
Diversidad funcional en España. Hacia la inclusión en igualdad de las personas con discapacidades

Functional diversity in Spain. Towards the equal inclusion of persons with disabilities

Resumen

El presente texto recoge algunas de las conclusiones del estudio *Discapacidades e inclusión social*, editado por la Obra Social La Caixa en 2012, basado, a su vez, en la última Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, aplicada por el INE en 2008. En especial, nos fijamos en algunos aspectos que pueden tener mayor interés para comprender las formas de inserción social y laboral de las personas con diversidad funcional, un colectivo de 3,8 millones de personas, de las que un millón y medio se encuentran en edad laboral. Desde un enfoque social-preventivo, se resaltan algunos análisis y propuestas para abordar los problemas de cronificación y marginalidad de este amplio sector de población.

Palabras clave:

Discapacidad, diversidad, funcionamiento, exclusión, prevención.

Abstract

This text brings together some of the conclusions of the study *Disabilities and social inclusion*, edited in 2012 by La Caixa Foundation, which in its turn is based on the last survey on Disability, Personal Autonomy and Frailty conducted by the Spanish Statistical Office (INE) in 2008. In particular, it focuses on some of the aspects of major interest for understanding the ways of social inclusion and labor insertion of the persons with functional diversity, a group of 3.8 million people, of which 1.5 million people are in their working age. Some analyses and proposals to address the problems of chronification and marginalization of this large sector of the population are highlighted from a socio-preventative approach.

Keywords

Disability, diversity, functioning, exclusion, prevention.

Colectivo Ioé¹

<ioe@colectivoioe.org>

Para citar:

Colectivo Ioé (2013): "Diversidad funcional en España. Hacia la inclusión en igualdad de las personas con discapacidades", *Revista Española de Discapacidad*, 1 (1): 33-46.

doi: <<http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.02>>

Fecha de recepción: 20-07-2012

Fecha de aceptación: 22-4-2013



1. Equipo formado por Carlos Pereda, Miguel Ángel de Prada y Walter Actis (<<http://www.colectivoioe.org>>).

1. El enfoque social de las discapacidades

En el marco de nuestra cultura occidental, las formas de entender las discapacidades o diferencias funcionales, físicas o psíquicas, han sido muy diversas. A partir de diversas aportaciones históricas², se puede constatar una evolución no lineal desde una concepción *religiosa-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 orientación *social* 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 la discapacidad 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 y su entorno. Por otra parte, entre los años sesenta y setenta surge, en los países anglosajones, el *modelo de vida independiente*, promovido por las propias personas con discapacidad, que

se auto-conciben como seres humanos oprimidos por las estructuras socio-políticas, 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, 2009: 77-78).

2. Sobre la literatura sobre la historia de las discapacidades, véanse, entre otros, Aguado (1995), Foucault (1976), Dörner (1974) y Rosen (1974).

La principal expresión institucional de este movimiento fue la Internacional de Personas con Discapacidad, DPI (Disabled People’s International), creada en 1981:

El modelo social de la discapacidad propone una visión crítica frente al modelo médico y desplaza la cuestión del plano individual y fisiológico (la discapacidad como déficit corporal) al colectivo y político (la discapacidad como opresión de un colectivo social). [...] Lo fundamental, común a todas las versiones del modelo social, es asumir que la discapacidad es una construcción social, que remite a procesos y estructuras que se imponen a los individuos, y que la categoría interpretativa fundamental es la de *opresión social* (Rodríguez y Ferreira, 2010: 68).

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 con base en 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 personas³.

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. 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 eco-sociales

3. Véanse, entre otros, Barnes y Mercer (2003) y Abberley (2008).

para explicar la etiología de las discapacidades” (Ravaud *et al.*, 1994: 142).

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 en relación a la media estadística de la población. Tal colectivo 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/invalidéz’, todavía vigentes en el ámbito laboral⁴; ‘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 –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 Independiente⁵ que ha tenido una notable aceptación, tanto en un sector de los especialistas en el tema como, sobre todo, dentro del propio colectivo.

