

**Colección Estudios Sociales**

Núm. 33

# Discapacidades e inclusión social

---

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



**Obra Social "la Caixa"**





**OBRA SOCIAL. EL ALMA DE "LA CAIXA".**



**Colección Estudios Sociales**

Núm. 33

## **Discapacidades e inclusión social**

---

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



**Edición** Obra Social "la Caixa"

---

Órganos de gobierno de la Obra Social "la Caixa"

---

COMISIÓN DE OBRAS SOCIALES

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

---

PATRONATO DE LA FUNDACIÓN "LA CAIXA"

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

---

**Publicación** Discapacidades e inclusión social

**Concepción y producción** Obra Social "la Caixa"

---

## **Publicación**

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

Coordinación de la edición:

Área de Becas y Estudios Sociales

© del texto, sus autores

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

Av. Diagonal, 621 - 08028 Barcelona

ISBN: 978-84-9900-054-1

D.L.: B-242/2012

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

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

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

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

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



# Índice

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

---

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

---

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

---

<b>Bibliografía</b>	201
---------------------	-----

---

<b>Índice de tablas, gráficos y mapas</b>	206
---	-----

---



# Presentación

---

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

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

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

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

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

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

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

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

**Jaime Lanaspá Gatnau**

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

Barcelona, enero 2012

# Introducción

---

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

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

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

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

## Diversos enfoques para abordar la discapacidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## La última macroencuesta sobre discapacidades. Apunte metodológico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Estructura del estudio

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

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

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

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

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

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

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

# I. Extensión y características de las discapacidades en España

---

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

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

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

## 1.1. Tipos de discapacidad

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

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

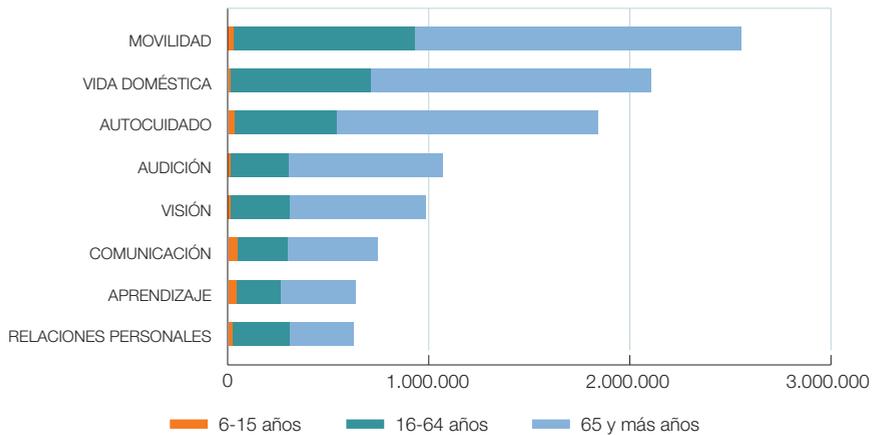
La clasificación de la encuesta de 2008 es parecida a la utilizada en 1999, lo que permite comparar la evolución de su prevalencia en la última década. Los diez grandes capítulos de 1999 se convierten en ocho en 2008, debido a que en este último año se agrupan los tres relacionados con la movilidad de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

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

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

GRÁFICO 1.1

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



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

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

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

## 1. Limitaciones de visión

---

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

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

---

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

---

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

## 2. Limitaciones de audición

---

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

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

---

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

---

## 3. Limitaciones de comunicación

---

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

---

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

---

## 4. Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas

---

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

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

---

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

---

## 5. Movilidad

---

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

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

---

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

---

## 6. Autocuidado

---

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

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

---

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

---

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

---

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

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

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

---

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

---

## 8. Interacciones y relaciones personales

---

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

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

---

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

---

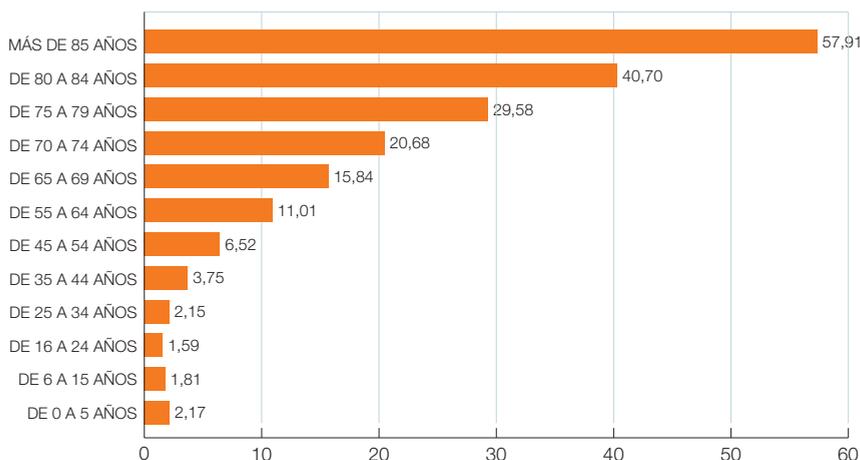
## 1.2. Prevalencia por tramos de edad y por sexos

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

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

GRÁFICO 1.2

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



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

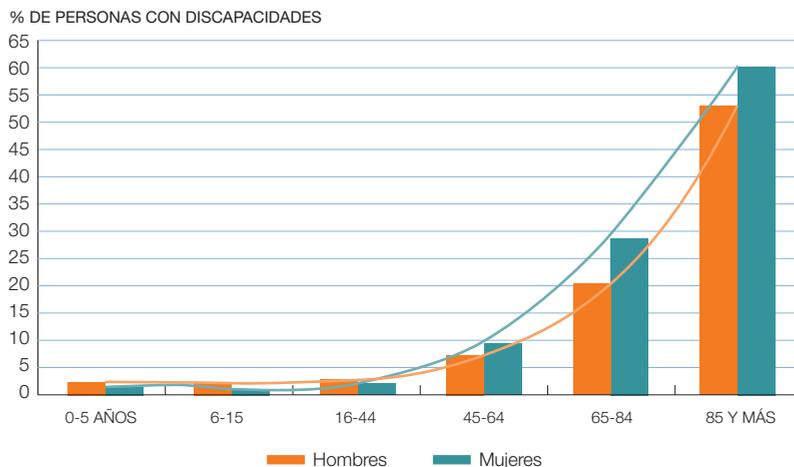
Por sexos, las mujeres con discapacidad (2,3 millones) son muchas más que los hombres (1,5 millones), lo que da lugar a unas tasas de prevalencia sensiblemente diferentes: del 9,9 y 6,8% respectivamente. Como observamos en el gráfico 1.3, la proporción por sexos de personas con discapacidades se incrementa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

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

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

GRÁFICO 1.3

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



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

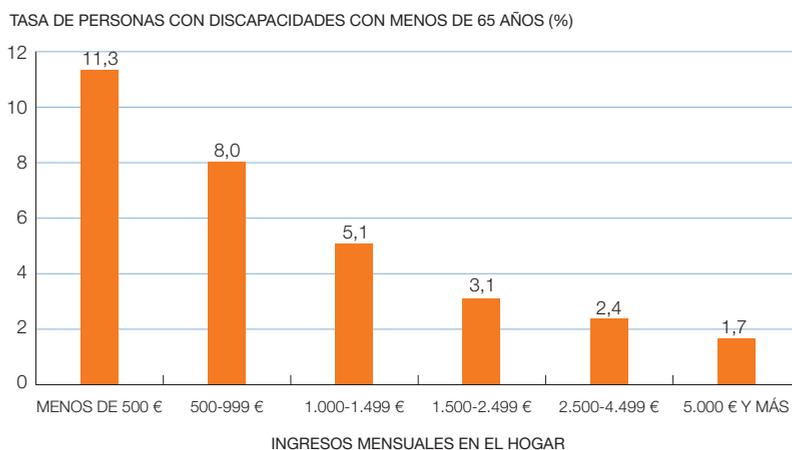
### 1.3. Las discapacidades se concentran en los hogares pobres

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

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

GRÁFICO 1.4

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



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

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

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

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

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

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

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

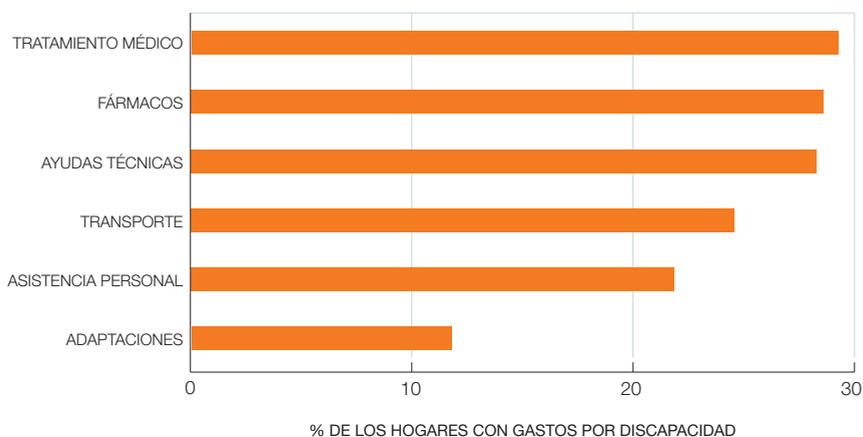
#### **1.4. Gastos extraordinarios debidos a la discapacidad y principales fuentes de ingresos. Nuevas prestaciones de la Ley de Dependencia**

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

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

GRÁFICO 1.5

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



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

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

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

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

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

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

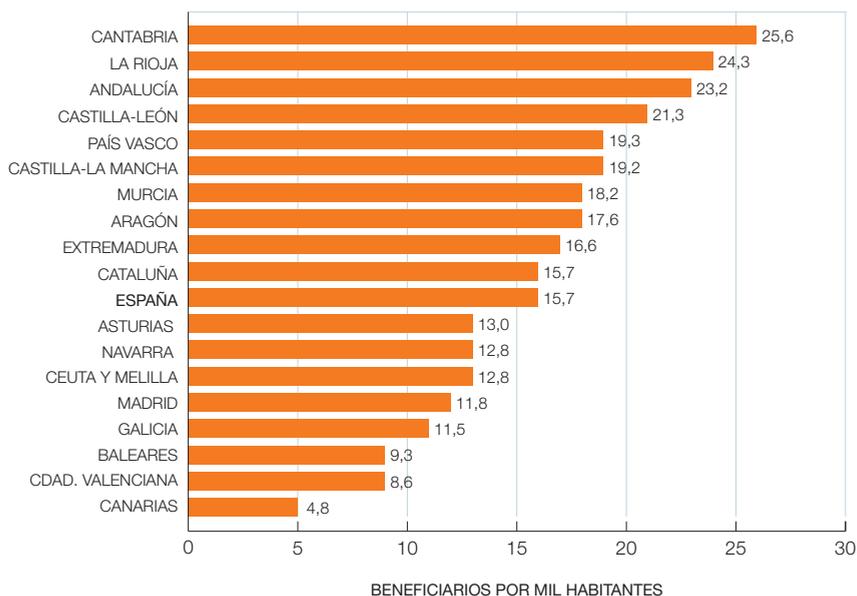
personas), la teleasistencia (118.000), la ayuda a domicilio (117.000) y los centros de día/noche (55.000). A su vez, la mayoría de las prestaciones económicas corresponde a cuidados familiares proporcionados por los parientes de la persona en situación de dependencia (el 93,5% mujeres). El criterio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

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

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

GRÁFICO 1.6

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



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

### 1.5. Diferencias según el tamaño del municipio

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

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

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

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

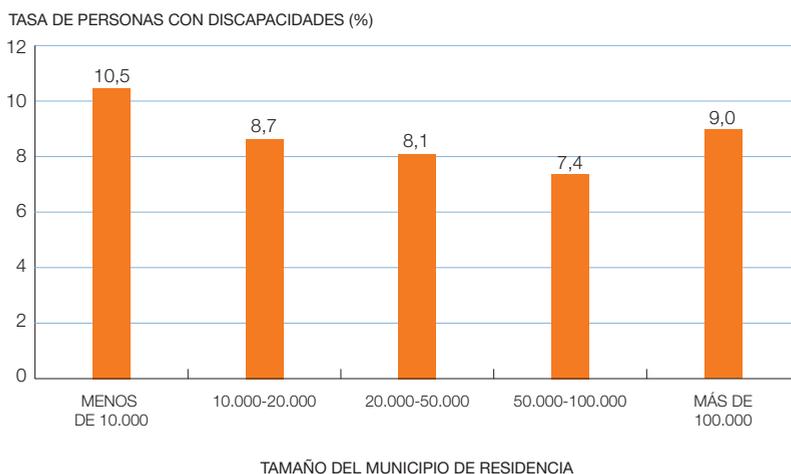
Estas diferencias en función del hábitat también se constataron en la encuesta de 1999 y, como entonces, se puede plantear una explicación complementaria de tipo medioambiental para el caso de las grandes ciudades, sobre todo para las metrópolis superpobladas de Madrid y Barcelona: la mayor propensión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

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

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

GRÁFICO 1.7

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



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

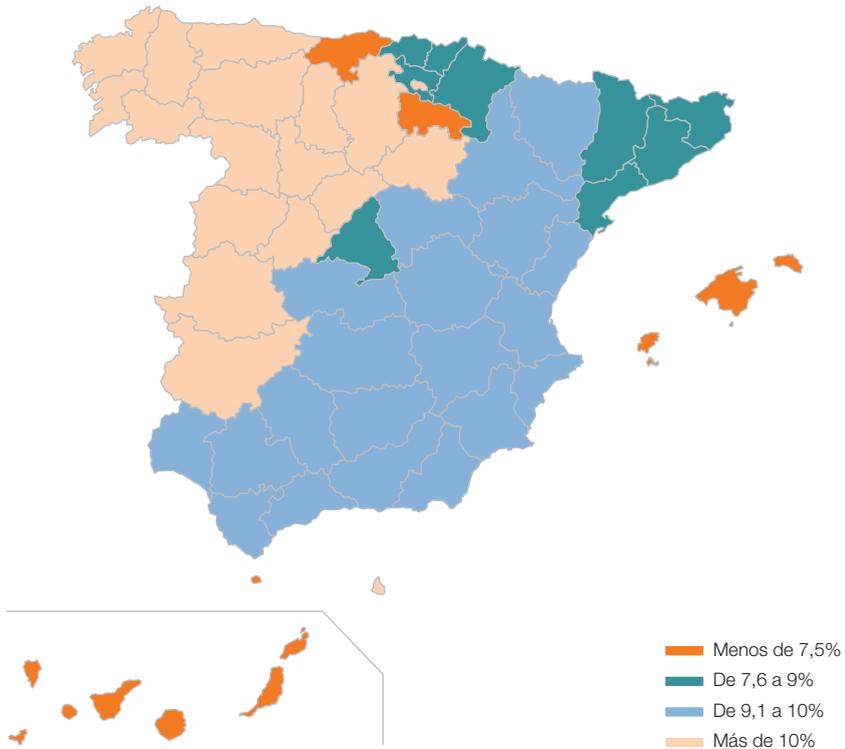
## 1.6. Diferencias por comunidades autónomas

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

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

MAPA 1.1

### Tasa de prevalencia de personas con discapacidades por comunidades autónomas



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

TABLA 1.1

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

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

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

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

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

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

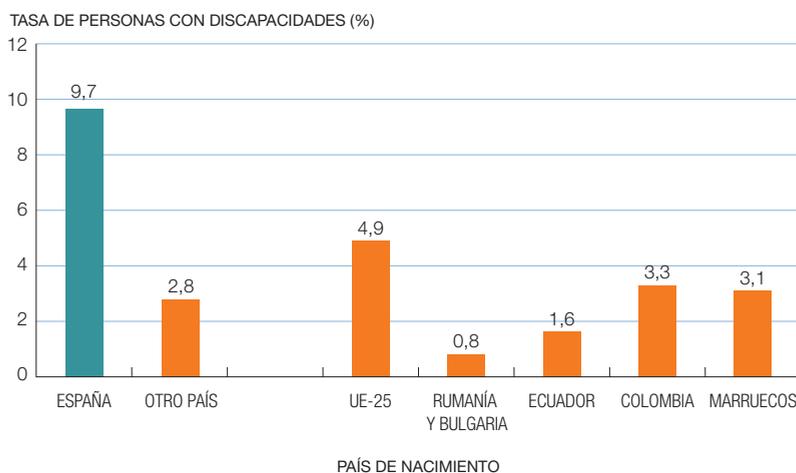
## 1.7. Menos discapacidades en la población inmigrante

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

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

GRÁFICO 1.8

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



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

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

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

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

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

## II. Deficiencias orgánicas o funcionales: factores desencadenantes

---

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

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

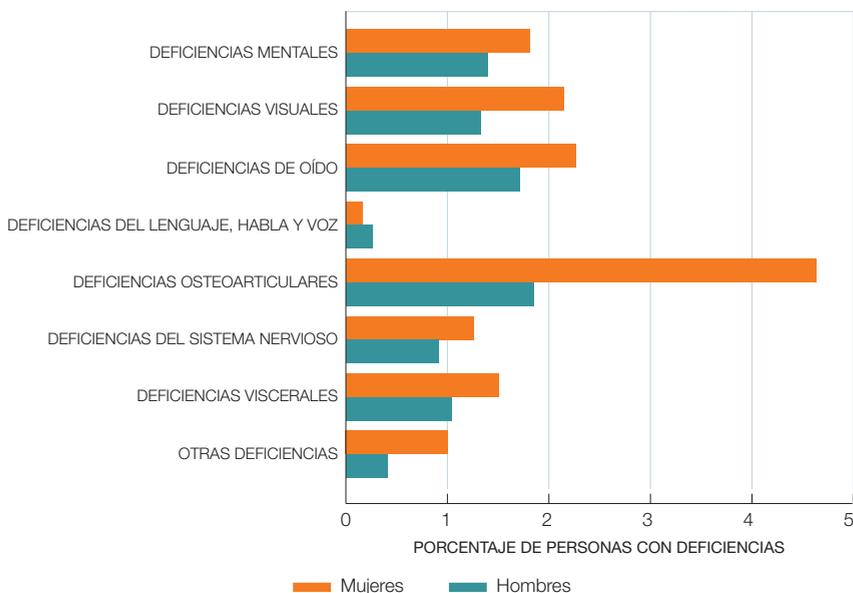
La encuesta de 2008 distingue 35 deficiencias, agrupadas en ocho capítulos, y éstos en tres grandes grupos (mentales, sensoriales y físicas).<sup>(1)</sup> Cada

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

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

GRÁFICO 2.1

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



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

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

## 1. Deficiencias mentales

---

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

---

Las principales modalidades son:

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

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

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

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

---

## 2. Deficiencias sensoriales

---

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

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

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

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

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

---

### 3. Deficiencias físicas

---

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

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

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

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

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

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

- Las *deficiencias viscerales* incluyen seis modalidades:

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

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

## 4. Otras deficiencias

---

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

---

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

## 2.2. Edad de inicio de las deficiencias

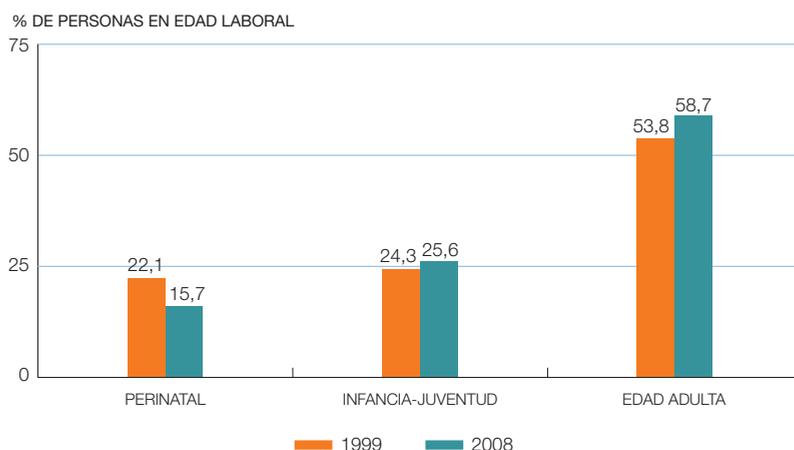
La edad de inicio de las deficiencias, si tenemos en cuenta a todas las personas con discapacidad detectadas en 2008, es principalmente la etapa de jubilación (el 44% inició su discapacidad a partir de los 65 años), seguida de la etapa laboral-adulta (37,7% entre los 30 y 64 años), la infancia-juventud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

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

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

GRÁFICO 2.2

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



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

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

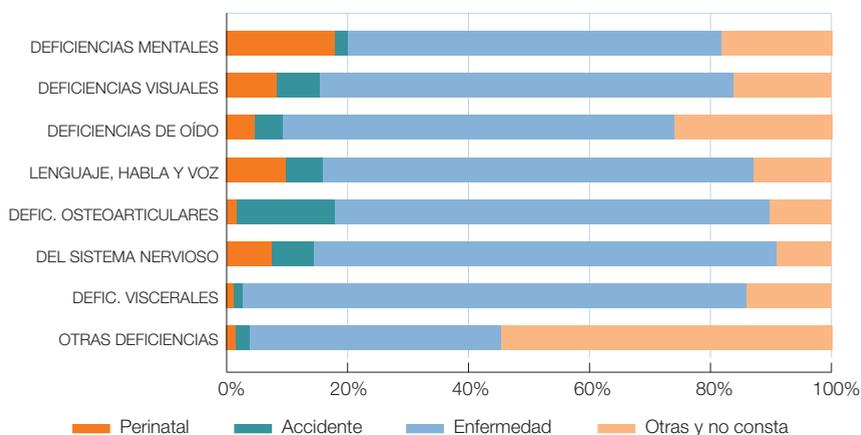
Entre los motivos o causas externas de las deficiencias se distinguen tres grandes capítulos: los *trastornos perinatales* (7% del total); los *accidentes* (9%), y las *enfermedades* (60%). El resto se debe a otras causas (16%) o «no constan» (8%).<sup>(3)</sup> Entre los trastornos perinatales se distinguen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

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

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

GRÁFICO 2.3

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



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

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

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

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

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

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

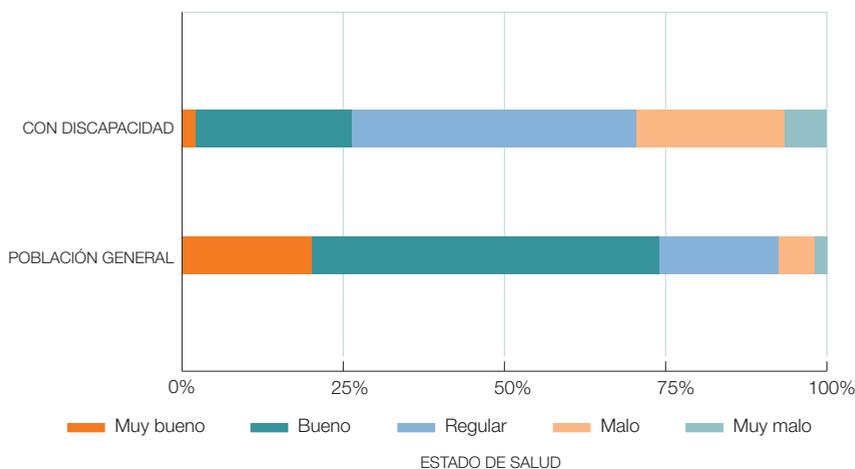
Menos de un tercio de las personas con discapacidad considera que su estado de salud es malo (22,8%) o muy malo (6,5%), y tan sólo el 3,2% (120.000 personas) están en cama de forma permanente. Esta última situa-

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

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

GRÁFICO 2.4

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



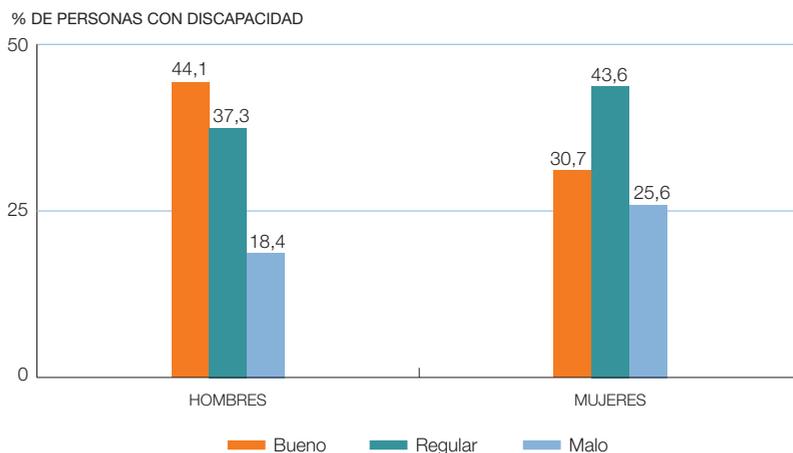
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008. Para la población general, Encuesta Europea de Salud en España, 2009.

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

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

GRÁFICO 2.5

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



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

## 2.5. La mayoría padece alguna enfermedad crónica

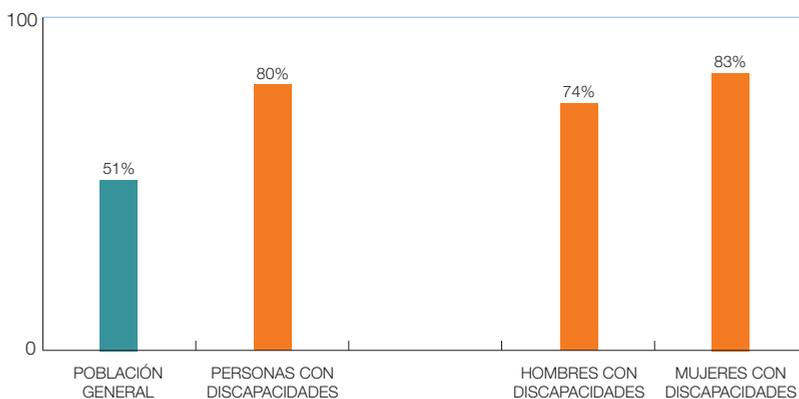
El 80% de las personas con discapacidad tiene algún problema de salud crónico, una proporción muy superior a la de la población general de España, que ronda el 50%. Por sexos, las mujeres con discapacidad presentan una tasa de enfermedades crónicas nueve puntos por encima de los hombres (gráfico 2.6).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

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

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

GRÁFICO 2.6

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



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

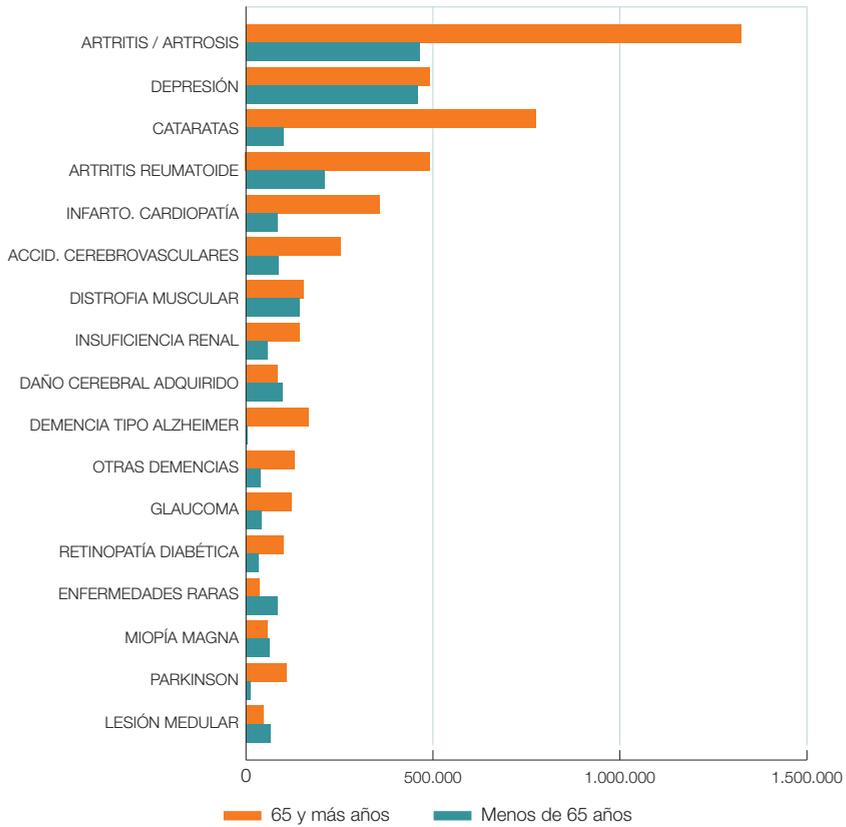
Hasta 17 enfermedades crónicas afectan a más de 100.000 personas, tal como se recoge en el gráfico 2.7. La mayoría inciden más en mujeres que en hombres (mayor morbilidad femenina, lo mismo que en la población general) y son mucho más frecuentes a partir de los 65 años. Entre las personas en edad laboral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

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

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

GRÁFICO 2.7

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



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

## III. Ayudas, prestaciones y servicios

---

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

### 3.1. Grado de severidad antes y después de recibir ayudas

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

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

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

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

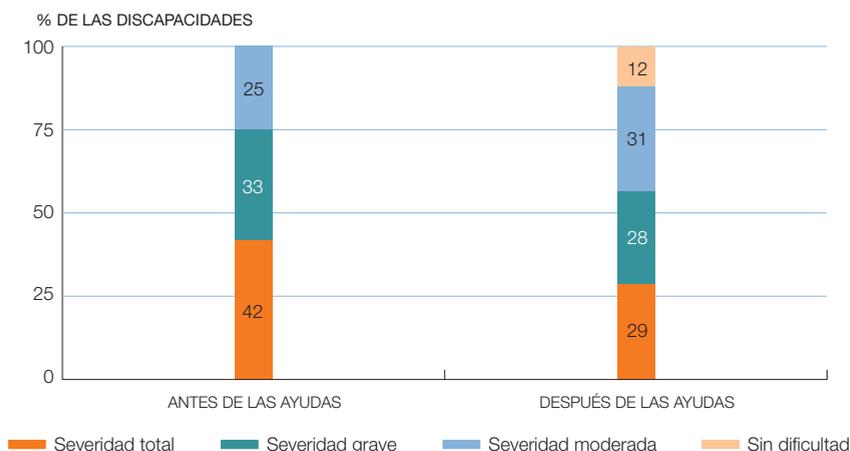
El concepto de *discapacidad* aplicado en la encuesta de 2008 supone tener una limitación «importante» para realizar las actividades de la vida diaria. Con este criterio se recoge una media de 8,1 discapacidades por persona, es decir, un total de 31 millones de discapacidades correspondientes a 3,7 millones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

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

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

GRÁFICO 3.1

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



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

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

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

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

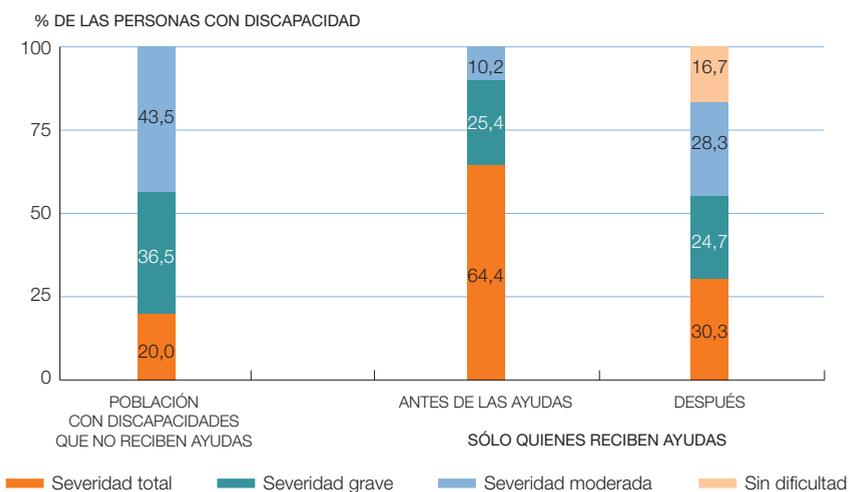
Hasta aquí se ha recogido el grado de severidad tomando como referencia todas las discapacidades registradas (8,1 por persona). Pero podemos también referirnos a los sujetos afectados tomando como criterio su *mayor grado de discapacidad* y viendo cómo ha evolucionado dicho grado después de recibir ayudas.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

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

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

GRÁFICO 3.2

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



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

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

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

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

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

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

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

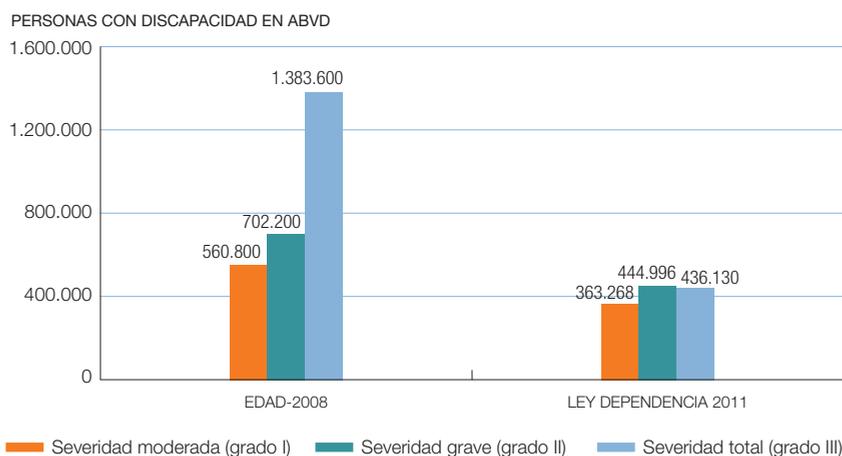
De las personas beneficiarias, cuatro de cada cinco tiene 65 años o más, y más de la mitad del total supera los 80 años. Según la administración pública, «las personas beneficiarias de las prestaciones de dependencia son mayoritariamente mujeres (el 67%). Esto se corresponde con su mayor esperanza de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

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

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

GRÁFICO 3.3

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



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

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

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

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

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

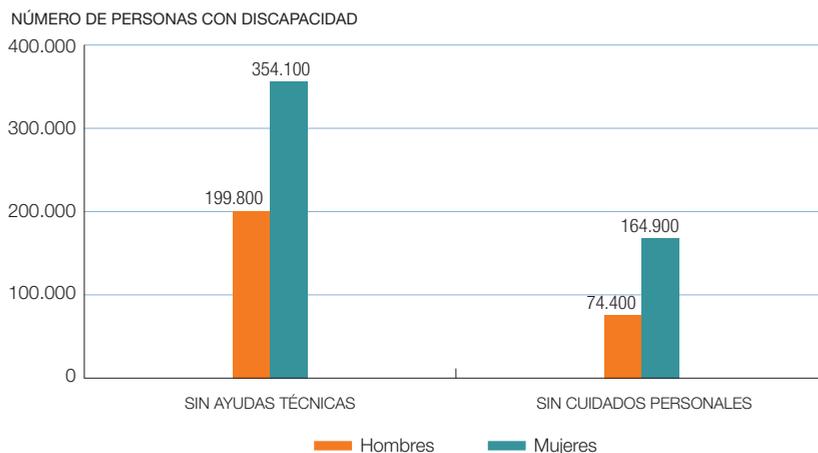
(4) Otro millón y medio de personas que no recibe ayudas técnicas considera que no las necesita, en la mayoría de los casos porque su grado de discapacidad es moderado.

