

La inserción laboral de las personas con discapacidades

Colectivo Ioé

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



La integración social de las personas con discapacidades es una problemática latente en el contexto actual de la sociedad española y, aunque en los últimos años se ha avanzado en el diseño de políticas de inserción, queda una gran parte del camino por recorrer para poder hablar de «normalización». El número de personas que presenta algún tipo de discapacidad asciende actualmente a 3,5 millones, casi una décima parte de la población española. El presente estudio tiene la virtud de aproximarnos a la problemática de este colectivo mediante la recopilación y el análisis inéditos de los resultados de la última Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

En la primera parte del trabajo, los autores ofrecen una radiografía sobre las discapacidades más frecuentes en la población española y el sistema de ayudas y prestaciones encaminadas a facilitar su rehabilitación. Una de las conclusiones más relevadoras apunta que, en España, las condiciones de vida y de trabajo son más nocivas para la salud y la seguridad laboral que en otros países de nuestro entorno europeo.

La segunda parte constituye la piedra angular del estudio: aborda la inserción laboral del colectivo con discapacidades, que sigue siendo escasa y registra la tasa más baja de todos los países de la Unión Europea. En nuestra sociedad, sólo un 24% de las personas con discapacidad en edad laboral accede a un empleo remunerado.

Por otra parte, la reserva de plazas que establece la ley como forma de discriminación positiva hacia este colectivo, se incumple sistemáticamente tanto por las empresas privadas como por la administración pública.

La inserción laboral de las personas con discapacidades

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

Edición electrónica disponible en Internet:
www.estudios.lacaixa.es



Fundación "la Caixa"

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

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.

Edita
Fundación "la Caixa"

Av. Diagonal, 621
08028 Barcelona

Patronato de la Fundación "la Caixa"

Presidente
José Vilarasau Salat

Vicepresidentes
Salvador Gabarró Serra
Jorge Mercader Miró
Isidro Fainé Casas
Antonio Brufau Niubó
Alejandro Plasencia García

Patronos
Ramon Balagueró Gañet
M.^a Amparo Camarasa Carrasco
Marta Corachán Cuyás
Ricardo Fornesa Ribó
María Isabel Gabarró Miquel
Manuel García Biel
Javier Godó, Conde de Godó
M. Begoña Gortázar Rotaeché
Jaime Iglesias Sitjes
Federico Mayor Zaragoza
Miguel Noguer Planas
Rosa Novell Bové
Justo Novella Martínez
Vicenç Oller Compañ
Montserrat Orriols Peitivi
Magín Pallarès Morgades
Antoni Pie Mestre
Manuel Raventós Negra
Luis Rojas Marcos
Lucas Tomás Munar
Francisco Tutzó Bennasar
Josep Francesc Zaragoza Alba

Secretario (no patrón)
Alejandro García-Bragado Dalmau

Colección Estudios Sociales

Director
Josep M. Carrau

ÍNDICE

	PÁG.
PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
Primera parte: LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN ESPAÑA	
I. CLAVES PARA ENTENDER LAS DISCAPACIDADES	15
1.1. De los enfoques tradicionales al modelo de la Organización Mundial de la Salud	15
1.2. Evolución de la política española sobre discapacidades	23
1.3. El contexto europeo. La inserción laboral de las personas con discapacidades	25
II. DISCAPACIDADES MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA	30
2.1. Personas afectadas según tipos de discapacidad. Incidencia entre la población en edad laboral por sexos	31
2.2. Grado de severidad y pronóstico evolutivo de las discapacidades. La mayoría de las personas afectadas en edad laboral puede trabajar	40
2.3. Personas con discapacidades por grupos de edad	43
2.4. Prevalencia de las discapacidades según el nivel socioeconómico de las familias	45
2.5. Prevalencia por comunidades autónomas y provincias	46
2.6. Prevalencia según el tamaño del municipio	50

	PÁG.
III. ORIGEN DE LAS DISCAPACIDADES	51
3.1. Personas en edad laboral con discapacidades según el tipo de deficiencias que las ha provocado	52
3.2. Edad de aparición de las deficiencias	57
3.3. Origen de las deficiencias: trastornos perinatales, enfermedades y accidentes	59
IV. EL TRATAMIENTO DE LAS DISCAPACIDADES	64
4.1. Rehabilitación médico-funcional	65
4.2. Rehabilitación ocupacional	68
4.3. Prestaciones y ayudas	71
4.4. Ayuda familiar a las personas con discapacidad	73
Segunda parte: LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES	
V. LA INSERCIÓN COMO PROCESO ENTRE LA INCLUSIÓN Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL	79
5.1. La inserción social en las diversas etapas de la vida	79
5.2. Principales vías de inserción de las personas con discapacidades	82
5.3. Itinerarios escolares: baja cualificación del colectivo	86
5.4. Pensiones: principal vía de inserción de los hombres	90
5.5. Trabajo doméstico: principal vía de inserción de las mujeres	93

	<u>PÁG.</u>
VI. ACCESO AL TRABAJO REMUNERADO	95
6.1. Baja tasa de actividad. Causas aducidas para no buscar empleo	95
6.2. Tasas de actividad, ocupación y paro en función de diversas variables	99
6.3. Cambios laborales al sobrevenir la discapacidad	104
6.4. Sector de actividad y situación profesional de las personas ocupadas	107
6.5. Principales ocupaciones	110
6.6. Tipos de contratación según el tamaño y titularidad de las empresas	114
6.7. Empleo protegido	117
6.8. Escaso acceso al empleo a través de la cuota de reserva del 2%. Posición de los empresarios	121
VII. PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE BUSCAN EMPLEO	123
7.1. Tasa de paro por sexos, grupos de edad y regiones	123
7.2. Duración del desempleo	126
7.3. Métodos utilizados para buscar empleo	127
7.4. Razones por las que no encuentran trabajo. Reticencias del sector empresarial	128
7.5. Expectativas laborales	133
VIII. PRINCIPALES CONTEXTOS DE LA INSERCIÓN SOCIAL	136
8.1. La familia	137
8.2. El contexto económico-laboral	143
8.3. Las políticas sociales	147
8.4. Las asociaciones de afectados	150
8.5. La opinión pública ante las discapacidades. Actitudes básicas	156

	PÁG.
IX. BALANCE	163
9.1. La población con discapacidades en España	163
9.2. Principales vías de inserción en edad laboral	166
9.3. España registra la menor tasa de ocupación de la Unión Europea. Doble discriminación de las mujeres	167
9.4. Mayor tasa de desempleo y más parados de larga duración	169
9.5. Mayoría de inactivos y parados. ¿Por qué?	169
9.6. Principales instituciones con incidencia en el campo de las discapacidades. Algunas propuestas	171
ANEXO ESTADÍSTICO	175
BIBLIOGRAFÍA	188

Presentación

La integración social de las personas con discapacidades es una problemática latente en el contexto actual de la sociedad española y, aunque en los últimos años se ha avanzado en el diseño de políticas de inserción, queda una gran parte del camino por recorrer para poder hablar de «normalización». El número de personas que presenta algún tipo de discapacidad asciende actualmente a 3,5 millones, casi una décima parte de la población española.

El presente estudio tiene la virtud de aproximarnos a la problemática de este colectivo mediante la recopilación y el análisis inéditos de los resultados de la última Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias realizada por el Instituto Nacional de Estadística. En la primera parte del trabajo, los autores ofrecen una radiografía sobre las discapacidades más frecuentes en la población española y el sistema de ayudas y prestaciones encaminadas a facilitar su rehabilitación. Una de las conclusiones más relevadoras apunta que, en España, las condiciones de vida y de trabajo son más nocivas para la salud y la seguridad laboral que en otros países de nuestro entorno europeo.

La segunda parte constituye la piedra angular del estudio: aborda la inserción laboral del colectivo con discapacidades, que sigue siendo escasa y registra la tasa más baja de todos los países de la Unión Europea. En nuestra sociedad, sólo un 24% de las personas con discapacidad en

edad laboral accede a un empleo remunerado. Por otra parte, la reserva de plazas que establece la ley como forma de discriminación positiva hacia este colectivo, se incumple sistemáticamente tanto por las empresas privadas como por la administración pública.

La exclusión del mercado laboral de un 76% de personas con discapacidades en edad de trabajar sigue siendo un porcentaje extremadamente elevado, sobre todo cuando los expertos coinciden en que la principal vía de normalización social de este colectivo reside en sus posibilidades de inserción laboral.

Con la publicación de este volumen, la Fundación "la Caixa" –que cuenta con un programa específico destinado a colectivos en situación o riesgo de exclusión social– pretende contribuir, desde la coherencia con su línea de actuación, a fomentar la reflexión y la sensibilidad social sobre una cuestión que afecta a uno de cada tres hogares españoles. Los autores del estudio, Miguel Ángel de Prada, Carlos Pereda y Walter Actis, pertenecientes al colectivo IOÉ, apuntan, por otra parte, nuevas estrategias de futuro basadas en considerar las limitaciones no como una anomalía, sino más bien como una diferencia.

El abordaje de esta cuestión debe hacerse necesariamente no sólo con políticas activas sino también con un cambio de mentalidad. A menudo, las limitaciones se encuentran más en nuestra imaginación que en las personas con determinadas discapacidades.

Alejandro Plasencia

Vicepresidente

Fundación "la Caixa"

Barcelona, septiembre de 2003

Introducción

El punto de partida del presente libro es la reciente aparición de los resultados definitivos de la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*,⁽¹⁾ aplicada por el Instituto Nacional de Estadística a una muestra de 79.000 hogares y 220.000 personas. Aunque la metodología de esta encuesta establece una ruptura con la aplicada en 1986, lo que impide conocer la evolución experimentada desde entonces, su publicación es un acontecimiento importante pues permite actualizar la información en torno a una problemática que afecta directamente a la décima parte de la población española o, más propiamente, a uno de cada tres hogares, ya que el abordaje de las discapacidades es un *asunto de familia* más que una cuestión individual.

El libro se plantea también como una contribución al *Año Europeo de las Personas con Discapacidad* (2003), establecido por los ministros de empleo y asuntos sociales de la Unión Europea a partir de las propuestas del Foro Europeo para la Discapacidad. Asimismo, seguimos las recomendaciones de la *Declaración de Madrid*, proclamada en el Congreso Europeo de las Personas con Discapacidades de marzo de 2002, donde se planteaba la necesidad de «analizar las condiciones de vida de dichas personas en los

(1) Las principales tablas de resultados fueron publicadas en CD a mediados de 2002 (INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados detallados*, Madrid, 2002). Previamente se había publicado un *Avance de resultados* (INE, 2001) y el informe de *Metodología* (INE, 2001). Para elaborar el presente texto se ha obtenido del INE la base completa de los microdatos anonimizados de la encuesta, que han sido objeto de un análisis estadístico independiente.

países de la Unión, muy frecuentemente abocadas a situaciones de discriminación, exclusión social y pobreza».⁽²⁾

En la primera parte se ofrece una visión de conjunto de las personas que presentan discapacidades en España. A partir de algunas consideraciones generales sobre la historia en el tratamiento de las discapacidades, sobre la política española y sobre el contexto europeo, se distinguen los principales tipos y grados de afección, y su frecuencia o prevalencia en la población a partir de diversos criterios (sexo, edad, nivel económico de los hogares, comunidades autónomas y provincias, etc.). Se describen las deficiencias físicas, sensoriales o psíquicas que están asociadas a las discapacidades y se analiza el origen de las mismas, ya se trate de enfermedades, accidentes o trastornos de cualquier tipo. Por último, se recoge información sobre el tratamiento de las discapacidades, tanto en el plano estrictamente sanitario como en el de la rehabilitación ocupacional, incluyendo la cobertura de diversas prestaciones públicas y la presencia de «cuidadores», generalmente de la propia familia.

La segunda parte aborda una cuestión crítica para las personas con discapacidad en España: su escasa inserción laboral, que es la más baja de todos los países de la Unión Europea. En efecto, sólo tiene empleo el 24% de las personas en edad laboral que, sin embargo, registran tasas de desempleo e inactividad mucho más elevadas que el conjunto de la población española. Además de analizar las barreras que impiden o dificultan el acceso al empleo, se estudian las vías de inserción alternativas (las *pensiones* para los hombres y las *tareas del hogar* para las mujeres), las características y expectativas de quienes buscan empleo y las condiciones de trabajo de los que están empleados. En último lugar, se hace una reflexión en torno a los principales contextos que influyen en la inserción social y laboral del colectivo: la familia, el mercado de trabajo, las políticas sociales y las asociaciones del sector, así como un panorama general de las actitudes y opiniones de la población española en relación a las discapacidades.

Un balance final resume brevemente los resultados de la investigación, para lo que seguimos el orden de los temas desarrollados a lo largo del

(2) Véase www.madriddeclaration.org

libro, y plantea algunas propuestas de carácter general dirigidas a las principales instituciones que influyen en la inserción laboral de las personas con discapacidades.

Pese a la complejidad de los temas tratados, hemos procurado presentarlos con un estilo sencillo y mediante gráficos expresivos, aligerando al máximo el texto de cuadros estadísticos. En anexo se recoge una selección de las principales tablas de las que nos hemos servido en nuestros análisis.

Primera parte

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN ESPAÑA

I. Claves para entender las discapacidades

Pese a los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir con precisión los estados de *salud*, *enfermedad* y *discapacidad*, así como los factores contextuales que facilitan o dificultan la *integridad funcional* y la *participación social*, la forma como entiende la población estos conceptos es muy diversa y ni siquiera los expertos logran ponerse de acuerdo.⁽¹⁾ A continuación ofrecemos algunas claves para aproximarnos al fenómeno: en primer lugar, aludiremos a las transformaciones históricas que han tenido lugar en el campo que nos ocupa; en segundo lugar, haremos una breve referencia al caso español, recogiendo las principales políticas adoptadas en esa materia; por último, ofreceremos un cuadro comparativo de la situación en la Unión Europea a partir del Panel de Hogares aplicado por EUROSTAT en 1996.

1.1. De los enfoques tradicionales al modelo de la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾

La historia de cómo se han abordado las deficiencias físicas o psíquicas en las diversas culturas conocidas, desde la antigüedad hasta el presente, es ilustrativa de la pluralidad de puntos de vista en torno a unas limi-

(1) Las definiciones propuestas por la OMS no se aplican con los mismos criterios en los países europeos. Hasta ahora han sido vanos los esfuerzos de los organismos internacionales para poner de acuerdo a los gobiernos en torno a un sistema de clasificación y unas definiciones homogéneas que permitan una comparación internacional.

(2) Seguimos en este apartado los análisis realizados por Colectivo Ioé y CIMOP (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMERSO), Madrid.

taciones aparentemente objetivas, como la ceguera, el retraso mental o la esclerosis de los huesos. En general, los historiadores plantean que ha habido grandes transformaciones en los modelos de tratamiento, si bien en cada etapa histórica han coexistido las actitudes de apoyo y de rechazo hacia las personas afectadas, que frecuentemente dependían de la posición socioeconómica de las familias, reforzándose los cuadros de exclusión en los hogares más pobres.

La transformación más importante tuvo lugar cuando se dio el paso de un enfoque mágico-religioso a otro técnico-secularizado. El primer enfoque prevaleció en todas las culturas antiguas –hasta la Grecia clásica–, fue habitual en la Edad Media europea –hasta el Renacimiento– y todavía pervive –más o menos agazapado– en las actitudes y prácticas de una parte de la población. Para explicar la locura o los grandes trastornos físicos o sensoriales se recurría a la intervención de poderes sobrehumanos que de ese modo ponían a prueba o castigaban a los seres humanos por algún mal cometido; en consecuencia, el tratamiento oscilaba entre el recurso a remedios que habían demostrado su eficacia en casos similares (normalmente mediante la magia y la intervención de brujos o chamanes, pero también mediante masajes, baños, hierbas, etc.) y la postración pasiva y culpabilizada ante unos síntomas que eran objeto de rechazo y a veces de muerte (el infanticidio de los niños afectados por deficiencias fue habitual en bastantes culturas).

El *enfoque técnico-secularizado* explicó las discapacidades como resultado de algún accidente, es decir, eran fenómenos naturales que requerían una terapia adecuada, lo mismo que las demás enfermedades. La medicina naturalista de Grecia fue la precursora de esta corriente de pensamiento, con Hipócrates como figura clave, que llegó a Europa a través de España de la mano de los árabes: «el reencuentro de Europa con la tradición naturalista griega se produce a través de España, puente de transmisión de la cultura árabe, y, más concretamente, a través de las instituciones manicomiales que en esta época se van a crear siguiendo la tradición de los sanatorios mentales de Fez, Metz, Bagdad y el Hospital Mansur de El Cairo».⁽³⁾ Los primeros psiquiátricos con un enfoque rehabilitador establecidos en Europa

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

se crearon en Valencia (1409), Zaragoza (1425) y Sevilla (1436). En estas instituciones se aplicaban tratamientos orientados a la reinserción social de los *pacientes*, entre los que se podían encontrar rudimentos de psicoterapia y laborterapia, educación especial de sordomudos y ciegos, etc. El humanismo renacentista reforzó estas tendencias, y las instituciones manicomiales, de dimensiones reducidas y orientadas a la rehabilitación, se expandieron por toda Europa.

Sin embargo, la orientación de esta revolución humanista en el tratamiento de las discapacidades se llenó enseguida de sombras. El internamiento se masificó, dando lugar al hacinamiento, y las tareas terapéuticas se sustituyeron por la custodia y cronificación de los atendidos. Como analizó magistralmente Foucault, en los siglos *xvii* y *xviii* se abandonó la concepción religiosa de la enfermedad, pero «se fabricó la locura» y las primitivas cadenas se sustituyeron por correas y control panóptico.⁽⁴⁾

Entre fines del siglo *xix* y la II Guerra Mundial se produjeron importantes progresos en la identificación y explicación de muchos trastornos, que se relacionan tanto con factores físicos (bioquímicos, traumáticos o perinatales) como psíquicos (formas de aprendizaje o de socialización infantil). Además, los gobiernos se implicaron más activamente en favor de la atención educativa y asistencial de las personas con discapacidades, si bien prevaleciendo el etiquetamiento y una política más bien paternalista (protección social a través de pensiones) que reforzaron la dependencia de las instituciones y nuevas formas de discriminación social y laboral.

Por último, en la segunda mitad del siglo *xx* se produjeron nuevas transformaciones que ponían el acento, sobre todo, en el origen social de las discapacidades y, como correlato, en la prevención, la rehabilitación y la inserción comunitaria. Frente a la intervención individualizada tradicional y el internamiento en los casos más graves (psiquiátricos), ahora se favorecen los centros de salud y los servicios comunitarios; y frente a los «centros especiales» de educación o trabajo, se defiende la inclusión y normalización escolar y laboral con los apoyos necesarios. Por su parte, las personas

(4) Foucault, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*, F.C.E., México.

con discapacidad y sus familias se constituyen como movimiento social o grupo de presión cada vez más activo, a través de asociaciones, para defender sus derechos.

A lo largo del siglo xx, el liderazgo en este campo pasó de Europa a Estados Unidos, donde se produjeron importantes progresos en el estudio y tratamiento clínico de la deficiencia mental que luego se expandieron al resto de las deficiencias. En especial, se han desarrollado sistemas de intervención que tratan de evitar el efecto estigmatizante de un enfoque biomédico y asistencialista, para lo que se conjugan dos principios:

1. Las discapacidades deben definirse en su contexto social concreto (no sólo ni principalmente a partir de tests o pruebas médicas).

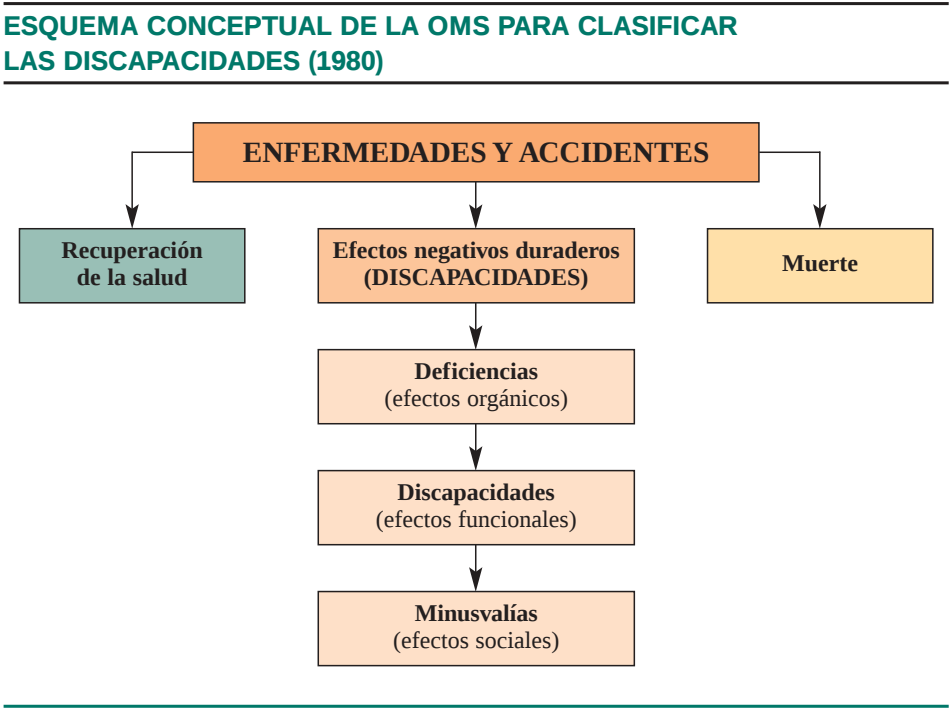
2. Los servicios de diagnóstico y rehabilitación deben definir con precisión tanto las *limitaciones* como las *capacidades* de estas personas, con vistas a establecer los medios que deben aplicarse para su reinserción.

En definitiva, los enfoques más actuales tratan de desplazar el etiquetado tradicional, que se establecía en base a parámetros objetivos no modificables, por un diagnóstico de los elementos que concurren en cada caso y de los apoyos que necesitan dichas personas para conseguir la mejor inserción posible. El movimiento *People First* («las personas primero») condensó esta crítica al etiquetado tradicional mediante un eslogan bien elocuente: «Etiquetad las latas, no las personas».

En la actualidad estos nuevos elementos conviven con los heredados del pasado y también con diversas contra-tendencias, como la burocratización y mercantilización de ciertos servicios, o los recortes presupuestarios que reducen los apoyos económicos y profesionales imprescindibles y no facilitan la inserción social de las personas con discapacidades. Por otra parte, algunas de las principales transformaciones, como la proliferación de centros de salud y equipos multiprofesionales, las medidas de integración escolar y laboral, etc. han experimentado un desarrollo cuantitativo importante, aunque con frecuencia no han dado los resultados esperados por sus promotores.

En cuanto a la definición de las discapacidades, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio un paso de gigante en 1980, al establecer una *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, en continuidad con la *Clasificación Internacional de Enfermedades* que dicho organismo venía fijando desde 1893. Se trataba de establecer un sistema común a nivel mundial para clasificar *los efectos de las enfermedades y los accidentes, así como sus repercusiones en la inserción social de los individuos*. Tales efectos y repercusiones fueron clasificados por la OMS en una secuencia tripartita: *deficiencias, discapacidades y minusvalías*,⁽⁵⁾ que recogemos en el cuadro 1.1 y se pueden definir así:

Cuadro 1.1



(5) El concepto *discapacidad/disability* se utiliza en castellano y en inglés tanto para referirse a la segunda consecuencia de los efectos de la enfermedad (*incapacité* en francés) como al conjunto de las tres secuencias (*handicap* en francés). Esto introduce en las lenguas inglesa y castellana, a diferencia del francés, una equivocidad en el uso del término que hay que resolver en cada caso teniendo en cuenta el contexto en que se emplea. Las otras dos secuencias de los efectos de la enfermedad tienen conceptos propios en los tres idiomas: *deficiencia/impairment/déficience* y *minusvalía/handicap/désavantage*.

- **Deficiencia.** Cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias representan trastornos *a nivel orgánico*.

- **Discapacidad.** Cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades representan trastornos funcionales *a nivel de la persona*.

- **Minusvalía.** Desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales. Esto quiere decir que dos personas con idéntica discapacidad pueden tener o no minusvalía en función de que encuentren o no barreras para insertarse en su medio social con normalidad. Las minusvalías representan trastornos o problemas *a nivel de la inserción en la sociedad*.

Las *deficiencias* y las *discapacidades* permitían establecer una clasificación objetiva y jerarquizada, sin que influyeran apenas en su definición factores sociales o culturales. Sin embargo, las *minusvalías* respondían a otra lógica clasificatoria que no dependía de los factores o atributos del individuo, sino de las circunstancias que rodeaban a la persona. Una misma discapacidad podía dar lugar a cuadros de minusvalía en un contexto cultural y en otro no; incluso dentro de una misma sociedad, esa discapacidad podía provocar más minusvalías entre los hombres que entre las mujeres, o afectar en mayor medida a los pobres que a los ricos; hasta podía darse el caso de que dos personas con similares características y del mismo contexto social dieran lugar o no a minusvalías en función de las estrategias que desplegaran para insertarse en la sociedad, es decir, dependiendo de cuál fuera su actitud para hacer frente a sus discapacidades.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud revisó la clasificación de 1980,⁽⁶⁾ ampliando el concepto de discapacidad a *cualquier alteración en la condición de salud de un individuo que puede generar dolor, sufriendo*

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

to o interferencia con las actividades diarias. La nueva clasificación incluye tanto los aspectos *positivos* como los *negativos* en relación con los estados de salud y haciendo referencia expresa a los factores contextuales que influyen en el funcionamiento de la salud y en la realización personal de los individuos con discapacidades. Los cambios operados son importantes:

- La clasificación de 1980 se planteaba como complementaria de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y definía la discapacidad como un efecto negativo duradero de las enfermedades (incluyendo en este concepto los traumas y los accidentes). En cambio, la reciente Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud (CIF) trata de completar al CIE en otro sentido: ambas clasificaciones se refieren al estado de salud de las personas, en un caso haciendo el *diagnóstico* de enfermedades, trastornos y otras condiciones de salud (CIE) y en el otro el *funcionamiento* tanto de los estados de salud como de discapacidad.

- La discapacidad se define ahora en estrecha relación con los componentes de salud y con los factores contextuales –personales y ambientales– que influyen y condicionan la calidad de vida: «La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (por ejemplo, edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (por ejemplo, baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)». ⁽⁷⁾ De este modo, se pasa de una concepción más bien estática a una concepción dinámica de las discapacidades como un estado de salud negativo, a evitar tanto por la vía preventiva (condiciones ambientales y actitudes personales) como procurando la mayor rehabilitación funcional y realización social posible de las personas afectadas.