Mediante la nueva expresión se remite al principio filosófico o ideológico según el cual las funciones y capacidades de las personas son diversas y deben aceptarse como punto de partida para una convivencia en igualdad, lo mismo que ocurre con otros componentes de diversidad entre los seres humanos (el sexo, la etnia):

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. Para Miguel Ángel Ferreira, 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 (2010: 59).

2. La última macroencuesta sobre discapacidades

Aproximadamente cada diez años (1986, 1999, 2008), el Instituto Nacional de Estadística realiza una amplia operación para conocer la situación de las personas con discapacidades en España, un colectivo próximo a los cuatro millones de personas que suponen casi la décima parte de la población del país. Se trata de las operaciones estadísticas de mayor amplitud acometidas por el INE, con una encuesta previa a varios cientos de miles de personas que servía de filtro para entrevistar después a las personas con diversidad funcional⁶. El cuestionario de discapacidades contiene más de 600 preguntas y presenta una notable complejidad, ya que el número de limitaciones y deficiencias es muy

4. El sistema de Seguridad Social establece pensiones de invalidez y gran invalidez, y de incapacidad permanente absoluta, total o parcial, conceptos rotundos que no impiden, en la mayoría de los casos, como se verá en el apartado 7, ejercer una ocupación, remunerada o no.

5. Con posterioridad, se ha justificado dicha expresión en varios trabajos, entre ellos Palacios y Romañach (2006).

6. La Encuesta de 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 6 y más años, y de 0 a 5 años). Además, se aplicó otro cuestionario complementario a cuidadores/as principales de personas con discapacidad.

variable en cada caso, además de contar con una amplia batería de cuestiones sobre el origen de la discapacidad, las condiciones de vida y la opinión de las personas encuestadas.

La Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008) [INE, 2008a] es una fuente de información muy completa, pero que adolece de algunos problemas 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 a la primera encuesta, de 1986, que incluía como discapacidades algunas limitaciones muy frecuentes en las personas mayores (como ‘no poder correr a paso gimnástico 50 metros’), lo que provocó un descenso del colectivo en las encuestas siguientes, un período en el que, a todas luces, la tendencia general del envejecimiento demográfico debía traducirse en un incremento notable de la tasa de discapacidades⁷. Debido a ello, conviene restringir las comparaciones al período 1999-2008.

Las bases conceptuales de la EDAD-2008 apenas tienen en cuenta el nuevo sistema de la OMS para clasificar el funcionamiento y la discapacidad (OMS, 2001), sino que siguen ancladas en los planteamientos de la clasificación de 1980. La nueva clasificación incluye, como las dos caras de la misma moneda, tanto los aspectos positivos (funcionamiento) como negativos (discapacidad) 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. En la encuesta española, 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

7. Un estudio comparativo de las Encuestas de 1986 y 1999, tomando como base la evolución de siete discapacidades importantes que se habían aplicado con el mismo criterio en ambos sondeos, comprobó un incremento conjunto del 43 % entre dichos años (Jiménez y Casado, 2001: 86-89).

abordar la discapacidad. No obstante, la encuesta aporta bastante información complementaria sobre la situación de las personas (educación, empleo, relaciones sociales, atención sanitaria, ayudas recibidas, experiencias de discriminación) que puede ayudar a recomponer el cuadro de los procesos de inclusión y exclusión social asociados a la diversidad funcional.

3. La llegada de población inmigrante redujo la prevalencia de discapacidades. Más afectadas las personas mayores y las mujeres

Entre 1999 y 2008, la proporción de personas con discapacidad se ha reducido seis décimas, pasando del 8,9 % al 8,3 % del total poblacional. El motivo principal de esta mejora ha sido el incremento de población inmigrante entre dichos años –en torno a 5 millones– con un promedio de edad mucho más joven y una tasa de discapacidades mucho menor (2,8 %) que la población nativa (9,7 %).