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

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

GRÁFICO 3.4

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



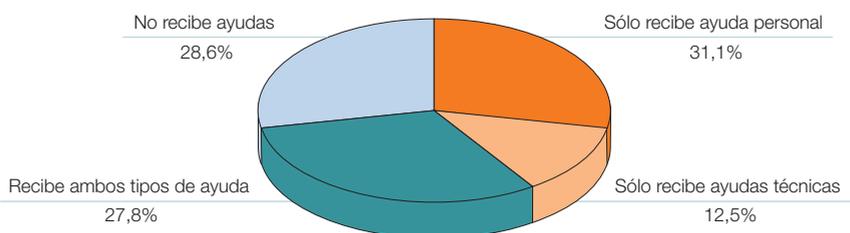
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

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

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

GRÁFICO 3.5

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



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

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

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

### 3.4. Servicios sanitarios, de rehabilitación y servicios sociales

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

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

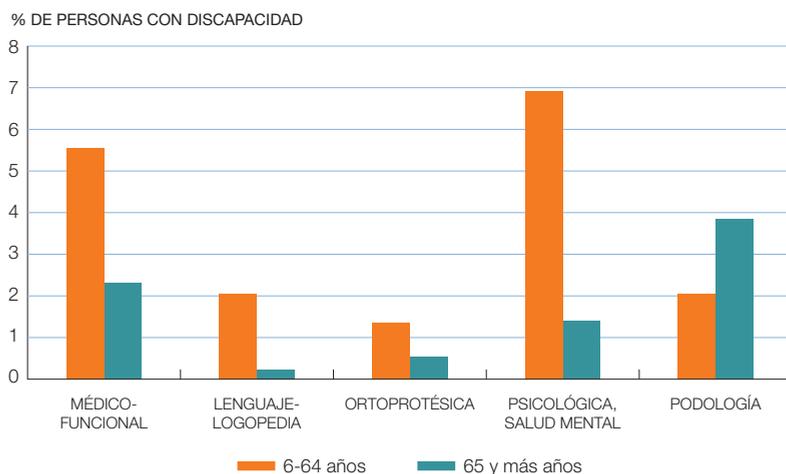
Otros servicios de atención, más social que sanitaria, como la teleasistencia, la atención domiciliaria programada o la ayuda a domicilio, fueron mucho más utilizados por las personas mayores con discapacidad que por otros segmentos de edad, especialmente por las mujeres (gráfico 3.7).

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

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

GRÁFICO 3.6

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

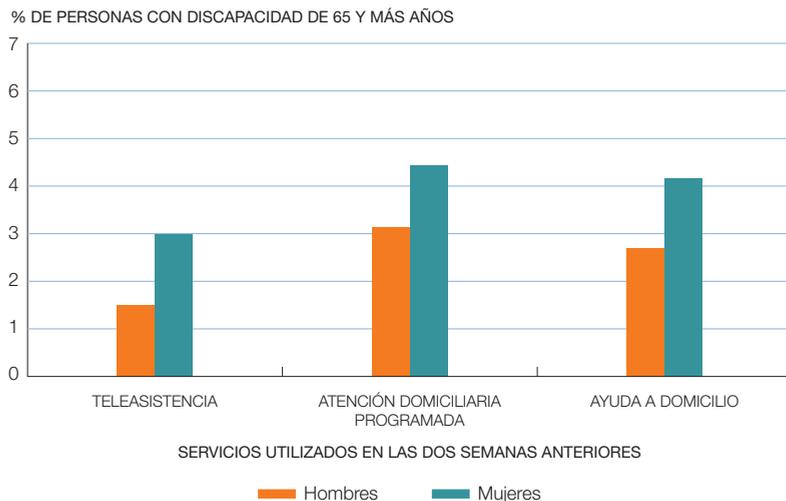


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

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

GRÁFICO 3.7

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



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

### 3.5. Certificado de minusvalía

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

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

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

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

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

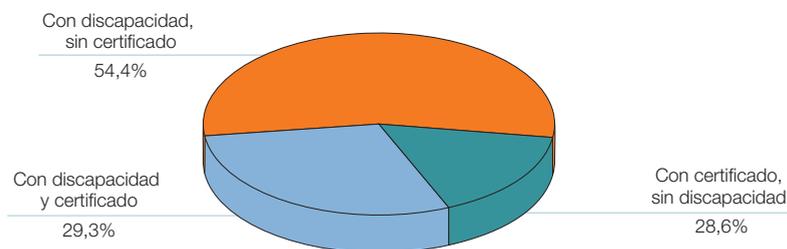
Las personas con discapacidad en edad laboral disponen del certificado en una proporción mucho mayor que quienes llegan a una situación de discapacidad después de los 65 años. Esto explica que la tasa de minusvalías en el primer caso sea del 53%<sup>(6)</sup> y en el segundo del 22%; asimismo, las mujeres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

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

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

GRÁFICO 3.8

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



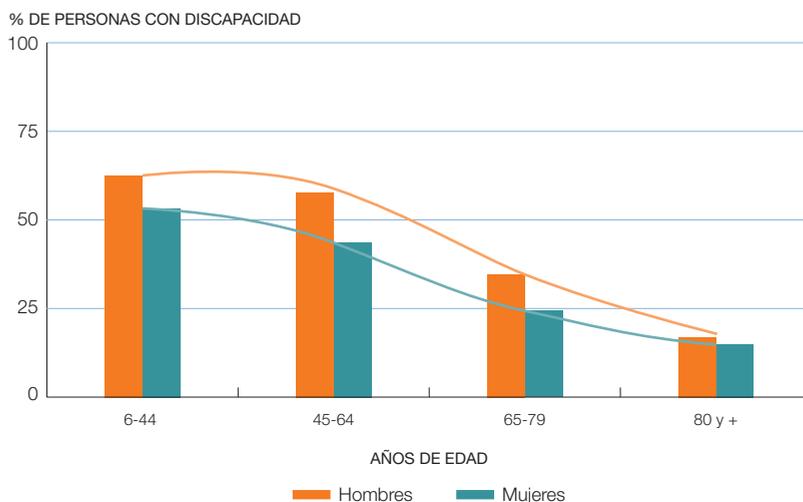
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, Cuestionario de hogares.

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

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

GRÁFICO 3.9

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



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

## IV. Los cuidados a personas con discapacidad

---

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

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

### 4.1. Cuidados desde dentro y desde fuera del hogar

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

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

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

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

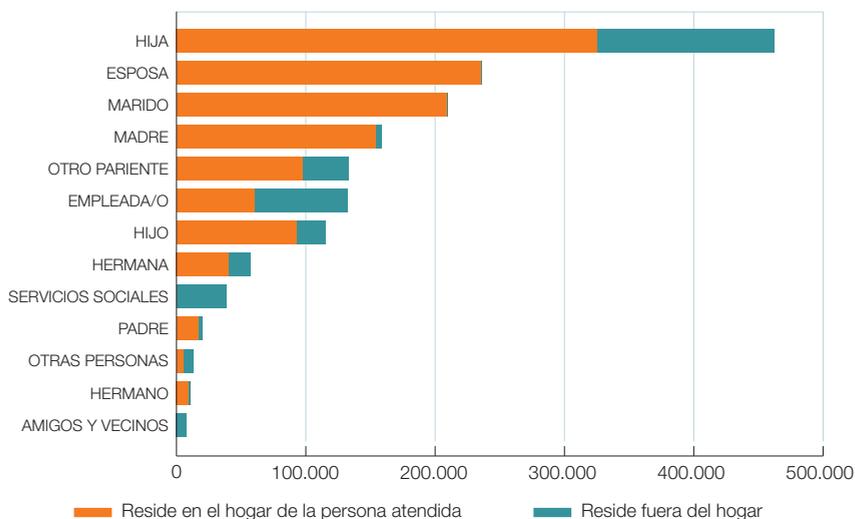
## 4.2. Tipología básica de las cuidadoras y cuidadores

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

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

GRÁFICO 4.1

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



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

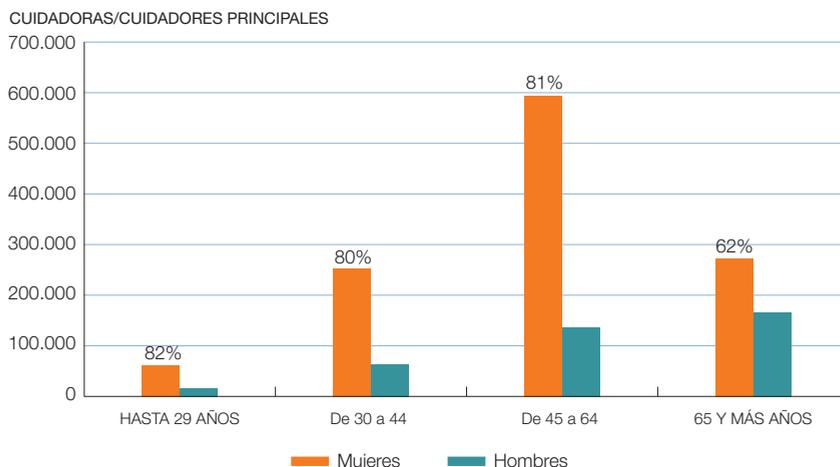
Tres cuartas partes de los cuidados principales son facilitados por mujeres; esta proporción es mucho mayor entre quienes no residen con la persona beneficiaria (90%) que entre quienes pernoctan en el hogar de ésta (73%). De los cuidadores parientes, el 72% son mujeres y el 28% hombres, diferencia de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

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

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

GRÁFICO 4.2

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



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

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

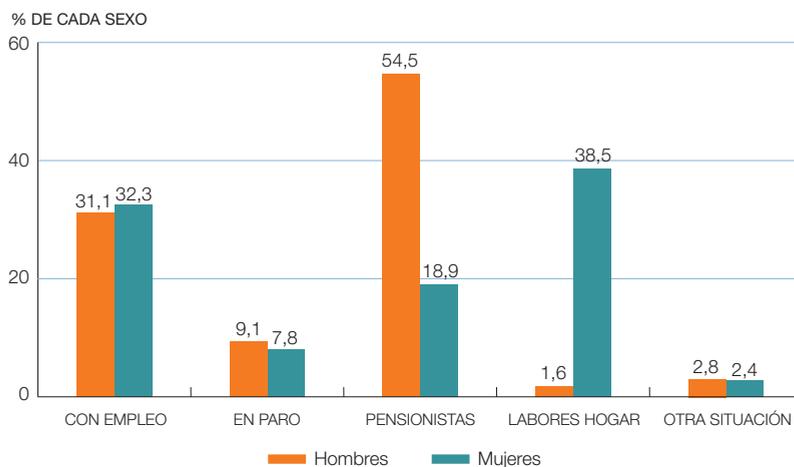
- Las *empleadas* representan en conjunto el 32%, a las que hay que añadir otro 8% de buscadoras de empleo, lo que supone una tasa de

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

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

GRÁFICO 4.3

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



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

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

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

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

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

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

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

#### 4.4. Tareas más habituales y tiempo dedicado a los cuidados

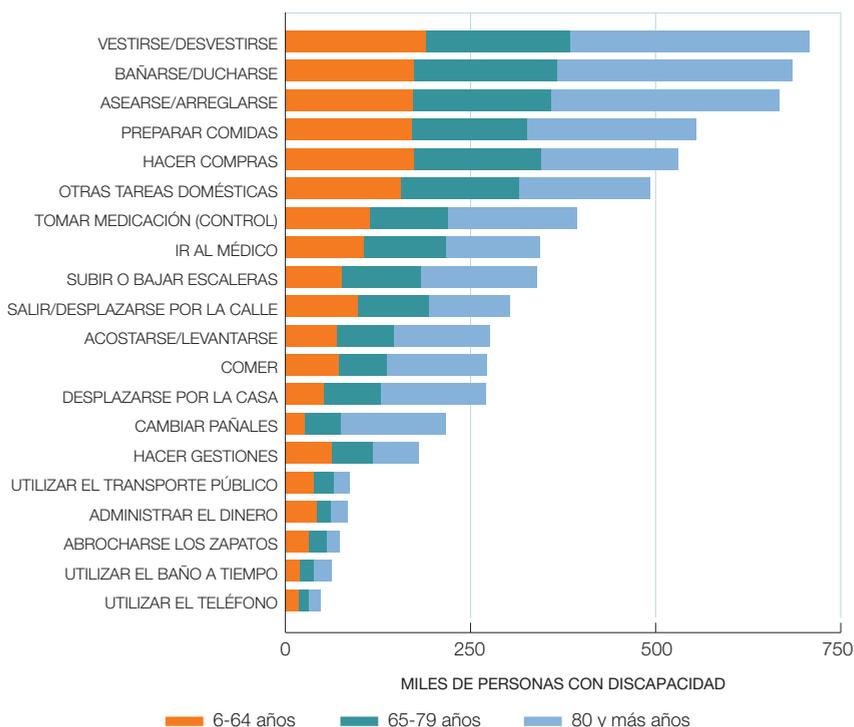
Las tareas más habituales de las personas cuidadoras se relacionan con el cuidado y aseo personal (vestirse/desvestirse, bañarse/ ducharse y asearse/arreglarse), seguidas de diversas tareas domésticas (preparar la comida, hacer la compra y otras tareas del hogar), las relativas al control médico (tomar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

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

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

GRÁFICO 4.4

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



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

## 4.5. Principales problemas en la relación de ayuda

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

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

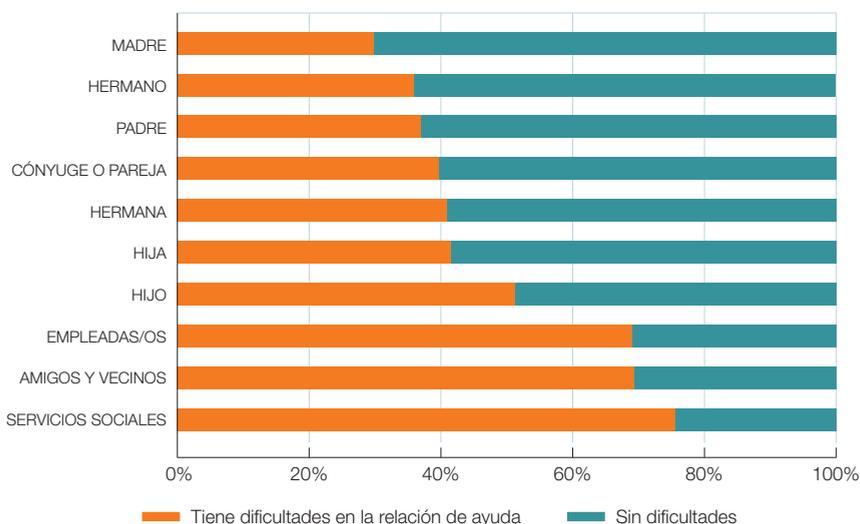
De los diversos tipos de persona cuidadora, quienes experimentan menos problemas en la relación de ayuda son las madres, hermanas, padres, cónyuges y hermanos, es decir los parientes de la misma generación o superior respecto a la persona atendida; plantean más dificultades las hijas y, en bastante mayor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

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

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

GRÁFICO 4.5

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



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

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

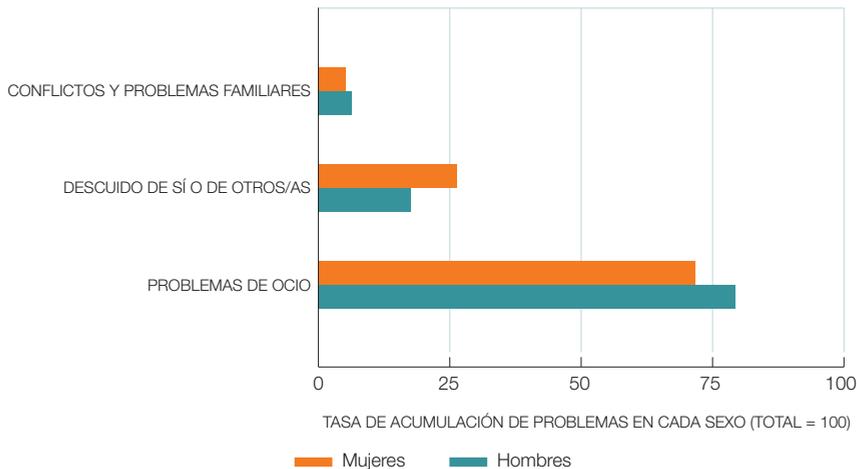
Tres cuartas partes de quienes prestan cuidados experimentan problemas en el tiempo de ocio y las relaciones familiares. El más frecuente es que han tenido que *reducir el tiempo libre* (85% de quienes reconocen problemas), seguido de *no poder ir de vacaciones* (64%) y no tener tiempo para *frecuentar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

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

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

GRÁFICO 4.6

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



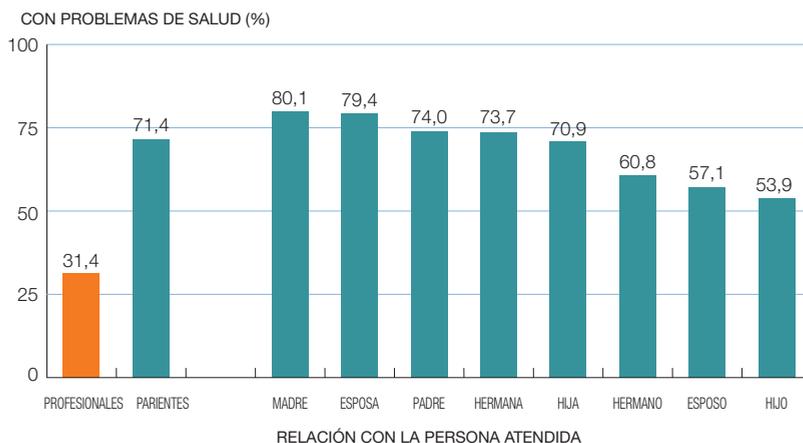
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Cuestionario a cuidadores principales), 2008.

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

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

GRÁFICO 4.7

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



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

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

## V. Perfil educativo de las personas con discapacidad

---

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

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

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

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

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

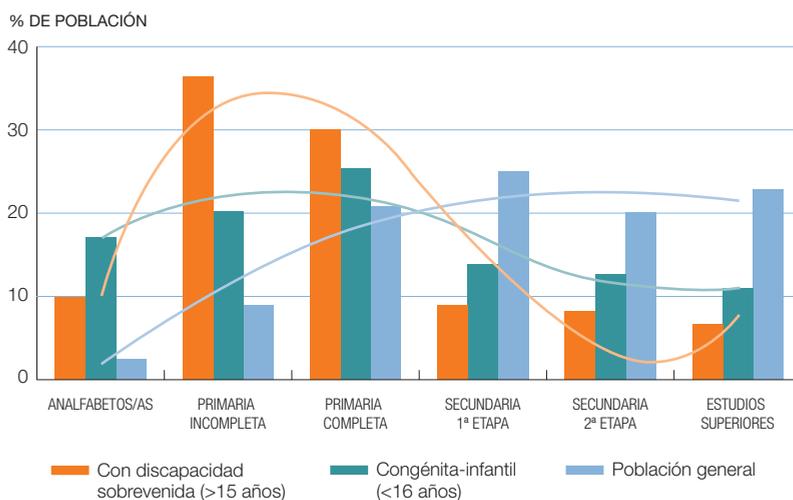
Si atendemos al origen de las discapacidades, los niveles más bajos de formación se dan entre quienes presentan deficiencias múltiples (el 59% no ha terminado estudios primarios), mentales (56%) y del lenguaje, habla y voz (53%). En estos tres casos la tasa femenina supera siempre el 60% mientras que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

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

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

GRÁFICO 5.1

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



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

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

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

TABLA 5.1

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

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

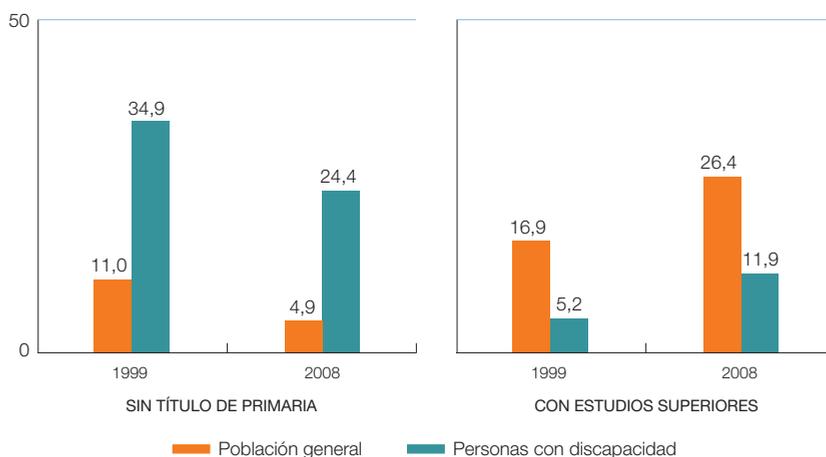
Fuente: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999, para las personas con discapacidad; y Encuesta de Población Activa, para la población general (media anual de 1999 y 2008).

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

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

GRÁFICO 5.2

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



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

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

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

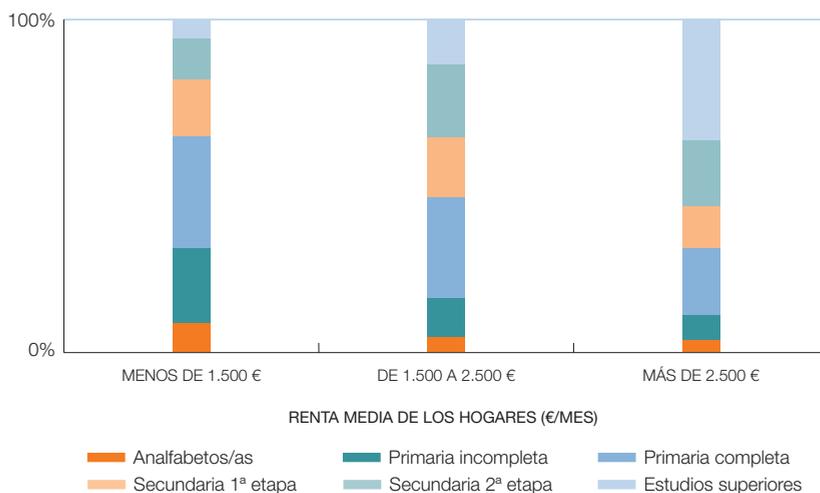
Los territorios donde las personas con discapacidad en edad laboral tienen menor nivel de estudios son Canarias (4,39 puntos), Murcia (4,45 puntos), Castilla-La Mancha (4,49) y Extremadura (4,50).

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

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

GRÁFICO 5.3

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



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

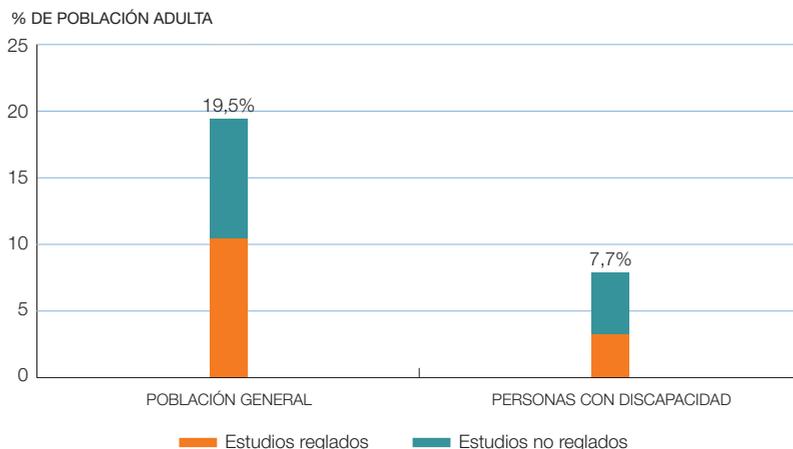
Por último, resulta también expresiva la mayor cualificación académica de la población inmigrante con discapacidades entre 16 y 64 años en relación con la autóctona. Si la nota media general es de 5,05 puntos, la de las personas nacidas fuera de España es de 6,32 puntos. Por grupos de países, la nota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

### 5.3. Formación permanente: baja tasa de seguimiento de cursos

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

GRÁFICO 5.4

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



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

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

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

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

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

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

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

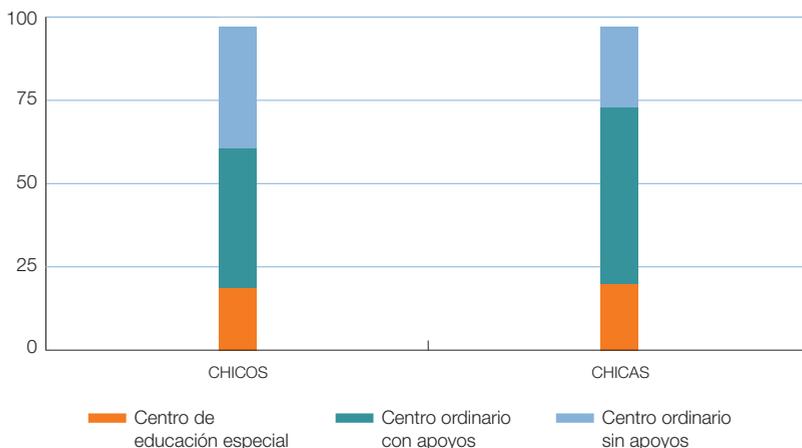
La mayoría del alumnado con discapacidades acude a centros públicos (70%) y privados concertados (27,9%). Tan sólo el 1,9% acude a centros privados sin concierto. Por sexos, hay una ligera prevalencia de las chicas en centros públicos (73,4%) y de los chicos en privados concertados

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

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

GRÁFICO 5.5

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



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

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

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

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

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

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

## VI. Relación con la actividad económica

---

La inserción económica en la vida adulta de las personas con discapacidad se produce básicamente a través de la participación en tres sistemas interrelacionados: el trabajo remunerado, el trabajo doméstico y las pensiones. La mayoría de la población –con o sin discapacidades– dispone de alguna de estas vías para conseguir autonomía y reconocimiento en el marco de la unidad familiar, ya sea por medio del trabajo (mercantil o doméstico) o de algún sistema de cobertura de riesgos (pensiones contributivas y no contributivas).<sup>(1)</sup>

Secundariamente, existen otras actividades o subsistemas de inserción: el estudio, que es más propio de la infancia y la juventud y se puede entender como etapa de preparación para la posterior inserción laboral; el desempleo, que define una forma negativa de relación con la actividad caracterizada por la «búsqueda de empleo» y que a veces da lugar a prestaciones específicas; y la «incapacidad permanente», que remite a las personas que no pueden desempeñar ningún trabajo, aunque sí percibir una pensión. La incapacidad permanente es una categoría recogida también por la Encuesta de Población Activa (EPA), como una forma específica de «inactividad». La EDAD-2008 incluye la categoría «realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas», donde se adscribe el 0,1% del colectivo en edad laboral (unas dos mil personas), y «otra situación», que incluye al 2,8% (la EPA recoge en «otros» al 1,4%).

(1) Otra vía de inserción y reconocimiento económico es la gestión de rentas patrimoniales, ya sean financieras o inmobiliarias. Sin embargo, este título, que tiene gran importancia en el plano macroeconómico, no se incluye en las estadísticas de actividad, quizá porque se concentra en muy pocas manos.

Si nos ceñimos a la edad laboral (16-64 años en 2008), las formas básicas de inserción económica de las personas con discapacidad difieren notablemente de las de la población general. Mientras que el trabajo remunerado es el sistema más frecuente en la vida adulta (66%, trece puntos más que en 1999), sólo accede a él un 28% de las personas con discapacidades (cuatro puntos más que en 1999) y, además, con una fuerte discriminación de sexos (33% los hombres, 24% las mujeres), aunque en este aspecto las diferencias se han recortado bastante respecto a diez años atrás (32% los hombres, 16% las mujeres). La tasa de paro, entendida como la proporción que supone el número de personas desempleadas sobre el conjunto de la población en edad laboral, es ligeramente superior en la población con discapacidades (7,2%) que en la población general (6,7%), pero esta diferencia es más del doble (20,3/9,2%) si definimos la tasa de paro en relación con las personas activas (ocupadas+paradas).

El sistema de pensiones es considerado como «actividad principal» por el 41% del colectivo (44% en 1999), mientras que la población sin discapacidades lo utiliza casi exclusivamente a partir de los 65 años (salvo en los casos de prejubilación).

En tercer lugar, el trabajo doméstico tiene también un peso notable como actividad «principal» en la vida adulta, tanto entre personas con discapacidad como en la población general, si bien se concentra casi exclusivamente en las mujeres (una de cada cuatro en el tramo de edad laboral). La pregunta de la EDAD-2008 en torno a la «actividad principal en la semana anterior» daba prioridad a las «pensiones» sobre las «labores del hogar», lo que probablemente provocó un subregistro de esta última categoría.

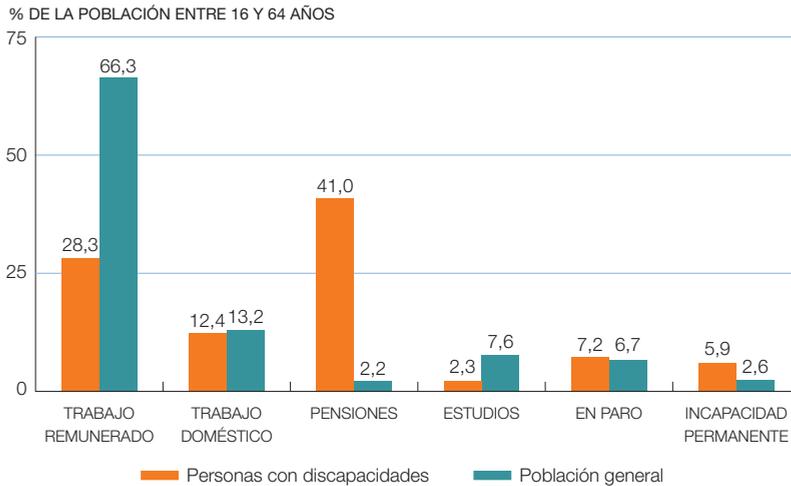
La proporción de estudiantes es tres veces menor en el colectivo con discapacidades que en la población general, mientras que la tasa de personas con «incapacidad permanente» es más del doble (véase el gráfico 6.1).

Conviene tener en cuenta que las actividades descritas no son excluyentes, ya que una misma persona puede participar en varias. Por ejemplo, se puede percibir una pensión y a la vez estar trabajando, o tener un empleo remunerado y encargarse también de las tareas del hogar, o bien estar estudiando y trabajando, etcétera. Sin embargo, la EDAD-2008 plantea la

cuestión de la «principal actividad económica en la semana pasada», lo que obliga a los encuestados a optar por una de ellas, de acuerdo con un orden en el que figuran en primer lugar las dos formas canónicas de actividad («trabajando» y «en desempleo») y luego las de inactividad, por el siguiente orden: pensiones («contributivas de jubilación o incapacidad permanente» y «otro tipo de pensión»); estar «incapacitado/a para trabajar»; estar «estudiando»; «dedicado/a principalmente a las tareas del hogar»; estar «realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas»; y «otra situación». A diferencia de la encuesta de Discapacidades de 1999, la aplicada en 2008 no permite conocer con precisión las interferencias y los solapamientos entre las diversas formas de actividad, en especial los relacionados con el trabajo doméstico (sobre el que no se hacen más preguntas) y las pensiones (sobre las que sí se formulan, pero el número de «no respuestas» es muy elevado).

GRÁFICO 6.1

### Relación con la actividad de las personas con discapacidad en edad laboral y comparación con la población general (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, para las personas con discapacidad; y de la Encuesta de Población Activa, media del cuarto trimestre de 2007 y del primero de 2008, para la población general.

A continuación se abordan diversos aspectos relacionados con la actividad económica, centrados en el colectivo en edad laboral (16-64 años):

- Impacto que tuvo la aparición o agravamiento de la discapacidad. Para más de la tercera parte supuso una modificación del sistema de inserción anterior.
- Situación laboral de las personas con empleo remunerado: acceso al empleo normalizado y protegido, sectores, ramas y ocupaciones concretas, condiciones de trabajo, etcétera.
- Desempleo: tiempo en el paro, métodos para buscar empleo, causas de no encontrarlo, expectativas laborales, etcétera. Estimación de la tasa de desempleo a raíz de la crisis económica de los últimos años.
- Trabajo doméstico: características de estas personas (la mayoría mujeres), que se encargan de las tareas y los cuidados en los hogares.
- Pensiones: tipología y características de las personas (mayoría de hombres) que entienden que su relación principal con la actividad es ser pensionista.

## 6.1. Cambios de actividad al aparecer de la discapacidad

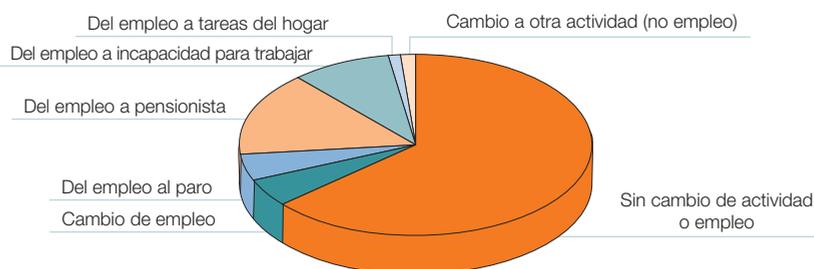
De las personas en edad laboral con discapacidad (1,48 millones), más de un tercio (266.000 hombres y 230.000 mujeres, que representan el 42 y 32% de cada sexo) reconoce que tuvo que modificar su relación con la actividad o el empleo al manifestarse o agravarse su discapacidad. La proporción es mucho menor entre los jóvenes de 16 a 29 años, con una tasa de cambio de actividad del 14% que se incrementa en el tramo de edad de 30 a 44 años (34%) y, más todavía, en el de 45 a 64 (41%). Esta progresión indica que el impacto en la actividad es mayor en los casos de discapacidad sobrevenida en la vida adulta que en los de origen congénito o infantil (cuyo peso es mayor entre la juventud con limitaciones).

El cambio de actividad consistió en la mayoría de los casos (85%) en abandonar el empleo remunerado que tenían para convertirse en pensionistas (41%), ser declarados «incapacitados/as para trabajar» (25%), ir al paro (13%) o dedicarse a las tareas domésticas (3%). Además de estos cambios

de actividad, una de cada veinte personas con discapacidad entre 16 y 65 años se vio obligada a cambiar de ocupación o profesión concreta, aunque pudo mantener el empleo remunerado y, por tanto, el tipo de actividad. Según esto, desde el punto de vista de la actividad principal, la aparición o agravamiento de la discapacidad ha tenido un impacto muy fuerte en una única dirección: abandonar el mercado de trabajo y pasar al paro (65.000 personas) o adscribirse a diversas categorías de «inactividad»: incapacitados/as para trabajar (123.000 sujetos), pensionistas que perciben una pensión contributiva (180.000) o no contributiva (21.000) y «tareas domésticas» (15.000, casi todas mujeres) (véase el gráfico 6.2).

GRÁFICO 6.2

### Cambios de actividad de las personas en edad laboral en el momento de manifestarse o agravarse la discapacidad (porcentaje)



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

Los cambios de actividad afectaron a 430.000 personas; otras 66.000 se vieron obligadas a cambiar de empleo a causa de la discapacidad, situación que afectó más a los hombres (45.000) que a las mujeres (21.000) debido a que la tasa de actividad masculina es mayor que la femenina. Si nos fijamos en las 10 ocupaciones más frecuentes antes y después de la discapacidad, sólo dos se mantienen en la lista (dependiente de comercio y camarero/a); el resto presenta una evolución que va de ocupaciones manuales en los sectores de la construcción, la industria y los transportes hacia oficios en el sector de los servicios (comercio, administración, limpieza...).