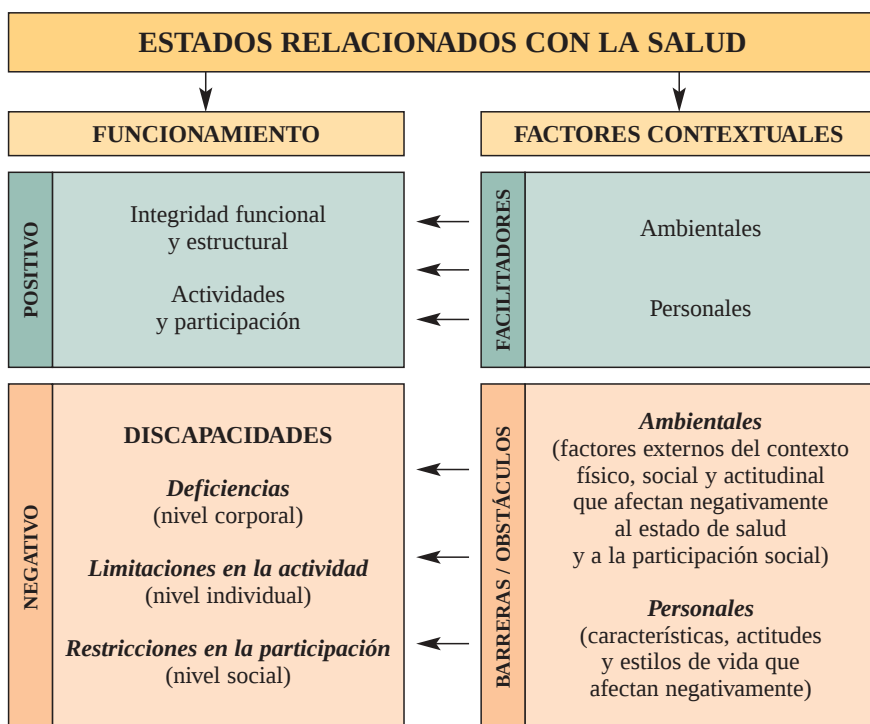
(7) *Ibíd.*, pág. 18.

- Las alteraciones de la salud, en términos de estados funcionales, se siguen llamando *discapacidades* y abarcan *tres niveles* que siguen una lógica parecida a 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).

El cuadro 1.2 recoge la estructura de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud (CIF) que incluye de una forma dinámica la definición de las discapacidades. Tanto las políticas sociales como el registro de las personas afectadas tendrán que acomodarse a partir de ahora a la nueva clasificación.

Cuadro 1.2

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD (CIF) ESTABLECIDO POR LA OMS EN 2001



1.2. Evolución de la política española sobre discapacidades

La introducción en España de las tendencias que acabamos de describir se produjo a la zaga de otros países europeos. En especial, los años cuarenta y cincuenta del siglo xx supusieron para las personas con discapacidad, lo mismo que para otros sectores de la sociedad española, un período de involución o estancamiento que hizo recaer sobre las familias el peso de la atención a las personas afectadas por graves deficiencias o bien restableció fórmulas ya obsoletas de segregación crónica y ordenada de los casos más graves, como eran los centros psiquiátricos de aquella época. Más adelante, en los años sesenta y setenta se inició una relativa apertura internacional y un incipiente despegue del Estado social, paralelo al crecimiento económico, lo que trajo consigo un notable⁽⁸⁾ aunque disperso desarrollo legislativo en materia de atención a personas con discapacidad. Asimismo, data de aquellas décadas la fase más expansiva de las asociaciones de afectados que paulatinamente se coordinaron entre sí y crearon una trama de apoyo mutuo y de presión ante la administración pública.

Un acontecimiento clave en este proceso fue la promulgación de la Constitución democrática de 1978 (en especial el art. 49, que reconoce expresamente el derecho de las personas con discapacidades a su «completa realización personal e integración social») y, cuatro años después, la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI). La nueva legislación exige al gobierno una política activa de integración social de las personas con discapacidad (prevención, tratamiento y rehabilitación) a fin de que puedan disfrutar de todos los derechos constitucionales, si bien la LISMI establece desde el principio una distinción significativa: «completa realización personal y total integración de los *disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales*» y «asistencia y tutela para los *disminuidos profundos*». Esta distinción supone el reconocimiento de que la plena realización personal sólo

(8) Entre otras medidas, la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) previó la creación de centros piloto para la rehabilitación de personas con discapacidades, y en 1964 se organizó la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. En 1970, un decreto del gobierno estableció un cupo del 2% para trabajadores con minusvalía en las empresas de más de 50 empleados, y en 1974 se celebró en Madrid la Conferencia MINUSVAL-74 donde se utiliza por primera vez el término «minusválido» para referirse genéricamente a todos los grupos afectados.

es posible para una parte del colectivo, mientras que los «disminuidos profundos» serán destinatarios de medidas protectoras especiales. Se abren así dos vías de inserción para las personas con discapacidad; una que responde al criterio de rehabilitación y normalización y otra que se basa en políticas de etiquetado y protección *especial*. En la práctica, como veremos, se dará más importancia al «sistema público de protección social y económica» (Título V de la LISMI) que a la «rehabilitación e integración laboral» de las personas con discapacidades (Títulos VI y VII de la citada ley).

El sistema oficial vigente en España para clasificar a las personas con minusvalía se diseñó en 1984 y, en principio, pretendía acomodarse al concepto de «minusvalía» elaborado por la OMS cuatro años antes. Sin embargo, el baremo se basa casi exclusivamente en medir objetivamente la presencia y grado de «deficiencias» y no en un diagnóstico de los agravantes sociales (culturales, económicos y ambientales) que entorpecen una inserción social sin discriminaciones. En consecuencia, se produce una *medicalización de la política de discapacidades* que implica considerar la «minusvalía» como una característica presuntamente objetiva e inmodificable de los sujetos diagnosticados como tales. A diferencia de lo que ocurre con otros sistemas clasificatorios, el certificado de minusvalía no se plantea como punto de partida para dejar de serlo, es decir, para llegar a superar con las ayudas institucionales oportunas la discriminación que se padece, sino como el reconocimiento de una situación irreversible de limitación.

Desde una perspectiva histórica, las políticas específicas basadas en esta forma de entender y gestionar la «minusvalía» se corresponden con las pautas etiquetadoras y asistencialistas de principios de siglo. Sin embargo, la última transformación operada en el campo de las discapacidades, que fue asumida por el reciente *Plan de acción integral para personas con discapacidad (1997-2002)*, prima los principios de rehabilitación y normalización y, por consiguiente, las llamadas *políticas activas* a fin de lograr una integración social satisfactoria de dichas personas.⁽⁹⁾ Desde esta clave, las limitaciones funcionales derivadas de las deficiencias no se consideran una *anorma-*

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

lidad sino, más bien, una *diferencia* (como tantas otras que existen entre las personas) que no tiene por qué impedir una inclusión social normalizada. Las políticas sociales deberían orientarse en tal caso, no a sancionar la impotencia y aliviar con ayudas y pensiones vitalicias esa supuesta «incapacidad» intrínseca de la persona, sino a corregir las barreras, prejuicios y otros factores que tienen como efecto dificultar o impedir su inserción social.

1.3. El contexto europeo. La inserción laboral de las personas con discapacidades

Todos los países de la Unión Europea aceptan las orientaciones generales de la Organización Mundial de la Salud así como las directrices y programas de las Naciones Unidas relativas a las personas con discapacidades. En especial, las políticas nacionales de los años ochenta y noventa tomaron como principal referencia el *Programa de Acción Mundial para los Impedidos*, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 y que proponía expresamente «la participación plena de los individuos con discapacidad en la vida social, con oportunidades iguales a las de toda la población».⁽¹⁰⁾ Sin embargo, las estadísticas de los diversos países presentan conceptos y metodologías diferentes que hacen muy difícil la comparación internacional y la planificación de políticas generales comunes. La propia Comisión Europea ha planteado la necesidad de una información estadística y demográfica, elaborada con criterios homogéneos, que permita conocer la prevalencia de personas con discapacidad en los países de la Unión y, en particular, su grado de inserción en el mercado laboral.⁽¹¹⁾

Contamos, no obstante, con una encuesta aplicada por encargo de EUROSTAT en catorce de los quince países comunitarios (Suecia quedó al margen) que permite aproximarnos con relativa fiabilidad a los principales parámetros de las personas con discapacidad y de su inserción laboral.⁽¹²⁾ El *Panel de Hogares de la Comunidad Europea* se aplicó en tres oleadas

(10) El texto del *Programa de Acción Mundial*, así como el desarrollo normativo de los países europeos y de las organizaciones internacionales, puede consultarse en Muñoz, S. y De Lorenzo, R. (dir.) (1996): *Código europeo de las minusvalías*, Escuela Libre Editorial, Madrid.

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

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

(1994, 1995 y 1996) a unas 60.000 familias que incluían aproximadamente 130.000 personas mayores de 15 años. A continuación ofrecemos el perfil resultante para España en relación a los otros países europeos y a la media comunitaria, basándonos en la encuesta de 1996 (muestra de 107.294 personas, de ellas 12.579 en España).

El porcentaje de personas con discapacidad severa o moderada en edad laboral (16-64 años) es bastante menor en España (9,9%) que en el conjunto de la Unión (14,5%). Sólo presentan una situación mejor otros dos países del sur: Italia (7,8%) y Grecia (8,2%), siendo los países del norte, y Portugal, los que registran porcentajes más elevados (Finlandia, Dinamarca, Alemania, Gran Bretaña, Holanda y Portugal tienen entre el 18% y el 23%).

Si nos limitamos a las personas con *discapacidad severa*,⁽¹³⁾ que suponen un tercio de quienes se encuentran en edad laboral, España comparte con Grecia la cuarta mejor posición (3,3%), después de Italia, Irlanda y Austria. Los países con mayor proporción de discapacidades severas son Portugal (7,5%), Finlandia (6,2%) y Francia (6%). La media comunitaria es del 4,5%.

Por *sexos* la frecuencia de discapacidades es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en España como en el conjunto de Europa. En cambio, cuando los trastornos son severos, los hombres presentan, también en ambos casos, una frecuencia algo mayor. Por *tramos de edad*, la frecuencia de personas con discapacidad se incrementa a medida que avanza la edad, siendo España el país *con mayor aceleración* en este sentido: antes de los 30 años las personas con discapacidad en España son tres veces menos que la media comunitaria para aproximarse poco a poco y sobrepasar la media europea a partir de los 60 años (véase el gráfico 1.1).

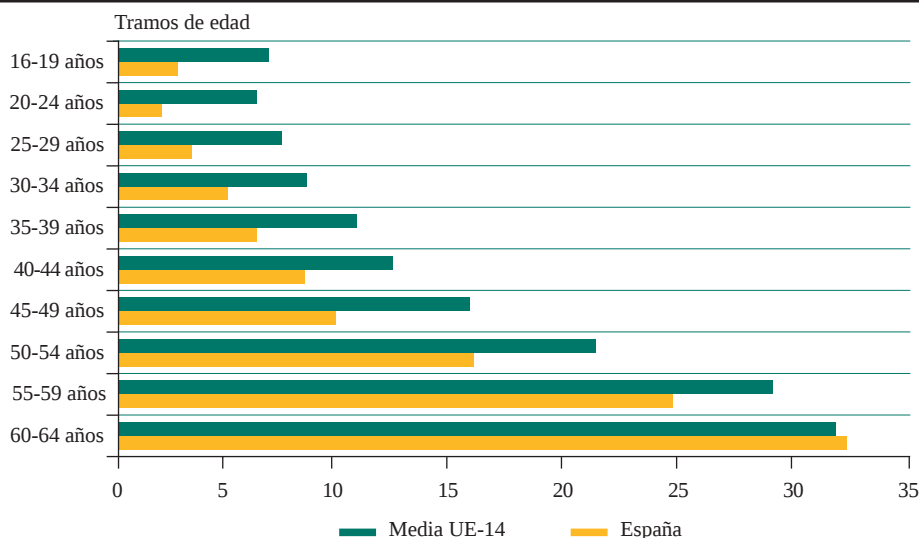
Si tenemos en cuenta que las discapacidades que sobrevienen a las personas adultas tienen su origen en las enfermedades y los accidentes, habría que deducir que *las condiciones de vida y de trabajo en España son más nocivas para la salud y producen más accidentes graves que en el resto de la Unión*. Lamentablemente, los datos sobre accidentes y estado de

(13) El *Panel de Hogares* incluye en este grupo a quienes se encuentran afectados *severamente* en actividades de la vida diaria debido a un problema, enfermedad o discapacidad de carácter crónico.

Gráfico 1.1

PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir del *Panel de Hogares de la Comunidad Europea 1996* (EUROSTAT, 2001).

salud en los diversos países se elaboran con metodologías diferentes que dificultan en parte corroborar esta afirmación. No obstante, de las estadísticas elaboradas por EUROSTAT se deduce que España ocupa el primer lugar de la Unión en siniestralidad laboral⁽¹⁴⁾ y uno de los puestos más altos en accidentes de tráfico.⁽¹⁵⁾ Asimismo, las personas mayores de 15 años que residen en España son, después de las de Portugal, las que tienen una percepción más negativa de su propia salud,⁽¹⁶⁾ siendo el país más consumidor de tabaco, después de Grecia, y uno de los que menos gasta en salud por habitante, sólo por delante de Grecia y Portugal.⁽¹⁷⁾

(14) Un estudio comparativo de los 15 países de la Unión Europea sitúa a España como el país con mayor porcentaje de accidentes de trabajo (7% de los trabajadores en 1998, por una media comunitaria del 4%) y en tercera posición por la tasa de accidentes mortales, después de Portugal e Irlanda. Dupré, D. (2001): *Les accidents du travail dans l'UE 1998-1999*, Communautés Européennes, EUROSTAT.

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

(16) El 13,1% considera que su estado de salud es malo o muy malo, mientras que la media comunitaria es del 8,8%. Eurostat (1999): *Vue statistique sur l'Europe. Données 1987-1997*, Commission Européenne, Luxembourg, pág. 38.

(17) *Ibidem*, págs. 44 y 72.

La inserción laboral de las personas con discapacidad presenta en España el perfil más negativo entre todos los países europeos, seguida de cerca por Irlanda e Italia (gráfico 1.2). De las personas con discapacidad *severa*, sólo tiene trabajo remunerado el 13,1% en España, el 13,7% en Irlanda y el 15,3% en Italia; entre quienes tienen discapacidad *moderada*, la peor posición corresponde a Irlanda (27,1%), seguida por España (28,7%) e Italia (29,6%). Se trata de tres países de la Unión con bajas tasas de actividad en la población general, lo que explica en parte que sean también los que menos fomentan el acceso al empleo de las personas con discapacidades.

La media comunitaria de personas con discapacidad severa que tienen empleo es del 24,3%. Los países con tasas más altas son Francia y Portugal, precisamente los más próximos al territorio español. España, además, es junto con Italia el país europeo que presenta una mayor discriminación de género en el acceso al empleo: las mujeres con discapacidad severa no sólo son las que registran una menor proporción de ocupadas (9%), sino las que se encuentran a mayor distancia en términos relativos de la tasa de hombres ocupados del propio país (16,6%). En el conjunto de la Unión tienen empleo el 27,9% de los hombres con discapacidad severa y el 20,5% de las mujeres. Sólo en tres países, Dinamarca, Reino Unido y Grecia, las mujeres están más ocupadas que los hombres (tabla 1.5 del Anexo estadístico).

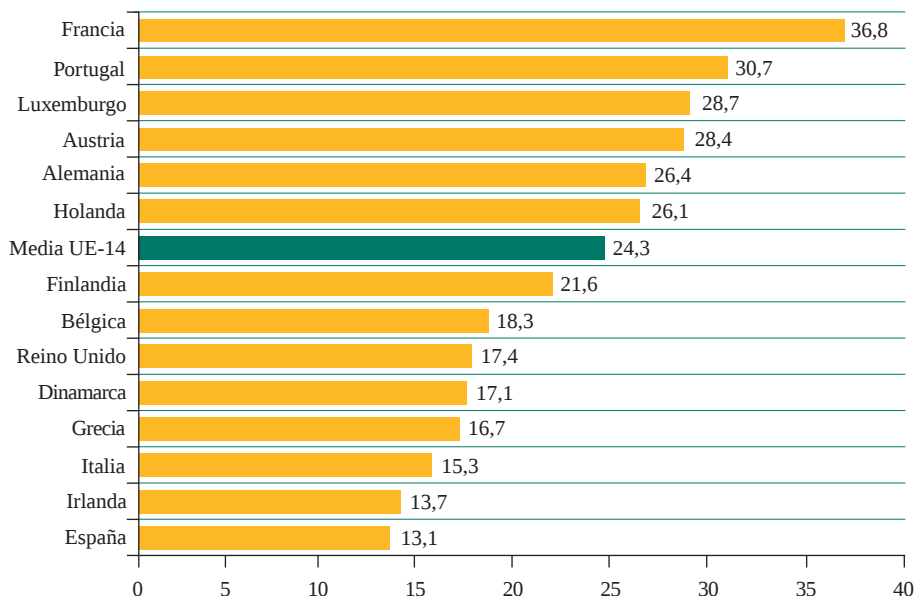
Según el Panel de Hogares de la Unión Europea, las personas con discapacidad en España son —después de las de Portugal— las que tienen *niveles de formación* más bajos. Tan sólo el 10% de quienes tienen trastornos severos y el 13% de quienes los tienen moderados han superado el nivel de educación secundaria (cuatro veces menos que la media europea: 39% y 49%, respectivamente). Los niveles académicos más altos corresponden a Alemania y Holanda, donde dos tercios de las personas con discapacidades han superado la educación secundaria.

En torno a la mitad de las personas con discapacidad severa en edad laboral percibe en el conjunto de la Unión Europea *pensiones o ayudas económicas*. España se sitúa en este punto en cuarto lugar, con un 56% de pensionistas, después del Reino Unido, Dinamarca y Bélgica. En cuanto a los

Gráfico 1.2

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA QUE TIENEN EMPLEO REMUNERADO

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir del Panel de Hogares de la Comunidad Europea 1996 (EUROSTAT, 2001).

que tienen discapacidad moderada, sólo percibe pensiones en la UE la quinta parte (21%), siendo España el segundo país con más perceptores (28%), por detrás de Dinamarca. Cabe interpretar estos datos en el sentido de que *España favorece más la inserción vía pensiones (aspecto en el que destaca claramente), que la inserción vía empleo (donde se sitúa en último lugar).*

II. Discapacidades más frecuentes entre la población española

El número y características de las personas con discapacidad no se conoció con precisión en España hasta 1986, año en que el Instituto Nacional de Estadística aplicó una macroencuesta a nivel estatal, basada en el sistema clasificatorio de la OMS. En 1999 se llevó a cabo una segunda macroencuesta, de similar amplitud desde el punto de vista muestral (79.000 hogares, 218.000 personas, de ellas 20.000 con discapacidades) y con importantes mejoras en la recogida de información,⁽¹⁾ pero también con numerosos cambios metodológicos que no permiten conocer con fiabilidad la evolución experimentada por el colectivo en los trece años transcurridos entre ambas encuestas.

Los resultados de la encuesta aplicada en 1999 no estuvieron a disposición de los investigadores hasta mediados de 2002 y, aunque representen una foto fija de la situación, permiten conocer con notable precisión las características generales del colectivo y, en particular, todo lo relacionado con su inserción social y laboral. En este capítulo ofrecemos una visión global del número, tipos y grados de discapacidad, por sexos y grupos de edad, por niveles económicos y por regiones y hábitats.

(1) Entre las principales novedades, destaca un tratamiento más detallado de los grados de discapacidad, del estado de salud general y de las ayudas que se reciben, de la formación recibida y los cambios habidos en la actividad económica. Sin embargo, se excluye de la encuesta el tema de las *minusvalías* en el sentido que la OMS da a este concepto, es decir, la percepción que tienen los sujetos de los efectos sociales de exclusión o desventaja social desencadenados por las discapacidades. Véase Instituto Nacional de Estadística (2001): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología*, Madrid, págs. 11-13.

2.1. Personas afectadas según tipos de discapacidad. Incidencia entre la población en edad laboral por sexos

Aproximadamente *una de cada diez personas* tiene en España alguna discapacidad, si bien esta proporción varía bastante según cuál sea la vara de medir. Así, de acuerdo con la encuesta aplicada por el Instituto Nacional de Estadística en 1986 las personas con discapacidades eran 5,7 millones (15% de la población total) y trece años después otra encuesta del mismo organismo, supuestamente basada en los mismos criterios de la Organización Mundial de la Salud, establecía su número en 3,5 millones (9% de la población). ¿Significa esto que las personas con discapacidades se habían reducido en 2,2 millones?: no, simplemente se había rebajado el umbral para definir algunos trastornos,⁽²⁾ lo que redujo automáticamente el volumen de personas afectadas.

Si nos ceñimos a aquellas discapacidades que se han recogido con los mismos o muy parecidos criterios en las encuestas de 1986 y 1999, la conclusión a la que se llega es que se ha producido un *notable incremento de las limitaciones funcionales entre dichos años*, lo que además resulta lógico dado el envejecimiento general de la población y el incremento de algunos factores ambientales negativos como la precarización del empleo. Un reciente estudio comparativo de ambas encuestas recoge un *incremento conjunto del 43% en siete importantes discapacidades* –tres sensoriales y cuatro psíquicas– que se aplicaron con similares criterios en los dos años.⁽³⁾

(2) Uno de los principales cambios metodológicos entre ambas encuestas fue excluir totalmente en 1999 el trastorno relacionado con la *facultad de correr* («limitación grave para correr a paso gimnástico 50 metros») que se había demostrado en 1986 como la discapacidad más frecuente de la población española, afectando al 12,4% de las mujeres y al 8,4% de los hombres (4 millones de personas entre ambos sexos). Asimismo se cambió la forma de plantear la pregunta para referirse a la facultad de «subir escaleras», segunda discapacidad más frecuente en 1986 (7,8% de las mujeres y 5,2% de los hombres, 2,5 millones de personas entre ambos sexos). Mientras la encuesta de 1986 planteaba la cuestión de forma independiente como «una limitación grave para subir un tramo de escaleras de 10 peldaños *de forma continuada y sin ayudas*», la encuesta de 1999 incluía el tema dentro del concepto más amplio «deambular» y sin especificar que la subida de los 10 peldaños de escalera se hiciera «de forma continuada y sin ayudas».

(3) Los incrementos por tipos de discapacidad entre 1986 y 1999 fueron los siguientes: ver, 22,6%; oír, 5,4%; hablar-comunicarse, 21,7%; cuidado personal-cuidar de sí mismo, 77,8%; realizar actividades de la vida cotidiana-realizar las tareas del hogar, 75,6%; conducta con uno mismo-aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas, 47,5%; conducta con los demás-relacionarse con otras personas, 91,6%. Véase Jiménez, A. y Casado, D., «Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad», en *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, n.º 50, Madrid, diciembre 2001, págs. 86-89.

Sin embargo, el volumen total de personas con discapacidad se redujo en un 39% al excluir en 1999 aquellas discapacidades físicas que eran más habituales en 1986 (en especial, la facultad de correr que afectaba en aquel año a más de cuatro millones de personas).

Bajo el concepto de *discapacidad* se incluyen limitaciones muy diversas que afectan con mayor o menor gravedad las facultades que son habituales para desenvolverse en la vida cotidiana (ver, oír, desplazarse, desarrollar tareas, relacionarse con los demás, etc.). Sin embargo, conviene tener en cuenta que, de las 36 discapacidades recogidas en la encuesta de 1999, las personas afectadas registran un promedio de 6 (el 36% sólo una o dos), es decir, pueden ejercitar normalmente –también como promedio– las 30 facultades restantes. Además, tener una discapacidad no quiere decir que no se pueda realizar la función o actividad correspondiente; esto sólo ocurre en algo más de la cuarta parte de los casos (no ver nada, no oír nada, no tener ninguna capacidad de relacionarse con los demás, etc.). E incluso, cuando tal ocurre, no significa que el sujeto no pueda suplir o compensar su limitación mediante el uso de otras facultades. Es importante hacer estas matizaciones desde el principio pues *en la mayoría de los casos*, sobre todo entre las personas que no han llegado a una edad muy avanzada, *las discapacidades representan limitaciones parciales y que no tienen por qué impedir una inserción social y laboral normalizada*.

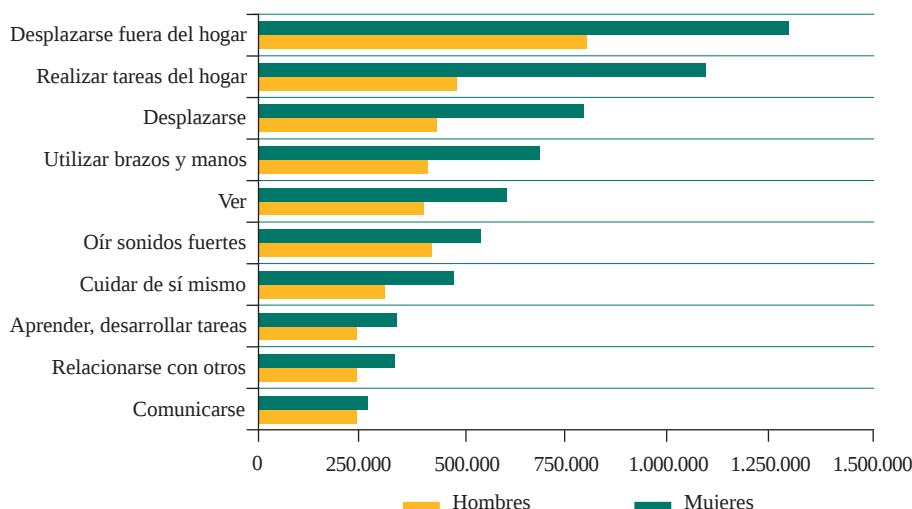
Por sexos, las mujeres registran en números absolutos muchas más discapacidades que los hombres, tal como se recoge en el gráfico 2.1 (véase también la tabla 1.2. del Anexo estadístico). Ello se debe, en primer lugar, a que hay más mujeres que hombres con discapacidades y, en segundo lugar, a que el promedio de trastornos que ellas tienen (6,6 por persona) es también superior al de los hombres (5,5).

La *edad* es otro factor muy influyente en el número de discapacidades: en las personas con discapacidad en edad laboral (16-64 años) el promedio de discapacidades por persona es de 5 y de 7 a partir de los 65 años.⁽⁴⁾

(4) En la encuesta estatal anterior, aplicada en 1986, el promedio de discapacidades por persona era de 2,3, lo que confirma también el criterio más restrictivo aplicado en la encuesta de 1999.

Gráfico 2.1

TIPOS DE DISCAPACIDAD



Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría. Se incluyen todas las edades.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

A continuación repasamos los principales tipos de discapacidad, destacando su frecuencia o prevalencia en el conjunto de la población española y en el tramo de edad laboral (16 a 64 años), sector en el que se centra especialmente el presente estudio. Se hace una valoración inicial de los principales indicadores que tienen que ver con la actividad de los sujetos: proporción de hombres y mujeres que se consideran con capacidad para trabajar; tasas de actividad, ocupación y paro; y proporción de personas ocupadas en las tareas domésticas. Nuestra intención es ofrecer una visión de conjunto de las discapacidades que afectan a la población española, destacando aquellos aspectos generales que afectan más a su inserción laboral.