Las discapacidades afectan más a las mujeres (9,9 %) que a los hombres (6,8 %), y a las personas de mayor edad: 2 % hasta los 15 años (140.000 personas), 5 % entre 16 y 64 años (1,5 millones) y 29 % a partir de los 65 años (2,2 millones). Un dato particularmente positivo es que se han reducido de forma significativa las discapacidades en el primer año de vida. Las personas que inician su discapacidad con más de 64 años frecuentemente la asumen como una condición propia de la edad y no suelen tener conciencia de pertenecer a un colectivo específico de personas; en consecuencia, pocas veces se sienten discriminadas socialmente por ese motivo y apenas recurren al certificado de minusvalía, ahora llamado de discapacidad, que da acceso a vías especiales de ayuda, más allá de las que se consideran propias de las personas mayores.

Por comunidades autónomas, la tasa de discapacidades es mayor en el noroeste de España (Galicia, Asturias, Castilla y León y Extremadura)

y menor en Cantabria, La Rioja, Madrid, Baleares y Canarias. En líneas generales, se mantiene la tendencia de diez años antes: las comunidades autónomas con mayores tasas de discapacidad son las más envejecidas o más pobres.

Los tipos de discapacidad más frecuentes son las de movilidad, vida doméstica (dificultad para realizar las tareas del hogar) y autocuidado (dificultad para cuidar de sí misma/o). Cada uno de estos tipos afecta a alrededor de dos millones de personas. Les siguen las discapacidades de audición y visión, en torno a un millón; y las de comunicación, aprendizaje y relaciones personales, que inciden en medio millón de personas. Cada persona experimenta un promedio de ocho discapacidades de una lista de 44 que recoge la encuesta; expresado de otra manera, tienen una media de 36 capacidades plenas o actividades con funcionamiento satisfactorio.

4. Bajo nivel de instrucción, aunque mejora 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 la ESO (secundaria obligatoria); el 16 % ha conseguido terminar la educación secundaria y el 12 % tiene estudios superiores (24 % y 26 % en 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 €/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 a 2.500 €/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 diversidad funcional 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, pasando del 24 % al 18 %).

5. Estado civil y relaciones sociales. Problemas de discriminación

Las personas con discapacidad permanecen solteras en una proporción mucho mayor que la población general. 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 51,5 % más

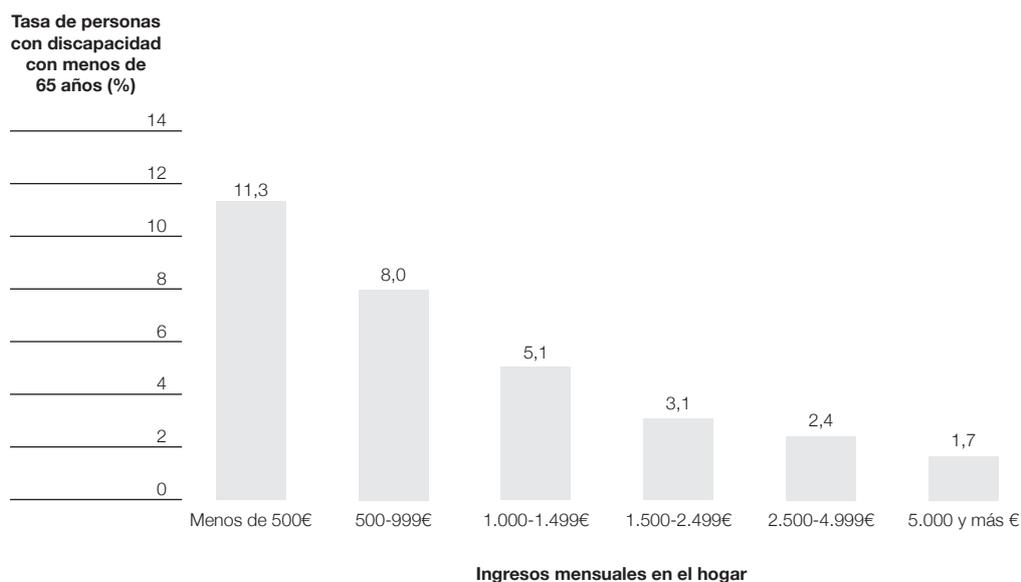
elevada entre los 26 y 35 años, y un 47 % entre los 36 y 45 años. En edades más avanzadas, la diferencia es menos pronunciada. Hasta los 55 años, el porcentaje de mujeres con pareja es mayor que el de los hombres, pero desciende bruscamente a partir de entonces, a favor de las separadas y viudas, así como los hogares monoparentales (12 %, frente a una media del 2 % para el conjunto de la población femenina).