## Ocupaciones más frecuentes de quienes cambiaron de empleo

ANTES DE DECLARARSE LA DISCAPACIDAD:	PERSONAS
1. Albañil	3.795
2. Dependiente de comercio	3.083
3. Camarero	2.801
4. Mecánico y ajustador de maquinaria	2.392
5. Peón de la construcción	2.294
6. Conductor de camiones	2.051
7. Ferrallista, enfoscador, etc.	1.886
8. Industria alimentaria, bebida, tabaco	1.723
9. Cocinero	1.438
10. Mecánico electricidad/electrónica	1.325
DESPUÉS DE DECLARARSE LA DISCAPACIDAD:	
1. Cajero, taquillero y asimilados	6.058
2. Vigilante y asimilados	4.070
3. Dependiente de comercio	3.825
4. Aux. administrativo sin trato con el público	3.360
5. Conserje, limpiacristales y asimilados	3.065
6. Empleado, recepcionista, etc.	2.754
7. Personal de limpieza	2.629
8. Vendedor ambulante	1.503
9. Aux. administrativo con trato al público	1.347
10. Camarero	1.263

Las limitaciones de movilidad son las que más determinan los cambios de actividad o de ocupación en el momento de aparecer o agravarse la discapacidad, en estrecha correlación con los dos tipos de deficiencia que están en el origen de esos trastornos: los del sistema nervioso y los osteoarticulares. En cambio, el impacto de las limitaciones de audición y comunicación es menor.

A modo de recapitulación, algo más de un tercio de las personas en edad laboral reconoce haber tenido que cambiar su relación con la actividad debido a su discapacidad, cambio que se tradujo principalmente en el abandono del empleo remunerado previo. Esto afectó a unas 420.000 per-

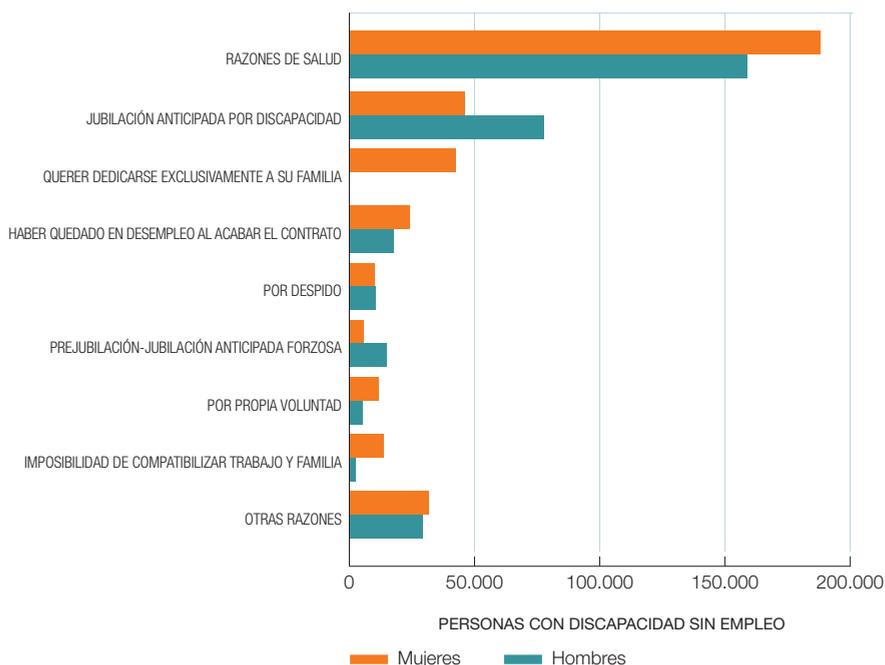
sonas, casi el mismo número que las que seguían trabajando en el momento de la encuesta (419.000). En resumen, la discapacidad provocó que la mitad de quienes tenían empleo lo abandonaran. Sin embargo, las dos cifras anteriores sólo cubren algo más de la mitad del número de personas en edad laboral con discapacidad que, como sabemos, son 1,48 millones. Ello quiere decir que hay otras 640.000 personas del colectivo que no tienen empleo. De ellas, sabemos por la encuesta que 225.000 no han tenido ninguna experiencia laboral a lo largo de su vida, mientras que las restantes 415.000 dejaron de trabajar por diversas razones, no achacables directamente a la aparición o agravamiento de su discapacidad.

De hecho, la encuesta de 2008 plantea una pregunta general a las personas sin empleo sobre cuál fue el principal motivo por el que dejaron de trabajar. Respondieron a ella tanto quienes lo achacaban a la propia discapacidad como quienes indicaban otras causas (en total, algo más de 800.000 personas). Tal como se recoge en el gráfico 6.3, el motivo más frecuente es «razones de salud», lo que puede tener o no relación con la discapacidad,<sup>(2)</sup> y el segundo, «jubilación anticipada por discapacidad» (el primero de estos motivos es aducido igualmente por ambos sexos, mientras que el segundo lo refieren los hombres con doble frecuencia). Sin embargo, los motivos restantes no están directamente ligados a las discapacidades sino a otras circunstancias, como las cargas familiares –que afectan más a las mujeres– o la precariedad del mercado laboral, que expulsa del empleo a una parte importante de la mano de obra masculina y femenina, con o sin discapacidad: «querer dedicarse exclusivamente a su familia» o «no poder compatibilizar el trabajo y las responsabilidades familiares» (15% mujeres, 1% hombres), «quedarse en desempleo al acabar el contrato» o «por despido» (9%, en ambos sexos), «por jubilación anticipada» (3%, mayoría hombres), «por propia voluntad» (2,5%, mayoría mujeres) y «otras razones» (9%).

(2) En la terminología tradicional que utiliza la EDAD-2008, los problemas crónicos de salud son la causa principal de las deficiencias que ocasionan discapacidades, pero existen también muchos problemas de salud de carácter pasajero que no producen limitaciones permanentes.

GRÁFICO 6.3

## Principal motivo por el que dejaron de trabajar las personas con discapacidad en edad laboral (totales)



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

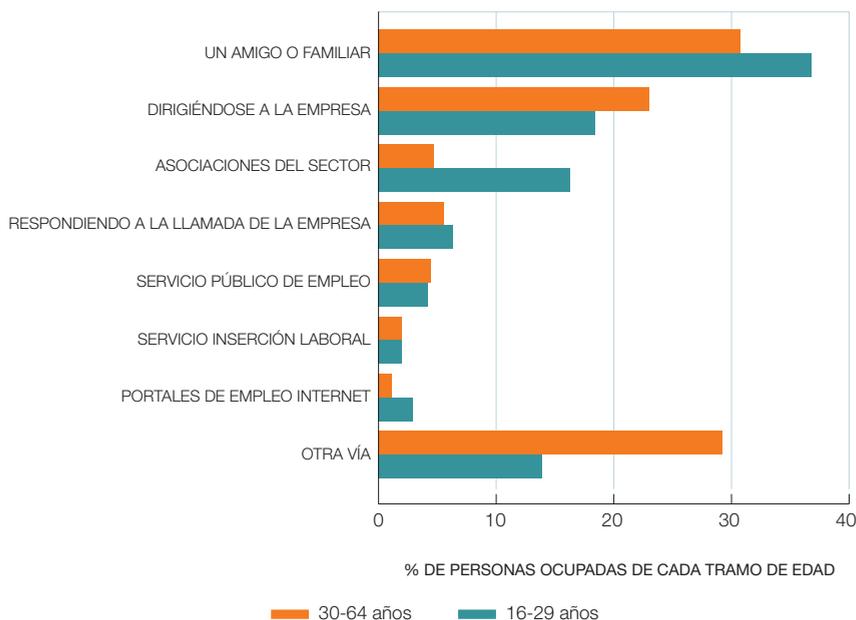
## 6.2. Acceso al trabajo remunerado

Las personas con discapacidad ocupadas en 2008 habían tenido conocimiento de su empleo a través de dos vías principales: los amigos y familiares o dirigiéndose directamente a las empresas. Ambas explican más de la mitad de los casos, tanto en hombres como en mujeres. A mucha distancia siguen las instituciones o asociaciones para personas con discapacidad, la conexión por parte de las propias empresas, el Servicio Público de Empleo, servicios especializados de inserción laboral, los portales de empleo de internet y otros conductos. El gráfico 6.4 recoge las variaciones de este cuadro general en función de la edad de las personas con discapacidad: en la etapa juvenil (16-29 años) se utiliza en mayor proporción la vía de fami-

liares y amigos, las asociaciones del sector y los portales de empleo de Internet; en cambio, a partir de los 30 años se acude en mayor proporción a las empresas y al Servicio Público de Empleo.

GRÁFICO 6.4

### Vía de acceso al empleo actual por tramos de edad (porcentaje)



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

Algo más de la décima parte de quienes trabajan (11,5%) lo hacen mediante dos fórmulas de empleo protegido: centros especiales de empleo (25.000 personas) o entidades sin ánimo de lucro vinculadas al sector de la discapacidad (31.000). En estas últimas se incluyen centros ocupacionales y también centros especiales de empleo.<sup>(3)</sup> Los centros ocupacionales surgieron por iniciativa privada y fueron regulados en 1982 por la Ley de

(3) Más de la mitad de los centros especiales de empleo son gestionados por asociaciones del colectivo, lo que da lugar a un solapamiento de 15.000 empleos que encajan en las dos fórmulas planteadas en la encuesta de Empleo Protegido.

Integración Social del Minusválido (LISMI) con el fin de asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social de los minusválidos cuyo alto grado de minusvalía temporal o permanente les impide integrarse en una empresa (art. 53 de la LISMI, de 1982, desarrollado por un Real Decreto en 1985). Por otra parte, los centros especiales de empleo surgieron como desdoblamiento de los centros ocupacionales con la finalidad de proporcionar una relación laboral más normalizada a los trabajadores más eficientes. La LISMI reguló también este tipo de centros; en la actualidad las competencias de su gestión han sido transferidas a las comunidades autónomas.

La mayoría de las personas con discapacidad se emplea en el mercado ordinario de trabajo, lo que no les impide haber podido utilizar alguna de las fórmulas establecidas para facilitar su acceso al empleo, entre ellas las siguientes:

- «Cuota de reserva». Establecida por la legislación española, exige que el 2% de las plantillas de las empresas con más de 50 empleados sean personas con certificado de «minusvalía». Se han acogido a esta medida 26.000 personas, que suponen el 7% de las ocupadas en 2008 (15.000 hombres, 11.000 mujeres). De ellas, son más las asignadas por el sector público de la economía (14.200) que por el privado (11.900), lo que es indicativo de que no existe suficiente control administrativo para exigir que las empresas privadas cumplan la normativa. Con relación a 1999 la tasa de personas ocupadas gracias a la cuota de reserva se habría incrementado notablemente, ya que entonces sólo llegaba al 3,7%. En su origen, la LISMI preveía la obligación de la cuota de reserva para todas las empresas con más de 50 trabajadores, pero a la vista del flagrante incumplimiento, en 2000 se establecieron medidas alternativas de carácter excepcional que eludían dicho cumplimiento, como favorecer la contratación en centros especiales de empleo o con trabajadores autónomos con discapacidad, o bien aportar donaciones monetarias orientadas a fomentar la inserción laboral y la creación de empleo para personas del colectivo.
- Incentivos a la contratación o bonificaciones en las cuotas de pago a la Seguridad Social. Han beneficiado a unas 13.600 personas (el 3,7%

de las personas ocupadas en 2008). El reparto ha sido equilibrado entre ambos sexos y, en conjunto, mayor que diez años antes, cuando sólo alcanzó al 2,7% de las personas ocupadas.

- Empleos con apoyo, enclaves laborales, etcétera. Tan sólo el 1,6% de las personas con discapacidad que tienen empleo (unas 6.000) reconoce haber recibido estos mecanismos de ayuda. Dos terceras partes son hombres y un tercio mujeres; la aplicación de estas medidas es más frecuente entre los jóvenes (6%) que entre quienes tienen de 30 a 64 años (1,2%).

Si se suman los beneficiarios de todas las medidas, incluidos los centros ocupacionales y los especiales de empleo, se puede concluir que han facilitado la inserción laboral de aproximadamente el 20% de las personas con discapacidad ya ocupadas en 2008 (algo más de 400.000), o un más modesto 7% si la comparación se establece con el conjunto de personas con limitaciones en edad laboral (1,38 millones).

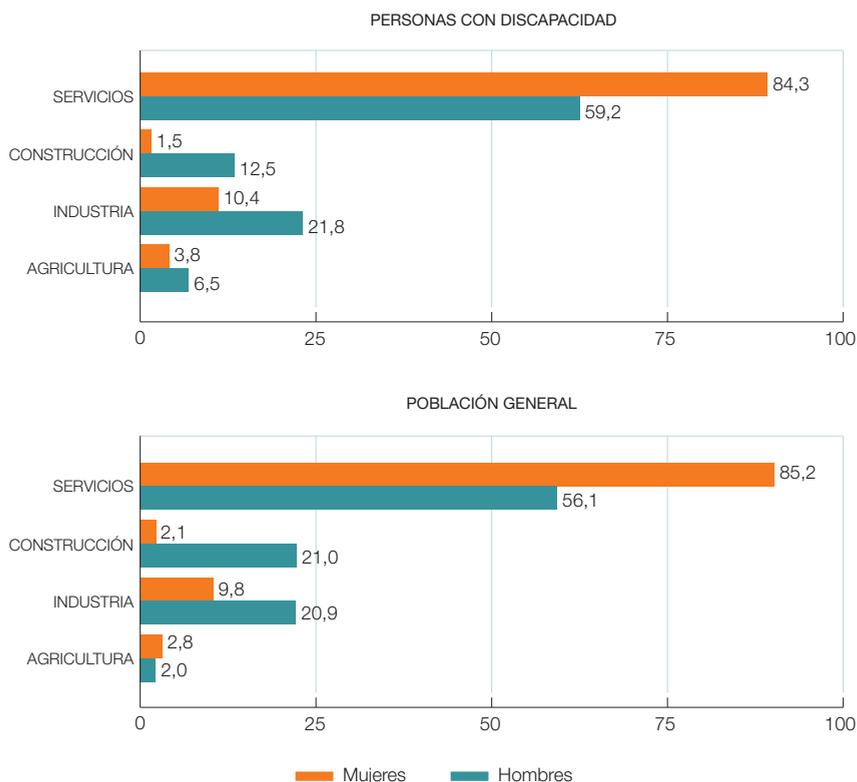
### 6.3. Sectores y ramas de actividad. Situación profesional

La distribución por sectores de actividad de las personas con discapacidades es bastante parecida a la del resto de la población: una proporción equivalente en la industria (16,8%, la media española es del 16,3%), tasas algo mayores en la agricultura (5,3% frente al 4,2%) y en el sector de los servicios (70,3% frente al 66,4%), a costa de la construcción, que pierde 5,5 puntos porcentuales (7,6% frente al 13,1%).

La distribución por sexos se atiene a patrones diferenciados, que, sin embargo, son equivalentes entre la población con discapacidades y la población general de España: los hombres están más presentes en la construcción y en la industria, y las mujeres en los servicios; en la agricultura los hombres con discapacidad (6,5%) prevalecen sobre las mujeres (3,8%), al contrario de lo que ocurre en la población general (2,0% hombres frente a 2,8% mujeres). El gráfico 6.5 permite comparar los sectores laborales en los que estaban ocupados hombres y mujeres con discapacidad en el momento de la encuesta de 2008 con la población ocupada en España según la Encuesta de Población Activa de la misma fecha.

GRÁFICO 6.5

## Sector de actividad de las personas ocupadas con discapacidades y comparación con la población general de España (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, T. 1.º de 2008, para la población general.

En relación con 1999 las mujeres con discapacidad han incrementado su presencia relativa en el sector de los servicios (+3,5 puntos porcentuales) y en la construcción (+1,1 puntos), a costa de la agricultura (−3,1 puntos) y la industria (−1,4 puntos). En cuanto a los hombres, se ha incrementado su peso sobre todo en el sector servicios (+6 puntos) y en menor medida en la industria (+1,6), se ha reducido intensamente en la agricultura (−6,7 puntos) y menos en la construcción (−0,9 puntos).

El sector de los servicios concentra la mayor ocupación de personas con discapacidad: el 84% de las mujeres y casi el 60% de los hombres. Las principales ramas de actividad figuran en la tabla 6.1. La más frecuente es el comercio (al por menor y al por mayor; se incluye la reparación de vehículos de motor, etc.), aunque en este caso la tasa de frecuencia es bastante mayor en la población general, lo mismo que ocurre en las ramas de hostelería, actividades financieras y seguros. Las personas con discapacidad están más presentes en las ramas de administración pública, sanidad y servicios sociales, educación y actividades recreativas y culturales. En las restantes ramas la tasa es equivalente en los dos colectivos. En cuanto a la distribución por sexos, la tasa de los hombres con discapacidad es superior en el comercio, el transporte y las actividades recreativas y culturales (se incluyen las artísticas y deportivas), mientras que la tasa femenina prevalece en las demás ramas. En especial destaca la práctica exclusividad femenina en la rama que tiene como eje el empleo en los hogares (con el «servicio doméstico» como principal actividad): el 7,4% de las mujeres ocupadas y sólo el 0,7% de los hombres; en la población general de España la distribución por sexos en esta rama está aún más polarizada: 8,2% mujeres y 0,4% hombres. La presencia femenina de las personas con discapacidad en educación triplica a la masculina y la duplica ampliamente en sanidad y servicios sociales.

La situación profesional varía poco en relación con la población ocupada en el conjunto de España: la inmensa mayoría es asalariada (83,1%, por el 82,4% de media estatal), y de quienes trabajan por cuenta propia, son menos los que emplean a otras personas (5,9%, por 5,6% de media estatal) que los autónomos (9,2%, por 10,6% en el conjunto de España). Respecto a diez años antes, han aumentado en cinco puntos porcentuales las personas asalariadas con discapacidad, pero lo más sobresaliente es la tasa de empleadores, ya que casi se ha doblado al pasar del 3,3% al 5,9%; en compensación, han disminuido los empleos autónomos (del 15,5% en 1999 al 9,2% en 2008) y también los de «ayudas familiares» (del 1,5 al 0,6%).

TABLA 6.1

### Principales ramas de actividad del sector servicios, por sexos (porcentaje)

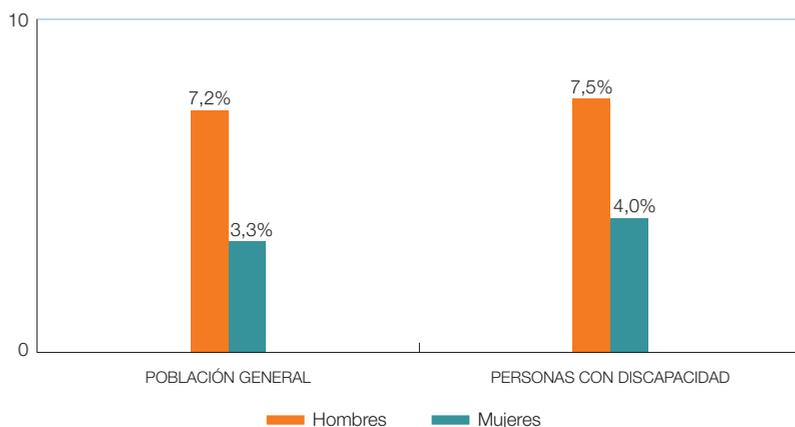
	PERSONAS CON DISCAPACIDAD			POBLACIÓN GENERAL
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	
Comercio	12,0	12,6	11,3	15,7
Administración pública	9,8	9,0	10,8	6,0
Servicios empresariales	9,1	8,7	9,6	9,3
Sanidad y servicios sociales	8,3	5,2	12,3	5,8
Educación	7,3	3,8	11,8	5,7
Hostelería	4,9	3,8	6,3	6,8
Transporte	4,5	5,1	3,7	4,7
Personal doméstico	3,7	0,7	7,4	3,7
Actividades recreativas y culturales	3,0	3,5	2,3	1,4
Otros servicios personales	2,8	2,4	3,4	2,1
Actividades financieras y de seguros	1,8	1,8	1,8	2,5
Otras ramas del sector servicios	3,1	2,5	3,6	2,7
<b>Tasa de ocupación en servicios</b>	<b>70,3</b>	<b>59,2</b>	<b>84,3</b>	<b>66,4</b>
Número de empleos	(291.886)	(137.454)	(154.432)	(13.445.000)

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, T. 1.º de 2008, para la población general.

La situación profesional en función del sexo presenta algunas variaciones significativas, tanto entre las personas con discapacidad como en la población general. Hay más mujeres asalariadas y más hombres empresarios. La diferencia fundamental en relación con la década anterior es el incremento de empleadores con asalariados, como ya se ha indicado. El gráfico 6.6 recoge la distribución del empresariado por sexos: la tasa masculina de empleadores dobla a la femenina pero en ambos casos es algo más elevada entre las personas con discapacidad.

GRÁFICO 6.6

### Personas empresarias por sexos en el colectivo con discapacidades y en el conjunto de España (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, T. 1.º de 2008, para la población general.

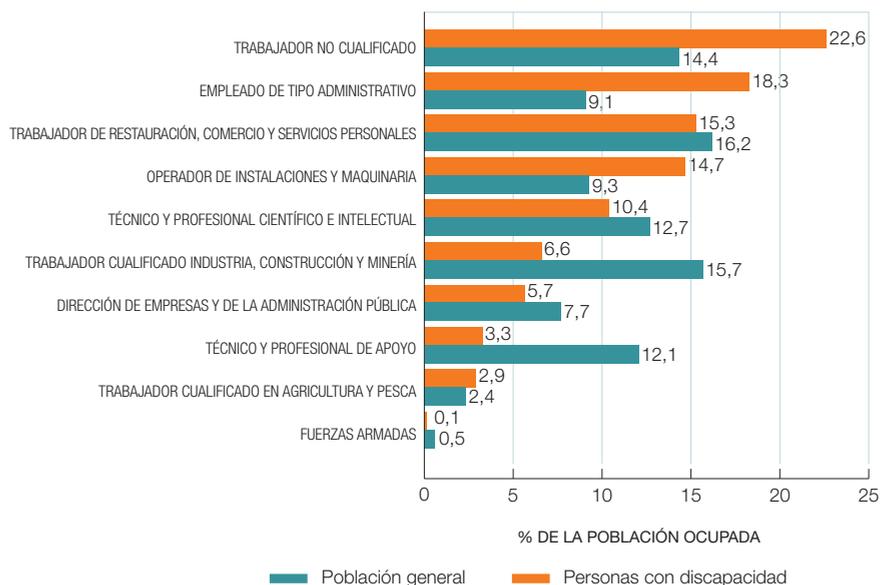
## 6.4. Principales ocupaciones

La EDAD-2008 recoge unas doscientas ocupaciones concretas que coinciden con las de la Encuesta de Población Activa, lo que permite compararla con las de la población general. Tales ocupaciones se agrupan, a su vez, en diez grandes categorías, que proporcionan una primera visión de conjunto que luego analizaremos en detalle.

A diferencia de lo que ocurre en la distribución por sectores, ramas o situación profesional, el reparto de ocupaciones entre las personas con discapacidad y la población general varía sustancialmente. Las primeras están más presentes en los empleos no cualificados y menos en la dirección de empresas y de la administración pública o en las dos categorías de técnicos y profesionales. En cuanto a las ocupaciones intermedias, tienen más presencia relativa en las de tipo administrativo, en las de operadores de instalaciones y maquinaria y en la agricultura; y menos en los empleos cualificados de la industria, la construcción y la minería, así como en el comercio, la hostelería y los servicios personales (gráfico 6.7).

GRÁFICO 6.7

## Principales categorías de ocupación de las personas con discapacidades y comparación con la población general de España (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, media de 2008, para la población general.

Las diferencias por sexos son también importantes en ambos colectivos, casi siempre en la misma dirección: más mujeres técnicas y profesionales en empleos administrativos, comercio-hostelería y empleos no cualificados; más hombres en dirección de empresas y altos cargos de la administración pública, y empleos cualificados en la agricultura, la industria y la construcción. La única excepción a esta regla general es en la categoría de «técnicos y profesionales de apoyo», donde los hombres con discapacidad son más numerosos (3,8%) que las mujeres (2,7%), mientras que en la población general sucede lo contrario. Cada grupo/género destaca por uno de los diez tipos de ocupación, donde se concentra en torno a la cuarta parte de los efectivos laborales:

- El 24,7% de las mujeres de la población general trabaja en servicios de restauración, comercio y servicios personales. La siguiente categoría es la de trabajadoras no cualificadas (19,5%).
- El 25,9% de las mujeres con discapacidades son trabajadoras no cualificadas; viene a continuación la categoría de servicios de restauración, comercio y servicios personales (20,9%).
- El 25,5% de los hombres de la población general son trabajadores de la industria, la construcción y la minería; en segundo lugar, están los operadores de instalaciones y maquinaria (13,8%).
- El 20,8% de los hombres con discapacidades son operadores de instalaciones y maquinaria; tras ellos, los trabajadores no cualificados (19,9%).

A continuación señalamos las principales ocupaciones concretas de las personas con discapacidad en cada una de las diez categorías descritas. Aludimos también brevemente a las principales diferencias en función del sexo y la edad.

### **Dirección de las empresas y de la administración pública**

Este tipo de ocupación la desempeña una de cada veinte personas con discapacidad (en números absolutos: 15.000 hombres y 9.000 mujeres). La proporción de personas que ocupan puestos directivos se incrementa a medida que avanzan los tramos de edad: 1,3% en la juventud (16-29 años), 5% en la edad intermedia (30-44 años) y 7% en la etapa laboral más avanzada (45-64 años).

Por ocupaciones, la mayoría lleva la gerencia de empresas de menos de 10 asalariados, destacando las de comercio al por menor (14%, mayoría mujeres), restauración (12%, mayoría también mujeres), hospedería (5%, equilibrio de sexos), comercio al por mayor (3%, mayoría hombres) y otras diversas, siempre con menos de 10 asalariados (19%, mayoría hombres).

El siguiente bloque corresponde a la gerencia de comercios, restaurantes y otras empresas sin asalariados (23%), donde la tasa de participación femenina es más elevada (salvo, de nuevo, en los comercios al por mayor, en que dominan los hombres).

Un pequeño sector trabaja en la dirección general o presidencia ejecutiva de empresas grandes (7%) o dirige áreas o departamentos especializados (8%). En ambos casos la tasa masculina dobla a la femenina, claro síntoma de la discriminación de sexos en los puestos de poder de las empresas.

Por último, un sector todavía menor forma parte del personal directivo de la administración central o autonómica (4%, mayoría mujeres) y de los gobiernos locales (2%, mayoría hombres).

### **Técnicos y profesionales, científicos e intelectuales**

En esta categoría se reúne algo más de la décima parte de las personas ocupadas con discapacidad (25.000 mujeres y 18.500 hombres). En conjunto son el 8% de la juventud ocupada con discapacidad, el 11% en la edad intermedia y el 10% a partir de los 45 años.

El bloque mayor de esta categoría lo forma el profesorado, ya sea de enseñanza secundaria (15%, con equilibrio de sexos), primaria e infantil (12%, casi totalmente ocupado por mujeres) y universidad (4%, equilibrio de sexos).

En segundo lugar, están las diversas especialidades de la sanidad: medicina y odontología (8%, mayoría hombres), enfermería (7%, mayoría mujeres) y otros con tasas inferiores al 2% (farmacéuticos, veterinarios, etcétera).

A continuación, los profesionales superiores de las administraciones públicas (9%) informáticos (5%), ingenieros (4%), un grupo heterogéneo de sociólogos, historiadores, filósofos, filólogos, psicólogos y asimilados (3,4%), abogados y fiscales (3,1%), profesionales en organización y administración de empresas (3,1%), economistas (2,7%), etcétera.

### **Técnicos y profesionales de apoyo**

Suponen el 3,3% del total de las ocupaciones (9.000 mujeres y 5.000 hombres), presentes con un peso parecido en los tres tramos de edad. Incluyen a profesionales de nivel medio, entre los que destacan los técnicos en finanzas y comercio (35% de mujeres del grupo y 16% de hombres). Sobre el resto de los especialistas, las mujeres destacan en educación infantil y especial (14%) y en profesionales medias de sanidad (11%); los hombres en ciencias físicas, químicas e ingeniería (16%), equipos ópticos y electrónicos (14%), técnicos en informática (13%), delineantes y diseñadores técnicos (12%).

## Empleados de tipo administrativo

Es el segundo grupo por frecuencia en la ocupación de las personas con discapacidad y da trabajo a casi la quinta parte de ellas (38.500 mujeres y 38.000 hombres), con tasas de presencia muy parecidas en los diversos tramos de edad.

La presencia de hombres y mujeres es similar en el conjunto de esta categoría, pero varía notablemente en función de las diversas ocupaciones. Entre las mujeres destacan las auxiliares administrativas con atención al público (21%) y sin atención al público (17%), seguidas de las profesionales de apoyo a la gestión administrativa (16%). Entre los hombres, las ocupaciones más frecuentes son cajero, taquillero y otros empleos asimilados, en los que se mantiene trato directo con el público (23%), auxiliar contable y financiero (14%), representante de comercio y técnico de venta (13%) y auxiliar administrativo sin atención al público (11%).

En el conjunto de ambos sexos destaca la ocupación de cajero, taquillero y empleos asimilados, en la que trabaja el 18% del sector, le siguen los auxiliares administrativos sin trato directo con el público (14%). Sin embargo, en la población general la ocupación más frecuente de esta categoría es la de auxiliar administrativo con trato directo con el público (27,5%); la de cajero y taquillero es del 13%.

## Trabajadores de restauración, comercio y servicios personales

El tercer grupo por el número de ocupaciones da empleo a una de cada cinco mujeres con discapacidad (41.000 en números absolutos) y a uno de cada 10 hombres (23.000). La tasa de frecuencia se incrementa en la juventud, sobre todo en el caso de las mujeres (29% del total de las ocupaciones), y se estabiliza a partir de los 30 años en torno al 15%.

Por ocupaciones, la que sobresale en ambos sexos es la de dependiente de comercio, almacén, quiosco o mercado (32% de las mujeres de esta categoría y 29% de los hombres). La siguen, entre las mujeres, la de auxiliar de enfermería (18%), cuidadora de personas (12%), cocinera (12%) y camarera (11%); y, para los hombres, camarero (16%), cuidador de personas (10%), auxiliar de enfermería y policía (7%).

## Trabajadores cualificados en agricultura y pesca

Esta categoría tan sólo recoge al 3% de las personas con discapacidad que tienen trabajo (8.500 hombres y 3.500 mujeres); no obstante, dicha tasa es mayor en el tramo de edad juvenil (6%).

La ocupación concreta más frecuente es el trabajo agrícola (67% de las mujeres y 64% de los hombres), seguida del ganadero (18% en ambos sexos) y del pesquero (6%, más mujeres que hombres). En el caso de las ocupaciones agrícolas, la mitad es por cuenta propia (predominantemente mayores de 45 años) y la mitad por cuenta ajena (la mayoría menores de 30 años).

## Trabajadores cualificados de la industria, la construcción y la minería

Estas ocupaciones tienen mucho menos peso que en la población general y tradicionalmente las han desempeñado los hombres (el 95%). Su presencia entre la población masculina con discapacidades tiene cierta importancia (11%, 26.000 sujetos) pero es casi nula entre las mujeres (0,7%, 1.300).

Por trabajos destacan, entre los hombres, albañil (36% del sector), carpintero (16%), pintor (11%) y electricista (10%). Entre las mujeres, dos de cada tres son pintoras, electricistas o especialistas en trabajos de acabado de construcción.

## Operadores de instalaciones y maquinaria

Forman la segunda categoría por el número de ocupaciones que proporcionan a los hombres con discapacidad (49.000), y el quinto en el caso de las mujeres (13.000 mujeres). La frecuencia es algo mayor en el tramo de la juventud (22% de los chicos entre 16 y 29 años, por el 11% de las chicas) que a partir de los 30 años (20% de los hombres, 6% de las mujeres).

Las ocupaciones están muy diversificadas; los hombres destacan en cuatro de ellas: mecánico y ajustador de maquinaria (11% del grupo), conductor de camiones (10%), moldeador, soldador o chapista (9%) y mecánico y ajustador de equipos eléctricos o electrónicos (7%); las mujeres destacan en tres: industrias de la alimentación, bebidas y tabaco (17%), textil, confección y asimiladas (14%) y montadora o ensambladora (11%).

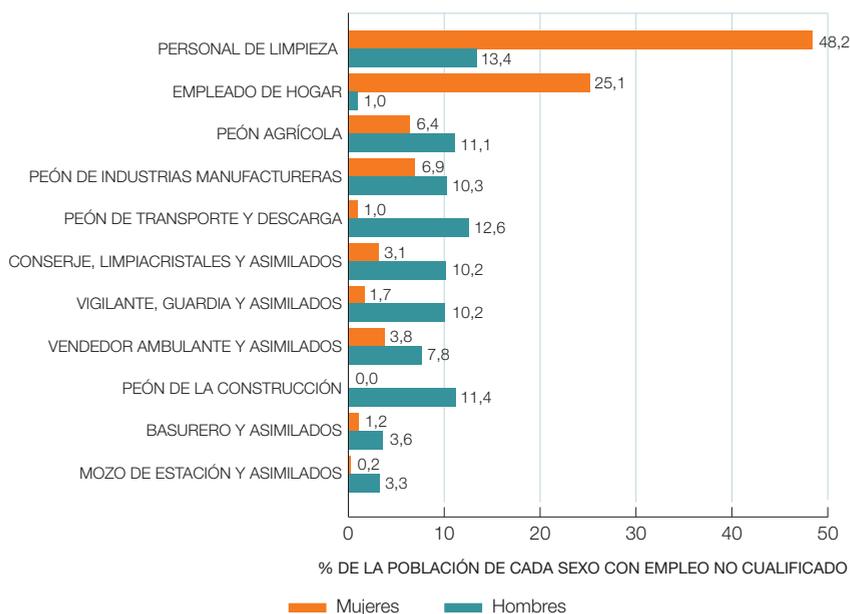
## Empleos no cualificados

Esta categoría es la que da más empleo a las personas con discapacidad: una de cada cuatro mujeres (48.000 en total) y uno de cada cinco hombres (46.500), con una tasa de presencia muy parecida en los diversos tramos de edad. Se trata de trabajos que requieren una menor cualificación y nivel de estudios, lo que explica la mayor presencia en ellos de las personas con problemas de exclusión educativa y social.

Por ocupaciones, las mujeres están concentradas en dos (personal de limpieza y empleadas de hogar), mientras que los hombres tienen empleos más diversificados. El gráfico 6.8 recoge con más detalle el peso de las principales ocupaciones para cada sexo. Se puede observar una total masculinización de los peones de la construcción y la casi total feminización de las empleadas de hogar (por cada hombre, 25 mujeres).

GRÁFICO 6.8

### Principales ocupaciones no cualificadas de hombres y mujeres con discapacidades (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, media de 2008, para la población general.

## 6.5. Condiciones de trabajo

Entre las condiciones laborales que se conocen a través de la EDAD-2008, la más importante es el tipo de contrato y la duración prevista en los contratos temporales; también el tipo de jornada (partida, continua, turnos), el tamaño de las empresas y si se ha tenido que adaptar el puesto de trabajo a la discapacidad de la persona. No se pregunta sobre la remuneración ni los salarios de los trabajadores, lo que representa un importante déficit informativo,<sup>(4)</sup> que, sin embargo, puede subsanarse gracias a la información recogida a nivel europeo por la Encuesta de Condiciones de Vida de 2004.

La tasa de temporalidad de los contratos de personas con discapacidad en 2008 era del 29%, un punto menos que la media de la población trabajadora en España en aquel año (30,1%). Dicha tasa era cinco puntos superior a la registrada en 1999 (25%), cuando la diferencia con la población general era más favorable a las personas con discapacidad (siete puntos menos que la población general).

