trobar una explicació a l'increment de discapacitats a mesura que avança l'edat i a les diferències de gènere que s'observen en el seu recorregut, cal tenir en compte l'origen dels trastorns, el qual, com podrem comprovar, té a veure principalment amb les malalties i els accidents que es produeixen al llarg de la vida.

2.4. Prevalença de les discapacitats segons el nivell socioeconòmic de les famílies

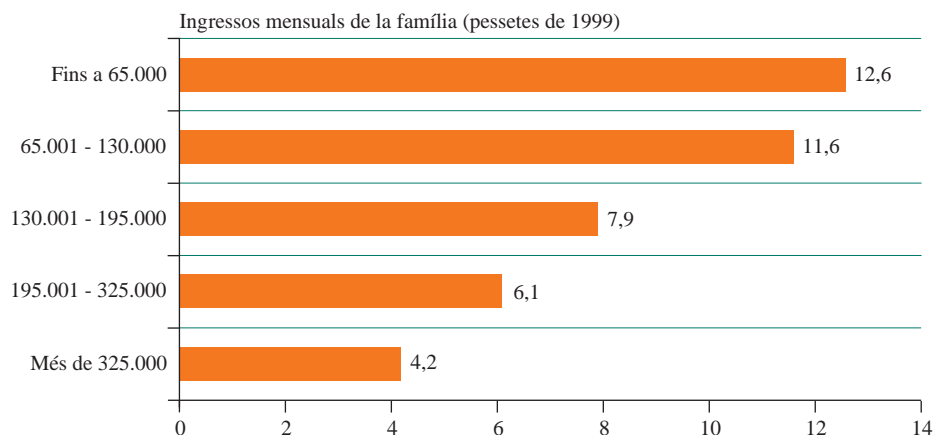
Un indicador important a l'hora d'explicar la distribució de les discapacitats en la població espanyola és la situació econòmica de les famílies. En aquest sentit, podem comparar el nivell de renda familiar de les llars en les quals hi ha persones amb alguna discapacitat amb el que tenen el conjunt de llars espanyoles.⁽⁷⁾ La conclusió, recollida al gràfic 2.5, és que *la prevalença de persones amb discapacitat és tres vegades més gran a les famílies pobres que a les riques i que la proporció de trastorns es correlaciona estretament amb els trams d'ingressos* (com més nivell de renda, menys discapacitats).

El fet que la prevalença de discapacitats sigui més gran entre les famílies de renda baixa pot tenir la seva explicació en diversos factors entrellaçats. En primer lloc, les persones en situació precària solen patir unes condicions de vida menys saludables i un risc més alt de contreure malal-

Gràfic 2.5

PROPORCIÓ DE PERSONES AMB DISCAPACITATS SEGONS EL NIVELL D'INGRESSOS DE LES FAMÍLIES

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

(7) Es tenen en compte els ingressos mensuals a la llar per tots els conceptes (salaris, prestacions i rendes familiars).

ties o patir accidents, punts de partida de les deficiències i les discapacitats. En segon lloc, les possibilitats de rehabilitació i reinserció d'aquestes persones són menors, pel fet que no disposen de prou recursos econòmics. Cal tenir en compte, a més, que les discapacitats afecten més les persones grans, les quals moltes vegades tenen nivells de renda més baixos.

2.5. Prevalença per comunitats autònomes i províncies

La proporció de persones amb discapacitat per comunitats autònomes varia força d'unes comunitats a d'altres. Si la mitjana de persones amb discapacitat en la població espanyola és del 9%, hi ha nou comunitats que sobrepassen aquest valor (més Ceuta i Melilla) i vuit que hi queden situades per sota. Per explicar aquestes diferències recorrerem a dos factors: l'*índex de vellesa* (proporció de persones de més de 64 anys sobre el total de la població) i la *renda familiar disponible per càpita* de cada comunitat. Amb algunes excepcions, veurem que es compleixen aquestes dues proposicions: com més nombre de persones grans, més prevalença; i com més renda, menys prevalença. D'aquesta manera, les comunitats amb situacions més polaritzades són les següents:

- **Castella i Lleó** presenta, amb diferència, una freqüència relativa més gran de persones amb discapacitat (11,4%, un 28% per sobre de la mitjana estatal), fet que es pot explicar perquè és la comunitat amb la població més envellida⁽⁸⁾ i amb una renda per càpita situada lleugerament per sota de la mitjana.

- La segueix la **Regió de Múrcia**, amb un 10,3% de persones amb discapacitat (16% per sobre de la mitjana estatal). En aquest cas, l'índex de vellesa no permet explicar la situació, ja que és dos punts inferior a la mitjana espanyola, però sí la renda per càpita, que és la més baixa per comunitats autònomes, després d'Extremadura i Andalusia.⁽⁹⁾

(8) Les persones amb més de 64 anys representaven el 1999 el 21,9% de la població, mentre que la mitjana espanyola d'aquell any era del 16,8%. Fundació "la Caixa" (2001): *Anuario Social de España 2001*, Barcelona, pàgs. 350 i 355.

(9) La renda familiar disponible a Múrcia el 1998 era un 15% inferior a la mitjana estatal, només per davant d'Andalusia i Extremadura, que se situaven un 21% i un 20% per sota de la mitjana. Fundación BBV (1999): *Renta nacional de España y su distribución provincial*, Bilbao, pàg. 80.

- En tercer lloc figura **Galícia**, amb un 10,2% de persones amb discapacitat (un 15% per sobre de la mitjana estatal), que combina el fet de ser una de les comunitats més envellides amb el de tenir una renda mitjana més baixa.⁽¹⁰⁾

- A l'extrem contrari, la comunitat amb menys prevalença de persones amb discapacitats, a molta distància de les altres, és **La Rioja**, amb un 5,6% de població afectada (un 37% per sota de la mitjana estatal); en aquest cas, es tracta d'una província relativament rica, amb una renda per càpita 12 punts superior a la mitjana estatal, si bé el seu índex de vellesa se situa 3 punts per sobre de la mitjana.

- **Canàries** és la segona comunitat amb menys prevalença de discapacitats (6,7%), la qual cosa coincideix amb el fet de ser la que té l'índex més baix de vellesa, tot i que la seva renda per càpita és 5 punts inferior a la mitjana.

- I en tercer lloc hi ha la **Comunitat de Madrid**, amb una prevalença de discapacitats del 7%, cosa que es correlaciona amb el fet de ser una de les regions amb una renda familiar per càpita més alta (quarta en el rànquing, després de les Balears, Catalunya i Navarra) i amb un índex de vellesa dos punts inferior a la mitjana estatal.

Si ens limitem a la població en edat laboral (16-64 anys), la prevalença de persones amb discapacitats es redueix al 5% i la distribució per comunitats autònomes, com que ja no hi influeix l'índex de vellesa, depèn principalment de la renda familiar per càpita:

- Les dues comunitats amb un nombre relatiu més gran de discapacitats són **Andalusia** (6,4%) i **Múrcia** (6,3%), dos dels territoris amb menys renda per càpita d'Espanya, a més de les ciutats de **Ceuta** i **Melilla** (6,5%), la renda de les quals és també de les més baixes. Les segueixen **Galícia**, **Catalunya** i **Castella i Lleó**, de les quals només Catalunya representa un cas anòmal, ja que el seu nivell de renda per càpita és dels més alts. Aquest i altres casos indiquen l'existència d'altres factors, a més de la taxa de vellesa i el nivell de renda, a l'hora d'explicar la prevalença de discapacitats.

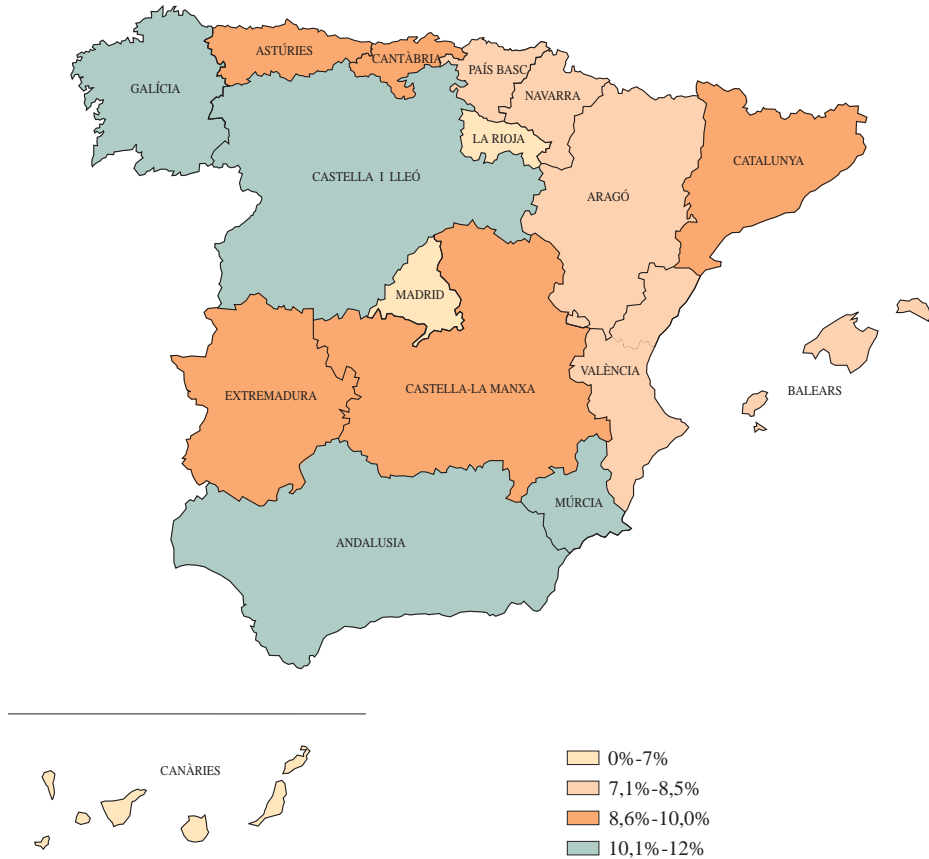
(10) Galícia és la quarta comunitat per índex de vellesa (19,9% amb més de 64 anys) i la quarta per la cua en renda per càpita (9% per sota de la mitjana estatal).

• Les comunitats amb una prevalença més baixa de discapacitats són **La Rioja** (2,9%), **Navarra** (3,6%) i **Aragó** (3,9%), que se situen entre els territoris amb més renda per càpita. Les segueixen **Madrid**, el **País Basc** i la **Comunitat Valenciana**, el nivell relatiu de renda de les quals és en tots els casos superior a la mitjana estatal.

El Mapa 1 representa la prevalença de persones amb discapacitat per comunitats autònomes en funció del total de la seva població. Si ens fixem

Mapa 1

PERSONES AMB DISCAPACITAT PER COMUNITATS AUTÒNOMES RESPECTE A LA POBLACIÓ TOTAL

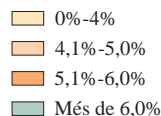
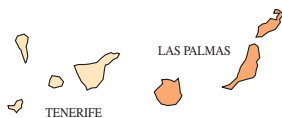
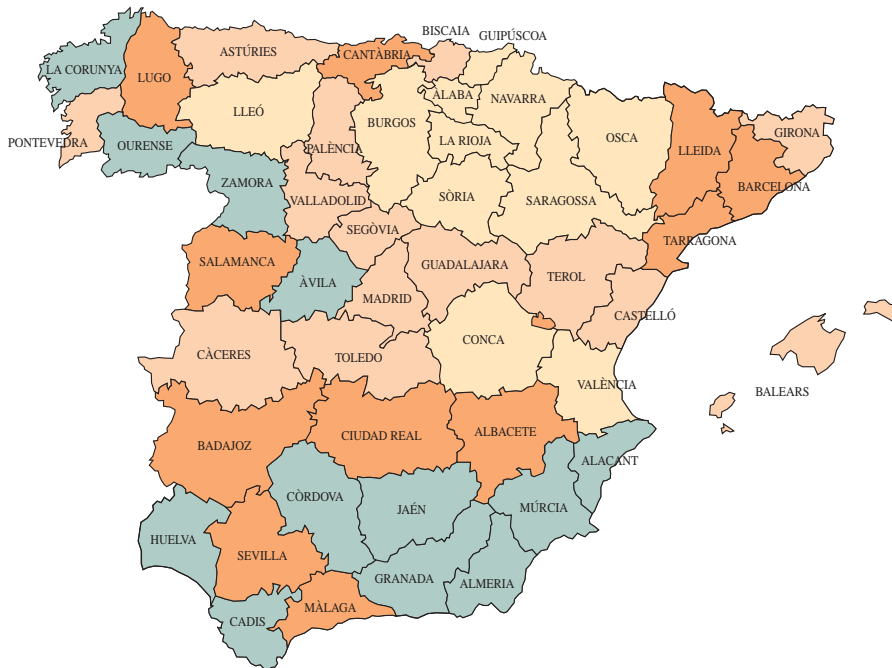


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

en la prevalença de discapacitats per províncies, observem una estreta correlació entre l'índex de vellesa i la renda familiar per càpita de cada província. El Mapa 2 recull la distribució de la prevalença de persones amb discapacitat en el tram d'edat laboral, que presenta un notable paral·lelisme amb el nivell de renda.

Mapa 2

PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS RESPECTE A LA POBLACIÓ DE 16 A 64 ANYS DE CADA PROVÍNCIA



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

2.6. Prevalença segons la mida del municipi

Considerem tres tipus d'hàbitat: rural (municipis amb menys de 10.000 habitants), urbà (de 10.000 a 500.000) i macrourbà (més de mig milió). La freqüència de persones amb discapacitat als municipis rurals és de l'11,1%, mentre que als de caràcter urbà és del 8,1%. Això és degut, sens dubte, al fet que en el medi rural hi ha una concentració més gran de persones d'edat avançada.

A les grans ciutats, la proporció de persones amb discapacitat (8,4%) és relativament més gran que a les ciutats intermèdies (8%), fet que pot tenir diverses explicacions. En primer lloc, les grans urbs (sobretot Madrid i Barcelona) van experimentar des de finals dels anys setanta un procés de descens demogràfic en benefici de les seves corones metropolitanes, amb el consegüent envelliment de la seva població. En segon lloc, podem plantejar la hipòtesi que a les grans urbs hi ha una propensió més gran a patir trastorns i disfuncions, derivats de les malalties i els accidents,⁽¹¹⁾ com a conseqüència d'unes condicions de vida (contaminació, estrès, etc.) menys saludables que a les ciutats intermèdies.

(11) Segons l'Enquesta Nacional de Salut, la proporció de persones de 16 i més anys amb *malalties cròniques* varia poc en funció de la mida del municipi, però és a les ciutats de més d'un milió d'habitants on es registra la taxa més alta (32,8%), bo i destacant especialment en dos tipus de malalties: les al·lèrgies (12,5%) i el colesterol alt (9,2%); pel que fa als accidents, la mateixa enquesta registra una proporció molt més gran de sinistres a les grans metròpolis (13% de la població en els darrers dotze mesos) que a la resta de municipis (8,5%). Ministeri de Sanitat i Consum (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, pàgs. 110 i 116.

III. Origen de les discapacitats

Segons la classificació de l'OMS, les discapacitats tenen sempre el seu origen immediat en una *deficiència* a nivell d'òrgan, és a dir, alguna pèrdua o anormalitat d'una funció anatòmica, fisiològica o psicològica. D'altra banda, una deficiència pot provocar diverses discapacitats, com de fet passa habitualment. I atès que una mateixa persona pot presentar diverses deficiències, és lògic que l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* de 1999 hagués captat un nombre molt més gran de discapacitats que de deficiències. En el cas de les persones en edat laboral (1.338.000), la mitjana de deficiències per persona és de tan sols 1,3 (1,6 en els més grans de 64 anys) i la mitjana de discapacitats de 5,1 (7 en els més grans de 64 anys).

En aquest apartat mirarem d'esbrinar les causes que han generat la discapacitat. Primer de tot veurem quines són les deficiències desencadenants del trastorn funcional, després el moment en què han aparegut (edat d'inici de la deficiència) i, finalment, el motiu o causa externa que les ha provocat.

3.1. Persones en edat laboral amb discapacitats segons el tipus de deficiències que les ha provocat

Partirem d'una descripció de les deficiències detectades, i valorarem quina és la seva incidència entre, d'una banda, la població general i, de l'altra, les persones amb discapacitats.⁽¹⁾

1. Deficiències psíquiques

Inclouen tres tipus bàsics: *retard mental*, *demències* i altres *trastorns mentals*. En conjunt, afecten el 0,98% de la població en edat laboral (un quart de milió de persones) i el 15,7% de les que tenen alguna discapacitat en aquest tram d'edat. Els homes estan bastant més afectats que les dones: un de cada cinc homes amb discapacitats (exactament el 19%) deu la seva situació a una deficiència psíquica, cosa que només els passa al 12% de les dones.

- El retard mental pot ser profund (Quocient Intel·lectual entre 0-34), moderat (QI entre 35-49) i lleu (QI entre 50-80). Entre les persones en edat laboral, el més freqüent dels tres és el moderat (una mica més de 55.000 persones), seguit pel lleu (35.000) i el profund (28.000 persones). Les persones amb *retard mental profund* no es poden valdre per si mateixes en alimentació-excreció-higiene-vestit i necessiten constantment l'ajuda de cuidadors; les que tenen *retard mental moderat* poden aprendre habilitats socials i ocupacionals sota la supervisió d'altres persones; i les que presenten *retard mental lleu* poden aprendre habilitats i acabar estudis primaris, així com treballar i assolir en molts casos la plena independència personal.

- Les *demències* poden ser de molts tipus, inclosa la d'Alzheimer. En el tram d'edat laboral, només afecten unes 7.000 persones, dos terços de les quals són homes.

- En la categoria *altres deficiències mentals*, s'hi inclouen trastorns molt diversos: autismes, esquizofrènies, fòbies, hipocondria, psicosi, ansietat, etc. En conjunt, afecten unes 134.000 persones en edat laboral (de les quals gairebé el 60% són homes), que representen el gens menyspreable 0,51% de la població espanyola en edat laboral.

(1) Vegeu Annex estadístic, taula 1.9.

2. Deficiències sensorials

Inclouen deficiències *visuals*, de *l'oïda* i de la *parla*, que afecten en conjunt el 2% de la població espanyola en edat laboral (més de mig milió de persones) i el 32,7% de les que tenen discapacitats. Els homes es troben lleugerament més afectats que les dones, però la diferència és en conjunt poc significativa.

- Les deficiències de la vista poden ser ceguesa total i mala visió. La *ceguesa total* afecta 14.000 espanyols en edat laboral, la meitat homes i la meitat dones, els quals representen el 0,05% de la població entre 16 i 64 anys. La *mala visió* –sense possibilitat de correcció mitjançant ulleres– afecta gairebé un quart de milió de persones (0,9% de la població en edat laboral).

- Les deficiències auditives inclouen quatre trastorns: sordesa prelocutiva, sordesa postlocutiva, mala audició i trastorns de l'equilibri. La *sordesa prelocutiva*, que afecta unes 23.000 persones en edat laboral, majoritàriament del sexe masculí, té el seu origen en la infància i inclou la sordmudesa, en la qual la mudesa és el resultat de la sordesa prèvia a l'adquisició del llenguatge. La *sordesa postlocutiva* afecta unes 20.000 persones (homes i dones de la mateixa manera) i inclou aquelles sordeses que es presenten després de l'adquisició del llenguatge, amb pèrdua total d'audició i sense poder beneficiar-se de l'ús d'aparells auditius. La *mala audició* és el trastorn auditiu més habitual en l'edat laboral; afecta unes 220.000 persones (tots dos sexes de la mateixa manera) i inclou diferents pèrdues auditives, que es poden beneficiar de l'ús d'aparells. Finalment, els *trastorns de l'equilibri* afecten a Espanya poques persones en edat de treballar (4.000 dones i menys de 2.000 homes) i inclouen vertígens laberíntics, marejos i altres problemes que afecten la locomoció.

- Les deficiències de la parla inclouen la *mudesa* (no per sordesa) i la *parla dificultosa o incomprendible*. És el tipus de deficiència menys freqüent en la població en edat laboral; afecta unes 16.000 persones (0,06% de la població), dues tercers parts de les quals són homes.

3. Deficiències físiques

Inclouen quatre tipus bàsics: *osteoarticulars*, *del sistema nerviós*, *viscerals* i *altres deficiències físiques*. Són, en conjunt, les que més afecten la població en edat laboral (807.000 persones, 3% de la població potencialment treballadora). Per sexes, les dones estan bastant més afectades per aquests trastorns (3,4%) que els homes (2,7%). A Espanya, la meitat de les discapacitats són originades per deficiències de naturalesa física (45% entre els homes i 53% entre les dones).

- Les deficiències osteoarticulars són les més freqüents, i elles soles suposen el 34% del total de les deficiències. Es tracta d'alteracions mecàniques i motrius que tenen el seu origen en lesions de l'esquelet. Se'n distingeixen quatre tipus segons si afecten el *cap*, la *columna vertebral*, les *extremitats superiors* o les *extremitats inferiors*. Les més freqüents són les que incideixen en la columna vertebral (més d'un quart de milió de persones en edat de treballar, de les quals el 62% són dones), i les menys habituals les que afecten el cap (tan sols 1.000 persones, la majoria homes). Les deficiències de les extremitats inferiors (179.000) són una mica més freqüents que les de les extremitats superiors (151.000), i en tots dos casos les dones es troben afectades entorn d'un 25% més que els homes.

- Les deficiències del sistema nerviós inclouen aquelles lesions del sistema nerviós central o perifèric que afecten el sistema musculoesquelètic i a les articulacions. Afecten unes 130.000 persones en edat laboral, de les quals un 15% més en el cas dels homes que en el de les dones. S'hi distingeixen la *monoplegia* o paràlisi d'una extremitat superior o inferior (en cadascun d'aquests casos, unes 8.000 persones); la *paraplegia* o paràlisi de les cames (uns altres 8.000 casos); la *tetraplegia* o paràlisi de les quatre extremitats (al voltant d'uns de 8.000 afectats); els *trastorns de coordinació*, que inclouen el Parkinson, l'esclerosi múltiple, tremolors i tics, etc., els quals afecten en conjunt unes 58.000 persones en edat laboral (tots dos sexes en igual proporció); i *altres deficiències nervioses*, com les distròfies musculars, l'hemiplegia, etc., que afecten unes 40.000 persones en edat laboral (més homes que dones).

4. Altres deficiències

Inclouen deficiències de la *pell*, deficiències *múltiples* i deficiències *no classificades*. En conjunt, afecten 45.000 persones (0,17% de la població espanyola en edat laboral).

- Les *deficiències de la pell* són molt poc habituals (uns 2.000 casos detectats) i es refereixen a persones amb deficiències greus a la pell o als annexos de la pell (ungles, pèl, glàndules).
- Les *deficiències múltiples* són les que afecten diversos òrgans i/o sistemes orgànics alhora i que poden ser degudes a trastorns congènits o adquirits. Afecten unes 25.000 persones en edat laboral, de les quals dos terços són dones.
- Finalment, les *deficiències no classificades en cap altre lloc* afecten menys de 20.000 persones en edat laboral, més dones que homes.

A tall de balanç de les deficiències descrites fins aquí, podem fer les següents consideracions:

1. La capacitat laboral de les persones amb discapacitats varia molt en funció dels tipus de deficiència. En general, *les conseqüències són més negatives en les de tipus psíquic, que afecten moltes menys persones* (15,7% del conjunt), que en les sensorials i físiques, que afecten la majoria (32,7% i 48,9%, respectivament).

2. *Algunes de les deficiències psíquiques que tenen efectes més negatius des del punt de vista laboral, com el retard mental profund i les demències, són les que tenen menys prevalença en la població en edat laboral. Això no obstant, són molt més freqüents les deficiències que limiten parcialment la capacitat de treballar, com el retard mental lleu o moderat i altres trastorns específics de la personalitat (fòbies, hipocondria, ansietat, etc.).*

3. Pel que fa a les deficiències sensorials, *són relativament molt poc freqüents les que anul·len totalment la funció corresponent* (ceguesa, sordesa o mudesa total), ja que representen la desena part d'aquest tipus de deficiències. Són molt més habituals els trastorns parcials de mala visió o audició i de parla

difícil. Tot i això, la pèrdua total d'una capacitat sensorial no invalida per treballar, sempre que les feines siguin adequades i/o adaptades.

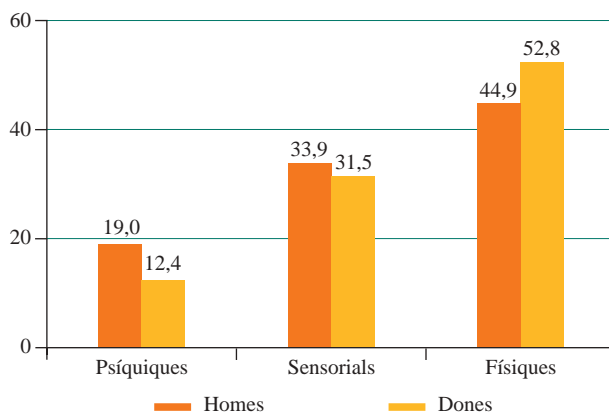
4. En el cas de les deficiències físiques, que són les més nombroses, *les que afecten els ossos són quatre vegades més freqüents que les que afecten el sistema nerviós*, les quals, en termes generals, són més invalidants. Fins i tot, dins d'aquest últim grup (malalties del sistema nerviós), els tipus més greus (tetraplegies i paraplegies) representen una proporció petita amb relació a altres tipus menys invalidants (monoplegies i trastorns de coordinació). En tot cas, tal com passava amb els trastorns sensorials, només en els casos més extrems o quan concorren diverses limitacions en la mateixa persona (cosa que passa poques vegades), es pot considerar que els subjectes afectats per les deficiències descrites es troben absolutament impeditos per aconseguir una inserció social i laboral satisfactòria.

5. Les deficiències psíquiques són relativament més freqüents en els homes i en el tram d'edat més juvenil. En canvi, les deficiències de natura-

Gràfic 3.1

PROPORCIÓ D'HOMES I DONES AMB DISCAPACITATS SEGONS EL TIPUS DE DEFICIÈNCIA QUE LES HA PROVOCAT

Percentatge de població en edat laboral



Nota: Una mateixa persona pot formar part de més d'una categoria.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

lesa física afecten més les dones, sobretot les que tenen el seu origen en problemes de l'esquelet, ja que les motivades per lesions del sistema nerviós (sovint a causa d'accidents) incideixen més en els homes. En el cas de les deficiències sensorials, el repartiment per sexe és més equilibrat. El gràfic 3.1 recull la proporció d'homes i dones afectats, per grans grups de deficiències, entre la població de 16 a 64 anys.

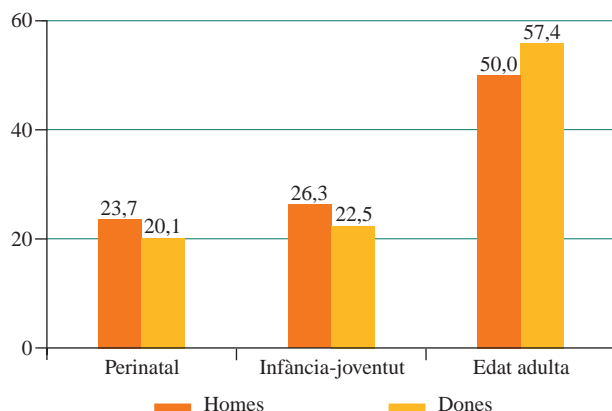
3.2. Edat d'aparició de les deficiències

Si fixem l'atenció en les persones en edat laboral, podem distingir tres etapes de la vida en les quals ha tingut lloc l'inici de les deficiències. En primer lloc, el moment del naixement, que inclou la gestació i els primers mesos de vida; en segon lloc, la infància i la joventut, fins als 29 anys; i, en tercer lloc, l'etapa adulta, a partir dels 30 anys. Cadascuna d'aquestes etapes presenta característiques específiques i afecta de diferent manera dones i homes (vegeu el gràfic 3.2).

Gràfic 3.2

EDAT D'APARICIÓ DE LES DEFICIÈNCIES EN LES PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS

Percentatge de persones amb discapacitat en edat laboral



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

L'edat *perinatal* és el moment més crític d'aparició de deficiències, sobretot per als homes, dels quals gairebé la quarta part van patir en aquest moment l'inici del seu trastorn orgànic. Entre les dones, la xifra arriba a la cinquena part. Aquests percentatges representen més de 350.000 persones que es troben en edat laboral i que es van veure afectades des de la seva primera infància en alguna de les seves facultats físiques, psíquiques o sensorials.

Durant la *infància i la joventut* van aparèixer les deficiències del 24,3% de les persones afectades. També en aquesta etapa els homes es van veure més afectats que les dones, especialment en el tram juvenil de 16-29 anys (15,3% dels homes i 12,4% de les dones).

Finalment, és en l'edat adulta (dels 30 als 64 anys) quan s'inicien les deficiències del 53,8% de les persones en edat laboral amb discapacitats, la qual cosa es correlaciona amb una prevalença de malalties més gran a mesura que avança l'edat, com veurem més endavant. En aquesta etapa de la vida, les dones pateixen l'inici de les seves deficiències en una proporció bastant més gran que els homes.

Les deficiències psíquiques s'originen majoritàriament en l'etapa perinatal, a diferència de les físiques, que es produeixen principalment en edats avançades, cosa que facilita en major mesura una política orientada a prevenir-ne l'aparició o retardar-la tant com sigui possible. Les deficiències sensorials apareixen més freqüentment durant les etapes de la infància i la joventut.

3.3. Origen de les deficiències: trastorns perinatals, malalties i accidents

Per raó del seu interès, recollim a la taula 3.1 les causes que han donat origen a les deficiències. En general, es pot observar que les més influents són les malalties, que expliquen més de la meitat dels trastorns; en segon lloc, figuren els problemes perinatals, que donen raó de gairebé la cinquena part de les deficiències; i, en tercer lloc, els accidents, que expliquen el 15% del conjunt de les discapacitats (vegeu el gràfic 3.3). A continuació, analitzarem amb més detall cadascuna d'aquestes causes.

Taula 3.1

CAUSES DE LES DEFICIÈNCIES EN LES PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS

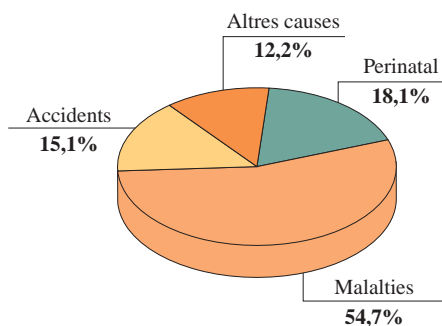
	Total	% Homes	% Dones	% Total
Trastorns perinatals	298.223	19,7	16,6	18,1
Congènits	241.249	15,3	14,0	14,6
Problemes al part	56.974	4,4	2,6	3,5
Malalties	900.387	47,9	61,1	54,7
Malaltia comuna	837.024	42,3	58,9	50,8
Malaltia professional	63.364	5,6	2,2	3,8
Accidents	248.213	21,4	9,0	15,1
Accident laboral	94.197	10,4	1,2	5,7
Accident de trànsit	61.705	5,0	2,5	3,7
Accident domèstic	27.834	1,4	2,0	1,7
Accident d'oci	25.514	2,1	1,1	1,5
Altres accidents	38.963	2,5	2,2	2,4
Altres causes	200.666	11,1	13,2	12,2
Total (deficiències)	1.647.490	100,0	100,0	100,0

Nota: Una mateixa persona pot formar part de més d'una categoria.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Gràfic 3.3

PRINCIPALS CAUSES DE LES DEFICIÈNCIES DE LES PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Entre els trastorns perinatals sobresurten els *problemes congènits* (14,6% del total), ja sigui per alteracions genètiques (síndrome de Down, hidrocefàlia...) o en el període d'embaràs (infeccions, malaltia crònica de la mare, factor RH...), i els *problemes en el part* (3,5%), que afecten molt més els homes que les dones.

Les *malalties* destaquen, amb diferència, com la principal causa de les deficiències, ja que originen el 48% dels trastorns masculins i el 61% dels femenins. Convé tenir en compte que, segons l'Enquesta Nacional de Salut, *la quarta part de la població espanyola en edat laboral (16 a 64 anys) registra alguna malaltia crònica diagnosticada pel metge.*⁽²⁾ Per trams d'edat, la freqüència de malalties cròniques és molt més petita entre els 16 i els 44 anys (15,7%) que entre els 45 i els 64 (42,3%), i s'accentua fins al 61,3% en l'edat de jubilació (65 i més anys).

En el tram d'edat juvenil, les malalties cròniques més freqüents són l'al·lèrgia i la bronquitis; en canvi, entre els 45 i els 64 anys prevalen les malalties relacionades amb la hipertensió arterial i el colesterol alt (seguides a força distància per la diabetis, l'al·lèrgia i les malalties del cor). La hipertensió arterial és la principal causa de les malalties cròniques en tots dos sexes, mentre que el colesterol, en els homes, i les al·lèrgies, en les dones, figuren com la segona causa. Els homes pateixen en una proporció més gran bronquitis, malalties del cor i úlceres d'estómac; les dones, en canvi, són més propenses a patir diabetis. Tant l'Enquesta Nacional de Salut com diversos estudis sobre el tema, ratifiquen l'estreta correlació existent entre morbiditat de la població i nivell de renda, cosa que permet afirmar que «en les persones dels països desenvolupats, la situació socioeconòmica crea diferències més grans en l'estat de salut –mortalitat i morbiditat– que qualsevol altre factor de risc conegut (com el tabac)».⁽³⁾

Una part més petita de les malalties que han donat lloc a deficiències són d'*origen laboral*: s'hi inclouen tant aquells casos en què la profes-

(2) Ministeri de Sanitat i Consum (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*. Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, pàg. 110.

(3) López, G. i Ortún, V. (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*. Ed. Encuentro, Madrid, pàg. 104.

sió ha estat l'origen de la deficiència com els casos en què ha estat el motiu que una deficiència s'agregés. Aquesta situació afecta una mica més de 60.000 persones, un nombre baix respecte al conjunt de persones amb discapacitat (5%), però bastant alt (23%) si el comparem amb aquelles que tenen feina.

Els *accidents* són a l'origen del 21% de les deficiències masculines i del 9% de les femenines. A més, constitueixen la quarta causa de mort del conjunt de la població i la primera entre els menors de 35 anys.⁽⁴⁾ Per tipus d'accident, destaquen els laborals, per sobre dels de trànsit i dels domèstics, tal com es recull de manera detallada a la taula 3.1. A Espanya hi ha estadístiques oficials relatives a aquests tres tipus d'accidents, les principals tendències de les quals resumim a continuació:

- **Accidents laborals.** Entre els anys 1995 i 2000, els accidents laborals amb baixa es van incrementar un 58,7%, i van passar de 590.000 a 935.000. En la majoria dels casos es tracta d'accidents lleus, si bé els casos greus i el nombre de morts també han augmentat (1.130 morts i 11.359 accidents greus el 2000).⁽⁵⁾

- **Accidents de trànsit.** El nombre total de víctimes (morts i ferits) entre el 1995 i el 2001 ha passat de 127.000 a 155.000, fet que suposa un increment del 22% entre aquests anys. En nombres absoluts, aquests accidents són sis vegades menys freqüents que els laborals, però la incidència de casos greus és molt més gran: el 2001, els ferits greus en accidents de trànsit van ser 26.566 i les víctimes mortals 5.517. D'altra banda, tot i que el 55% dels accidents tenen lloc en zona urbana, la majoria dels ferits greus (70%) i de les víctimes mortals (82%) es registren en carretera. Finalment, cal recordar que dos segments importants dels ferits greus són els usuaris de vehicles de dues rodes (20,5% del total de víctimes) i els vianants (10,9%).⁽⁶⁾

(4) Ministeri de Sanitat i Consum (1999): *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud Para Todos*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

(5) Ministeri de Treball i Afers Socials (2002): *Accidentes de trabajo*. Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, Madrid.