El 10 % de los hombres y mujeres con discapacidad que tienen menos de 65 años y el 15 % de quienes superan esa edad no cuentan con ningún amigo o amiga personal. Estos porcentajes se duplican entre quienes tienen discapacidades de relaciones personales, aprendizaje y comunicación, o que presentan en mayor medida limitaciones mentales o múltiples. En el polo opuesto, se sitúan las personas con problemas osteoarticulares, de audición o de visión, que son quienes mantienen unas relaciones de amistad más asiduas. Este último grupo es también el que tiene menos dificultades para hacer nuevos amigos.

La afiliación de personas con discapacidad a asociaciones del sector se ha incrementado en la última década, pasando del 7,5 % al 10 %. No obstante, nueve de cada diez personas no están organizadas colectivamente para defender sus derechos. La participación en asociaciones es mucho mayor en las etapas infantil y juvenil –por tanto, deriva de iniciativas de los familiares–, para reducirse a medida que avanza la edad y alcanzar valores mínimos después de los 65 años.

Casi la cuarta parte de las personas con discapacidad de menos de 65 años se ha sentido discriminada debido a su discapacidad, una tercera parte de ellas ‘muchas veces’ o ‘constantemente’; sin embargo, tan sólo el 9 % ha denunciado los hechos. La experiencia de discriminación aumenta entre las personas laboralmente activas en relación a las inactivas, sobre todo entre quienes están desempleadas, que mantienen un contacto más frustrante con el medio sociolaboral.

Gráfico 1. Proporción de personas de menos de 65 años con discapacidad, según el nivel de ingresos del hogar. España, 2008 (%)



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

6. Correlación entre discapacidad y rentas bajas

El origen de las discapacidades que se producen antes de los 65 años está estrechamente ligado al nivel de renta de las familias: la tasa de discapacidades en los hogares con ingresos mensuales por debajo de 1.000 euros es cuatro veces mayor (8,4 %) que en los que tienen ingresos por encima de 2.500 euros (2,4 %). Esta correlación sistemática entre menores ingresos y más discapacidades (Gráfico 1) remite a la incidencia de las condiciones precarias de vida y de trabajo de las clases subordinadas, con menores niveles de renta y formación.

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 (EDAD-1999) y es una expresión más de la desigualdad existente 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 vida. Cabe destacar, entre otras condiciones estructurales que favorecen esa desigualdad, la escasa progresividad del sistema fiscal, en especial en relación 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 género en materia de salarios, pensiones o riesgo de pobreza⁸.

Por otra parte, la propia discapacidad, una vez sobrevenida, contribuye a reforzar la pobreza familiar, en la medida que limita las posibilidades de inserción laboral y aumenta los costos adicionales de asistencia personal, atención médica o dispositivos auxiliares. Se

8. Datos oficiales que se pueden contrastar en el *Barómetro Social de España*, indicadores 4, 5, 11 y 13 (renta y patrimonio); 8 (empleo); y 5, 23, 25 y 26 (igualdad de género) [Colectivo Ioé, 2012b].

trata de un efecto de retroalimentación entre el nivel de renta y la discapacidad, aunque el desencadenante sea el primero de ellos.

El enfoque social de las discapacidades resalta la necesidad de *mantener la universalidad de acceso a los recursos públicos de salud y servicios sociales*, con medidas que faciliten una atención de calidad y con los apoyos necesarios a todas las personas con limitaciones funcionales. En este contexto, resultó positiva la entrada en vigor, en 2007, de los servicios y prestaciones derivados de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que experimentó un desarrollo importante, aunque poco equilibrado regionalmente, hasta 2009, se estancó en 2010 y ha iniciado una marcha atrás en el actual contexto de mayores recortes iniciado en 2012.