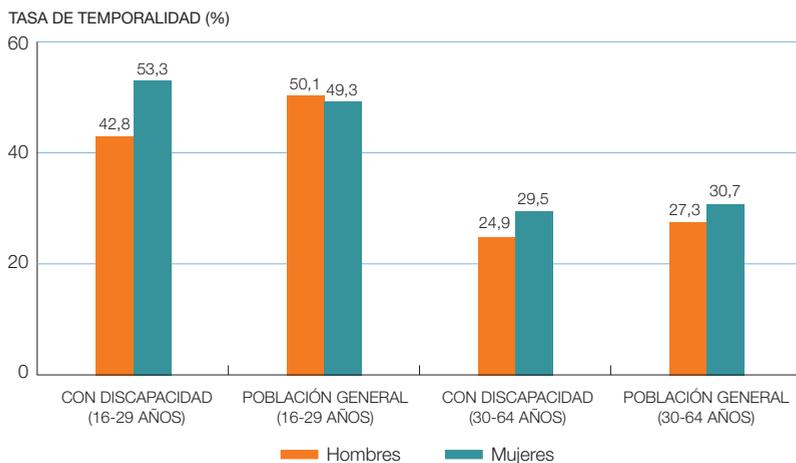
En el colectivo estudiado, la temporalidad de las mujeres en 2008 era algo mayor (32%) que la de los hombres (28,7%), con diferencias notables por tramos de edad, tal como ocurre también entre la población general. En el gráfico 6.9 se observa que las mujeres con discapacidad tienen siempre una tasa mayor que el resto de los grupos, siendo especialmente elevada entre las más jóvenes.

La tasa de temporalidad guarda estrecha relación con el tamaño de las empresas: en las de menos de 10 trabajadores la proporción de empleos temporales entre las personas con discapacidad es del 43%; en las de 10 a 19 baja al 39%; en las de 20 a 100, al 25%; si sobrepasan el centenar, al 20%. No obstante, estas diferencias eran todavía mayores en 1999, cuando la temporalidad en las empresas de más de cien empleos era tan sólo del 9%, menos de la mitad que en 2008.

(4) Se dispone de información sobre el montante total de ingresos en el hogar pero sin especificar las fuentes ni si corresponden a la persona con discapacidades.

GRÁFICO 6.9

### Tasa de temporalidad en el empleo de las personas con discapacidad y de la población general, por tramos de edad y sexo (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, media del cuarto trimestre de 2007 y del primero de 2008, para la población general.

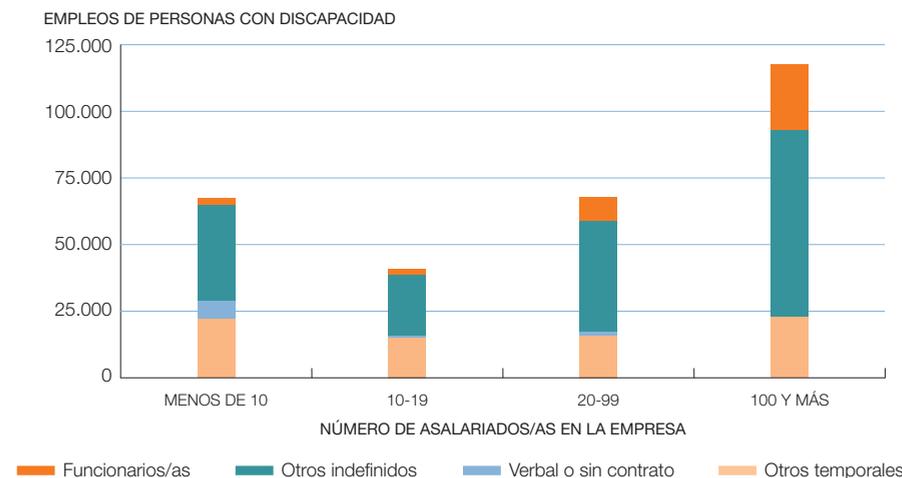
El gráfico 6.10 recoge el tamaño de las empresas en las que trabajan las personas con discapacidad y la tipología de los contratos existentes:

- Los contratos indefinidos con estatus de funcionario público son 38.500 y están concentrados en las empresas de mayor tamaño (21% en las de más de 100 asalariados; 13% en las de 20-99; 6% en las de 10-10, y 3,7% en las menos de 10).
- Los contratos indefinidos en el sector privado sobrepasan ligeramente los 170.000 empleos y superan el 50% en las empresas de cualquier tamaño, con la mayor tasa en las de 21 a 99 empleos (62%) y la menor en las más pequeñas (54%).
- Los trabajadores sin contrato o con acuerdos meramente verbales no llegan a 10.000 (3% del total de los asalariados), pero representan hasta el 10% en las empresas de menor tamaño.

- El resto de los contratos temporales suman otros 75.000 empleos, superan el 35% en las empresas de menos de 20 asalariados y bajan al 23 y 19% en las de mayor tamaño.

GRÁFICO 6.10

### Tipo de contrato de las personas asalariadas con discapacidad según el tamaño de las empresas (totales)



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

La duración estipulada en los contratos temporales es muy variada: el 8% no pasa de seis meses y el 12% se sitúa entre seis meses y tres años. Estas tasas son mejores que las de la población general en la misma fecha, que eran del 17 y 16%, respectivamente. En la misma línea, la rotación en el empleo de las personas con discapacidad es menor: llevaban menos de un año en su actual ocupación el 16% (20% la población general) y entre uno y dos años el 8% (11% la población general).

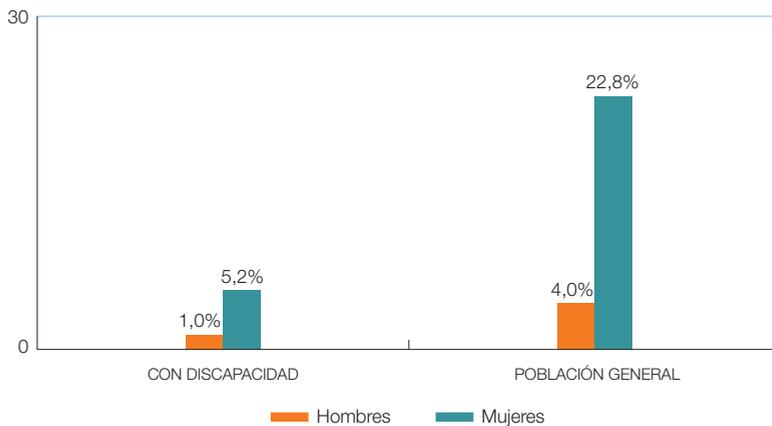
La jornada laboral es partida en el 41% de los casos; continua en el 30%; por turnos en el 12%; irregular o variable, según los días, en el 10%, y reducida tan sólo en el 2,8% (12% en la población general de 2008, según la EPA). La jornada laboral partida es bastante más habitual entre los hom-

bres (48%) que entre las mujeres (32%). En los casos de jornada continua, la inmensa mayoría tenía el trabajo por la mañana y sólo un 0,9% por la noche (1,3% los hombres, 0,4% las mujeres). La jornada por turnos móviles –de mañana, tarde y noche– afectaba algo más a las mujeres (12,4%) que a los hombres (10,9%), lo mismo que la jornada reducida (5,2% de las mujeres, 1% de los hombres). Por tramos de edad, las diferencias de jornada son poco relevantes salvo en el caso de los turnos, mucho más frecuentes entre jóvenes con discapacidades (18% los de 16 a 29 años, y 17% las mujeres) que en los adultos (11% a partir de los 30 años).

Si se tiene en cuenta la flexibilidad que suponen los empleos de jornada parcial o reducida para las personas con discapacidad, especialmente para quienes no pueden trabajar muchas horas seguidas, resulta extraño que la tasa de personas de ambos sexos en esa modalidad de jornada sea muy inferior a la media general de la población trabajadora, tal como se resalta en el gráfico 6.11.

GRÁFICO 6.11

### Jornada reducida o parcial entre las personas con discapacidad y en la población general, por sexos (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, media del cuarto trimestre de 2007 y del primero de 2008, para la población general.

Sólo el 8% de las personas ocupadas con discapacidad dispone en su puesto de trabajo de alguna adaptación técnica para desempeñar sus funciones de la forma más adecuada a sus características personales. Estas ayudas han sido más utilizadas por quienes presentan discapacidades de movilidad (15%) y de desempeño de las tareas de la vida doméstica (13%). Un estudio cualitativo que explora los puntos de vista del empresariado «demuestra una ignorancia significativa sobre las discapacidades y sobre las respuestas técnicas y organizativas (recursos tecnológicos y humanos) para aprovechar las capacidades y apoyar a los trabajadores afectados, y se detectan fantasmas especialmente en lo que atañe a los costes económicos de la introducción de estos medios y recursos. Pero lo que es más grave, se desconocen muchas veces las propias ayudas establecidas para la adaptación al puesto de trabajo» (Fundación CIREM, 134).

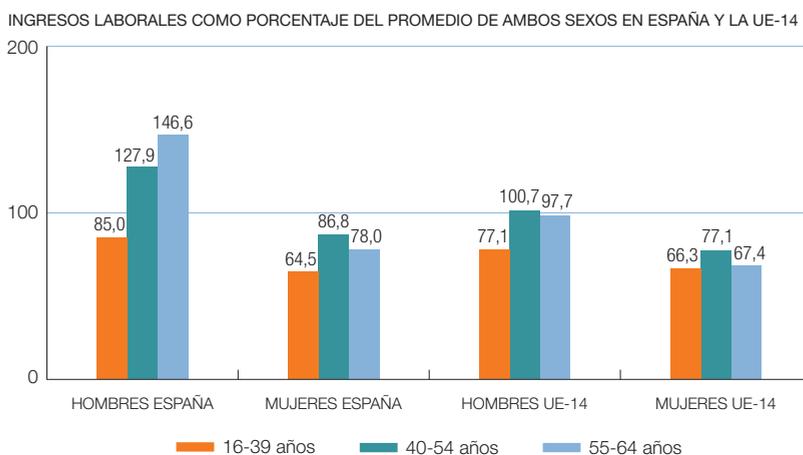
Por último, la información recogida sobre los ingresos brutos de las personas ocupadas que «sufrían alguna limitación crónica o de larga duración» en 2004 se basa en la Encuesta de Condiciones de Vida, coordinada por Eurostat. En conjunto, los ingresos de estas personas eran un 8,5% inferiores a la media de ingresos de las personas ocupadas sin limitaciones pero con enormes diferencias en función del sexo y la edad. Mientras que las mujeres ganaban un 25,9% menos que el promedio general de los españoles sin discapacidades, los hombres ganaban un 7% más, y estas diferencias en el empleo masculino se incrementaban extraordinariamente por tramos de edad. No podemos contrastar estos resultados porque la EDAD-2008 no contiene información sobre remuneraciones salariales; sin embargo existen indicios en la encuesta a los que ya hemos aludido, como la menor proporción de contratos temporales y con jornada reducida para los hombres con discapacidad de edad avanzada, que justifican una remuneración salarial mayor.

Los resultados de la comparación de los ingresos laborales en España con los del conjunto de la Unión Europea en 2004 (14 países respondieron a la encuesta de Eurostat) son claros y a la vez sorprendentes, ya que España presenta los mejores resultados en cuanto a ingresos laborales de los hombres con discapacidad en relación con la media de ingresos de ambos sexos de quienes no tienen discapacidad en el respectivo país. En cambio las mujeres ocupan el quinto puesto, por detrás de Finlandia, Portugal, Fran-

cia e Italia (APPLICA *et al.*, 2007: 160). El gráfico 6.12 muestra la distancia entre los ingresos de las mujeres y los de los hombres ocupados con discapacidades respecto a la media de ingresos de las personas de ambos sexos sin discapacidad en España y en el conjunto de la Unión Europea. El promedio de ingresos laborales de los hombres en España es un 44% mayor que el de las mujeres, diferencia que en la UE-14 se reduce al 22%, lo que explica en parte los extraordinarios repuntes de la tasa masculina a partir de los 40 años.

GRÁFICO 6.12

**Media de ingresos de mujeres y de hombres ocupados con limitaciones, en relación con la media de ingresos de las personas de ambos sexos sin discapacidad en España y en la Unión Europea, por tramos de edad (2004)**



Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Vida, 2004. Datos elaborados a partir de APPLICA & CESEP & ALPHAMETRICS, 2007: 160.

## 6.6. El desempleo en las personas con discapacidad

La EDAD-2008 recoge el dato de desempleo a partir de la pregunta: «¿Cuál era la relación principal con la actividad económica en la semana anterior a responder el cuestionario?» De acuerdo con las respuestas, 106.000 personas se encontraban «en desempleo», lo que suponía el 7,2%

de las personas en edad laboral (16 a 64 años en 2008), y el 20,3% de las personas «activas» (suma de ocupados más parados). En la definición de las variables utilizadas en la EDAD-2008, que fueron la base para planificar el trabajo de encuestación, se entiende el desempleo con un criterio muy parecido al de la EPA, pero con la salvedad de que amplía de dos semanas a tres meses el tiempo disponible para acceder a trabajar: «Todas las personas que durante la semana de referencia hayan estado sin trabajo, estén disponibles para trabajar en el plazo de dos semanas a partir de la fecha de la entrevista y busquen empleo, es decir, hayan tomado durante las últimas cuatro semanas medidas concretas para encontrar un trabajo por cuenta ajena o para establecerse por su cuenta [...] Se considerarán también paradas aquellas personas que estén a la espera de incorporarse a un nuevo trabajo dentro de los tres meses posteriores a la semana de referencia» (INE, 2010: 98). Sin embargo, en otra pregunta del cuestionario se plantea expresamente si se está buscando empleo: de la valoración de la respuesta resultan 136.000 personas buscadoras de empleo, de las cuales sólo 56.000 respondieron que su actividad principal era el «desempleo»; en cambio había otros dos bloques bien diferenciados: 30.000 personas que se encontraban trabajando pero buscaban otro empleo, y 50.000 que buscaban empleo y no lo tenían, a pesar de lo cual no definían su actividad principal como «desempleadas».<sup>(5)</sup>

Aunque la mayoría de las personas con discapacidad en edad laboral puede desempeñar un trabajo, la tasa de inactividad del colectivo llega al 65%, 40 puntos porcentuales más que la población general de España entre 16 y 64 años (25%). Este hecho representa sin duda una anomalía o, dicho más propiamente, una forma de exclusión social del colectivo, en este caso del acceso al empleo. Además del conjunto de personas activas, ya hemos señalado que la tasa de paro en 2008 entre las personas con discapacidad era más del doble (20,3%) que la de la población general (9,2%), situación que con toda seguridad se ha agravado para ambos grupos a raíz de la crisis económica de los últimos años. Si el incremento de la tasa de desem-

(5) En el caso de sumar este último grupo a quienes se definen en la encuesta como personas «en desempleo», su número se situaría en 157.000, lo que daría lugar a una tasa de paro del 27,2%. No obstante, si se optara por definir el paro con el criterio de la EPA, habría que descontar 51.000 personas autocalificadas como «desempleadas» pero que no buscaban activamente empleo, con lo que de nuevo volveríamos a la cifra inicial de 106.000 personas. Ante esta complejidad de cifras, hemos optado por considerar como personas desempleadas a quienes se definen como tales.

pleo entre las personas con discapacidad mantuviera la misma distancia relativa con la población general que en 1999 (26,1/15,8%), la tasa de paro del primer grupo se situaría en el 35%, y si mantuviera la distancia relativa de 2008 (20,9/9,2%), llegaría al 46%.

En el presente apartado se detallan las características y circunstancias del colectivo con discapacidad que se autodefine «en desempleo» en la EDAD-2008, a sabiendas de que son muchas más las personas que desearían encontrar un empleo, si ello fuera viable, sin verse relegadas a jubilarse anticipadamente (sobre todo los hombres, mediante pensiones ligadas a un certificado de «minusvalía») o recluirse en las tareas domésticas (sobre todo las mujeres). Para ello analizaremos los siguientes puntos:

- Tasa de paro en función de las características y circunstancias del colectivo, desde el sexo, la edad o los estudios hasta el tipo de discapacidad y deficiencia, el nivel de renta de los hogares, el hábitat o la comunidad autónoma de residencia, la nacionalidad, etcétera.
- El tiempo transcurrido en el paro, también en función de diversas características.
- Los métodos que más se utilizan para buscar empleo.
- Los motivos que se aducen para explicar la dificultad de encontrar empleo, en especial, hasta qué punto se considera que es precisamente la discapacidad el origen de la exclusión laboral.
- Por último, se expondrán los motivos por los que personas con discapacidad que podrían trabajar han dejado de buscar empleo.

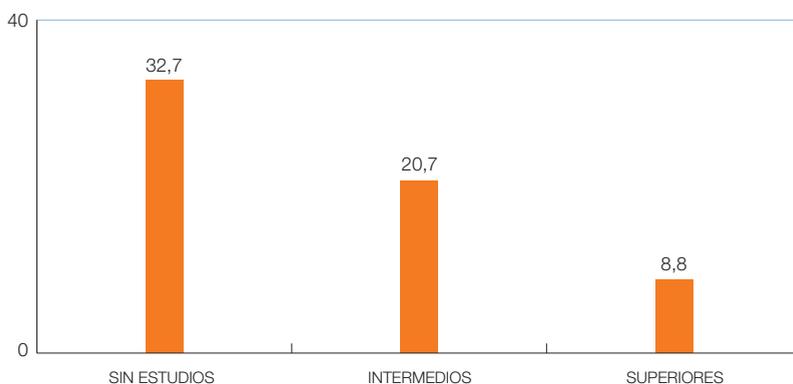
### **Tasa de paro por sexos, grupos de edad, estudios y tipos de discapacidad**

Como ocurría hace una década, el desempleo afectaba en 2008 bastante más a las mujeres con discapacidad (24%) que a los hombres (17,2%), si bien esta desigualdad de género se ha reducido cuatro puntos porcentuales desde entonces (en 1999 las tasas eran 33,1 y 22,1%, respectivamente). Por otra parte, tal como ocurre con la población general, la tasa de paro juvenil (27,6%) era mayor que la de la población adulta (la tasa de paro juvenil de la población general en la misma fecha era del 14,7%).

En cuanto al nivel de estudios, la tasa de paro es cuatro veces mayor en quienes no tienen estudios (no saben leer ni escribir o no han terminado los estudios primarios) que en los que han terminado estudios universitarios; se sitúan en una posición intermedia quienes han cursado estudios medios (los datos figuran en el gráfico 6.13). Esta misma correlación se aprecia también, pero en sentido inverso, en la tasa de actividad, mucho más elevada en quienes tienen estudios universitarios (62%) que entre quienes no los tienen (17%); de nuevo las tasas intermedias corresponden a los que han terminado educación primaria (31%), secundaria obligatoria (40%), bachillerato (50%) y ciclos de formación profesional de grado medio (51%) o de grado superior (54%).

GRÁFICO 6.13

### Tasa de paro de las personas con discapacidad según el nivel de estudios (porcentaje)



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

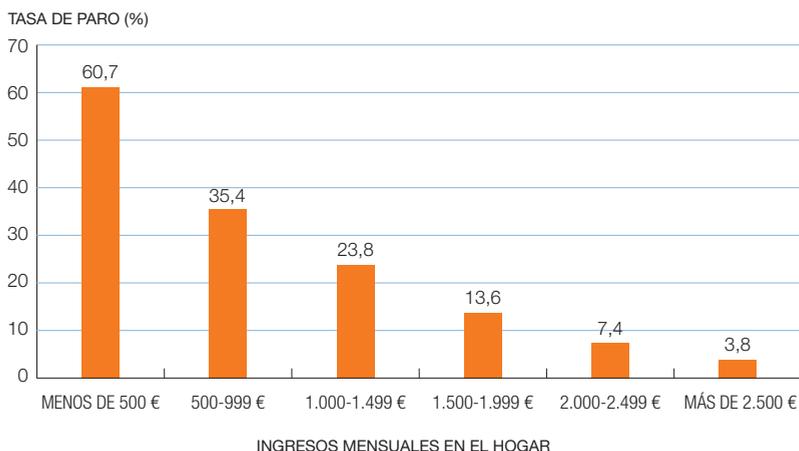
En los ocho grandes tipos de discapacidad, sólo el grupo de las personas con limitaciones de audición presentaba una tasa de paro inferior (12,6%) a la media española de 2008 (14,6%). Las tasas más elevadas se dan en los tipos de discapacidad que suponen limitaciones para la interacción y las relaciones interpersonales (39,1%), así como dificultades de aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas (37,6%). Se trata justamente de aquellas en cuyo origen prevalecen las deficiencias psíquicas (múltiples, del lenguaje y mentales).

## El paro es mayor en los hogares con ingresos bajos

En los hogares de personas con discapacidad cuyos ingresos medios superan los 1.500 euros mensuales la tasa de paro está por debajo de la media española, y es casi nula (3,8%) cuando se superan los 2.500 euros mensuales. En cambio, en los hogares con ingresos mensuales inferiores a 1.000 euros el paro duplica el promedio general, y en los que ingresan menos de 500 llega al 60% (gráfico 6.14). Estas desigualdades se producen en los diversos tramos de la edad laboral, tanto si las personas con discapacidad son jóvenes como si son mayores. Para explicar este fenómeno plantearemos dos hipótesis: 1) dado que el trabajo remunerado es la principal vía de ingresos de las familias, es lógico que la renta sea menor en los hogares donde hay personas en paro; 2) la pobreza crónica de los sectores sociales excluidos es multidimensional y da lugar, entre otros efectos, a mayores tasas de desempleo entre sus miembros. Lo más probable es que ambas hipótesis expliquen en parte la fuerte correlación existente entre desempleo y pobreza.

GRÁFICO 6.14

### Tasa de paro de las personas con discapacidades según el nivel de ingresos de su hogar (porcentaje)



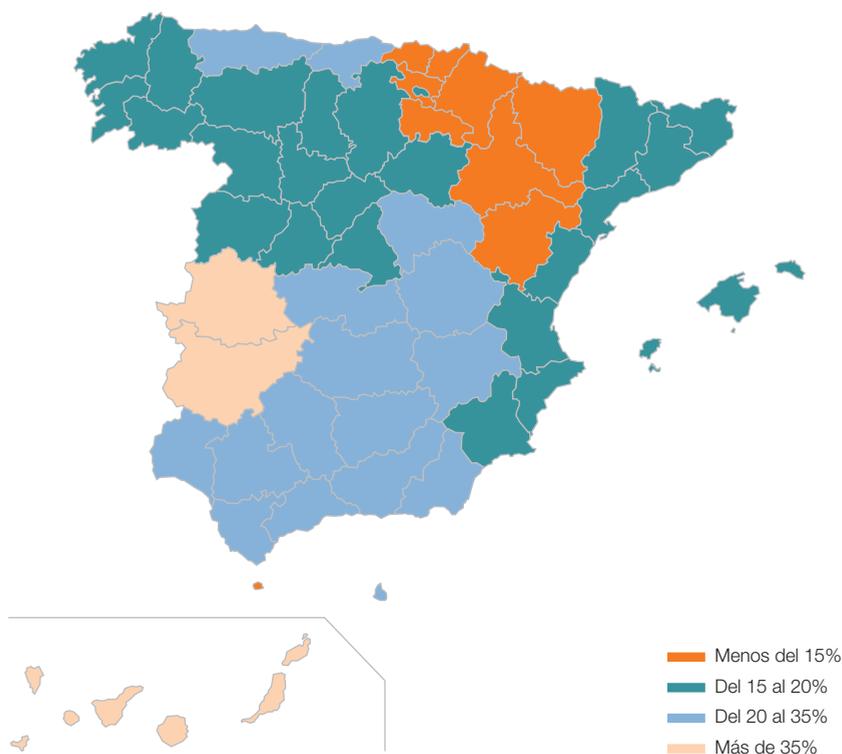
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

## Diferencias territoriales

La tasa de paro de las personas con discapacidad en edad laboral varía mucho según la comunidad autónoma, y es especialmente elevada en Canarias (42,1%) y Extremadura (36,3%). En el polo opuesto, con menos desempleo en 2008 y siempre por debajo de la media española, se hallaban La Rioja (7,7%), Aragón (9,1%), el País Vasco (10,5%) y Navarra (12,9%). El resto de comunidades se situaba en posiciones intermedias, como muestra el mapa 6.1.

MAPA 6.1

### Tasa de paro de las personas con discapacidades por comunidades autónomas



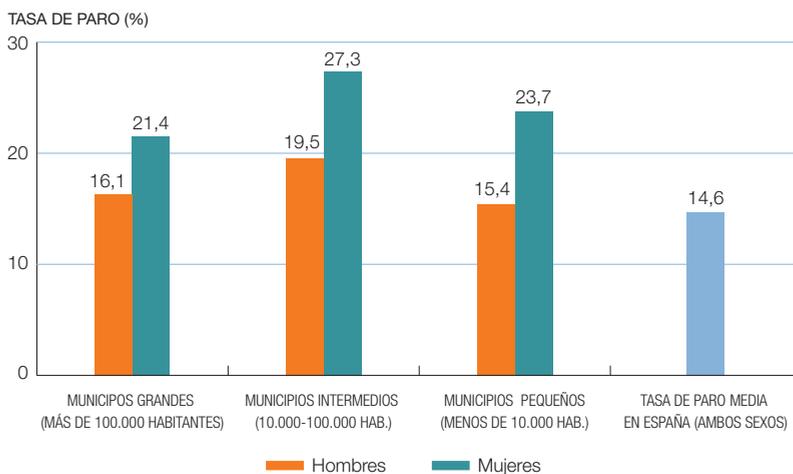
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008.

En la mayoría de los casos la tasa de actividad se incrementa en las comunidades que tienen menos desempleo. Esta circunstancia anima a las personas con discapacidad a buscar un trabajo remunerado, y, en consecuencia, aumenta la tasa de actividad. Tal es el caso de Aragón y Navarra que, junto con Madrid, son las regiones con mayor tasa de personas activas.

El tamaño de los municipios influye también en la tasa de paro, de manera que es más baja en las ciudades grandes, con más de 100.000 habitantes (18,6%) y en los pueblos pequeños, con menos de 10.000 (18,7%), y más alta en las ciudades intermedias (23,2%). Por otra parte, la desigualdad de género en las tasas de paro, en perjuicio de las mujeres, está presente en todos los casos, pero es bastante mayor en los pueblos pequeños (8,3 puntos porcentuales de distancia entre las tasas masculina y femenina) que en las ciudades grandes (5,3 puntos), tal como se recoge en el gráfico 6.15.

GRÁFICO 6.15

### Tasa de paro de hombres y mujeres con discapacidad según el tamaño de los municipios (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, media del cuarto trimestre de 2007 y del primero de 2008, para la población general.

Por último, la tasa de paro de las personas extranjeras con discapacidad era similar a la de la población española de la misma condición, si bien con diferencias importantes en función de la nacionalidad: mientras que la población de otros países comunitarios presentaba la mitad de desempleo (10%) que la española (20%), la no comunitaria tenía dos puntos más de promedio (22%). En este último caso la tasa de paro femenina era cuatro veces mayor (32%) que la masculina (9%), es decir, la desigualdad de sexo en el acceso al empleo de las personas con discapacidad resultaba particularmente elevada entre la población no comunitaria.

### Formas más habituales de búsqueda de empleo

La EDAD-2008 solicita a las personas que buscan empleo<sup>(6)</sup> que indiquen los métodos que han utilizado en las cuatro últimas semanas, dando hasta tres opciones de respuesta. El método más frecuente –dos tercios de los encuestados– es la inscripción en el Servicio Público de Empleo; piensan que estar en dicho registro, aunque sea pasivamente, es ya una forma de buscar empleo. En segundo lugar, en torno a un tercio de ambos sexos ha recurrido a las relaciones personales para conseguir trabajo. En tercer lugar, se han dirigido directamente a las empresas para ofrecer sus servicios (en torno a la cuarta parte de ambos sexos). Por último, se han utilizado diversos medios como la prensa, la inscripción en oficinas privadas de empleo, preparar oposiciones, tratar de establecerse por su cuenta, etcétera (gráfico 6.16).

(6) Esta pregunta se dirige a las personas que buscan empleo, ya sea porque están paradas (106.000) o porque intentan cambiar de empleo (30.000).

GRÁFICO 6.16

### Métodos utilizados en las cuatro últimas semanas para buscar empleo (multirrespuesta, en porcentaje)



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

### Más de la mitad en paro, de larga duración

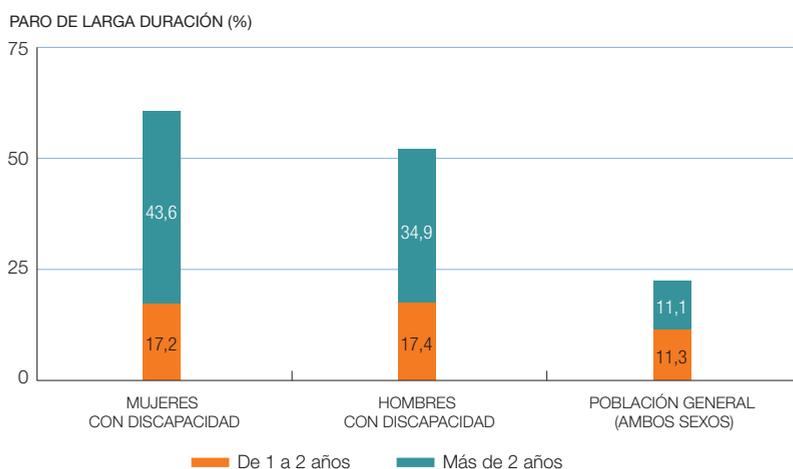
El estancamiento en la situación de desempleo es mucho mayor entre las personas con discapacidad que en la población general, circunstancia que probablemente sea la causa del desánimo de una parte importante del colectivo a la hora de buscar empleo y, por tanto, de su baja tasa de actividad (35,5%, menos de la mitad de la media española: 73% en 2008). Así, si entendemos por «parados de larga duración» a quienes llevan más de un año sin empleo, se encontraba en esta situación más de la mitad de las personas en paro con discapacidad (56,9%), frente a una quinta parte de la población general (21,3%). Diez años atrás, en 1999, el número de parados de larga duración entre personas con discapacidades era todavía mayor (58,1%), pero la diferencia en este punto con la población general era mucho menor (de 8 puntos, en lugar de 25).

El paro de larga duración se intensifica en las mujeres (gráfico 6.17), lo que puede contribuir a que se desanimen antes de buscar empleo, dando lugar a una tasa de actividad 10 puntos inferior a la de los hombres (31,2 frente a 41,3%). Del mismo modo, el paro de larga duración (más de un año

buscando empleo) se incrementa con la edad: 33% en la juventud (16-29 años), 47% en el tramo de 30 a 44 años y 70,6% entre los 45 y 64. La diferencia se vuelve extrema en el sector de personas en paro que llevan más de cinco años buscando empleo: 2% los jóvenes, 16% en la edad intermedia y 31% a partir de los 45 años.

GRÁFICO 6.17

### Paro de larga duración (más de un año) de hombres y mujeres con discapacidad, y comparación con la media de la población general (porcentaje)



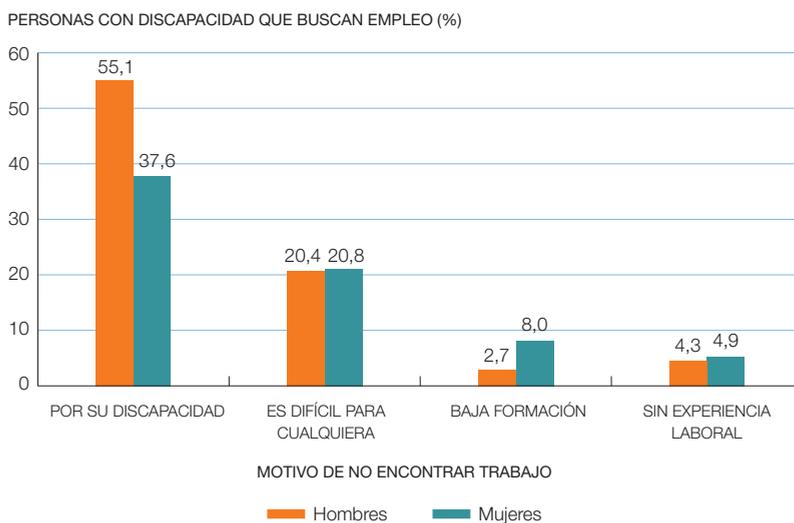
Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa, media del cuarto trimestre de 2007 y del primero de 2008, para la población general.

¿Por qué les cuesta tanto encontrar empleo a las personas con discapacidad? Esta cuestión ofrece mayoritariamente dos respuestas: «por su discapacidad» (45,9%) o porque «encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera» (20,7%). En el primer caso, se trataría de una exclusión del mercado de trabajo debida a la discapacidad; insisten más en este argumento los hombres (55,1%) que las mujeres (37,6%). En el segundo caso, se trata de una exclusión compartida con el resto de la clase trabajadora, argumento apoyado igualmente por ambos sexos. Además de estas razones, se mencionan otras dos: la falta de formación (5,4%), ya sea porque «los estudios no le

«sirven para encontrar trabajo» (mujeres, 6,6%; hombres, 1,6%) o simplemente porque «no tiene estudios» (1,2%); y la «falta de experiencia laboral» (4,6%, con equilibrio de ambos sexos) (gráfico 6.18).

GRÁFICO 6.18

### Principales razones por las que no encuentran empleo (porcentaje)



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

Si se analizan las anteriores respuestas según el origen de las discapacidades, el motivo principal que se aduce en todos los casos para no encontrar trabajo es la propia discapacidad, con una excepción: quienes tienen problemas de visión consideran con mayor frecuencia que «encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera» (30%). El argumento de la propia discapacidad es omnipresente en quienes tienen deficiencias del sistema nervioso (67%), múltiples (61%) o mentales (60%), y aparece con menos frecuencia, como se ha dicho, en las deficiencias visuales (25%) pero también en las del oído (33%) y el lenguaje, habla y voz (39%). La «falta de experiencia» es planteada principalmente por quienes tienen deficiencias mentales o múltiples (7% en ambos casos).

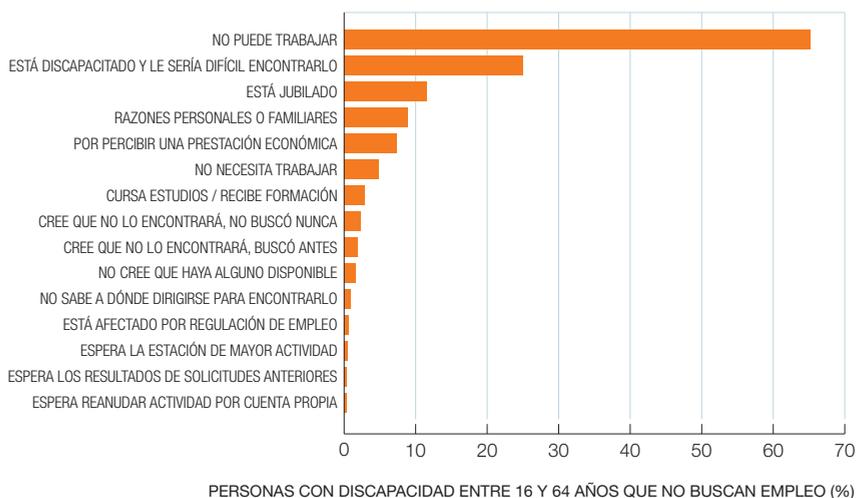
## 6.7. Causas de la baja tasa de actividad

Casi el 70% de las personas con discapacidad en edad laboral (536.000 mujeres y 473.000 hombres) no tienen empleo ni lo buscan. Ante la pregunta de por qué no lo buscaban, la encuesta de 2008 proporcionaba 15 causas posibles, de las que se pedía señalar un máximo de tres. De acuerdo con los resultados detallados en el gráfico 6.19, se pueden agrupar así:

- La principal razón es que «no pueden trabajar» (64,4%), a la que se unen otras tres: «estar (pre)jubilados» (11,2%), «percibir una prestación económica» (7,1%) o «estar afectados por regulación de empleo» (0,4%). Es decir, que en torno al 80% aduce diversos motivos por los que «no puede trabajar», motivos sobre los que luego volveremos.
- El segundo gran argumento es que, «como están discapacitados, creen que sería difícil encontrar empleo» (24,6%), a lo que se añaden tres causas más: «cree que no lo encontrará, no buscó nunca» (2,1%), «cree que no lo encontrará, buscó anteriormente» (1,8%) y «no cree que haya alguno disponible» (1,4%). Sumadas estas diversas razones, se llegaría al 30%.
- Dos razones remiten a que no buscan empleo porque ya tienen otra ocupación principal: «cursa estudios o recibe formación» (2,6%) y «razones personales o familiares» (8,6%): este último argumento es esgrimido mayoritariamente por las mujeres dedicadas al trabajo doméstico. Incluso otra causa señalada por el 4,6% («no necesita trabajar») se podría relacionar con el hecho de que están ocupadas como trabajadoras del hogar (dos tercios son amas de casa), o bien que, debido a las pensiones que reciben, no necesitan más fuentes de ingresos (una quinta parte son pensionistas).
- Por último, los motivos restantes apenas reciben adhesiones (siempre menos del 1%) y remiten a cuestiones coyunturales del mercado laboral («espera la estación de mayor actividad», «espera los resultados de solicitudes anteriores», «espera reanudar la actividad por cuenta propia») o «no sabe a dónde dirigirse para encontrar empleo».