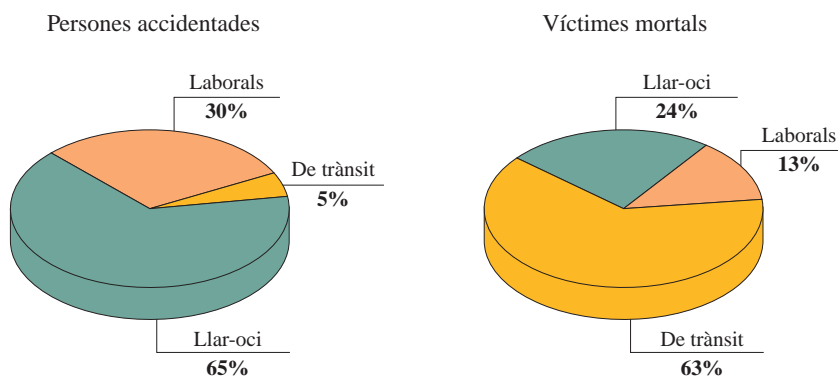
(6) Direcció General de Trànsit (2002): *Anuario estadístico de accidentes 2001*. Ministerio del Interior, Madrid.

• **Accidents domèstics i d'oci.** Tenen una incidència quantitativa molt més gran que els anteriors, tot i que els seus efectes són menys greus (vegeu gràfic 3.4). El 2001, l'*Enquesta d'Accidents Domèstics i d'Oci* va registrar la xifra rècord d'una mica més de 2 milions de sinistres, els quals van afectar el 15% de les llars espanyoles i van produir 2.100 morts. Aquest tipus d'accidents té més incidència entre les dones (57% dels casos el 2001) i el tram d'edat amb més riscos és la infància-joventut (33% dels sinistres entre els 5 i els 24 anys). La major part dels accidents tenen lloc durant la realització d'activitats domèstiques (36%, majoria dones) i jocs, esport i activitats de lleure (32%, majoria homes). Les parts del cos més afectades són les extremitats superiors (39%), les inferiors (37%) i el cap (14%).⁽⁷⁾

Segons l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències*, els accidents que originen més deficiències són els laborals, els quals, sumats a les «malalties professionals», permeten explicar gairebé el 10% dels trastorns.

Gràfic 3.4

NOMBRE DE SINISTRES I VÍCTIMES MORTALS SEGONS ELS TIPUS D'ACCIDENTS



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta d'Accidents de Treball (2000), l'Enquesta d'Accidents de Trànsit (2001) i l'Enquesta d'Accidents Domèstics i d'Oci (2001).

(7) Institut Nacional del Consum (2002): *Programa de prevenció de lesions: red de detecció de accidentes domèstics y de ocio. Resultados España 2001*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

La sinistralitat laboral es distribueix de manera desigual per sexes (16% els homes, 3,4% les dones) i afecta principalment, segons estudis especialitzats, els assalariats manuals amb contracte eventual en petites empreses, a les quals amb prou feines arriben els inspectors de treball o el control sindical: «El creixement de les formes de contractació temporal a partir de 1985, la generalització de contractes per obra, així com el creixement i l'allargament de la cadena de subcontractació, precarietat i sinistralitat, s'estableixen en la mesura que hi ha manca de control exterior».⁽⁸⁾

(8) Bilbao, A. (1997): *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*. Siglo XXI, Madrid, pàg. 183.

IV. El tractament de les discapacitats

El tractament de les discapacitats depèn del moment de la vida en el qual s'originen les deficiències. En els casos de *trastorns congènits o que s'han produït en el moment de néixer o durant els primers anys de vida*, l'assumpció de la discapacitat correspon al grup familiar, que acostuma a mobilitzar els mitjans al seu abast per al tractament medicofuncional i la formació acadèmica i professional del fill o filla afectats. Els resultats que s'obtenen són molt diversos i depenen principalment del tipus i grau de discapacitat, l'estatus econòmic i cultural de la família i els recursos disponibles al lloc on es viu. Els pares i la resta d'educadors (mestres, personal sanitari, etc.) assignen al nen o nena amb discapacitat uns models de realització estretament vinculats a la seva posició social i a la seva mentalitat, i formulen propostes que van des de la sobreprotecció fins al suport d'una actitud independent i lluitadora.

Quan la deficiència sobrevé en l'edat adulta, cosa que passa en el 80% dels casos, el subjecte afectat adopta un paper més actiu en l'assumpció de la discapacitat, encara que els seus parents pròxims també es vegin afectats i exerceixin sobre ell una notable influència. Després d'una fase normalment depressiva, les estratègies de reinserció s'orienten en diverses direccions, les quals depenen de molts factors: l'eficàcia del tractament medicofuncional i de la rehabilitació ocupacional, les condicions familiars i el suport dels seus membres, les possibilitats d'accés al mercat de treball,

els serveis i prestacions econòmiques de la política social, les organitzacions d'autoajuda de les persones amb discapacitat, etc.

Pel que fa a la població en edat laboral, el sistema rehabilitador persegueix fonamentalment dos objectius: el tractament medicofuncional i la rehabilitació ocupacional. De manera complementària, també s'ofereixen prestacions econòmiques i serveis. Finalment, cal tenir en compte el paper de les persones «cuidadores», normalment de la mateixa família, que aporten la seva ajuda per afavorir la integració social de les persones amb discapacitat. Com hem vist al capítol I, l'*enfocament rehabilitador* ha estat una de les grans novetats en el tractament de les deficiències, enfront de l'orientació anterior, que tendia a etiquetar i cronificar els pacients.

4.1. Rehabilitació medicofuncional

L'abordatge medicofuncional de les discapacitats correspon, en primer lloc, al sistema públic de salut, que es fa càrrec de la informació, el diagnòstic i el tractament ambulatori i hospitalari dels trastorns. En aquest sentit, s'apliquen mesures molt variades, des de la cirurgia fins a la fisioteràpia o el tractament de les deficiències mentals, que pretenen aconseguir la màxima recuperació del subjecte o bé frenar un eventual procés degeneratiu. L'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* de 1999 va registrar amb detall la utilització de serveis sanitaris relacionats amb les discapacitats. Aquí ens fixarem en aquells aspectes que poden tenir més repercussió en la rehabilitació sociolaboral.

Les persones que tenen alguna discapacitat *fan un ús molt notable dels serveis generals del sistema sanitari i un ús més restringit dels serveis especialitzats de rehabilitació funcional-laboral*. Així, en el transcurs de les dues setmanes anteriors a l'aplicació de l'enquesta, gairebé la meitat dels afectats havien rebut cures mèdiques o d'infermeria (48,3%) i un de cada deu s'havia sotmès a proves diagnòstiques relacionades amb la seva discapacitat (10,8%). La demanda de cures mèdiques o d'infermeria va ser bastant més gran entre les dones (54%) que entre els homes (43%). D'altra banda, en el transcurs dels 12 mesos anteriors a l'aplicació de l'enquesta, la

cinquena part havia estat hospitalitzada (20,9%), amb una mitjana de 14 dies d'estada per persona; *una de cada deu* havia recorregut a serveis d'informació o assessorament al voltant de la seva deficiència; i *una de cada vint* havia estat objecte d'alguna intervenció quirúrgica, implantació o trasplantament (6,1%).

Això no obstant, són poques les persones afectades que havien utilitzat, al llarg de les dues setmanes anteriors a l'aplicació de l'enquesta, serveis especialitzats de rehabilitació, que són sovint els més directament relacionats amb la inserció professional:

- *Teràpia ocupacional i/o d'ensinistrament en la vida diària.* Es pot aplicar a qualsevol tipus de deficiència i s'orienta a superar els obstacles per a l'habilitació laboral i/o restaurar els hàbits de la vida diària; tan sols van aprofitar aquest recurs el 0,78% del conjunt de les persones amb discapacitat en edat laboral.

- *Rehabilitació funcional.* Tractaments destinats a evitar un procés degeneratiu o bé aconseguir la recuperació física o sensorial de la persona (fisioteràpia, psicomotricitat, etc.); van utilitzar aquests recursos menys del 3% de les persones amb discapacitat física o sensorial.

- *Rehabilitació del llenguatge.* Mesures terapèutiques encaminades a restaurar la capacitat de comunicació fins a les seves màximes possibilitats entre els qui registren deficiències de llenguatge, parla i veu. La proporció de persones amb aquest tipus de trastorns que van utilitzar els serveis de rehabilitació puja al 39%.

- *Rehabilitació ortoprotèsica.* Aplicació de teràpies, pròtesis, mesures ortopèdiques i aparells que permeten recuperar o suplir de manera parcial o total les funcions perdudes d'una part del cos. S'adrecen sobretot a les persones amb discapacitat física, de les quals tan sols el 0,92% va utilitzar aquests serveis durant les dues darreres setmanes.

- *Salut mental i assistència psiquiàtrica.* Actuacions sanitàries per al tractament o seguiment de pacients amb malaltia mental, així com l'atenció

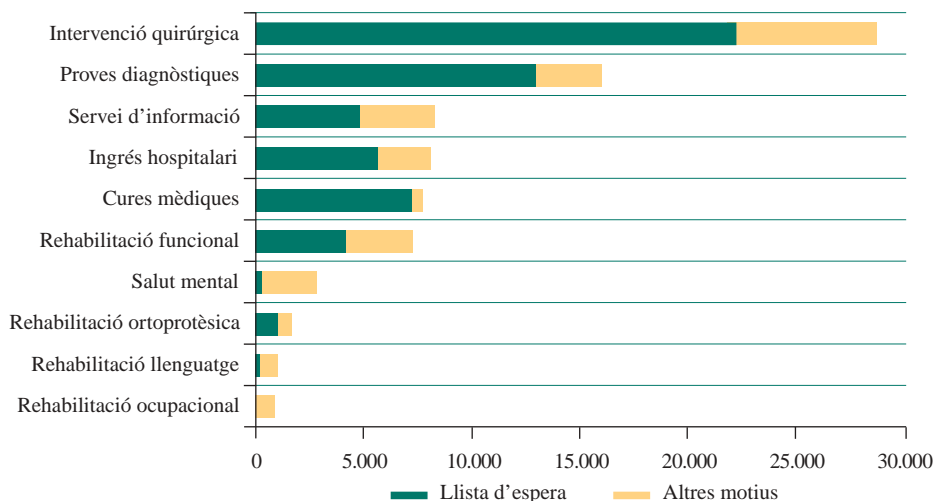
als problemes psicosocials que acompanyen la pèrdua de salut en general. Van utilitzar aquest servei el 17% de les persones amb discapacitats psíquiques.

És difícil valorar, a partir de l'enquesta de 1999, quantes persones amb discapacitat que es podrien haver beneficiat dels serveis de rehabilitació abans esmentats no els han utilitzat. Tot i això, la mateixa enquesta ofereix una pista en aquesta direcció quan es refereix a les persones enquestades que no van rebre cap servei medicofuncional durant les dues últimes setmanes perquè ja havien donat per acabat amb anterioritat el seu procés de rehabilitació; en aquests casos, que comprenen la cinquena part del col·lectiu (un quart de milió de persones), la majoria (88%) indica que havia seguit totes les prescripcions mèdiques pel que fa al temps i la manera de dur a terme la rehabilitació; en canvi, *el 12% assenyala que va interrompre indefinidament les mesures rehabilitadores sense haver-ne acomplert els objectius.*

Com es recull al gràfic 4.1, un sector més petit però important dels mateixos enquestats (6% del total, una mica més de 80.000 persones entre 16 i 64 anys) afirmen que no van rebre algun dels serveis de rehabilitació que necessitava. El motiu adduït més freqüentment per no haver accedit al servei són les «l·listes d'espera», mentre que pesen molt menys la «insuficiència econòmica» i la «inexistència del servei en l'entorn». Les *l·listes d'espera* són freqüents en el cas d'intervencions quirúrgiques i en l'aplicació de proves diagnòstiques, si bé en termes relatius són també importants en les teràpies de rehabilitació funcional. Pel que fa a la *insuficiència econòmica*, cal destacar que la immensa majoria dels tractaments corren a càrrec de la sanitat pública i que són molt poques les persones que diuen no haver rebut les mesures rehabilitadores adequades per manca de recursos econòmics. També en termes relatius, és en el cas de la *salut mental* on es registren més casos de manca de tractament per no haver pogut pagar els serveis corresponents.

Gràfic 4.1

PERSONES AMB DISCAPACITATS QUE NO HAN REBUT ELS SERVEIS DE REHABILITACIÓ QUE NECESSITAVEN (16 A 64 ANYS)



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

4.2. Rehabilitació ocupacional

Aquesta part de la rehabilitació intenta proporcionar els recursos educatius i les aptituds professionals suficients per aconseguir una inserció laboral normalitzada. A més de l'educació reglada, que tractarem en la segona part, les persones adultes afectades per discapacitats poden seguir diversos cursos de reciclatge, entre els quals sobresurt la *Formació Professional Ocupacional* (FPO), que està lligada directament a l'ocupació i era competència de l'INEM el 1999, dependent del Ministeri de Treball i Assumptes Socials. Hi ha tres modalitats de FPO:

1) el *Pla Nacional de Formació i Inserció Professional* (FIP), cofinançat pel Fons Social Europeu i dependent de l'INEM o de les comunitats autònomes amb les competències transferides en aquesta matèria, en els cursos del qual tenen accés preferent les persones amb discapacitat;

2) la *Formació Professional Contínua* per a treballadors ocupats, a partir dels acords signats entre el govern, els empresaris i els sindicats, i a la qual es poden acollir les persones amb discapacitat que treballen en centres especials de treball; i

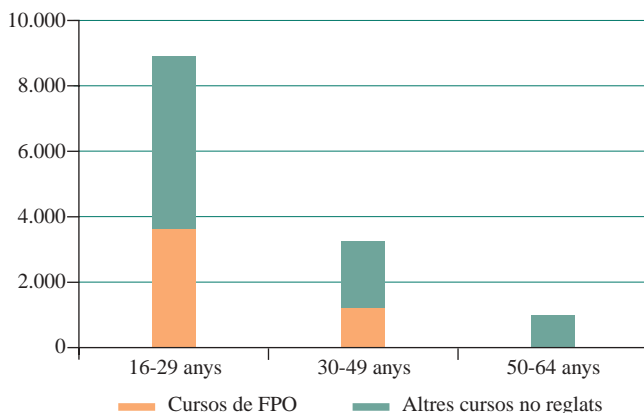
3) la *Recuperació Professional* a través de les Mútues d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, que s'orienta a la rehabilitació integral de persones amb discapacitats físiques.

Segons l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències*, de les persones amb discapacitats entre 16 i 64 anys, menys de 5.000 assistien a cursos de FPO, a més d'unes altres 8.300, que també seguien cursos no reglats de diferents matèries (vegeu el gràfic 4.2). En total, sumen 13.000 persones que representen tan sols l'1% del total de persones en edat laboral, proporció que es reparteix de manera diversa per grups d'edat: 5% amb menys de 30 anys, 0,7% entre els 30 i els 49, i 0,14% a partir dels 50 anys. Per sexe, el nombre d'homes dobla el de dones en cursos de FPO, mentre que les proporcions s'equilibren en els altres cursos no reglats.

Gràfic 4.2

PERSONES AMB DISCAPACITATS QUE CURSEN ESTUDIS NO REGLATS DE FORMACIÓ OCUPACIONAL

Nombre d'alumnes



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Per conèixer l'eficàcia d'aquests cursos de cara a trobar feina, l'enquesta plantejava dues preguntes successives, una per saber el nombre de persones amb discapacitat que havien acudit a cursos de Formació Professional Ocupacional durant els cinc anys anteriors i l'altra perquè diguessin si algun d'aquests cursos els havia servit per trobar feina. Les respostes, que es recullen al gràfic 4.3, són molt eloqüents: de les 65.500 persones assistents a cursos de FPO durant aquests 5 anys, les quals representen el 5% del col·lectiu, només una sisena part considerava que li havien estat útils per trobar feina. Els homes van acudir en una proporció lleugerament superior a aquests cursos, però les dones en van treure una mica més de profit.

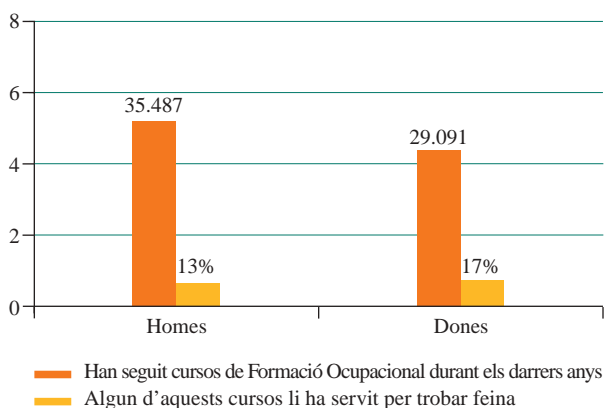
Els cursos que han estat més útils per trobar feina han versat sobre les matèries següents (per ordre de freqüència):

1. Serveis a la comunitat i personals (el més útil per a les dones).
2. Administració i oficines (el més útil per als homes i el segon per a les dones).

Gràfic 4.3

PERSONES AMB DISCAPACITATS QUE HAN SEGUIT CURSOS DE FPO DURANT ELS DARRERS 5 ANYS I OPINIÓ SOBRE LA SEVA UTILITAT PER TROBAR FEINA (16-64 ANYS)

Percentatge i nombre d'alumnes



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

3. Transports i comunicacions (el segon curs més útil per als homes).
4. Agricultura (el tercer curs més útil per als homes).
5. Edificacions i obres públiques.
6. Serveis a les empreses (el tercer curs més útil per a les dones).
7. Indústries gràfiques.
8. Manteniment i reparació.

4.3. Prestacions i ajudes

De les persones amb discapacitat en edat laboral que va captar l'enquesta de 1999, gairebé la meitat (47,3%) perceben alguna prestació o ajuda econòmica. La principal d'aquestes ajudes era la *pensió d'invalidesa o malaltia*, que arribava al 39,4%, seguida a molta distància pels qui obtenien beneficis fiscals en la seva declaració de l'IRPF a causa de la seva discapacitat (9,7%) i d'un ampli ventall d'ajudes puntuals (prestació familiar per fill a càrrec, ajuda de tercera persona, despeses de transport, etc.), que en conjunt arribaven al 7,8% del col·lectiu.

Les pensions presenten dues modalitats: contributiva i no contributiva o assistencial.⁽¹⁾ La pensió contributiva és aquella en la qual el dret a la prestació deriva del fet d'haver dut a terme una activitat laboral anterior per la qual s'ha cotitzat a la Seguretat Social, raó per la qual és més freqüent en els homes que en les dones, tal com es recull al gràfic 4.4. D'aquesta manera, perceben pensions contributives el 34% dels homes en edat laboral i tan sols el 15% de les dones; en canvi, aquestes últimes perceben pensions assistencials o no contributives en una proporció (16%) una mica més gran que els homes (14%).

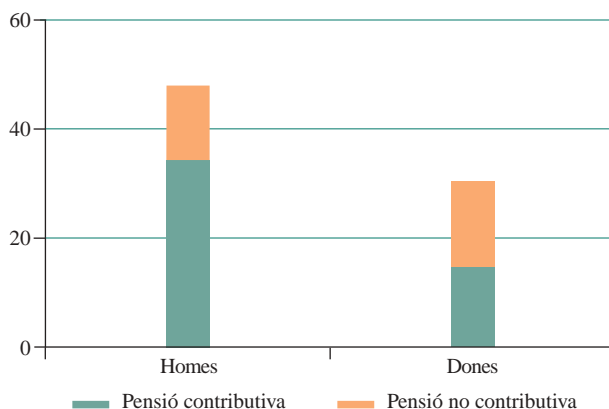
Convé precisar que les persones amb discapacitat que han obtingut el *certificat de minusvalidesa* perceben pensions –contributives o assistencials– en una proporció molt superior (62%) als qui no disposen d'aquest certificat (27%).

(1) A més d'aquestes pensions de caràcter públic, hi ha pensions proporcionades per assegurances privades de vida o invalidesa, que l'any 1999 només perceben el 0,11% de les persones amb discapacitat en edat laboral.

Gràfic 4.4

PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS QUE PERCEBEN PENSIONS

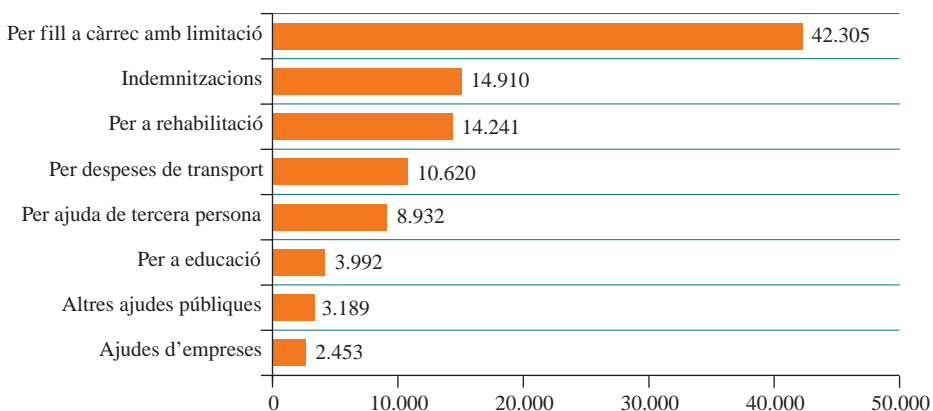
En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Gràfic 4.5

PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS QUE PERCEBEN PRESTACIONS ESPECÍFIQUES



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Reben beneficis fiscals en la seva declaració de l'IRPF l'11,3% dels homes i el 7,9% de les dones amb discapacitat en edat laboral, mentre que aquests percentatges s'amplien entre aquelles persones que disposen de certificat oficial de minusvalidesa (23 i 22%, respectivament).

Finalment, hi ha una àmplia gamma de prestacions específiques que s'assignen principalment a persones amb certificat de minusvalidesa i que, en conjunt, arriben a menys del 8% de les persones amb discapacitats entre 16 i 64 anys. Les recollim, per ordre d'importància, al gràfic 4.5.

4.4. Ajuda familiar a les persones amb discapacitat

De cada deu persones en edat laboral amb discapacitats, quatre requereixen en algun moment l'ajuda d'una altra persona per cobrir les seves necessitats bàsiques. Són els anomenats «cuidadors» o, amb més propietat en la majoria dels casos, «cuidadores», ja que les tres quartes parts són *dones*.

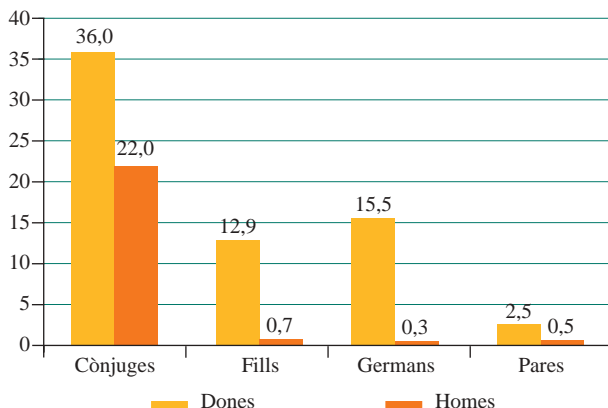
Més del 80% dels cuidadors són parents de la persona atesa; el 5,5%, persones contractades amb aquesta finalitat; el 4,3%, professionals de serveis socials públics; el 4,0%, veïns o amics, i el 2,5%, persones voluntàries de serveis socials no públics.

En el cas dels familiars, el treball que representa l'assistència corre a càrrec principalment del *cònjuge*, en segon lloc dels *germans* i dels *fills*, i en tercer lloc, dels *pares* (cal recordar que ens hem centrat en les persones amb discapacitat en edat laboral, entre 16 i 64 anys). Però el que crida més l'atenció és la *feminització de la població ciutadana*: per cada fill cuidador, hi ha 18 filles cuidadores; per cada germà, 51 germanes, i per cada pare, 5 mares. Només en el cas dels cònjuges es dona una certa aproximació entre els sexes, si bé les esposes que cuiden els seus marits són un 65% més que els marits que cuiden les seves esposes (vegeu el gràfic 4.6). Quan el parent cuidador viu en una llar diferent, cosa que passa en la desena part dels casos, les persones que presten l'assistència amb més freqüència són la «filla» i la «mare», mentre que el «fill» i el «pare» figuren en tercer i quart lloc.

Gràfic 4.6

PARENTIU I SEXE DELS CUIDADORS DE LES PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS

En percentatge

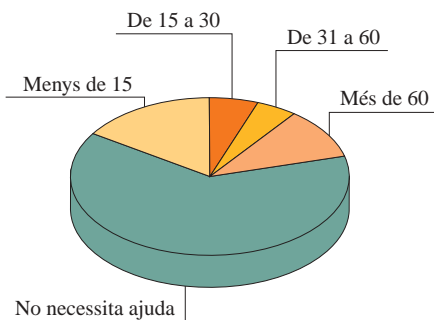


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Un altre aspecte important dels cuidadors és el temps que dediquen a la relació d'ajuda, la qual cosa queda reflectida al gràfic 4.7. El 10% de les persones en edat laboral amb discapacitats requereixen més de 60 hores

Gràfic 4.7

HORES SETMANALS ESMERÇADES EN L'ATENCIÓ DE LES PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

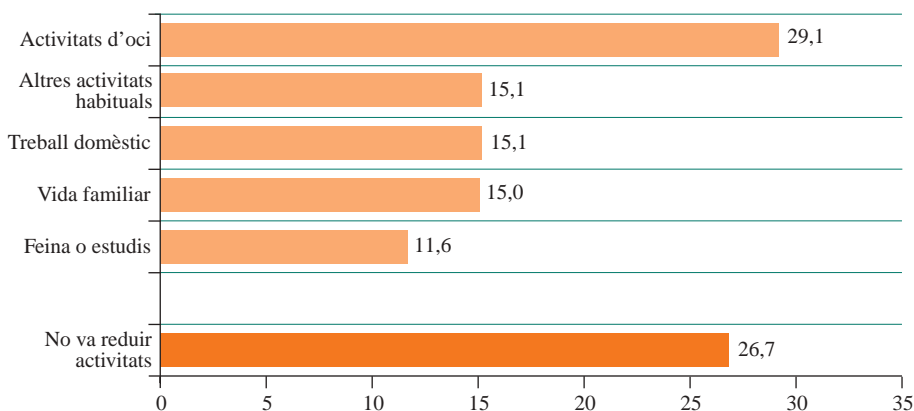
setmanals d'assistència, i el 4,5% entre 30 i 60 hores; un altre 5,4% necessita entre 15 i 30 hores de suport extern i prop del 15% menys de 15 hores.

Una mica més de la quarta part dels qui presten assistència no han reduït per aquest motiu cap de les seves activitats habituals. La resta ha hagut de limitar algunes ocupacions, sobretot d'*oci i temps lliure*, de *treball domèstic* o de *relacions familiars*; això no obstant, el temps de *feina o d'estudi* només s'ha vist condicionat en un de cada deu casos (vegeu el gràfic 4.8).

Gràfic 4.8

PERSONES CUIDADORES QUE HAN REDUÏT LA SEVA ACTIVITAT HABITUAL

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Segona part

**LA INSERCIÓ LABORAL DE LES
PERSONES AMB DISCAPACITATS**

V. La inserció com a procés entre la inclusió i l'exclusió social

En aquest capítol s'esbossa una classificació dels principals *sistemes d'inserció social* on s'ubiquen, a Espanya, les persones en edat laboral amb discapacitats (16-64 anys). A partir d'uns baixos nivells educatius i de formació professional, les trajectòries de les persones adultes prenen bàsicament tres camins: el *treball domèstic*, principal via d'inserció de les dones; les *pensions*, principal via dels homes; i el *treball remunerat*, al qual només accedeixen la tercera part dels homes i menys de la cinquena part de les dones. Abans de presentar aquests sistemes d'inserció, definirem alguns dels principals conceptes que es faran servir en aquest capítol.

5.1. La inserció social durant les diverses etapes de la vida

La inserció de les persones en la societat pot presentar itineraris molt diversos, que es mouen entre la inclusió i l'exclusió: en el pol de la inclusió, augmenten la qualitat de vida i el sentiment de realització personal i professional; en el pol de l'exclusió, s'accentuen la precarietat econòmica i els sentiments de fracàs i marginació social. En les biografies individuals, la inserció es produeix de manera diferencial en les successives etapes de la vida, en funció de les circumstàncies específiques que presenta cada història particular.

Durant la *infància i la joventut* es construeixen les actituds i aptituds bàsiques de la persona que marcaran les seves possibilitats de realització al llarg de la vida.⁽¹⁾ En aquest moment té una especial influència la *família d'origen* (la seva posició socioeconòmica i cultural, la cohesió i estabilitat entre els seus membres, les expectatives respecte als fills i filles, etc.). També hi influeixen de manera important l'*escola*, els *mitjans de comunicació i consum de masses*, els *grups d'amics*, etc. Per als nens i nenes amb discapacitats, hi ha també diversos mecanismes (en l'àmbit de la sanitat i la rehabilitació, l'educació especial, el tractament psicològic, etc.) que miren d'atendre els seus problemes específics. Tots aquests dispositius, que operen des d'un model normalitzat d'infància i joventut, acaben configurant trajectòries de realització diferents, d'inclusió o exclusió social, les quals depenen, en el nostre cas, no solament del *tipus i grau de discapacitat*, sinó també de la *procedència social dels individus*: les mateixes normes que faciliten la inclusió social dels sectors benestants contribueixen a reforçar la marginalitat i dependència dels sectors precaritzats.⁽²⁾

Durant l'*edat laboral*, els homes i les dones despleguen estratègies orientades a aconseguir independència i reconeixement social com a subjectes actius, capaços de desenvolupar un projecte de vida propi, en el qual es posen en joc els seus valors i actituds personals. Això ho aconsegueixen donant pas a determinades vies d'inserció en la societat, que són característiques de la vida adulta, i entre les quals sobresurt la instauració d'*una nova família* i l'accés a les diverses formes de *treball domèstic i extradomèstic* que els permeten realitzar-se a si mateixos i tirar endavant els fills i la resta de parents que depenen d'ells. El més propi d'aquesta etapa és *la feina*, entesa en el sentit més ampli, com a esforç productor de béns de qualsevol tipus, per a un mateix i/o per als altres.⁽³⁾ En el context d'una societat mercantilitzada, com la nostra, el tipus de treball més propi és el remunerat, del

(1) Ningú no qüestiona que en aquesta etapa es configura la personalitat, però són moltes les teories que intenten explicar els mecanismes i processos concrets (psicosocials) a través dels quals es produeix la socialització. Una síntesi d'aquestes teories i una proposta per a una «teoria sociològica de la identitat» es poden trobar a Dubar, C. (1996): *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, París.

(2) Hem estudiat la gènesi històrica de les formes de socialització infantil a Espanya a Colectivo Ioé (1989): *Infancia moderna y desigualdad social*, monogràfic de la revista *Documentación Social*, núm. 74, Madrid.

(3) Incloem aquí els treballs remunerats (regulars o irregulars) i els no remunerats (el treball domèstic i el treball social de caràcter «voluntari»). Per a una classificació dels diversos tipus de feina, vegeu Colectivo Ioé (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMRSO), Madrid, pàgs. 37-40.

qual depenen els ingressos i el nivell de vida de la família. Per això és important per a la unitat familiar no solament accedir a l'ocupació, sinó aconseguir unes condicions de treball satisfactòries (estabilitat, salari suficient, possibilitats de promoció, etc.). El model de realització, en aquest cas, és també compartit per la generalitat de la població, però els resultats són molt desiguals: tot i que la majoria de les persones es casen i funden una nova família (la qual cosa no s'identifica amb el fet de tenir una vida afectivosexual satisfactòria), aproximadament la meitat o un terç, segons si ens referim a tots els més grans de 15 anys o només als ocupats entre 16 i 64 anys,⁽⁴⁾ s'exclou o és exclosa del mercat de treball remunerat en l'edat adulta; dels qui busquen feina, una part és a l'atur i els qui n'aconsegueixen una es troben amb un mercat fragmentat en el qual les condicions de treball i els salaris estan altament polaritzats. Finalment, alguns col·lectius, entre els quals hi ha les persones amb discapacitat, pateixen un plus de discriminació respecte a la resta de la població. Concretament, les persones amb deficiències de tipus psíquic s'independitzen dels seus pares en una proporció molt més petita que la població general, i l'accés al mercat de treball remunerat, com veurem en els pròxims capítols, és molt restringit per a tots els tipus de discapacitat.

La *vellesa* s'inicia amb l'arribada de l'edat de jubilació, moment que s'identifica socialment amb una posició de fragilitat i dependència. Una enquesta recent confirmava que «la imatge social de la vellesa es continua assumint principalment com a deterioració: el 61% de la població espanyola creu que el principal signe de vellesa és la incapacitat de valdre's per si mateix».⁽⁵⁾ En coherència amb aquesta apreciació, les persones grans s'asseguren vies d'inserció social mitjançant diversos *sistemes de cobertura i protecció de riscos*, entre els quals destaquen les pròpies rendes familiars, les pensions i la solidaritat intergeneracional, a través de les famílies dels fills.

(4) La taxa oficial de població activa es construeix a Espanya amb relació a la població de 16 i més anys, incloent-hi els qui estan en edat de jubilació. En aquest cas, la taxa esmentada ha oscil·lat en els últims anys entre el 48 i el 50%, en funció de la conjuntura econòmica. Si limitem a l'edat laboral (16-64 anys) el criteri per definir la taxa, el percentatge puja al 62%-64%.

(5) INSERSO/CIS (1996): *Las personas mayores en España. Perfiles, reciprocidad familiar*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid, pàg. 14.

En els tres moments descrits: infància, edat laboral i vellesa, la família apareix com a instància de referència de la inserció social, al llarg de tres generacions: la *família d'origen*, la *nova família* establerta en l'etapa adulta, i les *famílies dels fills*, que es converteixen en el principal sistema de suport, juntament amb les pensions, quan arriba la vellesa. Aquesta omnipresència de la institució familiar significa que, per a la població en general, i amb més raó per a les persones amb discapacitats, *la inserció social acostuma a ser més una qüestió de família que no pas un assumpte individual*.

D'altra banda, els itineraris de les persones amb discapacitats estan condicionats, en el pla social, per les institucions econòmiques, socials i culturals, tal com veurem al capítol VIII. És l'*espai-temps generacional*, en el marc del qual es dibuixen les possibilitats d'inclusió o exclusió social dels individus i les famílies.

5.2. Principals vies d'inserció de les persones amb discapacitats

Si prescindim del component familiar, present en totes les etapes de la vida, la inserció social de les persones en edat laboral amb discapacitats s'aconsegueix a través de la seva participació en tres sistemes interrelacionats: les *pensions*, el *treball domèstic* i el *treball remunerat*. Cal tenir en compte que aquests tres sistemes no són excloents entre si, sinó que una mateixa persona pot participar-ne d'uns quants. Per exemple, es pot percebre una pensió i estar alhora treballant, o bé tenir una feina remunerada i encarregar-se també de les feines de la llar (si bé això pot ser imposat per les circumstàncies i no tractar-se precisament d'una opció voluntària del subjecte). De manera secundària, hi ha altres sistemes o subsistemes d'inserció: l'*estudi*, que és més propi de la infància i la joventut, però que es pot convertir en una activitat important de les persones adultes; i l'*atur*, que defineix una forma negativa de relació amb l'activitat caracteritzada per la «recerca de feina». Tot seguit avancem una presentació esquemàtica d'aquests sistemes i subsistemes d'inserció, que després ampliarem en els pròxims apartats.

Les *pensions* cobreixen 573.000 persones en edat laboral amb discapacitats, de les quals una quarta part (23,7%) desenvolupen també altres tipus d'activitat (treball o recerca d'ocupació, feines de la llar, estudi). Com a valoració més general, convé remarcar que *les pensions constitueixen a Espanya el sistema d'inserció més freqüent i característic del col·lectiu que estudiem*; són percebudes pel 42,9% de les persones que es troben en edat laboral sota tres modalitats: *pensions contributives*, amb un import mensual mitjà de 84.000 pessetes (506 euros) el 1999, que s'atorguen com un dret dels treballadors que han cotitzat (sobretot homes); *pensions no contributives*, amb un import mensual establert pel govern de 38.000 pessetes (230 euros), que es concedeixen com a ajuda social a persones amb un grau de «minusvalidesa» important que no han cotitzat prèviament (principalment dones); i *pensions de prejubilació*, atorgades per raons especials abans de fer els 65 anys i l'import mitjà de les quals el 1999 era de 84.500 pessetes (510 euros).