1. Trastornos en la visión

- Este grupo de discapacidades incluye tres tipos básicos de los cuales el más grave es la *ceguera total en ambos ojos* que afecta a unas 60.000 personas (0,15% de la población española); la *discapacidad para tareas visuales de conjunto*, por ejemplo, los tuertos, que afecta a algo más de medio millón de personas (1,4% de la población total); y la *discapacidad para tareas visuales de detalle*, referida sólo a aquellas personas que, aun con gafas o lentillas, tienen gran dificultad para leer, coser, distinguir las imágenes del televisor, etc., que afecta a 625.000 personas (1,6% de la población española).

- Si nos ceñimos a las personas en edad laboral (16-64 años), sólo tiene problemas de visión el 1,1% y de ceguera el 0,06%. Incluso en este último caso, que afecta en proporciones parecidas a hombres y mujeres, la ausencia total de visión no impide que puedan insertarse en la sociedad con normalidad, como lo demuestran en la práctica muchas personas ciegas. En conjunto, la inserción laboral de las personas con problemas de visión es relativamente elevada: la tasa de actividad es del 40%, el 77% de los activos está ocupado y el 23% en paro. Nueve de cada diez personas con problemas de visión consideran que su discapacidad no les impide trabajar y, en el caso de las mujeres, más de la mitad realiza habitualmente las tareas del hogar. En cuanto a los hombres, tan sólo el 4,1% señala como ocupación principal el trabajo doméstico, pero hay que destacar que, de los diez grupos de discapacidad, son los hombres de este grupo quienes más realizan las labores domésticas.

2. Trastornos de audición

- Como en el caso anterior, hay que distinguir la *sordera total*, que afecta a algo más de 100.000 personas (0,26% de la población total), de la *dificultad para entender una conversación en tono normal*, que afecta a 815.000 personas (2,1% de la población) y de la *discapacidad para oír sonidos fuertes*, como una sirena, alarmas, etc., que afecta a 230.000 personas (0,59% de la población).

- De las personas en edad laboral, tienen algún problema de audición el 0,55% y sordera total tan sólo el 0,18%, una situación que afecta en mayor proporción a los hombres que a las mujeres. Las personas afectadas por trastornos de

audición son las que menos dificultades encuentran para acceder al mercado de trabajo de todos los tipos de discapacidad: el 45% se declaran activas y, de ellas, están ocupadas el 80%. No obstante, hay que destacar que el acceso de las mujeres al mercado de trabajo remunerado es mucho menor: su tasa de actividad es del 33% y la tasa de ocupación del 71% (por tanto, están paradas el 29%). Sólo el 6% de las personas con trastornos de audición se consideran incapacitadas totalmente para trabajar y, en cuanto a las mujeres, el 58% entiende como una de sus principales ocupaciones el trabajo doméstico (lo que comparte algo menos del 4% de los hombres).

3. Dificultad para comunicarse

- Incluye los *problemas en el habla*, como la mudez y la tartamudez, que afectan a 173.000 personas (0,44% de la población total) y otros relacionados con la *capacidad de emitir o recibir mensajes a través de la escritura-lectura convencional* (415.000 personas, 1,1% de la población), *otros lenguajes alternativos* (89.000, 0,23%) o simplemente *mediante gestos* (70.000, 0,18%). Estos tipos de discapacidad se deben habitualmente a trastornos mentales que impiden al sujeto comunicarse con los demás.

- En la edad laboral, los problemas de comunicación afectan al 0,49% de la población y los del habla en particular al 0,26%. La tasa de actividad de este colectivo baja mucho en relación a los trastornos anteriores, y se sitúa en el 15%, afectando más negativamente a las mujeres (10%) que a los hombres (19%). La tasa de paro es también más elevada entre las mujeres activas (36%) que entre los hombres (29%). Algo más de la cuarta parte del colectivo considera que su discapacidad le impide absolutamente desarrollar cualquier tipo de trabajo, situación que afecta por igual a ambos sexos. En cuanto a las tareas del hogar, este es el grupo de discapacidades en el que las mujeres menos se ubican en esa situación (21%).

4. Problemas para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas

- Se refiere a personas con dificultades graves para adquirir y aplicar conocimientos debido a deficiencias cognitivas o intelectuales (retrasos, demencias, enfermedades mentales). Se distinguen cuatro tipos: *reconocer personas u objetos y orientarse en el espacio y el tiempo* (235.000 personas, 0,60% de la población total), *recordar informaciones y episodios* (427.000, 1,1%), *entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas* (192.000, 0,49%) y *entender y ejecutar órdenes y tareas complejas* (395.000, 1,0% de la población española).

- En la edad laboral estas discapacidades afectan al 0,8% de la población, y algo más de la cuarta parte se considera sin capacidad para trabajar. La tasa de actividad sólo alcanza al 15% del colectivo, de los cuales casi el 40% está en paro. En el caso concreto de las mujeres, la tasa de actividad baja al 11%, mientras que el 24% realiza habitualmente las tareas domésticas (sector que sólo ocupa al 1,3% de los hombres).

5. Dificultad para moverse o para desplazarse en el hogar

- Se trata de personas con problemas para poder realizar los movimientos básicos del cuerpo, ya sea por deficiencias físicas o psíquicas. En unos casos se trata de *no poder mover el cuerpo de posición*, incluso estando en la cama (680.000 personas, 1,7% de la población española, en su inmensa mayoría con más de 64 años); en otros, por *no poder levantarse, acostarse o permanecer de pie o acostado* (1.017.000 personas, 2,6%); y en otros por *no poder desplazarse sin ayuda dentro del hogar*, incluyendo aquí los usuarios de sillas de ruedas (763.000, 1,9% de la población total). Hay que destacar que los problemas de movilidad y desplazamiento afectan en doble proporción a las mujeres que a los hombres, sin duda debido a que registran en mayor medida enfermedades relacionadas con el aparato locomotor, sobre todo después de la menopausia (de las 655.000 mujeres con problemas para levantarse o acostarse el 71% tiene más de 64 años).

- En la edad laboral esta discapacidad afecta al 1,5% de la población española (algo más de 400.000 personas) de las cuales sólo una de cada cinco se considera totalmente imposibilitada para trabajar. Quienes de hecho tienen un empleo remunerado son el 22% de los hombres y tan sólo el 11% de las mujeres. Éstas tienen una tasa de actividad del 19%, lo que supone que casi la mitad (44%) se encuentran en el paro. Entre los hombres, las tasas de actividad y de paro son del 30% y del 26%, respectivamente. Si el conjunto de personas afectadas por problemas de movilidad está discriminado laboralmente en relación a la población general, las mujeres en particular están doblemente discriminadas.

6. Dificultad para utilizar brazos y manos

- Se refiere a personas con graves limitaciones para mover y manipular objetos con las manos y brazos, ya sea por causas físicas o psíquicas. A veces, el problema consiste en la *dificultad para alcanzar, sostener o trasladar objetos no muy pesados* (880.000 personas, 2,2% de la población total), otras veces *no se pueden utilizar utensilios y herramientas* (682.000, 1,7%) o *no se pueden manipular objetos pequeños con los dedos y las manos* (escribir, usar teclados, etc.) (582.000, 1,5% de la población española). Estas discapacidades afectan bastante más a las mujeres que a los hombres.

- En la edad laboral, el 1,6% de la población española tiene problemas para utilizar brazos y manos, aunque la mayoría de las personas afectadas (82%) se consideran con capacidad para trabajar. Sin embargo, sólo tienen empleo remunerado el 22% de los hombres y el 11% de las mujeres; las respectivas tasas de paro son del 21% y del 38%.

7. Dificultad para desplazarse fuera del hogar

- Es la discapacidad más frecuente y recoge tres tipos principales: *dificultades graves o importantes para realizar desplazamientos a pie a distancias cortas* (andar 50 metros, subir o bajar 10 peldaños de escalera, etc.) (1.530.000 personas, 3,9% de la población española); para *desplazarse en transportes públicos* (1.667.000, 4,2% de la población); o para *usar vehículos propios* (927.000, 2,3%). Se trata de limitaciones que se producen sobre todo después de la edad de jubilación (más del 70% de las personas afectadas) e inciden con más frecuencia en las mujeres, por los mismos motivos que ya hemos explicado en la discapacidad n.º 5.

- En la edad laboral, esta discapacidad afecta a 708.000 personas, que suponen el 2,7% de la población y *más de la mitad de las personas con discapacidades en ese tramo de edad*. Se trata, por tanto, del tipo de trastorno más frecuente, que afecta en proporción muy parecida a hombres y mujeres (2,7% de los hombres y 2,6% de las mujeres entre 16 y 64 años). Aunque el 80% se considera capacitado para trabajar, la tasa de actividad del colectivo es del 22%, con una clara diferencia de género: 28% los hombres y 17% las mujeres. Dentro de los activos, la tasa de ocupación es también mayor entre los hombres (74%) que entre las mujeres (60%), lo que supone que el paro femenino (40%) casi duplica al masculino (26%). Más de la tercera parte de las mujeres afirma que su principal ocupación es realizar las «tareas del hogar», dedicación sólo compartida por el 2% de los hombres con dificultades para desplazarse fuera del hogar.

8. Dificultad de la persona para cuidar de sí misma

- Se refiere a personas con dificultades graves para el autocuidado personal, en concreto: *asearse y cuidar del aspecto personal* (679.000 personas, 1,7% de la población española), *control de esfínteres y uso del servicio* (332.000, 0,85%), *vestirse, desvestirse y arreglarse* (586.000, 1,5%) y *comer y beber sin ayuda* (215.000, 0,55% de la población total). Estas discapacidades suelen relacionarse con deficiencias psíquicas, y a veces también físicas, en la etapa más avanzada de la vida, lo que explica que el 44% de las personas afectadas tengan más de 80 años y que incidan más en las mujeres cuya esperanza de vida es 7,2 años más elevada que la de los hombres.

- En la edad laboral, los problemas de autocuidado e higiene personal afectan tan sólo al 0,7% de la población (194.000 personas), siendo la discapacidad con menos prevalencia de las diez señaladas. Es también el trastorno que en mayor proporción incapacita para trabajar en cualquier ámbito, a pesar de lo cual el 70% cree que sí puede desarrollar algún tipo de actividad. El acceso al mercado de trabajo es mínimo: tasa de actividad del 11% (8% las mujeres) y, dentro de los activos, el 20% se encuentra en paro (29% las mujeres). Como ocurría en los casos anteriores, una buena parte de las mujeres (28%) tiene como principal ocupación las «tareas del hogar».

9. Dificultad para realizar las tareas del hogar

- Incluye cinco tipos de actividades domésticas: *encargarse de las compras y del control de los suministros y servicios* (1.207.000 personas, 3,1% de la población española total), *preparar las comidas* (833.000, 2,1%), *lavar y planchar* (1.017.000, 2,6%), *limpiar la casa* (1.254.000, 3,2%) y *cuidar del bienestar de los demás miembros de la familia* (814.000, 2,1%). Estas discapacidades afectan mucho más a las mujeres que a los hombres y tienen una prevalencia mucho mayor entre las personas de edad avanzada (el 34% tiene entre 65 y 80 años y el 38% más de 80).

- En la edad laboral, la dificultad para realizar las tareas del hogar afecta casi a medio millón de personas (1,9% de la población entre 16 y 64 años); de ellas, el 21% se considera incapacitado para realizar cualquier trabajo. La tasa de actividad es muy baja (18% los hombres y 14% las mujeres) y, de los activos, está en paro el 32% de los hombres y el 38% de las mujeres.

10. Dificultad para relacionarse con otras personas

- Incluye tres tipos de problemáticas relacionadas con la conducta interpersonal, ya sea en la familia o fuera de ella: *mantener relaciones de cariño con familiares próximos* (145.000 personas, 0,37% de la población española); *hacer amigos y mantener la amistad* (393.000, 1,0%); y *relacionarse con compañeros, jefes y subordinados*, ya sea en el ámbito laboral, el colegio, las relaciones comerciales, etc. (537.000, 1,4%).

- En la edad laboral, esta discapacidad afecta a algo más de 200.000 personas (0,78% de la población entre 16-64 años), cuya tasa de actividad es del 16% (12% en las mujeres). El rasgo más distintivo a nivel laboral de este colectivo de personas con discapacidad es su extraordinaria tasa de paro, que se eleva al 43% de los activos. Esto significa que tan sólo el 8,6% tiene un empleo remunerado, a pesar de que la mayoría (72%) se considera con capacidad para trabajar. De manera excepcional, la tasa de paro de las mujeres activas, aun siendo alta (37%), es inferior a la de los hombres con el mismo trastorno de relación interpersonal (48%).

2.2. Grado de severidad y pronóstico evolutivo de las discapacidades. La mayoría de las personas afectadas en edad laboral puede trabajar

Podemos partir de las personas en edad laboral que presentan discapacidades para las actividades de la vida diaria,⁽⁵⁾ para analizar su *grado de severidad*:

- La discapacidad es *total* en el 28,7% de los casos, de manera que están impedidas absolutamente para realizar las acciones correspondientes. Esto no quiere decir que tales personas no puedan trabajar, ya que disponen casi siempre de otras facultades que les habilitan para desarrollar una amplia

(5) Se consideran actividades de la vida diaria: levantarse y acostarse; desplazarse en el hogar y en la calle; vestirse y asearse; controlar las necesidades; realizar las tareas del hogar y relacionarse normalmente con las demás personas.

gama de empleos. Por ejemplo, si no pueden manejar con soltura manos y dedos, pueden escoger un oficio en el que no se exija esa habilidad.

- La severidad es *grave* en un tercio de los casos, pudiendo entonces desarrollar la actividad correspondiente, aunque sea con dificultad o con menor eficiencia.

- Por último, cuando la severidad es *moderada*, lo que ocurre en el 37,4% de los casos, las personas con discapacidad pueden realizar las acciones correspondientes sin mayores dificultades, normalmente gracias a la ayuda de aparatos o de procesos específicos de rehabilitación.

La definición de discapacidad indica que se trata de un trastorno funcional que afecta al sujeto de forma duradera (al menos un año). Sin embargo, aproximadamente la mitad de las discapacidades no están estabilizadas, sino que pueden mejorar o empeorar, lo que depende en buena medida de los avances de la medicina y del acceso que las personas afectadas tengan a los medios terapéuticos. Según la *Encuesta* de 1999, el pronóstico evolutivo para las personas en edad laboral con discapacidades era *negativo* (podían «empeorar») en el 44% de los casos, *positivo* (podían «mejorar» o «recuperarse») en el 7% y estable («sin perspectivas de cambio») en el 49%. El gráfico 2.2 recoge el pronóstico evolutivo de las discapacidades por sexo. Puede observarse que el pronóstico para las mujeres es más negativo que para los hombres.

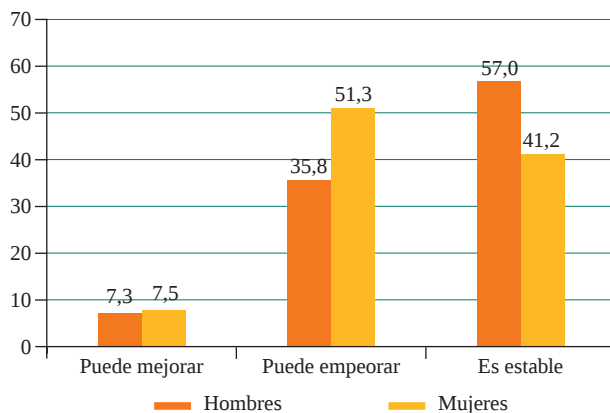
Sólo el 14% de quienes tienen entre 16 y 64 años se define como «incapacitado para trabajar»,⁽⁶⁾ lo que quiere decir que *la mayoría de las personas con discapacidad en edad laboral (exactamente el 86%) se siente con capacidad para desempeñar un empleo, aunque luego sólo lo consiga el 24%*. Esta exclusión del ámbito laboral, tal como se recoge en el gráfico 2.3, es más grave en el caso de las mujeres que, si bien se encuentran con

(6) Según la equívoca definición de esta categoría, se incluyen tanto las personas «indefinidamente incapacitadas» para ejercer cualquier empleo como aquellas que se encuentran incapacitadas para el empleo que tenían antes, pero que pueden o podrían «desempeñar otra ocupación distinta». Aunque el concepto de «incapacidad para trabajar» tiene su origen en el diagnóstico clínico que se hace a las personas con minusvalía, el escoger esa respuesta del cuestionario en la pregunta sobre cuál era su relación con la actividad era una opción libre de la persona entrevistada. Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología*, o.c., pág. 124.

Gráfico 2.2

PRONÓSTICO EVOLUTIVO DE LAS DISCAPACIDADES EN LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL

En porcentaje

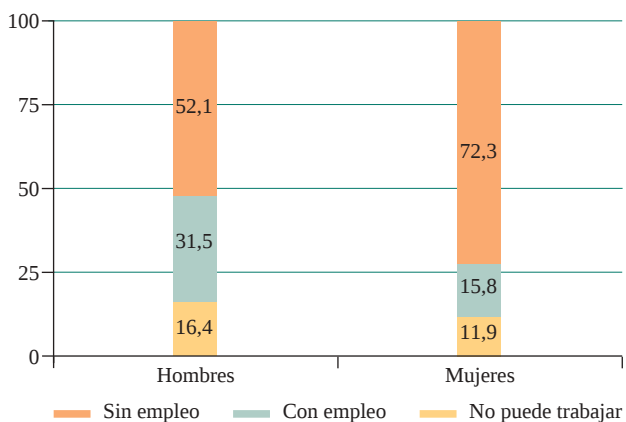


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Gráfico 2.3

RELACIÓN CON EL EMPLEO REMUNERADO DE LOS HOMBRES Y MUJERES CON DISCAPACIDADES EN EDAD LABORAL (16-64 AÑOS)

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

más capacidad para trabajar que los hombres, consiguen empleo remunerado en una proporción mucho menor. Las mujeres se vuelcan en las «tarear del hogar» donde más de la mitad de ellas (52%) desarrolla su principal actividad.

Como balance de este apartado, podemos destacar algunas conclusiones importantes en relación a la inserción laboral:

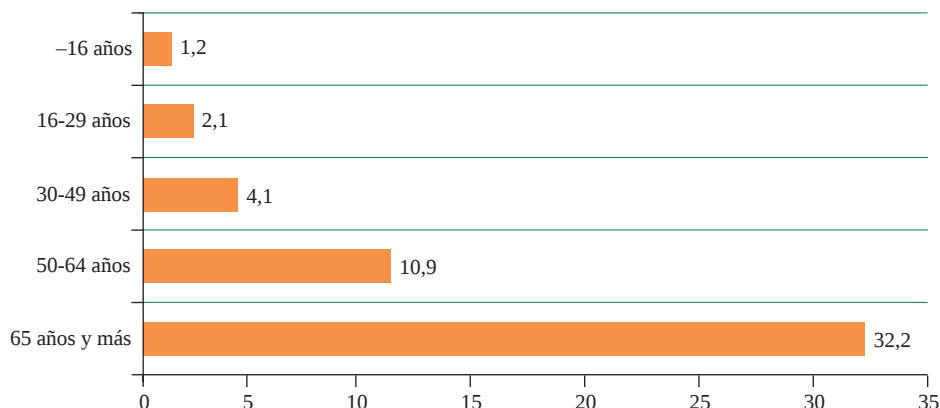
- La existencia de discapacidades en 1,3 millones de personas que se encuentran en edad laboral no les impide desempeñar una actividad laboral, salvo en una minoría de casos más graves (14% del total, unas 190.000 personas).
- Dos de cada tres discapacidades no impiden realizar la actividad correspondiente, siempre que se disponga de las ayudas técnicas y los medios de rehabilitación adecuados.
- Más de la mitad de los trastornos funcionales no están estabilizados, es decir, pueden mejorar o empeorar, lo que supone todo un reto para el sistema sanitario del que depende el tratamiento de las deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales que originan las discapacidades.
- La capacidad de trabajar de las personas con discapacidades contrasta con su baja tasa de ocupación, sobre todo en el caso de las mujeres.

2.3. Personas con discapacidades por grupos de edad

La *edad* de las personas es un factor mucho más determinante que el sexo para explicar la frecuencia de discapacidades. Si la media de toda la población española es del 9%, la frecuencia se eleva al 32% entre los mayores de 65 años, se reduce al 5% entre los situados en edad laboral y baja al 1,2% entre los menores de 16 años. Hay que destacar que en el tramo de personas en edad laboral, en el que se centra este estudio, la prevalencia de discapacidades entre los 50 y 64 años casi triplica a la existente en el intervalo de 30 a 49 años, y la de este segmento de edad es justamente el doble que en el tramo de 16 a 29 años (véase el gráfico 2.4).

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES POR TRAMOS DE EDAD

En porcentaje de la población española



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

La proporción de personas con discapacidades por sexo se incrementa a medida que pasan los años, pero con ritmos diferentes. En el primer tramo de edad laboral (16-29 años) los hombres se ven afectados en una proporción mucho mayor que las mujeres, exactamente un 58% más. Lo mismo ocurre en el segmento de 30 a 49 años, pero la diferencia en este caso es menor (+13% los hombres). Las tornas se invierten en el último trecho de la vida laboral (50-64 años), ya que entonces las mujeres se encuentran más afectadas que los hombres (un 12% más) y esta tendencia se acentúa a partir de los 65 años, etapa en la que la prevalencia de mujeres con discapacidad (36 de cada 100) es netamente superior a la de los hombres (27 de cada 100). Si nos limitamos a las personas en edad laboral, los hombres presentan más discapacidades hasta los 49 años y las mujeres a partir de esa edad.

Para encontrar una explicación al incremento de discapacidades a medida que avanza la edad y a las diferencias de género que se observan en su recorrido, hay que tener en cuenta el origen de los trastornos que, como veremos, tiene que ver principalmente con las enfermedades y los accidentes que se producen a lo largo de la vida.

2.4. Prevalencia de las discapacidades según el nivel socioeconómico de las familias

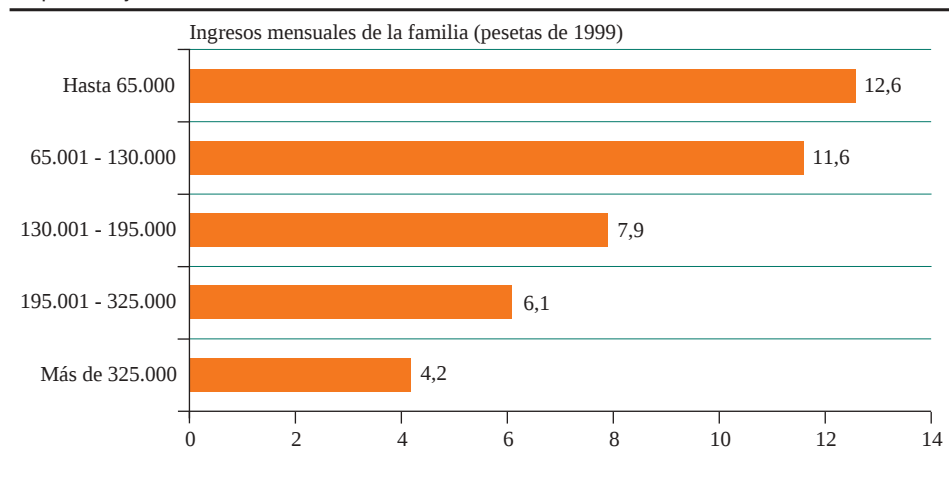
Un indicador importante para explicar la distribución de las discapacidades en la población española es la situación económica de las familias. Para ello podemos comparar el nivel de renta familiar de los hogares en los que hay personas con alguna discapacidad con el que tiene el conjunto de hogares españoles.⁽⁷⁾ La conclusión, que se recoge en el gráfico 2.5, es que *la prevalencia de personas con discapacidad es tres veces mayor en las familias pobres que en las ricas y que la proporción de trastornos se correlaciona estrechamente con los tramos de ingresos* (a más nivel de renta, menos discapacidades).

La mayor prevalencia de discapacidades entre las familias de renta baja puede tener su explicación en varios factores entrelazados. En primer lugar, las personas en situación precaria suelen padecer unas condiciones de vida menos saludables y mayores riesgos de contraer enfermedades o sufrir

Gráfico 2.5

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS DE LAS FAMILIAS

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

(7) Se tienen en cuenta los ingresos mensuales en el hogar por todos los conceptos (salarios, prestaciones y rentas familiares).

accidentes, puntos de partida de las deficiencias y las discapacidades. En segundo lugar, las posibilidades de rehabilitación y reinserción de tales personas son menores, al no disponer de suficientes recursos económicos. Hay que tener en cuenta, además, que las discapacidades afectan más a personas ancianas quienes frecuentemente disponen de menores niveles de renta.

2.5. Prevalencia por comunidades autónomas y provincias

La proporción de personas con discapacidad por comunidades autónomas varía bastante de unas a otras. Si la media de personas con discapacidad en la población española es del 9%, hay nueve comunidades que rebasan ese valor (más Ceuta y Melilla) y ocho que se quedan por debajo. Para explicar estas diferencias vamos a recurrir a dos factores: el *índice de vejez* (proporción de personas de más de 64 años sobre el total de la población) y la *renta familiar disponible per cápita* de cada comunidad. Con algunas excepciones, veremos que se cumplen estas dos proposiciones: a más número de ancianos, más prevalencia; y a más renta, menos prevalencia. De este modo, las comunidades con situaciones más polarizadas son las siguientes:

- **Castilla y León** presenta, con diferencia, una mayor frecuencia relativa de personas con discapacidad (11,4%, un 28% por encima de la media estatal), lo que se puede explicar porque es la comunidad con la población más envejecida⁽⁸⁾ y con una renta per cápita ligeramente por debajo de la media.

- Le sigue la **Región de Murcia**, con un 10,3% de personas con discapacidad (16% por encima de la media estatal). En este caso, el índice de vejez no permite explicar la situación, ya que es dos puntos menor que la media española, pero sí la renta per cápita que es la más baja por comunidades autónomas, después de Extremadura y Andalucía.⁽⁹⁾

(8) Las personas con más de 64 años representaban en 1999 el 21,9% de la población, cuando la media española de aquel año era del 16,8%. Fundación "la Caixa" (2001): *Anuario Social de España 2001*, Barcelona, págs. 350 y 355.

(9) La renta familiar disponible en Murcia en 1998 era un 15% inferior a la media estatal, sólo por delante de Andalucía y Extremadura, que se situaban un 21% y un 20% por debajo de la media. Fundación BBV (1999): *Renta nacional de España y su distribución provincial*, Bilbao, pág. 80.

- En tercer lugar aparece **Galicia**, con un 10,2% de personas con discapacidad (un 15% por encima de la media estatal), que combina el ser una de las comunidades más envejecidas y con una renta media más baja.⁽¹⁰⁾

- En el extremo contrario, la comunidad con menos prevalencia de personas con discapacidades, a mucha distancia de las demás, es **La Rioja**, con un 5,6% de población afectada (un 37% por debajo de la media estatal); en este caso, se trata de una provincia relativamente rica, con una renta per cápita 12 puntos superior a la media estatal, aunque su índice de vejez se sitúa 3 puntos por encima de la media.