GRÁFICO 6.19

## Motivos aducidos por las personas con discapacidad en edad laboral que no buscan empleo (porcentaje)



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

Si dejamos fuera los argumentos basados en que ya tienen otra ocupación principal en la que emplear el tiempo (estudios, 18.000 personas, casi todas jóvenes, a las que ya hemos aludido en el capítulo 4; y labores del hogar, 155.000, casi siempre mujeres, a las que dedicaremos el próximo apartado), los motivos que explican la falta de actividad laboral de las personas con discapacidad son los dos citados en primer lugar: «no pueden trabajar» o que «debido a su discapacidad, sería muy difícil encontrar empleo». Dos argumentos a cuya lógica responde el resto de las razones aducidas, como hemos señalado, salvo algunos motivos menores que no tienen significación estadística.

### Primera razón para no buscar empleo: «no puedo trabajar»

El primer argumento para no buscar empleo es que «no pueden trabajar», lo que no hay que interpretar como falta de capacidad o habilidad para ejercer algún empleo, algo que sólo ocurre en una minoría de casos (únicamente el 6% del colectivo en edad laboral señalaba en la EDAD-2008

que se encontraba «incapacitado para trabajar», a pesar de lo cual casi la mitad reconocía que podría ejercer algún empleo pero que lo consideraba difícil a causa de su discapacidad). El «no poder trabajar» va asociado, más bien, a que se están percibiendo «pensiones de incapacidad permanente» que, supuestamente, impiden ejercer a la vez un empleo remunerado. De hecho, el 77% de quienes argumentan no buscar empleo porque «no pueden trabajar» son personas que definen su principal actividad como receptoras de pensiones contributivas (259.000, mayoría hombres), no contributivas (94.000, mayoría mujeres) o que se creen «incapacitadas para trabajar» (60.000, con equilibrio de ambos sexos). A los grupos anteriores habría que añadir a quienes respondieron que no podían trabajar porque habían accedido a una situación laboral de prejubilación o percibían una prestación económica, así como un 14% que indica que «no puede trabajar» fuera de casa porque ya se ocupa plenamente de las labores del hogar (77.000, ¡todas mujeres!).

La EDAD-2008 no especifica el número de personas en edad laboral que percibían pensiones. Existe en el cuestionario una pregunta específica para saber si habían recibido alguna pensión en los últimos 12 meses, pero la tasa de «no respuestas» es elevadísima; sin embargo, gracias a la pregunta por la actividad económica principal en la semana anterior, sabemos que 695.000 personas se definían expresamente como pensionistas o incapacitadas para trabajar (véase el apartado 6.1). Pero, además, en las restantes actividades, incluida la de quienes tenían trabajo remunerado, había segmentos más o menos importantes que percibían pensiones de diverso tipo (de las personas con empleo remunerado que respondieron a la pregunta de si habían recibido o no alguna pensión en los últimos 12 meses, el 34% había recibido una pensión contributiva, y el 27% no contributiva).

A fin de solventar esta importante laguna informativa, podemos recurrir a las estadísticas de la Seguridad Social, que recogen con precisión, para el año de aplicación de la encuesta (2008), los diversos tipos de pensión percibidos antes de cumplir 65 años por personas con discapacidades, así como la cuantía media de dichas percepciones (tabla 6.2). La población que recibe pensiones sobre la base de una discapacidad tiene que disponer previamente del certificado de «minusvalía», ahora llamado de «discapa-

cidad». En el capítulo 3.5 ya hemos analizado la contradicción que representa esta medida, ya que una parte de las personas con certificado no tiene discapacidad y, a su vez, otra parte de quienes tienen discapacidad no posee el certificado. En todo caso, este solapamiento es menor en la población en edad laboral que entre mayores de 64 años. Pues bien, se puede comprobar que las pensiones basadas en algún tipo de limitación cubrían al 75% de las personas con discapacidad en edad laboral y que cuatro quintas partes eran de carácter contributivo con un montante mensual medio de 801 euros, más dos pagas extraordinarias anuales. Cada tipo de pensión presentaba las siguientes características:

- El 2,9% de las pensiones (31.650 personas) estaban registradas como de «gran invalidez», grado máximo de «incapacitación» para trabajar, ya que en tales casos se depende de la asistencia de otra persona para las actividades de la vida cotidiana, a pesar de lo cual no pesaba sobre ellas una prohibición expresa de ejercer una actividad, remunerada o no.
- El 34,5% (381.940 personas) percibían una pensión contributiva de «incapacidad permanente absoluta». Pese a la rotundidad de la formulación, este grupo podría ejercer su oficio mediante adaptaciones de su puesto de trabajo o bien buscando otro empleo más apropiado a su circunstancia/peculiaridad. Se trata de sujetos que no dependen de otra persona para desenvolverse en las actividades cotidianas y que, desde el punto de vista jurídico, pueden conciliar su pensión con alguna forma de trabajo remunerado: «las pensiones vitalicias de invalidez permanente absoluta o gran invalidez no impiden el desempeño de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado de inválido que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión» (Texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, 1/1994 de 20 de junio, art. 141.2). La aparente contradicción de esta disposición dio lugar a una amplia controversia legislativa (López-Tarruella y Viqueira, 1991; De Lorenzo, 2006) que sembró la confusión en el colectivo afectado, a pesar del esfuerzo de aclaración llevado a cabo por las asociaciones (Gutiérrez, 1997).

- El 44,5% (492.090 personas) percibían una pensión contributiva de «incapacidad permanente total». Esta pensión inhabilita al trabajador para la realización de todas tareas de su profesión o las fundamentales, pero puede dedicarse a cualquier tarea que se adapte a la discapacidad que le ha sobrevenido (lo que debe comunicar a la entidad gestora).
- El 0,1% (1.160 personas) recibía una pensión contributiva de «incapacidad permanente parcial». Esto significa que el trabajador ha sufrido una disminución no inferior al 33%, que no le impide realizar las tareas fundamentales de su profesión. Esta prestación es compatible con cualquier actividad y sus perceptores tienen derecho a reincorporarse a su puesto de trabajo.
- El 18% (199.409 personas, la mayoría mujeres) percibía pensiones no contributivas de invalidez, que se destinan a quienes se encuentran en edad laboral con una minusvalía igual o superior al 65% y carecen de ingresos o rentas suficientes en su unidad familiar. Estas pensiones sustituyeron en 1990 a las antiguas prestaciones de la LISMI (Ley de Integración Social del Minusválido), que, aunque no han perdido los derechos adquiridos, están en proceso de extinción. (No obstante, en 2008 aún había 45.891 perceptores, que no se incluyen en la tabla 6.2 por tratarse de ayudas ocasionales de muy baja cuantía: subsidio de ingresos mínimos, movilidad y transporte, ayuda de tercera persona y asistencia sanitaria y farmacéutica.) El importe de las pensiones no contributivas de invalidez lo fija el Gobierno cada año; en 2008 era de 324 euros mensuales, más las dos pagas extraordinarias de la misma cuantía. Cuando los perceptores de estas pensiones acceden a un empleo, queda en suspenso el derecho a la prestación, pero se recupera automáticamente si vuelven a la situación de desempleo. De este modo, los legisladores trataban de incentivar la reinserción laboral de las personas con minusvalía que podían ver en el acceso al empleo –con frecuencia precario– una amenaza para el cobro de la pensión.

TABLA 6.2

### Pensiones contributivas y no contributivas concedidas por la Seguridad Social en 2008 por motivos de discapacidad

	PERCEPTORES	%	EUROS/MES
Pensiones contributivas:	906.840	82,0	801 €
Gran invalidez	31.650	2,9	1.562 €
Incapacidad permanente absoluta	381.940	34,5	963 €
Incapacidad permanente total	492.090	44,5	629 €
Incapacidad permanente parcial	1.160	0,1	145 €
Pensiones no contributivas:	199.409	18,0	324 €
De invalidez	199.409	18,0	324 €
Total pensiones	1.106.249	100,0	
Personas con discapacidad 16-64 años	1.482.000		
Tasa de cobertura de las pensiones <sup>(7)</sup>	74,6		

Fuente: elaboración propia a partir del «Boletín de Estadísticas Laborales del Instituto Nacional de la Seguridad Social», año 2008. No se incluyen los subsidios y prestaciones no contributivas de la LISMI.

En definitiva, más de 400.000 personas con discapacidad en edad laboral no buscan empleo porque, al ser perceptores de diversas pensiones ligadas a su limitación funcional, consideran que «no pueden trabajar». En el sistema español de pensiones, lo habitual es que éstas tengan carácter indefinido, ya que parten de un criterio de «invalidez» estático que etiqueta a las personas con carácter permanente. Sin embargo, aunque un sector menor puede tener dificultades insuperables para desempeñar un empleo, la mayoría sí podría, siempre y cuando se les facilitara las condiciones adecuadas para ejercerlo. Desde el punto de vista jurídico, el ejercicio de un trabajo remunerado es compatible, en principio, con las pensiones contributivas, pero no con las no contributivas (que se conceden cuando no se perciben ingresos suficientes). Ya hemos indicado que aproximadamente un tercio de las personas con discapacidad ocupadas percibe prestaciones contributivas.

Un estudio cualitativo, basado en el trabajo de grupos de discusión sobre las experiencias vitales de personas con discapacidad, recogió una amplia

(7) En la medida en que una parte de las personas con certificado de minusvalía en 2008 no presentaban discapacidades (véase el apartado 3.5), la tasa de cobertura puede ser algo menor que la que figura en la tabla.

gama de posiciones discursivas en relación con las pensiones de invalidez, que dependían estrechamente de múltiples circunstancias, personales y ambientales, como el tipo y grado de discapacidad, la posición ideológica del sujeto y de su familia, el estatus económico-laboral previo, el sexo y la edad de la persona afectada y las condiciones del mercado de trabajo local (Colectivo Ioé y CIMOP, 1998: 303-320). Este conjunto de condiciones, en interacción con la capacidad de maniobra de los sujetos implicados, daba lugar a una tipología de perceptores de pensión de invalidez que incluía tres modalidades básicas:

- Perceptores de pensiones contributivas relativamente elevadas que han tenido previamente un empleo estable y cualificado (mayoría hombres). En estos casos, cuando se deja de trabajar, se produce un cambio de identidad (de trabajador a pensionista) que apenas influye en el rol social del sujeto, ya que la cuantía de la pensión le permite seguir aportando a la familia unos ingresos que se consideran suficientes, dada su nueva situación. El sujeto afectado, si su discapacidad se lo permite, puede realizar otras actividades (las relacionadas con el tiempo libre o el voluntariado) e incluso volver a ejercer un empleo remunerado, compatible con la percepción de la pensión (en cuyo caso los ingresos pueden ser más altos que cuando no tenía discapacidad).
- Perceptores de pensiones contributivas bajas, por haber cotizado pocos años o por haber tenido empleos no cualificados y de baja remuneración (mayoría hombres). En estos casos es más fácil sufrir una pérdida de identidad, al pasar a un estatus inferior asociado no sólo a la discapacidad sino también a la precarización familiar por cuanto la pensión no permite cubrir las necesidades familiares al nivel al que estaban acostumbrados. Una alternativa a esta situación es conseguir un empleo remunerado que permita ampliar los ingresos de la pensión, ya sea en el mercado ordinario (regular o irregular) o en ciertos empleos protegidos (como hacen los invidentes, que añaden a la pensión contributiva, fruto del empleo anterior a la ceguera, lo que obtienen de la venta del cupón).
- Perceptores de pensiones no contributivas, modalidad de prestación asociada al paro, ya que está condicionada a no haber cotizado pre-

viamente como trabajador y a la imposibilidad de insertarse en el mercado laboral ordinario (mayoría mujeres). En estas condiciones lo más habitual es que la identidad del sujeto se vincule a valoraciones negativas y estigmatizadas, que refuerzan la dependencia familiar y a veces obstruyen otras alternativas de tipo laboral que pondrían en riesgo la percepción de la pensión. No obstante, existen casos de discapacidad (por ejemplo, amas de casa de familias precarias) para quienes la percepción de una pensión no contributiva viene a suponer un complemento paliativo no estigmatizante que refuerza su identidad en el ámbito familiar.

### **Segundo motivo para no buscar empleo: la discapacidad como barrera**

El segundo argumento para no buscar empleo es que «debido a su discapacidad, les resulta muy difícil encontrar trabajo». Se trata de personas que han dejado de buscar porque, en su opinión, la sociedad y, más concretamente, el mercado laboral discrimina al colectivo del que forman parte y pone barreras muy difíciles de superar. Las diversas razones que se podrían encuadrar en este planteamiento fueron suscritas por algo más de un cuarto de millón de personas, casi un tercio de quienes no buscaban empleo en 2008, y de ellas, más de la mitad eran receptoras de pensiones, y otro sector importante, mujeres dedicadas a las labores del hogar. Implícitamente, este argumento plantea una crítica del modelo de funcionamiento del mercado laboral, que habría pasado de un modelo socialmente regulado a otro de corte neoliberal. En este contexto, los sectores sociales peor situados para competir (entre ellos muchas personas con discapacidad) habrían salido perjudicados y las políticas laborales emprendidas para favorecer su promoción laboral serían insuficientes.

En efecto, la evolución del mercado de trabajo español en las últimas décadas se caracteriza en general por un incremento de la competitividad y la segmentación, lo que ha permitido aumentar significativamente la productividad y el empleo hasta la llegada de la reciente crisis económica, pero ha sido a costa de una notable dualización del mercado laboral en el que coexisten dos prácticas empresariales diferentes en relación con la mano de obra (Castillo, 2008; Recio, 2009):

- Motivaciones positivas (contratos estables, pactados en convenio y apoyados sindicalmente, así como salarios progresivos y promoción profesional interna) para los «trabajos de continuidad» de los que depende la estabilidad de las empresas o de los servicios de la administración pública (el llamado sector primario del mercado de trabajo).
- Motivaciones negativas (riesgo de perder el empleo y volver al paro, con amenaza de exclusión social) para los empleos menos cualificados o que no afectan a la estabilidad del sistema productivo o de los servicios públicos (sector secundario del mercado de trabajo). En este caso, prevalecen los contratos temporales individuales, las subcontratas, los empleos autónomos y la economía sumergida. Los salarios son bajos e inestables, mientras abundan, en cambio, el destajo, las comisiones por productividad y las propinas.

En la situación española actual se puede afirmar que prevalece este modelo dual de relaciones laborales, si bien las políticas desarrolladas durante los últimos 30-40 años han experimentado una transformación que va desde un modelo «protector» de motivaciones positivas (teniendo en cuenta las peculiaridades de la introducción en nuestro país del Estado del bienestar en los años sesenta y setenta del siglo pasado) hasta un modelo neoliberal de individualismo competitivo, caracterizado por la existencia de un mercado «puro y duro», que tiende a imponer su hegemonía a partir de los años ochenta. Asistimos, de este modo, al paulatino desmoronamiento de un modelo socioeconómico basado en un Estado regulador y protector del mercado de trabajo nacional, y a su lenta sustitución por otro modelo de corte mercantilista donde prevalece la lógica competitiva transnacional de las grandes empresas privadas, cuyo eje de actuación es obtener la máxima eficiencia económica desde la fórmula «(+ rendimiento / (-) costes». En palabras de Luis Enrique Alonso, habrían entrado en crisis el pacto keynesiano y el Estado del bienestar, que tuvieron su máximo desarrollo en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, para dar paso a «la constitución de un nuevo ciclo disciplinario como un proceso de reactivación y generalización del mercado y la competencia como entes absolutos (que dictan normas y definen la racionalidad misma).

Asociado a esta remercantilización general, existe también un proceso paralelo de desregulación» (Alonso, 2007: 240).

Este nuevo modelo de mercado de trabajo tiende a marcar las diferencias entre los candidatos a trabajar considerados capacitados y rentables, que acceden fácilmente a los puestos de trabajo mejor remunerados, y los menos capacitados y rentables, para los que quedan los empleos poco remunerados y en peores condiciones –o ni siquiera eso–. Este modelo se expande considerablemente en etapas de auge, como la experimentada entre 1994 y 2007, ciclo en el que se incrementó el empleo temporal, y se retrae en las de crisis, como la que vivimos actualmente, con más de dos millones de empleos destruidos, en su mayor parte precarios. Según Albert Recio, «si bien el mercado laboral español destruye más empleo que cualquier otro país europeo en fases de recesión, también ha sido el que ha generado más empleo en los períodos de crecimiento. [...] Viendo la evolución del empleo en España habría que concluir que se trata de un mercado laboral muy flexible, dado que el empleo se ajusta de forma muy elástica a las condiciones del mercado» (Recio, 2009: 90).

Entre los grupos sociales con mayor probabilidad de pertenecer al sector secundario del mercado de trabajo se sitúan de modo genérico las mujeres, los jóvenes, los inmigrantes no comunitarios, los buscadores de empleo mayores de 45 años y las personas con discapacidad. En las actuales condiciones del mercado de trabajo, las políticas laborales dirigidas a favorecer el empleo y la promoción de estos sectores, tanto las generales, mediante las sucesivas reformas laborales, como las más específicas, dirigidas al fomento de empleo, no han sido capaces de resolver, ni de paliar significativamente, los efectos discriminadores de dicho modelo económico. Es más, se puede afirmar que, en general, tales medidas han reforzado la precarización y marginalidad laboral de dichos colectivos, obligados en los casos más extremos a refugiarse en prestaciones mínimas casi asistenciales que les atan a la dependencia, o en las tradicionales fórmulas de la solidaridad familiar (economía doméstica), en lugar de promover socialmente formas de ocupación dignas, adecuadas a sus capacidades y con posibilidades de promoción profesional.

## 6.8. El trabajo doméstico y el de los cuidados

En el contexto de los países occidentales, la inserción laboral a través del trabajo doméstico es una modalidad asignada mayoritariamente a las mujeres, si bien con tendencia decreciente. A pesar de que las mujeres que lo realizan no reciben una contrapartida monetaria, el trabajo doméstico debería ser altamente valorado porque es una pieza clave para la cohesión y reproducción del sistema social; sin embargo, el ejercicio de las tareas domésticas goza de poco prestigio y la imagen de las «amas de casa», expresión popular con connotaciones sexistas, sigue tan extendida que provoca la marcha del hogar de las mujeres jóvenes para entrar en el mercado remunerado. De hecho, la tasa de actividad de las mujeres de 16 y más años no ha dejado de incrementarse en los últimos quince años: 38% en 1995, 42% en 2000, 46% en 2005, y 52% en 2010.

En España, la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el marco de una operación a nivel europeo coordinada por Eurostat,<sup>(8)</sup> revela que si sumamos las horas de empleo remunerado y las de trabajo doméstico, las mujeres trabajaban un 20% más que los hombres. Por otra parte, el trabajo doméstico absorbía más horas de dedicación (un 12%) que el empleo remunerado. En cuanto a la división del trabajo, las mujeres se concentraban más en las tareas y servicios domésticos, invirtiendo el 71,8% de su tiempo de trabajo semanal (promedio de 30 horas y 49 minutos), y los hombres en el empleo remunerado: el 70,8% de su tiempo de trabajo (25 horas y 18 minutos). En definitiva, del conjunto de horas dedicadas a los trabajos domésticos, a las mujeres les corresponde el 75%, y a los hombres el 25% restante.

A medida que la tasa de empleo remunerado de la mujer crece, el mantenimiento de la desigual asunción del trabajo doméstico tiende a reducir el tiempo que destinaban al ocio, el descanso y las relaciones sociales, lo que explica que la mayoría de las mujeres con «doble jornada», en casa y fuera

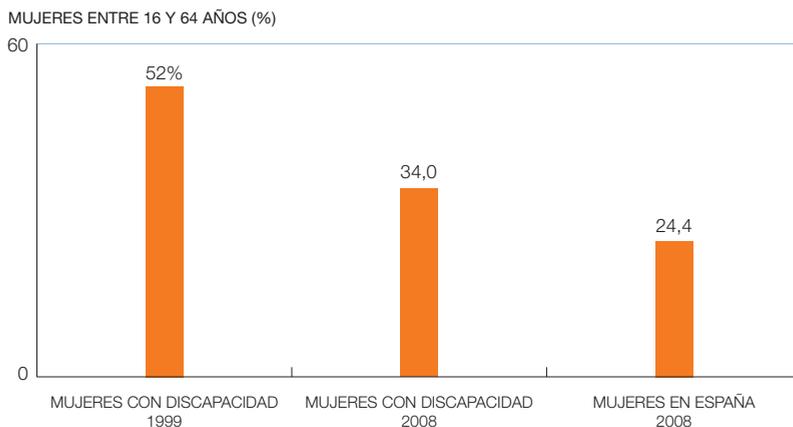
(8) Se trata de una amplia encuesta aplicada en más de 20.000 hogares y con representación autonómica. Véanse la metodología y los resultados en [www.ine.es](http://www.ine.es)

de casa, afirmen que su ritmo habitual de vida se desarrolla «con prisas» (para el 83%), «sin disponer de tiempo suficiente para realizar sus aspiraciones» (71%) y «con efectos negativos, físicos o psíquicos, para su salud» (63%) (Colectivo Ioé, 1996). Este conjunto de discriminaciones se acentúa entre las mujeres en situación social precaria y con baja cualificación laboral, características que están más presentes, como sabemos, en el colectivo de las personas con discapacidad.

En este contexto, hay que constatar una importante laguna en la EDAD-2008, ya que no permite saber con precisión en qué proporción las mujeres siguen encargándose de las tareas domésticas y hasta qué punto los hombres se implican en ellas. A partir de la pregunta sobre la actividad económica principal en la semana anterior, sabemos que un 23,5% de las mujeres en edad laboral (182.500 en números absolutos) se adscribieron a la casilla «labores del hogar» (sólo el 0,2% de los hombres); sin embargo, al ser una pregunta con una única opción de respuesta, desconocemos cuántas de las que contestaron a las otras actividades («pensiones», «trabajando», «en desempleo», «estudios») desempeñaban también, en parte o exclusivamente, el trabajo doméstico.

La encuesta realizada una década antes, más precisa en este punto, dejaba ver que, además de quienes señalaban «trabajadoras del hogar» como ocupación principal, había un 31% que lo conjugaba con el empleo, el paro, la percepción de pensiones o el estudio. Si aplicamos esta misma proporción al dato conocido de la encuesta de 2008, veremos que en este último año había un 34% de las mujeres con discapacidad en edad laboral ocupadas en las labores domésticas (265.000 en números absolutos). Tal proporción sería sensiblemente inferior a la existente diez años antes (51,9%). Al tratarse de una estimación, conviene relativizar este recorrido positivo que, no obstante, queda todavía lejos de la tasa correspondiente al conjunto de la población femenina en España (véase el gráfico 6.20). Según la Encuesta de Población Activa de 2008, las mujeres entre 16 y 64 años eran 15,1 millones, y de ellas 3,7 estaban inscritas como «inactivas» en el epígrafe «labores del hogar».

## Mujeres en edad laboral con discapacidades que se encargan de las tareas domésticas y comparación con la media española (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999; de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008; y de la Encuesta de Población Activa de 2008 (media de los cuatro trimestres), para la población general. El dato correspondiente a las mujeres con discapacidad en 2008 es estimativo.

La participación de las mujeres en las tareas del hogar presenta una amplia tipología, que va desde la dedicación plena a la dedicación nula, con varias posiciones intermedias. Tomamos como base el estudio cualitativo ya citado del Colectivo Ioé y CIMOP (pág. 291-302) para sintetizar las diversas situaciones:

- Un sector de mujeres «amas de casa» sin empleo extradoméstico, el más numeroso entre las mujeres con discapacidad, presenta, internamente, una notable diversidad. En un polo están las mujeres que se mueven en las coordenadas de una mentalidad tradicional que asigna al sexo femenino el espacio privado del hogar y al masculino el espacio del trabajo extradoméstico y las relaciones públicas; así que construyen su identidad como cuidadoras de los demás miembros del hogar y se sienten relativamente satisfechas realizándose de este modo. Sin embargo, otro sector de mujeres «amas de casa» (sobre todo las cohortes de edad más jóvenes y cualificadas) viven su reclusión en el trabajo doméstico como una obligación forzada por las circunstan-

cias y por la dificultad de acceder al mercado de trabajo remunerado. Evidentemente, para ellas el trabajo doméstico es una forma de inserción en la exclusión, ya que no pueden cumplir sus expectativas de realización en el exterior.

- En el extremo contrario, una minoría de las mujeres con discapacidad ha logrado desarrollar una carrera profesional en el mercado competitivo hasta el punto de hacerla prácticamente incompatible con las tareas de hogar, que se asignan a otras personas (normalmente mujeres empleadas de hogar). Esta forma de realización implica importantes costes y renunciaciones para la mujer, sobre todo si no logran superar el modelo competitivo-agresivo que caracteriza las relaciones en el mercado laboral.
- En una posición intermedia se sitúan las mujeres que desarrollan los dos tipos de actividad en fases sucesivas: empleadas mientras no tienen descendencia, se dedican después al hogar y a la crianza de los hijos, para volver finalmente, en la etapa de «nido vacío», al empleo remunerado. Este tipo de trayectoria presenta diversos problemas para una inclusión social satisfactoria: en primer lugar, el corte en el itinerario profesional durante la crianza de los hijos implica inevitablemente una discriminación en relación con la carrera del varón, sobre todo si se trata de empleos cualificados del sector primario; en segundo lugar, las expectativas de las mujeres de reinsertarse laboralmente a una edad avanzada chocan con la barrera del mercado de trabajo, cada vez más competitivo y polarizado.
- En otra posición intermedia se sitúan las mujeres que tratan de simultaneizar el trabajo doméstico y el extradoméstico a lo largo de su vida adulta. Quizá sea ésta la situación tendencialmente más típica de las madres de familia actuales, con o sin limitaciones funcionales, que quieren acceder al mercado de trabajo remunerado pero no pueden –o no desean– renunciar a su papel de amas de casa. Se trata de la llamada «doble jornada», que lleva a la mujer a una situación de estrés y agotamiento físico difíciles de sobrellevar durante mucho tiempo (ser «supermujeres»), lo que se acentúa en aquellos casos en los que la discapacidad implica limitaciones añadidas.

## VII. Relaciones sociales, asociacionismo y actividades de ocio

---

Este capítulo aborda un conjunto de temas que tienen que ver con las relaciones que establecen las personas con discapacidad, tanto con su propia familia como con el resto de la sociedad, en particular con amistades, redes sociales y asociativas, las aficiones y el tiempo libre. También se trata específicamente el problema de la discriminación a causa de la discapacidad, señalando los motivos y circunstancias en que se produce.

### 7.1. Estado civil y tipología de los hogares

Un síntoma de emancipación de las personas al llegar a la vida adulta es el abandono del hogar parental para formar uno nuevo, lo que tradicionalmente solía coincidir con el momento de casarse. Se pasa entonces del estado de soltería al de casados. La EDAD-2008 considera cónyuge o pareja «tanto al cónyuge legal, por matrimonio religioso o civil con la persona con discapacidad, como a la pareja no legalizada siempre que la persona con discapacidad mantenga con la misma una convivencia continuada (no ocasional o esporádica) en hogar común» (INE, 2010: 92).

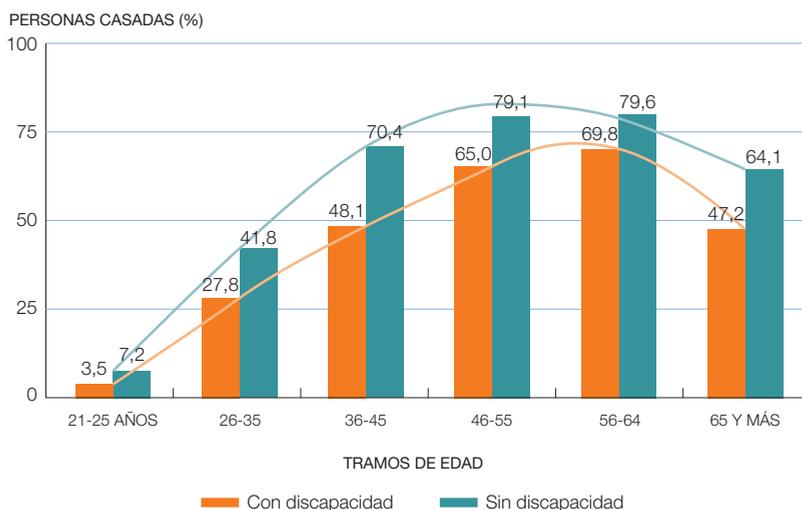
Por otra parte, en las últimas etapas de la vida se incrementan los casos de viudedad, una vez que fallece uno de los cónyuges. No obstante, sectores minoritarios se mantienen solteros toda la vida o pasan a un estado, a veces transitorio, de separación legal o divorcio. Hasta los 25 años prevalece el estado civil de soltería en la población general y se vive en la casa paterna (más del 90%); después prevalece la convivencia en pareja, generalmente con hijos (en torno al 75%); por último, en una etapa más avanzada de la vida, la pareja se suele encontrar sola o pasa al estado de viude-

dad al fallecer uno de los cónyuges (situación más habitual entre las mujeres). Entre las personas con discapacidad también se produce esta evolución, pero con algunos rasgos propios: en general, hay más solteras y menos casadas hasta los 65 años y más viudas a partir de esta edad.

En el gráfico 7.1 se compara la evolución por tramos de edad de la proporción de personas casadas con discapacidad y sin discapacidad. Estas últimas acceden al matrimonio en mucha mayor proporción entre los 21 y 45 años, lo que indica una emancipación mucho menor del hogar parental en las personas con discapacidades: entre 21 y 25 años la tasa de personas casadas en la población sin discapacidades es más del doble que en la población con discapacidades; un 51% más elevada entre los 26 y 35 años, y un 47% entre los 36 y 45 años. En edades más avanzadas la diferencia es menos pronunciada, lo que se debe a la incorporación constante de nuevas personas ya casadas con discapacidad sobrevinida: un 22% más de personas casadas entre 46 y 55 años, y 14% más entre 56 y 64. Por último, en el

GRÁFICO 7.1

### Proporción de personas casadas por tramos de edad en la población con y sin discapacidad mayor de 20 años (porcentaje)



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

tramo de 65 y más años la proporción de personas con limitaciones se incrementa a medida que avanza la edad, lo que da lugar a una tasa mucho mayor de viudedad (44%) que entre la población de esa misma edad sin discapacidades (26%).

En cuanto al sexo, la evolución del estado civil varía notablemente en ambos colectivos, con y sin discapacidad. Hasta los 50 años la proporción de mujeres casadas es mayor que la de hombres casados, situación que se invierte a partir de esa edad. El gráfico 7.2 muestra, en particular, la evolución de las personas casadas con discapacidad. Se observa una tasa mucho mayor entre las mujeres hasta los 55 años, pero con tendencia decreciente; a partir de esta edad desciende bruscamente.

GRÁFICO 7.2

### Proporción de mujeres y hombres casados por tramos de edad en la población con discapacidad (porcentaje)



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

El descenso de la tasa de mujeres casadas con discapacidad a partir de los 56 años se debe al incremento de las separadas-divorciadas y, sobre todo, de viudas en este tramo. Entre 56 y 65 años, las separadas-divorciadas

(9,5%) y las viudas (13,9%) suponen la cuarta parte del colectivo femenino, por sólo uno de cada diez hombres en el mismo tramo de edad (7,2% separados-divorciados y 3,6% viudos). Esta diferencia se acentúa a partir de los 65 años, no ya por la tasa de separaciones-divorcios, que se reduce y equilibra entre ambos sexos (1,7%), sino por la de viudedad, que llega al 55,9% entre las mujeres por sólo el 20,1% entre los hombres con discapacidades. Caben muchas explicaciones para interpretar esta diferente evolución entre ambos sexos, entre otras: el casamiento más temprano de las mujeres con hombres mayores que ellas, que mueren antes (por tener más años y por la mayor mortalidad masculina),<sup>(1)</sup> dando lugar al incremento de viudas; mayor propensión de los hombres a contraer segundas o terceras nupcias, lo que explicaría la mayor tasa de separadas-divorciadas entre los 36 y los 65 años.

En cuanto al estado de soltería, es mayor entre las personas con discapacidad en todas las etapas de la vida, aunque se reduce la tasa a medida que avanzan los tramos de edad, como efecto colateral de la incorporación de personas con discapacidad sobrevenida. La tasa de soltería entre los 26 y 35 años es del 69,5% en las personas con discapacidad (55,3% en las que no tienen discapacidad); del 42,4% entre 36 y 45 años (21,9% en el segundo grupo), del 20,0% entre 46 y 55 (por 10,5%), 12,1% entre 56 y 64 (por 7,5%) y 7,4% a partir de los 65 años (por 7,2% en la población sin discapacidades).

En las personas con discapacidad, la soltería es mucho más abundante entre hombres que entre mujeres, hasta llegar a los 65 años, en correspondencia con la evolución de las personas casadas en cada tramo de edad. En especial, destaca la tasa de hombres solteros entre 35 y 45 años, que llega al 54,4%, lo que parece un síntoma evidente de los problemas de emancipación familiar del colectivo masculino (entre las mujeres esta tasa es del 29,4%). Como explicación de esta diferencia, hay que señalar que la prevalencia en hombres con menos de 65 años que tienen dificultad para mantener relaciones personales (sentimentales, de pareja o sexuales, relación con extraños y formar un hogar o mantener relaciones familiares) es mucho más elevada (1,1%, en torno a 175.000 sujetos) que la de las muje-

(1) La esperanza de vida de las mujeres en España en 2008 era de 84,3 años; esto es, 6,1 años más elevada que la de los hombres (78,2 años).

res (0,7%, 105.000); asimismo, las limitaciones de comunicación, que afectan a un cuarto de millón de personas entre 16 y 64 años, inciden bastante más en los hombres (1%) que en las mujeres (0,6%).