Pel que fa al *treball domèstic*, adopten aquest sistema d'inserció 356.000 persones, de les quals el 95% són dones. Això suposa que les feines de la llar són una activitat habitual per al 51% de les dones en edat laboral amb discapacitats i només per al 2,7% dels homes. Un altre tret important de les persones que duen a terme les feines domèstiques és que són el grup que participa més d'altres vies d'inserció social, la qual cosa és indicativa del fet que, almenys en molts casos, el treball domèstic no ha estat una opció lliurement escollida: fins a un 38% percep pensions, treballa, busca feina o estudia. 9 de cada 10 persones en edat laboral amb discapacitats que es realitzen en el treball domèstic desenvolupen aquesta activitat en una nova llar, és a dir, un cop emancipades de la seva família d'origen, mentre que el 10% restant roman a la llar paterna, i manté la dependència pròpia de l'etapa de socialització infantil.

El *treball remunerat* es constitueix en sistema d'inserció per a 319.000 persones amb discapacitat en edat laboral (23,9% del col·lectiu), de les quals una cinquena part participen d'altres vies d'inserció (pensions, feines de la llar, estudis). Per tipus de feina, es poden distingir els qui estan ocupats al mercat ordinari de treball i els qui treballen en feines protegides

(en aquest cas, una de cada cinc persones). Des del punt de vista de la inserció social, caldria distingir les feines estables i qualificades d'aquelles que són inestables i poc qualificades, amb menys possibilitats de promoció professional.

Com a valoració més global dels tres principals sistemes d'inserció del col·lectiu, cal destacar que *la majoria disposa d'alguna via per aconseguir autonomia i reconeixement com a persones adultes en el marc de la seva unitat familiar, ja sigui a través del treball (domèstic i mercantil) i/o mitjançant algun sistema de cobertura de riscos (pensions contributives i no contributives)*. Això no obstant, la importància que tenen aquests tres sistemes ofereix un quadre molt diferent del de la població espanyola en general. Mentre que per a aquesta el treball remunerat és el sistema més freqüent en la vida adulta (el 53% de la població espanyola entre 16 i 64 anys estava ocupada el 1999), només hi accedeixen el 24% de les persones amb discapacitats i, a més, amb una forta discriminació de gènere (32% els homes i 16% les dones), tal com passa també entre la població general (69% i 38%). Per contra, el sistema de pensions és utilitzat pel 43% del col·lectiu, mentre que la població sense discapacitats el fa servir gairebé exclusivament durant la vellesa (excepte en els casos de jubilació anticipada). Finalment, el treball domèstic té també un gran pes com a via d'inserció per a les persones amb discapacitats i afecta gairebé exclusivament les dones, tal com passa en el conjunt de la població espanyola.

A més dels tres sistemes d'inserció anteriors, hi ha altres formes de relació amb l'activitat que a vegades estan presents en la vida adulta. Així, quan es va aplicar l'Enquesta de 1999, hi havia 109.000 persones amb discapacitats que buscaven feina, unes altres 61.000 que cursaven estudis i 2.250 que es dedicaven a activitats de voluntariat. Cadascun d'aquests tres subsistemes presenta algunes característiques pròpies:

- **Persones a l'atur.** La taxa d'atur de les persones en edat laboral amb discapacitats és molt més alta (26,1%) que la que hi havia el 1999 per a la població general espanyola (15,6%, EPA del segon trimestre) i afecta més les dones (33,1%) que els homes (22,1%). D'altra banda, gairebé un de cada

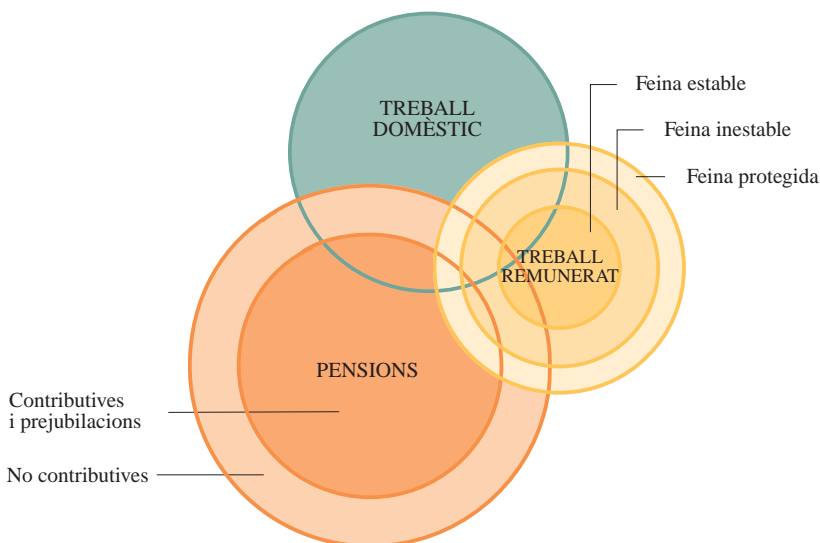
tres aturats duia a terme altres activitats (feines domèstiques i estudi) i el 13% percebia alguna pensió d'invalidesa. Des del punt de vista de la inserció social, l'atur és una forma evident d'exclusió social, sobretot si la manca de feina es prolonga durant molt temps, tal com veurem al capítol VII. L'atur constitueix, d'alguna manera, un subsistema, per via negativa, del sistema de feina remunerada.

- **Estudiants.** Un 5% de les persones amb discapacitats entre 16 i 64 anys es defineixen com a *estudiant*, més de la meitat (57%) com a ocupació exclusiva i la resta compartint els estudis amb altres activitats (treball remunerat, recerca d'ocupació, feines de la llar...). En la majoria dels casos (82%) es tracta de persones joves (16-29 anys). La formació acadèmica i professional es pot considerar com l'inici o l'activitat específica preparatòria de les formes d'inserció de la vida adulta (autonomia familiar, qualificació professional, exercici actiu de la ciutadania), que és característica de l'etapa infantil i juvenil. Precisament, les persones amb discapacitat a Espanya presenten un dèficit important de formació, que arrossegueu després al llarg de la seva vida, fet que limita les seves possibilitats d'inserció laboral. Ampliarem aquest punt al pròxim apartat.

- **Voluntariat.** És una activitat que, a partir de l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències*, només ocupa un temps important a unes 2.300 persones en edat laboral, homes i dones en la mateixa proporció. En tots els casos, les tasques com a voluntaris es comparteixen amb altres formes de relació amb l'activitat, per l'ordre següent: ser pensionista, ser empleat, ser mestressa de casa i ser a l'atur.

El gràfic 5.1 representa a grans trets les relacions i les principals magnituds dels tres sistemes d'inserció sociolaboral. En alguns casos el mateix subjecte participa de dos dels sistemes, o fins i tot dels tres, i altres vegades no està present en cap, amb la qual cosa necessàriament ha de dependre d'altres persones, ja sigui perquè segueix en procés de formació després d'haver fet els 16 anys (estudiants) o bé perquè està a l'expectativa d'aconseguir una feina o una pensió. L'àrea dels cercles representa aproximadament el nombre estimat de persones amb discapacitat en cada situació.

SISTEMES D'INSERCIÓ SOCIAL DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS EN EDAT LABORAL



Cal observar que *el segment que podem considerar exitós en la seva inserció laboral adulta (cercle en color groc: llocs de treball estables al mercat ordinari de treball) tan sols representa prop del 15% de les persones amb discapacitat entre 16 i 64 anys.*

5.3. Itineraris escolars: baixa qualificació del col·lectiu

L'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències de 1999 ha confirmat el baix nivell d'estudis de les persones amb discapacitats respecte a la població general, una cosa en la qual coincideixen tant els estudis mono-

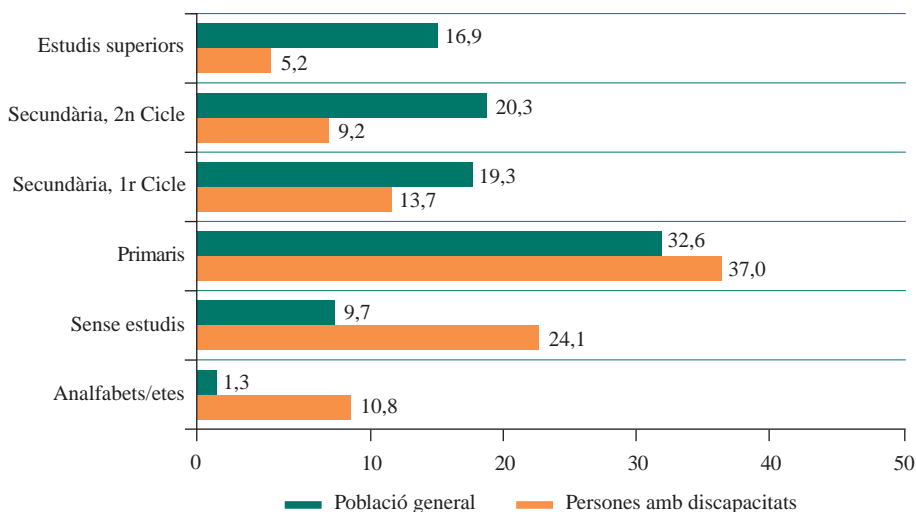
gràfics existents a Espanya com el *Panel de Llars* de la Unió Europea, segons el qual al nostre país es registraven, després de Grècia, els nivells de formació més baixos (vegeu l'apartat 1.3).

El percentatge d'analfabetisme de les persones amb discapacitat en edat laboral és vuit vegades superior al de la població general espanyola, i el nivell de titulats superiors és tres vegades inferior. El gràfic 5.2 recull la diferent distribució per nivells d'estudis de tots dos col·lectius, de manera que les persones amb discapacitats es concentren en els nivells baixos (el 72% no ha arribat a l'ensenyament secundari) i la població general en els alts.

Gràfic 5.2

NIVELL D'ESTUDIS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS I DE LA POBLACIÓ EN GENERAL

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Les diferències de nivell d'estudis per trams d'edat són importants. Així, mentre només el 15% de les persones situades entre 50 i 64 anys posseeixen un nivell d'instrucció per sobre de la Primària, gairebé el 40% dels qui en tenen menys de 50 han aconseguit superar aquesta fita. Això no obstant, les diferències de nivell escolar entre els més joves (16-29 anys) i els situats en el tram intermedi (30-49 anys) són lleugerament favorables a aquest segon grup, sens dubte per la prevalença més gran de deficiències psíquiques congènites i infantils en el tram juvenil.

Les diferències *per sexe* són poc rellevants, tot i que en conjunt els homes presenten una situació una mica més favorable, tant en la població general com en les persones amb discapacitats. Això no obstant, es pot comprovar que les dones de la generació més jove (16-29 anys) han aconseguit una qualificació més gran que els homes (han acabat estudis superiors el 8% i el 4,2%, respectivament).

Si comparem aquesta situació amb el nivell d'estudis de les persones que tenien discapacitats el 1986, es comprova que tant els homes com les dones han millorat la seva posició, però l'augment de les dones es pot qualificar d'extraordinari. Si el 1986 la proporció d'homes que tenia un nivell escolar per sobre de la Primària (17,2%) era un 62% superior a la de les dones (10,6%), tretze anys més tard la proporció dels primers (30,9%) era només un 22% superior a la registrada per les segones (25,3%); i, si ens limitem al tram d'edat més jove (16-29 anys), la proporció de dones amb un nivell escolar per sobre de la Primària el 1999 (47,7%) ja és superior a la registrada pels homes (45,5%).

Per *tipus de deficiència*, presenten millors nivells acadèmics les persones amb trastorns sensorials, seguides a una certa distància pels qui tenen limitacions de tipus físic. Finalment, hi ha els qui tenen deficiències psíquiques, dels quals més de la meitat (57%) no han arribat a acabar l'Educació Primària, és a dir, són analfabets (30%) o «sense estudis» (27%); en aquestes proporcions, hi tenen molt pes les persones amb retard mental, amb diferències importants segons el grau de retard: l'analfabetisme arriba al 98,7% quan el retard és *profund*; al 46%, quan és *moderat*, i al 16%, quan és *lleu*.

Per comunitats autònomes, també es donen diferències importants en els nivells educatius. En els trams més baixos hi ha cinc comunitats, totes elles de l'Espanya meridional: Extremadura, Castella-la Manxa, Andalusia, Múrcia i Canàries; *les seves taxes d'analfabetisme i sense estudis superen el 40% de les persones en edat laboral amb discapacitats*. Un estudi sobre persones amb minusvalidesa oficial entre 16 i 45 anys, dut a terme en una d'aquestes regions (Andalusia), descriu així l'accidentat itinerari escolar de la majoria d'ells: «el 65% va abandonar en algun moment (sense acabar el cicle d'estudis iniciat), i una mica més del 19% continua estudiant. D'aquests, gairebé la totalitat ha repetit cursos [...]. La repetició de cursos s'ha d'entendre amb un doble significat: pel costat positiu, mostra la voluntat d'unes persones que, per sobre de totes les dificultats pròpies i les afegides de no disposar d'ajudes suficients per seguir la marxa del curs, segueixen insistint en la seva formació; pel costat negatiu, aquestes repeticions de curs com a indicador de fracàs escolar no fan sinó denunciar uns programes, plans i mitjans d'estudi que no estan adaptats a les possibilitats reals d'uns estudiants que són especials. La integració laboral no s'aconseguirà si prèviament no s'ha assolit una integració escolar real d'acord amb les capacitats limitades d'aquests esforçats alumnes».⁽⁶⁾

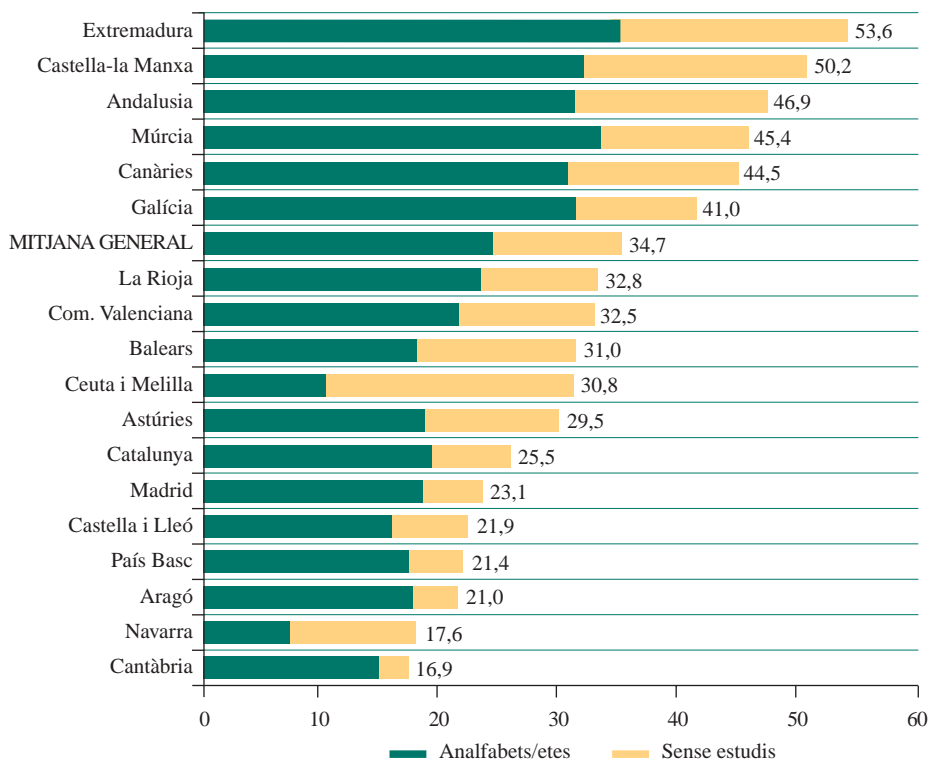
Els nivells d'estudis més alts corresponen a comunitats autònomes del nord del país (Cantàbria, Navarra, Aragó, País Basc i Castella i Lleó), seguides per Madrid i Catalunya. El gràfic 5.3 recull la proporció de persones amb discapacitat que no han superat el nivell d'Educació Primària, bo i distingint entre les que no saben llegir ni escriure («analfabetes») i les que han iniciat estudis però no han acabat el nivell de Primària («sense estudis»).

(6) García, B. (1996): *Las personas con discapacidad ante el reto de la integración laboral en Andalucía*, Instituto Andaluz de Servicios Sociales, Sevilla, pàg. 43.

Gràfic 5.3

PERSONES AMB DISCAPACITATS EN EDAT LABORAL ANALFABETES I SENSE ESTUDIS, PER COMUNITATS AUTÒNOMES

Percentatge que no ha superat l'Educació Primària



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

5.4. Pensions: principal via d'inserció dels homes

Les pensions proporcionen als seus perceptors uns ingressos⁽⁷⁾ que, sumats a vegades a altres rendes laborals, contribueixen a fer-los mereixedors del reconeixement i l'atenció de les persones del seu entorn (normalment la pròpia família). Per a la població general, la percepció d'una pensió

(7) El 1999, la Seguretat Social va destinar un total de 926.268 milions de pessetes (5.570 milions d'euros) a les pensions contributives d'incapacitat permanent i a les no contributives d'invalidesa, corresponents a persones de menys

s'associa amb l'edat de jubilació, moment que s'identifica, com ja hem vist, amb la deterioració de la salut i la necessitat d'assistència per part d'altres persones. En el cas dels subjectes en edat laboral amb discapacitats que perceben pensions, aquestes contribueixen indubtablement a millorar les seves condicions de vida; però, pel fet de remetre directament a la fragilitat o invalidesa del subjecte, tenen el risc de reforçar en aquest l'*estatus de dependència*, amb el consegüent perill de cronificació. Aquesta situació no tindria més repercussions si afectés només les persones amb discapacitats molt greus, impossibilitades per desenvolupar qualsevol tipus de feina; això no obstant, es tracta de la via d'inserció social més utilitzada, que afecta més de mig milió de persones en edat laboral amb discapacitats⁽⁸⁾ i que, probablement, limita les opcions d'aquells que podrien seguir exercint una activitat remunerada. D'altra banda, el fet que molts pensionistes no treballin ni busquin feina es relaciona també amb la creixent competitivitat del mercat de treball, que presenta barreres més grans per a aquestes persones, sobretot si estan poc qualificades professionalment.

Dins del col·lectiu de pensionistes menors de 65 anys amb discapacitats, s'hi distingeixen tres segments principals: els perceptors de pensions contributives (320.000 el 1999, dels quals el 70% homes), els de pensions no contributives (197.000 el mateix any, el 53% dones) i els que s'han jubilat anticipadament (56.000, el 73% homes). En el cas d'aquest darrer grup, no poden dur a terme treballs remunerats per definició, llevat que se situïn en l'economia submergida.

Els qui perceben *pensions no contributives*⁽⁹⁾ no poden treballar mentre es beneficien de l'ajuda, però sí que poden buscar feina, cosa que fa el

de 65 anys. A aquesta xifra caldria afegir-hi les pensions normals de jubilació d'aquelles persones amb discapacitat que s'han jubilat anticipadament (almenys les 56.000 captades per l'*Enquesta sobre Discapacitats*, les quals, segons l'import mitjà de les pensions de jubilació en aquell any, van poder representar una partida de 56.717 milions de pessetes (341 milions d'euros).

(8) D'1,3 milions de persones amb discapacitats en edat laboral (16-64 anys) captades per l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* (1999), 573.000 reconeixien que percebien algun tipus de pensió; això no obstant, en la mateixa data, les persones registrades per la Seguretat Social com a perceptores de pensions d'«incapacitat permanent» menors de 65 anys eren 1.028.902 (797.200 de contributives i 231.702 de no contributives). Aquesta subrepresentació, en l'Enquesta, de pensionistes d'invalidesa sembla que és deguda als estrictes requisits aplicats per definir el llinar de les «discapacitats».

(9) Les *pensions no contributives d'invalidesa* arribaven el 1999, segons els registres de la Seguretat Social, a 231.700 persones, encara que l'*Enquesta sobre Discapacitats* només n'hagués captat 197.000. Aquestes ajudes, que s'atorguen a persones menors de 65 anys, estan condicionades al fet de tenir un certificat de minusvalidesa igual o superior al 65% i demostrar que ni el sol·licitant ni la seva família no disposen de recursos suficients per viure.

4% d'ells (l'1% reconeix que treballa irregularment i el 22,8% assenyala que té «incapacitat per treballar»). Les prestacions que reben (14 pagues mensuals de 37.955 pessetes el 1999) no pretenen que el perceptor accedeixi als estàndards de vida normalitzats de la població, sinó, més modestament, assegurar-li uns ingressos mínims de supervivència. Com passa en altres casos semblants, es tracta d'una ajuda que pot tenir efectes perversos des del punt de vista laboral, sobretot en els sectors socials més precaritzats. En la mesura que el perceptor de la prestació o els parents que viuen amb ell pretenguin accedir a una feina que incrementi la renda familiar, això implica automàticament deixar de percebre la pensió. Malgrat la seva baixa quantia,⁽¹⁰⁾ l'ajuda gaudeix d'una regularitat que no és precisament la norma de les feines inestables i poc qualificades. Per tant, és fàcil entendre que els condicionaments de la pensió desincentivin la recerca de feina o, més probablement, que alimentin l'oferta de mà d'obra irregular.

Dels perceptors de pensió contributiva, el 9% disposa d'una feina remunerada (21.500 persones ocupades) o en busca activament (7.500 a l'atur). La rehabilitació laboral és més freqüent en les situacions d'*invalidesa permanent total i parcial*, ja que en aquests casos els afectats poden tornar a treballar, fins i tot a la mateixa empresa on ho feien abans, i seguir cobrant la pensió.⁽¹¹⁾ Fins i tot entre els pensionistes amb *invalidesa absoluta* o *gran invalidesa*, hi ha persones que exerceixen un treball remunerat (com en el conegut cas de molts venedors del cupó de l'ONCE), la qual cosa no és obstacle per continuar percebent també l'import de la pensió.

Els pensionistes sense treball remunerat poden ocupar el temps lliure de diverses maneres, entre les quals destaca el treball domèstic (via utilitzada pel 35% de les dones pensionistes i pel 3% dels homes), mentre que només el 2,6% es dedica a l'estudi, i un testimonial 0,2% (menys de 1.000 persones) esmerça el seu temps en associacions de voluntariat.

(10) El 1997 eren 14 pagues de 36.510 pessetes mensuals, més un complement del 50% en el cas que s'acredités un grau de minusvalidesa superior al 75% i es necessités el concurs d'una altra persona per realitzar els actes essencials de la vida.

(11) La *invalidesa permanent total*, grau assolit pel 51% dels pensionistes contributius el 1999, inhabilita el treballador per a la realització de les tasques habituals de la seva professió, però es pot dedicar a una altra de diferent, que s'adapti millor a la discapacitat que li ha sobrevingut (cosa que ha de comunicar a l'entitat gestora). Pel que fa a la *invalidesa permanent parcial*, només la tenen el 0,56% dels perceptors, i, si bé pot ocasionar al treballador una certa disminució en el seu rendiment, no l'inhabilita per exercir la seva professió habitual.

5.5. Treball domèstic: principal via d'inserció de les dones

El treball domèstic al si de la unitat familiar, peça clau per a la reproducció del sistema social, és una de les vies d'inserció social que més utilitza la població general adulta, sobretot les dones.⁽¹²⁾ Es pot considerar que, tot i no percebre cap contrapartida monetària, el treball domèstic pot ser font d'autonomia i desenvolupament personal quan respon a un projecte compartit de parella o de família on una altra o unes altres persones aporten el treball remunerat. Tot i això, si bé el treball domèstic és necessari per a la reproducció de la societat, el fet d'exercir-lo gaudeix de poc prestigi i la imatge de les «mestresses de casa» (expressió popular amb connotacions sexistes) està molt estesa, de manera que es desvaloritzen les feines que es duen a terme al si de la llar. Això explica la tendència de les últimes generacions de dones a treballar fora de casa,⁽¹³⁾ encara que això els suposi amb freqüència un excés de treball i el consegüent estrès (l'anomenada «doble jornada») a causa de l'escassa implicació del marit i dels fills. Així mateix, la poca valoració de les feines domèstiques es manifesta en el desig que mostren moltes «mestresses de casa» d'arribar a tenir una feina remunerada, tot i que la majoria no en busca activament per diverses circumstàncies.⁽¹⁴⁾

En aquest context, és significatiu que 338.000 dones, les quals representen més de la meitat (51,9%) de les que tenen discapacitats en edat laboral, troben com a principal via d'inserció el treball domèstic, mentre que tan sols el 15,9% d'elles ha pogut accedir a una feina remunerada. Entre els homes en edat laboral amb discapacitats, només consideren les feines domèstiques com a ocupació important el 2,7%, mentre que troben feina remunerada en doble proporció (31,6%) que les dones. És evident, per tant,

(12) Segons una enquesta sobre usos del temps aplicada el 1991, les dones ocupaven en feines domèstiques una mitjana de 7,5 hores diàries i els homes 1,5 hores (gairebé cinc vegades menys). CIRES (1992): *La realidad social de España, 1990-91*, coedició de Fundación BBV, Bilbao Bizcaia Kutxa i Caja de Madrid, Bilbao.

(13) Segons l'Enquesta de Població Activa, les dones espanyoles casades entre 25 i 44 anys han duplicat amb escreix la seva taxa d'activitat en els darrers vint anys, passant del 22% a una mica més del 50%.

(14) Segons una enquesta del CIS de 1990, el 14% de les dones que es dedicaven exclusivament al treball domèstic buscaven feina, però les que el trobaven a faltar eren el 53%. Si aquests dos grups de dones s'incorporeessin a les estadístiques d'aturats, aquests augmentarien en gairebé tres milions. Vegeu Cruz, P i Cobo, R. (1991): *Las mujeres españolas: lo privado y lo público*, CIS, Madrid, pàgs. 67-69.

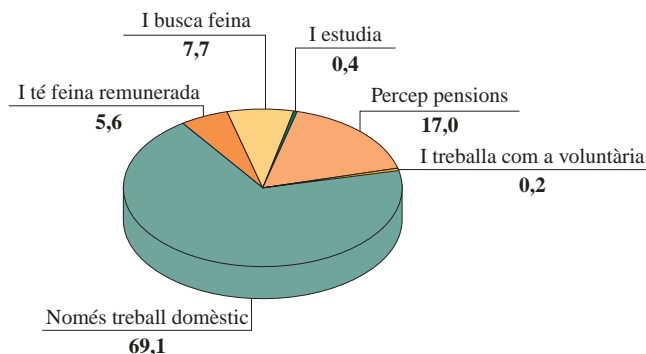
la doble discriminació del col·lectiu femení amb discapacitats, per la seva limitació física, psíquica o sensorial, i pel fet de ser dones, la qual cosa les aboca a la via d'inserció social menys valorada per la població: encarregar-se de les feines domèstiques.

Com ja hem indicat, la via del treball domèstic és la que més es combina amb altres activitats. Si ens limitem a les dones que duen a terme les feines domèstiques, un 5,6% té ocupació remunerada i un altre 7,7% busca feina de manera activa (definició restrictiva d'«atur»); a més, el 17% percep pensions, sobretot no contributives, i un 0,4% cursa estudis. El gràfic 5.4 ofereix una visió de conjunt de la proporció de dones en edat laboral amb discapacitats que tenen al seu càrrec les feines domèstiques; així mateix, s'hi distingeixen aquelles que combinen aquest treball amb altres sistemes o subsistemes d'inserció social.

Gràfic 5.4

DONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS QUE S'ENCARREGUEN DE LES FEINES DOMÈSTIQUES

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

VI. Accés al treball remunerat

6.1. Baixa taxa d'activitat. Causes adduïdes per no buscar feina

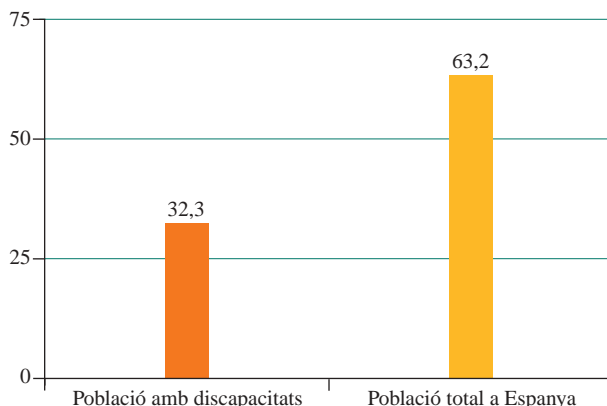
La *taxa d'activitat* de la població total a Espanya,⁽¹⁾ tal com es recull al gràfic 6.1, duplica la taxa corresponent de les persones amb discapacitats. Això corrobora l'escàs accés d'aquest col·lectiu al mercat de treball que ja va constatar el Panel de Llars de la Unió Europea aplicat per EUROSTAT el 1996, segons el qual Espanya ocupava l'últim lloc de la Unió pel que fa a la proporció de persones ocupades amb discapacitat severa (vegeu l'apartat 1.3).

Més de dos terços de les persones en edat laboral amb discapacitats semblen haver renunciat a la via d'inserció que es considera més pròpia de l'etapa adulta: *l'execució d'una feina remunerada*. ¿És que els seus trastorns funcionals els impedeixen exercir qualsevol tipus d'ocupació?, ¿s'han desanimat de buscar feina davant les dificultats que troben?, ¿en quina proporció desenvolupen activitats no remunerades com l'estudi o les feines de la llar?, ¿potser les pensions d'invalidesa desincentiven la necessitat de buscar feina?

(1) D'ara endavant, les dades relatives al mercat de treball espanyol les agafem de l'Enquesta de Població Activa aplicada al segon trimestre de 1999, període en què es va dur a terme l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències*. La nostra *taxa d'activitat* s'obté com a percentatge de les persones ocupades i aturades sobre la població en edat laboral (16-64 anys), mentre que l'EPA l'obté amb relació a tota la població de 16 i més anys. Segons aquest darrer criteri, la taxa d'activitat a Espanya al segon trimestre de 1999 era del 49,9% (en lloc del 63,2%) i la de les persones amb discapacitat seria del 12,7% (en lloc del 32,3%).

TAXES D'ACTIVATAT DE LA POBLACIÓ AMB DISCAPACITATS I DE LA POBLACIÓ TOTAL A ESPANYA (16-64 ANYS)

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999 i l'Enquesta de Població Activa, segon trimestre de 1999.

L'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències planteja a les persones «inactives» en edat laboral una llista de les possibles causes per les quals no busquen feina i les convida a triar-ne fins a un màxim de tres. Hem procedit a fer una anàlisi agregada⁽²⁾ de les respostes i les hem creuat amb altres variables del qüestionari, la qual cosa permet recollir les següents causes de no buscar feina:

- **Primera causa: no poden treballar** (553.000 persones, 60% de les «inactives»). Si bé és la causa més adduïda per no buscar feina, això no vol dir necessàriament que aquestes persones estiguin impedides funcionalment per treballar, sinó simplement que, a causa de múltiples circumstàncies, no es troben en condicions d'accedir a una ocupació. Entre aquestes circumstàncies, destaquen les següents:

(2) Les 16 causes recollides en el qüestionari són sovint redundants i les hem reduït a 5 per evitar confusions. Per exemple, sota la categoria *No poden treballar*, hi hem agrupat dues respostes del qüestionari: «No pot treballar» i «Estar jubilat», ja que aquesta última causa implica no poder treballar, però llavors hem descomptat les respostes duplicades (el 28% dels «jubilats» havien marcat també la casella «No pot treballar»).

1. *Ser jubilat o pensionista.* En el primer cas, que afecta 143.000 persones, majoritàriament entre 50 i 64 anys, és lògic que no es busqui feina, ja que la *prejubilació* implica l'abandó de l'activitat laboral. No passa el mateix entre els perceptors de pensions contributives (189.000) o no contributives (120.000) que no busquen feina, ja que la legislació vigent els permet «l'exercici d'aquelles activitats, siguin o no lucratives, compatibles amb l'estat de l'invàlid, i que no representin un canvi en la seva capacitat de treball».⁽³⁾ Això no obstant, aquest «permís» de la llei per poder treballar –tan crípticament formulat– no casa bé amb la filosofia general de les pensions, les quals precisament intenten pal·liar la suposada «invalidesa laboral» dels afectats. L'aparent contradicció de les disposicions legals ha donat lloc a una àmplia controvèrsia jurídica i ha sembrat la confusió en el col·lectiu afectat, malgrat els esforços d'aclariment promoguts per les associacions.⁽⁴⁾ Moltes persones amb pensions no busquen feina senzillament perquè creuen que una condició per seguir rebent la pensió és el fet de no estar treballant.

2. *Estar «incapacitat» per treballar.* En aquesta situació, s'hi troben unes 140.000 persones que no busquen feina. Tot i això, ja sabem que la definició d'«incapacitat per treballar» inclou tant els subjectes que estan «indefinidament incapacitats» per exercir qualsevol feina com els qui es troben incapacitats per dur a terme la feina que tenien abans, però que poden exercir ocupacions diferents (vegeu l'apartat 2.2).

3. *Dedicar-se a les «feines de la llar» a temps complet.* Aquesta és la causa de «no poder treballar» en el mercat de treball remunerat de 117.000 persones, majoritàriament dones.

4. *Estar estudiant.* Unes 6.000 persones de les quals assenyalen que «no poden treballar» són estudiants, situació que consideren incompatible amb el fet de tenir una feina.

(3) Reial Decret 1/94, de 20 de juny, de la Llei General de Seguretat Social, art. 141.2 (pensions contributives) i 144.1 (pensions no contributives).

(4) Vegeu, per exemple, Gutiérrez, M. J. (1997): *Compatibilidad entre trabajo y pensiones*, COCEMFE de Castilla-La Mancha, Toledo.

• **Segona causa: s'han desanimat de buscar feina** (215.000 persones, 23,8% de les inactives). La majoria d'aquestes persones –160.000– consideren expressament que «a causa de la discapacitat, seria molt difícil trobar feina». En altres casos s'han desanimat després d'una recerca infructuosa, o bé no saben on buscar una feina adequada a les seves condicions. Constitueixen el sector amb una problemàtica més clara de discriminació laboral i afecta més els homes que les dones (probablement perquè aquestes recorren més freqüentment al treball domèstic). Per grups d'edat, els qui se senten més discriminats laboralment a causa de la seva discapacitat són els joves i les persones d'edat intermèdia.

• **Tercera causa: no necessiten treballar** (67.000 persones, 7% de les inactives). Es tracta, majoritàriament, de dones «mestresses de casa» amb més de 50 anys i amb els ingressos familiars ja coberts pel marit o altres membres de la llar.

• **Quarta causa: no busquen feina per raons familiars o personals** (63.000 persones, 6,9% de les inactives). En el 95% dels casos es tracta, com en el grup anterior, de dones ocupades en les feines de la llar, però ara principalment en l'edat de criar fills (30-49 anys). Donen a entendre que els agradaria treballar fora de casa, però que no ho poden fer per l'acumulació de treball domèstic.

• **Cinquena causa: són estudiants** (36.000 persones, 4% de les inactives). No busquen feina «per cursar estudis o rebre formació». Són majoritàriament joves, entre 16 i 29 anys.

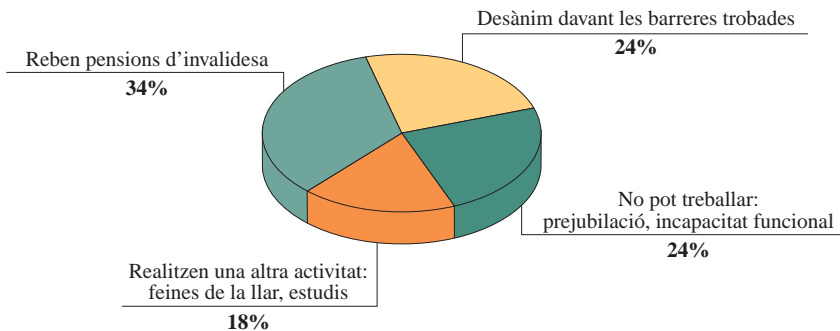
• **Sisena causa: esperen trobar feina més endavant** (8.000 persones, 0,88% de les inactives). Aquest petit grup de persones amb discapacitats espera per buscar feina que arribi un període de més activitat, o bé a rebre el resultat de sol·licituds anteriors o a reprendre en el futur una activitat per compte propi.