- **Canarias** es la segunda comunidad con menos prevalencia de discapacidades (6,7%), lo que coincide con ser la que tiene el menor índice de vejez, aunque su renta per cápita es 5 puntos inferior a la media.

- Y en tercer lugar se sitúa la **Comunidad de Madrid**, con una prevalencia de discapacidades del 7%, lo que correlaciona con ser una de las regiones con mayor renta familiar per cápita (cuarta en el ranking, después de Baleares, Cataluña y Navarra) y con un índice de vejez dos puntos menor que la media estatal.

Si nos limitamos a la población en edad laboral (16-64 años), la prevalencia de personas con discapacidades se reduce al 5% y la distribución por comunidades autónomas, al no influir ya el índice de vejez, depende principalmente de la renta familiar per cápita:

- Las dos comunidades con mayor número relativo de discapacidades son **Andalucía** (6,4%) y **Murcia** (6,3%), dos de los territorios con menos renta per cápita de España, además de las ciudades de **Ceuta y Melilla** (6,5%), cuya renta es también de las más bajas. Les siguen **Galicia**, **Cataluña** y **Castilla y León**, de las cuales sólo Cataluña representa un caso anómalo pues su nivel de renta per cápita es de los más altos. Éste y otros casos indican la existencia de otros factores, además de la tasa de vejez y el nivel de renta, para explicar la prevalencia de discapacidades.

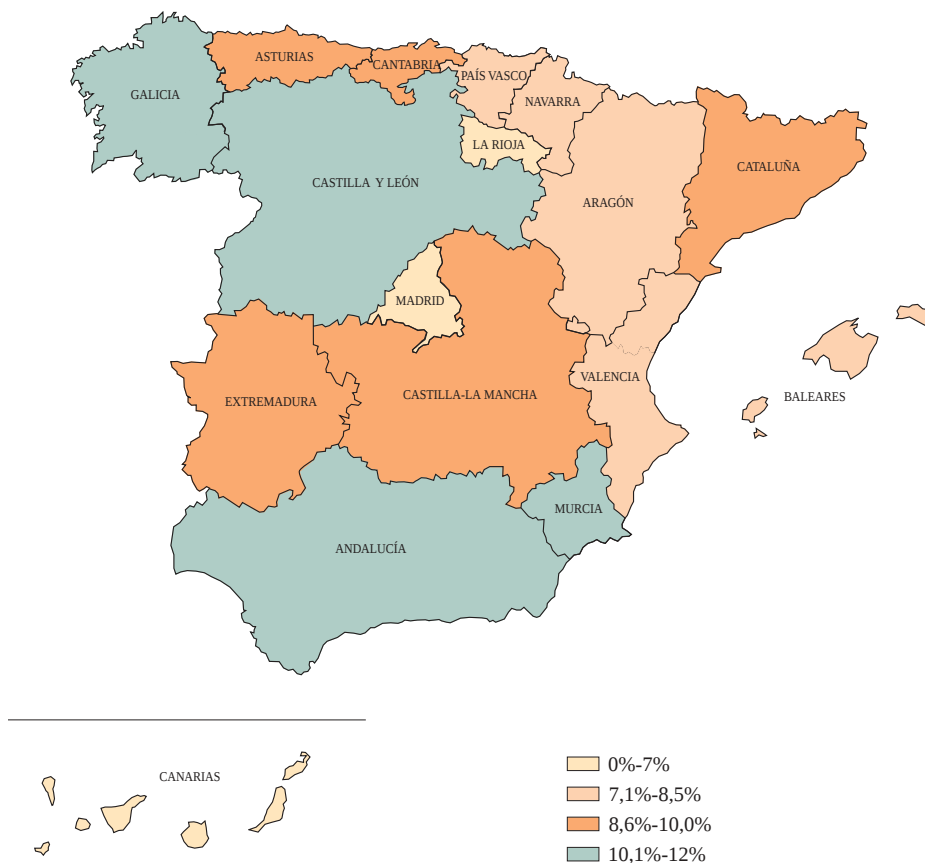
(10) Galicia es la cuarta comunidad por su índice de vejez (19,9% con más de 64 años) y la cuarta por la cola en renta per cápita (9% por debajo de la media estatal).

• Las comunidades con menor prevalencia de discapacidades son **La Rioja** (2,9%), **Navarra** (3,6%) y **Aragón** (3,9%), que se sitúan entre los territorios con más renta per cápita. Le siguen **Madrid**, **País Vasco** y **Comunidad Valenciana**, cuyo nivel relativo de renta es en todos los casos superior a la media estatal.

El Mapa 1 representa la prevalencia de personas con discapacidad por comunidades autónomas en función del total de su población. Si obser-

Mapa 1

PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN TOTAL

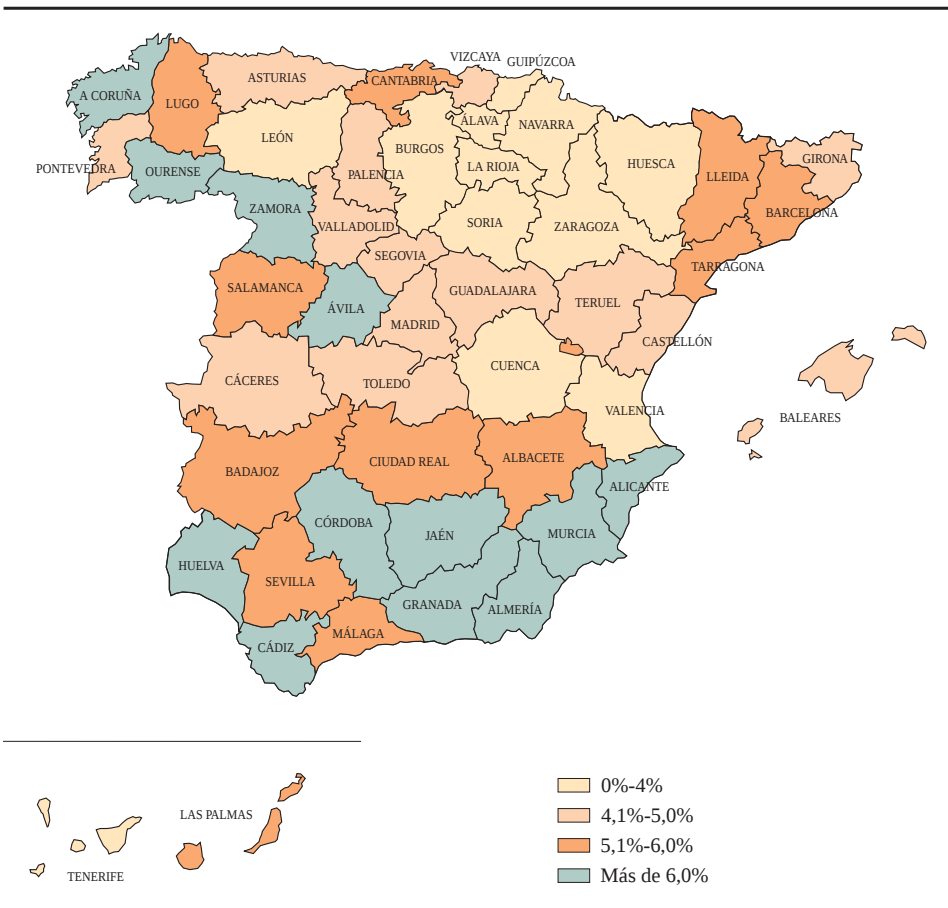


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

vamos la prevalencia de discapacidades por provincias, aparece una estrecha correlación con el índice de vejez y la renta familiar per cápita de cada demarcación. El Mapa 2 recoge la distribución de la prevalencia de personas con discapacidad en el tramo de edad laboral, que presenta un notable paralelismo con el nivel de renta.

Mapa 2

PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE 16 A 64 AÑOS DE CADA PROVINCIA



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

2.6. Prevalencia según el tamaño del municipio

Consideramos tres tipos de hábitat: rural (municipios con menos de 10.000 habitantes), urbano (de 10.000 a 500.000) y macrourbano (más de medio millón). La frecuencia de personas con discapacidad en los municipios rurales es de un 11,1%, mientras que en los de carácter urbano es del 8,1%. Esto se debe sin duda a la mayor concentración de personas de edad avanzada en el medio rural.

En las grandes ciudades la proporción de personas con discapacidad (8,4%) es relativamente mayor que en las ciudades intermedias (8%), lo que puede tener varias explicaciones. En primer lugar, las grandes urbes (sobre todo Madrid y Barcelona) experimentaron desde finales de los años setenta un proceso de descenso demográfico en beneficio de sus coronas metropolitanas, con el consiguiente envejecimiento de su población. En segundo lugar, podemos plantear la hipótesis de que en las grandes urbes existe una mayor propensión a padecer trastornos y disfunciones, derivados de las enfermedades y los accidentes,⁽¹¹⁾ como consecuencia de unas condiciones de vida (contaminación, estrés, etc.) menos saludables que en las ciudades intermedias.

(11) Según la Encuesta Nacional de Salud, la proporción de personas de 16 y más años con *enfermedades crónicas* varía poco en función del tamaño del municipio, pero en las ciudades de más de un millón de habitantes es donde se registra la tasa más alta (32,8%), destacando especialmente en dos tipos de enfermedades: las alergias (12,5%) y el colesterol elevado (9,2%); en cuanto a los accidentes, la misma encuesta registra una proporción mucho mayor de siniestros en las grandes metrópolis (13% de la población en los últimos doce meses) que en el resto de municipios (8,5%). Ministerio de Sanidad y Consumo (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, págs. 110 y 116.

III. Origen de las discapacidades

Según la clasificación de la OMS, las discapacidades tienen siempre su origen inmediato en una *deficiencia* a nivel de órgano, es decir, alguna pérdida o anormalidad de una función anatómica, fisiológica o psicológica. Por otra parte, una deficiencia puede provocar varias discapacidades, como de hecho ocurre habitualmente. Y dado que una misma persona puede presentar varias deficiencias, es lógico que la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* de 1999 captara un número mucho mayor de discapacidades que de deficiencias. En el caso de las personas en edad laboral (1.338.000), el promedio de deficiencias por persona es de sólo 1,3 (1,6 en los mayores de 64 años) y el promedio de discapacidades de 5,1 (7 en los mayores de 64 años).

En este apartado vamos a indagar acerca de las causas que generaron la discapacidad. Primero veremos cuáles son las deficiencias desencadenantes del trastorno funcional; después, el momento en que aparecieron (edad de inicio de la deficiencia) y, por último, el motivo o causa externa que las provocó.

3.1. Personas en edad laboral con discapacidades según el tipo de deficiencias que las ha provocado

Vamos a partir de una descripción de las deficiencias detectadas, valorando cuál es su incidencia entre, por un lado, la población general y, por otro, las personas con discapacidades.⁽¹⁾

1. Deficiencias psíquicas

Incluyen tres tipos básicos: *retraso mental*, *demencias* y otros *trastornos mentales*. En conjunto afectan al 0,98% de la población en edad laboral (un cuarto de millón de personas) y al 15,7% de las que tienen alguna discapacidad en ese tramo de edad. Los hombres se encuentran bastante más afectados que las mujeres: uno de cada cinco hombres con discapacidades (exactamente, el 19%), debe su situación a una deficiencia psíquica, lo que ocurre sólo al 12% de las mujeres.

- El retraso mental puede ser profundo (Coeficiente Intelectual entre 0-34), moderado (C.I. entre 35-49) y leve (C.I. entre 50-80). Entre las personas en edad laboral, el más frecuente de los tres es el moderado (algo más de 55.000 personas); le sigue el leve (35.000) y el profundo (28.000 personas). Las personas con *retraso mental profundo* no pueden valerse por sí mismas en alimentación-excreción-higiene-vestido y precisan constantemente de la ayuda de cuidadores; las que tienen *retraso mental moderado* pueden aprender habilidades sociales y ocupacionales bajo supervisión de otras personas; las que tienen *retraso mental leve* pueden aprender habilidades y terminar estudios primarios, así como trabajar y alcanzar en muchos casos plena independencia personal.

- Las *demencias* pueden ser de muchos tipos, incluida la de Alzheimer. En el tramo de edad laboral sólo afectan a unas 7.000 personas, dos tercios de ellas hombres.

- En la categoría *otras deficiencias mentales* se incluyen trastornos muy diversos: autismos, esquizofrenias, fobias, hipocondría, psicosis, ansiedad, etc. En conjunto afectan a unas 134.000 personas en edad laboral (de ellas casi el 60% hombres), que suponen el nada despreciable 0,51% de la población española en edad laboral.

(1) Véase el Anexo estadístico, tabla 1.3.

2. Deficiencias sensoriales

Incluyen deficiencias *visuales*, del *oído* y del *habla*, que afectan en conjunto al 2% de la población española en edad laboral (más de medio millón de personas) y al 32,7% de las que tienen discapacidades. Los hombres se encuentran ligeramente más afectados que las mujeres, pero la diferencia es en conjunto poco significativa.

- Las deficiencias de la vista pueden ser ceguera total y mala visión. La *ceguera total* afecta a 14.000 españoles en edad laboral, la mitad hombres y la mitad mujeres, que representan el 0,05% de la población entre 16 y 64 años. La *mala visión* –sin posibilidad de corrección mediante gafas– afecta a casi un cuarto de millón de personas (0,9% de la población en edad laboral).

- Las deficiencias auditivas incluyen cuatro trastornos: sordera prelocutiva, sordera poslocutiva, mala audición y trastornos del equilibrio. La *sordera prelocutiva*, que afecta a unas 23.000 personas en edad laboral, mayoritariamente del sexo masculino, tiene su origen en la infancia e incluye la sordomudez, en cuyo caso la mudéz es resultado de la sordera previa a la adquisición del lenguaje. La *sordera poslocutiva* afecta a unas 20.000 personas (por igual hombres y mujeres) e incluye aquellas sorderas que se presentan después de la adquisición del lenguaje con pérdida total de audición y sin poder beneficiarse del uso de aparatos auditivos. La *mala audición* es el trastorno auditivo más habitual en la edad laboral; afecta a unas 220.000 personas (por igual de ambos sexos); incluye diferentes pérdidas auditivas que pueden beneficiarse del uso de aparatos. Por último, los *trastornos de equilibrio* afectan en España a pocas personas en edad de trabajar (4.000 mujeres y menos de 2.000 hombres) e incluyen vértigos laberínticos, mareos y otros problemas que afectan a la locomoción.

- Las deficiencias del habla incluyen la *mudéz* (no por sordera) y el *habla dificultosa o incomprensible*. Es el tipo de deficiencia menos frecuente en la población en edad laboral, afectando a unas 16.000 personas (0,06% de la población, dos terceras partes, hombres).

3. Deficiencias físicas

Incluyen cuatro tipos básicos: *osteoarticulares, del sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias físicas*. Son en conjunto las que más afectan a la población en edad laboral (807.000 personas, 3% de la población potencialmente trabajadora). Por sexos, las mujeres se hallan bastante más afectadas por estos trastornos (3,4%) que los hombres (2,7%). La mitad de las discapacidades en España están originadas por deficiencias de naturaleza física (45% entre los hombres y 53% entre las mujeres).

- Las deficiencias osteoarticulares son las más frecuentes y suponen ellas solas el 34% del total de las deficiencias. Se trata de alteraciones mecánicas y motrices que tienen su origen en lesiones del esqueleto. Se distinguen cuatro tipos según afecten a la *cabeza*, la *columna vertebral*, las *extremidades superiores* o las *extremidades inferiores*. Las más frecuentes son las que inciden en la columna vertebral (más de un cuarto de millón de personas en edad de trabajar, de ellas, el 62% mujeres) y las que menos las que afectan a la cabeza (tan sólo 1.000 personas, la mayoría, hombres). Las deficiencias de las extremidades inferiores (179.000) son algo más frecuentes que las de las extremidades superiores (151.000) y en ambos casos las mujeres se hallan afectadas en torno a un 25% más que los hombres.

- Las deficiencias del sistema nervioso incluyen aquellas lesiones del sistema nervioso central o periférico que afectan al sistema musculoesquelético y a las articulaciones. Afectan a unas 130.000 personas en edad laboral, de ellas un 15% más hombres que mujeres. Se distinguen la *monoplejia* o parálisis de una extremidad superior o inferior (en cada uno de estos casos unas 8.000 personas); *paraplejia* o parálisis de las piernas (otros 8.000 casos); *tetraplejia* o parálisis de las cuatro extremidades (también en torno a 8.000 afectados); *trastornos de coordinación*, que incluye el Parkinson, la esclerosis múltiple, temblores y tics, etc., que afectan en conjunto a unas 58.000 personas en edad laboral, en igual proporción de ambos sexos; y *otras deficiencias nerviosas* como las distrofias musculares, la hemiplejia, etc. que afectan a unas 40.000 personas en edad laboral (más hombres que mujeres).

4. Otras deficiencias

Incluyen deficiencias de la *piel*, deficiencias *múltiples* y deficiencias *no clasificadas*. En conjunto afectan a 45.000 personas (0,17% de la población española en edad laboral).

- Las *deficiencias de la piel* son muy poco habituales (unos 2.000 casos detectados) y se refieren a personas con deficiencias graves en la piel o en los anejos de la piel (uñas, pelo, glándulas).
- Las *deficiencias múltiples* son las que afectan a varios órganos y/o sistemas orgánicos a la vez y que pueden ser debidas a trastornos congénitos o adquiridos. Afectan a unas 25.000 personas en edad laboral, de ellas, dos tercios mujeres.
- Por último, las *deficiencias no clasificadas en otra parte* afectan a menos de 20.000 personas en edad laboral, más mujeres que hombres.

A modo de balance de las deficiencias descritas hasta aquí, podemos hacer las siguientes consideraciones:

1. La capacidad laboral de las personas con discapacidades varía mucho en función de los tipos de deficiencia. En general, *las consecuencias son más negativas en las de tipo psíquico, que afectan a muchas menos personas* (15,7% del conjunto), que en las sensoriales y físicas, que afectan a la mayoría (32,7% y 48,9%, respectivamente).

2. *Algunas de las deficiencias psíquicas que tienen efectos más negativos desde el punto de vista laboral, como el retraso mental profundo y las demencias, son las que tienen menos prevalencia en la población en edad laboral.* Sin embargo, son mucho más frecuentes las deficiencias que limitan parcialmente la capacidad de trabajar, como el retraso mental leve o moderado y otros trastornos específicos de la personalidad (fobias, hipcondría, ansiedad, etc.).

3. De las deficiencias sensoriales, *son relativamente muy poco frecuentes las que anulan totalmente la función correspondiente* (ceguera, sordera o mudéz total), ya que representan la décima parte de este tipo de deficiencias. Son mucho más frecuentes los trastornos parciales de mala visión o audición y de habla dificultosa. No obstante, la pérdida total de una capacidad sensorial no invalida para trabajar, siempre que los empleos sean apropiados y/o adaptados.

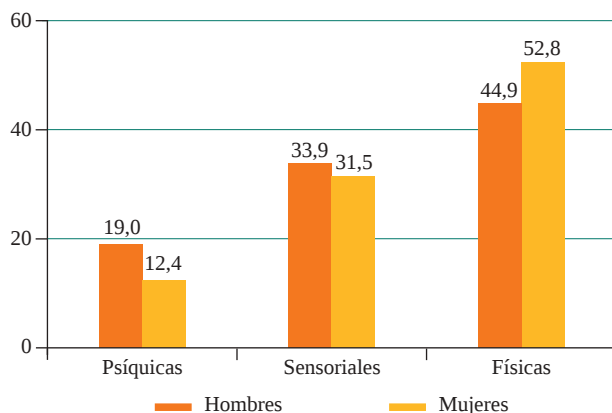
4. En el caso de las deficiencias físicas, que son las más numerosas, *las que afectan a los huesos son cuatro veces más frecuentes que las que afectan al sistema nervioso*, que, en términos generales, son más invalidantes. Incluso dentro de este último grupo (enfermedades del sistema nervioso) los tipos más graves (tetraplejias y paraplejias) representan una proporción pequeña en relación a otros tipos menos invalidantes (monoplejias y trastornos de coordinación). En todo caso, como ocurría con los trastornos sensoriales, sólo en los casos más extremos o cuando concurren varias limitaciones en la misma persona (lo que ocurre pocas veces) se puede considerar que los sujetos afectados por las deficiencias descritas se encuentran absolutamente impedidos para lograr una inserción social y laboral satisfactoria.

5. Las deficiencias psíquicas son relativamente más frecuentes en los hombres y en el tramo de edad más juvenil. En cambio, las deficiencias de naturaleza física afectan más a las mujeres, sobre todo las que tienen su origen en problemas del esqueleto, ya que las originadas en lesiones del sistema nervioso (con frecuencia a partir de accidentes) inciden más en los hombres. En el caso de las deficiencias sensoriales el reparto por sexo es más equilibrado. El gráfico 3.1 recoge la proporción de hombres y mujeres afectados, por grandes grupos de deficiencias, entre la población de 16 a 64 años.

Gráfico 3.1

PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES CON DISCAPACIDADES SEGÚN EL TIPO DE DEFICIENCIA QUE LAS HA PROVOCADO

Porcentaje de población en edad laboral



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

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

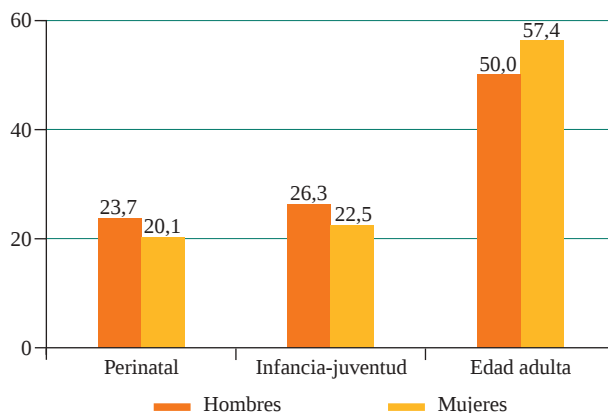
3.2. Edad de aparición de las deficiencias

Si fijamos nuestra atención en las personas en edad laboral, podemos distinguir tres etapas de la vida en las que tuvo lugar el inicio de las deficiencias. En primer lugar, el momento del nacimiento, que incluye la gestación y los primeros meses de vida; en segundo lugar, la infancia y la juventud, hasta los 29 años; y, en tercer lugar, la etapa adulta, a partir de los 30 años. Cada una de estas etapas presenta características específicas y afecta de distinta manera a mujeres y hombres (véase el gráfico 3.2).

La *edad perinatal* es el momento más crítico de aparición de deficiencias, sobre todo para los hombres, de los cuales casi la cuarta parte inició en ese momento su trastorno orgánico. Entre las mujeres, la cifra alcanza a la quinta parte. Estos porcentajes representan a más de 350.000 personas que se encuentran en edad laboral y que se vieron afectadas desde su primera infancia en alguna de sus facultades físicas, psíquicas o sensoriales.

EDAD DE APARICIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES

Porcentaje de personas con discapacidad en edad laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

En la *infancia y la juventud* aparecieron las deficiencias del 24,3% de las personas afectadas. También en esa etapa los hombres se vieron más afectados que las mujeres, sobre todo en el tramo juvenil de 16-29 años (15,3% de los hombres y 12,4% de las mujeres).

Por último, es en la edad adulta (de los 30 a los 64 años) cuando se inician las deficiencias del 53,8% de las personas en edad laboral con discapacidades, lo que correlaciona con la mayor prevalencia de enfermedades a medida que avanza la edad, como veremos más adelante. En esta etapa de la vida, las mujeres inician sus deficiencias en una proporción bastante mayor que los hombres.

Las deficiencias psíquicas se originan mayoritariamente en la edad perinatal, al revés que las físicas que se producen principalmente en edades avanzadas, lo que facilita en mayor medida una política orientada a prevenir su aparición o retrasarlas lo más posible. Las deficiencias sensoriales aparecen más frecuentemente en las etapas de la infancia y la juventud.

3.3. Origen de las deficiencias: trastornos perinatales, enfermedades y accidentes

Debido a su interés, recogemos en la tabla 3.1. las causas que dieron origen a las deficiencias. En general, se puede observar que las más influyentes son las enfermedades, que explican más de la mitad de los trastornos; en segundo lugar, aparecen los problemas perinatales, que dan cuenta de casi la quinta parte de las deficiencias; en tercer lugar, los accidentes explican el 15% del conjunto de las discapacidades (véase el gráfico 3.3). A continuación analizamos con más detalle cada una de estas causas.

Tabla 3.1

CAUSAS DE LAS DEFICIENCIAS EN LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES

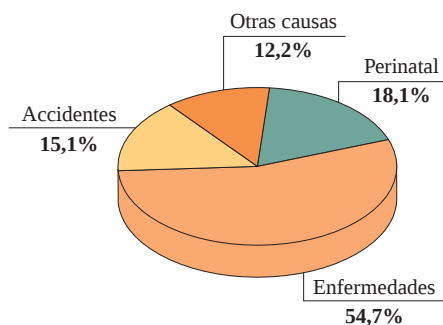
	Total	% Hombres	% Mujeres	% Total
Trastornos perinatales	298.223	19,7	16,6	18,1
Congénitos	241.249	15,3	14,0	14,6
Problemas en el parto	56.974	4,4	2,6	3,5
Enfermedades	900.387	47,9	61,1	54,7
Enfermedad común	837.024	42,3	58,9	50,8
Enfermedad profesional	63.364	5,6	2,2	3,8
Accidentes	248.213	21,4	9,0	15,1
Accidente laboral	94.197	10,4	1,2	5,7
Accidente de tráfico	61.705	5,0	2,5	3,7
Accidente doméstico	27.834	1,4	2,0	1,7
Accidente de ocio	25.514	2,1	1,1	1,5
Otros accidentes	38.963	2,5	2,2	2,4
Otras causas	200.666	11,1	13,2	12,2
Total (deficiencias)	1.647.490	100,0	100,0	100,0

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

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Entre los trastornos perinatales sobresalen los *problemas congénitos* (14,6% del total), ya sea por alteraciones genéticas (síndrome de Down, hidrocefalia...) o en el período de embarazo (infecciones, enfermedad crónica de la madre, factor RH...) y los *problemas en el parto* (3,5%), que afectan mucho más a los hombres que a las mujeres.

PRINCIPALES CAUSAS DE LAS DEFICIENCIAS DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Las *enfermedades* destacan, con diferencia, como la principal causa de las deficiencias ya que en ellas tiene su origen el 48% de los trastornos masculinos y el 61% de los femeninos. Conviene tener en cuenta que, según la Encuesta Nacional de Salud, *la cuarta parte de la población española en edad laboral (16 a 64 años) registra alguna enfermedad crónica diagnosticada por el médico.*⁽²⁾ Por tramos de edad, la frecuencia de enfermedades crónicas es mucho menor entre los 16 y los 44 años (15,7%) que entre 45 y 64 (42,3%), acentuándose hasta el 61,3% en la edad de jubilación (65 y más años).