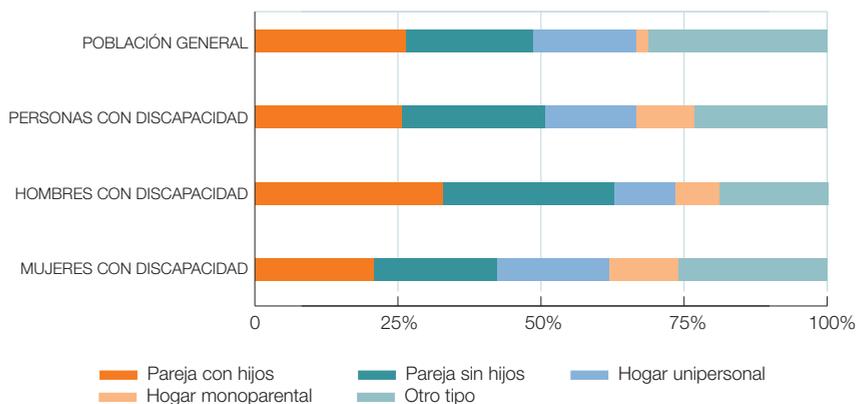
La tipología de los hogares en los que viven las personas con discapacidad no varía mucho respecto a la que corresponde a la población general:

- La mitad vive con un núcleo de pareja, ya sea «con hijos» (25,6%) o «sin hijos» (25%), tasas muy próximas a la media general en España.
- El 16% vive en hogares unipersonales (18% la población general), siendo ésta la circunstancia más habitual entre mujeres con discapacidad (20%) que entre hombres (11%). La tasa tampoco se aleja mucho de la media general del país.
- La mayor diferencia se produce en el número de hogares monoparentales en los que conviven el padre o la madre con algún descendiente, situación que se da cinco veces más entre personas con discapacidad (10,2%) que en la población general (2%); por sexos, las mujeres con discapacidad viven más en este tipo de hogares (11,9%) que los hombres (7,7%). Para explicar esta diferencia hay que tener en cuenta el mayor número de mujeres que permanece en situación de separadas, divorciadas o viudas, además de la tendencia a quedarse a cargo de los hijos en caso de separación de los progenitores.
- Por último, figura el epígrafe «otro tipo de hogar», donde se ubica el 23% de las personas con discapacidad y el 31% de la población general (véase el gráfico 7.3).

Las modalidades de hogar en función de los tipos de discapacidad presentan también algunas variantes significativas. Las personas con dificultades de visión y audición están más presentes que el resto en hogares unipersonales; las que tienen limitaciones para el aprendizaje y la aplicación de conocimientos, comunicación e interacciones y relaciones personales son más frecuentes en hogares monoparentales. Las modalidades de «pareja con o sin hijos» se reparten de forma equilibrada en todos los tipos de discapacidad.

GRÁFICO 7.3

## Tipología de los hogares de hombres y mujeres con discapacidad y de la población general de España (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, para las personas con discapacidad; y de la Encuesta de Presupuestos Familiares, 2008, para la población general.

## 7.2. Relaciones familiares

El foco principal de relación social para la mayoría de las personas es su propia familia. En primer lugar está el cónyuge para quienes conviven en pareja, situación en la que se hallan, como ya hemos visto, la mitad de las personas con discapacidad mayores de 20 años. Pero la familia cuenta con otros muchos miembros, entre los que destacan los padres y suegros, hermanos y hermanas, hijos e hijas, yernos y nueras, nietos y abuelos, primos, etc., con los que se mantienen unas relaciones más o menos intensas.

Según la encuesta de 2008, el 99,9% de las personas con discapacidad reconocía tener parientes. Es decir, menos de 3.000 personas –0,1% del total, de ellas dos tercios mayores de 75 años– reconocían no contar con ningún familiar. A su vez, otras 10.000 personas con discapacidad (0,26% del total), de ellas dos tercios mujeres, señalaban que el único lazo de parentesco que les quedaba era su cónyuge. En todos estos casos la presencia de los amigos es especialmente importante: la mitad de quienes no tenían ningún pariente y dos tercios de quienes sólo contaban con su pareja afirmaba tenerlos.

A continuación vamos a recoger diversas informaciones relativas a la relación del colectivo estudiado con sus familiares. En primer lugar, veremos si cuentan o no con los diversos tipos de parientes, dónde viven y con qué frecuencia se relacionan con ellos (encuentros y contactos telefónicos o por correo). En el análisis distinguiremos dos tramos de edad: desde seis a 64 años, y a partir de 65, ya que también la relación con los parientes cambia dependiendo de la etapa de la vida.

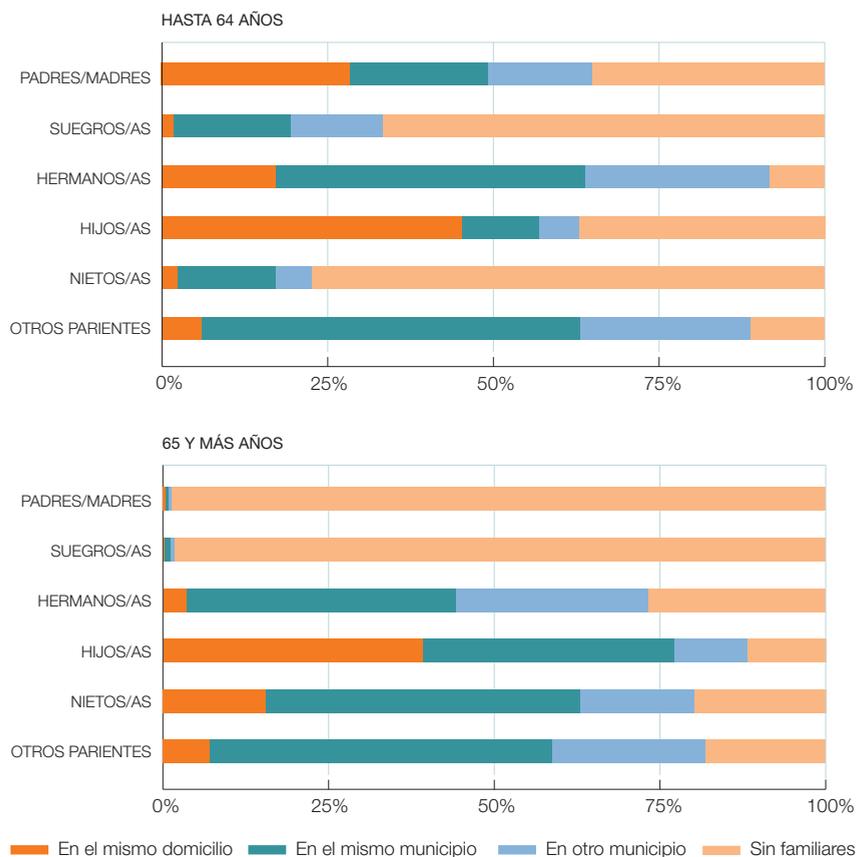
### **Parientes con los que se cuenta y dónde residen**

Hasta los 64 años, aparte del cónyuge, se convive en el mismo hogar principalmente con los hijos e hijas (45% de las personas con discapacidad), padres y madres (28%) y hermanos y hermanas (17%). Pero, además, aunque no se conviva con ellos bajo el mismo techo, estos familiares más próximos (con lazos de filiación, paternidad o fraternidad) están presentes con un peso importante en la mayoría de los casos, más de la mitad de las veces en el mismo municipio, lo mismo que «otros parientes», como vemos en el gráfico 7.4 (en caso de haber varios parientes del mismo tipo –padre, hijo, hermano, etc.–, la ubicación se refiere al «más cercano» de ellos). La cuarta parte cuenta también en este tramo de la vida –que va hasta los 64 años– con nietos, y un tercio con suegros, además de abuelos, primos, etcétera.

A partir de los 65 años más del 98% de las personas con discapacidad no cuenta ya con padres ni suegros; es entonces cuando cobran especial importancia los hijos e hijas, presentes en el 88% de los casos y con los que convive más de una tercera parte de las personas con discapacidades (39%); cuando esto último no ocurre, otro 38% vive en otra casa del mismo municipio (22% en el mismo barrio, 4% en el mismo edificio) y tan sólo el 11% en otra ciudad (4% en otra provincia, 1% en otro país). Las personas mayores con discapacidad tienen también nietos en el 80% de los casos; de ellos, el 16% convive bajo el mismo techo, y otro 48% en el mismo municipio. En tercer lugar, están los hermanos, presentes en el 73% de los casos, aunque sólo el 4% conviva con ellos (el 41% vive en el mismo municipio, y el 29% en otra ciudad).

GRÁFICO 7.4

### Lugar de residencia de los familiares, según tramos de edad de las personas con discapacidad (porcentaje)



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

En el conjunto de todas las edades, si descartamos el cónyuge, los parientes que más frecuentemente conviven con las personas con discapacidad son los hijos (42% del colectivo estudiado), seguidos de los padres (12%), los nietos (10%) y los hermanos (9%). Estas tasas de convivencia varían bastante en función de las deficiencias que desencadenan la discapacidad. Así, la convivencia con los hijos es más frecuente en los casos de deficiencias múltiples (47%), del lenguaje, habla y voz (45%) y viscerales (también

45%); con los padres en caso de deficiencias mentales (29%), del lenguaje, habla y voz (17%) y del sistema nervioso (15%); con los nietos en los casos de deficiencias múltiples (19%) y mentales (14%); y con los hermanos cuando se trata de deficiencias mentales (21%) y del lenguaje, habla y voz (15%).

### Frecuencia de los encuentros y visitas

La existencia de parientes –omnipresente y muy diversificada– no implica, sin embargo, una relación habitual con ellos. La frecuencia de los intercambios varía según múltiples circunstancias, entre las que destaca –pero no es determinante– la proximidad de la residencia. Asimismo, en este caso conviene distinguir la variable sexo, además de la edad.

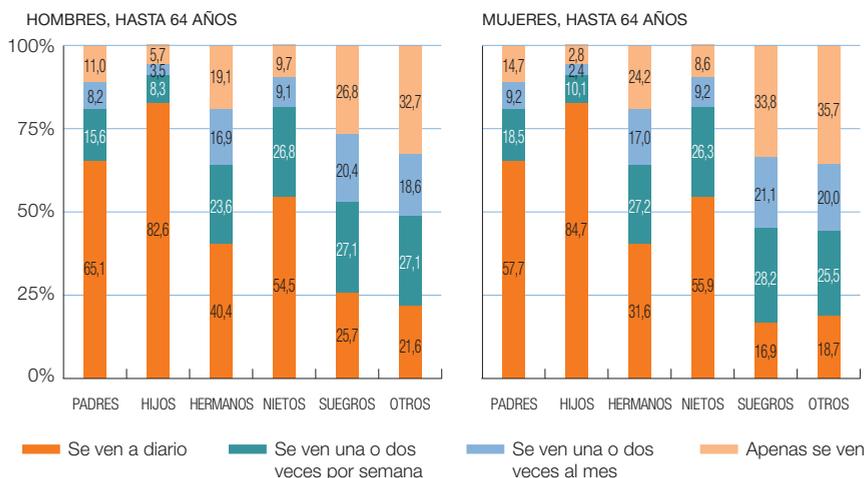
El gráfico 7.5 presenta pormenorizadamente la intensidad de los intercambios familiares de los hombres y mujeres con discapacidad, antes y después de cumplir 65 años. En general, se observa que las «relaciones a diario» son las más habituales (media global del 42%), seguidas de «apenas se ven» (23%), «una o dos veces por semana» (21%) y «una o dos veces al mes» (13%). Por tramos de edad, antes de los 65 años las relaciones diarias son ocho puntos porcentuales más frecuentes que a partir de esa edad, etapa en que disminuyen los contactos habituales con el resto de la familia. Por sexos, la intensidad de los contactos es muy parecida, si bien la frecuencia de la relación entre las madres con discapacidad y sus hijos es siempre mayor que la de los padres. En cambio la relación de los hijos con discapacidad con menos de 65 años con respecto a sus padres es más intensa que la de las hijas, situación que se invierte cuando pasan la barrera de los 65 años: en este caso las mujeres ven a diario a sus progenitores (inevitablemente de una edad muy avanzada), más del doble que los hombres, porque se encargan del cuidado de sus mayores.

La relación entre hermanos es más frecuente antes de los 65 años que después, siendo algo más intensa la que mantienen los hermanos con discapacidad que las hermanas con discapacidad. Antes de los 65 años, en torno a la cuarta parte de las personas con discapacidad apenas cultiva sus relaciones fraternas, proporción que llega al 43% para ambos sexos a partir de los 65 años. La relación con los suegros es más intensa en los hombres con discapacidad (26% a diario) que en las mujeres con menos de 65

años (17%). En cuanto a los nietos, más de la mitad de quienes los tienen antes de los 65 años se relacionan a diario con ellos, proporción que se reduce ocho puntos porcentuales, pero sigue siendo muy intensa para ambos sexos a partir de dicha edad.

GRÁFICO 7.5

### Frecuencia de los encuentros con familiares, según el sexo y la edad de las personas con discapacidad (porcentaje)



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

Por tipos de discapacidad, las relaciones con los parientes más próximos (padres, hermanos e hijos de ambos sexos) son más intensas en los trastornos de «interacciones y relaciones personales», «comunicación» y «aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas». En tales casos, en los que precisamente las personas encuestadas presentan problemas relacionales, sus parientes más próximos intensifican los intercambios entre 10 y 20 puntos porcentuales más que en los otros cinco tipos de discapacidad (visión, audición, movilidad, autocuidado y vida doméstica). En cambio, la relación con los nietos es muy parecida –y siempre intensa– en todos los casos. Algo parecido ocurre en la relación con los suegros, pero en este caso con una frecuencia general bastante menor que con los demás

parientes (sólo destacan quienes presentan problemas de visión, cuya relación diaria con los suegros es bastante mayor que la media, y quienes tienen trastornos de «interacción y relación personal», con una tasa muy por debajo de la media).

### Contactos telefónicos o epistolares

Los contactos telefónicos o epistolares de las personas con discapacidad con los diversos parientes presentan una frecuencia algo más baja que los encuentros personales pero con las mismas pautas de reparto: máxima proporción de contactos con los hijos (54% «todos los días o casi todos los días»), algo menos con los progenitores (39%) y, después, con los nietos (28%), los hermanos (17%), los suegros (15%) y otros parientes (9%).

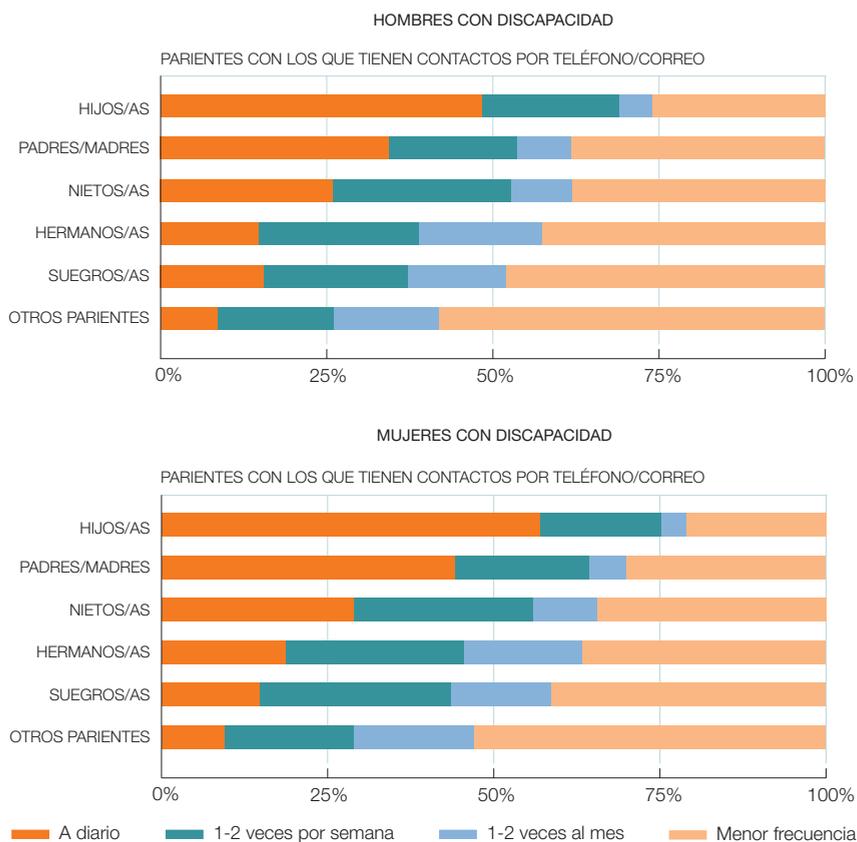
La principal diferencia con los intercambios cara a cara es que la frecuencia de los contactos telefónicos y epistolares de las mujeres con discapacidad es sensiblemente mayor que la de los hombres, salvo en la relación con los suegros, en que el número de contactos es el mismo en ambos sexos (gráfico 7.6). Esta diferencia de género se produce antes y después de los 65 años, lo que permite afirmar que las mujeres son la principal vía de intercambio en las familias y, en concreto, de los lazos de solidaridad y apoyo mutuo.

Los contactos telefónicos o epistolares se reducen notablemente a partir de los 65 años. Así, el contacto diario con los hijos baja para el conjunto de ambos sexos del 60 al 51% (en las mujeres del 65 al 53%), mientras que la proporción de personas sin apenas conexión con sus descendientes («menor frecuencia de una vez al mes») aumentan del 21 al 23% (en mujeres, del 17 al 23%). Si tenemos en cuenta que la principal vía de cuidados de las personas mayores con discapacidad son las hijas, esta última tasa es especialmente significativa porque coincide con el hecho, que acabamos de exponer, de que los hijos de las personas con discapacidad visitan menos a sus padres cuando se hacen mayores.

También se reduce la frecuencia de los contactos telefónicos o epistolares con los hermanos, nietos y otros familiares entre las personas mayores con discapacidad. Sin embargo, es importante destacar que más de la mitad mantiene como mínimo un contacto semanal con sus nietos, una tercera parte con sus hermanos y la cuarta parte con otros parientes.

GRÁFICO 7.6

## Frecuencia de los contactos telefónicos o epistolares entre las personas con discapacidad y sus parientes (porcentaje)



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

### 7.3. Relaciones de amistad

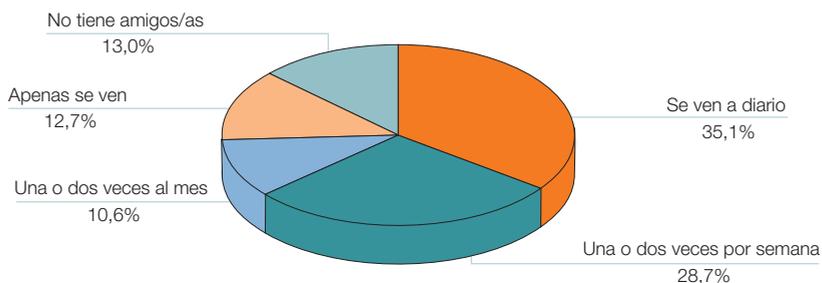
El 86% de las personas con discapacidad reconoce tener algún amigo, casi siempre residente en la misma población (65% en el mismo barrio o pueblo y 12% en el mismo edificio). Por sexos, la falta de amistades es mayor entre mujeres (15%) que entre los hombres (11%) y, por tramos de edad, las personas mayores de 65 años reconocen la falta de amigos en una proporción mucho más alta (15%) que quienes no han llegado a esa edad

(10%). Las mujeres de 64 y más años reconocen, a su vez, tener esa carencia en una proporción mucho mayor (17%) que los hombres de su grupo de edad (11%).

En general, la frecuencia de la relación con los amigos es bastante intensa a lo largo de toda la vida. La frecuencia es diaria en el 35% de los casos, de una o dos veces por semana en el 29%, de una o dos veces al mes en el 11%, y con una periodicidad superior a un mes en el 13% de los casos. Estas tasas medias son superadas con los parientes más próximos a las personas con discapacidad (padres e hijos, además del cónyuge), pero no en relación con los hermanos u otros familiares. No obstante, como ocurre para la población general, las amistades suponen un importante recurso para las personas con discapacidad, que sin duda tiene efectos muy positivos con vistas a su inserción social normalizada. El gráfico 7.7 recoge la presencia e intensidad de las relaciones de amistad que venimos describiendo.

GRÁFICO 7.7

### Relaciones de amistad de las personas con discapacidad (porcentaje)



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

Por tipos de discapacidad, la falta de amigos dobla el promedio en los trastornos de «interacciones y relaciones personales» (24%), «aprendizaje» (24%) y «comunicación» (23%), justamente los casos en los que, probablemente como compensación, más intensos son los contactos con los parientes próximos. Se trata de situaciones que frecuentemente tienen su origen en deficiencias mentales o múltiples, los dos tipos más estrecha-

mente vinculados a la ausencia de amigos (23 y 19%, respectivamente). A su vez, quienes sufren trastornos osteoarticulares, de audición y visuales son los que tienen más amistades y mantienen con ellas una relación asidua (tres cuartas partes se ven a diario o, al menos, una vez a la semana).

Las relaciones sociales se intensifican ligeramente en función del tamaño de los municipios: en los más pequeños, inferiores a 10.000 habitantes, el 90,1% de las personas con discapacidad tiene algún pariente o una amistad con quien se ve a diario, proporción que desciende al 84,1% en las capitales de provincia y municipios con más de 100.000 habitantes. La tasa, a partir de este mínimo, se incrementa en torno a dos puntos en función de cada tramo de población (86,9% entre 50.000-100.000 y 88,9% entre 10.000 y 50.000).

Los contactos telefónicos, epistolares o electrónicos con amigos se tienen a diario en el 16% de los casos, con similar proporción de ambos sexos y una tendencia decreciente en función de la edad (21% antes de los 65 años, 12% a partir de esa edad). Algo más de un tercio se comunica por dichos medios al menos una vez al mes, y casi la mitad con menos frecuencia. Es el comportamiento habitual entre las personas con discapacidad de edad avanzada (58% de los hombres, 54% de las mujeres).

Por último, la encuesta de 2008 trató de explorar si las personas con discapacidad habían tenido más o menos facilidades en el último año para relacionarse con sus amigos o hacer nuevas amistades. En cuanto a lo primero, una de cada diez señaló que no podía relacionarse (4%) o que no había encontrado «ninguna facilidad» para ello (8%). En el extremo opuesto, casi dos tercios (61% los hombres, 56% las mujeres) reconocían haber tenido «mucha facilidad» y, en el medio, un tercio indicaba que había tenido «pocas facilidades» (32% las mujeres, 29% los hombres). Por tramos de edad, las facilidades para relacionarse fueron en torno a 15 puntos superiores antes de los 65 años que después.

A la pregunta de si habían tenido facilidades para hacer nuevos amigos, la mayoría respondía que no, ya sea porque no podía hacerlo (6%) o porque había tenido «poca» facilidad para ello o «ninguna» (40% y 30%, respectivamente). Sólo una cuarta parte (28% los hombres, 20% las mujeres) reconocía que había tenido muchas facilidades para hacer nuevos amigos. En este senti-

do son también más hombres que mujeres quienes consideran que tuvieron en el último año muchas facilidades para dirigirse a personas que no conocían (33 y 28%, respectivamente), mientras que la mayoría consideraba que no pudo entablar nuevas relaciones (5%) o que las facilidades que tuvo para ello fueron «ninguna» (20%) o «pocas» (47%). En estos casos, son las personas mayores y, sobre todo, las mujeres quienes encuentran más dificultades.

La facilidad para relacionarse o para hacer nuevos amigos es mayor en los afectados por discapacidades sensoriales (audición, visión) y del sistema motor (movilidad), y sensiblemente menor en quienes padecen problemas mentales (comprensión, aprendizaje, interrelaciones personales); en una posición intermedia de dificultad se encuentran los dos tipos restantes de discapacidad (autocuidado y vida doméstica).

#### 7.4. Participación en asociaciones

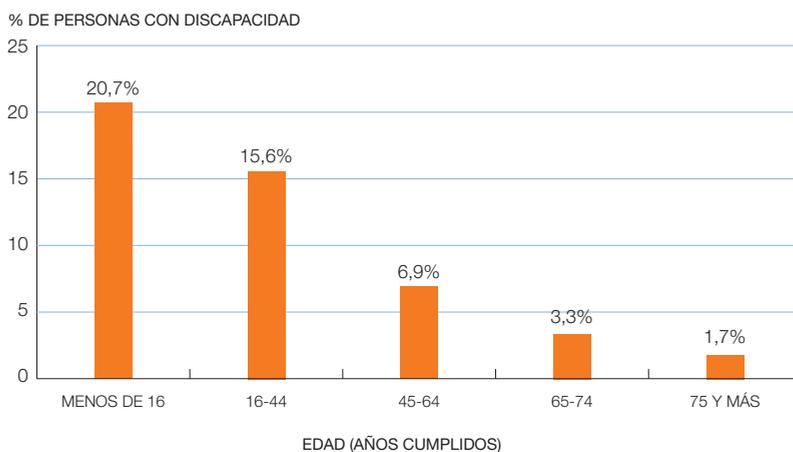
La participación en asociaciones del sector ha ejercido un importante papel, tanto en España como en el resto del mundo, como vía de expresión, organización e intervención de la población con discapacidades. En el marco democrático del nuevo Estado de las autonomías (Constitución de 1978) y tras la promulgación de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) en 1982, que reconocía el importante papel de las asociaciones de afectados, se impulsó un proceso de articulación de las asociaciones autonómico y estatal. El CERMI (Consejo Español de Representantes de Minusválidos) fue el principal órgano de representación que participó con carácter consultivo en la aplicación y evaluación de las políticas públicas relacionadas con la discapacidad.

En 2008 tan sólo una de cada veinte personas con discapacidad (5,6%, casi 200.000 personas) estaba afiliada a asociaciones especializadas del sector, con más presencia de hombres (6,7%) que de mujeres (4,9%). En general, la afiliación es mucho mayor en los casos de deficiencia psíquica –con frecuencia por mediación de sus parientes– que en los de naturaleza física o sensorial. Así, la tasa de afiliación dobla la media en los casos de deficiencias del sistema nervioso (12,2%), del lenguaje, habla y voz (9,1%) y deficiencias mentales (8,9%), pero es sólo del 2,6% en las osteoarticulares, y del 3,7% en las viscerales; en las deficiencias del oído, es del 3,3%, y en las visuales, del 6,1%, en este caso por encima ligeramente de la media general.

Como las deficiencias psíquicas tienen mayor prevalencia en las discapacidades congénitas e infantiles, la tasa de afiliación es mucho mayor en las primeras etapas de la vida, y desciende en edades avanzadas, cuando adquieren más peso las deficiencias físicas y sensoriales. Según un estudio monográfico realizado en el País Vasco, las personas con discapacidad en edad laboral integradas en organizaciones asociativas de la economía social presentaban una tasa de actividad y de empleo mucho mayor que las no asociadas (Barea y Monzón, 2008: 144-145). Además, las ventajas de pertenecer a una asociación se aprovechan más en la edad laboral que cuando se entra en la edad de jubilación, momento en que muchas limitaciones sobrevenidas son consideradas como propias de la edad y casi inevitables. En consecuencia, la tasa de afiliación varía muchísimo en función de la edad, con tasas máximas en los primeros tramos y mínimas en los últimos (gráfico 7.8).

GRÁFICO 7.8

### Tasas de afiliación de las personas con discapacidad a asociaciones del sector, por tramos de edad (porcentaje)



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

En la mayoría de los casos se sabe el motivo de la pertenencia a la asociación: los más frecuentes son los trastornos de coordinación de movimientos o tono muscular (34.000 casos, más de dos tercios son mujeres), la

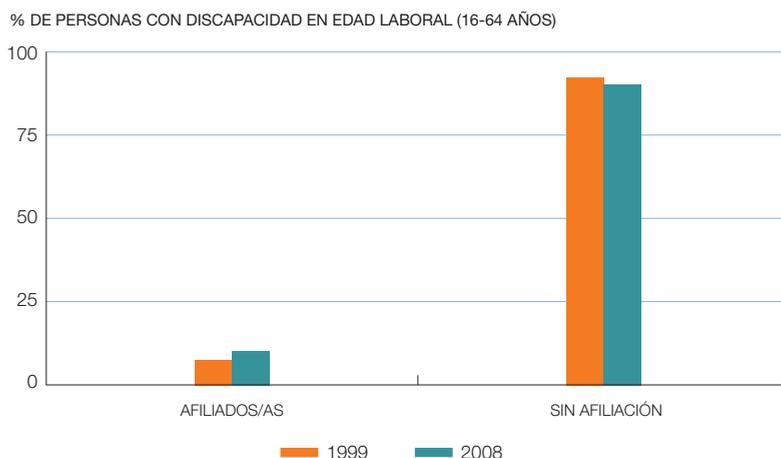
mala visión (25.000 casos), la ceguera total (13.000), la columna vertebral (12.000) y un conjunto de afecciones psíquicas (deficiencia intelectual, demencias y enfermedades mentales), que en conjunto suman 50.000 afiliaciones (mayoría hombres). En correspondencia con lo anterior, las asociaciones con mayor número de afiliaciones a partir de la encuesta de 2008 son las siguientes:

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles)	23.485	22.449	45.934
FEDER (enfermedades raras)	5.435	10.689	16.124
COCEMFE (minusválidos físicos)	5.321	8.985	14.306
FEAPS (personas con discapacidad intelectual)	8.639	4.918	13.557
Cruz Roja	4.440	6.051	10.491
ASPACE (Atención Personas Parálisis Cerebral)	3.901	3.271	7.172
FELEM (esclerosis múltiple)	1.707	4.472	6.179
CNSE (sordos)	2.658	2.083	4.741
Fundación Alzheimer España	1.131	3.440	4.571
ASPAYM (lesiones medulares y gran discapacidad física)	2.802	1.707	4.509
Síndrome de Down	1.727	2.479	4.206
AECC (cáncer)	547	3.068	3.615
FEAFES (enfermos mentales)	2.068	985	3.053
FIAPAS (familias de personas sordas)	1.153	1.313	2.466
ALCER (enfermedades renales)	1.540	867	2.407
Federación Española de Parkinson	765	713	1.478
FEDACE (daño cerebral)	587	724	1.311

Por último, si comparamos la tasa de afiliación de 2008 con la de 1999, se comprueba un incremento significativo. En la edad laboral (16-64 años) las personas que forman parte de organizaciones del sector han pasado del 7,5% al 10%. Los hombres han pasado del 8,5% al 10,9%, y las mujeres del 6,5% al 9,2%. No obstante, el gráfico 7.9 muestra que la inmensa mayoría de las personas con discapacidad siguen sin formar parte activa de las organizaciones del sector (lo que no quiere decir que no se aprovechen de sus servicios).

GRÁFICO 7.9

### Evolución de la tasa de afiliación de personas con discapacidad a asociaciones del sector (1999-2008, en porcentaje)



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

## 7.5. Actividades y tiempo libre

La encuesta de 2008 preguntaba a las personas con discapacidades cuáles eran las principales actividades que practicaban en su tiempo libre; se permitía un máximo de tres respuestas. Asimismo, se les preguntaba sobre los tipos de actividad que desearían practicar en su tiempo de ocio pero que, por su misma discapacidad, no les era posible ejercitar. Las principales respuestas se recogen en el gráfico 7.10; al mismo tiempo, se comparan estas respuestas con los resultados obtenidos para la población general de España en una encuesta del CIS sobre tiempo libre. Esta encuesta preguntaba también por los tres tipos de actividad más frecuentes en el tiempo libre y por las tres más deseadas. Para poder comparar ambas encuestas, se funden en una sola respuesta («Escuchar la radio o música»), las dos del CIS «Escuchar la radio» y «Escuchar música»; en «Visitar familia o amigos», las dos del CIS: «Salir a tomar algo con pareja/familia» y «Reunirse con amigos fuera de casa»; y en «Asistir a espectáculos», las dos del CIS: «Asistir a espectáculos» y «Ver alguna exposición». Por otra parte se

funden en «Navegar por internet» las dos de la EDAD-2008: «Navegar por internet» y «Chatear o enviar e-mails»; y en «Asistir a espectáculos», las correspondientes a «Visitar bibliotecas o museos» y «Asistir a eventos deportivos o culturales». En el recuento no se incluyen dos actividades que sólo aparecen en la encuesta de discapacidades, ya tratadas en otros apartados: «Hablar por teléfono con familiares o amigos» y «Asistir a clases o cursos». Sí se incluyen las actividades «Compras» y «Viajar» aunque no aparecen en los resultados de la encuesta del CIS, por lo que se muestran en la parte inferior del gráfico.

Las personas con discapacidad dedican, lógicamente, mucho tiempo a dos actividades de ocio: ver la televisión y escuchar la radio, y bastante menos a las restantes actividades de las dos encuestas. En especial llama la atención que la población con discapacidades dedica menos de la mitad de tiempo que la población general a visitar a la familia o a los amigos.

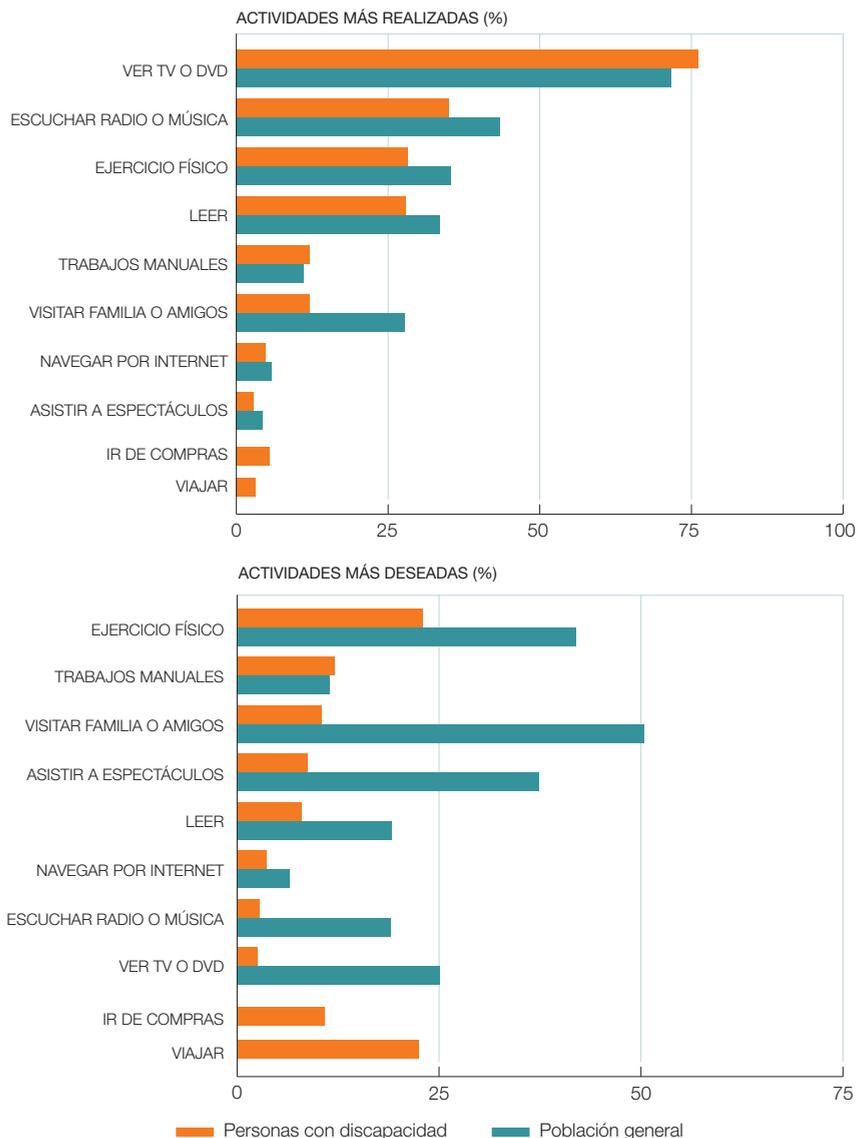
En cuanto a las actividades de ocio que más se desearía realizar, la menor frecuencia de actividades deseadas en las personas con discapacidad (salvo en «trabajos manuales») se puede deber a que la pregunta se limitaba a las actividades que no se realizaban «a causa de la discapacidad». Entre las más deseadas por el colectivo estudiado destacan dos: «Hacer ejercicio físico» y «Viajar»; reciben menos respuestas «Hacer trabajos manuales», «Ir de compras» y «Visitar a la familia y los amigos». En cambio, a la población general, las actividades que más le gustaría ampliar son visitar a la familia y a los amigos, hacer ejercicio físico y asistir a espectáculos.