Com a balanç, es pot afirmar que hi ha quatre raons principals per les quals la majoria de les persones amb discapacitat en edat laboral no busquen feina: 1) *no tenir capacitat legal o funcional per exercir cap tipus d'ocupació*

(els «prejubilats» i els qui estan «incapacitats» per dur a terme qualsevol activitat); 2) *realitzar una altra activitat* (estudis i feines domèstiques); 3) *percebre una pensió –contributiva o no contributiva– que els permet viure sense treballar o que consideren incompatible amb el fet d'exercir una feina*; i 4) *haver-se desanimat de buscar feina davant les barreres que han trobat quan ho han intentat* (en aquest cas, molts afectats consideren que aquestes barreres són degudes precisament a les seves discapacitats). El gràfic 6.2 recull aproximadament la importància quantitativa d'aquests quatre tipus de raons adduïdes per justificar la seva inactivitat laboral.

Gràfic 6.2

CAUSES ADDUÏDES PER LES PERSONES INACTIVES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS PER NO BUSCAR FEINA

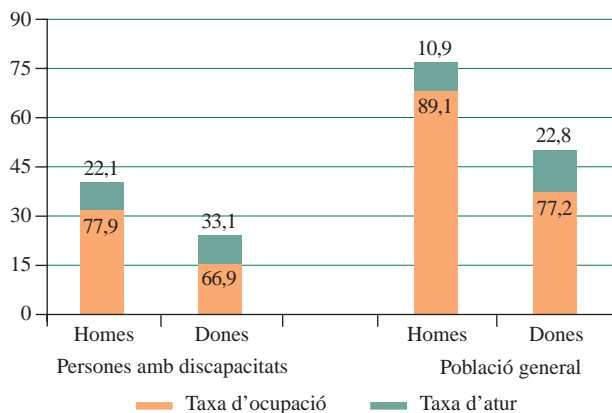


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

6.2. Taxes d'activitat, ocupació i atur en funció de diverses variables

Una característica comuna a les persones amb discapacitats i a la població general és la gran diferència de les taxes d'activitat, ocupació i atur entre homes i dones. El gràfic 6.3 expressa visualment aquesta *divisió sexual del treball* que discrimina les dones de tots dos grups, però amb més

TAXES D'OCUPACIÓ I ATUR DE LA POBLACIÓ AMB DISCAPACITATS I DE LA POBLACIÓ TOTAL



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999 i l'Enquesta de Població Activa, segon trimestre de 1999.

intensitat les que tenen discapacitats. Si en la població general la *taxa d'activitat* dels homes és un 56% superior a la de les dones, aquesta diferència puja al 70% entre els homes i dones amb discapacitats.⁽⁵⁾ La *taxa d'atur* (proporció de persones actives que es troben sense feina i busquen ocupació) és més gran entre les dones, però mentre que en la població general no arribava al 23%, en les dones amb discapacitats assoleix el 33%. Això suposa que, *de cada 100 dones d'aquest últim grup, només 24 intenten accedir al mercat de treball i únicament 16 ho aconsegueixen de manera efectiva*. Per la seva banda, *de cada 100 homes en edat laboral amb discapacitats, 41 intenten accedir al mercat laboral i 32 ho aconsegueixen*.

Per trams d'edat, la *taxa d'activitat* s'incrementa en homes i dones entre els 30 i els 49 anys amb relació a la joventut, i cau en picat –sobretot en el cas de les dones– en el tram de 50 a 64 anys. Això no obstant, les *taxes d'ocupació* més baixes es produeixen durant la joventut i augmenten a

(5) Vegeu dades completes a l'Annex estadístic, taula 2.3.

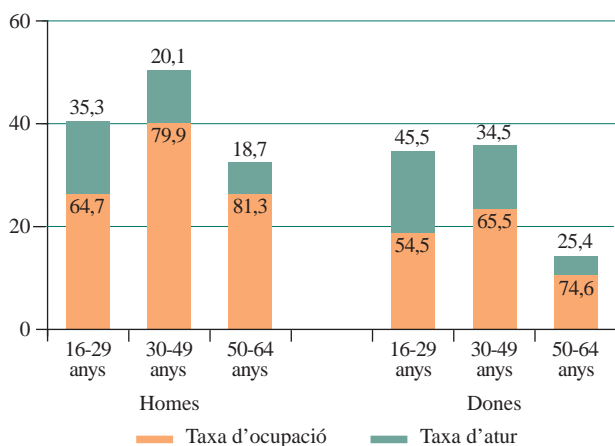
mesura que avança l'edat, en correspondència amb una reducció progressiva de la *taxa d'atur*. Això no significa que la situació laboral de les persones amb discapacitats millori en general amb el pas dels anys, sinó més aviat que en els trams juvenil i intermedi hi ha un esforç més gran per accedir al mercat de treball, que després esdevé menys intens a partir dels 50 anys, probablement com a efecte combinat del desànim que produeixen les barreres trobades per accedir a una ocupació digna i a causa també de la relativa facilitat amb què s'accedeix a Espanya a una pensió d'invalidesa. En definitiva, l'atur es redueix a mesura que s'avança en edat, perquè disminueix la taxa d'activitat (vegeu el gràfic 6.4).

Un altre factor que incideix sobre les taxes d'activitat, ocupació i atur és el *tipus de discapacitat*. En aquest sentit, es troben en millor situació les persones que tenen *discapacitats sensorials* (d'audició o visió) i pitjor les relacionades amb *problemes d'autocontrol i comportament* (tenir cura de la pròpia persona, aprendre i aplicar coneixements, comunicar-se i relacionar-se amb els altres, dur a terme les feines de la llar); en una posi-

Gràfic 6.4

TAXES D'OCUPACIÓ I ATUR DE LA POBLACIÓ AMB DISCAPACITATS

Percentatge de persones amb discapacitat en edat laboral



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

ció intermèdia, hi ha les persones amb *discapacitats físiques* (desplaçar-se dins o fora de casa, utilitzar braços i mans). La taula 6.1 recull amb detall les taxes d'activitat/inactivitat, ocupació i atur per tipus de discapacitat. Per llegir aquesta taula convé tenir en compte que una mateixa persona pot tenir diverses discapacitats (en les persones de 16 a 64 anys la mitjana és de cinc per individu), per la qual cosa no té sentit sumar les dades de les columnes.

Taula 6.1

TAXES D'ACTIVITAT, OCUPACIÓ I ATUR PER TIPUS DE DISCAPACITAT

Tots dos sexes

Tipus de discapacitat	Persones en edat laboral			Persones actives		
	Total	Taxa d'inactivitat	Taxa d'activitat	Total	Taxa d'ocupació	Taxa d'atur
Trastorns en la visió	291.193	60,4	39,6	115.360	73,8	26,2
Trastorns d'audició	283.055	54,6	45,4	128.550	76,6	23,4
Dificultat per comunicar-se	213.706	84,6	15,4	32.909	63,9	36,1
Problemes per aprendre i aplicar coneixements	211.361	85,4	14,6	30.814	52,1	47,9
Dificultat per desplaçar-se a la llar	402.042	75,8	24,2	97.434	52,2	47,8
Dificultat per utilitzar braços i mans	431.486	77,5	22,5	97.193	53,4	46,6
Dificultat per desplaçar-se fora de casa	708.443	77,4	22,6	160.398	57,0	43,0
Dificultat de la persona per tenir cura de si mateixa	194.444	88,9	11,1	21.489	55,2	44,8
Dificultat per dur a terme feines de la llar	491.609	84,2	15,8	77.821	48,4	51,6
Dificultat per relacionar-se amb altres persones	208.036	84,5	15,5	32.215	44,4	55,6

Nota: Una mateixa persona pot formar part de més d'un tipus de discapacitat.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

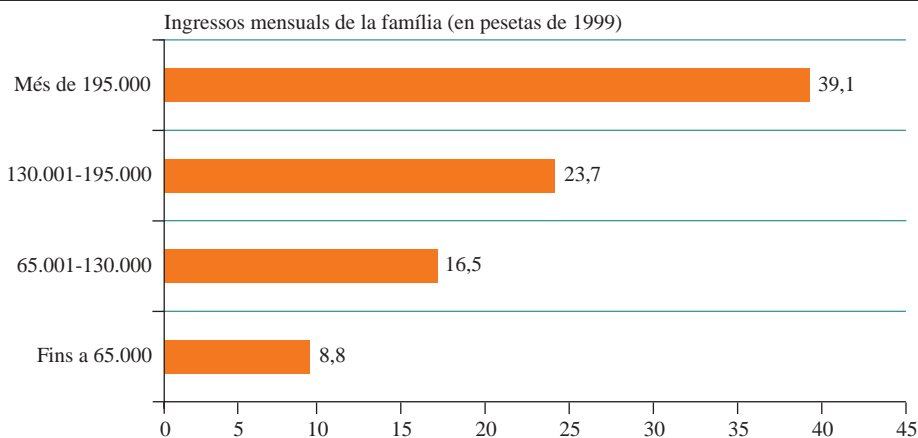
Les taxes d'activitat, ocupació i atur varien molt, també, en funció del nivell d'ingressos de les famílies a les quals pertanyen les persones amb discapacitats. Sembla lògic pensar que les famílies amb més recursos econòmics trobin més facilitats per ajudar els parents amb discapacitat a trobar

feina; d'altra banda, el fet de tenir una ocupació contribueix a incrementar els ingressos familiars, per la qual cosa totes dues variables es reforcen mútuament. El gràfic 6.5 mostra la proporció de persones amb feina en funció del nivell d'ingressos del conjunt de la família.

Gràfic 6.5

PROPORCIÓ DE PERSONES AMB DISCAPACITATS AMB FEINA SEGONS EL NIVELL D'INGRESSOS DE LES FAMÍLIES

Percentatge amb feina



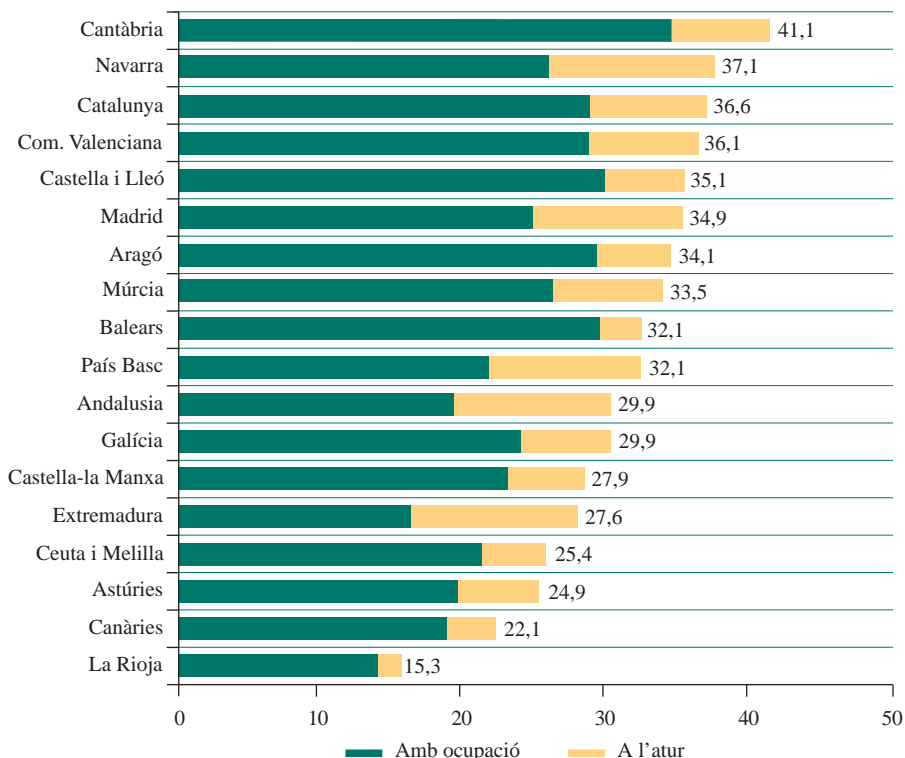
Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Finalment, tal com passa amb la població general, la inserció laboral de les persones amb discapacitats varia d'unes regions a d'altres. La *taxa d'activitat* (proporció de persones ocupades i a l'atur sobre el total en edat laboral) és més alta a Cantàbria, Navarra i Catalunya, i més baixa a La Rioja, Canàries i Astúries. En canvi, les Balears, La Rioja⁽⁶⁾ i Aragó són les que presenten una *taxa d'ocupació* més gran (proporció de persones ocupades sobre el conjunt de les actives), i Extremadura i Andalusia les que tenen una *taxa d'atur* més alta. El gràfic 6.6 recull de manera detallada les tres taxes per cada comunitat autònoma.

(6) La baixa taxa d'activitat de les persones amb discapacitat a La Rioja resulta anòmla amb relació a les comunitats properes, com Cantàbria o Navarra. Entre d'altres raons pot haver influït la baixa mida mostral aplicat a l'esmentada comunitat.

TAXES D'ACTIVITAT, OCUPACIÓ I ATUR PER COMUNITATS AUTÒNOMES DE PERSONES AMB DISCAPACITATS (16 A 64 ANYS)

Taxa d'activitat (Ocupació + Atur / Total)



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

6.3. Canvis laborals quan sobrevé la discapacitat

El 30% de les persones en edat laboral han hagut de modificar la seva activitat o ocupació a causa del patiment d'alguna discapacitat. Aquests canvis afecten molt més els homes (38%) que les dones (21%), i això és així per una simple raó: l'activitat que es veu més compromesa és la

feina remunerada, on els homes estaven més presents, mentre que amb prou feines repercuteix en el *treball domèstic*, especialitat més habitual de les dones. La principal activitat que ha calgut abandonar a causa de la discapacitat ha estat la feina remunerada (93,2%), mentre que tan sols l'1% dels abandonaments corresponen a «feines de la llar».

La majoria dels qui han deixat de treballar a causa de la discapacitat han passat a la situació de pensionistes o jubilats (55% dels qui han experimentat canvis), mentre que el 30% passa a classificar-se com «incapacitat per treballar»; segments més petits han passat a la situació d'aturats (6%), a ocupar-se en les feines de la llar (2%) o a altres situacions (7%).

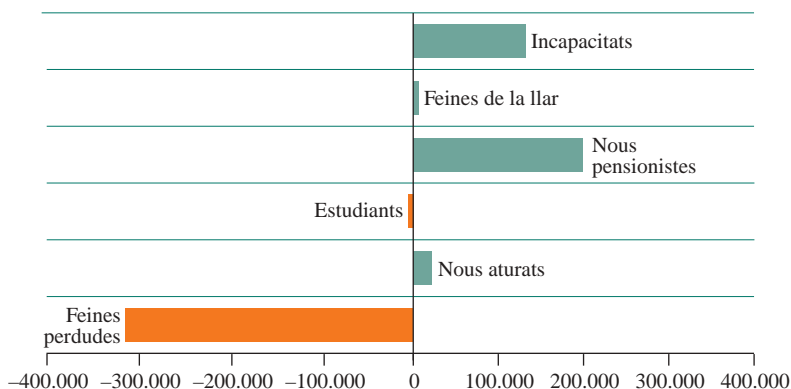
L'impacte de les discapacitats en l'activitat laboral és molt important, fins al punt que més de la meitat dels qui tenien feina van haver d'abandonar-la per aquest motiu.⁽⁷⁾ En termes absoluts, això vol dir que de les 630.000 persones que tenien *feina remunerada*, 318.000 la van perdre a causa de la discapacitat (50,3%) i 312.000 la van conservar (49,7%); el nombre d'aturats es va incrementar en un 22%, en passar de 90.000 a 110.000; el 14% dels *estudiants* van haver d'abandonar la seva formació a causa de la discapacitat, passant de 41.000 a 36.000; i els sectors que van créixer més van ser els *pensionistes i jubilats*, que gairebé es van duplicar (van passar de 236.000 a 424.000); pel que fa a les persones dedicades a les «feines de la llar», majoritàriament dones, el seu nombre va augmentar molt lleugerament, passant de 204.000 a 209.000. Aquesta evolució, recollida al gràfic 6.7, corrobora l'afirmació que *la política de discapacitats a Espanya tendeix a privilegiar la via de les pensions, en detriment de la rehabilitació laboral de les persones afectades*.

Per grups d'edat, els canvis amb relació a l'activitat són tres vegades més freqüents després dels 50 anys que abans dels 30. Així, dels 318.000 llocs de treball perduts quan sobrevé la discapacitat, 12.000 corresponen a homes i dones amb menys de 30 anys, 104.000 a persones entre 30 i 49 anys, i 202.000 als qui tenien 50 o més anys.

(7) Si la persona va dur a terme més d'un canvi d'activitat a causa del patiment d'alguna/es discapacitat/s, només es recull el primer canvi efectuat.

CANVIS D'ACTIVITAT QUAN SOBREVENEN LES DISCAPACITATS

Saldo resultant per tipus d'activitat

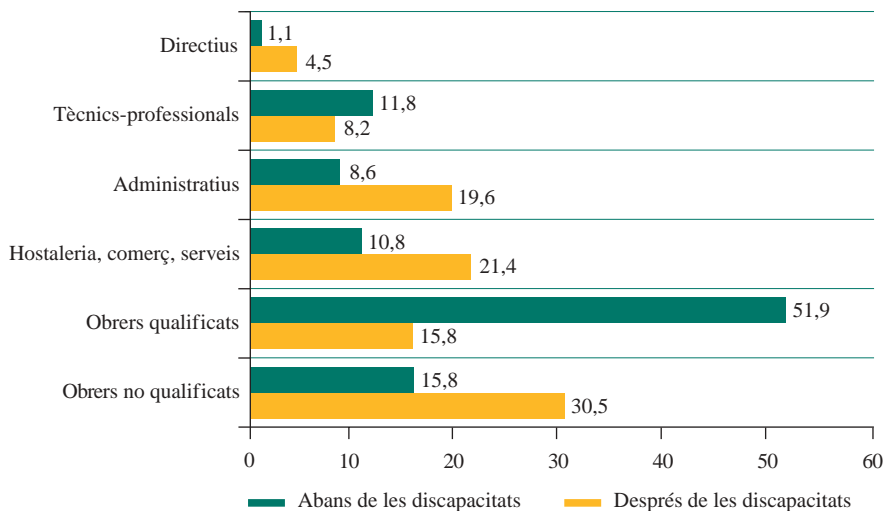


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

A més de les 318.000 persones que han abandonat el mercat de treball a conseqüència de les seves discapacitats, unes altres 36.000 s'han vist obligades pel mateix motiu a canviar l'ocupació concreta que tenien, és a dir, a abandonar la seva antiga feina i exercir una altra de diferent, més «apropiada» a les seves capacitats. En general, la tendència principal d'aquests canvis és passar de feines qualificades a d'altres de menys qualificades. Concretament, es redueixen de manera important les feines qualificades en la indústria i en la conducció de maquinària, així com els tècnics i professionals, mentre que s'incrementen els peons, els administratius i els empleats de l'hostaleria, el comerç i els serveis personals. Això no obstant, augmenta notablement el percentatge de persones amb discapacitat ocupades en llocs directius, tal com es recull al gràfic 6.8.

CANVIS EN L'ESTRUCTURA OCUPACIONAL EN SOBREVENIR LES DISCAPACITATS (TOTS DOS SEXES, ENTRE 16 I 64 ANYS)

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

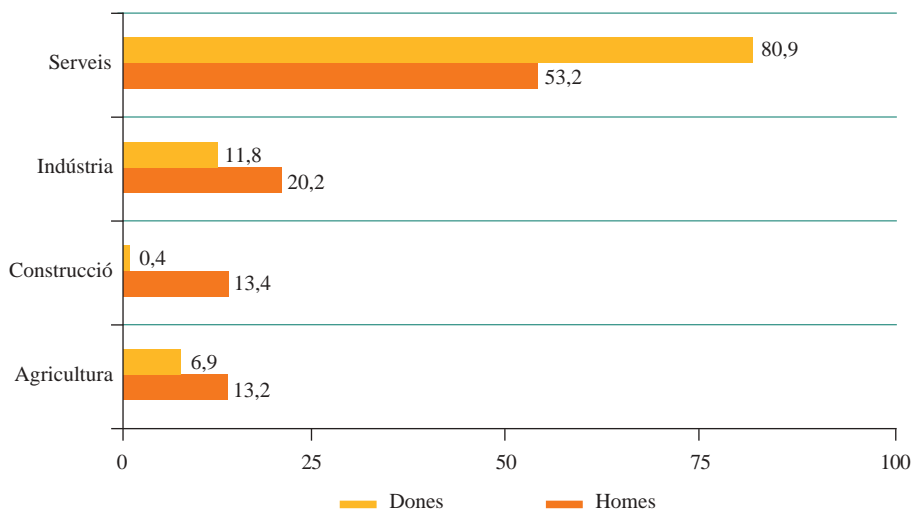
6.4. Sector d'activitat i situació professional de les persones ocupades

La distribució per sectors d'activitat de les persones ocupades amb discapacitats és molt semblant a la mitjana de la població ocupada espanyola: estan una mica més presents en el sector *serveis* (62,3%, la mitjana espanyola era del 60,5%) i en el sector *agrari* (11,1%, enfront del 7,4%), i menys presents en la *indústria* (17,5%, enfront del 19,9%) i en la *construcció* (9,1%, enfront del 10%).

Per sexe, la distribució per sectors d'activitat és també molt semblant a la mitjana estatal: els homes estan més especialitzats en l'agricultura, la indústria i la construcció, i les dones en el sector serveis. El sector on les persones amb discapacitats estan més presents, en termes relatius, és

SECTOR D'ACTIVITAT DE LES PERSONES OCUPADES AMB DISCAPACITATS

En percentatge

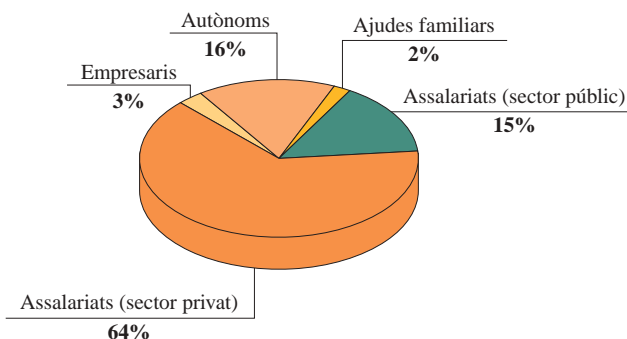


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

L'*agricultura* (13% dels homes i 7% de les dones), la qual cosa s'accentua en el tram d'edat de 50 a 64 anys (20% dels homes i 12% de les dones ocupades). En termes absoluts, quatre de cada cinc dones ocupades ho estan en el *sector serveis* (proporció que arriba al 87,5% en el tram de 16 a 29 anys), mentre que els homes es reparteixen en tots els sectors: *serveis*, 53%; *indústria*, 22%; *construcció*, 13,4%; i *agricultura*, 13,2%.

La distribució entre treballadors per compte propi i per compte d'altri és també semblant a la mitjana espanyola. La majoria (79,7%) són persones *assalariades*, només 1,5 punts per sobre de la mitjana espanyola (78,2%). Dels treballadors per compte propi, els *empresaris* (3,3%) són bastants menys que la mitjana estatal (5,5%), al revés que els treballadors *autònoms*, que són més nombrosos (15,5%, per una mitjana espanyola del 13,8%). Pel que fa a les «*ajudes familiars*», només representen l'1,5% de

SITUACIÓ PROFESSIONAL DE LES PERSONES OCUPADES AMB DISCAPACITATS



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

les persones amb discapacitat ocupades (2,5% en el conjunt de la població ocupada espanyola). Finalment, és sorprenent que la proporció d'assalariats en el sector privat de l'economia sigui més gran entre les persones amb discapacitat (65,1%) que entre la població espanyola en general (62%), mentre que passa el contrari en el sector públic (14,6% i 16,2%, respectivament). Segons això, podem deduir que, malgrat la «reserva de places» existent en l'administració,⁽⁸⁾ *l'accés de les persones amb discapacitats a ocupacions del sector públic presenta més barreres que el sector privat.*

Per sexes, les diferències de situació professional es modulen de manera semblant a la mitjana estatal: hi ha el doble d'homes empresaris que de dones, mentre que predominen les treballadores autònomes i «ajudes familiars». Pel que fa al treball per compte d'altri, les dones depenen més del sector públic (23% de les assalariades) que els homes (16%).

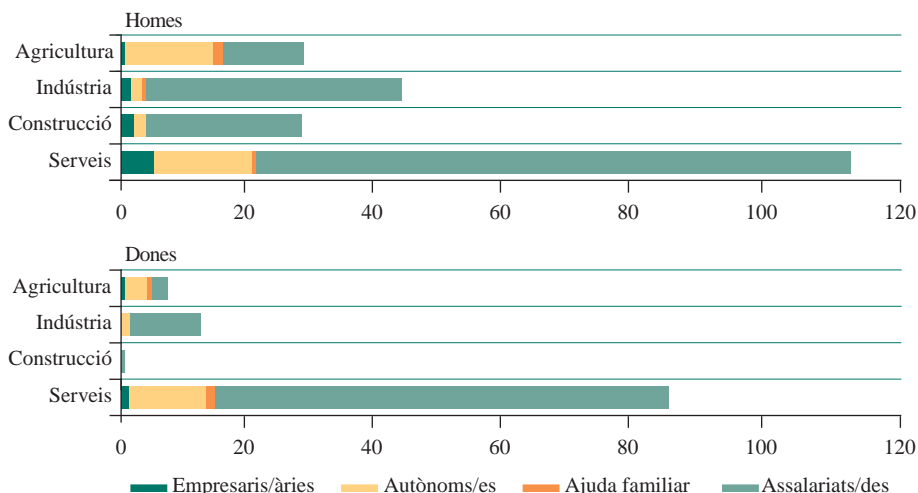
(8) El Reial Patronat de Prevenció i d'Atenció a Persones amb Minusvalidesa duu a terme, des de 1985, un seguiment sistemàtic de l'accés de persones amb discapacitat a ocupacions del sector públic a través de la quota de reserva del 3%. Els seus informes indiquen que només un sector petit dels aspirants aconseguix la plaça corresponent, pel que sembla a causa de «les carències de les persones amb discapacitat pel que fa a formació i preparació per accedir al lloc de treball ofert». Consell Econòmic i Social (1995): *Informe sobre la situació del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid, pàg. 12.

Si creuem la situació professional amb el sector d'activitat, les diferències internes són molt importants. Cal destacar la gran importància del treball per *compte propi* en l'agricultura (petits agricultors sense assalariats) i, en menys proporció, en els serveis, mentre que els *assalariats del sector privat* sobresurten en la indústria i la construcció, i *els del sector públic* en els serveis. El gràfic 6.11, que recull la situació professional de les persones amb discapacitat per sexes, permet observar la magnitud que representa el col·lectiu estudiat en cada sector d'activitat.

Gràfic 6.11

SECTOR D'ACTIVITAT I SITUACIÓ PROFESSIONAL DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS OCUPADES

En milers



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

6.5. Principals ocupacions

L'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències va recollir l'ocupació de les persones amb discapacitats fent servir la classificació en 10 epígrafs de l'Enquesta de Població Activa. Es tracta de categories molt àmplies, que nosaltres hem reduït a set, i les característiques principals de les quals són les següents:

1. **Directius.** Inclou directors i gerents de les empreses i de l'administració pública. N'hi ha 15.000 i representen el 5% de les persones amb discapacitat ocupades, una proporció bastant més petita que la mitjana de directius en el conjunt d'Espanya (8,5%). De les persones amb discapacitat en llocs de direcció, el 17% són funcionaris públics i el 83% restant té contracte indefinit en empreses privades. La mida de les empreses que dirigeixen és molt variada i bastant semblant a la mitjana espanyola: el 32% no té assalariats (petits comerços, bars, etc.); el 46% gestiona empreses privades amb menys de 10 empleats; i el 22% restant se situa en l'administració pública o en empreses privades de 10 o més assalariats. Per sexe, hi ha tres homes per cada dona directiva, mentre que la proporció en el conjunt d'Espanya és de dos a una.

2. **Tècnics i professionals.** Inclou professionals amb titulacions universitàries i de grau mitjà. En conjunt sumen una mica més de 30.000 persones, que són el 10% de les persones amb discapacitat ocupades, justament la meitat del que suposen els «professionals» entre el conjunt de la població (20%). Per sexe, les dones estan una mica més representades (11%) que els homes (9%); són funcionaris públics un de cada tres homes i una de cada quatre dones. La majoria dels tècnics i professionals amb discapacitats treballen en grans empreses (el 60% amb més de 100 empleats i només el 24% amb menys de 10).

3. **Administratius.** Inclou les feines de tipus administratiu en qual-sevol branca d'activitat. Són 31.000 persones, que representen el 10% del col·lectiu amb discapacitats, una proporció semblant al grup anterior, però que en aquest cas és lleugerament superior a la proporció d'empleats administratius en la població ocupada espanyola (9,7%). Per sexe, les dones dupliquen els homes en aquesta ocupació, tant entre les persones amb discapacitat com en el conjunt dels ocupats del país. Pel que fa als tipus de contractació, predominen els indefinits (81%, dels quals un terç són funcionaris públics) i el 18% tenen una durada temporal (27% les dones).

4. **Hostaleria, comerç i serveis personals.** Inclou treballadors de l'hostaleria, venedors de comerç, serveis personals i de protecció i seguretat. Són gairebé 60.000 persones, que representen el 18,7% dels ocupats

amb discapacitats. Al mercat de treball en general, aquesta ocupació representa el 13,4%. Per sexes, la proporció de dones amb discapacitats (30%) és molt superior a la dels homes (13,3%), cosa que també passa al mercat de treball espanyol en general. Per tipus de contractació, prevalen les persones amb contracte indefinit (70%), si bé hi ha importants bosses d'ocupació temporal (18%) i submergida, és a dir, sense contracte (2% dels homes i 10% de les dones amb discapacitat). La mida de les empreses és molt variada: una quarta part treballa en les que tenen més de 500 empleats i una altra quarta part en les que ells són els únics empleats; entre tots dos extrems, el 30% té menys de 10 empleats i el 20% restant entre 10 i 500. Les dones estan ocupades en empreses més petites que els homes.

5. Obrers qualificats. S'inclouen aquí els treballadors qualificats de l'agricultura i la pesca; de les indústries manufactureres, la construcció i la mineria; i els operadors, instal·ladors i conductors d'instal·lacions, maquinària i mitjans de transport. En conjunt és el sector ocupacional més gran entre les persones amb discapacitat, i dona feina a gairebé una tercera part (32,5%), si bé amb una gran diferència entre els homes (47%) i les dones (14,7%). Al mercat de treball espanyol, els obrers qualificats suposen el 33,2% de la força ocupada, una proporció lleugerament superior a la mitjana de les persones amb discapacitat. Els treballadors qualificats del sector agrari treballen majoritàriament per compte propi (55%) o ho fan per compte d'altri en empreses de menys de 10 empleats (38%), mentre que els obrers industrials, de la construcció i la mineria, i els operadors, instal·ladors i conductors, són majoritàriament assalariats (més del 85%) en empreses de totes les mides.

6. Obrers no qualificats. Peons i personal sense qualificació de qualsevol branca d'activitat. Sumen 75.000 empleats, que representen el 24% de les persones ocupades amb discapacitat, una proporció molt superior a la mitjana espanyola (14,7%). Per sexe, les diferències en el col·lectiu de persones amb discapacitats (26% les dones, 19% els homes) són una mica menys marcades que en la població espanyola en general (19% dones, 12% homes). Pel que fa a la forma de contractació, el 9% dels peons no tenen contracte i el 23% el té de durada temporal, proporcions que empitjoren en el cas de les dones (18% i 24%, respectivament).

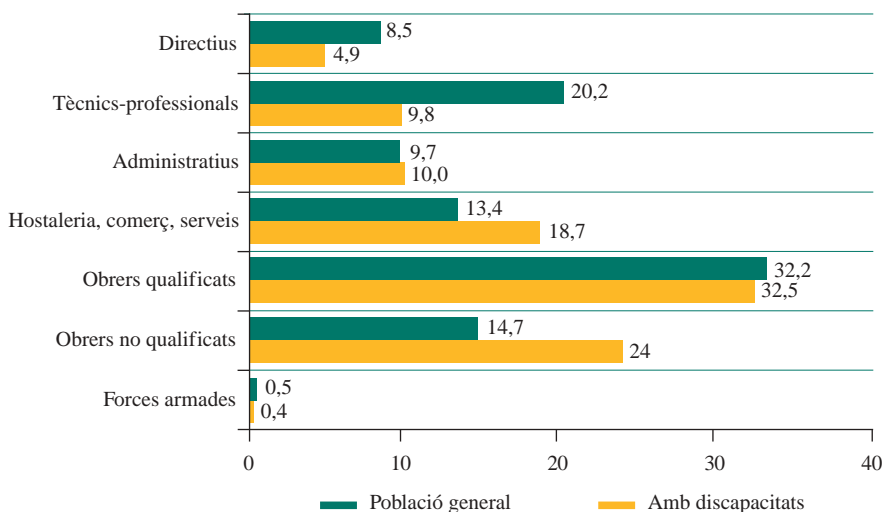
7. Forces armades. Tenen aquesta ocupació una mica més d'un miler d'homes, tots ells amb més de 30 anys d'edat. Tan sols representen el 0,5% del conjunt de persones amb discapacitat ocupades (0,6% en el conjunt de la població espanyola). El 94% són funcionaris i el 6% restant té contracte indefinit.

El gràfic 6.12 recull la proporció que representen les diverses ocupacions en el col·lectiu de persones amb discapacitat i en el conjunt de la població espanyola. En general es pot observar que *el grup estudiat està menys present en feines que requereixen una qualificació més alta (directius, professionals i obrers qualificats) i més en les que requereixen nivells de preparació més baixos (hostaleria, comerç i serveis personals, i obrers no qualificats).*

Gràfic 6.12

OCUPACIÓ DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS I DE LA POBLACIÓ ESPANYOLA EN GENERAL

En percentatge de la població ocupada



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

6.6. Tipus de contractació segons la mida i la titularitat de les empreses

La taxa de temporalitat detectada per l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* (25,1%) és més petita que la registrada per al conjunt dels assalariats espanyols en l'Enquesta de Població Activa del segon trimestre de 1999 (32,4%). Entre les raons que poden explicar aquesta situació més favorable, podem al·ludir a l'existència de feines protegides (centres especials de treball i centres ocupacionals) o a la concessió de subvencions especials als empresaris a condició que estableixin contractes indefinits. Malgrat això, la taxa de temporalitat que afecta la quarta part de les persones ocupades presenta diferències internes molt considerables en funció del sexe, l'edat, la mida i la titularitat de les empreses, que recollim a continuació.

Les dones assalariades amb discapacitats tenen contractes temporals en una proporció superior als homes (32% i 22%, respectivament), diferència molt més accentuada que en el conjunt de la mitjana espanyola (34% i 32%). Això no obstant, els contrastos per trams d'edat són els que resulten més evidents, tal com queda recollit al gràfic 6.13. *Tres de cada quatre dones assalariades amb menys de 30 anys tenen contracte de durada temporal*, proporció que es redueix sensiblement a partir d'aquesta edat, però sempre per sobre de la taxa de temporalitat masculina.

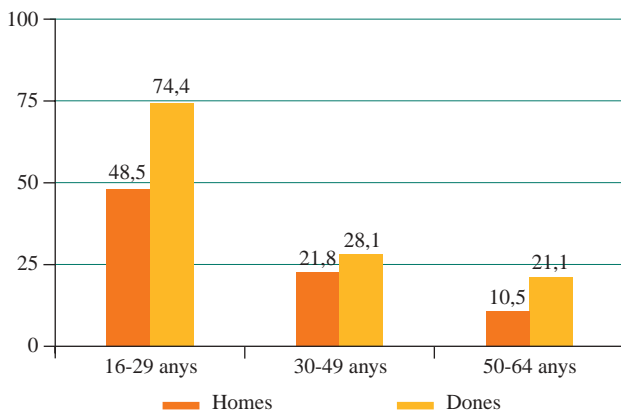
La mida de les empreses també influeix en el tipus de contractació, ja que és més estable a les empreses grans. L'eventualitat supera la meitat dels casos quan es tracta d'empreses amb un sol empleat o empleada (situació en què es troben el 4% dels homes i el 13% de les dones) i es redueix a un de cada deu a les empreses amb més de cent empleats (on hi ha el 35% dels homes i el 28% de les dones). El gràfic 6.14. recull la correlació entre feina fixa i temporal i mida de les empreses.