En el tramo de edad juvenil, las enfermedades crónicas más frecuentes son la alergia y la bronquitis; en cambio, entre los 45 y los 64 años prevalecen las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial y el colesterol elevado (a bastante distancia les siguen la diabetes, la alergia y las enfermedades del corazón). La hipertensión arterial es la principal causa de enfermedades crónicas en ambos sexos, siendo la segunda causa el coleste-

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

rol en los hombres y las alergias en las mujeres; los hombres sufren en mayor proporción bronquitis, enfermedades del corazón y úlceras de estómago, mientras que las mujeres son más propensas a padecer diabetes. Tanto la Encuesta Nacional de Salud como diversos estudios sobre el tema ratifican la estrecha correlación existente entre morbilidad de la población y nivel de renta, lo que permite afirmar que «en las personas de los países desarrollados la situación socioeconómica crea mayores diferencias en el estado de salud –mortalidad y morbilidad– que cualquier otro factor de riesgo conocido (como el tabaco)».⁽³⁾

Una parte menor de las enfermedades que han desencadenado deficiencias son de *origen laboral*: se incluyen tanto aquellos casos en los que la profesión ha sido el origen de la deficiencia como los casos en que ha sido el motivo de que una deficiencia se agravara. Esta situación afecta a algo más de 60.000 personas, un número bajo en relación al conjunto de personas con discapacidad (5%), pero bastante alto (23%) si lo comparamos con aquellas que están ocupadas.

Los *accidentes* están en el origen del 21% de las deficiencias masculinas y del 9% de las femeninas. Además, constituyen la cuarta causa de muerte del conjunto de la población y la primera entre los menores de 35 años.⁽⁴⁾ Por tipos de accidente, destacan los laborales, por encima de los de tráfico y de los domésticos, tal como se recoge con detalle en la tabla 3.1. Sobre estos tres tipos de accidentes existen en España estadísticas oficiales cuyos principales tendencias resumimos a continuación:

- **Accidentes laborales.** Entre 1995 y 2000 los accidentes laborales con baja se incrementaron un 58,7%, pasando de 590.000 a 935.000. En la mayoría de los casos se trata de accidentes leves, si bien los casos graves y el número de muertos se han incrementado también (1.130 muertos y 11.359 accidentes graves en 2000).⁽⁵⁾

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

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

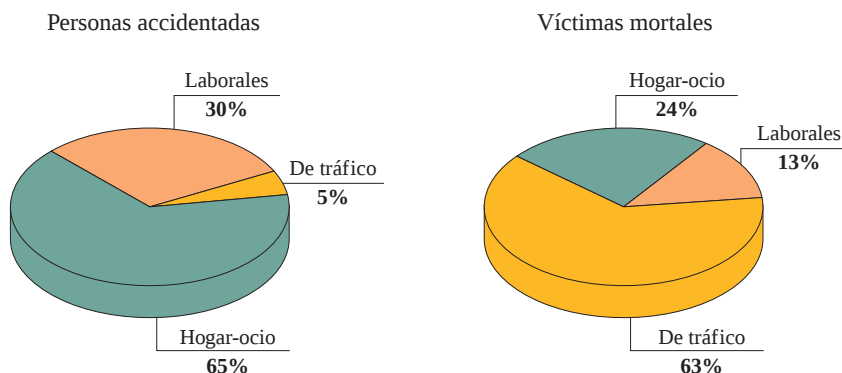
(5) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002): *Accidentes de trabajo*, Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, Madrid.

• **Accidentes de tráfico.** El número total de víctimas (muertos y heridos) entre 1995 y 2001 ha pasado de 127.000 a 155.000, lo que supone un incremento del 22% entre dichos años. En números absolutos estos accidentes son seis veces menos frecuentes que los laborales, pero la incidencia de casos graves es mucho mayor: en 2001, los heridos graves en accidentes de tráfico fueron 26.566 y las víctimas mortales 5.517. Por otra parte, aunque el 55% de los accidentes se produce en zona urbana, la mayoría de heridos graves (70%) y de víctimas mortales (82%) se registra en carretera. Por último, conviene recordar que dos segmentos importantes de los heridos graves son los usuarios de vehículos de dos ruedas (20,5% del total de víctimas) y los peatones (10,9%).⁽⁶⁾

• **Accidentes domésticos y de ocio.** Tienen una incidencia cuantitativa mucho mayor que los anteriores, aunque sus efectos son menos graves (véase el gráfico 3.4). En 2001, la *Encuesta de Accidentes Domésticos y de Ocio* registró la cifra récord de algo más de 2 millones de siniestros, que

Gráfico 3.4

NÚMERO DE SINIESTROS Y VÍCTIMAS MORTALES SEGÚN TIPOS DE ACCIDENTES



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Accidentes de Trabajo (2000), Accidentes de Tráfico (2001) y Accidentes Domésticos y de Ocio (2001).

(6) Dirección General de Tráfico (2002): *Anuario Estadístico de Accidentes 2001*, Ministerio del Interior, Madrid.

afectaron al 15% de los hogares españoles y produjeron 2.100 muertos. Este tipo de accidentes afecta más a las mujeres (57% de los casos en 2001) y el tramo de edad con mayores riesgos es la infancia-juventud (33% de los siniestros entre 5 y 24 años). La mayoría de los accidentes se produce durante la realización de las actividades domésticas (36%, mayoría mujeres) y juegos, deporte y actividades del tiempo libre (32%, mayoría hombres). Las partes del cuerpo más afectadas son la extremidades superiores (39%), las inferiores (37%) y la cabeza (14%).⁽⁷⁾

Según la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*, los accidentes que originan más deficiencias son los laborales que, sumados a las «enfermedades profesionales», permiten explicar casi el 10% de los trastornos. La siniestralidad laboral se distribuye desigualmente por sexos (16% los hombres, 3,4% las mujeres) y afecta principalmente, según estudios especializados, a los asalariados manuales con contrato eventual en pequeñas empresas, a las que apenas llegan los inspectores de trabajo o el control sindical: «El crecimiento de las formas de contratación temporal a partir de 1985, la generalización de contratos por obra, así como el crecimiento y alargamiento de la cadena de subcontratación, precariedad y siniestralidad se establecen en la medida en que existe falta de control exterior».⁽⁸⁾

(7) Instituto Nacional del Consumo (2002): *Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados España 2001*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

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

IV. El tratamiento de las discapacidades

El tratamiento de las discapacidades depende del momento de la vida en que se originan las deficiencias. En los casos de *trastornos congénitos o que ocurrieron en el momento de nacer o en los primeros años de la vida*, la asunción de la discapacidad corresponde al grupo familiar, que suele movilizar los medios a su alcance para el tratamiento médico-funcional y la formación académica y profesional del hijo o hija afectados. Los resultados que se obtienen son muy diversos y dependen principalmente del tipo y grado de discapacidad, el estatus económico y cultural de la familia y los recursos disponibles en el lugar donde se vive. Los padres y demás educadores (maestros, personal sanitario, etc.) asignan al niño o niña con discapacidad unos modelos de realización estrechamente vinculados a su posición social y a su mentalidad, formulando propuestas que van desde la sobreprotección al apoyo de una actitud independiente y luchadora.

Cuando la deficiencia sobreviene en la edad adulta, lo que ocurre en el 80% de los casos, el sujeto afectado adopta un papel más activo en la asunción de la discapacidad, aunque sus parientes próximos también se vean afectados y ejerzan sobre él notable influencia. Tras una fase normalmente depresiva, las estrategias de reinserción se orientan en diversas direcciones que dependen de muchos factores: la eficacia del tratamiento médico-funcional y de la rehabilitación ocupacional, las condiciones familiares y el apoyo de sus miembros, las posibilidades de acceso al mercado de tra-

bajo, los servicios y prestaciones económicas de la política social, las organizaciones de autoayuda de las personas con discapacidad, etc.

Respecto a la población en edad laboral, el sistema rehabilitador persigue fundamentalmente dos metas: el tratamiento médico-funcional y la rehabilitación ocupacional. De forma complementaria, se ofrecen también prestaciones económicas y servicios. Por último, hay que tener en cuenta el papel de las personas «cuidadoras», normalmente de la propia familia, que aportan su ayuda para favorecer la integración social de las personas con discapacidad. Como vimos en el capítulo I, el *enfoque rehabilitador* ha sido una de las grandes novedades en el tratamiento de las deficiencias, frente a la orientación anterior que tendía a etiquetar y cronificar a los pacientes.

4.1. Rehabilitación médico-funcional

El abordaje médico-funcional de las discapacidades corresponde en primer lugar al sistema público de salud, que se hace cargo de la información, diagnóstico y tratamiento ambulatorio y hospitalario de los trastornos. Para ello, se aplican medidas muy variadas, desde la cirugía a la fisioterapia o el tratamiento de las deficiencias mentales, que pretenden alcanzar la máxima recuperación del sujeto o bien frenar un eventual proceso degenerativo. La *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* de 1999 registró con detalle la utilización de servicios sanitarios relacionados con las discapacidades. Aquí nos vamos a fijar en aquellos aspectos que más pueden repercutir en la rehabilitación socio-laboral.

Las personas que tienen alguna discapacidad *hacen un uso muy notable de los servicios generales del sistema sanitario y un uso más restringido de los servicios especializados de rehabilitación funcional-laboral*. Así, en el transcurso de las dos semanas anteriores a la aplicación de la encuesta, casi la mitad de los afectados había recibido cuidados médicos o de enfermería (48,3%) y uno de cada diez se había sometido a pruebas diagnósticas relacionadas con su discapacidad (10,8%). La demanda de cuidados médicos o de enfermería fue bastante mayor entre las mujeres (54%) que entre los hombres (43%). Por otra parte, en el transcurso de los 12 meses

anteriores a la aplicación de la encuesta, la *quinta parte* había sido hospitalizada (20,9%), con una media de 14 días de estancia por persona; *una de cada diez* había recurrido a servicios de información o asesoramiento en torno a su deficiencia; y *una de cada veinte* había sido objeto de alguna intervención quirúrgica, implante o trasplante (6,1%).

Sin embargo, son pocas las personas afectadas que habían utilizado, en las dos semanas anteriores a la aplicación de la encuesta, servicios especializados de rehabilitación, que son con frecuencia los más directamente relacionados con la inserción profesional:

- *Terapia ocupacional y/o de adiestramiento en la vida diaria.* Puede aplicarse a cualquier tipo de deficiencia y se orienta a superar los obstáculos para la habilitación laboral y/o restaurar los hábitos de la vida diaria; tan sólo aprovechó este recurso el 0,78% del conjunto de las personas con discapacidad en edad laboral.

- *Rehabilitación funcional.* Tratamientos dirigidos a evitar un proceso degenerativo o bien conseguir la recuperación física o sensorial de la persona (fisioterapia, psicomotricidad, etc.); utilizó estos recursos menos del 3% de las personas con discapacidad física o sensorial.

- *Rehabilitación del lenguaje.* Medidas terapéuticas encaminadas a restaurar la capacidad de comunicación hasta sus máximas posibilidades entre quienes registran deficiencias de lenguaje, habla y voz. La proporción de personas con este tipo de trastornos que utilizó los servicios de rehabilitación se eleva al 39%.

- *Rehabilitación ortoprotésica.* Aplicación de terapias, prótesis, medidas ortopédicas y aparatos que permiten recuperar o reemplazar parcial o totalmente las funciones perdidas de una parte del cuerpo. Se dirigen principalmente a las personas con discapacidad física, de las cuales tan sólo el 0,92% utilizó estos servicios en las dos últimas semanas.

- *Salud mental y asistencia psiquiátrica.* Actuaciones sanitarias para el tratamiento o seguimiento de pacientes con enfermedad mental, así como la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de

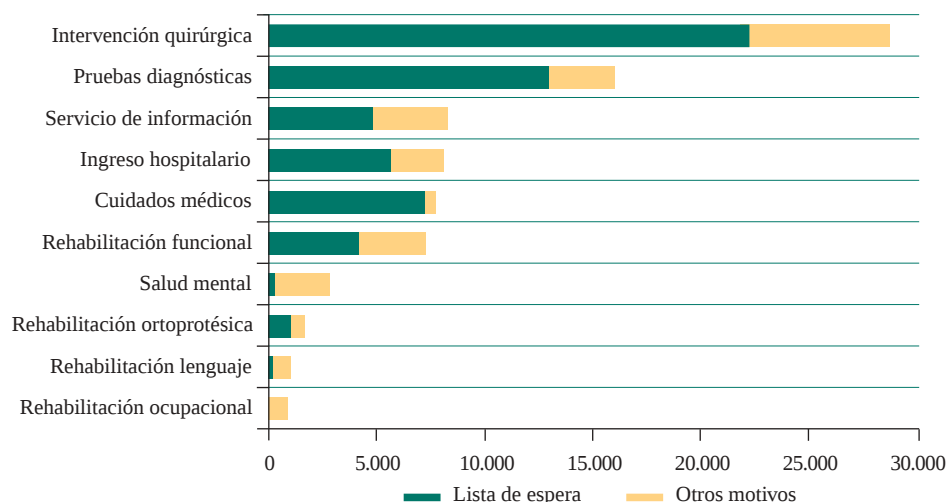
salud en general. Utilizó este servicio el 17% de las personas con discapacidades psíquicas.

Resulta difícil valorar, a partir de la encuesta de 1999, cuántas personas con discapacidad que se podrían beneficiar de los anteriores servicios de rehabilitación no los han utilizado. No obstante, la propia encuesta ofrece una pista en esta dirección cuando se refiere a las personas encuestadas que no recibieron ningún servicio médico-funcional en las dos últimas semanas porque ya había dado por concluido con anterioridad su proceso de rehabilitación; en estos casos, que abarcan la quinta parte del colectivo (un cuarto de millón de personas), la mayoría (88%) indica que había cumplido todas las prescripciones médicas en cuanto al tiempo y forma de hacer la rehabilitación; en cambio, *el 12% señala que interrumpió indefinidamente las medidas rehabilitadoras sin haber cumplido sus objetivos.*

Como se recoge en el gráfico 4.1, un sector menor pero importante de los propios encuestados (6% del total, algo más de 80.000 personas entre 16 y 64 años), afirma que no recibió alguno de los servicios de rehabilitación que necesitaba. El motivo aducido más frecuentemente para no acceder al servicio son las «listas de espera», pesando mucho menos la «insuficiencia económica» y la «inexistencia del servicio en el entorno». Las *listas de espera* son frecuentes en el caso de intervenciones quirúrgicas y en la aplicación de pruebas diagnósticas, aunque en términos relativos son también importantes en las terapias de rehabilitación funcional. En cuanto a la *insuficiencia económica*, hay que destacar que la inmensa mayoría de los tratamientos corre a cargo de la sanidad pública y que son muy pocas las personas que dicen no haber recibido las medidas rehabilitadoras adecuadas por falta de recursos económicos. También en términos relativos, es en el caso de la *salud mental* donde se registran más casos de falta de tratamiento por no poder pagar los servicios correspondientes.

Gráfico 4.1

PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE NO HAN RECIBIDO LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN QUE NECESITABAN (16 A 64 AÑOS)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

4.2. Rehabilitación ocupacional

Esta parte de la rehabilitación trata de proporcionar los recursos educativos y las aptitudes profesionales suficientes para lograr una inserción laboral normalizada. Aparte de la educación reglada, que trataremos en la segunda parte, las personas adultas afectadas por discapacidades pueden seguir diversos cursos de reciclaje entre los que sobresale la *Formación Profesional Ocupacional* (FPO), que está ligada directamente al empleo y era competencia del INEM en 1999, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Existen tres modalidades de FPO:

1) el *Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional* (FIP), cofinanciado por el Fondo Social Europeo y dependiente del INEM o de las comunidades autónomas con las competencias transferidas en esta materia, en cuyos cursos tienen acceso preferente las personas con discapacidad;

2) la *Formación Profesional Continua* para trabajadores ocupados, a partir de los acuerdos firmados entre el gobierno, los empresarios y los sindicatos, y a la que pueden acogerse las personas con discapacidad que trabajan en Centros Especiales de Empleo; y

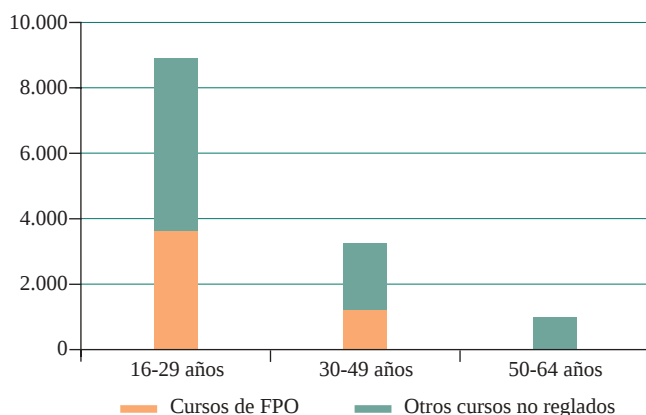
3) la *Recuperación Profesional* a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se orienta a la rehabilitación integral de personas con discapacidades físicas.

Según la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*, de las personas con discapacidades entre 16 y 64 años, menos de 5.000 estaban asistiendo a cursos de FPO, además de otras 8.300 que también seguían cursos no reglados de diferentes materias (véase el gráfico 4.2). En total, suman 13.000 personas que representan tan sólo el 1% del total de personas en edad laboral, proporción que se reparte de forma diversa por grupos de edad: 5% con menos de 30 años, 0,7% entre los 30 y los 49 y 0,14% a partir de los 50 años. Por sexo, el número de hombres dobla al de mujeres en cursos de FPO, mientras que las proporciones se equilibran en los otros cursos no reglados.

Gráfico 4.2

PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE CURSAN ESTUDIOS NO REGLADOS DE FORMACIÓN OCUPACIONAL

Número de alumnos



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Para conocer la eficacia de estos cursos con vistas a encontrar empleo, la encuesta planteaba dos preguntas sucesivas, una para saber el número de personas con discapacidad que había acudido a cursos de Formación Profesional Ocupacional en los cinco años anteriores y otra para que dijeran si alguno de esos cursos les había servido para encontrar empleo. Las respuestas, que se recogen en el gráfico 4.3, son muy elocuentes: de las 65.500 personas asistentes a cursos de FPO durante esos 5 años, que representan el 5% del colectivo, sólo una sexta parte consideraba que le habían sido útiles para encontrar empleo. Los hombres acudieron en una proporción algo mayor a dichos cursos, pero las mujeres sacaron de ellos algo más de provecho.

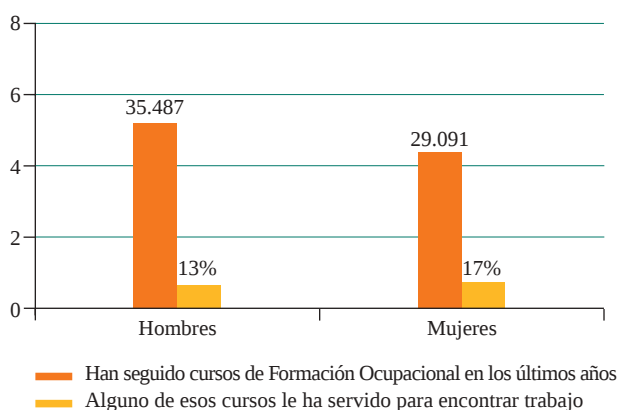
Los cursos que han sido más útiles para encontrar trabajo han versado sobre las siguientes materias (por orden de frecuencia):

1. Servicios a la comunidad y personales (el más útil para las mujeres).
2. Administración y oficinas (el más útil para los hombres y el segundo para las mujeres).

Gráfico 4.3

PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE HAN SEGUIDO CURSOS DE FPO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS Y OPINIÓN SOBRE SU UTILIDAD PARA ENCONTRAR TRABAJO (16-64 AÑOS)

Porcentaje y número de alumnos/as



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

3. Transportes y comunicaciones (el segundo curso más útil para los hombres).

4. Agricultura (el tercer curso más útil para los hombres).

5. Edificaciones y obras públicas.

6. Servicios a las empresas (el tercer curso más útil para las mujeres).

7. Industrias gráficas.

8. Mantenimiento y reparación.

4.3. Prestaciones y ayudas

De las personas con discapacidad en edad laboral que captó la Encuesta de 1999, casi la mitad (47,3%) percibía alguna prestación o ayuda económica. La principal de estas ayudas era la *pensión de invalidez o enfermedad*, que llegaba al 39,4%, seguida a mucha distancia por quienes obtenían beneficios fiscales en su declaración del IRPF a causa de su discapacidad (9,7%) y de un amplio abanico de ayudas puntuales (prestación familiar por hijo a cargo, ayuda de tercera persona, gastos de transporte, etc.) que en conjunto llegaban al 7,8% del colectivo.

Las pensiones presentan dos modalidades: contributiva y no contributiva o asistencial.⁽¹⁾ La pensión contributiva es aquella en la que el derecho a la prestación se deriva de haber realizado una actividad laboral anterior por la que se ha cotizado a la Seguridad Social, razón por la que es más frecuente en los hombres que en las mujeres, tal como se recoge en el gráfico 4.4. De este modo, perciben pensiones contributivas el 34% de los hombres en edad laboral y tan sólo el 15% de las mujeres; en cambio, estas últimas perciben pensiones asistenciales o no contributivas en una proporción (16%) algo mayor que los hombres (14%).

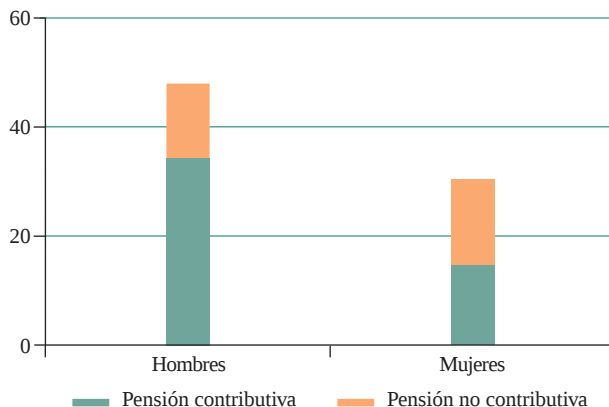
Conviene precisar que las personas con discapacidad que han obtenido el *certificado de minusvalía* perciben pensiones –contributivas o asistenciales– en una proporción muy superior (62%) a quienes no disponen de dicho certificado (27%).

(1) Además de estas pensiones de carácter público, existen pensiones proporcionadas por seguros privados de vida o invalidez que en el año 1999 sólo percibía el 0,11% de las personas con discapacidad en edad laboral.

Gráfico 4.4

PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES QUE PERCIBEN PENSIONES

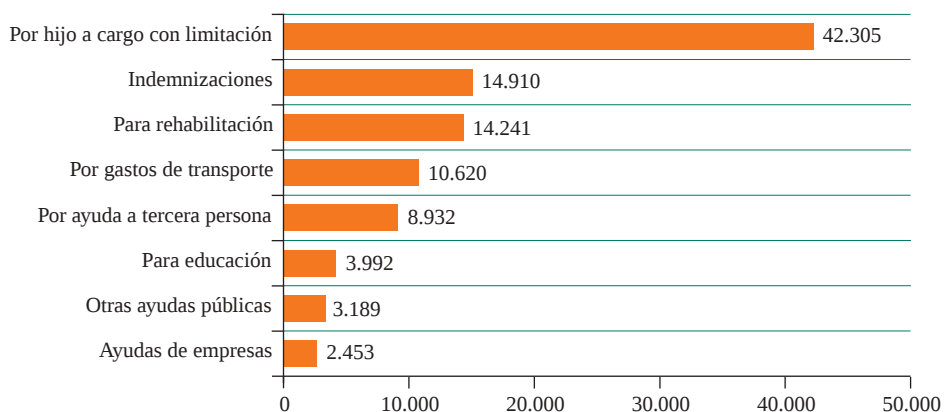
En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Gráfico 4.5

PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES QUE PERCIBEN PRESTACIONES ESPECÍFICAS



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Reciben beneficios fiscales en su declaración del IRPF el 11,3% de los hombres y el 7,9% de las mujeres con discapacidad en edad laboral, ampliándose estos porcentajes entre aquellas personas que disponen de certificado oficial de minusvalía (23% y 22% respectivamente).

Por último, existe una amplia gama de prestaciones específicas que se asignan principalmente a personas con certificado de minusvalía y que en conjunto llegan a menos del 8% de las personas con discapacidades entre 16 y 64 años. Las recogemos por orden de importancia en el gráfico 4.5.

4.4. Ayuda familiar a las personas con discapacidad

De cada diez personas en edad laboral con discapacidades, cuatro requieren en algún momento de la ayuda de otra persona para cubrir sus necesidades básicas. Son los llamados «cuidadores» o, con más propiedad en la mayoría de los casos, «cuidadoras», ya que las tres cuartas partes son *mujeres*.

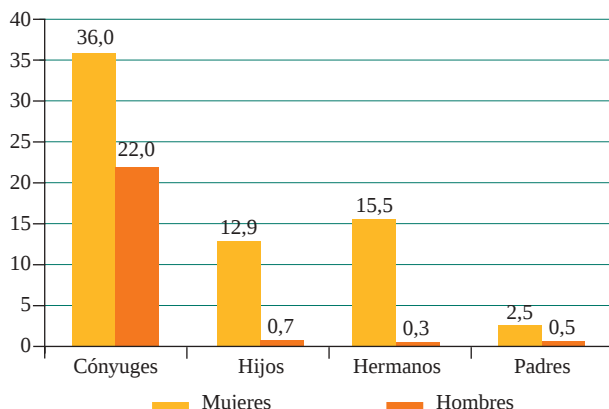
Más del 80% de los cuidadores son parientes de la persona atendida, el 5,5% personas contratadas al efecto, el 4,3% profesionales de servicios sociales públicos, el 4,0% vecinos o amigos y el 2,5% personas voluntarias de servicios sociales no públicos.

En el caso de los familiares, el trabajo que representan los cuidados corre a cargo principalmente del *cónyuge*; en segundo lugar, de los *hermanos* y de los *hijos*, y en tercer lugar, de los *padres* (recuérdese que nos hemos centrado en las personas con discapacidad en edad laboral, entre 16 y 64 años). Pero lo que más llama la atención es la *feminización de la población ciudadana*: por cada hijo cuidador hay 18 hijas cuidadoras, por cada hermano, 51 hermanas y por cada padre, 5 madres. Sólo en el caso de los cónyuges aparece una cierta aproximación entre los sexos, aunque las esposas que cuidan a sus maridos son un 65% más que los maridos que cuidan a sus esposas (véase el gráfico 4.6). Cuando el pariente cuidador vive en un hogar diferente, lo que ocurre en la décima parte de los casos, las personas que prestan los cuidados con más frecuencia son la «hija» y la «madre», apareciendo en tercer y cuarto lugar el «hijo» y el «padre».