7. Sistemas de inserción en la vida adulta: pensiones, empleo y trabajo doméstico

Las formas principales de ‘actividad económica’ de las personas con diversidad funcional de entre 16 y 64 años difieren sustancialmente de las de la población general. Para comparar ambos grupos, hemos utilizado la EDAD-2008 (INE, 2008a) y la Encuesta de Población Activa (EPA) [INE, 2008b] de la misma fecha. Mientras 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 debido a 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 personas no ha tenido ninguna experiencia laboral a lo largo de su vida y 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 diversidad funcional 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 €/mes; y otras 200.000, no contributivas, con una media de 324 €/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 de forma 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 algún tipo de empleo 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.

La EDAD-2008 presenta una importante laguna en lo relativo a conocer el tiempo que dedican las personas con discapacidades al trabajo doméstico. 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' (los hombres sólo el 0,2 %); sin embargo, al ser una pregunta con una sola opción de respuesta, desconocemos cuántas de quienes contestaron a las otras actividades ('pensiones', 'trabajando', 'en desempleo', 'estudios') desempeñaban también, en parte o de forma mayoritaria, el trabajo doméstico. La encuesta aplicada una década antes fue más precisa en este punto y dejaba ver que, además de quienes se consideraban 'trabajadoras del hogar' como ocupación principal, había otro 31 % que lo conjugaba con el empleo, el paro, la percepción de pensiones o el estudio. De aplicar esta misma proporción al dato conocido de la encuesta de 2008, el resultado sería que, en ese año, habría un 34 % de mujeres con discapacidad en edad laboral ocupadas de forma principal en las labores domésticas (265.000 en números absolutos). Tal proporción sería sensiblemente inferior a la existente diez años antes (51,9 %), pero, 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 (24,4 % en 2008, según la EPA).

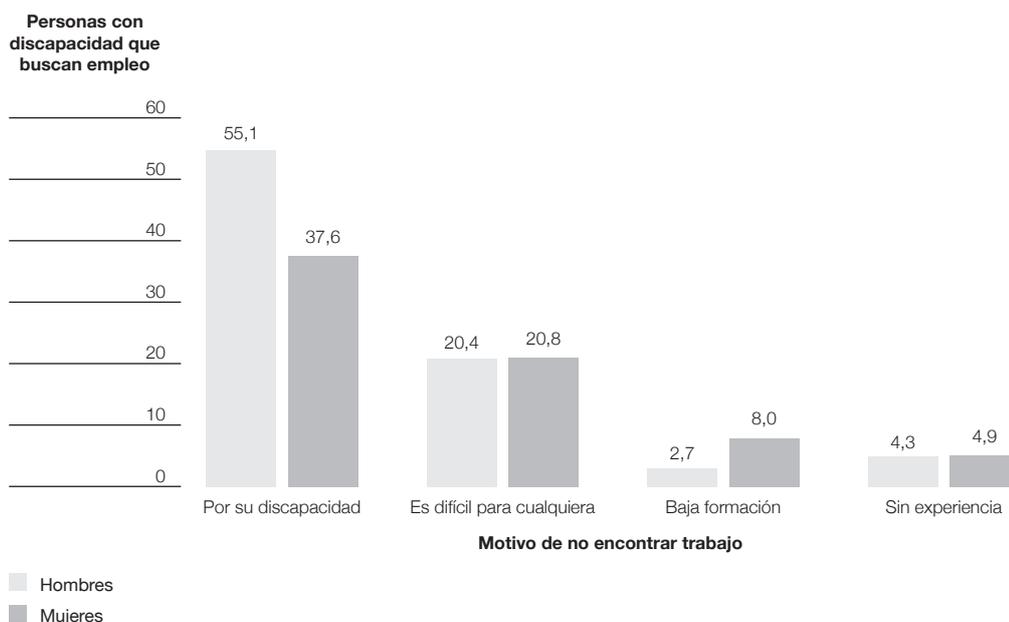
8. Situación laboral: menos empleo y más precario