En el colectivo con discapacidades, la diferencia de actividades por sexos no es muy grande, pero los hombres tienden más a escuchar la radio o música (38%), hacer ejercicio físico (36%), navegar por internet (6%) y asistir a espectáculos (5%); las mujeres ven algo más la televisión (77%), leen (28%), hacen trabajos manuales (14%) y van de compras (6%). Las restantes actividades son realizadas con la misma frecuencia por ambos sexos.

Por tramos de edad, las personas de 65 y más años ven más la televisión (80%) y hacen más ejercicio físico (28%), mientras que las más jóvenes escuchan la radio o música (40%), leen más (33%), visitan con más frecuencia a familiares y amigos (14%), y, sobre todo, navegan por internet (10%, frente al 0,7% de las personas mayores).

GRÁFICO 7.10

## Actividades de tiempo libre que practican y que desearían practicar las personas con discapacidad y la población general (porcentaje)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, para las personas con discapacidad; y estudio del CIS núm. 2.478 sobre *Tiempo libre y hábitos de lectura*, 2003, para la población general.

Por tipos de discapacidad, las diferencias tampoco son excesivas. Quienes tienen limitaciones de audición son los que menos escuchan la radio o música, pero son quienes más leen, viajan, hacen ejercicio físico y trabajos manuales; las personas con trastornos de visión destacan por visitar a familiares y amigos e ir de compras; las personas con problemas de movilidad, autocuidado y vida doméstica son las que más tiempo dedican a ver la televisión, y menos a hacer ejercicio físico.

Por último, las actividades que no se pueden ejercitar a causa de la discapacidad pero que más se desean presentan también una notable convergencia por tipos de deficiencia, si bien, lógicamente, cada limitación apunta con algo más de insistencia hacia aquello de lo que se carece: quienes tienen problemas de visión son los que más desearían ver la televisión; los sordos, escuchar la radio o música; y los afectados por trastornos osteoarticulares, hacer ejercicio físico.

## 7.6. Experiencias de discriminación y reacción ante ellas

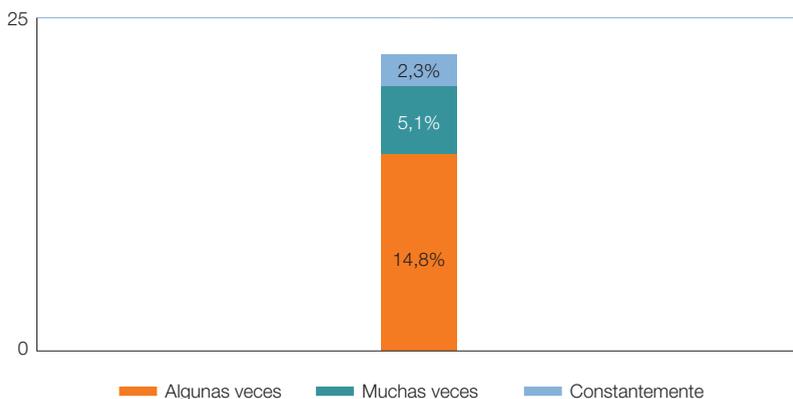
El 88% de las personas con discapacidad dicen no haberse sentido discriminadas en los doce meses anteriores a la encuesta. Esta proporción baja diez puntos (78%) entre quienes tienen menos de 65 años, con proporción muy similar en ambos sexos. De las 420.000 personas (12%) que recuerdan haberse sentido discriminadas, dos tercios afirman que «algunas veces» (8%), y un tercio, «muchas veces» (3%) o «constantemente» (1%). Sólo una de cada veinte personas mayores de 64 años se ha sentido discriminada por su discapacidad; sin embargo, se ha sentido discriminada casi la cuarta parte de quienes tienen menos de esa edad, sector donde se concentran los casos de exclusión social (véase el gráfico 7.11).

Por tipos de discapacidad, y para todos los grupos de edad, la experiencia de discriminación entre personas con limitaciones de interacciones y relaciones personales (21%), aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas (18%) y comunicación (también 18%) es en torno al doble que entre quienes tienen limitaciones de movilidad (8%), audición (8%), visión (10%), autocuidado (12%) y vida doméstica (12%). Como ocurre con otros asuntos, los problemas de marginación o exclusión social se incrementan en los que padecen deficiencias mentales (19%) o del sistema

nervioso (17%), y se reducen entre quienes padecen trastornos sensoriales y osteoarticulares (menos del 10% en ambos casos).

GRÁFICO 7.11

### Personas con discapacidad entre 6 y 64 años que se han sentido discriminadas en los últimos 12 meses (porcentaje)



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

Por tipos de hogar, los problemas de discriminación aumentan en los hogares con hijos, ya sean con los dos miembros de la pareja (19%) o monoparentales (17%), y disminuyen cuando sólo conviven los dos cónyuges (8%) en los hogares unipersonales (9%) y en otros tipos de hogar (9%). Esto parece indicar que las situaciones de discriminación las padece con más intensidad la población infantil y juvenil que la población de edad más avanzada.

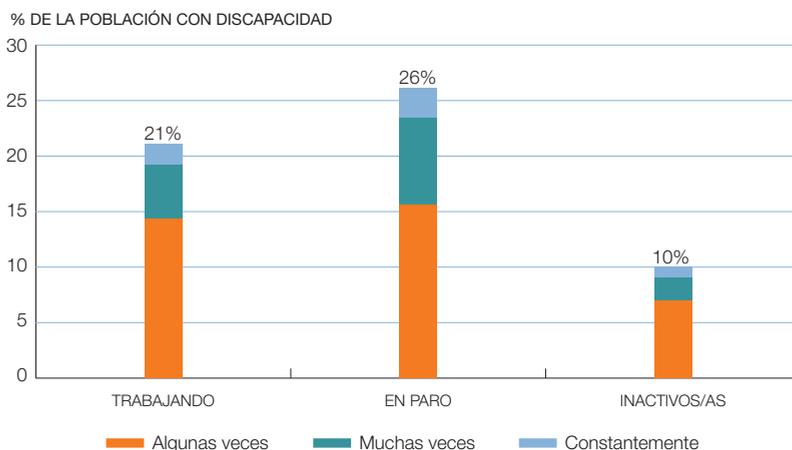
La experiencia de discriminación aumenta notablemente en la población «activa» con discapacidades respecto a la «inactiva» (labores del hogar, pensionistas, etc.), tal como muestra el gráfico 7.12. En especial, hay que destacar la mayor exclusión autopercibida por las personas desempleadas, probablemente como efecto acumulado de su doble marginación.

En cuanto a la nacionalidad, las personas extranjeras con discapacidad se han sentido discriminadas con bastante más frecuencia (18%) que las na-

tivas (12%). Sin embargo, si tenemos en cuenta que la discriminación disminuye entre las personas de más edad, la diferencia se puede explicar por la mayor juventud de la población extranjera, sin necesidad de recurrir a diferencias de pertenencia nacional, cultural o étnica. Del mismo modo, en los municipios con menos población (menos de 10.000 habitantes) la tasa de discriminación es tres puntos inferior (10%) a la de los de más población (entre el 12 y el 13%), diferencia que también puede ser explicada por la mayor presencia de personas mayores en el medio rural.

GRÁFICO 7.12

### Personas con discapacidad que se han sentido discriminadas en función de la actividad (porcentaje)



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

La encuesta de 2008 permite saber en qué situaciones o ámbitos sociales se han producido las experiencias de discriminación. En este caso tampoco son muy relevantes las diferencias por sexo; sin embargo, resultan muy explicativas las diferencias por tramos de edad, antes y después de cumplir los 65 años:

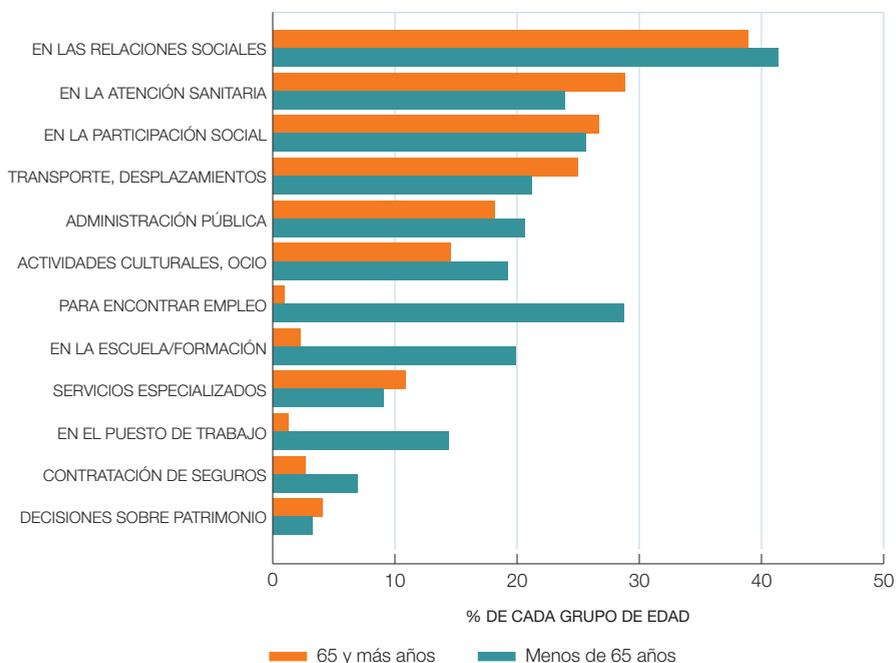
- Las personas mayores padecen más tasa de discriminación en la atención sanitaria, en la participación social en general, en el transporte y

los desplazamientos, y en los servicios especializados de apoyo (asociaciones, rehabilitación, atención temprana).

- Las personas en edad infantil-juvenil y laboral (6-64 años) se sienten más discriminadas, en coherencia con su momento de la vida, en los ámbitos escolar y laboral. Como se recoge en el gráfico 7.13, el motivo genérico de «discriminación en las relaciones sociales» es el más frecuente en ambos grupos de edad.

GRÁFICO 7.13

### Principales motivos o lugares de exclusión de las personas con discapacidad que se han sentido discriminadas en los últimos 12 meses (porcentaje)



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

De las 420.000 personas que se sintieron discriminadas a causa de su discapacidad, tan sólo 32.000 (8%) denunciaron los hechos, en proporción

muy parecida hombres y mujeres. La tasa se eleva al 9% entre los menores de 65 años, y baja al 5% entre los mayores de esa edad. Por tipos de deficiencia tampoco hay grandes diferencias, desde un máximo del 10% entre quienes padecen deficiencias del sistema nervioso y un mínimo del 5% entre quienes tienen problemas de audición.

Según el Eurobarómetro sobre Discriminación correspondiente a 2008, el 1% de la población española reconoció haber padecido personalmente discriminación o acoso en los últimos 12 meses a causa de su discapacidad, proporción que se elevaba al 2% en la UE-27. Esto supone que alrededor de 350.000 personas (9% de quienes tienen alguna discapacidad) habría experimentado trato discriminatorio. Por otra parte, el 5% de la población española y el 7% de la europea dicen haber presenciado algún acto de discriminación o acoso hacia personas con discapacidad, lo que supone que casi seis millones de españoles habrían sido testigos de formas de discriminación directa. No obstante, hay que valorar positivamente que, según el Eurobarómetro, las tasas de segregación de las personas con discapacidad presentan en España una media más baja que la europea (Comisión Europea, 2008).

Una forma de discriminación indirecta de las personas con discapacidad es su difícil acceso a las ayudas públicas que necesitan para una inclusión social normalizada. Según el VI Informe de la Fundación FOESSA, correspondiente a 2008, las dificultades de acceso que sufren las personas con discapacidad a los recursos y servicios de apoyo que les permiten la inclusión social, se basan en la existencia de una situación objetiva de discriminación que, sin embargo, permanece invisible a la comunidad. Como ejemplo, se alude a una encuesta aplicada en Barcelona según la cual las prestaciones recibidas por motivo de discapacidad apenas cubren una cuarta parte del total de gastos extraordinarios asumidos.

Todos los estudios coinciden en que son las personas con alguna discapacidad psíquica (máxime si son varias) las que más padecen discriminación o segregación social. Según un estudio epidemiológico del Consorcio Mundial para la Salud Mental, un 13,5% de los individuos con trastornos mentales se sienten estigmatizados debido a su enfermedad, proporción que se duplica en personas que sufren más de un trastorno mental (como, por ejemplo, ansiedad y depresión). Se trata del primer estudio internacio-

nal que evalúa el estigma asociado al trastorno mental a partir de las percepciones de los propios individuos que sufren estos trastornos. El cuestionario se aplicó a 80.000 personas adultas representativas de la población general de 27 países, entre ellos España, con trastornos mentales (se excluyó a enfermos de esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas) o algún tipo de discapacidad mental crónica (Association of Perceived Stigma and Mood and Anxiety Disorders, 2008: 305-314). Entre los resultados de esta encuesta correspondientes a España, cabe destacar que el 44% de las personas que padecen una enfermedad mental grave o crónica se siente discriminado en el ámbito laboral; el 43%, excluido entre sus amigos, y el 38% dice sentir el rechazo de su propia familia.

## VIII. Conclusiones

---

El despliegue de la vida humana está marcado por la diversidad, ciertamente, pero también por los conflictos y carencias que la atraviesan. A veces las limitaciones van asociadas a diferencias biológicas, como la edad –con necesidades inherentes a la infancia y a la vejez, por ejemplo– o el sexo; otras veces tienen que ver con factores ambientales, que dan lugar a problemas en el sostenimiento material, las formas de convivencia o las condiciones de salud, entre otros. En todo caso, no es la perfección o la plenitud lo que caracteriza la existencia cotidiana, sino el espacio potencial que se abre a partir del reconocimiento de los límites y la voluntad de superarlos. En este sentido, se puede afirmar que la falta nos constituye como sujetos en proceso en relación con el contexto social concreto en el que se mueven nuestros proyectos personales y colectivos.

Sin embargo, con frecuencia la diversidad y las limitaciones se vuelven motivo de discriminación, lo que ocurre cuando determinadas diferencias (ser mujer, tener el síndrome de Down, ser inmigrante africano) o faltas (estar en paro, padecer depresión, no poder andar) son estigmatizadas y convertidas en rasgos de inferioridad en algún sentido. En tales casos, no son las diferencias ni las limitaciones lo que produce desigualdad o exclusión, sino los mecanismos de inferiorización asociados a ellas.

Ante las diferencias o limitaciones funcionales –físicas o psíquicas– existen diversos enfoques, cuyas referencias teóricas hemos recogido en la introducción, que dan lugar a diferentes estrategias de intervención:

- La posición más tradicional entiende la discapacidad como un déficit que estigmatiza la identidad del sujeto y lo vuelve frágil para unas

relaciones sociales abiertas, por lo que éste termina confinado en su familia o segregado en instituciones especializadas.

- La posición naturalista-médica se centra en el tratamiento y rehabilitación de los individuos a partir del trabajo desplegado por funcionarios y expertos de la asistencia, a los que se considera depositarios de las normas y el saber técnico, ya se trate de los criterios clasificatorios de la Organización Mundial de la Salud o de los acuerdos de actuación establecidos por los sistemas públicos de salud y protección social.
- El llamado enfoque social, impulsado desde hace varias décadas por la Internacional de Personas con Discapacidad y un sector de los profesionales, desplaza el foco de atención desde el plano individual y fisiológico al colectivo y político, entendiendo que la discapacidad es una forma de exclusión social, entre otras, que se impone a los individuos y debe ser superada mediante un proceso personal y colectivo de emancipación.

Los nombres escogidos para definir al colectivo se corresponden en parte con los enfoques descritos: «invalidez/incapacidad», para la posición tradicional; «minusvalía/discapacidad», para la naturalista-médica, y «diversidad funcional» para la social, aunque en este último caso no existe un acuerdo definitivo y se buscan nuevas formulaciones. Por nuestra parte, creemos que el enfoque social ofrece mayor potencialidad, aunque la fuente principal de información que hemos utilizado, la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008), responde más bien a la segunda orientación.

En el colectivo de personas con discapacidades, hay una distinción que conviene hacer en primer lugar en función de la edad. Algo más de la mitad (2,2 millones de personas, 58% del colectivo) tiene más de 64 años y, de ese conjunto, dos terceras partes comenzaron a sufrir su discapacidad ya a edad avanzada, lo que explica que la tasa de población con limitaciones funcionales en las últimas etapas de la vida crezca exponencialmente (30% en el tramo de 75 a 79 años; 41% entre 80 y 84 años, y 58% a partir de los 85). En estos casos las discapacidades son asumidas como condición propia de la edad avanzada y no se tiene conciencia de pertenecer a

un colectivo diferenciado de personas con discapacidad; en consecuencia, pocas veces se sienten discriminadas socialmente por ese motivo y apenas recurren al certificado de minusvalía que da acceso a vías especiales de ayuda, más allá de las que se consideran propias de las personas mayores (pensiones, sanidad gratuita, ayuda a domicilio, etc.).

En cuanto a las personas a quienes sobrevino la discapacidad antes de los 65 años, especialmente aquellas que en el momento de aplicarse la EDAD-2008 no habían llegado a esa edad (790.000 hombres y 830.000 mujeres), tienen conciencia de pertenecer a un colectivo diferenciado al que asocian con frecuencia los problemas que padecen. A lo largo de nuestro estudio hemos recogido con detalle los procesos de incorporación de estas personas a la sociedad, ya sea en el ámbito de la educación, la familia, las relaciones sociales y de amistad, el trabajo o el acceso a las políticas generales o específicas dirigidas a su colectivo. Pero antes de resumir los resultados en cada uno de estos puntos, conviene avanzar una conclusión general, que tiene carácter transversal.

## **8.1. Relación entre discapacidad y exclusión social**

El origen de las discapacidades sobrevenidas antes de la edad de jubilación está estrechamente ligado a las condiciones precarias de vida y de trabajo de las clases subordinadas, con menores niveles de renta y formación. Es lo que se deduce si se tiene en cuenta que la tasa de discapacidades en los hogares con ingresos por debajo de 1.000 euros/mes es cuatro veces mayor (8,4%) que en los que tienen ingresos por encima de 2.500 euros mensuales (2,4%), con una correlación sistemática entre dos variables: a menos renta del hogar, mayor tasa de discapacidades.

La mayor propensión de los miembros de familias pobres a experimentar limitaciones físicas o psíquicas se mantiene en los mismos términos que una década atrás (encuesta de 1999) y es una expresión más de la desigualdad existente en España en el reparto de la renta y la riqueza, y, por tanto, en el diferente acceso a los medios necesarios para vivir con dignidad y hacer frente a las limitaciones y problemas que se presentan a lo largo de la existencia. Cabe destacar, entre otras condiciones estructurales que favorecen esa des-

igualdad, la escasa progresividad del sistema fiscal, en especial respecto a las rentas del capital patrimonial y financiero; el estancamiento del salario medio en los últimos quince años, en contraste con el valor de las acciones empresariales, que ha crecido un 340% en el mismo plazo de tiempo; o las desigualdades de sexo en materia de salarios, pensiones o riesgo de pobreza.<sup>(1)</sup>

Pese a la importante renta aportada por más de un millón de pensiones de invalidez o incapacidad, los ingresos medios por hogar son un 25% más bajos que en los hogares sin discapacidad, ya que esas aportaciones no compensan la baja tasa de actividad del colectivo (casi tres veces inferior a la media estatal), a lo que hay que añadir los gastos extra, a cargo de las familias, que se derivan de la discapacidad (tratamientos médicos, fármacos, ayudas técnicas, transporte, asistencia personal, etc.), que merman también la renta de otro millón de hogares. En el balance positivo, no obstante, habría que poner los nuevos servicios y prestaciones económicas derivados de la Ley de Dependencia, que han tenido un desarrollo importante entre 2007 y 2009, aunque se han estancado en 2010 a raíz de la crisis económica. Por otra parte, las desigualdades entre hombres y mujeres con discapacidad en el acceso al empleo y en la percepción de ingresos son de las más elevadas de la Unión Europea, según han puesto en evidencia varias encuestas promovidas por EUROSTAT.

El análisis anterior parte de considerar que una persona tiene discapacidad cuando, antes de recibir ayudas personales o técnicas (salvo las gafas), presenta alguna de las 44 limitaciones importantes para realizar las actividades de la vida diaria que se incluyen en la EDAD-2008. Sin embargo, como vemos, la cuarta parte de las discapacidades de severidad total o grave pasan a ser leves o inexistentes gracias a tales ayudas, por lo que esas personas ya no tendrían discapacidad sino funcionamiento, es decir, una «interacción positiva entre el individuo y sus factores contextuales», según la última clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud (CIF-2001).

(1) Datos oficiales que se pueden contrastar en el *Barómetro Social de España*, indicadores 4, 5, 11 y 13 de Renta y Patrimonio, 8 de Empleo y 5, 23, 25 y 26 de Igualdad de género. [www.barometrosocial.es](http://www.barometrosocial.es)

## 8.2. Bajo nivel de instrucción, aunque con mejoras en la última década

El nivel de estudios del colectivo estudiado es mucho más bajo que el de la población general. Si nos ceñimos al millón y medio de personas que se encuentra en edad laboral (16-64 años), el 7% son analfabetas (1% la población general); la cuarta parte no ha terminado estudios primarios, y más de la mitad no ha obtenido el título de ESO; el 16% ha conseguido terminar la educación secundaria y el 12% tiene estudios superiores (24 y 26% la población general, respectivamente). Además, tan sólo el 8% de la población con discapacidades en edad laboral seguía en 2008 algún curso –formal o no formal– de formación permanente, una tasa muy inferior a la media de la población general en aquel momento (20%).

Si tenemos en cuenta que la discapacidad sobrevino a la mayoría después de cumplir los 16 años, es fácil concluir que el déficit escolar no se debe tanto a la discapacidad cuanto a la extracción social precaria de sus familias. De hecho, las personas con discapacidad que viven en hogares con una renta superior a 2.500 euros/mes han terminado estudios superiores en una proporción bastante superior (37%) a la media de la población general (26%), casi triplicando la tasa de las personas del colectivo que viven en hogares de renta intermedia (entre 1.500 y 2.500 euros/mes: 14%) y sextuplicando la de los hogares con menos renta (6%).

Las personas que iniciaron su discapacidad antes de los 16 años (más de la mitad de ellas en el parto o en el primer año de vida) registran doble tasa de analfabetismo, pero a la vez una proporción mayor de títulos en educación secundaria y superior. Lo primero se explica por la gravedad de algunas discapacidades perinatales que afectan a la capacidad mental; lo segundo, por la extracción socioeconómica de los hogares, algo más elevada que en los casos sobrevenidos en edad laboral.

En la última década el nivel de estudios de la población con discapacidades ha mejorado en proporción parecida a la población general, manteniendo por tanto la misma relación de desigualdad entre ambos grupos. En el caso de las personas con limitaciones la mejora ha sido más intensa, en términos relativos, en el acceso a estudios superiores (se ha más que duplicado, pasando del 5 al 12%, con mayor presencia de mujeres que de hombres) y

menos intensa entre quienes no han podido terminar la educación primaria (grupo que se ha reducido en una cuarta parte y pasa del 24 al 18%).

Por último, hemos analizado la situación escolar de los niños y niñas con discapacidad que tenían entre seis y 15 años en 2008, que suponen el 2% de la infancia en España. La mayoría se encuentra escolarizada en centros públicos en régimen de integración o recibiendo apoyos especiales; otro bloque importante no precisa ningún tipo de apoyo y, finalmente, una quinta parte acude a centros o aulas de educación especial. Esto último ocurre con más frecuencia entre los afectados por trastornos mentales y del sistema nervioso o deficiencias múltiples, mientras que acuden más habitualmente a centros ordinarios sin apoyo quienes tienen limitaciones de movilidad, de la visión o del oído. Casi un 3% (unos 2.000 niños y niñas) no acudía al colegio en el momento de la encuesta. El absentismo escolar debido a la discapacidad afectaba de forma significativa a un tercio del colectivo.

### **8.3. Escasa emancipación del hogar parental. Papel central de la ayuda familiar**

Si comparamos el estado civil de las personas con discapacidad y de la población general por tramos de edad, comprobamos que las primeras se casan en una proporción mucho menor, lo que sugiere una más costosa emancipación de la familia de origen. Existen diferencias significativas en función del sexo: la tasa de nupcialidad de las mujeres con discapacidad es mucho mayor que la de los hombres hasta los 55 años, si bien desciende bruscamente a partir de entonces, momento en que tienden a aumentar las separadas, divorciadas y viudas, lo que explica la muy elevada tasa de hogares monoparentales en el colectivo femenino con discapacidades (12%, frente a una media de la población general del 2%). Los hombres permanecen solteros en una proporción mucho mayor que las mujeres hasta los 55 años, para invertirse la situación a partir de entonces; en especial, destaca la tasa de soltería masculina entre los 35 y 45 años, que llega al 54%, por un 29% de las mujeres. Esta diferencia se puede explicar en parte si se considera la mayor frecuencia con que los hombres presentan discapacidades de comunicación y para mantener relaciones personales (incluidas las relaciones sexuales y de pareja).

El 99,9% de las personas con discapacidad tiene parientes, con muchos de los cuales la inmensa mayoría mantiene relación habitual, ya sea mediante la convivencia o de visitas, llamadas telefónicas o correo postal y electrónico. El 0,1% que dice no contar con ningún familiar incluye a unas 3.000 personas; de ellas, dos tercios son mayores de 75 años; otro 0,2% –10.000 personas– señala que el cónyuge es su único pariente, lo que tratan de compensar con relaciones de amistad hacia otras personas.

Hasta los 64 años, la convivencia cotidiana en el hogar de residencia tiene lugar sobre todo con el cónyuge (50%), hijos e hijas (45%), padres y madres (28%) y hermanos y hermanas (17%). A partir de los 65, también con el cónyuge (47%), hijos e hijas (39%), nietos y nietas (16%) y hermanos y hermanas (4%). Pero, además, aunque no se conviva bajo el mismo techo, se mantienen relaciones con otros muchos parientes, que en más de la mitad de los casos residen en el mismo municipio. En definitiva, la mayoría del colectivo cuenta con una amplia cobertura de intercambios y relaciones con otros miembros de su familia.

Una de las facetas de la relación familiar es la ayuda personal prestada al pariente con discapacidad para que pueda resolver las actividades cotidianas. Según la EDAD-2008, 1,5 millones de parientes que vivían bajo el mismo techo desempeñaban esta función, en la que destacan el cónyuge, la madre o el padre y las hijas e hijos, en función de la edad de la persona con limitaciones. Por otra parte, más de 600.000 parientes que no viven bajo el mismo techo cooperan diariamente en esas tareas: en este caso destacan las hijas, hijos y hermanas de las personas atendidas. En conjunto, el 85% de las personas que brindan asistencia son parientes, sobre todo mujeres.

#### **8.4. Sistemas de inserción en la vida adulta: pensiones, empleo y trabajo doméstico**

Las formas principales de «actividad económica» de las personas con discapacidad entre 16 y 64 años difieren sustancialmente de las de la población general. Para comparar ambos grupos hemos utilizado la EDAD-2008 y la Encuesta de Población Activa del mismo año. Mientras que para la población española en general el empleo remunerado era la actividad

más frecuente (66%), sólo accedía a él un 28% de las personas con limitaciones funcionales. Sin embargo, el sistema de pensiones –algo propio de las personas jubiladas para la población general– era la situación principal para el 48% de los hombres y el 35% de las mujeres con discapacidad. Por último, el trabajo doméstico en el propio hogar era el tercer sistema de inserción en la vida adulta, una actividad llevada a cabo casi exclusivamente por mujeres, con una frecuencia mucho mayor entre las que tenían limitaciones (34%) que entre la población femenina en general (24%).

Una tercera parte del colectivo estudiado tuvo que cambiar su actividad principal a causa de la discapacidad. Este cambio consistió casi siempre en abandonar el empleo, lo que afectó a más de 400.000 personas, un número similar al de quienes seguían trabajando en el momento de aplicarse la EDAD-2008. Según esto, la discapacidad provocó que la mitad de quienes tenían empleo lo abandonaran. Otras 225.000 no ha tenido ninguna experiencia laboral a lo largo de su vida; el resto (casi medio millón) sí la ha tenido, pero ya no trabaja por diversas razones, no achacables directamente a la aparición o agravamiento de las discapacidades. En definitiva, más de dos tercios de las personas con discapacidad en edad laboral han renunciado, o quedado excluidas, de la forma de inserción económica más habitual y normalizada en esa etapa de la vida: el empleo remunerado.

Según las estadísticas de la Seguridad Social de 2008 sabemos que la mayoría de la población con discapacidades percibe pensiones: algo más de 900.000 de carácter contributivo, con una media de ingresos de 801 euros mensuales, y otras 200.000 no contributivas, con una media de 324 euros al mes. Sumadas ambas, darían cobertura al 75% de las personas con discapacidad en edad laboral. Una proporción que no se contradice con las tasas ofrecidas anteriormente, ya que las diversas formas de actividad se solapan entre sí (se puede percibir una pensión y a la vez tener un empleo o desempeñar las tareas domésticas).

En el sistema vigente en España, la casi totalidad de las pensiones contributivas tienen carácter indefinido, ya que parten de un criterio de «incapacidad» estático que etiqueta a las personas con carácter permanente, tal como sugieren las propias denominaciones oficiales: gran invalidez, incapacidad permanente absoluta, incapacidad permanente total. Sin embargo, aunque un sector menor de esta población encuentra efectivamente

dificultades insuperables para trabajar, la mayoría podría ejercer alguna actividad si encontrara facilidades para ello. Pero de forma generalizada su respuesta ha sido dejar de buscar empleo.

La mayoría de las pensiones contributivas las perciben hombres que han tenido un empleo anterior; y la mayoría de las no contributivas, mujeres que no partían de un empleo remunerado. De este modo, tener experiencia previa de trabajo doméstico se «cotizaba» tres veces menos que haber tenido un empleo remunerado, un indicio entre otros muchos de la mayor precariedad femenina.

## 8.5. Menos empleo y más precario

Ya se ha indicado que la tasa de empleo entre las personas con discapacidad era tres veces menor que la de la población general; en cambio, la tasa de paro en el mismo año de referencia –2008– era más del doble: 20,3%, frente a 9,2%. Además, el paro de larga duración –más de un año seguido buscando empleo– era mucho mayor en nuestro colectivo (57%) que entre la población desocupada en general (21%), circunstancia que probablemente explica en buena parte su desánimo para encontrar empleo y su baja tasa de actividad.

Lamentablemente no podemos saber cómo ha incidido la crisis económica de los últimos años en el empleo de estas personas, ya que se trata de una variable no incluida hasta ahora en las series estadísticas oficiales de empleo y paro. Sin embargo, teniendo en cuenta la distancia relativa existente entre las tasas de desempleo de la población general y la población con discapacidades en 1999 y 2008, podemos estimar que la tasa de paro del colectivo con limitaciones funcionales puede situarse en 2011 entre el 35 y el 46%.

El paro detectado en 2008 incide más entre las mujeres y la juventud, sobre todo entre quienes tienen menos estudios, y se concentra en los hogares pobres y en las comunidades autónomas con más bajos niveles de renta (Canarias, Extremadura o Andalucía). Todas estas características son las mismas que explican el desempleo en la población general, pero en el caso de las personas con discapacidad se añade, como motivo extra o su-

plementario de exclusión sociolaboral, la propia discapacidad. Cuando se pregunta por las razones de no encontrar empleo, sobresalen las dos siguientes: «Por la discapacidad» (54%); y «Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera» (17%). A su vez, la cuarta parte de quienes ya no buscan y se han instalado en las pensiones reconoce que el principal motivo de su desánimo es que «sería difícil encontrar trabajo al estar discapacitado». En definitiva, diversos factores contextuales y personales (competitividad del mercado laboral, condiciones muy precarias de los empleos a los que podrían acceder, intensificación del paro en ciertas comunidades, prejuicios de la parte empresarial, priorización de las pensiones sobre la adaptación del puesto de trabajo, etc.) dan como resultado que sólo una parte menor de las personas con discapacidad disponga de empleo.

De las 420.000 personas con empleo remunerado, sólo una quinta parte lo ha conseguido mediante alguna fórmula de empleo protegido (centros ocupacionales y especiales de empleo) o utilizando ayudas especiales para acceder al mercado ordinario de trabajo (cuota de reserva, incentivos y bonificaciones a la contratación, empleo con apoyo, etc.). La mayoría ha conseguido ocupación gracias a amigos y familiares o dirigiéndose directamente a las empresas.

La distribución por sectores, ramas de actividad y situación profesional es similar a la de la población general: la mayoría está asalariada (83%) en el sector de los servicios (70%), en el que destacan las ramas de comercio, administración pública, servicios empresariales, sanidad y servicios sociales, y educación. Por sexos, la presencia de hombres es mayor en el comercio y el transporte, y la de mujeres en educación, sanidad y servicios sociales, y servicio doméstico (donde se emplea el 7% de las mujeres ocupadas, por menos del 1% de los hombres).

Las diferencias más importantes con la población general se registran en la distribución por ocupaciones, ya que las personas con discapacidad se concentran en mucha mayor proporción en el tramo de los empleos no cualificados, y están menos presentes en los que requieren mayor cualificación (dirección de empresas o de la administración pública, y técnicos y profesionales). Por tanto, se concentran más en ocupaciones de limpieza, peonaje, conserjes y segmentos no cualificados del comercio, la restauración y los servicios personales.

La tasa de contratos temporales en 2008 era del 29%, equivalente a la media española de aquel año (30%) y cuatro puntos superior a la registrada en la Encuesta de Discapacidades de 1999. La temporalidad era mayor entre mujeres y personas jóvenes, a quienes afectaba también en mayor medida la jornada por turnos (de mañana, tarde y noche), en correspondencia con otros indicadores de discriminación sociolaboral de ambos colectivos. Por último, si se tiene en cuenta la ventaja que podrían suponer los empleos a jornada parcial para quienes presentan una mayor dificultad en trabajos prolongados, resulta extraño que la tasa de personas con discapacidad en esa modalidad de jornada sea cuatro veces inferior (3%) a la de la población ocupada en general (12%).

## **8.6. Relaciones sociales y de amistad. Experiencias de discriminación**

El 90% de quienes tienen menos de 65 años y el 85% de quienes superan esa edad tienen alguna amistad, casi siempre residente en el mismo municipio. La frecuencia de contactos que mantienen con ellos es diaria o de varias veces a la semana en dos de cada tres casos, y de menor frecuencia en el resto. En comparación con las relaciones con parientes, el trato con amigos es menos frecuente que con el cónyuge, los padres o los hijos e hijas, pero mayor que el mantenido con hermanos y hermanas u otros familiares.

La falta de amigos afecta al 10% antes de los 65 años y al 15% después de esa edad, pero los porcentajes se duplican entre quienes tienen discapacidades de relaciones personales, aprendizaje y comunicación, que presentan en mayor medida limitaciones mentales o múltiples y son precisamente los grupos que tienen unos contactos más intensos con sus parientes próximos. En el polo opuesto se sitúan las personas con problemas osteoarticulares, de audición o de visión, que son las que mantienen unas relaciones de amistad más asiduas. Este último grupo es también el que tiene menos dificultades para hacer nuevos amigos, algo que resulta más difícil para quienes se ven afectados por limitaciones de comprensión, aprendizaje e interrelaciones personales.