Gráfico 4.6

PARENTESCO Y SEXO DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES

En porcentaje

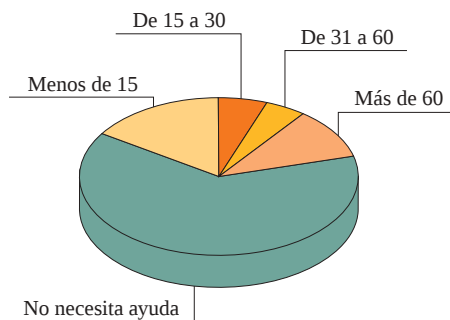


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Otro aspecto importante de los cuidadores es el tiempo que dedican a la relación de ayuda, lo que queda reflejado en el gráfico 4.7. El 10% de las personas en edad laboral con discapacidades requiere más de 60 horas

Gráfico 4.7

HORAS SEMANALES EMPLEADAS EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

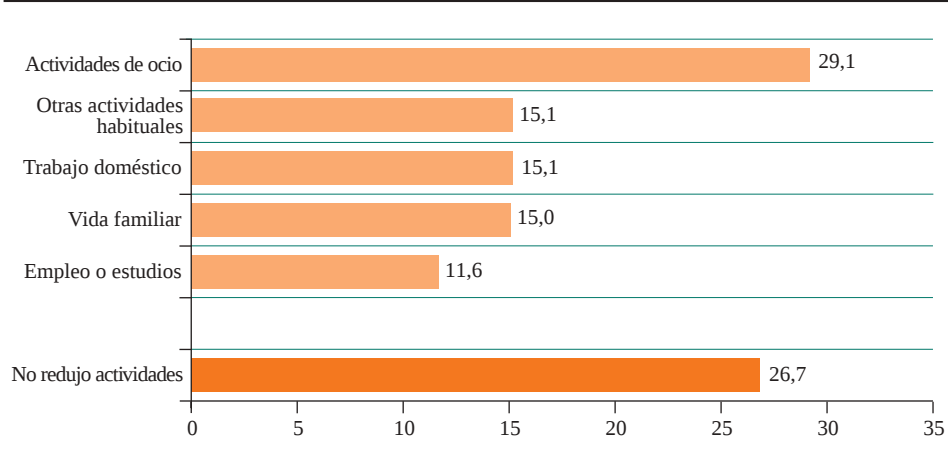
semanales de cuidados y el 4,5% entre 30 y 60 horas; otro 5,4% necesita entre 15 y 30 horas de apoyo externo y en torno al 15% menos de 15 horas.

Algo más de la cuarta parte de quienes prestan cuidados no ha reducido por ese motivo ninguna de sus actividades habituales. El resto ha tenido que limitar algunas ocupaciones, sobre todo de *ocio y tiempo libre*, de *trabajo doméstico* o de *relaciones familiares*; sin embargo, el tiempo de *empleo* o de *estudio* sólo se ha visto condicionado en uno de cada diez casos (véase el gráfico 4.8).

Gráfico 4.8

PERSONAS CUIDADORAS QUE HAN REDUCIDO SU ACTIVIDAD HABITUAL

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Segunda parte

**LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

V. La inserción como proceso entre la inclusión y la exclusión social

En este capítulo se esboza una clasificación de los principales *sistemas de inserción social* donde se ubican en España las personas en edad laboral con discapacidades (16-64 años). A partir de unos bajos niveles educativos y de formación profesional, las trayectorias de las personas adultas toman básicamente tres caminos: el *trabajo doméstico*, principal vía de inserción de las mujeres; las *pensiones*, principal vía de los hombres; y el *trabajo remunerado*, al que sólo accede la tercera parte de los hombres y menos de la quinta parte de las mujeres. Antes de presentar estos sistemas de inserción, definiremos algunos de los principales conceptos manejados en este capítulo.

5.1. La inserción social en las diversas etapas de la vida

La inserción de las personas en la sociedad puede presentar itinerarios muy diversos que se mueven entre la inclusión y la exclusión: en el polo de la inclusión se incrementan la calidad de vida y el sentimiento de realización personal y profesional; en el polo de la exclusión se acentúan la precariedad económica y los sentimientos de fracaso y marginación social. En las biografías individuales, la inserción se produce diferencialmente en las sucesivas etapas de la vida, dependiendo de las circunstancias específicas que presenta cada historia particular.

En la *infancia y la juventud* se construyen las actitudes y aptitudes básicas de la persona que marcarán sus posibilidades de realización a lo largo de la vida.⁽¹⁾ En este momento tiene una especial influencia la *familia de origen* (su posición socioeconómica y cultural, la cohesión y estabilidad entre sus miembros, las expectativas respecto de los hijos e hijas, etc.). También influyen de manera importante la *escuela*, los *medios de comunicación y consumo de masas*, los *grupos de amigos*, etc. Para los niños y niñas con discapacidades, existen también diversos mecanismos (en el ámbito de la sanidad y la rehabilitación, la educación especial, el tratamiento psicológico, etc.) que tratan de atender sus problemas específicos. Todos estos dispositivos, que operan desde un modelo normalizado de infancia y juventud, terminan configurando trayectorias de realización diferentes, de inclusión o exclusión social, que dependen, en nuestro caso, no sólo del *tipo y grado de discapacidad*, sino también de la *procedencia social de los individuos*: las mismas normas que facilitan la inclusión social de los sectores acomodados contribuyen a reforzar la marginalidad y dependencia de los sectores precarizados.⁽²⁾

En la *edad laboral*, los hombres y las mujeres despliegan estrategias orientadas a conseguir independencia y reconocimiento social como sujetos activos, capaces de desarrollar un proyecto de vida propio, en el que se ponen en juego sus valores y actitudes personales. Esto lo consiguen dando paso a determinadas vías de inserción en la sociedad, que son características de la vida adulta, y entre las que sobresale la instauración de *una nueva familia* y el acceso a las diversas formas de *trabajo doméstico y extradoméstico* que les permiten realizarse a sí mismos y sacar adelante a los hijos y demás parientes que dependen de ellos. Lo más propio de esta etapa es *el trabajo*, entendido en su sentido más amplio, como esfuerzo productor de bienes de cualquier tipo, para uno mismo y/o para los demás.⁽³⁾ En el contexto de una sociedad mercantilizada, como la nuestra, el tipo de trabajo

(1) Nadie cuestiona que en esta etapa se configure la personalidad, pero son muchas las teorías que tratan de explicar los mecanismos y procesos concretos (psicosociales) a través de los cuales se produce la socialización. Una síntesis de estas teorías y una propuesta para una «teoría sociológica de la identidad» puede encontrarse en Dubar, C. (1996): *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, París.

(2) Hemos estudiado la génesis histórica de las formas de socialización infantil en España en Colectivo Ioé (1989): *Infancia moderna y desigualdad social*, monográfico de la revista *Documentación Social*, n.º 74, Madrid.

(3) Incluimos aquí los trabajos remunerados (regulares o irregulares) y los no remunerados (el trabajo doméstico y el trabajo social de carácter «voluntario»). Para una clasificación de los diversos tipos de trabajo, véase Colectivo Ioé (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid, págs. 37-40.

más propio es el remunerado, del que dependen los ingresos y el nivel de vida de la familia. De ahí la importancia que tiene para la unidad familiar no sólo acceder al empleo, sino conseguir unas condiciones de trabajo satisfactorias (estabilidad, salario suficiente, posibilidades de promoción, etc.). El modelo de realización, en este caso, es también compartido por la generalidad de la población, pero los resultados son muy desiguales: aunque la mayoría de las personas se casa y funda una nueva familia (lo que no se identifica con tener una vida afectivo-sexual satisfactoria), aproximadamente la mitad o un tercio, según que nos refiramos a todos los mayores de 15 años o sólo a los ocupados entre 16 y 64 años,⁽⁴⁾ se excluye o es excluida del mercado de trabajo remunerado en la edad adulta; de quienes buscan empleo, una parte está en el paro, y quienes lo consiguen se encuentran con un mercado fragmentado en el que las condiciones de trabajo y los salarios se encuentran altamente polarizados. Por último, algunos colectivos, entre ellos las personas con discapacidad, padecen un plus de discriminación en relación al resto de la población. En particular, las personas con deficiencias de tipo psíquico se independizan de sus padres en una proporción mucho menor que la población general y el acceso al mercado de trabajo remunerado, como veremos en los próximos capítulos, es muy restringido para todos los tipos de discapacidad.

La *ancianidad* se inicia con la llegada de la edad de jubilación, momento que se identifica socialmente con una posición de fragilidad y dependencia. Una reciente encuesta confirmaba que «la imagen social de la vejez se sigue asumiendo principalmente como deterioro: el 61% de la población española cree que el principal signo de vejez es la incapacidad de valerse por sí mismo».⁽⁵⁾ En coherencia con esta apreciación, las personas ancianas se aseguran vías de inserción social mediante diversos *sistemas de cobertura y protección de riesgos*, entre los que destacan las propias rentas familiares, las pensiones y la solidaridad intergeneracional, a través de las familias de los hijos.

(4) La *tasa oficial de población activa* se construye en España en relación a la población de 16 y más años, incluyendo a los que están en edad de jubilación. En tal caso, dicha tasa ha oscilado en los últimos años entre el 48% y el 50%, en función de la coyuntura económica. Si el criterio para definir la tasa lo limitamos a la edad laboral (16-64 años), el porcentaje sube al 62%-64%.

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

En los tres momentos descritos, infancia, edad laboral y ancianidad, aparece la familia como instancia de referencia de la inserción social, a lo largo de tres generaciones: la *familia de origen*, la *nueva familia* establecida en la etapa adulta y las *familias de los hijos* que se constituyen en el principal sistema de apoyo, junto con las pensiones, al llegar la ancianidad. Esta omnipresencia de la institución familiar significa que para la población en general, y con mayor razón para las personas con discapacidades, *la inserción social suele ser más una cuestión de familia que un asunto individual*.

Por otra parte, los itinerarios de las personas con discapacidades están condicionados, en el plano social, por las instituciones económicas, sociales y culturales, tal como veremos en el capítulo VIII. Es el *espacio-tiempo generacional* en cuyo marco se delinearán las posibilidades de inclusión o exclusión social de los individuos y las familias.

5.2. Principales vías de inserción de las personas con discapacidades

Si prescindimos del componente familiar, presente en todas las etapas de la vida, la inserción social de las personas en edad laboral con discapacidades se logra a través de su participación en tres sistemas interrelacionados: las *pensiones*, el *trabajo doméstico* y el *trabajo remunerado*. Hay que tener en cuenta que estos tres sistemas no son excluyentes entre sí, sino que una misma persona puede participar de varios de ellos. Por ejemplo, se puede percibir una pensión y estar a la vez trabajando o tener un empleo remunerado y encargarse también de las tareas del hogar (aunque esto puede ser impuesto por las circunstancias y no precisamente una opción voluntaria del sujeto). Secundariamente, existen otros sistemas o subsistemas de inserción: el *estudio*, que es más propio de la infancia y la juventud, pero que puede convertirse en una actividad importante de las personas adultas; y el *desempleo*, que define una forma negativa de relación con la actividad caracterizada por la «búsqueda de empleo». A continuación avanzamos una presentación esquemática de estos sistemas y subsistemas de inserción, que luego ampliaremos en los próximos apartados.

Las *pensiones* cubren a 573.000 personas en edad laboral con discapacidades, de las cuales una cuarta parte (23,7%) desarrolla también otros tipos de actividad (trabajo o búsqueda de empleo, tareas del hogar, estudio). Como valoración más general, conviene resaltar que *las pensiones constituyen en España el sistema de inserción más frecuente y característico del colectivo que estudiamos*; son percibidas por el 42,9% de las personas que se encuentran en edad laboral bajo tres modalidades: *pensiones contributivas*, con un importe mensual medio de 84.000 pesetas (506 euros) en 1999, que se otorgan como un derecho de los trabajadores que han cotizado (sobre todo hombres); *pensiones no contributivas*, con un importe mensual establecido por el gobierno de 38.000 pesetas (230 euros), que se conceden como ayuda social a personas con un grado de «minusvalía» importante que no han cotizado previamente (sobre todo mujeres); y *pensiones de prejubilación*, otorgadas por razones especiales antes de cumplir los 65 años y cuyo importe medio en 1999 era de 84.500 pesetas (510 euros).

En cuanto al *trabajo doméstico*, adoptan este sistema de inserción 356.000 personas, de las que el 95% son mujeres. Esto supone que las tareas del hogar son una actividad habitual para el 51% de las mujeres en edad laboral con discapacidades y sólo para el 2,7% de los hombres. Otro rasgo importante de las personas que realizan las tareas domésticas es que son el grupo que más participa de otras vías de inserción social, lo que es indicativo de que, al menos en muchos casos, el trabajo doméstico no ha sido una opción libremente elegida: hasta un 38% percibe pensiones, trabaja, busca empleo o estudia. 9 de cada 10 personas en edad laboral con discapacidades que se realizan en el trabajo doméstico desarrollan esta actividad en un nuevo hogar, es decir, una vez emancipadas de su familia de origen, mientras que el 10% restante permanece en el hogar paterno, manteniendo la dependencia propia de la etapa de socialización infantil.

El *trabajo remunerado* se constituye en sistema de inserción para 319.000 personas con discapacidad en edad laboral (23,9% del colectivo), de las cuales una quinta parte participa de otras vías de inserción (pensiones, tareas del hogar, estudios). Por tipos de ocupación, cabe distinguir a quienes están empleados en el mercado ordinario de trabajo y a quienes tra-

bajan en empleos protegidos (en este caso, una de cada cinco personas). Desde el punto de vista de la inserción social, cabría distinguir los empleos estables y cualificados de aquellos que son inestables y poco cualificados, con menos posibilidades de promoción profesional.

Como valoración más global de los tres principales sistemas de inserción del colectivo, hay que destacar que *la mayoría dispone de alguna vía para conseguir autonomía y reconocimiento como personas adultas en el marco de su unidad familiar, ya sea a través del trabajo (doméstico y mercantil) y/o mediante algún sistema de cobertura de riesgos (pensiones contributivas y no contributivas)*. Sin embargo, la importancia que tienen estos tres sistemas ofrece un cuadro muy diferente al de la población española en general. Mientras para ésta el trabajo remunerado es el sistema más frecuente en la vida adulta (el 53% de la población española entre 16 y 64 años estaba ocupada en 1999), sólo accede a él un 24% de las personas con discapacidades y, además, con una fuerte discriminación de género (32% los hombres y 16% las mujeres), tal como ocurre también entre la población general (69% y 38%). Por el contrario, el sistema de pensiones es utilizado por el 43% del colectivo, mientras que la población sin discapacidades lo utiliza casi exclusivamente en la ancianidad (salvo en los casos de jubilación anticipada). Por último, el trabajo doméstico tiene también un gran peso como vía de inserción para las personas con discapacidades y afecta casi exclusivamente a las mujeres, lo mismo que ocurre en el conjunto de la población española.

Además de los tres sistemas de inserción anteriores, existen otras formas de relación con la actividad que a veces están presentes en la vida adulta. Así, al aplicar la Encuesta de 1999, había 109.000 personas con discapacidades que buscaban empleo, otras 61.000 cursaban estudios y 2.250 se dedicaban a actividades de voluntariado. Cada uno de estos tres subsistemas presenta algunas características propias:

- **Personas en paro.** La tasa de paro de las personas en edad laboral con discapacidades es mucho más elevada (26,1%) que la existente en 1999 para la población general española (15,6%, EPA del segundo trimestre) y

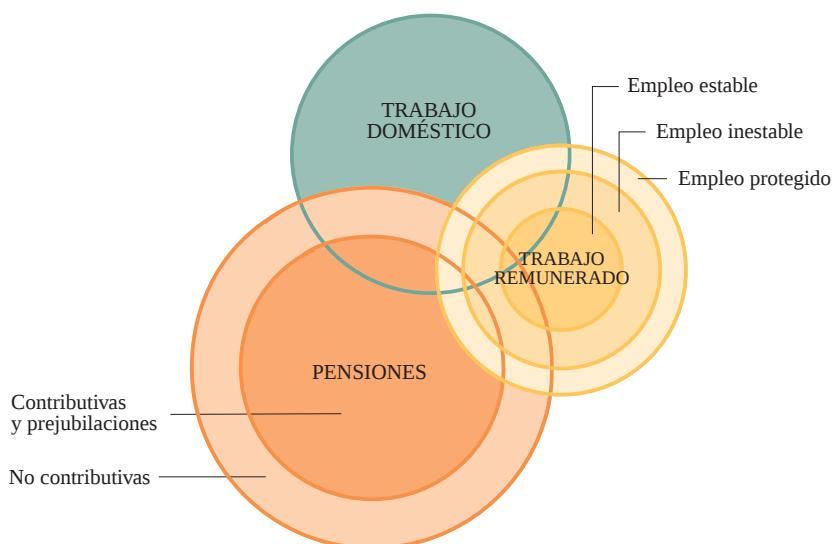
afecta más a las mujeres (33,1%) que a los hombres (22,1%). Por otra parte, casi uno de cada tres parados desarrollaba otras actividades (tareas domésticas y estudio) y el 13% percibía alguna pensión de invalidez. Desde el punto de vista de la inserción social, el paro es una forma evidente de exclusión social, sobre todo si la falta de empleo se prolonga por mucho tiempo, tal como veremos en el capítulo VII. El paro constituye, en cierto modo, un subsistema, por vía negativa, del sistema de empleo remunerado.

- **Estudiantes.** Un 5% de las personas con discapacidades entre 16 y 64 años se define como *estudiante*, más de la mitad (57%) como ocupación exclusiva y el resto compartiendo los estudios con otras actividades (trabajo remunerado, búsqueda de empleo, labores del hogar...). En la mayoría de los casos (82%) se trata de personas jóvenes (16-29 años). La formación académica y profesional se puede considerar como el inicio o la actividad específica preparatoria de las formas de inserción de la vida adulta (autonomía familiar, cualificación profesional, ejercicio activo de la ciudadanía), que es característica de la etapa infantil y juvenil. Precisamente las personas con discapacidad en España presentan un déficit importante de formación que arrastran después a lo largo de su vida, limitando sus posibilidades de inserción laboral. Ampliaremos este punto en el próximo apartado.

- **Voluntariado.** Es una actividad que, a partir de la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*, sólo ocupa un tiempo importante a unas 2.300 personas en edad laboral, hombres y mujeres en igual proporción. En todos los casos, las tareas como voluntarios se comparten con otras formas de relación con la actividad, por el siguiente orden: ser pensionista, estar empleado, ser ama de casa y estar en paro.

El gráfico 5.1 representa a grandes trazos las relaciones y principales magnitudes de los tres sistemas de inserción socio-laboral. En ocasiones el mismo sujeto participa de dos de los sistemas, o incluso de los tres, y otras veces no está presente en ninguno de ellos, con lo que necesariamente tiene que depender de otras personas, ya sea porque sigue en proceso de formación después de cumplir los 16 años (estudiantes) o bien porque está a la

SISTEMAS DE INSERCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN EDAD LABORAL



expectativa de conseguir un empleo o una pensión. El área de los círculos representa aproximadamente el número estimado de personas con discapacidad en cada situación. Obsérvese que *el segmento que podemos considerar exitoso en su inserción laboral adulta (círculo en color amarillo: puestos de trabajo estables en el mercado ordinario de trabajo) tan sólo representa en torno al 15% de personas con discapacidad entre 16 y 64 años.*

5.3. Itinerarios escolares: baja cualificación del colectivo

La *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* de 1999 ha confirmado el bajo nivel de estudios de las personas con discapacidades en

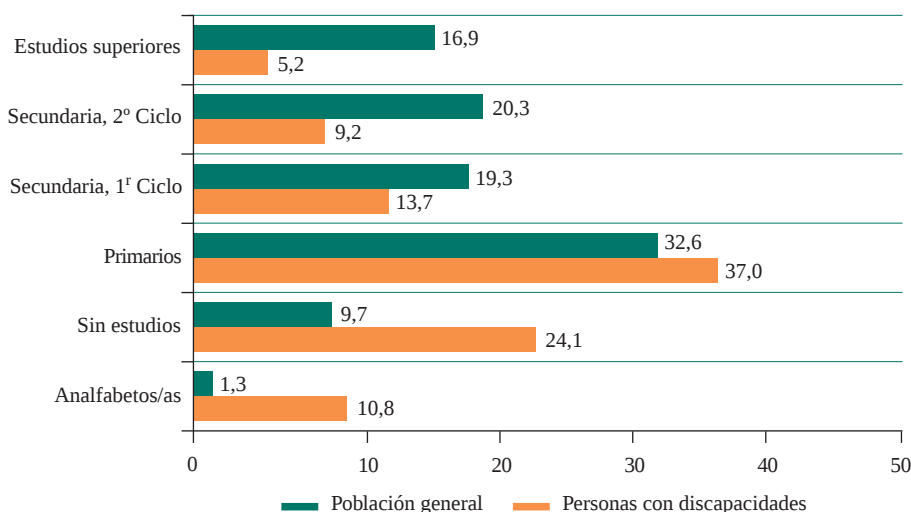
relación a la población general, algo en lo que coinciden tanto los estudios monográficos existentes en España como el *Panel de Hogares* de la Unión Europea, según el cual en nuestro país se registraban, después de Grecia, los niveles de formación más bajos (véase el apartado 1.3).

El porcentaje de analfabetismo de las personas con discapacidad en edad laboral es ocho veces superior al de la población general española y el nivel de titulados superiores tres veces menor. El gráfico 5.2 recoge la diferente distribución por niveles de estudios de ambos colectivos, de manera que las personas con discapacidades se concentran en los niveles bajos (el 72% no ha llegado a la enseñanza secundaria) y la población general en los altos.

Gráfico 5.2

NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Las diferencias de nivel de estudios por tramos de edad son importantes. Así, mientras sólo el 15% de las personas situadas entre 50 y 64 años posee un nivel de instrucción por encima de la Primaria, ha logrado superar esa meta casi el 40% de quienes tienen menos de 50. Sin embargo, las diferencias de nivel escolar entre los más jóvenes (16-29 años) y los situados en el tramo intermedio (30-49 años) son ligeramente favorables a este segundo grupo, sin duda por la mayor prevalencia de deficiencias psíquicas congénitas e infantiles en el tramo juvenil.

Las diferencias *por sexo* son poco relevantes, aunque en conjunto los hombres presentan una situación algo más favorable, tanto en la población general como en las personas con discapacidades. Sin embargo, se puede comprobar que las mujeres de la generación más joven (16-29 años) han alcanzado una cualificación mayor que los hombres (han terminado estudios superiores el 8% y el 4,2%, respectivamente).

Si comparamos esta situación con el nivel de estudios de las personas que tenían discapacidades en 1986, se comprueba que tanto los hombres como las mujeres han mejorado su posición, pero el despeque de las mujeres puede calificarse de extraordinario. Si en 1986 la proporción de hombres que tenía un nivel escolar por encima de la Primaria (17,2%) era un 62% superior a la de las mujeres (10,6%), trece años más tarde la proporción de los primeros (30,9%) era sólo un 22% superior a la registrada por las segundas (25,3%) y, si nos limitamos al tramo de edad más joven (16-29 años), la proporción de mujeres con un nivel escolar por encima de la Primaria en 1999 (47,7%) es ya superior a la registrada por los hombres (45,5%).

Por *tipos de deficiencia*, presentan mejores niveles académicos las personas con trastornos sensoriales, seguidas a cierta distancia por quienes tienen limitaciones de tipo físico. Por último se sitúan quienes tienen deficiencias psíquicas, de las cuales más de la mitad (57%) no ha llegado a terminar la Educación Primaria, es decir, son analfabetas (30%) o «sin estudios» (27%); en estas proporciones pesan mucho las personas con retraso mental, con importantes diferencias según el grado de retraso: el analfabe-

tismo llega al 98,7% cuando el retraso es *profundo*, al 46% cuando es *moderado* y al 16% cuando es *leve*.

Por comunidades autónomas, existen también importantes diferencias en los niveles educativos. En los tramos más bajos se sitúan cinco comunidades, todas ellas de la España meridional: Extremadura, Castilla-La Mancha, Andalucía, Murcia y Canarias; *sus tasas de analfabetismo y sin estudios superan el 40% de las personas en edad laboral con discapacidades*. Un estudio sobre personas con minusvalía oficial entre 16 y 45 años, llevado a cabo en una de estas regiones (Andalucía), describe así el accidentado itinerario escolar de la mayoría de ellos: «el 65% abandonó en algún momento (sin terminar el ciclo de estudios iniciado), y algo más del 19% continúa estudiando. De éstos, la casi totalidad ha repetido cursos [...]». La repetición de cursos debe entenderse con un doble significado: por el lado positivo, señala la voluntad de unas personas que por encima de todas las dificultades propias y las añadidas de no contar con ayudas suficientes para seguir la marcha del curso, siguen insistiendo en su formación; por el lado negativo, estas repeticiones de curso en cuanto indicador de fracaso escolar no hacen sino denunciar unos programas, planes y medios de estudio que no están adaptados a las posibilidades reales de unos estudiantes que son especiales. La integración laboral no se alcanzará si previamente no se ha conseguido una integración escolar real de acuerdo con las capacidades limitadas de estos esforzados alumnos».⁽⁶⁾

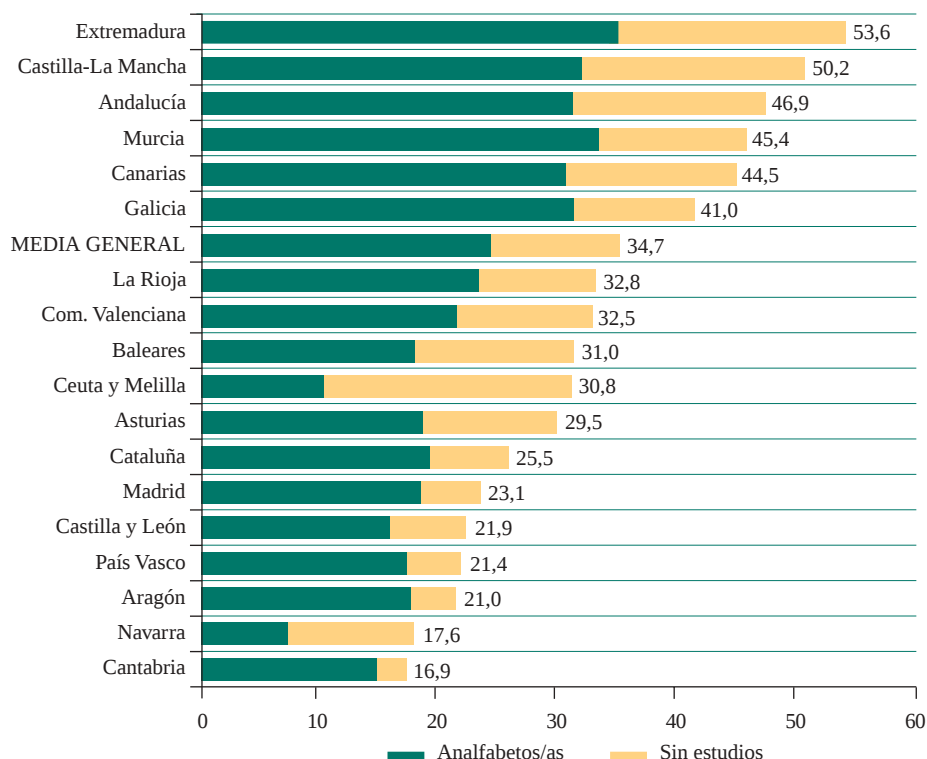
Los niveles de estudios más altos corresponden a comunidades autónomas del norte del país (Cantabria, Navarra, Aragón, País Vasco y Castilla y León) seguidas por Madrid y Cataluña. El gráfico 5.3 recoge la proporción de personas con discapacidad que no ha superado el nivel de Educación Primaria, distinguiendo las que no saben leer ni escribir («analfabetas») y las que han iniciado estudios pero no han terminado el nivel de Primaria («sin estudios»).