Una part de l'ocupació precària constitueix l'anomenada *economia submergida*, que en l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* es pot explorar, parcialment, a través dels qui van afirmar que treballaven «sense contracte». Segons això, només el 5% dels qui tenen feina estaria treballant en l'economia submergida, una proporció que és quatre vegades més gran entre les dones (9,7%) que entre els homes (2,5%). La irregularitat laboral

Gràfic 6.13

TEMPORALITAT EN LA FEINA DE LES PERSONES OCUPADES AMB DISCAPACITATS

En percentatge

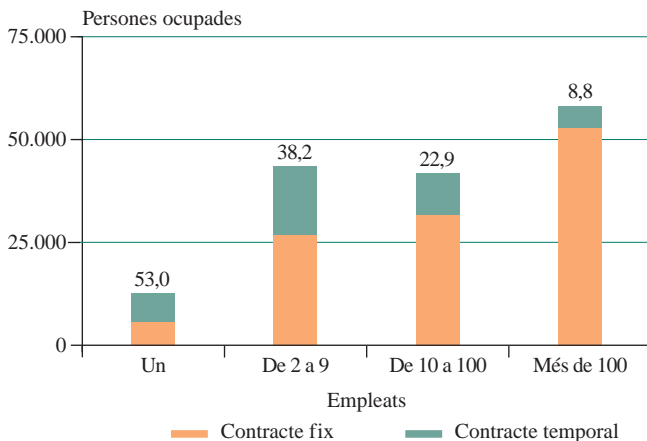


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Gràfic 6.14

FEINA FIXA I TEMPORAL DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS, SEGONS LA MIDA DE LES EMPRESES

Taxa de temporalitat (percentatge)



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

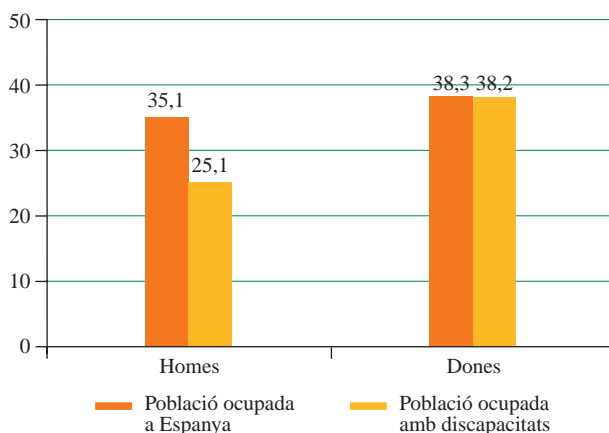
s'accentua de manera extraordinària en el segment de dones ocupades en empreses amb un sol empleat, on treballa sense contracte el 52%.

Finalment, el tipus de contractació varia molt en funció de la titularitat pública o privada de les empreses, tal com passa en el conjunt de la població ocupada a Espanya. En general, els contractes fixos de les persones amb discapacitats són més freqüents en el sector públic (88%) que en el privat (67%) i, de nou, la precarietat augmenta en el cas de les dones, la temporalitat de les quals a les empreses privades arriba al 38%, mentre que la dels homes és del 25%. Al gràfic 6.15 es compara la taxa de temporalitat de les persones amb discapacitat i de la població general espanyola en el sector privat. S'hi pot observar, una vegada més, que *les dones es troben més discriminades amb relació als homes en el col·lectiu amb discapacitats que en el conjunt de la població espanyola*.

Gràfic 6.15

TAXA DE TEMPORALITAT EN EL SECTOR PRIVAT DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS I DE LA POBLACIÓ GENERAL

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999 i l'Enquesta de Població Activa, segon trimestre de 1999.

6.7. Treball protegit

En la societat espanyola hi ha formes de protecció o «discriminació positiva» que tenen per finalitat afavorir de manera directa o indirecta la inserció laboral de les persones amb discapacitat. Si ens limitem a les fórmules regulades per l'administració pública, podem distingir dos tipus principals de treball protegit: la *creació de llocs de treball específics* per a persones amb discapacitat i les *mesures legals, fiscals i de política laboral* establertes per afavorir el seu accés al mercat ordinari de treball.

Entre els *llocs de treball específics*, destaquen a Espanya els centres ocupacionals, els centres especials de treball i les feines generades al voltant de la venda del cupó de l'Organització Nacional de Cecs d'Espanya (ONCE). En conjunt, sumen prop al voltant de 75.000 llocs de treball, si bé «de caràcter especial», els quals en molts aspectes no s'homologuen amb les feines ordinàries.

Els *centres ocupacionals* que hi ha a Espanya són més de 500 i acullen unes 40.000 persones amb discapacitat. Sorgits per iniciativa privada als anys seixanta i setanta, van ser regulats el 1982 per la Llei d'Integració Social del Minusvàlid (LISMI), a fi d'«assegurar els serveis de teràpia ocupacional i ajustament personal i social dels minusvàlids que tenen una discapacitat temporal o permanent que els impedeix la seva integració en una empresa o en un centre especial de treball».⁽⁹⁾ Al principi, aquests centres van fer els seus primers passos amb una perspectiva docent, ja que el suport principal els va arribar dels mestres d'Educació Especial. Això no obstant, a mesura que passaven els anys, es va refermar l'orientació «ocupacional», i el 1978 va sorgir la Coordinadora Nacional de Tallers, la filosofia de la qual era afavorir la «integració laboral» del deficient mental adult. Tot i que les activitats laborals solen ocupar la major part del temps i es procura que es realitzin de la manera més semblant possible al règim ordinari de treball, la productivitat és limitada i aproximadament la quarta part de la jornada es dedica a activitats no laborals complementàries. Des del punt de vista jurídic, *l'ocupació en aquests centres no s'estableix com a relació laboral i, en*

(9) Art. 53 de la LISMI (1982), que va ser desenvolupat per un Reial Decret el 1985.

comptes de salaris, s'atorguen «gratificacions» de quantia molt baixa (inferiors al 37% del Salari Mínim Interprofessional).

Els *centres especials de treball* sorgeixen històricament com a desdoblament dels centres ocupacionals, amb la finalitat d'atorgar una relació laboral als treballadors més eficients. La LISMI de 1982 i el posterior Reglament de 1985 van acabar de regular aquest tipus de centres, la gestió dels quals ha estat transferida des de l'INEM a les comunitats autònomes. Com passa als centres ocupacionals i pels mateixos motius, la majoria dels treballadors són homes amb deficiències psíquiques d'origen congènit o infantil, la qual cosa es correspon amb la dificultat més gran que troben aquestes persones per trobar feina al mercat ordinari. El nombre de places ha passat d'unes 5.000 el 1988 a més de 15.000 l'any 2000, fet que suposa un ritme de creixement important, el qual ha estat possible gràcies a la conjunció d'esforços entre l'administració pública, la Fundació ONCE i altres entitats privades que donen suport a les persones amb discapacitats i a les seves associacions. Això no obstant, poques vegades s'aconsegueix l'objectiu fundacional que el pas pels centres especials de treball serveixi de trampolí per accedir al mercat ordinari de treball; més aviat, el que es produeix és un *efecte «campana de vidre»*, que proporciona als treballadors i treballadores d'aquests centres un sentiment de seguretat més gran, però en un marc de sobreprotecció que limita les seves expectatives i eventuais possibilitats de promoció laboral autònoma.

La *venda del cupó de l'ONCE*, que origina de manera directa o indirecta més de 25.000 llocs de treball, és la tercera fórmula de treball protegit, en aquest cas gràcies a un monopoli atorgat per l'Estat. El decret fundacional de l'ONCE (1938) i el posterior Reglament (1939) plantejaven el cupó com un mitjà per estimular l'accés a l'ocupació ordinària per part d'aquelles persones cegues que tenien més problemes per incorporar-se al mercat de treball. Això no obstant, a la pràctica, la majoria dels cecs d'origen congènit i infantil, i també una part dels sobrevinguts en edat laboral, s'estabilitzen com a venedors del cupó i no es proposen altres perfils professionals al mercat ordinari de treball. A l'efecte «campana de vidre» s'hi afegeix ara una situació de *privilegi relatiu respecte a altres col·lectius amb discapacitats*, en termes

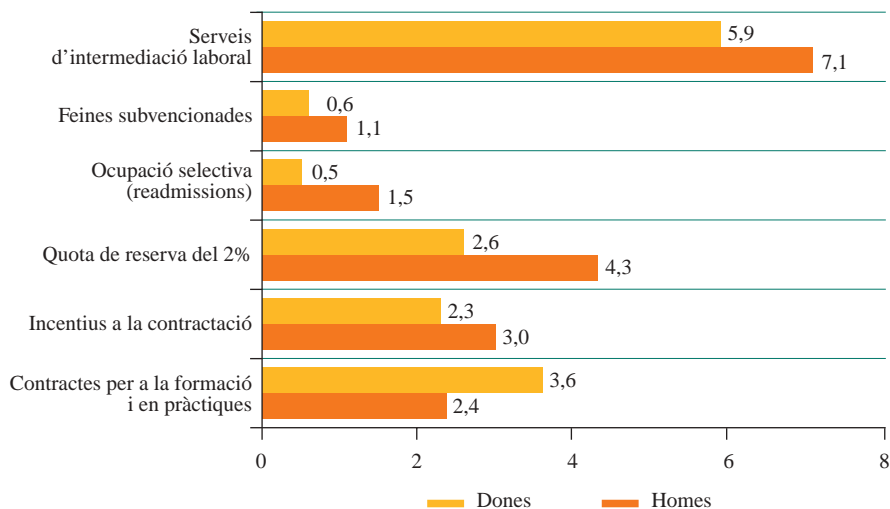
d'accés a una feina remunerada, estabilitat, ingressos i prestacions diverses. Precisament la confrontació d'altres col·lectius de persones amb discapacitat, que exigien el seu dret a promoure un joc d'atzar semblant al dels cecs, i la defensa corporativa del monopoli per part de l'ONCE, va donar origen el 1988 a l'absorció empresarial de PRODIECU, per la qual cosa gairebé un terç dels venedors del cupó són ara persones amb deficiències físiques.

Els anteriors models de treball protegit comporten un efecte segregador inevitable en aquells casos en què reclouen les persones amb discapacitat en «nínxols» laborals específics i en limiten les possibilitats de promoció laboral. Tanmateix, això és més difícil que passi en el cas d'altres mesures de protecció laboral que intenten afavorir la inserció de les persones amb discapacitats al mercat ordinari de treball. Entre aquestes mesures, l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* recull informació sobre les sis següents (vegeu el gràfic 6.16):

Gràfic 6.16

PROPORCIÓ DE PERSONES OCUPADES AMB DISCAPACITATS QUE S'HAN APROFITAT DE MESURES DE FOMENT DE L'OCUPACIÓ

Percentatge de persones ocupades amb discapacitats perceptores de la prestació



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

- Prop de 9.000 beneficiaris de *contractes per a la formació i en pràctiques*, que representen menys del 3% de les persones amb discapacitat ocupades. Tot i que la finalitat d'aquests contractes s'orienta a la formació inicial en el lloc de treball, la majoria dels beneficiaris tenen entre 30 i 50 anys.

- Perceptors d'*incentius a la contractació* en el moment d'accedir al seu actual lloc de treball. N'hi ha uns 8.500, dels quals una tercera part són dones, i també tenen majoritàriament entre 30 i 50 anys.

- Al voltant d'11.500 beneficiaris de la «*quota de reserva*» per a persones amb discapacitat, dels quals un terç en el sector públic i dues terceres parts en empreses privades. Crida l'atenció la discriminació que pateixen les dones en aquest tipus d'ajuda, ja que tan sols perceben la cinquena part dels llocs reservats en el sector públic (20,1%) i la quarta part del sector privat (24,3%). En conjunt, només el 3,7% de les feines ocupades per persones amb discapacitats han estat aconseguides gràcies a la «*quota de reserva*» establerta per la legislació espanyola, que exigeix que el 2% de les plantilles de les empreses amb més de 50 empleats siguin persones amb certificat de minusvalidesa.

- Accés per *ocupació selectiva* (readmissió dels treballadors amb discapacitat). Només s'han registrat 3.700 beneficiaris, el 80% del sexe masculí i tots amb més de 30 anys.

- Accés a l'ocupació gràcies a *subvencions*. Han utilitzat aquesta via unes 2.800 persones amb discapacitat, de les quals el 80% homes, la qual cosa ratifica novament l'especial discriminació de la dona.

- Accés a la feina actual mitjançant algun *servei d'intermediació especialitzat en treballadors amb discapacitat i/o d'orientació professional*. És la via més utilitzada pel col·lectiu estudiat, ja que el 7% de les persones ocupades (20.600, de les quals el 29% dones) reconeixen haver-ne gaudit.

Si sumem els beneficiaris de les anteriors mesures de foment de l'ocupació (algunes de les quals duplicades en les mateixes persones), es pot concloure que han facilitat la inserció laboral d'aproximadament el 15% de les 320.000 persones que estaven ocupades el 1999, o d'un més modest

3,5%, si la comparació l'establim amb el conjunt de persones amb discapacitats que aquell any estaven en edat laboral (1,3 milions).

6.8. Escàs accés a l'ocupació a través de la quota de reserva del 2%. Posició dels empresaris

Una forma de discriminació positiva a favor de les persones amb discapacitat que busquen feina és l'obligació legal que tenen les empreses –públiques i privades– amb més de 50 empleats fixos de reservar el 2% dels llocs de treball per a aquest col·lectiu. Segons estimacions del Consell Econòmic i Social, i tenint en compte l'estructura del mercat de treball espanyol, l'aplicació efectiva d'aquesta mesura només garantiria al voltant de 80.000 llocs de treball a tot Espanya, ja que els treballadors assalariats en establiments amb més de 50 treballadors no arriben a 4 milions.⁽¹⁰⁾ Això no obstant, segons la dada recollida a l'apartat anterior, tan sols 11.500 treballadors amb discapacitat reconeixen haver accedit a l'ocupació per aquesta via, la qual cosa és deguda al fet que la reserva de places és sistemàticament incomplida tant per les empreses privades com per l'administració.

Pel que fa al sector privat, disposem d'una enquesta aplicada a Barcelona a 734 empreses amb més de 50 treballadors, que pot ser indicativa de les tendències del sector, si més no a les mitjanes i grans empreses d'hàbitat urbà.⁽¹¹⁾ Els principals resultats són els següents:

- La immensa majoria dels empresaris reconeixen tant el dret a la igualtat que tenen les persones amb minusvalidesa com el fet que són tractats per la societat de manera discriminatòria.
- Dues terceres parts pensen que la seva millor via d'inserció laboral és la integració en empreses ordinàries, mentre que el 22% considera que

(10) Segons aquest organisme, una reserva del 4% aplicada a empreses de 25 o més treballadors garantiria 200.000 llocs de treball, i si la reserva fos del 5% a empreses de 20 o més treballadors, se n'assegurarien 250.000. Vegeu «Estimación de la repercusión de la cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad», a Consell Econòmic i Social: *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid, 1995, Annex 5, pàgs. 66-69.

(11) Moreno, E. i Valera, S. (1992): *Actitud de l'empresa privada davant la integració laboral de persones amb disminució*. Institut Municipal de Disminuïts, Barcelona.

val més orientar-los a tallers i centres especials de treball i el 15% opina que la solució depèn del tipus i grau de discapacitat.

- Els plantejaments anteriors xoquen obertament amb la pràctica duta a terme a les seves empreses, ja que en el moment en què es va aplicar l'enquesta el 80% no tenia cap treballador amb minusvalidesa (el 74% no n'havia tingut mai) i més de la meitat ni tan sols coneixia la prescripció legal de cobrir almenys un 2% de la plantilla amb treballadors afectats per minusvalideses.

- Així mateix, malgrat que el mètode d'enquesta tendeix a suavitzar les respostes d'opinió sobre aquests temes, amplis percentatges d'empresaris consideraven que les persones amb minusvalidesa presentaven desavantatges específics respecte als altres treballadors: «són difícils de tractar» (34%), «la seva imatge física representa un handicap» (50%), «no han rebut la mateixa formació que els altres treballadors» (49%), «la idea que socialment es té sobre ells representa un problema» (51%), etc.

Pel que fa al sector públic, el Reial Patronat de Prevenció i d'Atenció a Persones amb Minusvalidesa realitza des de 1985 un seguiment sistemàtic, encara que no exhaustiu, de l'accés a l'ocupació de persones amb discapacitat a través de les quotes de reserva, segons el qual les places obtingudes per aquestes persones en l'àmbit de l'administració central han estat tots els anys inferiors a la quota establerta.⁽¹²⁾

(12) Patronat de Prevenció i d'Atenció a Persones amb Minusvalidesa (diversos anys): *Acceso de las personas con discapacidad al empleo público*, Real Patronato, Madrid.

VII. Persones amb discapacitats que busquen feina

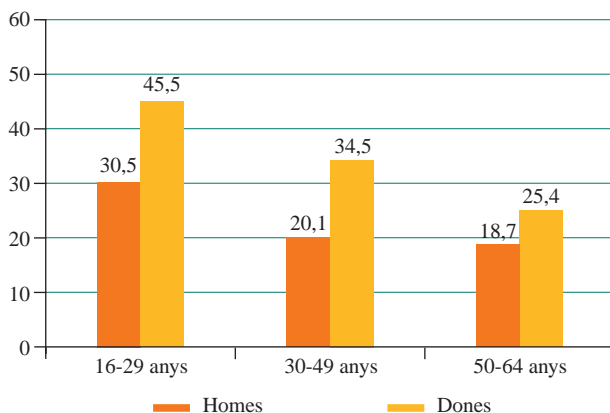
7.1. Taxes d'atur per sexes, grups d'edat i regions

El concepte d'«atur» en les estadístiques espanyoles oficials es refereix a persones que no tenen feina *i que en busquen activament*; per tant, no inclou els qui no treballen, podent-ho fer, però que han desistit de buscar feina. Convé fer aquest aclariment per interpretar correctament la taxa d'atur entre les persones en edat laboral amb discapacitats, ja que el 67,7% d'aquestes es declaren «inactives», és a dir, ni tenen feina ni en busquen de manera activa.

Tot i la restricció conceptual que implica el concepte oficial, aplicat també en l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* de 1999, hem vist que la taxa d'atur del col·lectiu que estudiem (26,1%) era molt més elevada que la corresponent al conjunt de la població espanyola (15,6%, segons l'EPA del segon trimestre del mateix any) (vegeu l'apartat 5.2).

Per sexe, l'atur afecta més les dones (33,1%) que els homes (22,1%), com també passa entre la població espanyola en general. Això no obstant, la diferència més significativa és l'existent per trams d'edat, tant en homes com en dones, tal com es recull al gràfic 7.1. La taxa d'atur dels joves dobla la corresponent dels més grans de 50 anys, mentre que els qui tenen entre 30 i 49 anys se situen en una banda intermèdia. Cal destacar la brusca cai-

TAXA D'ATUR PER TRAMS D'EDAT I SEXE DE LES PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS

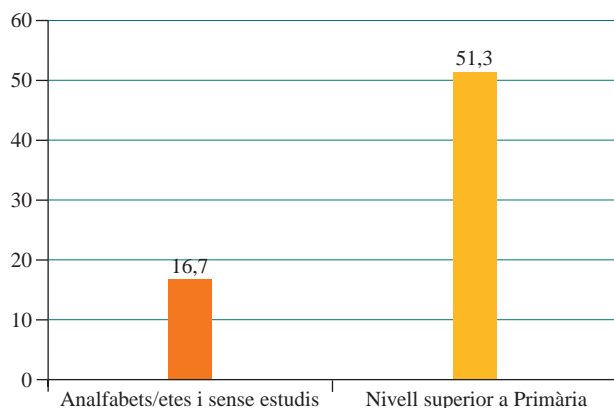


Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

guda de la taxa d'«activitat» a partir dels 50 anys (passa del 43,9% al 22,6% per al conjunt de tots dos sexes), cosa que dóna a entendre que moltes persones sense ocupació s'han desanimat de buscar feina i han passat a l'epígraf d'inactives (reduint així la taxa d'atur).

Al capítol anterior hem fet referència també a les taxes més altes d'inactivitat i d'atur entre les persones amb deficiències psíquiques i les de famílies amb ingressos més baixos, per la qual cosa aquí només destacarem la relació existent entre aquestes taxes i el nivell d'estudis. Si considerem aïlladament la taxa d'atur (proporció d'aturats sobre actius), gairebé no hi ha variació entre les persones amb pocs estudis (29,7% en el conjunt de les analfabets i sense estudis) i les que han acabat nivells superiors a l'Educació Primària (26,3%). Però això és enganyós a causa de la gran diferència en la taxa d'inactivitat (persones que ni treballen ni busquen feina). Com recull el gràfic 7.2, la taxa d'activitat de les persones amb un nivell d'estudis superior a Primària és tres vegades més gran que la dels qui no tenen estudis.

TAXES D'ACTIVITAT SEGONS EL NIVELL D'ESTUDIS



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Per comunitats autònomes, les taxes d'atur més elevades entre les persones amb discapacitats es produeixen a Extremadura (42,3%) i Andalusia (36,9%), tal com passa en el conjunt de la població espanyola, i les més baixes a les Balears (9,1%) i La Rioja (11,3%). Per sexe, les taxes masculines més altes es donen a Extremadura (48,7%), el País Basc (34,4%) i Andalusia (28,8%); i les femenines, a Andalusia (50,5%), Madrid (46,3%) i Navarra (46,2%). A nivell provincial, només n'hi ha dues on la taxa d'atur per al conjunt de tots dos sexes superi el 50%: Càceres i Còrdova. La taxa masculina no sobrepasa el 50% en cap província, però n'hi ha sis amb més del 40% (Badajoz, Càceres, Biscaia, Jaén, Ourense i Sevilla); la taxa femenina supera el 60% en tres províncies (Còrdova, Jaén i Càceres), el 50% en unes altres tres (Guipúscoa, Almeria i Zamora) i el 40% en unes altres sis (Madrid, Navarra, Huelva, Cadis, Conca i Granada).

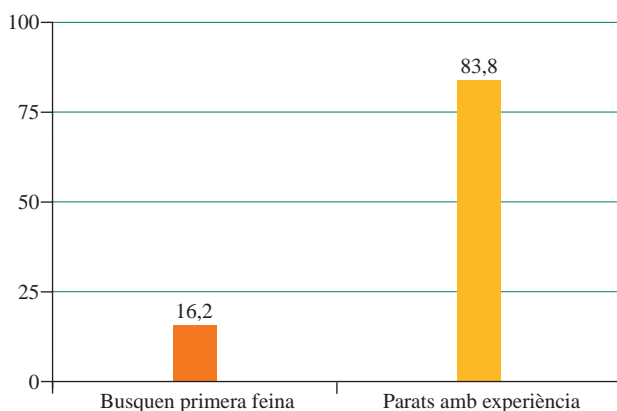
7.2. Durada de l'atur

El 84% de les persones amb discapacitats desocupades han treballat anteriorment, una proporció nou punts superior a la mitjana dels aturats espanyols (75% el mateix any 1999). Això pot ser degut a la freqüència relativa més gran de persones amb edat avançada entre els qui tenen discapacitats (vegeu l'apartat 2.3).

Gràfic 7.3

EXPERIÈNCIA LABORAL ANTERIOR DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS A L'ATUR

Persones a l'atur amb discapacitats (percentatge)



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

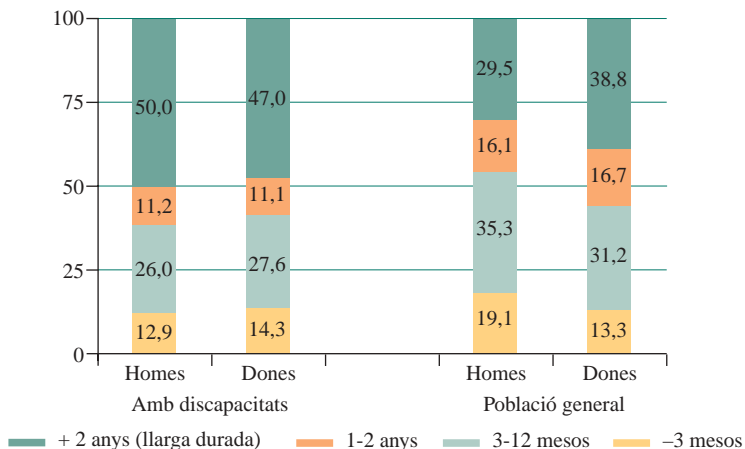
Això no obstant, la durada de l'atur és bastant més gran entre les persones amb discapacitat que entre la població general. Si entenem per «aturats de llarga durada» els qui fa més de dos anys que són a l'atur, un terç dels aturats espanyols i la meitat dels qui tenen discapacitats es troben en aquesta situació. Aquesta proporció més gran d'aturats de llarga durada pot ser a l'origen del fet que moltes persones s'acabin desanimant de buscar feina, sobretot si ja reben una pensió d'«incapacitat», i acabin figurant com a «inactives» (encara que el seu desig continuï sent tenir una feina).

Un altre tret diferenciati dels aturats amb discapacitats és que el temps de recerca d'ocupació és molt semblant en tots dos sexes, mentre que en la població general les dones trigen més temps que els homes a trobar feina (vegeu el gràfic 7.4). Tot i això, també en aquest cas hem de matisar que la majoria de les dones amb discapacitat en edat laboral han optat per no accedir al mercat de treball (la seva taxa d'inactivitat és del 76,3%), la qual cosa rebaixa la taxa registrada d'atur i els temps d'espera corresponents.

Gràfic 7.4

TEMPS DE RECERCA D'OCUPACIÓ DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS I DE LA POBLACIÓ GENERAL

Percentatge de persones a l'atur



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999 i l'Enquesta de Població Activa, segon trimestre de 1999.

7.3. Mètodes utilitzats per buscar feina

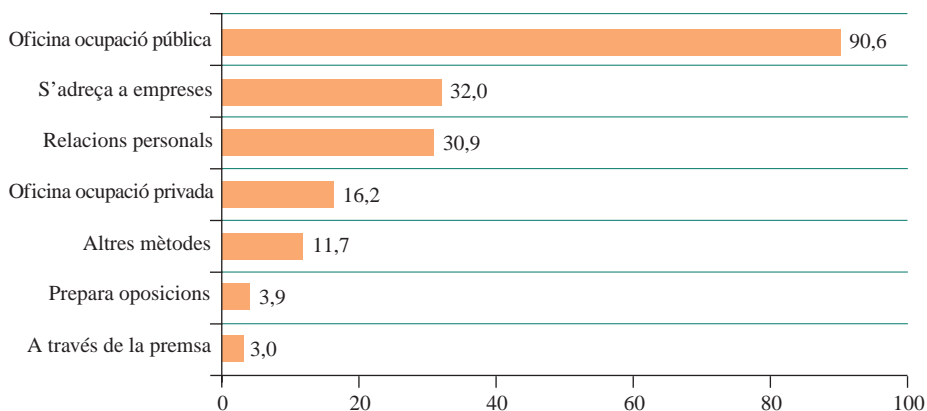
Els mètodes que les persones amb discapacitats fan servir per buscar feina no varien substancialment per sexe ni en funció de l'edat. Deixant de banda un petit grup d'homes i dones que diuen no recórrer a cap mètode

de concret, el més utilitzat és la *inscripció en oficines públiques d'ocupació*, el qual és utilitzat pel 91% dels aturats i aturades. En segon lloc, les dones se serveixen de les relacions personals (38%) i els homes s'adrecen directament als empresaris (35%). En tercer lloc, les opcions anteriors s'inverteixen: els homes recorren a les relacions personals (25%) i les dones, als empresaris (29%). Després hi ha els qui s'inscriuen en oficines o borses de treball privades (18% els homes i 13% les dones) i, a força distància, els qui preparen oposicions (2% els homes i 6% les dones), recorren a la premsa (3% de tots dos sexes) o utilitzen altres mètodes diversos (12%). El gràfic 7.5 recull, per ordre de freqüència, els mètodes més utilitzats pel conjunt de les persones amb discapacitats que busquen feina.

Gràfic 7.5

MÈTODES MÉS UTILITZATS PER BUSCAR FEINA

Multiresposta, fins a 3 opcions, en percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

7.4. Raons per les quals no troben feina. Reticències del sector empresarial

L'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències de 1999 incloïa una pregunta sobre quina era la raó principal de no trobar feina i oferia quatre

opcions alternatives i una opció oberta («una altra resposta»⁽¹⁾). De les possibilitats plantejades en el qüestionari, n'hi ha dues que sobresurten clarament: «Trobar feina és molt difícil per a qualsevol» (31,3%) i «Sóc discapacitat» (26,6%); les altres dues queden situades a molta distància: «No tinc estudis o els que tinc no em serveixen per trobar feina»⁽²⁾ (7,1%) i «No tinc experiència» (4,4%). A continuació oferim una breu anàlisi sobre aquestes quatre raons:

1. «Trobar feina és molt difícil per a qualsevol». Aquest motiu remet a l'existència d'un mercat de treball molt competitiu i amb una taxa d'atur bastant alta en l'any de referència (15,6% a mitjan 1999). En aquesta situació no és fàcil trobar un lloc de treball, sobretot per a certs segments de població, com els joves o les persones poc qualificades. Això explica que els joves aturats de tots dos sexes siguin els qui insisteixen més en aquesta raó (38%), mentre que tan sols la destaquen el 25% dels més grans de 50 anys, o que la subscriguin el 46% dels analfabets i tot just el 28% dels qui tenen estudis universitaris. De la mateixa manera, en aquelles regions on hi ha més atur, com Andalusia i Extremadura, aquest argument s'utilitza molt més (40% i 37%, respectivament) que en aquelles altres on l'accés al treball és més fàcil, com les Balears o La Rioja (menys del 15% en tots dos casos).

2. «Sóc discapacitat». Amb aquesta expressió s'al·ludeix a les barres més grans amb què es troben les persones amb discapacitats per accedir al mercat ordinari de treball. En la mesura que l'èmfasi es posa ara en la *limitació o estigma social* produït per la discapacitat, és lògic que els qui més s'inclinin per aquesta resposta siguin els qui posseeixen certificat de minusvalidesa (41%) o deficiències més greus, com ara retard mental (60%), ceguesa total (66%), sordesa prelocutiva (86%) o paràlisi a les extremitats inferiors o superiors (per sobre del 60% en tots dos casos); en canvi, només es consideren discriminats per raó de la seva discapacitat el 21% dels qui no posseeixen certificat de minusvalidesa, l'11% dels qui presenten pro-

(1) Lamentablement, l'Institut Nacional d'Estadística no ha tabulat el 30% d'«altres respostes», les quals podrien tenir un gran interès per conèixer l'opinió lliurement expressada per aquestes persones.

(2) Hem agrupat aquí dues raons, referides a la *manca d'estudis*, que el qüestionari plantejava per separat: «No tinc estudis» (3,2% de respostes) i «Els estudis que tinc no em serveixen per trobar feina» (3,9%).

blesmes menys greus de visió o el 10% dels qui tenen problemes d'audició lleus. La referència a les pròpies limitacions funcionals com a causa de discriminació en l'accés a l'ocupació està present en totes les edats, però és un argument més utilitzat pels homes (31%) que per les dones (21%). D'una manera especial, destaca el fet que siguin les dones joves aturades les qui menys s'emparen en l'argument de la seva pròpia discapacitat, a diferència dels homes joves, que són els qui més recorren a aquest argument (vegeu el gràfic 7.6).

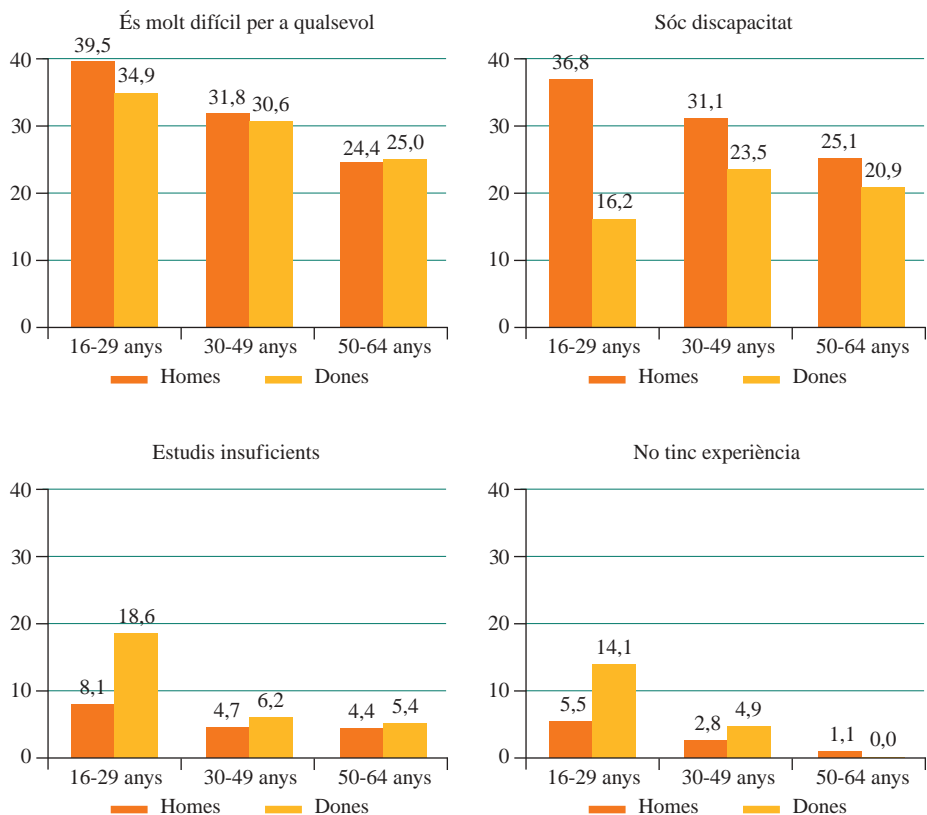
3. «No tinc estudis o els que tinc no em serveixen». Com és lògic, addueixen més aquesta raó aquelles persones que no han passat dels estudis primaris (8%), menys els qui han superat la Secundària (4%) i ningú dels qui tenen estudis superiors. Les dones aturades consideren que la manca d'estudis és la raó principal de no trobar feina en una doble proporció (9%) que els homes (5,4%), diferència que s'incrementa en el tram d'edat juvenil, on aquest argument adquireix molta més importància: 18,6% les dones i 8,1% els homes (vegeu el gràfic 7.6). Apunten, d'aquesta manera, la major competitivitat existent entre els joves per accedir al mercat laboral, on una de les claus d'èxit és l'expedient acadèmic. Atès que les dones són més sensibles a aquest argument, és probable que el seu interès per formar-se i reciclar-se en els estudis sigui més gran que el dels seus companys masculins.

4. «No tinc experiència». Raó més esgrimida, també lògicament, pels menors de 30 anys, els quals tenen menys experiència laboral (9,2%), que pels situats entre els 30 i els 50 (3,8%) o pels qui sobrepassen aquesta edat (0,7%). Per sexe, novament són les dones joves les més sensibles a aquest argument, mentre que els homes del mateix grup d'edat l'assenyalen tres vegades menys, tal com queda recollit al gràfic 7.6.