Ya hemos indicado que tan sólo el 28 % de las personas con discapacidad en edad laboral tenían empleo remunerado en 2008, alcanzando el desempleo al 20,3 % de la población activa (el doble que el de la población general aquel año: 9,2 %). Lamentablemente, las estadísticas oficiales de empleo y paro no recogen la variable ‘discapacidad’, por lo que no es posible conocer cuál ha sido la incidencia de la crisis económica en el empleo y el paro del colectivo durante los últimos años. Sin embargo, a partir de las cifras conocidas, se puede estimar que la tasa de paro se situaría entre el 35 % y el 45 % en 2012.

En 2008, el desempleo afectaba más a las mujeres y a la juventud, sobre todo entre quienes tenían menos estudios, y se concentraba en los hogares pobres y en las comunidades autónomas con

inferiores niveles de renta (Canarias, Extremadura o Andalucía). Estas características son las mismas que destacan en el desempleo del resto de la población, pero en el caso de las personas con discapacidad se añade, como motivo extra o suplementario de exclusión sociolaboral, la propia discapacidad, o su percepción social. Cuando se pregunta por las razones de no encontrar empleo, sobresalen dos: ‘por la discapacidad’ y ‘es difícil para cualquiera’ (Gráfico 2). A su vez, la cuarta parte de quienes ya no buscan activamente empleo afirman que el principal motivo de su desánimo es que ‘sería difícil encontrar trabajo al estar discapacitado’. En definitiva, diversos factores contextuales y personales (competencia en el mercado laboral, condiciones muy precarias de los empleos a los que se puede acceder, intensidad del paro en ciertas comunidades, prejuicios de la parte empresarial o priorización de las pensiones sobre la adaptación del puesto de trabajo, entre otros) dan como resultado que sólo una parte menor de las personas con discapacidad disponga de empleo.

Gráfico 2. Principales razones autopercibidas por las que las personas con discapacidad no encuentran empleo. España, 2008 (%)



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

De las 420.000 personas con empleo remunerado en 2008, sólo una quinta parte lo habían conseguido mediante alguna fórmula de empleo protegido (centros ocupacionales y especiales de empleo) o utilizando ayudas especiales (cuota de reserva, incentivos a la contratación, empleo con apoyo). La mayoría había logrado ocupación a través de amigos y familiares, o dirigiéndose directamente a las empresas.

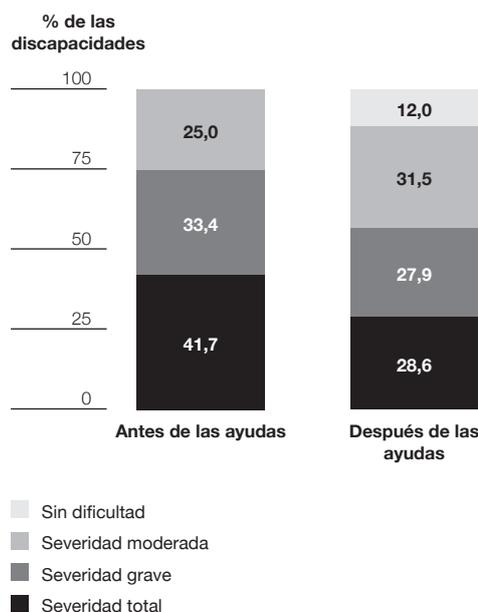
La distribución por sectores, ramas de actividad y situación profesional es similar a la de la población general: la mayoría está asalariada (83 %) en el sector servicios (70 %), destacando las ramas de comercio, administración pública, servicios empresariales, sanidad y servicios sociales, y educación. La presencia de hombres es mayor en el comercio y el transporte; y la de las mujeres, en educación, sanidad y servicios sociales, y servicio doméstico (donde se ubica 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 ámbito de los empleos no cualificados, y están menos presentes en aquellos 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, conserjería y segmentos no cualificados del comercio, la restauración y los servicios personales.