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

Gráfico 5.3

PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN EDAD LABORAL ANALFABETAS Y SIN ESTUDIOS, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Porcentaje que no ha superado la Educación Primaria



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

5.4. Pensiones: principal vía de inserción de los hombres

Las pensiones proporcionan a sus perceptores unos ingresos⁽⁷⁾ que, sumados a veces a otras rentas laborales, contribuyen a hacerles acreedores del reconocimiento y la atención de las personas de su entorno (normalmente la propia familia). Para la población general, la percepción de una pensión

(7) En 1999, la Seguridad Social destinó un total de 926.268 millones de pesetas (5.570 millones de euros) a las pensiones contributivas de incapacidad permanente y a las no contributivas de invalidez, correspondientes a personas

se asocia con la edad de jubilación, momento que se identifica, como ya hemos visto, con el deterioro de la salud y la necesidad de cuidados por parte de otras personas. En el caso de los sujetos en edad laboral con discapacidades que perciben pensiones, éstas contribuyen indudablemente a mejorar sus condiciones de vida, pero, al remitir directamente a la fragilidad o invalidez del sujeto, tienen el riesgo de reforzar en ellos el *estatus de dependencia* con el consiguiente peligro de cronificación. Esta situación no tendría mayores repercusiones si afectara sólo a las personas con discapacidades muy graves, impedidas de desarrollar cualquier tipo de trabajo; sin embargo, se trata de la vía de inserción social más utilizada, que afecta a más de medio millón de personas en edad laboral con discapacidades⁽⁸⁾ y que, probablemente, limita las opciones de aquellos que podrían seguir ejerciendo una actividad remunerada. Por otra parte, el hecho de que muchos pensionistas no trabajen ni busquen empleo se relaciona también con la creciente competitividad del mercado de trabajo, que presenta barreras mayores para dichas personas, sobre todo si están poco cualificadas profesionalmente.

Dentro del colectivo de pensionistas menores de 65 años con discapacidades, se distinguen tres segmentos principales: los perceptores de pensiones contributivas (320.000 en 1999, de ellos el 70% hombres), los de pensiones no contributivas (197.000 en el mismo año, el 53% mujeres) y los que se han jubilado anticipadamente (56.000, el 73% hombres). En el caso de este último grupo no pueden realizar trabajos remunerados por definición, salvo que se sitúen en la economía sumergida.

Quienes perciben *pensiones no contributivas*⁽⁹⁾ no pueden trabajar mientras se benefician de la ayuda, pero sí buscar empleo, lo que hace el 4%

de menos de 65 años. A esta cifra habría que añadir las pensiones normales de jubilación de aquellas personas con discapacidad que se han jubilado anticipadamente (al menos las 56.000 captadas por la *Encuesta sobre Discapacidades* que, según el importe medio de las pensiones de jubilación en aquel año, pudieron representar una partida de 56.717 millones de pesetas (341 millones de euros).

(8) De 1,3 millones de personas con discapacidades en edad laboral (16-64 años) captadas por la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* (1999), reconocían percibir algún tipo de pensión 573.000; sin embargo, en la misma fecha las personas registradas por la Seguridad Social como perceptores de pensiones de «incapacidad permanente» menores de 65 años eran 1.028.902 (797.200 contributivas y 231.702 no contributivas). Esta subrepresentación en la Encuesta de pensionistas de invalidez parece deberse a los estrictos requisitos aplicados para definir el umbral de las «discapacidades».

(9) Las *pensiones no contributivas de invalidez* llegaban en 1999, según los registros de la Seguridad Social, a 231.700 personas, aun cuando la *Encuesta sobre Discapacidades* sólo captara 197.000. Estas ayudas, que se otorgan a personas menores de 65 años, están condicionadas a tener un certificado de minusvalía igual o superior al 65% y demostrar que ni el solicitante ni su familia disponen de recursos suficientes para vivir.

de ellos (el 1% reconoce trabajar irregularmente y el 22,8% señala que tiene «incapacidad para trabajar»). Las prestaciones que reciben (14 pagas mensuales de 37.955 pesetas en 1999) no pretenden que el perceptor acceda a los estándares de vida normalizados de la población, sino, más modestamente, asegurarle unos ingresos mínimos de supervivencia. Como ocurre en otros casos similares, se trata de una ayuda que puede tener efectos perversos desde el punto de vista laboral, sobre todo en los sectores sociales más precarizados. En la medida en que el perceptor de la prestación o los parientes que viven con él pretendan acceder a un empleo que incremente la renta familiar, ello implica automáticamente dejar de percibir la pensión. Pese a la baja cuantía de ésta,⁽¹⁰⁾ la ayuda goza de una regularidad que no es precisamente la norma de los empleos inestables y poco cualificados. En consecuencia, es fácil entender que los condicionamientos de la pensión desincentiven la búsqueda de empleo o, más probablemente, que alimenten la oferta de mano de obra irregular.

De los perceptores de pensión contributiva, el 9% dispone de un empleo remunerado (21.500 personas ocupadas) o lo está buscando activamente (7.500 en paro). La rehabilitación laboral es más frecuente en las situaciones de *invalidez permanente total y parcial*, pues en tales casos los afectados pueden volver a trabajar, incluso en la misma empresa donde antes estaban, y seguir cobrando la pensión.⁽¹¹⁾ Incluso entre los pensionistas con *invalidez absoluta o gran invalidez*, hay personas que ejercen un trabajo remunerado (como es el conocido caso de muchos vendedores del cupón de la ONCE), lo que no es obstáculo para seguir percibiendo también el importe de la pensión.

El empleo del tiempo libre por parte de los pensionistas sin trabajo remunerado lo pueden ocupar de diversas maneras, entre las que destaca el trabajo doméstico (vía utilizada por el 35% de las mujeres pensionistas y

(10) En 1997 eran 14 pagas de 36.510 pesetas mensuales, más un complemento del 50% en el caso de acreditar un grado de minusvalía superior al 75% y necesitar el concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida.

(11) La *invalidez permanente total*, grado alcanzado por el 51% de los pensionistas contributivos en 1999, inhabilita al trabajador para la realización de las tareas habituales de su profesión, pero puede dedicarse a otra distinta que se adapte mejor a la discapacidad que le ha sobrevenido (lo que debe comunicar a la entidad gestora). En cuanto a la *invalidez permanente parcial*, sólo la tiene el 0,56% de los perceptores y, aunque puede ocasionar al trabajador una cierta disminución de su rendimiento, no le inhabilita para ejercer su profesión habitual.

por el 3% de los hombres), mientras que sólo el 2,6% se dedica al estudio y un testimonial 0,2% (menos de 1.000 personas) implica su tiempo en asociaciones de voluntariado.

5.5. Trabajo doméstico: principal vía de inserción de las mujeres

El trabajo doméstico en el seno de la unidad familiar, pieza clave para la reproducción del sistema social, es una de las vías de inserción social que más utiliza la población general adulta, sobre todo las mujeres.⁽¹²⁾ Se puede considerar que, pese a no percibir una contrapartida monetaria, el trabajo doméstico puede ser fuente de autonomía y desarrollo personal cuando responde a un proyecto compartido de pareja o de familia donde otra u otras personas aportan el trabajo remunerado. No obstante, a pesar de que el trabajo doméstico es necesario para la reproducción de la sociedad, su ejercicio goza de poco prestigio y la imagen de las «amas de casa» (expresión popular con connotaciones sexistas) está muy extendida, desvalorizando las tareas que se realizan en el seno del hogar. Esto explica la tendencia de las últimas generaciones de mujeres a trabajar fuera de casa,⁽¹³⁾ aun cuando ello les suponga con frecuencia un exceso de trabajo y el consiguiente estrés (la llamada «doble jornada») debido a la escasa implicación del marido y de los hijos. Asimismo, la poca valoración de las tareas domésticas se manifiesta en el deseo que tienen muchas «amas de casa» de llegar a tener un empleo remunerado, aunque la mayoría no lo busca activamente por diversas circunstancias.⁽¹⁴⁾

En este contexto, resulta significativo que 338.000 mujeres, que representan más de la mitad (51,9%) de las que tienen discapacidades en

(12) Según una encuesta sobre usos del tiempo aplicada en 1991, las mujeres ocupaban en tareas domésticas un promedio de 7,5 horas diarias y los varones 1,5 horas (casi cinco veces menos). CIRES (1992): *La realidad social de España, 1990-91*, coedición de Fundación BBV, Bilbao Bizkaia Kutxa y Caja de Madrid, Bilbao.

(13) Según la Encuesta de Población Activa, las mujeres españolas casadas entre 25 y 44 años han duplicado con creces su tasa de actividad en los últimos veinte años, pasando del 22% a algo más del 50%.

(14) Según una encuesta del CIS de 1990, el 14% de las mujeres que se dedicaban con exclusividad al trabajo doméstico estaban buscando empleo, pero las que lo echaban de menos eran el 53%. Si ambos grupos de mujeres se incorporaran a las estadísticas de parados, éstos aumentarían en casi tres millones. Véase Cruz, P. y Cobo, R. (1991): *Las mujeres españolas: lo privado y lo público*, CIS, Madrid, págs. 67-69.

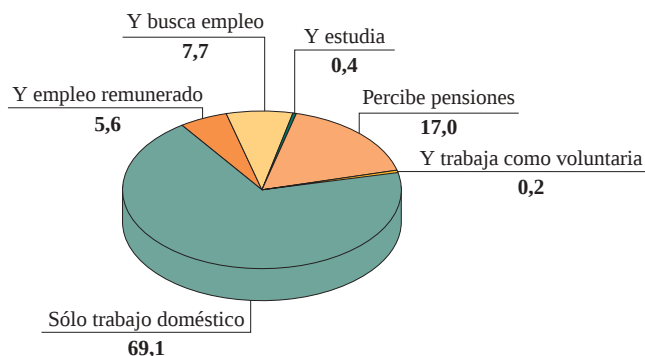
edad laboral, encuentren como principal vía de inserción el trabajo doméstico, mientras que tan sólo el 15,9% de ellas ha podido acceder a un empleo remunerado. Entre los hombres en edad laboral con discapacidades, sólo consideran las tareas domésticas como ocupación importante el 2,7%, mientras que encuentran empleo remunerado en doble proporción (31,6%) que las mujeres. Resulta evidente, por tanto, la *doble discriminación del colectivo femenino con discapacidades, por su limitación física, psíquica o sensorial, y por el hecho de ser mujeres, que las aboca a la vía de inserción social menos valorada por la población: encargarse de las tareas domésticas*.

Como ya hemos indicado, la vía del trabajo doméstico es la que más se combina con otras actividades. Si nos limitamos a las mujeres que desempeñan las tareas domésticas, un 5,6% tiene empleo remunerado y otro 7,7% busca empleo activamente (definición restrictiva de «paro»); además, el 17% percibe pensiones, sobre todo no contributivas y un 0,4% sigue estudios. El gráfico 5.4 ofrece una visión de conjunto de la proporción de mujeres en edad laboral con discapacidades que tienen a su cargo las tareas domésticas, distinguiendo aquellas que combinan ese trabajo con otros sistemas o subsistemas de inserción social.

Gráfico 5.4

MUJERES EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES QUE SE ENCARGAN DE LAS TAREAS DOMÉSTICAS

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

VI. Acceso al trabajo remunerado

6.1. Baja tasa de actividad. Causas aducidas para no buscar empleo

La *tasa de actividad* de la población total en España,⁽¹⁾ tal como se recoge en el gráfico 6.1, duplica la tasa correspondiente de las personas con discapacidades. Esto corrobora el escaso acceso de este colectivo al mercado de trabajo que ya constató el Panel de Hogares de la Unión Europea aplicado por EUROSTAT en 1996, según el cual España ocupaba el último lugar de la Unión en cuanto a la proporción de personas ocupadas con discapacidad severa (véase el apartado 1.3).

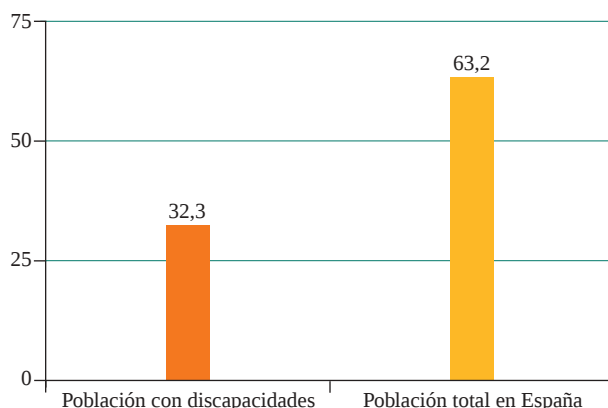
Más de dos tercios de las personas en edad laboral con discapacidades parecen haber renunciado a la vía de inserción que se considera más propia de la etapa adulta: *el desempeño de un empleo remunerado*. ¿Acaso sus trastornos funcionales les impiden ejercer cualquier tipo de trabajo?, ¿se han desanimado de buscar empleo ante las dificultades que encuentran?, ¿en qué proporción desarrollan actividades no remuneradas como el estudio o las tareas del hogar?, ¿quizás las pensiones de invalidez desincentivan la necesidad de buscar trabajo?

(1) En adelante, los datos relativos al mercado de trabajo español los tomamos de la Encuesta de Población Activa aplicada en el segundo trimestre de 1999, período en el que se aplicó la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*. Nuestra *tasa de actividad* se obtiene como porcentaje de las personas ocupadas y paradas sobre la población en edad laboral (16-64 años), mientras que la EPA la obtiene en relación a toda la población de 16 y más años. Según este último criterio, la tasa de actividad en España en el segundo trimestre de 1999 era de 49,9% (en lugar del 63,2%) y la de las personas con discapacidad sería del 12,7% (en lugar del 32,3%).

Gráfico 6.1

TASAS DE ACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES Y DE LA POBLACIÓN TOTAL EN ESPAÑA (16-64 AÑOS)

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999 y de la Encuesta de Población Activa, segundo trimestre de 1999.

La *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* plantea a las personas «inactivas» en edad laboral una lista de las posibles causas por las que no buscan empleo y se les invita a escoger hasta un máximo de tres de ellas. Hemos procedido a un análisis agregado⁽²⁾ de las respuestas y las hemos cruzado con otras variables del cuestionario, lo que permite recoger las siguientes *causas de no buscar empleo*:

• **1ª Causa: no pueden trabajar** (553.000 personas, 60% de las «inactivas»). Es la causa más aducida para no buscar empleo, pero ello no significa necesariamente que tales personas estén impedidas funcionalmente para trabajar, sino simplemente que, debido a múltiples circunstancias, no se encuentran en condiciones de acceder a un empleo. Entre tales circunstancias, destacan las siguientes:

(2) Las 16 causas recogidas en el cuestionario son con frecuencia redundantes y las hemos reducido a 5 para evitar confusiones. Por ejemplo, bajo la categoría *No pueden trabajar* hemos agrupado dos respuestas del cuestionario: «No puede trabajar» y «Estar jubilado», ya que esta última causa implica no poder trabajar, pero entonces hemos descontado las respuestas duplicadas (el 28% de los «jubilados» había marcado también la casilla «No puede trabajar»).

1. *Ser jubilado o pensionista.* En el primer caso, que afecta a 143.000 personas, en su mayoría entre 50 y 64 años, es lógico que no se busque empleo ya que la *prejubilación* implica el abandono de la actividad laboral. No ocurre lo mismo entre los perceptores de pensiones contributivas (189.000) o no contributivas (120.000) que no buscan empleo, ya que la legislación vigente les permite «el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido, y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo». ⁽³⁾ Sin embargo, este «permiso» de la ley para poder trabajar –tan crípticamente formulado– no casa bien con la filosofía general de las pensiones, que precisamente tratan de paliar la supuesta «invalidez laboral» de los afectados. La aparente contradicción de las disposiciones legales ha dado lugar a una amplia controversia jurídica y ha sembrado la confusión en el colectivo afectado, a pesar de los esfuerzos de aclaración promovidos por las asociaciones. ⁽⁴⁾ Muchas personas con pensiones no buscan empleo sencillamente porque creen que una condición para seguir recibiendo la pensión es no estar trabajando.

2. *Estar «incapacitado» para trabajar.* En esta situación se encuentran unas 140.000 personas que no buscan empleo. No obstante, ya sabemos que la definición de «incapacidad para trabajar» incluye tanto a los sujetos que están «indefinidamente incapacitados» para ejercer cualquier empleo como a quienes se encuentran incapacitados para la ocupación que tenían antes, pero que pueden desempeñar tareas distintas (véase el apartado 2.2).

3. *Dedicarse a las «labores del hogar» a tiempo completo.* Esta es la causa de «no poder trabajar» en el mercado de trabajo remunerado de 117.000 personas, en su mayoría mujeres.

4. *Estar estudiando.* Unas 6.000 personas de las que señalan que «no pueden trabajar» son estudiantes, situación que consideran incompatible con tener un empleo.

(3) Real Decreto 1/94, de 20 de junio, de la Ley General de Seguridad Social, art. 141.2 (pensiones contributivas) y 144.1 (pensiones no contributivas).

(4) Véase, por ejemplo, Gutiérrez, M. J. (1997): *Compatibilidad entre trabajo y pensiones*, COCEMFE de Castilla-La Mancha, Toledo.

• **2ª Causa: se han desanimado de buscar empleo** (215.000 personas, 23,8% de las inactivas). La mayoría de estas personas –160.000– considera expresamente que «debido a la discapacidad, sería muy difícil encontrar empleo». En otros casos se han desanimado después de una búsqueda infructuosa o bien no saben dónde buscar un empleo adecuado a sus condiciones. Constituyen el sector con una problemática más clara de discriminación laboral y afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres (probablemente porque éstas recurren con mayor frecuencia al trabajo doméstico). Por grupos de edad, los que se sienten más discriminados laboralmente a causa de su discapacidad son los jóvenes y las personas de edad intermedia.

• **3ª Causa: no necesitan trabajar** (67.000 personas, 7% de las inactivas). Se trata mayoritariamente de mujeres «amas de casa» con más de 50 años y con los ingresos familiares ya cubiertos por el marido u otros miembros del hogar.

• **4ª Causa: no buscan empleo por razones familiares o personales** (63.000 personas, 6,9% de las inactivas). En el 95% de los casos se trata, como en el grupo anterior, de mujeres ocupadas en las tareas del hogar, pero ahora principalmente en la edad de criar hijos (30-49 años). Dan a entender que les gustaría trabajar fuera de casa, pero que no lo pueden hacer por la acumulación de trabajo doméstico.

• **5ª Causa: son estudiantes** (36.000 personas, 4% de las inactivas). No buscan empleo «por cursar estudios o recibir formación». Son mayoritariamente jóvenes, entre 16 y 29 años.

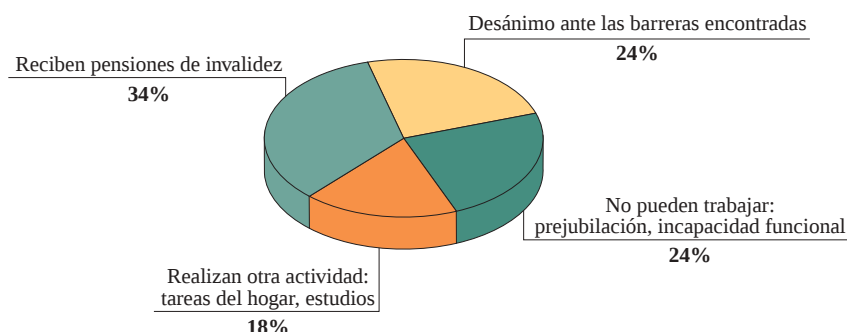
• **6ª Causa: esperan encontrar empleo más adelante** (8.000 personas, 0,88% de las inactivas). Este pequeño grupo de personas con discapacidades espera para buscar empleo a que llegue una estación de mayor actividad o bien a recibir el resultado de solicitudes anteriores o a reanudar en el futuro una actividad por cuenta propia.

Como balance se puede afirmar que existen cuatro principales razones por las que la mayoría de las personas con discapacidad en edad laboral no buscan empleo: 1) *no tener capacidad legal o funcional para desempe-*

ñar ningún tipo de trabajo (los «prejubilados» y quienes están «incapacitados» para ejercer cualquier actividad); 2) *realizar otra actividad* (estudios y tareas domésticas); 3) *percibir una pensión –contributiva o no contributiva– que les permite vivir sin trabajar o que consideran incompatible con ejercer un trabajo*; y 4) *haberse desanimado de buscar empleo ante las barreras que han encontrado cuando lo han intentado* (en este caso, muchos afectados consideran que tales barreras se deben precisamente a sus discapacidades). El gráfico 6.2 recoge aproximadamente la importancia cuantitativa de estos cuatro tipos de razones aducidas para justificar su inactividad laboral.

Gráfico 6.2

CAUSAS ADUCIDAS POR LAS PERSONAS INACTIVAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES PARA NO BUSCAR EMPLEO



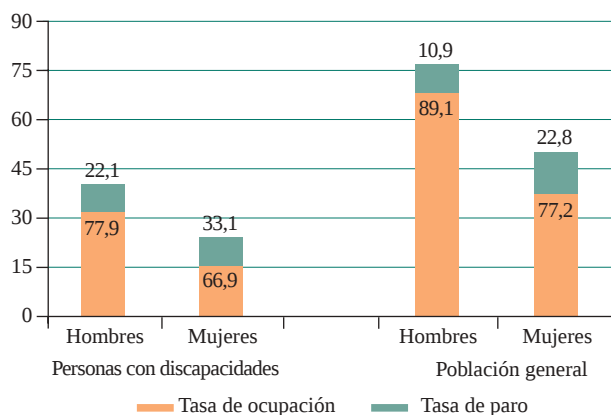
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

6.2. Tasas de actividad, ocupación y paro en función de diversas variables

Una característica común a las personas con discapacidades y a la población general es la gran diferencia de las tasas de actividad, ocupación y paro entre hombres y mujeres. El gráfico 6.3 expresa visualmente esta *división sexual del trabajo* que discrimina a las mujeres de ambos grupos, pero con mayor intensidad a las que tienen discapacidades. Si en la pobla-

Gráfico 6.3

TASAS DE OCUPACIÓN Y PARO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES Y DE LA POBLACIÓN TOTAL



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999 y de la Encuesta de Población Activa, segundo trimestre de 1999.

ción general la *tasa de actividad* de los hombres es un 56% superior a la de las mujeres, esta diferencia se eleva al 70% entre los hombres y mujeres con discapacidades.⁽⁵⁾ La *tasa de paro* (proporción de personas activas que se encuentran sin trabajo y buscan empleo) es mayor entre las mujeres, pero mientras que en la población general no llegaba al 23%, en las mujeres con discapacidades se elevaba al 33%. Esto supone que, *de cada 100 de este último grupo, sólo 24 tratan de acceder al mercado de trabajo y únicamente 16 lo consiguen efectivamente*. Por su parte, *de cada 100 hombres en edad laboral con discapacidades, 41 tratan de acceder al mercado laboral y 32 lo consiguen*.

Por tramos de edad, la *tasa de actividad* se incrementa en hombres y mujeres entre los 30 y los 49 años en relación a la juventud, para caer en picado –sobre todo en el caso de las mujeres– en el tramo de 50 a 64 años. Sin embargo, las *tasas de ocupación* más bajas se producen en la juventud y aumentan a medida que avanza la edad, en correspondencia con una

(5) Véanse datos completos en el Anexo estadístico, tabla 2.3.

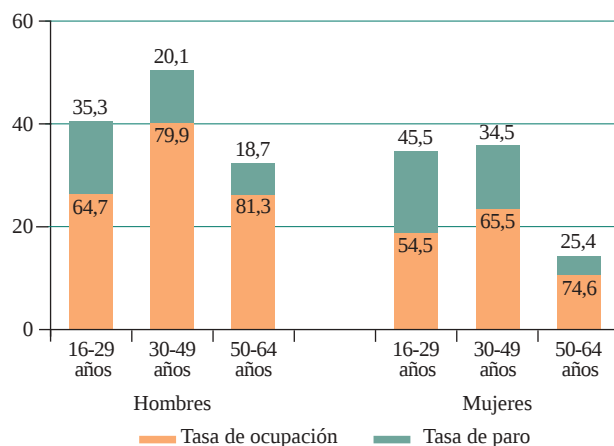
reducción progresiva de la *tasa de paro*. Esto no significa que la situación laboral de las personas con discapacidades mejore en general con el paso de los años, sino, más bien, que en los tramos juvenil e intermedio hay una mayor esfuerzo por acceder al mercado de trabajo que luego remite a partir de los 50 años, probablemente como efecto combinado del desánimo que producen las barreras encontradas para acceder a un empleo digno y debido también a la relativa facilidad con que se accede en España a una pensión de invalidez. En definitiva, el paro desciende a medida que se avanza en edad porque disminuye la tasa de actividad (véase el gráfico 6.4).

Otro factor que incide sobre las tasas de actividad, ocupación y paro es el *tipo de discapacidad*. Se encuentran en mejor situación las personas que tienen *discapacidades sensoriales* (de audición o visión) y peor las relacionadas con *problemas de autocontrol y comportamiento* (cuidar de la propia persona, aprender y aplicar conocimientos, comunicarse y relacionarse con los demás, realizar las tareas del hogar); en una posición intermedia se

Gráfico 6.4

TASAS DE OCUPACIÓN Y PARO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES

Porcentaje de personas con discapacidad en edad laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

sitúan las personas con *discapacidades físicas* (desplazarse dentro o fuera del hogar, utilizar brazos y manos). La tabla 6.1 recoge con detalle las tasas de actividad/inactividad, ocupación y paro por tipos de discapacidad. Para leer esta tabla conviene tener en cuenta que una misma persona puede tener varias discapacidades (en las personas de 16 a 64 años la media son cinco por individuo) por lo que no tiene sentido sumar los datos de las columnas.