En resum, cal destacar la pluralitat de motius que les persones amb discapacitats addueixen per explicar la seva situació d'atur. Deixant de banda el 31% de persones que van expressar «altres motius», l'argument més freqüent, que no presenta diferències significatives pel que fa al sexe i va perdent pes a mesura que s'avança en edat, és l'*existència d'un mercat de treball molt competitiu –per a tothom, no solament per a les persones amb*

MOTIUS PELS QUALS NO TROBEN FEINA

Aturats (percentatge) per trams d'edat



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

discapacitats–, que es nota sobretot en aquelles regions i conjuntures econòmiques en les quals l'atur és més elevat, com Andalusia i Extremadura. Aquest resultat coincideix amb l'enquesta aplicada el 1996 per l'Observatori Ocupacional de l'INEM a una mostra de 1.948 demandants de feina amb minusvalidesa (oficial), segons la qual més de dos terços dels entrevistats al·ludien a l'atur estructural existent en la societat espanyola com a

causa principal de la desocupació.⁽³⁾ Com indica un altre estudi, «el discurs empresarial de la crisi econòmica és sovint el punt de partida des del qual es comença a armar l'aparell argumentatiu que serveix de defensa o escut a l'empresari. [...] La situació actual de l'economia dificulta greument la integració laboral de qualsevol col·lectiu que, des del seu punt de vista, no s'adapti fil per randa al perfil ideal del treballador».⁽⁴⁾

En segon lloc, hi ha una raó d'ordre personal: *les pròpies discapacitats representen una barrera i són el principal motiu de la discriminació que es pateix al mercat de treball*. No és gens estrany que responguin així en una proporció més gran les persones amb deficiències més severes i aquelles que han recorregut al certificat de minusvalidesa. Això no obstant, no s'explica tan fàcilment la diferència existent en aquest punt entre homes i dones: ¿per què els primers utilitzen en una proporció molt més gran que les segones aquest argument? Potser la diferència és un símptoma que les dones –sobretot les joves– assumeixen i relativitzen més la seva discapacitat, mentre que els homes tendeixen a victimitzar-se per això i a utilitzar-la com un «ganxo on penjar els seus problemes»⁽⁵⁾ i eludir la competència social. D'altra banda, pel que fa als empresaris, tots els estudis coincideixen en el fet que la majoria estan plens d'estereotips i prejudicis cap a les persones amb discapacitat. «D'una banda, l'empresari els atribueix certes limitacions: escassa polivalència, difícil reciclatge i indefensió davant el canvi tecnològic; i, de l'altra, apel·la als alts costos que suposen les adaptacions tècniques: posar rampes, adequar lavabos, etc. A més d'això, l'empresari ignora i incompleix sistemàticament l'obligació legal de tenir a les seves plantilles un 2% de treballadors minusvàlids. Aquest desconeixement està provocat pel desinterès, si no directament pel rebuig, de l'empresari cap aquest tipus de treballadors. D'altra banda, un cop coneguda l'obligació

(3) INEM (Observatori Ocupacional) (1997): *Formación y mercado laboral de los minusválidos*. Instituto Nacional de Empleo, Madrid.

(4) Caleidoscopia (1997): *Factores personales y sociales de la integración laboral de las personas con discapacidades*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.

(5) Expressió utilitzada per explicar aquest tipus de comportament per Goffman, E. (1970): *Estigma* (Amarro, Buenos Aires, pàg. 21): «És probable que l'individu estigmatitzat utilitzi el seu estigma per obtenir *beneficis secundaris*, com una excusa per la manca d'èxit que pateix a causa d'altres raons. [...] És el *ganxo* en el qual es pengen totes les inadequacions, totes les insatisfaccions, totes les demores i tots els deures desagradables de la vida social, i del qual ha acabat dependent».

legal, qualsevol intent de fer-la efectiva pateix un rebuig absolut per part del col·lectiu empresarial. En un moment en què la tendència és desregularitzar el mercat de treball, la possibilitat que algú els imposi aquest tipus de contractacions els sembla intolerable».⁽⁶⁾

En tercer i quart lloc hi ha dos motius de no trobar feina que tenen a veure amb *el nivell d'estudis i l'experiència laboral dels candidats*. L'èmfasi es posa ara en la preparació i l'adequació de l'oferta laboral per fer-se mereixedors de la demanda existent, qüestions que depenen en bona part de l'esforç dels mateixos treballadors. I és aquí precisament on destaquen les dones, especialment les més joves. *En contraposició amb els homes, que insisteixen molt més en l'argument que «són discapacitats» i que, per tant, és inútil fer esforços extraordinaris, les dones remarquen la importància de la qualificació professional i de l'experiència, mitjans generals de què disposen totes les persones, també les que tenen discapacitat, per aconseguir feina.*

7.5. Expectatives laborals

L'enquesta de referència de 1999 incloïa una pregunta als buscadors i buscadores de feina sobre el tipus d'activitat en què els agradaria treballar principalment. En aquest cas es deixaven cinc opcions tancades, una de les quals era *«en qualsevol activitat»*, que va ser la que va obtenir més respostes (37,8%). Tot i que aquesta opció no permet saber per on anaven els gustos de les persones enquestades, és indicativa de la seva *necessitat i disponibilitat per treballar*. Entre elles predominen una mica més els homes que les dones (potser ells se senten més urgits a treballar fora de casa). Per trams d'edat, es mostren més disposats a treballar «en qualsevol cosa» els aturats amb més de 50 anys, sens dubte a causa de les seves majors necessitats familiars. Però la correlació més significativa, al nostre entendre, té a veure amb el nivell social de la família: els aturats i aturades de famílies amb menys ingressos estan més disposats a acceptar qualsevol feina, tal com es

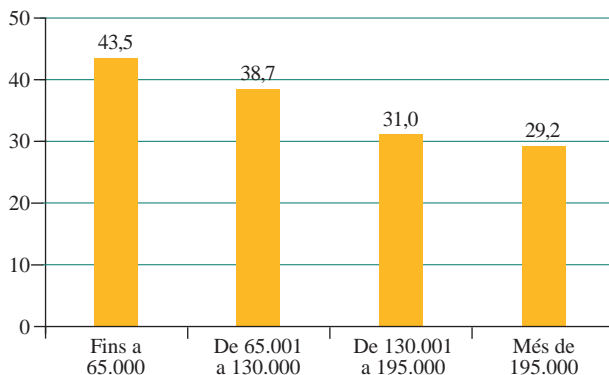
(6) Albor, J. (dir.) (1995): *Minusvalía e inserción social en la Comunidad de Madrid*, Instituto para la Formación, Madrid, pàg. 49. Vegeu també, en el mateix sentit, Soria, R. J. (1995): *La percepción que tienen los empresarios de los discapacitados psíquicos como trabajadores*, Fundación ANDE, Madrid.

recull al gràfic 7.7. En aquesta mateixa línia, estan disponibles per a qualsevol activitat el 43% dels qui no han superat estudis primaris, mentre que tan sols ho estan el 12% dels qui han acabat una carrera universitària o un grau superior de formació professional.

Gràfic 7.7

DISPONIBILITAT PER ACCEPTAR QUALESVOL FEINA SEGONS EL NIVELL D'INGRESSOS MENSUALS DE LA FAMÍLIA

Aturats (percentatge). En pessetes de 1999



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

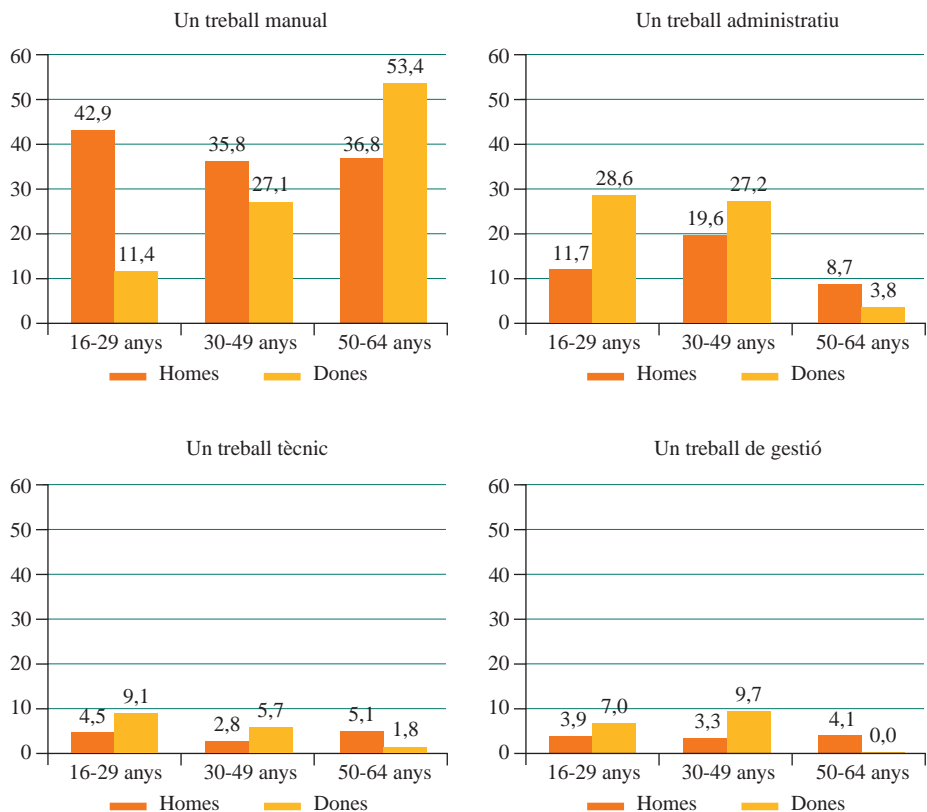
De les quatre possibilitats laborals específiques plantejades en l'enquesta, destaquen les «*relacionades amb un treball manual*», que és triada en una proporció més gran (33,6%) que totes les expectatives restants juntes: un treball administratiu (18,6%), un treball de gestió (5,3%) o un treball tècnic (4,7%). El gràfic 7.8 mostra com es distribueixen aquestes tres expectatives laborals per sexe i trams d'edat. Cal destacar la freqüència més gran dels homes en el treball manual i de les dones en els altres tres tipus de treball, que són més qualificats. Aquestes diferències de gènere són molt més marcades entre els joves que en els altres trams d'edat, la qual cosa és deguda de manera gairebé exclusiva als canvis d'expectatives de les dones aturades, majoritàriament inclinades al treball manual entre les de més edat i a les feines administratives, tècniques i de gestió entre les més joves. La millo-

ra del rendiment escolar de les noies amb discapacitats amb relació al passat pot haver influït en aquesta important transformació (vegeu l'apartat 5.2).

Gràfic 7.8

EXPECTATIVES LABORALS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS A L'ATUR^(*)

Aturats (percentatge) per trams d'edat



(*) Als percentatges recollits en aquests gràfics s'han de sumar els del gràfic 7.7 per sumar 100 en cada tram d'edat/sexe.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

VIII. Principals contextos de la inserció social

Als capítols anteriors hem descrit els principals perfils de les persones amb discapacitats a Espanya, especialment la informació disponible sobre les seves formes d'inserció en la vida adulta. Aquestes presenten tres modalitats bàsiques: el treball remunerat, el treball domèstic i les pensions. Això no obstant, cadascuna d'aquestes formes d'inserció amaga internament una àmplia gamma de diferències que no són fruit de l'atzar, sinó que responen a processos socials concrets sobre els quals es pot intervenir: d'una banda, hi ha les estratègies desplegades per les mateixes persones amb discapacitats i pels seus familiars i parents més pròxims; i, de l'altra, cal tenir en compte les condicions del context social en què va tenir lloc la seva socialització i la seva posterior incorporació a la vida adulta.

Dedicarem aquest capítol a presentar alguns dels principals contextos que condicionen la inserció social i laboral. D'una manera especial, destacarem la *família*, el *mercat de treball*, la *política social* i el *moviment associatiu*. Aquestes institucions no són homogènies ni estàtiques, sinó que es transformen al llarg del temps; per això, a més de conèixer les seves principals característiques en la situació actual, destacarem les tendències que poden influir més positivament en una inserció social satisfactòria de les persones amb discapacitats. Finalment, farem referència a les *tendències actuals de l'opinió pública* al voltant de les discapacitats, ja que tant les institucions com els subjectes particulars estan influïts pels corrents de pensament de la seva època.

8.1. La família

La família és la principal institució social encarregada de mediar entre els subjectes amb discapacitats i la resta de la societat. Tant si es tracta d'una deficiència congènita o perinatal com si sobrevé durant la infància o en la vida adulta, les limitacions funcionals d'un membre de la llar repercuteixen en tot el grup familiar, ja que remouen el sistema de relacions preestablert i alteren poc o molt els projectes particulars dels seus membres. Per això la inserció social i laboral de les persones amb discapacitats és més *un assumpte de família* que no pas una qüestió individual, cosa que multiplica per tres⁽¹⁾ el volum de la població que es troba afectada per la problemàtica social de les discapacitats.

En primer lloc, ens referirem a algunes tendències de la família espanyola que poden influir més en el col·lectiu estudiat. Després oferirem uns quants apunts sobre la influència dels parents més pròxims en la inserció social i laboral de les persones amb discapacitats. D'una manera especial, tindrem en compte les diferències que es produeixen en funció de dos factors: la gènesi de la deficiència (casos congènits-infantils i sobrevinguts en la vida adulta) i el gènere de les persones afectades (itineraris masculins i femenins).

Al llarg de la història, la institució familiar s'ha vist afectada profundament pels *canvis socials de l'entorn*, la qual cosa ha donat lloc a importants transformacions en les seves pautes de comportament i en la seva funció social. D'altra banda, la institució familiar, plural i canviant, és també un *factor de resistència o de transformació del context*, en la mesura que es converteix en punt nodal de nous plantejaments i pautes de comportament. Si prenem com a marc de referència les tres últimes generacions, la institució familiar ha experimentat a Espanya canvis molt profunds, vinculats als processos d'industrialització i modernització del país, entre els quals destaquen els següents:

(1) La mida mitjana de les llars en les quals algun dels seus membres presenta discapacitats és de 2,97, la qual cosa suposa un volum de població implicada de 10.329.000 (3.477.000 persones amb discapacitats \times 2,97), és a dir, la quarta part de la població espanyola. Si ens limitem al tram d'edat entre 16 i 64 anys, la mida mitjana de les llars és de 3,51 i la població implicada 4.693.000 persones (1.337.000 \times 3,51).

• Pas de la *família extensa* o troncal com a unitat total de producció i consum al model de *família nuclear*, que preval com a unitat de consum (la producció de serveis a l'interior de la família no està mercantilitzada). La separació entre producció econòmica i grup domèstic és producte de la salarització de la força laboral, tant al camp com a les ciutats. Aquesta tendència s'ha accelerat a Espanya durant les darreres dècades i ha reduït la gran diversitat de sistemes familiars vigents a una notable homogeneïtat, basada en el model de la família nuclear.⁽²⁾ Entre els censos de 1981 i 1991, la mida mitjana de les llars espanyoles ha passat de 3,5 a 3,2 membres,⁽³⁾ i la taxa de natalitat és la més baixa de tots els països europeus i una de les més baixes del món (el nombre de fills per dona ha baixat a 1,15, per sota del coeficient de reemplaçament poblacional, que és 2,1).

• Escissió entre la vida privada i l'espai públic, fet que propicia un replegament de la llar nuclear sobre si mateixa. Juntament amb la reducció de la mida familiar, altres factors, com l'augment del confort dels habitatges i els nous equipaments de la llar, contribueixen a reforçar l'esfera privada, que es converteix en refugi davant les amenaces de la societat exterior, percebuda ara com a font d'inseguretat, competitivitat i agressió.

• Manteniment de la figura de la *mare de família* com a encarregada d'organitzar i gestionar l'àmbit familiar, incloent-hi l'atenció al marit, l'educació dels fills i l'assistència a les persones grans. Tot i que aquest paper ha estat posat en qüestió per la incorporació de la meitat de les dones adultes al mercat de treball i per la recent mentalitat igualitària entre els gèneres, la mare continua sent a la pràctica la protagonista indiscutible dins de la llar, ja que assumeix la major part de les feines domèstiques.⁽⁴⁾

• Malgrat la moderna imatge de llibertat de la família, aquesta ha passat gradualment a ser considerada qüestió d'Estat, i la «patria potestas»

(2) Flaquer, L. i Soler, J. (1990): *Permanencia y cambio en la familia española*, CIS, Madrid.

(3) Les dades disponibles del Cens del 2001 no permeten encara conèixer aquesta variable.

(4) Tot i la introducció de l'igualitarisme entre gèneres respecte al treball, totes les investigacions consultades mostren la proporció desigual del temps dedicat als diversos tipus de feina per homes i dones. El treball socialment més valorat (el remunerat) és ocupat majoritàriament pels homes (el 75% de les hores treballades a Espanya), mentre que les dones s'encarreguen del 83% del treball domèstic, que gaudeix de menys prestigi social. Vegeu Colectivo Ioé (1996): *Tiempo social contra reloj*, Instituto de la Mujer, Madrid, pàg. 214.

dóna pas a la *regulació de les famílies per part de l'Estat*. Això no obstant, s'ha evolucionat cap a una major *flexibilitat, pluralisme i laïcització de la institució familiar*: despenalització de l'adulteri i cohabitació sense matrimoni; introducció del divorci; reconeixement de les parelles de fet i entre homosexuals, etc. El resultat és l'increment de noves formes de vida familiar (famílies monoparentals i homoparentals, llars amb un sol membre, que es van triplicar entre 1970 i 1991), al mateix temps que augmenten els joves solters que viuen a casa dels pares, fet que es relaciona amb la precarització de l'ocupació, etc.

Com a resum de l'evolució històrica de la família a Espanya, es pot afirmar que el tipus de llar nuclear tendeix a ser predominant, si bé una flexibilitat més gran en les pautes familiars propicia una diversificació de models, que posen l'èmfasi en la llibertat d'opció dels individus, amb la qual cosa es debilita el principi tradicional de la solidaritat o, si més no, queda modificat substancialment. L'atenció a familiars malalts o amb discapacitats oscil·la entre un intent de recuperar els models tradicionals de cohesió familiar i la promoció de noves formes de gestió del que és social, que tendeixen a restringir la implicació dels parents i desplaçar a l'Estat o al mercat l'assistència a aquestes persones.

En les famílies, el paper de cadascun dels membres ve determinat per factors com l'edat (diferents generacions), el sexe (rols de gènere), l'estat civil i la relació de parentiu amb la persona que és «cap de família» o sustentadora principal de la llar. Si ens cenyim al col·lectiu de persones en edat laboral amb discapacitats, la distribució segons l'estat civil gairebé no presenta diferències rellevants amb relació a la població general: predominen els *casats* (59,5%) sobre els *solters* (31,5%), en una proporció que és superior al conjunt de la població espanyola entre 16 i 64 anys (57,8% casats, 37,7% solters); això és degut, sens dubte, al pes més gran dels trams d'edat avançada entre les persones amb discapacitats. Pel que fa als casos de *viduïtat* i *separació o divorci*, són molt més freqüents en el col·lectiu que estudiem (5,2% i 3,8%, respectivament) que entre la població total (2,1% i 2,4%). Per tipus de discapacitat, la nupcialitat és molt més baixa entre els

qui tenen deficiències psíquiques (molt especialment les persones afectades per *retard mental*, que resten solteres en el 98,6% dels casos).

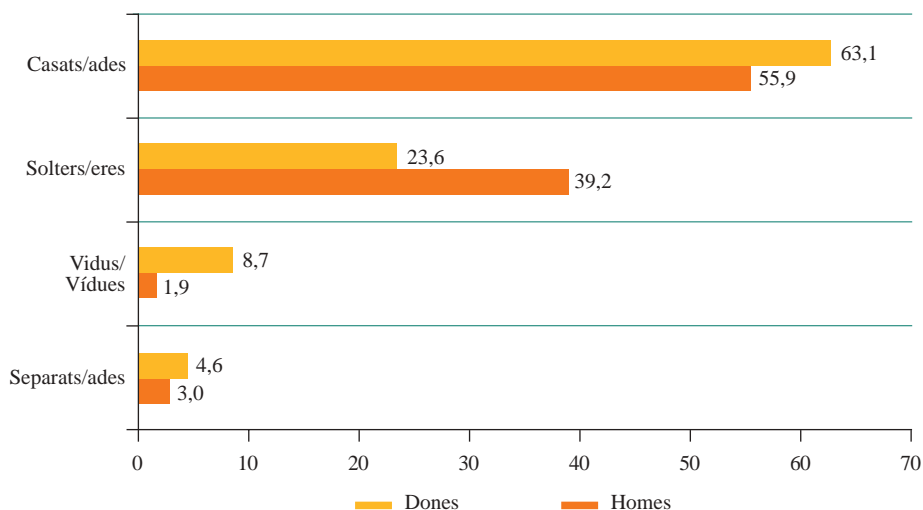
El gràfic 8.1 recull les diferències d'estat civil entre els homes i dones en edat laboral amb discapacitats. La major freqüència d'homes solters és deguda al nombre més gran de deficiències masculines en el tram d'edat de 16 a 29 anys (vegeu l'apartat 2.3); pel que fa a la prevalença de dones vídues (gairebé cinc per cada home vidu), s'explica totalment per la superior mortalitat masculina, i potser és deguda a una propensió més gran a casar-se en segones núpcies per part dels homes vidus amb discapacitats.

Podem fer un pas més i veure com es distribueixen els homes i dones amb discapacitats en funció de dues variables combinades: l'estat civil i el fet de ser o no el sustentador principal de la llar. En general s'observa que

Gràfic 8.1

ESTAT CIVIL DELS HOMES I DONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

els «caps de família» representen el 39% del total i són majoritàriament homes, és a dir, reproduïxen el rol tradicional assignat al baró. Les dones només són caps de llar de manera significativa en els casos de separació o viduïtat. Pel que fa als fills solters, la majoria romanen a la llar paterna, i en aquest cas destaquen els homes sobre les dones per la raó, ja esmentada, que en el tram d'edat de 16 a 29 anys la discapacitat masculina és un 58% més elevada que la femenina.

Aquestes dades reflecteixen la tradicional divisió sexual del treball en la societat espanyola: l'home és orientat al treball extradomèstic (fet que el converteix en principal sustentador de la llar) i la dona a l'esfera privada de la família (feines domèstiques, cura dels fills i d'altres parents, etc.). Tot i que actualment aquesta situació s'està modificant, en el cas de les persones amb discapacitats el ritme dels canvis és molt més lent i les diferències de gènere subsisteixen amb força intensitat. Als homes se'ls orienta al treball remunerat o, si no n'hi ha, a obtenir una pensió contributiva; si fallen totes dues sortides, es produeix una notable pèrdua d'estatus i identitat social i apareixen sentiments d'inutilitat, que no queden compensats en assumir un paper en el treball domèstic. En canvi, si es tracta d'una dona, és orientada al treball domèstic o bé a conjugar el treball remunerat extern –generalment menys qualificat que el dels homes– i el domèstic (doble jornada); pel que fa a la percepció de pensions, hi accedeixen en una proporció molt més petita que els homes i, en aquest cas, predominen les pensions «assistencials» (no contributives), l'import mitjà de les quals no arriba a la meitat de les pensions lligades a l'ocupació (contributives).

La influència de la família sobre els parents amb alguna discapacitat depèn també, en gran part, del moment en què es va iniciar la deficiència. En els casos de deficiència *congènita o infantil*, els pares i germans grans prenen pel fill/germà petit decisions estratègiques bàsiques de cara al tractament i rehabilitació de la discapacitat, el tipus d'educació i qualificació professional, els serveis i ajudes públiques que es reclamaran (incloent-hi l'opció de sol·licitar o no el certificat de minusvalidesa), etc. Aquestes decisions contribueixen a configurar la personalitat del subjecte afectat, si més

no durant la primera etapa de la seva vida i, ja sigui per reproduir el model patern o per enfrontar-s'hi, els joves i les joves amb discapacitats s'han de mirar al mirall de la seva pròpia família i anar configurant a partir d'aquesta imatge les estratègies d'inserció social que després desenvoluparan amb un marge més gran de llibertat al llarg de la seva vida adulta.

Quan la discapacitat sobrevé *en una edat avançada*, seran el cònjuge, els germans i els fills els qui agafin el relleu de la mediació i del suport familiar, que normalment prosseguirà durant la resta de la vida. De fet, són els mateixos familiars, sobretot les dones cònjuges i les filles, els qui principalment s'encarreguen de cobrir les seves necessitats (com hem vist a l'apartat 2.4).

Un altre factor important és la posició socioeconòmica de les famílies, la qual dóna lloc a diverses estratègies per fer front als problemes derivats de la discapacitat d'algun dels seus membres:

- Les *famílies amb un alt nivell d'ingressos* tendeixen a relativitzar la importància dels serveis públics, ja que disposen de mitjans propis suficients per atendre via mercat les necessitats dels parents amb discapacitats. Aquesta situació objectiva els porta sovint a menysprear la qualitat dels serveis públics.

- Per contra, les *famílies amb un nivell socioeconòmic baix* tendeixen a dependre més dels serveis públics i recorren a tota mena d'ajudes, subvencions, exempcions i sistemes de pensió a fi d'aconseguir unes condicions mínimes d'incorporació a la societat. A vegades, intenten potenciar la visibilitat de la pròpia «invalidesa» per obtenir-ne beneficis més grans. En altres casos, reclamen nous drets i prestacions públiques des de la lògica de l'estat social de benestar, així com suports a les associacions i organitzacions que afavoreixen els col·lectius amb discapacitats.

Sigui quin sigui el nivell social de la família, la presència d'una persona amb limitacions funcionals al si de la llar repercuteix inevitablement en els altres parents, els quals es veuen obligats a reajustar els seus respectius papers. D'una manera especial, ja hem fet referència a la necessitat de donar suport amb «atencions» específiques al familiar amb limitacions, una

tasca que acostuma a recaure en les dones de la família; però la discapacitat també comporta moltes vegades un increment de la despesa familiar, que acostuma a correspondre al «mantenidor de la llar». En tots dos casos, el reajustament de rols tendeix a reforçar els papers tradicionals.

Finalment, en vista de la importància que tenen els parents pròxims en els processos d'inserció social i laboral de les persones amb discapacitats, convé insistir en la importància del paper que juguen les diverses modalitats de llar en els processos de socialització i, per tant, considerar-los com un recurs social de primer ordre que cal reconèixer i dotar més àmpliament des de la política preventiva, assistencial i fiscal (reequilibri de rendes familiars, assessorament professional als parents cuidadors, ajudes específiques, avantatges fiscals, etc.).

8.2. El context economicolaboral

L'estructura dels mercats de treball i la seva evolució actual és un altre dels contextos decisius a l'hora d'explicar les trajectòries d'inserció social i laboral de les persones amb discapacitats a Espanya. Les taxes d'activitat, ocupació i atur, la diversa qualitat de les feines existents, les exigències de qualificació i eficiència en el treball, etc., representen altres *condicions estructurals* que delimiten tant les possibilitats com les barreres per a la inserció laboral del col·lectiu estudiat.

L'evolució del mercat de treball espanyol en les últimes dècades es caracteritza, en general, per un increment de la competitivitat i la segmentació entre els treballadors que, si bé ha permès augmentar significativament la productivitat, això ha estat a costa d'una notable fragmentació del mercat laboral en el qual coexisteixen dues tendències diferents pel que fa a la mà d'obra:

1. *Polítiques de gestió «positives»* per a les feines més qualificades o de les quals depèn l'estabilitat de les empreses o dels serveis de l'administració pública (l'anomenat *sector primari* del mercat laboral). En aquest cas, es mantenen els contractes estables, pactats en conveni i recolzats sindicalment, així com els salaris progressius i la promoció professional interna.

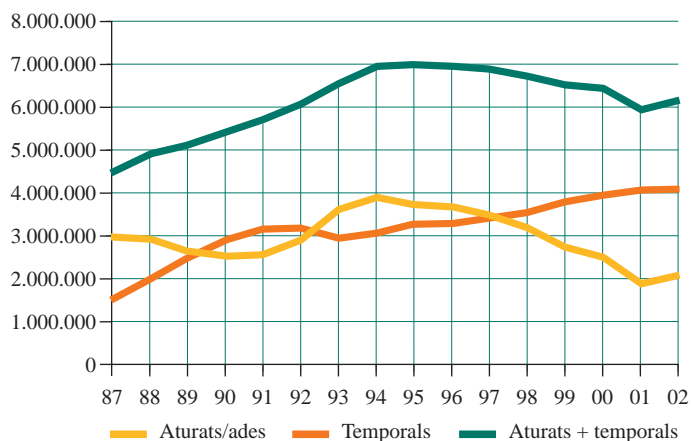
2. *Polítiques de gestió «negatives»* per a les feines menys qualificades o marginals a l'estabilitat del sistema productiu o dels serveis públics (*sector secundari*). En aquest cas, prevalen els contractes temporals individualitzats, els sotscontractes, les ocupacions autònomes i l'economia submergida. Els salaris són baixos i inestables, i abunda en canvi el preufet, les comissions per productivitat i les propines. El risc de perdre la feina i tornar a l'atur (amença d'exclusió social), actua com a factor de contenció i disciplina de la força de treball.

El nou model de mercats laborals fragmentats i polaritzats tendeix a marcar les diferències entre els candidats *més capacitats i rendibles*, que accedeixen fàcilment als llocs de treball més ben remunerats, i els *menys capacitats i rendibles*, que s'han de conformar amb les feines poc remunerades i en condicions de contractació precàries. Aquest últim sector ha crescut més que el primer en les darreres dècades, com ho testimonia, més enllà de les oscil·lacions conjunturals, l'*increment combinat de l'atur i la contractació temporal* registrat per l'Enquesta de Població Activa entre el 1987

Gràfic 8.2

EVOLUCIÓ DE L'ATUR I LA CONTRACTACIÓ TEMPORAL A ESPANYA EN ELS ÚLTIMS QUINZE ANYS

Nombre de persones



Font: INE, *Enquesta de Població Activa*, mitjana anual (tres primers trimestres el 2002).

(primer any amb registre de la temporalitat) i el 2002. En aquest període, la xifra conjunta d'aquests dos segments laborals precaris ha augmentat un 38% *en nombres absoluts* (de 4,4 a 6,1 milions de persones), creixent de manera contínua des de 1987 fins a 1995 i disminuint a un ritme inferior a partir d'aleshores, per tornar a créixer el 2002. *En termes relatius*, la taxa de treballadors precaris (aturats + temporals) amb relació al conjunt de la població activa ha crescut a un ritme menys accelerat (+12%), atesa la gran arrencada de l'ocupació a Espanya durant aquest període (de 14,8 a 18,2 milions de persones «actives»). En tot cas, la suma d'aturats i empleats temporals ha evolucionat des del 30% de la població activa espanyola el 1987 fins al 33,6% el 2002.

Entre els grups socials amb més probabilitat d'ubicar-se en el *sector secundari* del mercat de treball hi ha de manera genèrica les dones, els joves, els buscadors de feina amb més de 45 anys i les persones amb discapacitat. En les condicions actuals, les polítiques laborals destinades a afavorir l'ocupació i la promoció d'aquests sectors (tant a nivell general, mitjançant les successives reformes laborals, com les més específiques, encaminades al foment de l'ocupació) no han estat capaces de resoldre, i ni tan sols de pal·liar significativament, els efectes discriminadors del model econòmic esmentat. Més aviat, aquestes mesures han tingut com a efecte reforçar en general la precarització i marginalitat laboral d'aquests col·lectius, obligats en els casos més extrems a refugiar-se en prestacions mínimes, que els cronifiquen en la dependència o en les velles o noves fórmules de la solidaritat familiar, en comptes de promoure socialment formes d'ocupació dignes, adequades a les seves capacitats i amb possibilitats de promoció professional.

Al capítol VI hem constatat l'impacte negatiu de les discapacitats en les trajectòries laborals del col·lectiu estudiat: més de la meitat va perdre la feina després que es produís la discapacitat i, entre els qui la van conservar, una bona part van passar a ocupar llocs de treball menys qualificats que els que tenien abans. Molt probablement aquesta evolució té a veure amb l'increment de la competitivitat i la polarització del mercat de treball, a la qual cosa s'hi afegeix la relativa facilitat d'obtenir una pensió i mantenir-la indefinidament, tal com veurem al següent apartat.

Cal remarcar, tanmateix, que, en *condicions favorables*, les persones amb discapacitats no tenen grans dificultats per accedir al *sector primari* del mercat de treball. En efecte, l'èxit laboral és més probable si pertanyen a una família acomodada o troben possibilitats de qualificació, o bé si la seva discapacitat no és molt greu i l'entorn laboral els ofereix oportunitats. En aquests casos poden arribar a aconseguir una feina estable i més o menys qualificada, com de fet passa en més d'un terç de les persones ocupades amb discapacitats. Sovint aquests subjectes no necessiten recórrer a suports especials ni obtenen el certificat de minusvalidesa, sinó que prefereixen competir en peu d'igualtat amb la resta dels treballadors. En altres casos, sobretot si la discapacitat és més invalidant, solen recórrer a ajudes públiques per aconseguir feina (com les places de reserva) o utilitzar els seus avantatges fiscals com a argument davant les empreses, la qual cosa facilita la seva col·locació.

Per contra, quan concorren *circumstàncies personals poc favorables* (com no disposar de suport familiar, posseir una baixa qualificació, ser dona casada, tenir un tipus o grau de deficiència més discapacitant o que produeix més recel als empresaris, etc.), l'accés al mercat ordinari es torna més difícil i la tendència que s'observa és recórrer a les diverses fórmules de «treball protegit» o a mediacions extraordinàries per aconseguir feina, ja siguin aquestes d'iniciativa pública (com el «treball amb suport» promogut en algunes comunitats autònomes) o privada (com les borses de treball organitzades per algunes associacions o les Empreses de Treball Temporal), etc. En l'itinerari laboral d'aquestes persones, s'hi constata inseguretats i inestabilitat laboral, i l'atur alterna amb successives feines precàries. Per a aquests grups, el mercat de treball, tal com està organitzat actualment, representa una gran dificultat o barrera, que els impedeix desenvolupar el seu dret al treball (en el nivell de les seves capacitats) i, com a conseqüència d'això, obtenir autonomia econòmica i reconeixement social.

Finalment, en casos més aviat excepcionals, hi ha persones amb discapacitats que se sobreposen a les condicions desfavorables del seu medi ambient, gràcies a la seva *tenacitat i esforç*, i són capaces de desplegar trajectòries de qualificació i promoció laboral inesperades, a vegades desen-

volupades de manera individual i d'altres en connexió amb persones que es troben en la mateixa situació (associacions d'afectats).

8.3. Les polítiques socials

La política social espanyola pel que fa a les persones amb discapacitats s'enquadra, com hem vist a l'apartat 1.2, en les coordenades institucionals recomanades pels principals organismes internacionals, liderats per les Nacions Unides: Programa d'Acció Mundial per a les Persones amb Discapacitat, Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses, etc. En general, al llarg del segle XX, s'observa una evolució significativa des de l'enfocament «*etiquetador*», que fixa els subjectes en una posició de malalts crònics, necessitats d'ajuda permanent, a l'enfocament «*adaptador*», que planteja la necessitat que els individus afectats aconseguixin adaptar-se als requeriments socials, canviant d'actitud i formant-se per a aquelles feines que millor s'acomodin a la seva condició, i, finalment, a l'enfocament «*global*» i «*integrador*», que posa com a origen del problema l'exclusió social dels col·lectius fràgils i implica, per resoldre'l, el disseny de polítiques globals, participatives i socialitzadores, inspirades en els drets universals de ciutadania.

Els tres enfocaments esmentats impregnen en diverses dosis el paper exercit per les mesures polítiques que influeixen en les persones amb discapacitat. I si bé en el cas espanyol la legislació ha fet passos importants cap al tercer enfocament (Llei d'Integració Social del Minusvàlid de 1982, gradual descentralització autonòmica i local de moltes competències per aproximar els serveis als ciutadans, Pla d'Acció per a les Persones amb Discapacitat durant el quinquenni 1997-2002, etc.), tant les mesures polítiques concretes com els discursos i pràctiques quotidianes dels agents mediadors i de les persones amb discapacitats i les seves famílies presenten trets dels tres enfocaments descrits:

- En l'àmbit sanitari, es contraposa l'«*etiquetatge*» que comporta el sistema oficial d'assignació de minusvalideses i incapacitats laborals (tramitades per les administracions autonòmiques i per l'Institut Nacional de la

Seguretat Social) amb altres mesures que intenten afavorir la rehabilitació funcional i laboral.

- En l'àmbit *educatiu*, tot i que es mantenen més de 200 centres d'Educació Especial, amb el consegüent risc de segregació i etiquetatge, s'ha avançat en el procés d'integració escolar en centres ordinaris d'Educació Primària, Secundària i Formació Professional, però moltes vegades sense implementar-hi els recursos i suports específics que requereixen els alumnes amb diversos tipus de discapacitat (especialistes en pedagogia terapèutica, audició-llenguatge, intèrprets de llengua de signes, etc.), la qual cosa ha provocat el fracàs escolar de molts d'ells.

- Pel que fa a les *ajudes econòmiques i pensions*, la pretensió de les quals era proporcionar una primera base de recursos per incorporar-se activament a la societat, tenen a vegades l'efecte de passivitzar els subjectes i cronificar-los en la dependència de les institucions.