En el último año casi la cuarta parte de las personas con discapacidad con menos de 65 años se ha sentido discriminada debido a su limitación y, de ellas, una tercera parte «muchas veces» o «constantemente». Sin embargo,

tan sólo el 9% ha denunciado los hechos, en parecida proporción hombres y mujeres. La experiencia de discriminación aumenta entre las personas activas respecto a las inactivas, sobre todo entre las que están desempleadas, que mantienen un contacto más frustrante con el medio sociolaboral.

La afiliación de personas con discapacidad a asociaciones del sector se ha incrementado en la última década y ha pasado del 7,5 al 10% entre las personas en edad laboral. La participación es mucho mayor en la etapa infantil y juvenil, para reducirse a medida que avanza la edad y alcanzar valores mínimos después de los 65 años. En general, la afiliación es mucho mayor en los casos de deficiencia psíquica –con frecuencia mediada por parientes– que en los de naturaleza física o sensorial.

## **8.7. Medidas para afrontar las limitaciones y los conflictos en un marco de diversidad funcional**

Se pueden distinguir dos tipos de medidas: las de tipo individual, orientadas a resolver o paliar las limitaciones específicas de las personas particulares que presentan alguna discapacidad; y las preventivas, que pretenden eliminar las condiciones sociales de exclusión mediante políticas generales de equilibrio de rentas, reparto del empleo, salud y educación de calidad y sin discriminaciones para todas las personas, accesibilidad y eliminación de barreras, participación directa en la vida de la comunidad y en las instituciones políticas, etc. Las primeras medidas están recogidas con bastante precisión en la EDAD-2008, pero no las segundas, que, sin embargo, son consideradas necesarias por la Organización Mundial de la Salud para comprender y abordar los fenómenos relacionados con el funcionamiento y la discapacidad (CIF-2001).

### **Medidas de tipo individual**

Entre las ayudas individuales, destacan las orientadas a resolver, compensar o aliviar actividades de la vida diaria que se ven afectadas «de manera importante» por las discapacidades. Las ayudas pueden ser técnicas (productos, aparatos o equipos para superar o aliviar la limitación) o de asistencia personal, y son recibidas, efectivamente, por el 71% de las personas con discapacidad: el 12% recibe sólo ayudas técnicas (únicas posibles para

discapacidades de la vista, el oído y para conducir vehículos); el 31% sólo recibe ayudas personales; y el 28% ambos tipos de ayuda. En conjunto, estas ayudas significan un gran apoyo para reducir la gravedad de las discapacidades en todas las edades, a pesar de que para más de un tercio tales ayudas son insuficientes:

- las discapacidades con severidad total, que impiden realizar la actividad correspondiente, se reducen en más de una tercera parte (del 41,7 al 28,6%);
- las de severidad grave pasan del 33,4 al 27,9%;
- las de severidad moderada se incrementan en una cuarta parte, pasando del 25 al 31,5%, y
- algo más de la décima parte (12%) son prácticamente superadas en la medida en que las actividades correspondientes que definían la discapacidad se llevan a cabo sin dificultad.

Según la CIF-2001 (OMS), las personas que gracias a las ayudas técnicas y personales logran superar sus limitaciones, ya no tendrían discapacidad, sino buen funcionamiento. Siguiendo este criterio, el conjunto de ayudas existente implica una reducción significativa del número total de discapacidades detectadas en la encuesta, exactamente 3,5 millones de los 30,6 detectados (ocho por persona). Si el cálculo lo referimos a las personas, teniendo en cuenta su máximo grado de severidad, dicha reducción afectaría a algo más de 400.000 sujetos, el 16,7% del conjunto. Y si nos limitamos a las personas que han recibido ayudas, los casos de severidad total se reducen en algo más de la mitad.

A su vez, del 29% que no recibe ayudas, ni técnicas ni personales, dos terceras partes dice necesitarlas. En números absolutos, más de medio millón de personas reclama ayudas técnicas, y casi un cuarto de millón, ayudas personales de las que carece. Llama la atención que la mayoría de estas personas son mujeres. En especial resulta paradójico que siendo mujeres las principales cuidadoras (75% de quienes cuidan) sean las menos cuidadas cuando lo necesitan (69% de las personas desatendidas).

Las ayudas personales o de asistencia personal son las más frecuentes; en ellas están implicadas en torno a tres millones de personas cuidadoras,

mayoritariamente parientes de la persona con discapacidad (el 96% cuando conviven en el hogar, y el 65% cuando no conviven). Estas personas reconocen con frecuencia problemas profesionales, económicos y de salud, que atribuyen a la sobrecarga que representa para ellas –y para el resto de la familia– la relación de ayuda y que puede dar lugar a veces a tensiones y relaciones conflictivas con la persona atendida. Estos problemas encontrarían una vía de solución, al menos en parte, si el conjunto de la sociedad se implicara más activamente en la promoción –con apoyo público– de la asistencia personal, con una cualificación profesional adecuada a sus cometidos. En esta línea se ha planteado en los últimos años la puesta en marcha del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que a mediados de 2011 ofrecía prestaciones económicas a la décima parte de los cuidadores informales, en su mayoría mujeres de la propia familia, y ampliaba la cobertura de otros recursos y prestaciones profesionales. Sería importante que el desarrollo de la Ley de Dependencia no se frenara a raíz de las medidas que se vienen adoptando para reducir el déficit público, tal como parece haber ocurrido en 2010, año en el que dichas ayudas se congelaron después de los importantes crecimientos de años anteriores.

Un segundo tipo de ayuda a las personas con limitaciones es el ofrecido por los servicios sanitarios, de rehabilitación y de asistencia social. Se trata de servicios importantes, dada la elevada morbilidad del colectivo: el 80% tiene alguna enfermedad crónica, que baja al 74% entre las personas en edad laboral, siendo las más frecuentes en este caso la artritis/artrosis y la depresión. Más de la mitad del colectivo había recibido algún servicio sanitario en los últimos 15 días, y casi un tercio, atención hospitalaria en el último año. De los servicios especializados de rehabilitación, los dos más utilizados habían sido el de atención psicológica o salud mental, al que habían acudido en los últimos 15 días 108.000 personas en edad laboral, y el de rehabilitación médico-funcional, con 87.000 pacientes del mismo grupo de edad. Los servicios sociales de teleasistencia, atención domiciliaria programada y ayuda a domicilio fueron utilizados con más frecuencia por personas mayores de 65 años. La mayor parte de estos servicios están cubiertos por el sistema de salud y los servicios sociales públicos, si bien en torno a un tercio de los servicios de rehabilitación y de los servicios sociales utilizados en edad laboral corrieron a cargo de los parti-

culares, a veces bajo la fórmula del pago mixto o copago. En un país como España, que se perfila como uno de los más envejecidos del mundo según la OMS, sería muy importante mantener y reforzar todos estos servicios, que afectan principalmente a las personas mayores con discapacidad, evitando que las medidas de reducción del déficit público repercutan negativamente sobre ellas.

Hasta un cuarto de millón de personas señala no haber podido acceder a algún servicio sanitario o social cuando lo necesitaba, debido a problemas en la lista de espera (31%) o a no tener dinero para pagarlo (21%), entre otras razones. Estas quejas las plantean mayoritariamente mujeres, lo mismo que ocurría con las ayudas técnicas y personales. En este sentido, sería importante desbloquear las listas de espera que se producen entre las personas solicitantes de las ayudas de la Ley de Dependencia y entre quienes, una vez resuelto el expediente, no reciben los servicios o prestaciones a los que tienen derecho.

Un tercer tipo de ayuda personal son las diversas pensiones, a las que acceden unas tres cuartas partes del colectivo en edad laboral y que se plantean más como alternativa al trabajo que como prestación temporal mientras no se encuentra empleo. Precisamente la CIF-2001 describe la falta de empleo como una discapacidad más de la persona en edad laboral, lo mismo que la sordera o no poder hacer las tareas del hogar; sin embargo, la política vigente de pensiones, fundamental para quienes no pueden trabajar, parece incentivar el abandono de quienes sí podrían hacerlo si contarán con las condiciones adecuadas para ello. En este sentido, la política de pensiones debería orientarse a cubrir las necesidades de quienes no pueden trabajar, reorientando el resto de la financiación pública a potenciar las medidas de apoyo a la inserción laboral de quienes están en condiciones de hacerlo.

Por último, están las medidas de apoyo a la integración en el sistema escolar ordinario de las personas con discapacidad, a las que ya hemos aludido, así como diversas ayudas monetarias y fiscales para salir al paso de los gastos extra originados por las discapacidades o para compensar a quienes atienden a estas personas. Todas estas medidas deberían mantenerse y ampliar su alcance, ya que son piezas necesarias para favorecer la inclusión social del colectivo en términos de igualdad con el resto de la población.

## Medidas preventivas de carácter social

Además de las medidas de carácter individual, están las de índole general o preventiva, que tratan de establecer un clima social que evite la aparición de discapacidades y favorezca su abordaje en términos de igualdad de derechos, reconocimiento personal y acceso a una vida digna, con las mismas oportunidades de realización que toda la población en los ámbitos de la educación, el empleo, la participación ciudadana, la movilidad, etc. Evidentemente un contexto social de estas características está muy lejos del actual, marcado por una gran desigualdad en el reparto de la renta y la riqueza, un mercado laboral competitivo y polarizado y la discriminación en múltiples aspectos de amplios grupos de población, entre ellos las personas con discapacidad.

Como líneas de posible desarrollo habría que destacar las políticas de equilibrio en el reparto de la riqueza y de la renta, ya que, como hemos visto, las discapacidades se producen con mucha más frecuencia en los hogares pobres, con peores condiciones de vida y de trabajo, y recursos escasos para hacerles frente. Y también habría que mantener y reforzar la universalidad de acceso a los servicios públicos de salud, educación y servicios sociales, con medidas que faciliten una atención de calidad y con los apoyos necesarios a las personas con limitaciones funcionales. El objetivo sería evitar el elevado déficit existente entre las personas con discapacidad en esos ámbitos (enfermedades crónicas, fracaso escolar, etc.), así como el no-acceso de un cuarto de millón de personas a los necesarios servicios sociales y de rehabilitación. En esta misma línea, habría que cubrir el hueco de tres cuartos de millón de personas que no reciben las ayudas técnicas o personales que precisan para afrontar sus limitaciones, y consolidar para ello el Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia, reforzando especialmente los servicios profesionales, a la vez que se apoya –con recursos, prestaciones y asesoramiento específico– la ingente labor de los cuidados informales. En este último punto, convendría también promover la igualdad de género en la prestación de cuidados, actualmente en manos mayoritariamente de las mujeres (hijas, esposas y madres, por este orden).

Por otra parte, debería promoverse un reparto equilibrado del empleo entre todas las personas con capacidad de trabajar, incluida la mayoría de

quienes sufren limitaciones, facilitando para ello las adaptaciones del puesto de trabajo y las modalidades de contratación que sean oportunas, especialmente en trabajos con jornada reducida o a tiempo parcial, actualmente subutilizada. Asimismo, sería muy importante favorecer la emancipación familiar y social de las personas con discapacidad, de manera que puedan ejercer los mismos derechos que el resto de la sociedad. Particularmente, es muy aconsejable fortalecer su participación en la vida comunitaria y en la sociedad política, a fin de convertirse en sujetos activos, individual y colectivamente, de sus proyectos de vida y de sociedad.

# Bibliografía

---

- ABBERLEY, P. (2008): «El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad», en L. BARTON (coord.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid: Morata, 5-19.
- AGENCIA DE ASUNTOS PRECARIOS TODAS AZIEN Y FORO DE VIDA INDEPENDIENTE (2011): *Cojos y precarias: haciendo vidas que importan. Cuaderno sobre una alianza imprescindible*, Madrid: Traficantes de Sueños.
- AGUADO, A.L. (1995): *Historia de las deficiencias*, Madrid: Escuela Libre.
- ALMEIDA, M.E. *et al.* (2010): «Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad», *Política y Sociedad*, 47(1), 27-44.
- ALONSO, L.E. (2007): *La crisis de la identidad laboral*, Madrid: Anthropos.
- APPLICA & CESEP & ALPHAMETRICS (2007): *Men and women with disabilities in the EU: statistical analysis of the LFS ad hoc module and the WU-SILCK*, DG Bruselas: European Commission.
- ARNAU, S. *et al.* (2007): *Asistencia personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad) en España*, Madrid: Foro de Vida Independiente.
- ASSOCIATION OF PERCEIVED STIGMA AND MOOD AND ANXIETY DISORDERS (2008): «Results from the World Mental Health Surveys», en *Acta Psychiatrica Scand.*, 118, 305-314.
- AZAÑA, A. (2009): *Implementación de la Ley de Dependencia en España: comunidades autónomas*, Valencia: Universidad de Valencia.
- BAREA, J., y J.L. MONZÓN (2008): *Economía social e inserción laboral de las personas con discapacidad en el País Vasco*, Bilbao: Fundación BBVA.

- BARNES, C. (2010): «Discapacidad, política y pobreza en el contexto del mundo mayoritario», *Política y Sociedad*, 47(1), 11-25.
- (1990): *The social construction of dependence*, Basingstoke: The Falmer Press.
- y G. MERCER (2003): *Disability*, Cambridge: Polity Press.
- BENACH, J., y C. MUNTANER (coords.) (2010): *Empleo, trabajo y desigualdades en salud. Una visión global*, Barcelona: Icaria.
- BILBAO, A. (1997): *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*, Madrid: Siglo XXI.
- CASTILLO, J.J. (2008): *La soledad del trabajador globalizado. Memoria, presente y futuro*, Madrid: Los Libros de la Catarata.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2011): *Barómetro de marzo sobre voluntariado*, Estudio n.º 2.864.
- (2003): *Estudio n.º 2.478 sobre tiempo libre y hábitos de lectura*, Madrid: CIS.
- CHATERRJI, S. (coord.) (2007): *Estudio global sobre el envejecimiento y la salud adulta*, OMS.
- COLECTIVO IOÉ (2008): *Barómetro social de España, análisis del periodo 1994-2006 a partir de un sistema de indicadores*, Madrid: Traficantes de Sueños.
- (2003): *La inserción laboral de las personas con discapacidades*, Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- (1996): *Tiempo social contra reloj. Las mujeres y la transformación de los usos de tiempo*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- y CIMOP (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- COMISIÓN EUROPEA (2008): *Discrimination in the European Union: perceptions, experiences and attitudes*, Special Eurobarometer No. 296, Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD (CSDH) (2008): *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- CONSEJO ECONÓMICO SOCIAL (2004): *La situación de las personas con discapacidad en España*, Madrid: CES.
- DÖRNER, E.A. (1974): *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid: Taurus.

- DRIEDGER, D. (1989): *The last civil rights movement: disabled people's international*, Londres: Hurst.
- EUROSTAT (2001): *Disability and social participation in Europe*, Luxemburgo: European Comission.
- FERREIRA, M.A. (2010): «De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico metodológico», *Política y Sociedad*, 47(1), 45-65.
- (coord.) (2010): «Por una sociología de la discapacidad», *Política y Sociedad*, 47(1).
- FOUCAULT, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*, México: Fondo de Cultura Económica.
- FUNDACIÓN CIREM (2005): *Discapacidad y mundos rurales. Empleabilidad del colectivo con discapacidad en el medio rural*, Madrid: Fundosa Social Consulting.
- (2004): *Imagen social y laboral de las personas con discapacidad en España*, Madrid: Imsero, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- FUNDACIÓN FOESSA (2008): *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*, Madrid: Cáritas Española.
- GUTIÉRREZ, M.J. (1997): *Compatibilidad entre trabajo y pensiones*, Toledo: CO-CEMFE de Castilla-La Mancha.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2010): *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Metodología*, Madrid: Subdirección General de Estadísticas Sociales Sectoriales.
- (2009), «Panorámica de la discapacidad en España», en *Cifras INE, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 10/2009, Madrid: INE.
- (2003): *Encuesta de empleo del tiempo. 2002-2003*, Madrid: INE.
- JIMÉNEZ, A., y A. HUETE (2003): «Las estimaciones de prevalencia de las encuestas del INE y los factores conceptuales de su disparidad», en *La discapacidad en España: datos estadísticos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*, Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 30-39.
- y D. CASADO (2001): «Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad», *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, 50, 86-89.
- LOBATO, M. (2005): «Filosofía del Movimiento de Vida Independiente. El concepto de asistencia personal», *I Jornadas de Vida Independiente*, San Sebastián: Diputación de Guipúzcoa.

- LÓPEZ, G., y V. ORTÚN (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*, Madrid: Encuentro.
- LÓPEZ-TARRUELLA, F., y C. VIQUEIRA (1991): *El trabajo del inválido permanente absoluto. Compatibilidad de la pensión en el nivel contributivo y no contributivo*, Madrid: Civitas.
- LORENZO, R. DE (2006): «Discapacidades y pensiones hacia el año 2000», en *Jornadas sobre pensiones de invalidez*, Madrid: Plataforma Representativa de Discapacitados Físicos.
- MIQUEO, C. et al. (eds.) (2001): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Zaragoza: Minerva.
- OLIVER, M. (1998): «¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?», en L. BARTON (comp.): *Discapacidad y sociedad*, Madrid: Morata, 34-58.
- (1990): *The politics of disablement*, Basingstoke: Macmillan.
- OMS (2001): *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (1983): *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*, Madrid: Insero.
- PALACIOS, A., y J. ROMAÑACH (2008): «El modelo de diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)», *Intersticios*, 2(2), 37-47.
- (2006): *El modelo de la diversidad*, Madrid: Diversitas.
- RAVAUD, J.F. et al. (1994): «Handicaps et inégalités liés aux déficiences et incapacités fonctionnelles», en F. BOUCHAYER, *Trajectoires sociales et inégalités*, Saint-Agne: Erès, Ramonville, 141-160.
- RECIO, A. (2009): «La evolución del mundo del trabajo en la crisis», *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Social*, 108, 89-97.
- RODRÍGUEZ, S., y M.A. FERREIRA (2010): «Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1), 64-85.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (2011): «Dependencia y discapacidad como riesgo social: políticas de protección social, cuidados informales y autonomía», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1).

- ROSATO, A., y M.A. ANGELINO (2009): *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires: Noveduc.
- ROSEN, G. (1974): *Locura y sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid: Alianza Universidad.
- SAAD (2011): *Estadísticas de los cuatro primeros años de aplicación de la Ley de Dependencia*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en [www.mspsi.es](http://www.mspsi.es).
- VALLS LLOBET, C. *et al.* (2008): «Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres», *Anuario de Psicología* (Universidad de Barcelona), 39(1), 9-22.
- VEIGA, A. (2001): «Incluir para excluir», en J. LARROSA y C. SCKLIAR (comps.): *Habitantes de Babel. Políticas y poéticas de la diferencia*, Barcelona: Laertes.
- WHITEHEAD, M., y G. DAHLGREN (2006): *Concepts and principles for tackling social inequities in health*, World Health Organization.

# Índice de tablas, gráficos y mapas

---

## Tablas

1.1. Tasa de personas con alguna discapacidad por comunidades autónomas y comparación con el promedio de edad y el nivel de renta en cada territorio	49
5.1. Nivel de estudios de la población con discapacidades en edad laboral y comparación con la población general de España (1999 y 2008, en porcentaje)	99
6.1. Principales ramas de actividad del sector servicios, por sexos (porcentaje)	120
6.2. Pensiones contributivas y no contributivas concedidas por la Seguridad Social en 2008 por motivos de discapacidad	149

## Gráficos

1.1. Número de personas afectadas por cada tipo de discapacidad, en función de la edad	30
1.2. Proporción de personas con al menos una discapacidad por tramos de edad (porcentaje de la población española)	38
1.3. Tasas de prevalencia de mujeres y hombres con discapacidad por tramos de edad (porcentaje)	39
1.4. Prevalencia de personas de menos de 65 años con discapacidades según el nivel de ingresos del hogar (porcentaje)	40
1.5. Proporción de los hogares con diferentes tipos de gasto debidos a la discapacidad (todas las edades, en porcentaje)	42
1.6. Proporción de personas beneficiarias de servicios o prestaciones de dependencia, por comunidades autónomas (por mil habitantes)	45
1.7. Tasas de prevalencia de personas con discapacidad según el tamaño del municipio (porcentaje)	47

1.8. Tasas de prevalencia de personas con discapacidad según el país de nacimiento (porcentaje)	51
2.1. Principales tipos de deficiencias por sexos (todas las edades; en porcentaje)	54
2.2. Edad de aparición de las deficiencias en las personas en edad laboral con discapacidades (1999-2008; en porcentaje)	60
2.3. Causas que originaron los diversos tipos de deficiencia (todas las edades; porcentaje)	61
2.4. Autopercepción del estado de salud de las personas con discapacidades y de la población general en España (porcentaje)	63
2.5. Percepción del estado de salud de mujeres y hombres con discapacidad (6-64 años; en porcentaje)	64
2.6. Mujeres y hombres con discapacidad con enfermedades crónicas (todas las edades) y comparación con la población general (porcentaje)	65
2.7. Enfermedades crónicas más frecuentes entre personas con discapacidades por grandes tramos de edad (número de personas afectadas)	66
3.1. Grado de severidad de las discapacidades sin considerar las ayudas recibidas y después de recibir ayudas (porcentaje)	69
3.2. Efecto de las ayudas en las personas con discapacidad, atendiendo al mayor grado de severidad (porcentaje)	71
3.3. Cobertura de la Ley de Dependencia en relación con las personas con discapacidad en ABVD detectadas en la EDAD-2008 (totales y tasa de cobertura, en porcentaje)	73
3.4. Hombres y mujeres con discapacidad que no reciben ayudas técnicas o personales, aunque dicen necesitarlas (totales)	75
3.5. Situación de las personas con discapacidad en relación con las ayudas técnicas y personales (porcentaje)	76
3.6. Personas con discapacidades que han recibido servicios de rehabilitación en las dos semanas anteriores (en porcentaje de mayores y menores de 65 años)	78
3.7. Hombres y mujeres de 65 y más años con discapacidades que han utilizado servicios de atención social en las dos semanas anteriores (porcentaje)	79
3.8. Personas con discapacidad y con certificado de minusvalía en España (porcentaje)	81

3.9. Hombres y mujeres con discapacidad que tienen certificado de minusvalía, por tramos de edad (porcentaje)	82
4.1. Relación de la cuidadora o cuidador principal con las personas con discapacidad atendidas (totales)	85
4.2. Sexo y edad de la persona cuidadora principal (total y porcentaje de mujeres en cada segmento de edad)	86
4.3. Relación con la actividad de las cuidadoras y cuidadores principales (porcentaje de cada sexo)	87
4.4. Servicios más frecuentes de la persona cuidadora principal por tramos de edad de las personas con discapacidad (totales)	90
4.5. Personas cuidadoras que encuentran dificultades especiales en la relación de ayuda (porcentaje)	92
4.6. Problemas relacionados con el tiempo libre y la vida familiar, por sexos (tasa de reparto de problemas en cada sexo, en porcentaje)	93
4.7. Cuidadoras y cuidadores con problemas de salud debidos a los cuidados (en porcentaje)	94
5.1. Nivel de estudios de las personas con discapacidad según el momento en que les sobrevino la limitación (antes o después de los 16 años, en porcentaje)	98
5.2. Evolución de la tasa de personas con discapacidad sin estudios primarios y con título universitario, en relación con la población general (1999-2008, en porcentaje)	100
5.3. Nivel de estudios de las personas con discapacidad entre 16 y 64 años por niveles de renta de los hogares (porcentaje)	102
5.4. Personas adultas con discapacidad que siguen estudios reglados y no reglados, en relación con la población general (2008, en porcentaje)	103
5.5. Tipo de escolarización de los chicos y chicas con discapacidad entre seis y 15 años (porcentaje)	105
6.1. Relación con la actividad de las personas con discapacidad en edad laboral y comparación con la población general (porcentaje)	109
6.2. Cambios de actividad de las personas en edad laboral en el momento de manifestarse o agravarse la discapacidad (porcentaje)	111
6.3. Principal motivo por el que dejaron de trabajar las personas con discapacidad en edad laboral (totales)	114
6.4. Vía de acceso al empleo actual por tramos de edad (porcentaje)	115
6.5. Sector de actividad de las personas ocupadas con discapacidades y comparación con la población general de España (porcentaje)	118

6.6. Personas empresarias por sexos en el colectivo con discapacidades y en el conjunto de España (porcentaje)	121
6.7. Principales categorías de ocupación de las personas con discapacidades y comparación con la población general de España (porcentaje)	122
6.8. Principales ocupaciones no cualificadas de hombres y mujeres con discapacidades (porcentaje)	127
6.9. Tasa de temporalidad en el empleo de las personas con discapacidad y de la población general, por tramos de edad y sexo (porcentaje)	129
6.10. Tipo de contrato de las personas asalariadas con discapacidad según el tamaño de las empresas (totales)	130
6.11. Jornada reducida o parcial entre las personas con discapacidad y en la población general, por sexos (porcentaje)	131
6.12. Media de ingresos de mujeres y hombres ocupados con limitaciones, en relación con la media de ingresos de las personas de ambos sexos sin discapacidad en España y en la Unión Europea, por tramos de edad (2004)	133
6.13. Tasa de paro de las personas con discapacidad según el nivel de estudios (porcentaje)	136
6.14. Tasa de paro de las personas con discapacidades según el nivel de ingresos de su hogar (porcentaje)	137
6.15. Tasa de paro de hombres y mujeres con discapacidad según el tamaño de los municipios (porcentaje)	139
6.16. Métodos utilizados en las cuatro últimas semanas para buscar empleo (multirrespuesta, en porcentaje)	141
6.17. Paro de larga duración (más de un año) de hombres y mujeres con discapacidad y comparación con la media de la población general (porcentaje)	142
6.18. Principales razones por las que no encuentran empleo (porcentaje)	143
6.19. Motivos aducidos por las personas con discapacidad en edad laboral que no buscan empleo (porcentaje)	145
6.20. Mujeres en edad laboral con discapacidades que se encargan de las tareas domésticas y comparación con la media española (porcentaje)	156
7.1. Proporción de personas casadas por tramos de edad en la población con y sin discapacidad mayor de 20 años (porcentaje)	159
7.2. Proporción de mujeres y hombres casados por tramos de edad en la población con discapacidad (porcentaje)	160

7.3. Tipología de los hogares de hombres y mujeres con discapacidad y de la población general de España (porcentaje)	163
7.4. Lugar de residencia de los familiares, según tramos de edad de las personas con discapacidad (porcentaje)	165
7.5. Frecuencia de los encuentros con familiares, según el sexo y la edad de las personas con discapacidad (porcentaje)	167
7.6. Frecuencia de los contactos telefónicos o epistolares entre las personas con discapacidad y sus parientes (porcentaje)	169
7.7. Relaciones de amistad de las personas con discapacidad (porcentaje)	170
7.8. Tasas de afiliación de las personas con discapacidad a asociaciones del sector, por tramos de edad (porcentaje)	173
7.9. Evolución de la tasa de afiliación de personas con discapacidad a asociaciones del sector (1999-2008, en porcentaje)	175
7.10. Actividades del tiempo libre que se practican y que desearían practicar las personas con discapacidad y la población general (porcentaje)	177
7.11. Personas con discapacidad entre 6 y 64 años que se han sentido discriminadas en los últimos 12 meses (porcentaje)	179
7.12. Personas con discapacidad que se han sentido discriminadas en función de la actividad (porcentaje)	180
7.13. Principales motivos o lugares de exclusión de las personas con discapacidad que se han sentido discriminadas en los últimos 12 meses (porcentaje)	181

## Mapas

1.1. Tasa de prevalencia de personas con discapacidades por comunidades autónomas	48
6.1. Tasa de paro de las personas con discapacidades por comunidades autónomas	138



## Colección Estudios Sociales

Disponible en internet: [www.laCaixa.es/ObraSocial](http://www.laCaixa.es/ObraSocial)

### Títulos publicados

1. LA INMIGRACIÓN EXTRANJERA EN ESPAÑA (*agotado*)  
Eliseo Aja, Francesc Carbonell, Colectivo Ioé (C. Pereda, W. Actis y M. A. de Prada), Jaume Funes e Ignasi Vila
2. LOS VALORES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA Y SU RELACIÓN CON LAS DROGAS (*agotado*)  
Eusebio Megías (director), Domingo Comas, Javier Elzo, Ignacio Megías, José Navarro, Elena Rodríguez y Oriol Romani
3. LAS POLÍTICAS FAMILIARES EN UNA PERSPECTIVA COMPARADA (*agotado*)  
Lluís Flaquer
4. LAS MUJERES JÓVENES EN ESPAÑA (*agotado*)  
Inés Alberdi, Pilar Escario y Natalia Matas
5. LA FAMILIA ESPAÑOLA ANTE LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS (*agotado*)  
Víctor Pérez-Díaz, Juan Carlos Rodríguez y Leonardo Sánchez Ferrer
6. VEJEZ, DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (*agotado*)  
David Casado Marín y Guillem López i Casasnovas
7. LOS JÓVENES ANTE EL RETO EUROPEO (*agotado*)  
Joaquim Prats Cuevas (director), Cristòfol-A. Trepal i Carbonell (coordinador), José Vicente Peña Calvo, Rafael Valls Montés y Ferran Urgell Plaza
8. ESPAÑA ANTE LA INMIGRACIÓN (*agotado*)  
Víctor Pérez-Díaz, Berta Álvarez-Miranda y Carmen González-Enríquez
9. LA POLÍTICA DE VIVIENDA EN UNA PERSPECTIVA EUROPEA COMPARADA (*agotado*)  
Carme Trilla
10. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA (*agotado*)  
Inés Alberdi y Natalia Matas
11. INMIGRACIÓN, ESCUELA Y MERCADO DE TRABAJO  
Colectivo Ioé (Walter Actis, Carlos Pereda y Miguel A. de Prada)
12. LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN NUESTRAS CIUDADES  
Benjamín García Sanz y Francisco Javier Garrido
13. FAMILIAS CANGURO  
Pere Amorós, Jesús Palacios, Núria Fuentes, Esperanza León y Alicia Mesas
14. LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES (*agotado*)  
Colectivo Ioé (Carlos Pereda, Miguel A. de Prada y Walter Actis)
15. LA INMIGRACIÓN MUSULMANA EN EUROPA (*agotado*)  
Victor Pérez-Díaz, Berta Álvarez-Miranda y Elisa Chuliá
16. POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL (*agotado*)  
Joan Subirats (director), Clara Riba, Laura Giménez, Anna Obradors, Maria Giménez, Dídac Queralt, Patricio Bottos y Ana Rapoport
17. LA REGULACIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN EUROPA  
Eliseo Aja, Laura Díez (coordinadores), Kay Hailbronner, Philippe de Bruycker, François Julien-Laferrrière, Paolo Bonetti, Satvinder S. Juss, Giorgio Malinverni, Pablo Santolaya y Andreu Olesti

También disponibles en inglés a partir del n.º 23

18. LOS SISTEMAS EDUCATIVOS EUROPEOS ¿CRISIS O TRANSFORMACIÓN?  
Joaquim Prats y Francesc Raventós (directores), Edgar Gasóliba (coordinador), Robert Cowen, Bert P. M. Creemers, Pierre-Louis Gauthier, Bart Maes, Barbara Schulte y Roger Standaert
19. PADRES E HIJOS EN LA ESPAÑA ACTUAL  
Gerardo Meil Landwerlin
20. MONOPARENTALIDAD E INFANCIA  
Lluís Flaquer, Elisabet Almeda y Lara Navarro
21. EL EMPRESARIADO INMIGRANTE EN ESPAÑA  
Carlota Solé, Sònia Parella y Leonardo Cavalcanti
22. ADOLESCENTES ANTE EL ALCOHOL. LA MIRADA DE PADRES Y MADRES  
Eusebio Megías Valenzuela (director), Juan Carlos Ballesteros Guerra, Fernando Conde Gutiérrez del Álamo, Javier Elzo Imaz, Teresa Laespada Martínez, Ignacio Megías Quirós y Elena Rodríguez San Julián
23. PROGRAMAS INTERGENERACIONALES. HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES  
Mariano Sánchez (director), Donna M. Butts, Alan Hatton-Yeo, Nancy A. Henkin, Shannon E. Jarrott, Matthew S. Kaplan, Antonio Martínez, Sally Newman, Sacramento Pinazo, Juan Sáez y Aaron P. C. Weintraub
24. ALIMENTACIÓN, CONSUMO Y SALUD  
Cecilia Díaz Méndez y Cristóbal Gómez Benito (coordinadores), Javier Aranceta Bartrina, Jesús Contreras Hernández, María González Álvarez, Mabel Gracia Arnaiz, Paloma Herrera Racionero, Alicia de León Arce, Emilio Luque y María Ángeles Menéndez Patterson
25. LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN ESPAÑA. HACIA LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO  
Oriol Homs
26. DEPORTE, SALUD Y CALIDAD DE VIDA  
David Moscoso Sánchez y Eduardo Moyano Estrada (coordinadores), Lourdes Biedma Velázquez, Rocío Fernández-Ballesteros García, María Martín Rodríguez, Carlos Ramos González, Luis Rodríguez-Morcillo Baena y Rafael Serrano del Rosal
27. LA POBLACIÓN RURAL DE ESPAÑA. DE LOS DESEQUILIBRIOS A LA SOSTENIBILIDAD SOCIAL  
Luis Camarero (coordinador), Fátima Cruz, Manuel González, Julio A. del Pino, Jesús Oliva y Rosario Sampedro
28. EL CUIDADO DE LAS PERSONAS. UN RETO PARA EL SIGLO XXI  
Constanza Tobío, M.<sup>a</sup> Silveria Agulló Tomás, M.<sup>a</sup> Victoria Gómez y M.<sup>a</sup> Teresa Martín Palomo
29. FRACASO Y ABANDONO ESCOLAR EN ESPAÑA  
Mariano Fernández Enguita, Luis Mena Martínez y Jaime Riviere Gómez
30. INFANCIA Y FUTURO. NUEVAS REALIDADES, NUEVOS RETOS  
Pau Mari-Klose, Marga Mari-Klose, Elizabeth Vaquera y Solveig Argeseanu Cunningham
31. INMIGRACIÓN Y ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA  
Francisco Javier Moreno Fuentes y María Bruquetas Callejo
32. INDIVIDUALIZACIÓN Y SOLIDARIDAD FAMILIAR  
Gerardo Meil
33. DISCAPACIDADES E INCLUSIÓN SOCIAL  
Colectivo Ioé (Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada y Walter Actis)

El papel utilizado en esta publicación es Offset Coral Ivory de 80 g para el interior y Creator Star de 300 g para la cubierta. Ambos papeles, distribuidos por Torraspaper, ostentan la certificación FSC, marca de manejo forestal responsable, que garantiza la sostenibilidad del proceso de fabricación.

ELEMENTAL  
CHLORINE  
**FREE**  
GUARANTEED

El presente estudio ofrece un panorama actualizado de la población con discapacidades en España y de su evolución en la última década. Se analizan los factores desencadenantes y las formas de tratamiento, así como la inserción de quienes padecen discapacidad en los ámbitos de la educación, la familia, las relaciones sociales, el trabajo o el acceso a las políticas públicas.

Entre los contextos más influyentes, se tienen en cuenta las transformaciones operadas en la institución familiar y el cuidado informal, la coyuntura económica –hoy en una fase de profunda crisis– y la incidencia de las políticas sociales, en especial la Ley de Dependencia, a partir de 2007.

Con el refrendo de la OMS, esta nueva forma de entender y abordar la discapacidad resalta que las personas con diversidad funcional tienen derecho a la misma consideración y dignidad que el resto de la población, lo que implica promover los medios necesarios para asegurar su autonomía y eliminar las barreras y prejuicios a que se ven condicionadas. Se trata de superar el etiquetamiento tradicional, que se establecía sobre la base de unos parámetros no modificables, por un diagnóstico de los elementos que concurren en cada caso y de los apoyos precisos para conseguir la mejor inserción social posible.