9. Medidas para afrontar las discapacidades 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

Gráfico 3. Grado de severidad de las discapacidades sin considerar las ayudas recibidas y después de recibir ayudas. España, 2008 (%)



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

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, entre otras. Las primeras medidas están recogidas con bastante precisión en la EDAD-2008, pero no las segundas, que, sin embargo, son consideradas como necesarias por la Organización Mundial de la Salud para comprender y abordar los fenómenos relacionados con el funcionamiento y la discapacidad (OMS, 2001).

Entre las *ayudas de tipo individual*, destacan las que se orientan a resolver, compensar o aliviar aquellas actividades de la vida diaria que se encuentran 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 ayudas personales; y el 28 %, ambos tipos de ayuda. Tal como se recoge en el Gráfico 3, estas ayudas suponen un gran apoyo para reducir la gravedad de las discapacidades en todas las edades, a pesar de que para más de un tercio resulten insuficientes:

- Los casos de severidad total, que impiden realizar la actividad correspondiente, se reducen a la mitad (del 41,7 % al 28,6 %).
- Los de severidad grave pasan del 33,4 % al 27,9 %.
- Los de severidad moderada se incrementan en una cuarta parte, pasando del 25 % al 31,5 %.
- 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.

Un segundo tipo de ayuda a las personas con limitaciones es la que ofrecen 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 conjunto 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 las personas mayores de 65 años. La mayor parte de estos servicios es cubierta 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 particulares, a veces bajo la fórmula del pago mixto o copago.

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.

Un tercer tipo de ayuda personal son las *pensiones* de diverso tipo, a las que acceden en torno a 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 Clasificación Internacional del Funcionamiento de 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 contaran con las condiciones adecuadas para ello.

En dirección contraria a lo anterior, están las *medidas de apoyo a la inserción laboral y 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 las personas que les atienden.

Además de las medidas de carácter individual, están las *de índole general o preventiva*, que tratan de establecer un clima social con las mismas oportunidades de realización que el resto de la población en los ámbitos de la educación, el empleo, la participación ciudadana o la movilidad. En especial, se pueden destacar algunas líneas de posible desarrollo o reforzamiento de las políticas generales que darían paso a un contexto más propicio para prevenir las discapacidades y afrontarlas con eficacia:

- *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.
- *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 diversidad funcional en esos ámbitos (enfermedades crónicas, fracaso escolar), así como el no acceso de un cuarto de millón de personas a los servicios de rehabilitación y de servicios sociales que necesitan. En esta misma línea, habría que cubrir el hueco de tres cuartos de millón de personas que no disponen de las ayudas técnicas o personales que precisan para afrontar sus limitaciones, y reforzar con los recursos públicos necesarios (prestaciones asociadas a la Ley de Dependencia) la figura profesional de la ‘asistencia personal’, liberando de esa tarea a aquellos parientes que no reúnan las condiciones óptimas para hacerlo.
- *Promover un reparto equilibrado del empleo* entre todas las personas con capacidad de trabajar, incluida la mayoría de las personas con 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.
- *Favorecer la emancipación familiar y social* de las personas con diversidad funcional, de manera que puedan ejercer los mismos derechos que el resto de la sociedad. Particularmente, convendría fortalecer su participación en la vida comunitaria y en la sociedad política, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud, a fin de convertirse en sujetos activos, individual y colectivamente, de sus proyectos de vida y de sociedad.

10. Hacia un abordaje preventivo de las discapacidades

El despliegue de la vida humana está marcado por la diversidad, pero también por los conflictos y carencias que la atraviesan. A veces, las limitaciones van asociadas a diferencias biológicas que afectan a todas las personas, como la edad –con necesidades inherentes a la infancia y a la ancianidad–; en otros casos, tienen que ver con factores hereditarios o ambientales que dan lugar a diferencias en el funcionamiento corporal o las condiciones de salud. Sin embargo, los problemas aparecen cuando tales diferencias y limitaciones se vuelven motivo de discriminación y pasan a constituir rasgos de inferioridad en algún sentido. En tales casos, no son las diferencias ni las limitaciones las que producen exclusión, sino los mecanismos de inferiorización asociados a ellas.