En la política específica de discapacitats preval un tipus de *relació* on el paper actiu correspon a l'administració i el passiu a la persona amb deficiències. L'inici d'aquesta relació de dependència té lloc quan l'administració defineix o «etiqueta» la persona candidata com a «minusvàlida» i amb un percentatge determinat, com a condició necessària per accedir a les prestacions corresponents. Per exemple, si el tribunal li atorga un grau de minusvalidesa superior al 35%, podrà accedir a un centre especial de treball, però només tindrà dret a una pensió no contributiva si la puntuació és superior al 65%; a més, se li atorgarà un suplement important si supera el 75% de minusvalidesa, etc. Les decisions administratives tenen, per regla general *caràcter estable* (a l'estil de les sentències judicials, si bé, com aquestes, també poden ser recorregudes) i contribueixen a configurar la *identitat social del subjecte*, el qual, al seu torn, esdevé *objecte d'intervenció* per als professionals i institucions corresponents. Poques vegades es produeix una *relació recíproca i flexible*, on totes dues parts entrin en un procés actiu d'intercanvi de cara a un objectiu que no hauria de ser un altre –a mitjà o llarg termini– que la capacitat d'autonomia del subjecte i, per tant, la no dependència institucional.

Aquesta prevalença del component passivitzador en les polítiques socials vigents es manifesta fins i tot literalment en algunes etiquetes, com «minusvàlid» o «impedit» (etimològicament, «incapaç de dirigir-se a una meta»), que tendeixen a reforçar la ideologia i la pràctica de la dependència en les persones afectades per limitacions funcionals. Tot i que és poc probable que cap departament estatal o autonòmic vulgui passar per «benefactor» o «assistencial», la rutina administrativa tendeix espontàniament en la majoria dels casos a assignar les ajudes tipificades a partir d'un barem establert amb caràcter indefinit, en comptes de plantejar una ajuda orientada a detectar i posar fi a aquells *desavantatges socials* que converteixen la *discapacitat* (funcional) en una *minusvalidesa* (social), segons el sentit que l'Organització Mundial de la Salut dóna a aquests dos termes (vegeu l'apartat 2.1).

D'altra banda, cal tenir en compte l'evolució general de la política social a Espanya, que tendeix a reduir l'àmbit d'intervenció del sector públic. Fins fa pocs anys, en el context de l'anomenat *Estat de benestar*, l'administració pública es caracteritzava per assumir el paper de *principal protagonista*, de manera que desplaçava la tradicional centralitat de la família i de les institucions de caritat. Actualment, tanmateix, en el context dels països occidentals, s'observen diverses tendències en la direcció oposada, que tornen a posar el pes de l'atenció en les *famílies* i en la *iniciativa social*, a través de l'anomenat «tercer sector». Es refermen, en aquest nou marc, les grans organitzacions no governamentals, subsidiàries de l'Estat i en part recolzades en aquest (a través de les subvencions), que basen la seva activitat en el treball «voluntari» dels seus membres.

Des del punt de vista ideològic, la defensa de mesures públiques de *discriminació positiva*, que van inspirar les directrius de l'Estat social, compromès en l'aplicació universal dels drets socials, dóna pas ara en amplis sectors d'opinió a la *defensa de la igualtat d'oportunitats i la lliure concurrència entre els individus*, amb resultats ambivalents ja que, si bé persegueixen superar les barreres i prejudicis que pateixen certs col·lectius (lluita contra l'exclusió), per una altra banda redueixen al mínim les polítiques de suport o discriminació positiva, les quals, enfocades de manera activa, poden ser imprescindibles per aconseguir la seva inclusió social en termes d'igualtat.

D'aquesta manera, l'*enfocament normalitzador, descentralitzador i participatiu*, que semblava inspirar la legislació espanyola durant els inicis de la transició democràtica (anys setanta i vuitanta del segle passat), s'enfronta a processos socials –nacionals i internacionals– que van en direcció contrària. L'exercici universal dels drets individuals i socials que proclamava el *principi normalitzador* no casa bé amb les tendències del neoliberalisme econòmic i de l'estat mínim, que tendeixen a justificar l'exclusió i l'estigmatització dels «diferents». Per la seva banda, la *descentralització administrativa*, com a mitjà per estar més a prop dels ciutadans afectats per discapacitats, dóna lloc a vegades a localismes tancats, encavalcaments i segmentacions, que impedeixen optimitzar els recursos disponibles. Finalment, quan es defensen interessos particulars, la *participació dels afectats* i de les seves famílies origina diverses formes de corporatisme, al marge de l'interès general o d'altres sectors exclosos.

8.4. Les associacions d'afectats

En tots els països de la Unió Europea, les associacions d'afectats han tingut un protagonisme creixent en les últimes dècades com a via d'expressió, organització i intervenció de les persones amb problemes de discapacitat. En el cas d'Espanya, això ha tingut lloc amb un cert retard a causa del parèntesi que va suposar l'etapa autàrquica del franquisme.⁽⁵⁾ Això no obstant, a partir de la segona meitat dels anys cinquanta es va produir una notable expansió del moviment associatiu que ha servit de base per al desenvolupament legislatiu i institucional posterior. Excepte algunes associacions, que tenien un origen més remot, la majoria van sorgir a nivell local, promogudes pels mateixos afectats o pels seus familiars més pròxims, al voltant d'objectius assistencials molt concrets o bé per assegurar el contacte i suport mutu entre les persones afectades. Segons una enquesta de 1984 aplicada en el conjunt de l'Estat a 354 associacions, la idea principal que havia

(5) Les primeres experiències d'autoorganització de persones amb discapacitats es remunten a segles passats i van tenir un relatiu desenvolupament durant les primeres dècades del segle XX, però la primera etapa del franquisme (anys quaranta) va estar marcada per la repressió de les fórmules associatives i sindicals de caràcter autònom, de manera que només es va permetre l'actuació d'algunes organitzacions jerarquitzades i dependents del nou règim (com l'ONCE i diverses organitzacions de sords) o de l'Església catòlica (com Auxilia o Frater).

donat origen a aquestes havia estat «organitzar un servei o centre d'atenció a minusvàlids» (38%) i, en segon lloc, «la relació entre persones minusvàlides que pretenien ajudar-se mútuament» (26%).⁽⁶⁾

La Llei d'associacions de 1964 va donar cobertura legal a les organitzacions sorgides a partir de la iniciativa dels ciutadans, amb la qual cosa reforçava la seva emancipació de la tutela estatal o eclesiàstica. D'aquesta manera, el règim franquista intentava obrir-se en certa forma al fort impuls internacional que el *moviment dels drets civils* va tenir als anys seixanta. La discriminació social i laboral de les persones amb discapacitats va passar a ser entesa pel nou corrent de pensament en la mateixa clau que la *segregació racial* i l'*apartheid*. Cap a la meitat dels anys setanta, coincidint amb el final del franquisme i l'inici del règim democràtic, les associacions van progressar en la seva vertebració i van pressionar l'administració amb més força que abans. L'articulació del nou Estat de les autonomies en la Constitució democràtica de 1978 i la promulgació de la LISMI (1982), que reconeixia l'important paper que corresponia a les associacions d'afectats, van impulsar la coordinació de les associacions per tipus de deficiències a nivell autonòmic i estatal. Les principals federacions d'associacions participen amb caràcter consultiu en l'aplicació i l'avaluació de les polítiques públiques relacionades amb les minusvàlideses, i el CERMI (Consell Espanyol de Representants de Minusvàlids) n'és el principal òrgan de representació. El CERMI ha assessorat el govern en l'elaboració del *Pla d'Acció per a les Persones amb Discapacitat (1997-2002)* i intenta influir en el desenvolupament legislatiu i en l'elaboració d'aquelles polítiques socials i pressupostàries que tenen incidència en el col·lectiu que representa.

La major part de les persones en edat laboral amb discapacitats (el 92,5% segons l'*Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències* de 1999) no pertanyen a cap associació del sector, la qual cosa no vol dir que no puguin utilitzar els seus serveis o participar en altres organitzacions.⁽⁷⁾ Ens fixarem,

(6) Díaz, M. (1985): *El asociacionismo de los minusválidos. Entre organización y movimiento social*, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, pàg. 167.

(7) Les enquestes a persones amb minusvàlidesa oficial no acostumen a distingir entre associacions específiques del col·lectiu i associacions per a la població general, excepte un estudi aplicat a la província de Vitòria, segons el qual, del 27% que estava associat, el 17% ho estava en associacions específiques i el 10% exclusivament en associacions per a la població general (l'estudi no matisa quants pertanyien al mateix temps als dos tipus d'organitzacions). Secretaria

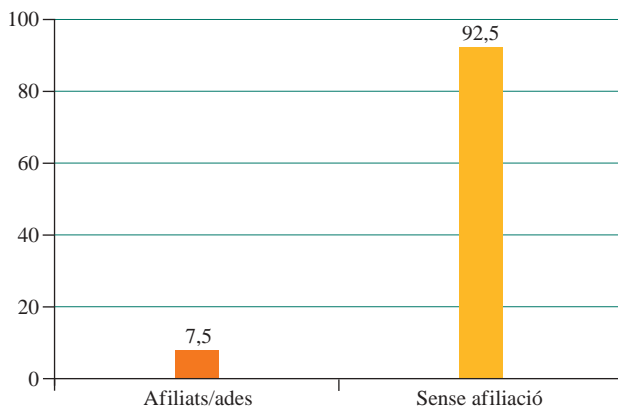
primer de tot, en el col·lectiu majoritari de no associats i, després, en la minoria que participa en associacions especialitzades.

El gràfic 8.3 destaca l'*escassa afiliació* del col·lectiu que estudiem a associacions organitzades per o per als mateixos afectats. En uns casos això pot ser degut al desig exprés d'evitar entrar en el cercle dels designats socialment com a «minusvàlids»; altres vegades pot passar que no es disposi d'informació o contactes suficients amb aquelles associacions que, eventualment, podrien interessar. La primera situació és més freqüent en persones amb deficiències poc discapacitants o alta qualificació professional, que en tenen prou amb les vies i estratègies «normals» d'inserció social i laboral (si s'associen, ho fan en organitzacions de la població general). La segona situació és més pròpia d'àrees rurals i famílies de baix nivell econò-

Gràfic 8.3

PERSONES EN EDAT LABORAL AMB DISCAPACITATS AFILIADES A ORGANITZACIONS DEL SECTOR

En percentatge



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

de Serveis Socials (1994): *Necesidades sociales de las personas con minusvalía física en Álava*, Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, Vitòria. Previsiblement, la proporció d'afiliats a associacions destinades a la població general augmentarà en el cas d'aquelles persones amb discapacitat sense minusvalidesa, les quals representen el 65% del col·lectiu en edat laboral (41% els homes, 29% les dones).

mic i cultural, que es troben amb més dificultats per establir contacte amb les associacions.

La nul·la o escassa implicació de la major part de persones amb discapacitat en les organitzacions del sector relativitza la importància de l'associacionisme específic com a recurs per a la inserció social i laboral del col·lectiu. Tot i que les activitats i els recursos de determinades associacions constitueixen un factor important d'integració social per als seus afiliats i usuaris, cal no oblidar que l'afiliació i la participació activa en entitats voluntàries és una qüestió de minories en la societat espanyola. Les expectatives de participació social que van apuntar amb força cap a la meitat dels anys setanta, moment en què es va produir una notable mobilització social, van donar pas després a un procés d'elitització i mercantilització de les organitzacions socials, que també afecta el moviment associatiu de les persones amb discapacitats.

Pel que fa al 7,5% de persones associades, suposen la gens menyspreable xifra d'uns 100.000 afiliats entre 16 i 64 anys, la foto robot més habitual dels quals podria ser *un home jove, amb un alt nivell d'estudis, de família amb ingressos superiors a la mitjana, que ha obtingut el certificat de minusvalidesa i viu en una gran ciutat*. Aquesta foto robot s'obté de la correlació amb les variables següents:

- **Sexe i edat.** Els homes s'afilien més (8,5%) que les dones (6,5%) i els joves menors de 30 anys molt més (16,7%) que els més grans de 50 (3,6%), mentre que queden en una posició intermèdia els situats entre 30 i 50 anys (9,8%).

- **Nivell d'estudis.** Les persones que han superat estudis secundaris estan afiliades en una doble proporció (12%) que les que tenen estudis primaris (5,9%) o inferiors (4,8%); entremig hi ha els qui només han aconseguit el primer grau de l'educació secundària o ESO (8,4%).

- **Nivell econòmic familiar.** L'afiliació és del 10,7% en les famílies amb un nivell de renda més alt (més de 195.000 pessetes mensuals) i disminueix contínuament en funció del volum d'ingressos: 10,7% en el tram

que baixa fins a 95.000 pessetes; 7,8% en el tram següent fins a 65.000; i de tan sols el 2,3% en el tram de menys ingressos (per sota de 65.000 pessetes mensuals).

- **Certificat de minusvalidesa.** Els qui tenen certificat estan afiliats a organitzacions del sector en una proporció set vegades més gran (17,1%) que les persones amb discapacitats que no en tenen (2,3%). Com ja hem indicat, aquest darrer sector està vinculat en una proporció més gran a associacions de la població general (dada no recollida per l'*Enquesta* de 1999).

- **Mida de la ciutat on viuen.** També en aquest cas hi ha una clara correlació, de manera que l'afiliació creix a mesura que es viu en un municipi més gran: 5,5% als de menys de 10.000 habitants; 6,7% als de 10.000 a 50.000; 8,5% en el tram següent fins al mig milió; i 10,6% a les ciutats metropolitanes que superen el mig milió.

Així mateix, *s'afilien més les persones actives que les inactives*. Entre les actives, la taxa d'afiliació més elevada correspon a les aturades que busquen la seva primera feina (21,2%), mentre que és molt baixa l'afiliació de les aturades amb experiència laboral (5,5%). Les persones amb discapacitats que estan ocupades tenen una taxa d'afiliació relativament alta (11,3%), molt superior als qui perceben pensions contributives (5,1%) i una mica més gran que la dels qui perceben pensions no contributives (9,7%). Els estudiants presenten una taxa d'afiliació relativament elevada (15,1%); això no obstant, els qui es dediquen com a tasca principal a les feines de la llar registren la taxa més baixa (2%).

L'*Enquesta* de 1999 recull també les associacions a les quals estan afiliades les persones entrevistades. Si ens limitem al tram d'edat entre 16 i 64 anys, la que registra més afiliacions, amb una gran diferència respecte a les altres, és l'ONCE (Organització Nacional de Cecs Espanyols), amb gairebé 34.000 afiliats, que representen el 35% del total de persones associades. Figuren després amb més de 2.000 afiliats, la CNSE (Confederació Nacional de Sords d'Espanya) i ASPACE (Federació Espanyola d'Associacions d'Atenció a les Persones amb Paràlisi Cerebral); i entre 1.000 i 2.000 afiliats, ANDE (Fundació Ande per a Minusvàlids Psíquics), la Federació

Espanyola d'Institucions per a la Síndrome de Down, ASPAYM (Associació Nacional de Paraplègics i Grans Invàlids), ALCER (Federació Nacional d'Associacions per a la Lluita contra les Malalties del Ronyó) i COCEMFE (Confederació Coordinadora Estatal de Minusvàlids Físics d'Espanya).

La *implicació* de les persones afiliades en les seves respectives associacions pot presentar tres graus diferents: *socis actius*, que participen directament en la gestió de l'associació; *socis usuaris*, que estan afiliats i s'aprofiten dels serveis de l'associació però sense implicar-se en la gestió; i *usuaris que no són socis*, la vinculació dels quals amb les associacions és de simples consumidors de determinats serveis (no inclosos en la taxa d'afiliats).

Pel que fa a la *influència* que les associacions tenen en la inserció social i laboral, hi ha també diversos graus, des d'aquells casos en què la pertinença a l'associació o la inclusió en els serveis proporcionats per aquesta són *crucials o molt importants* per al subjecte (per exemple, perquè li proporciona feina o és la principal via de les seves relacions d'amistat, etc.) fins a aquells altres en què la repercussió és *poc rellevant* o purament accidental; a mig camí, se situen els casos d'*influència parcial*, quan els efectes de l'associació en la vida del subjecte no són crucials o molt importants, però sí relativament significatius.

Si creuem els nivells d'*implicació* amb els graus d'*influència*, apareixen algunes formes concretes de vinculació associativa, freqüentment relacionades amb certs tipus de deficiència:

1. Associacions on *l'afiliat és subjecte protagonista i gestor de les activitats* que s'hi duen a terme, ja sigui cap a l'interior (lideratge sobre els altres socis, aspecte present en totes les associacions) o cap a l'exterior (treball social voluntari orientat cap a la prevenció i atenció de persones amb una deficiència determinada).

2. Associacions que són, sobretot, *espais d'amistat i de relacions interpersonals amb «altres iguals»* i que es converteixen en la principal referència quotidiana (com passa amb algunes associacions de sords parti-

dàries del sistema de signes, que defensen la seva identitat social diferenciada com a minoria lingüística).

3. Associacions que constitueixen una espècie d'*institució total o petita societat* en la gestió directa de la qual no participen habitualment els socis però que, tanmateix, influeix decisivament en la seva forma d'inserció social quotidiana i marca la seva identitat social de manera permanent (cas de l'ONCE i d'algunes altres grans organitzacions amb perfil societari).

4. Associacions que ofereixen un *espai laboral protegit*, cas relativament freqüent en persones amb discapacitat psíquica (retard mental) que treballen en centres ocupacionals i especials de treball. Són usuaris que no participen activament en la gestió de l'associació (els afiliats més actius solen ser els seus pares), però sobre els qui l'acció associativa –a través d'aquests centres de treball– configura decisivament les seves coordenades d'inclusió o exclusió social, ja sigui com a plataforma o trampolí per a l'emancipació laboral i familiar o com a replegament crònic en institucions especials.

8.5. L'opinió pública davant les discapacitats. Actituds bàsiques

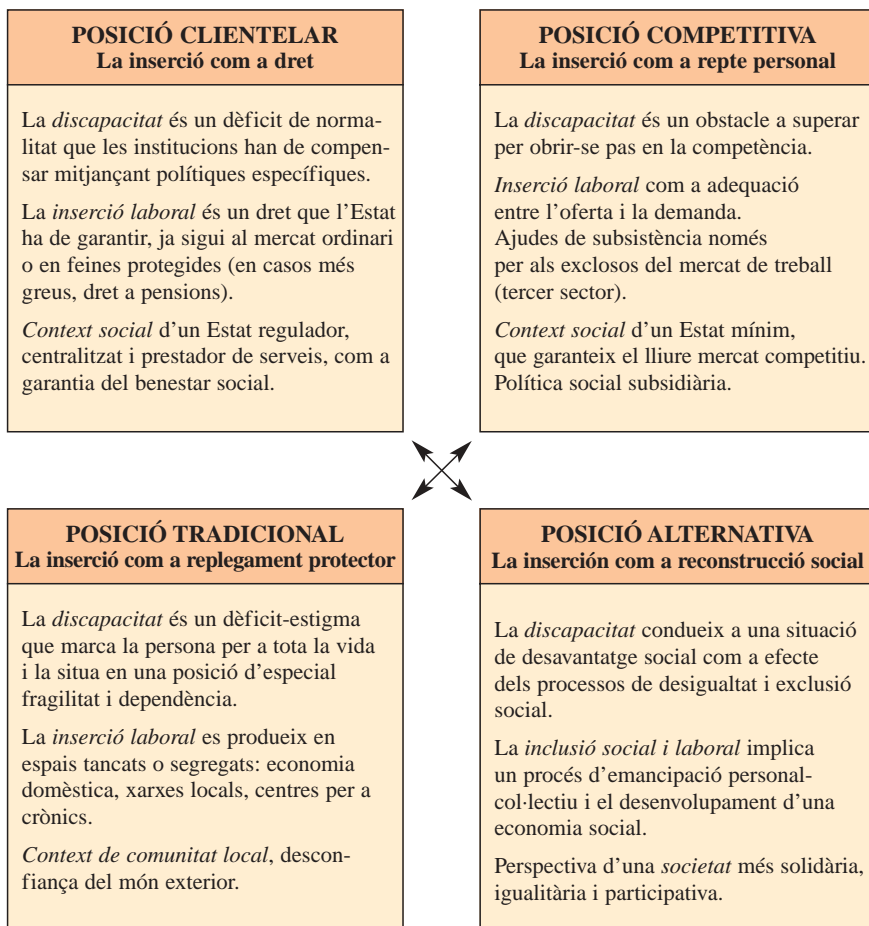
Les formes d'entendre les discapacitats han variat molt al llarg de la història, com hem vist al capítol 1, i també difereixen actualment. En efecte, hi ha posicions discursives o ideològiques que condicionen tant les estratègies d'inserció desplegades per les persones amb discapacitats com l'orientació i el paper exercit pels diversos agents i institucions. A continuació oferim un panorama general de les actituds i opinions de la població espanyola en aquesta matèria, per a la qual cosa hem elaborat⁽⁸⁾ un quadre amb les quatre posicions bàsiques que permeten explicar, amb la relativitat de qualsevol classificació, els principals plantejaments i pautes de comportament al voltant de les discapacitats (vegeu el quadre 8.1).

(8) En aquest apartat es resumeixen els principals discursos obtinguts mitjançant diverses tècniques qualitatives (grups de discussió i històries de vida) a Colectivo Ioé (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, op. cit., pàgs. 141-164.

Cada posició suposa una manera articulada d'entendre i abordar la realitat, amb els consegüents efectes pràctics de conformació social (impregnació de valors, assignació d'identitat social, etc.). Així, mentre la *posició tradicional* parteix del fet que la discapacitat és una cosa que marca la persona –i la seva família– per a tota la vida i la fa mereixedora d'un estatus de confinament i dependència dels seus pròxims (parentela i xarxes locals), la *posició competitiva* entén la discapacitat com un obstacle a superar en la cursa individual per obrir-se camí en la vida; per la seva banda, mentre la *posició clientelar* planteja la discapacitat com un dèficit de normalitat que la societat té el deure de compensar mitjançant polítiques específiques, la *posició alternativa* entén la discapacitat com un efecte, entre d'altres, de la desigualtat i l'exclusió social, que ha de ser afrontat a través d'un procés d'emancipació personal i col·lectiu alhora.

Tot seguit remarcarem els trets propis de les quatre posicions, que a la pràctica, no apareixen compactes ni aïllades les unes de les altres sinó, més aviat, formant combinacions variades al llarg de la trajectòria biogràfica dels individus. Les posicions, a més, estan mútuament interrelacionades, i dibuixen camps de força que es contraposen entre si, tal com es reflecteix en el quadre 8.1. La màxima polarització té lloc entre els quadrants oposats, de manera que entre aquests es produeix una confrontació dialèctica de tots els seus continguts: el concepte de discapacitat i la forma d'abordar la inserció social i laboral; el sistema de valors i el model subjacent de societat; el tipus de família i els rols de gènere assignats; el paper dels professionals i de l'associacionisme, etc.

POSICIONS BÀSIQUES DE LA POBLACIÓ ESPANYOLA DAVANT LA INSERCIÓ SOCIAL DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS



A. Posició tradicional: la inserció com a replegament protector

- Aquesta posició entén la discapacitat com un *dèficit que marca la identitat del subjecte i el torna fràgil per a les relacions socials obertes*. En conseqüència, les persones de l'entorn familiar i social més pròxim tendeixen a tractar-lo de manera especial, i delimiten estrictament els llocs i

persones amb els quals ha d'entrar en contacte a fi d'evitar-li «riscos» innecessaris. Aquesta actitud de *confinament* respon a dues conviccions: el recel del món exterior i la desconfiança en les possibilitats que aquestes persones tenen per fer front a les amenaces, prejudicis i abusos de què poden ser víctimes.

- Probablement, com a efecte del rebuig extern (la mirada dels altres), la percepció que els afectats tenen de si mateixos és també negativa. Desconfien de la seva capacitat per emancipar-se en la vida adulta o per relacionar-se amb els altres en un pla d'igualtat, fet que dona lloc a sentiments d'inferioritat i resignació, i també a vegades a quadres de depressió, ansietat i hostilitat cap als estranys. D'altra banda, la discapacitat es pot convertir en una excusa per justificar la dependència de les institucions i eludir els riscos de la competència.

- Pel que fa als agents implicats en els processos d'inserció social de les persones amb discapacitat, el centre de gravetat és ocupat per *les famílies*. Els pares, cònjuges o germans i la resta de parents, segons els casos, es converteixen en el principal eix d'inserció social i laboral, al voltant del qual operen també les *xarxes comunitàries locals* (veïns, amics, etc.) o l'acció de l'*administració pública*, a la qual es recorre subsidiàriament, tot i que es considera distant i inspira poca confiança. En el cas de grans discapacitats, el pes de l'atenció es desplaça a vegades a institucions tancades de beneficència. Pel que fa a les discapacitats lleus, tant les persones amb discapacitat com els seus familiars esperen dels *empresaris locals* que els facilitin una feina, ja que comparteixen una història i uns símbols comuns que fan dels uns deutors d'altres i participants d'un projecte col·lectiu, identificat amb la millora de les condicions de vida al territori compartit.

B. Posició clientelar: la inserció com a dret

- Aquesta posició entén la discapacitat com un *dèficit que ha de ser compensat institucionalment*. La clau de la cohesió social és ara la integració personal en les normes i pautes de realització establertes per les institucions competents.

- Pel que fa a la inserció laboral, es considera que els responsables públics han de promoure i tutelar els drets i deures de tota la població, especialment dels sectors més dèbils, enfront dels interessos privats, tant si es tracta d'empreses com de grups de pressió de qualsevol tipus. Concretament, l'Estat ha de fixar les mesures que siguin necessàries per fer efectiu *el dret al treball de les persones amb discapacitat que puguin exercir un ofici, ja sigui al mercat ordinari o en empreses i centres de treball protegits*. Només en els casos més greus, quan es demostrï incapacitat total per treballar, es procedirà a proporcionar una pensió a les persones afectades que els permeti viure amb dignitat.

- Els principals agents promotors de la integració social de les persones amb discapacitats són els *funcionaris i professionals de l'assistència*, en tant que dipositaris de les normes i garanties socials. Des de la seva posició mediatra entre el poder polític, l'activitat econòmica i les famílies, es considera que es troben en les millors condicions per veure els punts febles dels altres agents i fer les propostes oportunes per tal d'aconseguir una política social efectiva.

C. Posició competitiva: la inserció com a repte personal

- En aquest cas la discapacitat s'entén com *un obstacle individual que cal aprendre a superar per obrir-se pas en la competència social*. Les persones afectades han de *positivitzar* la seva limitació, és a dir, desenvolupar les seves capacitats i elaborar aquelles estratègies que els permetin emancipar-se i aconseguir les metes que es proposin: autoafirmació, voluntat de superació, optimisme, remarcar les pròpies qualitats, aprofitar les circumstàncies que es presenten, etc.

- Per aconseguir una inserció laboral exitosa, el més important és que la persona amb discapacitat *ofereixi el perfil adequat a la demanda existent*. Entre altres coses, això suposa triar una feina que s'adapti a les seves capacitats i qualificar-se a fons a fi de tenir possibilitats de competir amb èxit, primerament en l'accés a l'ocupació i després en la carrera professional (consolidació del lloc de treball, posteriors ascensos, etc.). Per aconseguir millor aquests objectius, a vegades convindrà dissimular o negar la defi-

ciència, si això és possible, o bé exhibir-la si d'això se'n poden treure avantatges comparatius en termes de rendibilitat (menys costos per a l'empresari) o de productivitat (per exemple, més eficiència de sords o cecs en determinades feines).

- Dels agents que influeixen en la inserció laboral de les persones amb discapacitat, la posició competitiva destaca la importància *dels empresaris*, en tant que activadors principals de la vida econòmica i, concretament, del mercat de treball. Al voltant de les empreses, els altres agents bàsics de la societat són les *famílies* i l'*Estat*. La funció de les famílies és assegurar la reproducció i el suport mutu entre els seus membres, mentre que l'Estat té com a missió principal establir les regles de joc de la convivència, i assegurar el funcionament de les empreses i de les famílies. A més, subsidiàriament, l'administració pública ha de posar fre a les fallides que es produeixen en la vida laboral i familiar, i emparar els qui es queden fora d'aquestes institucions (bàsicament els aturats i els orfes) i reprimir mitjançant el sistema policial i judicial els qui no respecten les regles del joc o competeixen de manera deslleial. En aquest punt, la diferència respecte a l'actitud anterior té a veure amb l'objectiu que persegueix l'acció de l'administració: mentre que en el primer cas es tractava d'integrar en la normalitat (única) els qui no l'havien aconseguit perquè hi tenien *dret*; aquí es pretén tractar diferencialment a cadascú i segregar de manera ordenada els qui es queden fora de la competència.

D. Posició alternativa: la inserció com a reconstrucció social

- Aquesta posició entén la discapacitat com un *efecte particular de la dinàmica d'exclusió que seria inherent a la societat actual*. La discapacitat no és tant una característica de l'individu com una forma d'interacció negativa entre un cert tipus de persones i el context social (hi ha característiques individuals sobre les quals es construeixen percepcions socials). Per això, aquesta posició parteix d'una crítica de l'estil de vida «normalitzat», el qual és considerat com a punt d'origen de l'exclusió que pateixen determinats col·lectius, entre els quals es troben les persones amb discapacitats.

- La inserció laboral de les persones amb discapacitat no és una cosa que només les afecti a elles sinó també a moltes altres i, per això, cal abordar-la mitjançant un procés d'emancipació personal i col·lectiu alhora, a partir d'uns valors alternatius als establerts. Concretament, la forma d'inserció ideal en el mercat de treball seria una ocupació on tots els empleats participessin activament en la gestió de les seves empreses i els objectius no fossin purament productivistes sinó orientats per consideracions d'interès social. D'altra banda, hi hauria una revalorització de les formes de treball no monetàries (feines domèstiques, treball social comunitari...), la qual cosa afavoriria un repartiment equilibrat entre els sexes dels diversos usos del temps.

- Pel que fa als diversos agents relacionats amb la inserció social de les persones amb discapacitat, per a aquesta posició ideològica el centre de gravetat l'haurien de constituir *els mateixos afectats*.

Des de les quatre posicions descrites es reconeix la discriminació social i laboral de les persones amb discapacitats en la societat espanyola. Això no obstant, al *fatalisme* de la posició tradicional, que assumeix les desigualtats com a definitives i busca sortides que cronifiquen el subjecte en un marc de reclusió, s'hi oposa l'*optimisme* de la posició clientelar, que considera superable la discriminació sempre que el subjecte afectat disposi dels recursos i suports tècnics necessaris. En direcció contrària, la posició competitiva entén que les polítiques proteccionistes de mà d'obra contribueixen a frenar la iniciativa dels agents econòmics i els impedeix trobar el punt d'equilibri que beneficiï més a tots dos. Pel que fa a la posició alternativa, les desigualtats al mercat de treball remetent a problemes bàsics de l'estructura social, que anteposa la rendibilitat econòmica a la qualitat de vida de tots els ciutadans. Aquestes diverses posicions al voltant de les discapacitats es presenten, a la pràctica, barrejades entre si i configuren diferents estratègies i línies d'intervenció, amb els conseqüents efectes d'inclusió i exclusió social i laboral.

IX. Balanç

L'última *Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències*, aplicada el 1999 a una mostra de 79.000 llars, estima en 3,5 milions (9% de la població espanyola) el nombre de persones amb discapacitats. La xifra és molt inferior a la registrada el 1986 per l'anterior enquesta d'àmbit estatal (5,7 milions), però això no és degut al fet que hagin disminuït els subjectes afectats, sinó a la utilització de criteris més restrictius alhora de definir la discapacitat. De fet, si la comparació s'estableix entre aquelles discapacitats que s'han aplicat amb els mateixos criteris, l'increment és superior al 40%. En tot cas, es tracta d'un dels col·lectius quantitativament més importants, als quals es dirigeix la política social en els seus diversos vessants (sanitari, educatiu, laboral i assistencial).

A continuació resumim alguns dels resultats més destacats del present estudi, bo i seguint en general l'ordre dels temes tractats.

9.1. La població amb discapacitats a Espanya

La majoria de les discapacitats tenen el seu origen en les *malalties* que es contrauen al llarg de la vida, la qual cosa explica que el seu nombre augmenti amb l'edat: menys del 2% abans dels 16 anys, 5% en l'edat laboral (16-64 anys) i 32% durant la vellesa. La segona causa té a veure amb els

problemes que es presenten en els primers anys de vida, ja sigui per *trastorns congènits o durant l'embaràs o el part*, circumstàncies que expliquen la cinquena part de les discapacitats abans dels 65 anys. En tercer lloc, hi ha els *accidents domèstics, laborals i de trànsit*, que originen el 15% de les deficiències abans de l'edat de jubilació.

En comparació amb altres països de la Unió Europea, Espanya presenta una xifra de persones amb discapacitats per sota de la mitjana, i tan sols n'hi ha una proporció més petita a Itàlia i Grècia (Panel de Llars d'EUROSTAT de 1996). Això no obstant, el nostre país és el que registra una acceleració més gran de casos de discapacitat a mesura que avança l'edat: abans dels 30 anys les persones afectades a Espanya són tres vegades menys que la mitjana comunitària, mentre que s'acosten a poc a poc i sobrepassen aquesta mitjana a partir dels 60 anys. Tenint en compte que les principals causes de discapacitat són les malalties i els accidents, es pot deduir que *les condicions de vida i de treball a Espanya són més nocives per a la salut i produeixen més accidents greus que a la resta de la Unió*, fet que en part queda confirmat per les estadístiques internacionals: Espanya ocupa la primera posició en sinistralitat laboral i un dels llocs més alts en accidents de trànsit; és un dels països que gasten menys en salut per habitant i on la població té, després de Portugal, una percepció més negativa de la seva pròpia salut, la qual cosa no impedeix que sigui el segon principal consumidor de tabac, després de Grècia.

En conjunt, *les dones estan més afectades per discapacitats que els homes*, si bé això es produeix amb un ritme variable segons l'edat: fins als 50 anys, la taxa masculina de discapacitats és més gran, en part pel fet que pateixen cinc vegades més sinistres laborals i el doble d'accidents de trànsit que les dones; en canvi, a partir dels 50 anys, la taxa femenina sobrepassa la masculina com a efecte combinat de la seva més gran morbiditat (tendeixen a contraure més malalties discapacitants) i més baixa mortalitat (esperança de vida 7 anys superior a la dels homes).

Les discapacitats *afecten amb més intensitat les famílies amb baixos ingressos* pel fet que pateixen unes condicions ambientals menys saludables

i riscos més grans de contraure malalties i patir accidents. A més, les seves possibilitats de rehabilitació són més petites, ja que no disposen de prou recursos econòmics.

La *prevalença de discapacitats per comunitats autònomes i províncies* presenta un alt grau de correlació amb dos factors: l'*índex de vellesa* (proporció de persones amb 65 i més anys) i la *renda familiar per càpita*. Amb algunes excepcions, es compleixen aquestes dues proposicions: com més nombre de persones grans, la prevalença augmenta; i com més renda, disminueix.

Dins del concepte de discapacitat, s'hi inclouen 36 limitacions diverses, que afecten poc o molt les facultats habituals per desempallegar-se en la vida diària. Les més freqüents són les que tenen el seu origen en *deficiències físiques*, que afecten fonamentalment l'esquelet, el sistema nerviós i les vísceres (representen aproximadament la meitat del total de discapacitats); en segon lloc, les *deficiències sensorials*, que afecten la vista, l'oïda i la parla (un terç de les discapacitats); i, en tercer lloc, les *deficiències psíquiques*, que inclouen el retard mental, les demències i altres trastorns psicològics (16% de les discapacitats).

En la majoria dels casos, *les discapacitats representen limitacions parcials que no tenen per què impedir una inserció social normalitzada*. El fet que les persones afectades registrin una mitjana de sis limitacions vol dir que poden exercir normalment –també com a mitjana– les trenta facultats restants. D'altra banda, només una quarta part de les discapacitats comporten una total anul·lació de la funció corresponent (no veure-hi gens, no sentir-hi gens, no tenir cap capacitat de relacionar-se amb els altres...); en els altres casos, es tracta de limitacions de grau per poder realitzar la corresponent funció. Però fins i tot quan la discapacitat és total, això no significa que el subjecte no pugui suplir o compensar la seva limitació mitjançant l'ús d'altres facultats i amb les ajudes externes oportunes.