De ahí que, para abordar la diversidad funcional, sea muy importante no sólo adoptar medidas de carácter individual, sino modificar el contexto social que convierte las diferencias y limitaciones en exclusión social. Por ello resulta necesario promover un marco social (económico-laboral, político-ideológico) que evite al máximo, de forma preventiva, la aparición de discapacidades y favorezca su abordaje, una vez que tienen lugar, en términos de igualdad de derechos, reconocimiento personal y acceso a una vida digna. 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 un discurso que estigmatiza a amplios grupos de población, entre ellos el de personas con diversidad funcional.

Puesto que 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, resultan fundamentales políticas de redistribución de la riqueza y de la renta. También asegurar 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 para tales personas. El objetivo sería evitar el elevado déficit existente entre las personas con discapacidad en esos ámbitos (enfermedades crónicas, fracaso escolar), así como el no acceso de un cuarto de millón de personas a los servicios sociales y de rehabilitación que necesitan. En esta misma línea, habría que cubrir el hueco de tres cuartos de millón de personas que no disponen de 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 y asesoramiento específico– la ingente labor de los cuidados informales. En este último punto, es urgente promover la igualdad de género en la prestación de cuidados, actualmente a cargo mayoritariamente de

las mujeres (hijas, esposas y madres, por este orden).

En el plano laboral, es necesario promover un reparto equilibrado del empleo entre todas las personas con capacidad de trabajar, incluida la mayoría de las personas con limitaciones, facilitando para ello las adaptaciones del puesto de trabajo y las modalidades de contratación que sean oportunas, especialmente en empleos con jornada reducida o a tiempo parcial, fórmula 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. Por último, convendría fortalecer su participación en la vida comunitaria y en la sociedad política, a fin de que puedan convertirse en sujetos activos, individual y colectivamente, de sus proyectos de vida y de sociedad.

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (2008): “El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad”, en Barton, L., *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid: Morata.
- Aguado, A.L. (1995): *Historia de las deficiencias*, Madrid: Escuela Libre Editorial.
- Arnau, M.S. (2009): “El cuidado y sus perversiones. La cultura de la violencia”, *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 3 (2): 77-78.
- Barnes, C. (1990): ‘Cabbage Syndrome’. *The Social Construction of Dependence*, Basingstoke: The Falmer Press.
- Barnes, C. y Mercer, G. (2003): *Disability*, Cambridge: Polity Press.
- Colectivo Ioé (2012a): *Discapacidades e inclusión social*, Barcelona: Obra Social La Caixa.
- (2012b) *Barómetro Social de España* (en línea), <<http://www.barometrosocial.es>>.
- (2003): *La inserción laboral de las personas con discapacidades*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- Colectivo Ioé y Cimop (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Dörner, E.A. (1974): *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, Madrid: Taurus.
- Ferreira, M.A. (2010): “De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico metodológico”, *Política y Sociedad*, 47 (1): 45-65.
- Foucault, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*, México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- INE (2008a) *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia*, Madrid: Instituto Nacional de Estadística (en línea), <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>>.
- (2008b) *Encuesta de Población Activa*, Madrid: Instituto Nacional de Estadística (en línea), <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22/e308_mnu&file=inebase&L=0>.
- Jiménez, A. y Casado, D. (2001): “Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad”, *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, 50, 86-89.
- Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, Basingstoke: Macmillan.
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Madrid: Imsero.
- Palacios, A. y Románach, J. (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 Ediciones.
- Ravaud, J.F. et al. (1994): “Handicaps et inégalités liés aux déficiences et incapacités fonctionnelles”, en Bouchayer, F., *Trajectoires sociales et inégalités*, Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Rodríguez, S. y Ferreira, M.A. (2010): “Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28 (1): 64-85.
- Rosen, G. (1974): *Locura y sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid: Alianza Universidad.
- Seguridad Social (2008): *Estadísticas, presupuestos y estudios*, Madrid, Ministerio de Empleo y Seguridad Social (en línea), <http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/index.htm>.