9.2. Principals vies d'inserció en edat laboral

El present estudi ha centrat el seu interès en les persones amb discapacitats en edat laboral (16-64 anys), que sumen 1,3 milions i suposen el 5% de la població total d'Espanya en aquest tram d'edat. D'aquestes persones, el 14% (110.000 homes i 80.000 dones) es consideren en l'enquesta de 1999 «*incapacidades per treballar*», una proporció que varia molt segons el tipus i grau de discapacitat. Això no obstant, únicament té *feina remunerada* el 24%, mentre que el 62% restant pertany a les categories d'*aturades* i *inactives* amb capacitat de treballar. Aquesta exclusió de l'àmbit laboral és molt més gran en el cas de les dones (15,8% ocupades), que es bolquen en les *feines de la llar com a ocupació principal* (52%), activitat que només exerceix habitualment un 3% dels homes.

Gairebé la meitat de les persones amb discapacitats que estan en edat laboral perceben *pensions*, ja siguin contributives (majoria homes), no contributives (majoria dones) o de prejubilació (majoria homes). En el primer cas poden exercir una feina, al mateix temps que perceben la pensió, cosa que de fet fa un de cada deu; en el segon cas (pensions no contributives), no poden treballar mentre es beneficien de l'ajuda, però sí buscar feina, cosa que fa el 4%; en el tercer cas, la prejubilació implica l'abandó definitiu de l'activitat laboral. En conjunt, *les pensions constitueixen a Espanya el sistema d'inserció més freqüent i característic del col·lectiu estudiat*, sobretot en el cas dels homes, i en el context de la Unió Europea és un dels països amb una cobertura més gran d'aquest tipus de prestacions en el tram d'edat laboral, només per darrere de Dinamarca.

Dels qui tenien feina remunerada abans que els sobrevingués la discapacitat, *més de la meitat la va abandonar per aquest motiu* (unes 320.000 persones), amb la qual cosa van passar a engrossir les llistes de pensionistes i aturats. Entre les persones que van conservar la seva feina (unes 310.000), una mica més del 10% va haver de canviar d'ocupació; la tendència més freqüent és passar de feines qualificades a d'altres de menys qualificades.

9.3. Espanya registra la taxa d'ocupació més baixa de la Unió Europea. Doble discriminació de les dones

Segons el Panel de Llars d'EUROSTAT, la proporció de persones amb discapacitat *severa* que tenen feina a Espanya és la més baixa de la Unió Europea i la segona més baixa en els casos de discapacitat *moderada*, després d'Irlanda. A més Espanya registra, juntament amb Itàlia, la discriminació més gran de gènere en l'accés a l'ocupació, amb una taxa masculina que duplica la femenina en els casos de discapacitat severa.

En comparació amb el conjunt de la població espanyola en edat laboral, la taxa d'ocupació de les persones amb discapacitats és molt inferior (23,9%) a la mitjana del país (53,4%), la qual cosa és el resultat acumulat d'unes *taxes d'inactivitat* (67,7%) i *atur* (26,1%) molt més altes entre les persones amb discapacitat. Dit d'una altra manera, del petit grup de candidats a treballar (actius), menys de tres quartes parts aconsegueix feina. Aquestes diferències amb la població general es donen tant entre els homes com entre les dones, però a partir d'una *divisió sexual del treball* molt accentuada, que s'aguditza entre les persones amb discapacitat.

La situació laboral de les persones amb discapacitats que tenen feina (215.000 homes i 105.000 dones) presenta les següents característiques:

- La distribució per *sectors d'activitat* i segons la *situació professional* (compte propi o d'altri) és semblant a la mitjana de la població ocupada espanyola: la majoria treballa per compte d'altri en el sector serveis, si bé els homes tenen també una presència destacada en la indústria, la construcció i l'agricultura. La proporció d'empresaris és més petita que a nivell de tota la població, mentre que hi ha més treballadors autònoms i assalariats. Aquests últims es troben en el sector públic de l'economia en menys proporció que la població general espanyola, fet que indica que, tot i la «reserva de places» existent en l'administració, *l'accés de les persones amb discapacitats a ocupacions del sector públic presenta més barreres que en el sector privat.*

- Les *ocupacions* més freqüents són les d'obrer qualificat (47% dels homes i 15% de les dones) i no qualificat (26% de les dones i 19% dels

homes). A continuació es troben les feines en l'hostaleria, el comerç i els serveis personals, on les dones estan molt més presents (30%) que els homes (13%). Finalment, hi ha els treballs de tipus administratiu (10%, majoria dones), els tècnics i professionals (també 10%, amb la mateixa proporció de tots dos sexes) i els directius i gerents d'empreses o de l'administració pública (5%, majoria homes). En comparació amb la distribució d'ocupacions de la població espanyola, *el grup estudiat està més present en feines que requereixen una qualificació professional més baixa (obriers no qualificats, serveis personals, hostaleria i comerç) i menys en les que exigeixen una qualificació més alta (directius, professionals i obrers qualificats).*

- Un terç de les dones assalariades i la cinquena part dels homes tenen *contracte de durada temporal*, i la proporció s'incrementa molt entre els menors de 30 anys (tres de cada quatre dones i un de cada dos homes). Els contractes temporals són més freqüents en el sector privat (33%) que en el públic (12%).

- L'enquesta de 1999 va captar també que una de cada deu dones treballava en l'*economia submergida*, és a dir, sense contracte (situació en la qual es trobaven el 2,5% dels homes).

- Una mica més d'un terç de les persones ocupades van aprofitar per accedir a la feina alguna de les fórmules existents de *treball protegit* (centres ocupacionals, centres especials de treball i llocs de treball lligats a la venda del cupó de l'ONCE), o bé les diverses *mesures de foment de l'ocupació al mercat ordinari* (quota de reserva del 2%, contractes per a la formació i en pràctiques, incentius a la contractació, feines subvencionades, serveis d'intermediació laboral, etc.). Les fórmules de treball protegit tenen més pes a Espanya (22% dels llocs de treball) que les mesures orientades a afavorir la inserció en el mercat ordinari (15% dels llocs, aproximadament). D'una manera especial, cal destacar l'escassa incidència de la «quota de reserva del 2%», establerta per llei per a les empreses amb més de 50 empleats, que només ha generat 11.500 llocs de treball (3,7% de les persones ocupades amb discapacitats).

9.4. Taxa d'atur més alta i més aturats de llarga durada

Més de la quarta part (26%) de les persones actives amb discapacitats estan en situació d'atur, que és de llarga durada (més de dos anys) en la meitat dels casos. En tots dos aspectes, el col·lectiu es troba discriminat amb relació a la població general, la taxa d'atur de la qual el 1999 era del 15,6% i només un terç de llarga durada.

Per comunitats autònomes, les taxes d'atur més elevades es produeixen a Extremadura i Andalusia, i les més baixes a les Balears i la Rioja. En estreta correspondència amb el que passa en el conjunt de la població espanyola, la manca de feina afecta també més els joves i les dones.

Entre els mètodes utilitzats per buscar feina, el més habitual és la inscripció a les oficines de l'INEM, seguit de la presentació personal a les empreses i dels contactes i relacions personals; en molt pocs casos es busca accedir a l'ocupació mitjançant oposicions, via més utilitzada per les dones (6%) que pels homes (2%). Una de cada cinc persones en edat laboral ha assistit en el transcurs dels darrers cinc anys a algun curs de formació o reciclatge professional, però tan sols una sisena part considera que aquests cursos li van ser útils per trobar feina.

9.5. Majoria d'inactius i aturats. Per què?

Al llarg del present estudi ens hem preguntat per què és tan elevada la proporció de persones amb discapacitats en edat de treballar que no tenen feina (76% del total, arribant al 82% en el tram de 50 a 64 anys). Deixant de banda aquells casos en què no es té capacitat legal o funcional per exercir cap treball (els «prejubilats» i els «incapacitats» per a qualsevol tipus d'activitat, en tots dos casos la majoria homes) i s'ha optat per dedicar-se exclusivament a les feines domèstiques (gairebé només dones) o estan estudiant, *les principals raons adduïdes per no accedir al mercat laboral* les recollim en el quadre 9.1.

RAONS PER NO ACCEDIR AL MERCAT LABORAL

<p>Persones «inactives» que podrien treballar</p>	<p>Persones que es troben a l'atur</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estar percebent una pensió d'invalidesa contributiva o no contributiva</i> (189.000 i 120.000 persones, 34% de les inactives). En el primer cas, la legislació vigent permet (mitjançant una formulació ambigua) accedir a l'ocupació al mateix temps que es cobra la pensió, com de fet fa un sector minoritari, però el més habitual és no treballar i viure de la pensió, sense que sapiguem amb seguretat en quants casos això és degut a una opció personal o al fet d'haver-se desanimat de buscar feina. Pel que fa als perceptors de pensions no contributives, haurien de buscar feina –excepte els casos d'incapacitat absoluta–, cosa que només fa el 4% d'ells (potser, en molts casos, perquè la percepció mensual d'una pensió, encara que sigui baixa, els dona més seguretat que una ocupació precària que implicaria deixar de percebre la pensió). • <i>Haver-se desanimat de buscar feina</i> (215.000 persones, 23% de les inactives). La majoria d'aquestes persones consideren expressament que «a causa de la seva discapacitat, seria molt difícil trobar feina». En altres casos s'han desanimat després d'una recerca infructuosa, o bé no saben on buscar una ocupació adequada a les seves condicions. Constitueixen el sector amb una problemàtica més clara de discriminació laboral: poden i volen treballar, però ja ni tan sols busquen feina activament perquè consideren que és pràcticament impossible aconseguir-ne. En la majoria dels casos n'atribueixen la causa a la seva discapacitat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gairebé un terç (31,3%) creu que trobar feina és molt difícil per a tothom, sobretot si són joves, dones, no tenen estudis o viuen en regions amb una elevada taxa d'atur, com Andalusia i Extremadura. • En una proporció lleugerament inferior (26,6%) es considera que la principal barrera per accedir a una feina és precisament «<i>ser discapacitat</i>». El problema, en aquest cas, és la limitació o estigma social que produeix la discapacitat, que s'accentua en els casos més severos. • El <i>baix nivell d'estudis</i> és la causa principal de no trobar feina per al 7,1%. Això no obstant, l'anàlisi de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el nivell acadèmic demostra que <i>la inserció laboral de les persones analfabetes o sense estudis és tres vegades més petita que la dels qui tenen estudis superiors a Primària</i>. En aquest sentit, tot i que la formació de les persones amb discapacitat ha millorat respecte al passat, cal constatar que, segons el Panel de Llars d'EUROSTAT, el nivell d'estudis del col·lectiu a Espanya és el més baix dels països de la Unió Europea, després de Portugal. • Finalment, menys del 5% de les persones a l'atur amb discapacitats atribueixen la seva situació a la <i>manca d'experiència laboral</i>. Com és lògic, són els joves de tots dos sexes i les dones que no han treballat abans, els dos grups que més recorren a aquest argument.

9.6. Principals institucions amb incidència en el camp de les discapacitats. Algunes propostes

De les institucions que poden influir més –de manera positiva o negativa– en la inserció laboral de la població amb discapacitats, n’hem destacat, en primer lloc, la *família*, principal medidora entre els subjectes amb limitacions i el context social més ampli. Tant si es tracta de casos congènits o sobrevinguts, els itineraris individuals es desenvolupen gairebé sempre amb relació a un medi familiar, fins al punt que l’abordatge de la discapacitat es converteix en un *assumpte de família*, la qual cosa dóna lloc a diverses estratègies que depenen de les circumstàncies de cada cas (sexe, edat i estat civil, nivell socioeconòmic de la llar, mentalitat dels seus membres, etc.).

Les famílies es fan càrrec d’una part de les despeses que origina el tractament de la discapacitat i, quan el pacient necessita l’assistència d’una altra persona per cobrir les seves necessitats bàsiques, són els mateixos parents, sobretot del sexe femení (mares, esposes, germanes, filles), les qui presten l’ajuda en més del 80% dels casos.

Davant d’aquestes consideracions, a més de reconèixer el paper de la família com un recurs social de primer ordre per a la inserció social i laboral, cal assenyalar la importància de les polítiques de suport a aquelles famílies que tenen entre els seus membres persones amb discapacitat (assessorament professional, ajudes específiques, prestacions econòmiques, etc.). Així mateix, és important promoure una política general d’usos del temps més equilibrada entre els sexes, de manera que tant els homes com les dones participin en les feines i atencions domèstiques.

El *mercado de treball* és la segona institució a la qual ens hem referit. En general, la seva evolució durant les darreres dècades s’ha caracteritzat per un increment de la competitivitat i la segmentació entre els treballadors, que tendeix a marcar les diferències entre els candidats més i menys capacitats. Aquest últim sector ha augmentat des de mitjan anys vuitanta, com ho testimonia el creixement combinat de l’atur i la contractació temporal,

fins a arribar a representar el 33,6% de la població activa el 2002. En aquest context cal situar-hi les altes taxes d'inactivitat, desocupació i atur de llarga durada entre les persones amb discapacitat, així com la seva major dificultat per accedir al mercat ordinari de treball en condicions d'estabilitat i promoció professional.

Convé tenir en compte que els discursos i les polítiques sobre la inserció social i laboral de les persones amb discapacitats no es poden plantejar al marge de les condicions del mercat de treball; més aviat, cal considerar el disseny d'una política laboral que faciliti a tots els sectors de la societat –incloent-hi els més fràgils– l'exercici del dret a un treball digne com l'eix vertebrador de qualsevol estratègia d'inserció social i laboral.

La *política social* dirigida a les persones amb discapacitats manté una posició ambivalent entre l'enfocament normalitzador, descentralitzador i participatiu, que ha experimentat un gran avanç en les últimes dècades, i una pràctica etiquetadora heretada del passat, en la qual el paper actiu correspon a l'administració i el passiu a la persona amb deficiències. L'inici d'aquesta relació s'estableix mitjançant un *certificat de minusvalidesa*, al qual accedeixen tan sols una tercera part de les persones en edat laboral amb discapacitats (41% els homes, 29% les dones), que té generalment caràcter estable, acostuma a conferir identitat social als subjectes i els fa dependents de les prestacions corresponents (especialment de les pensions).

Seguint les orientacions més recents en el camp de les discapacitats, especialment la Classificació Internacional del Funcionament de la salut, caldria orientar les polítiques específiques a *evitar les barreres i restriccions a la participació social de les persones amb discapacitats, en termes d'igualtat amb la resta dels ciutadans*. Això implica fomentar les anomenades *polítiques actives* a fi d'aconseguir una integració social satisfactòria, des de la clau que les limitacions corporals i funcionals no han de ser considerades una *anormalitat*, sinó més aviat una *diferència* que no necessàriament ha d'impedir una inclusió social normalitzada. Les polítiques socials s'haurien d'orientar, en aquest cas, a corregir les barreres, els prejudicis i altres factors que tenen com a efecte dificultar o impedir la seva inserció social en termes d'igualtat.

Finalment, hem fet referència a les *associacions del sector*, en les quals participa el 7,5% de la població amb discapacitats, la qual cosa relativitza la importància de l'associacionisme com un recurs específic per a la inserció social i laboral del col·lectiu. Tot i això, les activitats i serveis de les associacions constitueixen un factor important d'integració social per als seus afiliats i usuaris, si bé el grau d'implicació i participació varia molt d'uns casos a uns altres, fet que dóna lloc a diversos models pràctics d'associacionisme amb efectes socials diferents.

La *no afiliació de la majoria* pot ser deguda a una opció manifesta de no participar en les associacions del sector, o bé a causa de la manca d'informació i contactes. En aquest darrer cas, seria convenient ampliar les vies de connexió amb les associacions, de manera que aquestes poguessin arribar a tots els interessats. En el primer cas, l'opció de no participar pot respondre al desig d'evitar entrar en el cercle dels designats socialment com a «minusvàlids» i preferir, per contra, utilitzar els mitjans i vies de participació de la població general.

ANNEX ESTADÍSTIC

Taula 1.1

DISTRIBUCIÓ DE LA POBLACIÓ ESPANYOLA I DE LES PERSONES AMB DISCAPACITATS PER EDAT I SEXE. 1999

I. Població espanyola

Edat	Homes	Dones	Total
Fins a 5 anys	1.138.577	1.070.927	2.209.504
6-15 anys	2.156.169	2.035.917	4.192.086
16-29 anys	4.459.433	4.281.276	8.740.708
30-49 anys	5.717.245	5.682.748	11.399.993
50-64 anys	3.048.260	3.221.937	6.270.198
65 anys i més	2.709.805	3.724.717	6.434.523
Total	19.229.489	20.017.522	39.247.010

II. Persones amb discapacitats

Edat	Homes	Dones	Total
Fins a 5 anys	5.286	5.023	10.309
6-15 anys	36.060	32.224	68.284
16-29 anys	113.021	68.592	181.613
30-49 anys	252.016	220.941	472.957
50-64 anys	313.341	369.798	683.138
65 anys i més	733.809	1.338.843	2.072.652
Total	1.453.532	2.035.420	3.488.953

III. Percentatge de persones amb discapacitats

Edat	Homes	Dones	Total
Fins a 5 anys	0,5	0,5	0,5
6-15 anys	1,7	1,6	1,6
16-29 anys	2,5	1,6	2,1
30-49 anys	4,4	3,9	4,1
50-64 anys	10,3	11,5	10,9
65 anys i més	27,1	35,9	32,2
Total	7,6	10,2	8,9

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Taula 1.2

TIPUS DE DISCAPACITAT QUE AFECTEN LA POBLACIÓ ESPANYOLA

Nombre de persones afectades i percentatge sobre la població espanyola

Tipus (*) Discapacitat	Totals			Percentatges		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
<i>Veure-hi</i>						
Rebre imatges	22.753	36.789	59.541	0,1	0,2	0,2
Tasques visuals de conjunt	221.600	309.621	531.220	1,2	1,5	1,4
Tasques visuals de detall	236.946	388.440	625.386	1,2	1,9	1,6
D'altres de la visió	114.279	161.117	275.396	0,6	0,8	0,7
<i>Sentir-hi</i>						
Rebre qualsevol so	48.756	53.639	102.395	0,3	0,3	0,3
Sentir sons forts	100.967	129.769	230.736	0,5	0,6	0,6
Per sentir la parla	353.756	461.882	815.638	1,8	2,3	2,1
<i>Comunicar-se</i>						
Parlar	90.560	82.889	173.449	0,5	0,4	0,4
Llenguatges alternatius	43.054	45.589	88.643	0,2	0,2	0,2
Gestos no signats	32.744	37.023	69.767	0,2	0,2	0,2
Lectoescritura convencional	183.533	231.447	414.980	1,0	1,2	1,1
<i>Aprendre i desenvolupar tasques</i>						
Reconèixer i orientar-se	91.620	143.581	235.201	0,5	0,7	0,6
Recordar informacions	158.521	268.257	426.778	0,8	1,3	1,1
Entendre ordres senzilles	74.698	117.301	191.999	0,4	0,6	0,5
Entendre ordres complexos	172.966	221.604	394.570	0,9	1,1	1,0
<i>Desplaçar-se</i>						
Controlar posicions del cos	246.905	433.452	680.357	1,3	2,2	1,7
Aixecar-se, estirar-se, estar dret	362.523	654.917	1.017.440	1,9	3,3	2,6
Desplaçar-se dins la llar	261.727	500.794	762.521	1,4	2,5	1,9
<i>Utilitzar braços i mans</i>						
Moure objectes no pesants	315.524	564.964	880.488	1,6	2,8	2,2
Estris i eines	284.787	396.732	681.519	1,5	2,0	1,7
Manipular objectes petits	236.122	345.549	581.671	1,2	1,7	1,5
<i>Desplaçar-se fora de casa</i>						
Moure's sense mitjà de transport	534.482	995.611	1.530.093	2,8	5,0	3,9
Utilitzar transports públics	574.328	1.092.261	1.666.589	3,0	5,5	4,2
Conduir vehicle	434.573	492.469	927.043	2,3	2,5	2,4

Taula 1.2 (cont.)

Tipus (*) Discapacitat	Totals			Percentatges		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
<i>Tenir cura de si mateix</i>						
Rentar-se sol	256.670	422.502	679.173	1,3	2,1	1,7
Fer servir el lavabo sol	124.413	207.913	332.326	0,6	1,0	0,8
Vestir-se, arreglar-se	236.698	349.000	585.698	1,2	1,7	1,5
Menjar i beure	85.236	130.227	215.463	0,4	0,7	0,5
<i>Dur a terme les feines de la llar</i>						
Compra i subministraments	380.572	826.594	1.207.166	2,0	4,1	3,1
Menjars	292.457	540.941	833.397	1,5	2,7	2,1
Rentar i planxar	324.011	692.717	1.016.727	1,7	3,5	2,6
Neteja de la casa	355.342	898.519	1.253.861	1,8	4,5	3,2
Benestar de la família	285.168	529.226	814.394	1,5	2,6	2,1
<i>Relació amb altres persones</i>						
Relacions d'afecte amb familiars	64.544	80.949	145.493	0,3	0,4	0,4
Mantenir amistat	175.659	217.657	393.316	0,9	1,1	1,0
Relació amb companys de feina	223.930	313.036	536.967	1,2	1,6	1,4

(*) Una mateixa persona pot formar part de més d'una categoria.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Taula 1.3

DEFICIÈNCIES QUE HAN ORIGINAT LES DISCAPACITATS (EN PERSONES DE 16 A 64 ANYS)

Taxes per 1.000 habitants de la població espanyola

	Persones amb discapacitats			Taxa per 1.000 habitants		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
<i>Deficiències ^(*)</i>						
Mentals	153.934	104.763	258.696	11,6	7,9	9,8
Visuals	126.285	126.903	253.188	9,5	9,6	9,6
Deficiències de l'oïda	137.259	132.764	270.023	10,4	10,1	10,2
Del llenguatge, parla i veu	10.630	5.431	16.060	0,8	0,4	0,6
Deficiències osteoarticulars	233.416	324.653	558.069	17,6	24,6	21,1
Deficiències del sistema nerviós	69.525	60.726	130.251	5,3	4,6	4,9
Deficiències viscerals	59.718	59.270	118.989	4,5	4,5	4,5
Altres deficiències	17.544	27.429	44.973	1,3	2,1	1,7
Total	808.310	841.939	1.650.249	61,1	63,9	62,5
<i>Grans grups de deficiències ^(*)</i>						
Deficiències psíquiques	153.934	104.763	258.696	11,6	7,9	9,8
Deficiències sensorials	274.173	265.098	539.271	20,7	20,1	20,4
Deficiències físiques	362.659	444.649	807.308	27,4	33,7	30,6
Altres deficiències	17.544	27.429	44.973	1,3	2,1	1,7
Total	808.310	841.939	1.650.249	61,1	63,9	62,5

(*) La unitat de recompte són les deficiències, no les persones.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Taula 1.4

POBLACIÓ AMB DISCAPACITAT SEVERA O MODERADA ALS PAÏSOS DE LA UNIÓ EUROPEA (EDAT DE 16 A 64 ANYS)

Percentatge amb relació a la població total

País	Homes		Dones		Tots dos sexes	
	Severa	Moderada	Severa	Moderada	Severa	Moderada
Bèlgica	5,5	7,9	4,2	8,7	4,6	8,3
Dinamarca	4,6	10,1	4,8	15,4	4,7	12,7
Alemanya	5,2	12,4	4,0	12,9	4,6	12,7
Grècia	3,5	4,2	3,2	5,5	3,3	4,9
Espanya	3,6	6,2	3,0	7,0	3,3	6,6
França	6,0	8,8	6,0	9,8	6,0	9,3
Irlanda	2,7	8,1	2,2	8,8	2,5	8,4
Itàlia	2,1	5,4	2,4	5,7	2,3	5,5
Luxemburg	4,6	12,9	4,1	11,4	4,3	12,1
Holanda	4,7	11,4	6,8	14,0	5,8	12,7
Àustria	3,1	10,1	3,4	8,5	3,2	9,3
Portugal	6,7	9,9	8,2	11,9	7,5	10,9
Finlàndia	6,7	15,0	5,8	18,4	6,2	16,7
Regne Unit	6,4	11,6	5,1	14,5	5,7	13,2
UE-14	4,7	9,3	4,3	10,6	4,5	10,0

Font: Elaboració pròpia a partir d'EUROSTAT, *Disability and social participation in Europe*, Luxemburg, 2001.

Taula 1.15

PERCENTATGE DE POBLACIÓ AMB DISCAPACITAT ALS PAÏSOS DE LA UNIÓ EUROPEA QUE TÉ OCUPACIÓ REMUNERADA (EDAT DE 16 A 64 ANYS)

País	Homes		Dones		Tots dos sexes	
	Severa	Moderada	Severa	Moderada	Severa	Moderada
Bèlgica	20,4	54,2	15,9	22,6	18,3	36,9
Dinamarca	15,0	62,3	19,2	45,0	17,1	52,0
Alemanya	30,3	67,3	21,5	41,4	26,4	53,8
Grècia	15,9	54,2	17,5	23,8	16,7	36,3
Espanya	16,6	40,2	9,0	18,9	13,1	28,7
França	45,4	59,0	28,5	43,1	36,8	50,5
Irlanda	15,2	38,7	11,8	16,6	13,7	27,1
Itàlia	18,8	40,5	12,2	19,4	15,3	29,6
Luxemburg	35,6	49,5	20,8	29,5	28,7	40,2
Holanda	36,0	57,1	19,5	33,8	26,1	44,0
Àustria	31,9	54,5	25,3	41,7	28,4	48,6
Portugal	34,7	64,1	27,7	44,3	30,7	52,9
Finlàndia	23,0	50,8	19,9	49,1	21,6	49,8
Regne Unit	16,6	57,7	18,2	39,1	17,4	46,6
UE-14	27,9	57,6	20,5	36,7	24,3	46,2

Font: Elaboració pròpia a partir d'EUROSTAT, *Disability and social participation in Europe*, Luxemburg, 2001.

Taula 2.1

PERSONES AMB DISCAPACITATS OCUPADES PER SECTORS D'ACTIVITAT

	Total				Percentatge			
	16-29 anys	30-49 anys	50-64 anys	Total	16-29 anys	30-49 anys	50-64 anys	Total
Homes								
Agroramaderia, pesca	3.542	8.212	16.336	28.090	12,0	8,1	19,8	13,2
Indústria	6.398	19.821	16.962	43.181	21,7	19,5	20,6	20,2
Construcció	2.369	14.907	11.232	28.509	8,0	14,7	13,6	13,4
Serveis	17.213	58.503	37.797	113.514	58,3	57,7	45,9	53,2
Total	29.522	101.444	82.328	213.293	100,0	100,0	100,0	100,0
Dones								
Agroramaderia, pesca	327	2.062	4.861	7.250	2,5	4,0	12,3	6,9
Indústria	1.303	7.556	3.425	12.285	10,0	14,6	8,7	11,8
Construcció	0	171	246	417	0,0	0,3	0,6	0,4
Serveis	11.376	42.114	30.965	84.455	87,5	81,1	78,4	80,9
Total	13.007	51.903	39.496	104.406	100,0	100,0	100,0	100,0
Total tots dos sexes								
Agroramaderia, pesca	3.869	10.275	21.196	35.340	9,1	6,7	17,4	11,1
Indústria	7.701	27.377	20.387	55.466	18,1	17,9	16,7	17,5
Construcció	2.369	15.078	11.479	28.926	5,6	9,8	9,4	9,1
Serveis	28.589	100.617	68.762	197.969	67,2	65,6	56,4	62,3
Total	42.528	153.347	121.824	317.700	100,0	100,0	100,0	100,0

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Taula 2.2

RELACIÓ AMB L'ACTIVITAT DE LA POBLACIÓ AMB DISCAPACITATS (PERSONES EN EDAT LABORAL, 16-64 ANYS)

Activitat (*)	Homes			Total
	16-29 anys	30-49 anys	50-64 anys	
Totals				
Treballant	26.347	94.821	69.076	190.243
Empleat temp. absent	3.342	7.396	13.635	24.373
Aturat, sense primera feina	6.574	2.915	0	9.489
Aturat amb experiència	9.616	22.818	18.974	51.407
Incapacitat	16.752	48.719	45.914	111.386
Pensió contributiva d'invalidesa	7.673	69.621	151.989	229.283
Pensió no contributiva d'invalidesa	26.354	49.447	18.589	94.390
Jubilat	0	937	40.988	41.925
Estudiant	32.428	3.330	637	36.395
Feines de la llar	819	6.607	11.099	18.525
Voluntariat	249	686	219	1.154
Un altra situació	12.910	14.089	7.930	34.929
Percentatge sobre persones amb discapacitat de cada tram d'edat/sex				
Treballant	23,3	37,6	22,0	28,0
Empleat temp. absent	3,0	2,9	4,4	3,6
Aturat, sense primera feina	5,8	1,2	0,0	1,4
Aturat amb experiència	8,5	9,1	6,1	7,6
Incapacitat	14,8	19,3	14,7	16,4
Pensió contributiva d'invalidesa	6,8	27,6	48,5	33,8
Pensió no contributiva d'invalidesa	23,3	19,6	5,9	13,9
Jubilat	0,0	0,4	13,1	6,2
Estudiant	28,7	1,3	0,2	5,4
Feines de la llar	0,7	2,6	3,5	2,7
Voluntariat	0,2	0,3	0,1	0,2
Una altra situació	11,4	5,6	2,5	5,1

(*) Les persones poden formar part de més d'una categoria.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Dones			
16-29 anys	30-49 anys	50-64 anys	Total
12.327	46.577	32.924	91.827
680	5.489	6.573	12.742
4.534	3.969	212	8.715
6.339	23.459	13.247	43.045
10.651	33.322	34.433	78.406
1.649	28.336	65.857	95.843
13.127	40.790	50.736	104.653
0	153	16.449	16.602
19.396	5.767	1.007	26.169
11.701	106.153	224.040	341.894
229	262	712	1.203
7.771	13.613	49.517	70.901
18,0	21,1	8,9	13,9
1,0	2,5	1,8	1,9
6,6	1,8	0,1	1,3
9,2	10,6	3,6	6,5
15,5	15,1	9,3	11,9
2,4	12,8	17,8	14,5
19,1	18,5	13,7	15,9
0,0	0,1	4,4	2,5
28,3	2,6	0,3	4,0
17,1	48,0	60,6	51,9
0,3	0,1	0,2	0,2
11,3	6,2	13,4	10,8

Taula 2.3

ACTIVITAT, OCUPACIÓ I ATUR EN LES PERSONES AMB DISCAPACITATS (EDAT 16-64 ANYS)

Total de persones amb discapacitats i taxes

	Homes			Total
	16-29 anys	30-49 anys	50-64 anys	
Totals				
Ocupats	29.688	102.217	82.711	214.616
Aturats	16.190	25.733	18.974	60.896
Actius	45.878	127.950	101.684	275.512
Inactius	67.143	124.066	211.657	402.866
Taxes				
Taxa d'ocupació/Total	26,3	40,6	26,4	31,6
Taxa d'atur/Total	14,3	10,2	6,1	9,0
Taxa d'ocupació/Actius	64,7	79,9	81,3	77,9
Taxa d'atur/Actius	35,3	20,1	18,7	22,1
Taxa d'activitat	40,6	50,8	32,5	40,6
Taxa d'inactivitat	59,4	49,2	67,5	59,4

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta sobre Discapacitats i Deficiències, 1999.

Dones			
16-29 anys	30-49 anys	50-64 anys	Total
13.007	52.066	39.496	104.569
10.873	27.429	13.459	51.760
23.879	79.494	52.955	156.329
44.713	141.447	316.843	503.001
19,0	23,6	10,7	15,9
15,9	12,4	3,6	7,9
54,5	65,5	74,6	66,9
45,5	34,5	25,4	33,1
34,8	36,0	14,3	23,7
65,2	64,0	85,7	76,3

Bibliografía

- AGUADO, A. L. (1995): *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial, Madrid.
- ALBOR, J. (dir.) (1995): *Minusvalía e inserción social en la Comunidad de Madrid, Instituto para la Formación*, Madrid.
- BILBAO, A. (1997): *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*, Siglo XXI, Madrid.
- CALEIDOSCOPIA (1997): *Factores personales y sociales de la integración laboral de las personas con discapacidades*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.
- CIRES (1992): *La realidad social de España, 1990-91*, coedició de Fundació BBV, Bilbao Bizkaia Kutxa i Caja de Madrid, Bilbao.
- COLECTIVO IOÉ (1989): *Infancia moderna y desigualdad social*, monogràfic de la revista *Documentación Social*, núm. 74, Madrid.
- (1996): *Tiempo social contra reloj*. Instituto de la Mujer, Madrid.
- (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
- COLECTIVO IOÉ i CIMOP (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), Madrid.
- COMISSIÓ EUROPEA (2000): *Towards a barrier free Europe for people with disabilities*, Comunicació 284.
- CONSELL ECONÒMIC I SOCIAL (1995): *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid.

- CRUZ, P. i COBO, R. (1991): *Las mujeres españolas: lo privado y lo público*, CIS, Madrid.
- DÍAZ, M. (1985): *El asociacionismo de los minusválidos. Entre organización y movimiento social*, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- DIRECCIÓ GENERAL DE TRÀNSIT (2002): *Anuario estadístico de accidentes 2001*, Ministerio del Interior, Madrid.
- DUBAR, C. (1996): *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, París.
- DUPRÉ, D. (2001): *Les accidents du travail dans l'UE 1998-1999*, Communautés Européennes, EUROSTAT.
- EUROSTAT (1999): *Vue statistique sur l'Europe. Données 1987-1997*, Comission Européenne, Luxemburg, pàg. 38.
- (2000): *Road Traffic Deaths, a Regions. Statistical Yearbook*.
- (2001): *Disability and social participation in Europe*, European Comission, Luxemburg.
- FLAQUER, L. i SOLER, J. (1990): *Permanencia y cambio en la familia española*, CIS, Madrid.
- FOUCAULT, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*, F.C.E., Mèxic.
- FUNDACIÓ "LA CAIXA" (2001): *Anuario Social de España 2001*, Barcelona.
- FUNDACIÓ BBV (1999): *Renta nacional de España y su distribución provincial*, Bilbao.
- GARCÍA, B. (1996): *Las personas con discapacidad ante el reto de la integración laboral en Andalucía*, Instituto Andaluz de Servicios Sociales, Sevilla.
- GOFFMAN, E. (1970): *Estigma*, Amorrortu, Buenos Aires.
- GUTIÉRREZ, M. J. (1997): *Compatibilidad entre trabajo y pensiones*, COCEMFE de Castilla-La Mancha, Toledo.
- INEM (Observatori Ocupacional) (1997): *Formación y mercado laboral de los minusválidos*, Instituto Nacional de Empleo, Madrid.
- INSERSO/CIS (1996): *Las personas mayores en España. Perfiles, reciprocidad familiar*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.
- INSTITUT NACIONAL D'ESTADÍSTICA (2001): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología*, Madrid.
- (2002): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados detallados*, Madrid.

- INSTITUT NACIONAL DE SERVEIS SOCIALS (1976): *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, 1997-2002*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- INSTITUT NACIONAL DEL CONSUM (2002): *Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados España 2001*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- JIMÉNEZ, A. i CASADO, D. (2001): «Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad», en *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, núm. 50, Madrid.
- LÓPEZ, G. i ORTÚN, V. (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*, Ed. Encuentro, Madrid.
- MINISTERI DE SANITAT I CONSUM (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- (1999): *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- MINISTERIO DE TRABALL I AFERS SOCIALS (2002): *Accidentes de trabajo*, Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, Madrid.
- MORENO, E. i VALERA, S. (1992): *Actitud de l'Empresa Privada davant la integració laboral de persones amb disminució*, Institut Municipal de Disminuïts, Barcelona.
- MUÑOZ, S. i DE LORENZO, R. (dir.) (1996): *Código europeo de las minusvalías*, Escuela Libre Editorial, Madrid.
- ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT (2001): *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- REIAL PATRONAT DE PREVENCIÓ I D'ATENCIÓ A PERSONES AMB MINUSVALIDESA (diversos anys): *Acceso de las Personas con Discapacidad al Empleo Público*, Real Patronato, Madrid.
- SECRETARIA DE SERVEIS SOCIALS (1994): *Necesidades sociales de las personas con minusvalía física en Álava*, Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, Vitòria.
- SORIA, R. J. (1995): *La percepción que tienen los empresarios de los discapacitados psíquicos como trabajadores*, Fundación ANDE, Madrid.