Tabla 6.1

TASAS DE ACTIVIDAD, OCUPACIÓN Y PARO POR TIPOS DE DISCAPACIDAD

Ambos sexos

Tipo de discapacidad	Personas en edad laboral			Personas activas		
	Total	Tasa de inactividad	Tasa de actividad	Total	Tasa de ocupación	Tasa de paro
Trastornos en la visión	291.193	60,4	39,6	115.360	73,8	26,2
Trastornos de audición	283.055	54,6	45,4	128.550	76,6	23,4
Dificultad para comunicarse	213.706	84,6	15,4	32.909	63,9	36,1
Problemas para aprender y aplicar conocimientos	211.361	85,4	14,6	30.814	52,1	47,9
Dificultad para desplazarse en el hogar	402.042	75,8	24,2	97.434	52,2	47,8
Dificultad para utilizar brazos y manos	431.486	77,5	22,5	97.193	53,4	46,6
Dificultad para desplazarse fuera del hogar	708.443	77,4	22,6	160.398	57,0	43,0
Dificultad de la persona para cuidar de sí misma	194.444	88,9	11,1	21.489	55,2	44,8
Dificultad para realizar tareas del hogar	491.609	84,2	15,8	77.821	48,4	51,6
Dificultad para relacionarse con otras personas	208.036	84,5	15,5	32.215	44,4	55,6

Nota: Una misma persona puede estar en más de un tipo de discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

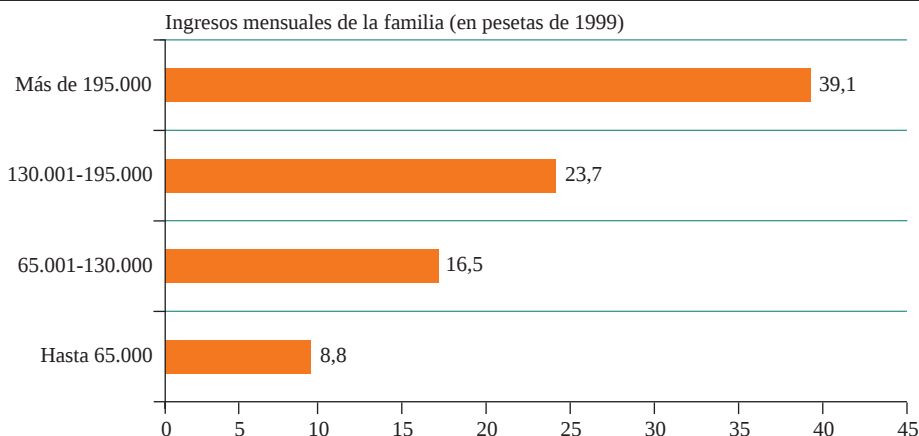
Las tasas de actividad, ocupación y paro varían mucho, también, en función del nivel de ingresos de las familias a las que pertenecen las personas con discapacidades. Parece lógico pensar que las familias con mayores recursos económicos encuentren más facilidades para ayudar a encontrar empleo a los parientes con discapacidad; por otro lado, el hecho de tener un

empleo contribuye a incrementar los ingresos familiares, por lo que ambas variables se refuerzan mutuamente. El gráfico 6.5 muestra la proporción de personas con empleo en función del nivel de ingresos del conjunto de la familia.

Gráfico 6.5

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES CON EMPLEO SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS DE LAS FAMILIAS

Porcentaje con empleo



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

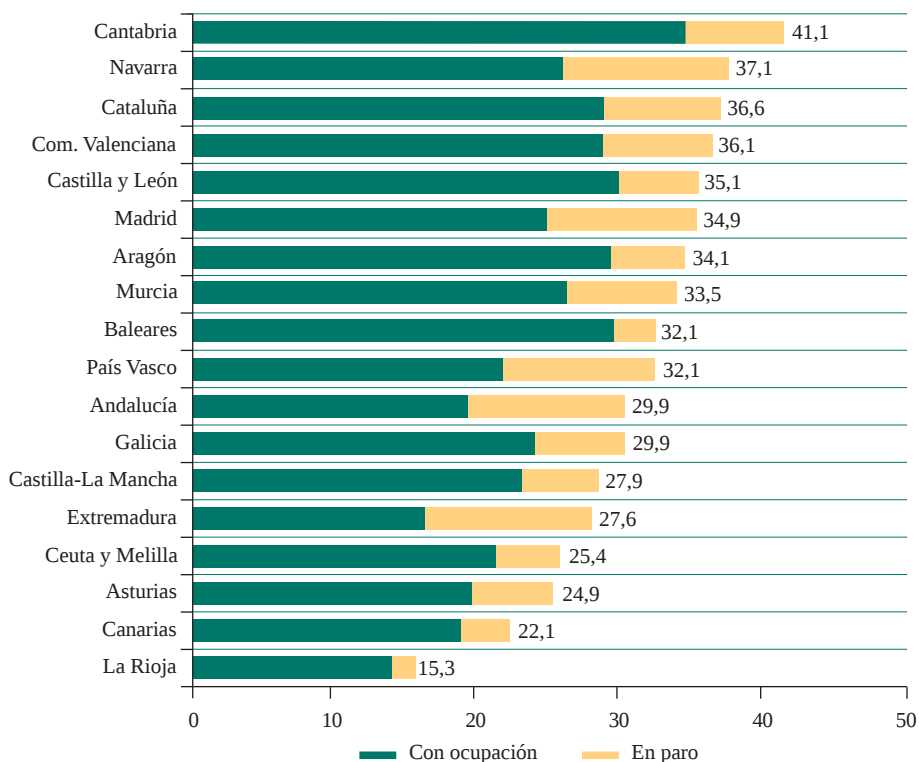
Por último, tal como ocurre con la población general, la inserción laboral de las personas con discapacidades varía de unas regiones a otras. La *tasa de actividad* (proporción de personas ocupadas y en paro sobre el total en edad laboral) es más elevada en Cantabria, Navarra y Cataluña, y más baja en La Rioja, Canarias y Asturias. En cambio, Baleares, La Rioja⁽⁶⁾ y Aragón son las que tienen mayor *tasa de ocupación* (proporción de personas ocupadas sobre el conjunto de las activas) y Extremadura y Andalucía las que tienen mayor *tasa de paro*. El gráfico 6.6 recoge con detalle las tres tasas para cada comunidad autónoma.

(6) La baja tasa de actividad de las personas con discapacidad en La Rioja resulta anómala en relación a las comunidades cercanas, como Cantabria o Navarra. Entre otras razones puede haber influido el bajo tamaño muestral aplicado en dicha comunidad.

Gráfico 6.6

TASAS DE ACTIVIDAD, OCUPACIÓN Y PARO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES (16 A 64 AÑOS)

Tasa de actividad (Ocupación + Paro / Total)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

6.3. Cambios laborales al sobrevenir la discapacidad

El 30% de las personas en edad laboral ha tenido que modificar su actividad u ocupación debido al padecimiento de alguna discapacidad. Estos cambios afectan mucho más a los hombres (38%) que a las mujeres (21%) y ello por una sencilla razón: la actividad que se ve más comprometida es el *empleo remunerado*, donde los hombres estaban más presentes,

mientras que apenas repercute en el *trabajo doméstico*, especialidad más habitual de las mujeres. La principal actividad que se ha tenido que abandonar a causa de la discapacidad ha sido el empleo remunerado (93,2%), mientras que tan sólo el 1% de los abandonos corresponde a «labores del hogar».

La mayoría de quienes han dejado de trabajar a causa de la discapacidad ha pasado a la situación de pensionista o jubilado (55% de los que han experimentado cambios), mientras que el 30% pasa a clasificarse como «incapacitado para trabajar»; segmentos menores han pasado a la situación de parados (6%), a emplearse en las tareas del hogar (2%) o a otras situaciones (7%).

El impacto de las discapacidades en la actividad laboral es muy importante, hasta el punto de que más de la mitad de quienes tenían empleo tuvieron que abandonarlo por ese motivo.⁽⁷⁾ En términos absolutos esto significa que de las 630.000 personas que tenían *empleo remunerado*, 318.000 lo perdieron a causa de la discapacidad (50,3%) y 312.000 lo mantuvieron (49,7%); el número de *parados* se incrementó en un 22%, al pasar de 90.000 a 110.000; el 14% de los *estudiantes* tuvo que abandonar su formación a causa de la discapacidad, pasando de 41.000 a 36.000; y los sectores que más crecieron fueron los *pensionistas y jubilados*, que casi se duplicaron (pasaron de 236.000 a 424.000); en cuanto a las personas dedicadas a las «tareas del hogar», mayoritariamente mujeres, su número se incrementó muy ligeramente, pasando de 204.000 a 209.000. Esta evolución, que se recoge en el gráfico 6.7, corrobora la afirmación de que *la política de discapacidades en España tiende a privilegiar la vía de las pensiones en detrimento de la rehabilitación laboral de las personas afectadas*.

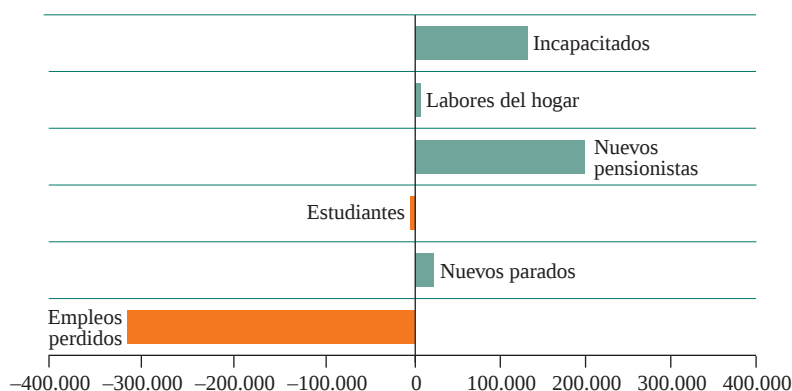
Por grupos de edad, los cambios en relación con la actividad son tres veces más frecuentes después de los 50 años que antes de los 30. Así, de los 318.000 puestos de trabajo perdidos al sobrevenir la discapacidad, 12.000 corresponden a hombres y mujeres con menos de 30 años, 104.000 a personas entre 30 y 49 años y 202.000 a quienes tenían 50 o más años.

(7) Si la persona efectuó más de un cambio de actividad debido al padecimiento de alguna/s discapacidad/es, sólo se recoge el primer cambio efectuado.

Gráfico 6.7

CAMBIOS DE ACTIVIDAD AL SOBREVENIR LAS DISCAPACIDADES

Saldo resultante por tipos de actividad



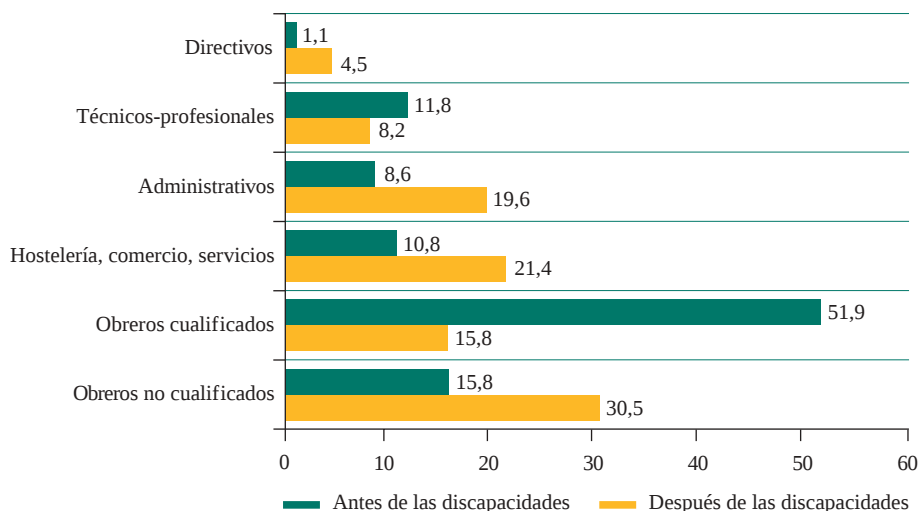
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Además de las 318.000 personas que han abandonado el mercado de trabajo a consecuencia de sus discapacidades, otras 36.000 se han visto obligadas por el mismo motivo a cambiar la ocupación concreta que tenían, es decir, a abandonar su antiguo empleo y desempeñar otro distinto, más «apropiado» a sus capacidades. En general, la tendencia principal de estos cambios es a pasar de empleos cualificados a otros menos cualificados. En particular, se reducen de forma importante los empleos cualificados en la industria y en la conducción de maquinaria, así como los técnicos y profesionales, mientras que se incrementan los peones, los administrativos y los empleados de la hostelería, el comercio y los servicios personales. Sin embargo, aumenta notablemente el porcentaje de personas con discapacidad ocupadas en puestos directivos, tal como se recoge en el gráfico 6.8.

Gráfico 6.8

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA OCUPACIONAL AL SOBREVENIR LAS DISCAPACIDADES (AMBOS SEXOS, ENTRE 16 Y 64 AÑOS)

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

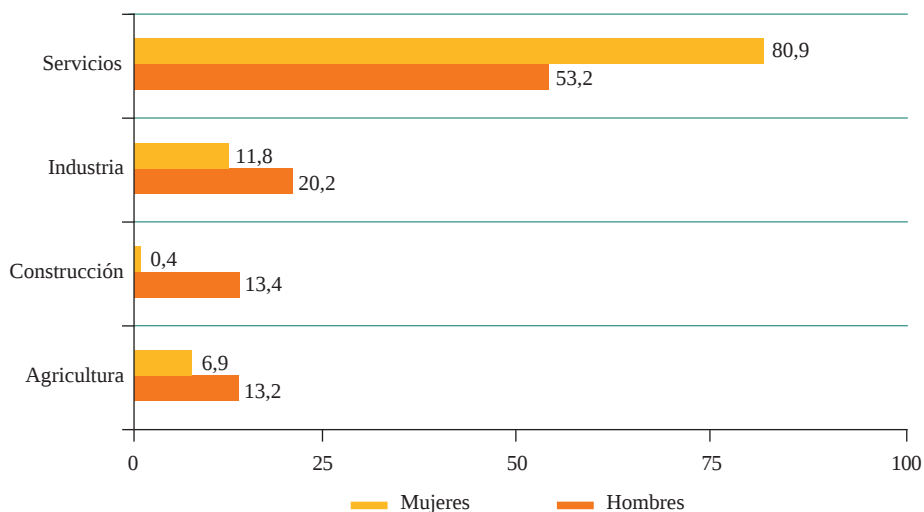
6.4. Sector de actividad y situación profesional de las personas ocupadas

La distribución por sectores de actividad de las personas ocupadas con discapacidades es muy parecida a la media de la población ocupada española: están algo más presentes en el sector *servicios* (62,3%, la media española era del 60,5%) y en el sector *agrario* (11,1%, frente al 7,4%), y menos presentes en la *industria* (17,5%, frente al 19,9%) y en la *construcción* (9,1%, frente al 10%).

Por sexo, la distribución por sectores de actividad es también muy parecida a la media estatal: los hombres están más especializados en la agricultura, la industria y la construcción, y las mujeres en el sector servicios. El sector donde las personas con discapacidades están más presentes, en tér-

SECTOR DE ACTIVIDAD DE LAS PERSONAS OCUPADAS CON DISCAPACIDADES

En porcentaje

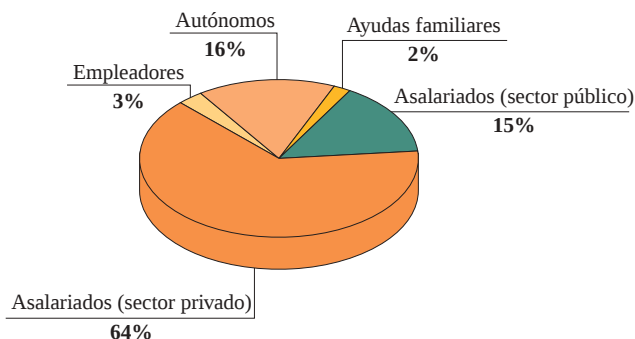


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

minos relativos, es la *agricultura* (13% de los hombres y 7% de las mujeres), lo que se acentúa en el tramo de edad de 50 a 64 años (20% de los hombres y 12% de las mujeres ocupadas). En términos absolutos, cuatro de cada cinco mujeres ocupadas lo están en el *sector servicios* (proporción que llega al 87,5% en el tramo de 16 a 29 años), mientras que los hombres se reparten en todos los sectores: *servicios*, 53%; *industria*, 22%; *construcción*, 13,4%; y *agricultura*, 13,2%.

La distribución entre trabajadores por cuenta propia y por cuenta ajena es también similar a la media española. La mayoría (79,7%) son personas *asalariadas*, sólo 1,5 puntos por encima de la media española (78,2%). De los trabajadores por cuenta propia, los *empleadores* (3,3%) son bastantes menos que la media estatal (5,5%), al revés que los trabajadores *autónomos* que son más (15,5%, por una media española del 13,8%). En

SITUACIÓN PROFESIONAL DE LAS PERSONAS OCUPADAS CON DISCAPACIDADES



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

cuanto a «ayudas familiares», sólo representan el 1,5% de las personas con discapacidad ocupadas (2,5% en el conjunto de la población ocupada española). Por último, sorprende que la proporción de asalariados en el sector privado de la economía sea mayor entre las personas con discapacidad (65,1%) que entre la población española en general (62%), mientras que ocurre lo contrario en el sector público (14,6% y 16,2%, respectivamente). Según esto, podemos deducir que, pese a la «reserva de plazas» existente en la administración,⁽⁸⁾ *el acceso de las personas con discapacidades a empleos del sector público presenta más barreras que el sector privado.*

Por sexos, las diferencias de situación profesional se modulan de manera similar a la media estatal: hay doble número de hombres empleadores que de mujeres, mientras que hay más trabajadoras autónomas y «ayudas familiares». En cuanto al trabajo por cuenta ajena, las mujeres dependen más del sector público (23% de las asalariadas) que los hombres (16%).

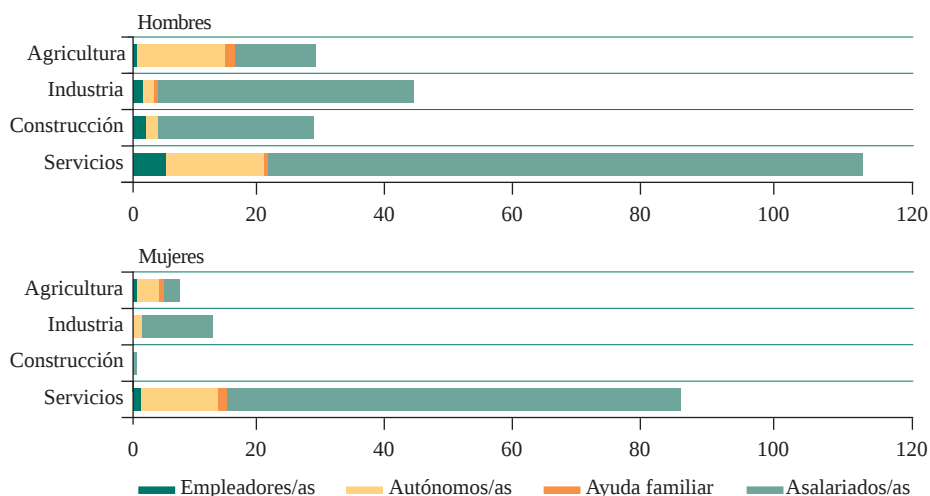
(8) El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía realiza desde 1985 un seguimiento sistemático del acceso de personas con discapacidad a empleos del sector público a través de la cuota de reserva del 3%. Sus informes indican que sólo un sector menor de los aspirantes consigue la plaza correspondiente, al parecer debido a «las carencias de las personas con discapacidad en cuanto a formación y preparación para acceder al puesto de trabajo ofertado». Consejo Económico y Social (1995): *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid, pág. 12.

Si cruzamos la situación profesional con el sector de actividad, las diferencias internas son muy importantes. Cabe destacar la gran importancia del trabajo por *cuenta propia* en la agricultura (pequeños agricultores sin asalariados) y en menor proporción en los servicios, mientras que los *asalariados del sector privado* destacan en la industria y la construcción y *los del sector público*, en los servicios. El gráfico 6.11, que recoge la situación profesional de las personas con discapacidad por sexos, permite observar la magnitud que representa el colectivo estudiado en cada sector de actividad.

Gráfico 6.11

SECTOR DE ACTIVIDAD Y SITUACIÓN PROFESIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES OCUPADAS

En miles



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

6.5. Principales ocupaciones

La Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias recogió la ocupación de las personas con discapacidades utilizando la clasificación en 10 epígrafes de la Encuesta de Población Activa. Se trata de categorías muy amplias, que nosotros reducimos a siete, y cuyas características principales son las siguientes:

1. **Directivos.** Incluye a directores y gerentes de las empresas y de la administración pública. Son 15.000 y representan el 5% de las personas con discapacidad ocupadas, una proporción bastante menor que la media de directivos en el conjunto de España (8,5%). De las personas con discapacidad en puestos de dirección, el 17% son funcionarios públicos y el restante 83% tienen contrato indefinido en empresas privadas. El tamaño de las empresas que dirigen es muy variado y bastante similar a la media española: el 32% no tiene asalariados (pequeños comercios, bares, etc.); el 46% gestiona empresas privadas con menos de 10 empleados; y el restante 22% se sitúa en la administración pública o en empresas privadas de 10 o más asalariados. Por sexo, hay tres hombres por cada mujer directiva, mientras que la proporción en el conjunto de España es de dos a una.

2. **Técnicos y profesionales.** Incluye a profesionales con titulaciones universitarias y de grado medio. Suman en conjunto algo más de 30.000 personas, que son el 10% de las personas con discapacidad ocupadas, justamente la mitad de lo que suponen los «profesionales» entre el conjunto de la población (20%). Por sexo, las mujeres están algo más representadas (11%) que los hombres (9%); son funcionarios públicos uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres. La mayoría de los técnicos y profesionales con discapacidades trabaja en grandes empresas (el 60% con más de 100 empleados y sólo el 24% con menos de 10).

3. **Administrativos.** Incluye los empleos de tipo administrativo en cualquier rama de actividad. Son 31.000 personas, que representan el 10% del colectivo con discapacidades, una proporción similar al grupo anterior, pero que en este caso es ligeramente superior a la proporción de empleados administrativos en la población ocupada española (9,7%). Por sexo, las mujeres duplican a los hombres en esta ocupación, tanto entre las personas con discapacidad como en el conjunto de los ocupados del país. En cuanto a los tipos de contratación, predominan los indefinidos (81%, de ellos un tercio funcionarios públicos) y el 18% son de duración temporal (27% las mujeres).

4. **Hostelería, comercio y servicios personales.** Incluye a trabajadores de la hostelería, vendedores de comercio, servicios personales y de protección y seguridad. Son casi 60.000 personas, que representan el 18,7% de

los ocupados con discapacidades. En el mercado de trabajo en general, esta ocupación representa el 13,4%. Por sexos, la proporción de mujeres con discapacidades (30%) es muy superior a la de los hombres (13,3%), lo que también ocurre en el mercado de trabajo español en general. Por tipos de contratación, prevalecen las personas con contrato indefinido (70%), aunque hay importantes bolsas de empleo temporal (18%) y sumergido, es decir, sin contrato (2% de los hombres y 10% de las mujeres con discapacidad). El tamaño de las empresas es muy variado: una cuarta parte trabaja en las que tienen más de 500 empleados y otra cuarta parte en las que ellos son únicos empleados; entre ambos extremos, el 30% tiene menos de 10 empleados y el restante 20% entre 10 y 500. Las mujeres están ocupadas en empresas más pequeñas que los hombres.

5. Obreros cualificados. Se incluyen aquí los trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca; de las industrias manufactureras, la construcción y la minería; y los operadores, instaladores y conductores de instalaciones, maquinaria y medios de transporte. En conjunto es el sector ocupacional más grande entre las personas con discapacidad, que da trabajo a casi una tercera parte (32,5%), si bien con una gran diferencia entre los hombres (47%) y las mujeres (14,7%). En el mercado de trabajo español, los obreros cualificados suponen el 33,2% de la fuerza ocupada, una proporción ligeramente superior a la media de las personas con discapacidad. Los trabajadores cualificados del sector agrario se emplean mayoritariamente por cuenta propia (55%) o lo hacen por cuenta ajena en empresas de menos de 10 empleados (38%), mientras que los obreros industriales, de la construcción y la minería, y los operadores, instaladores y conductores son en su mayoría asalariados (más del 85%) en empresas de todos los tamaños.

6. Obreros no cualificados. Peones y personal sin cualificación de cualquier rama de actividad. Suman 75.000 empleados, que representan el 24% de las personas ocupadas con discapacidad, una proporción muy superior a la media española (14,7%). Por sexo, las diferencias en el colectivo de personas con discapacidades (26% las mujeres, 19% los hombres) son algo menos pronunciadas que en la población española en general (19% las mujeres, 12% los hombres). En cuanto a la forma de contratación, el 9% de los

peones no tiene contrato y el 23% lo tiene de duración temporal, proporciones que empeoran en el caso de las mujeres (18 y 24%, respectivamente).

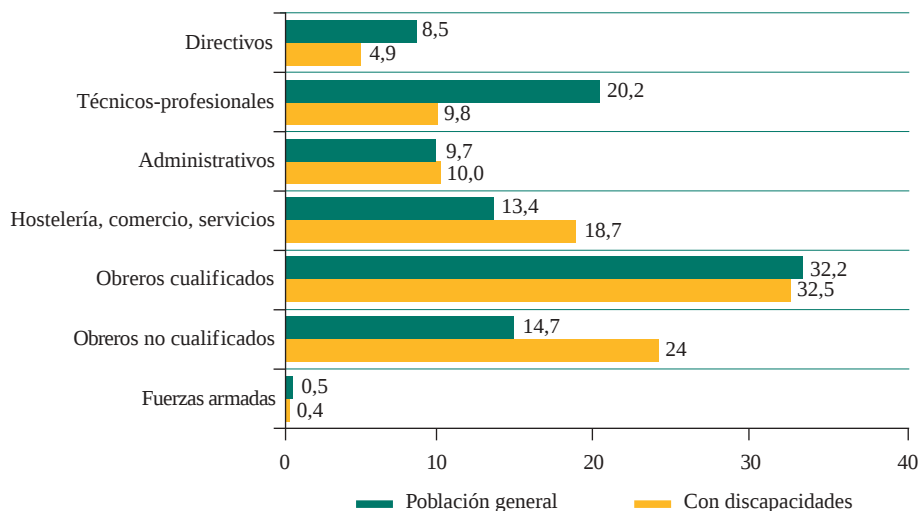
7. Fuerzas armadas. Tienen esta ocupación algo más de un millar de hombres, todos ellos con más de 30 años de edad. Sólo representan el 0,5% del conjunto de personas con discapacidad ocupadas (0,6% en el conjunto de la población española). El 94% son funcionarios y el 6% restante tienen contrato indefinido.

El gráfico 6.12 recoge la proporción que representan las diversas ocupaciones en el colectivo de personas con discapacidad y en el conjunto de la población española. En general se puede observar que *el grupo estudiado está menos presente en empleos que requieren mayor cualificación (directivos, profesionales y obreros cualificados) y más en los que requieren niveles de preparación más bajos (hostelería, comercio y servicios personales, y obreros no cualificados).*

Gráfico 6.12

OCUPACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN GENERAL

En porcentaje sobre la población ocupada



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

6.6. Tipos de contratación según el tamaño y titularidad de las empresas

La tasa de temporalidad detectada por la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* (25,1%) es menor que la registrada para el conjunto de los asalariados españoles en la *Encuesta de Población Activa* del segundo trimestre de 1999 (32,4%). Entre las razones que pueden explicar esta situación más favorable, podemos aludir a la existencia de empleos protegidos (centros especiales de empleo y centros ocupacionales) o que reciben subvenciones especiales a los empresarios a condición de que se establezcan contratos indefinidos. No obstante, la tasa de temporalidad que afecta a la cuarta parte de las personas ocupadas presenta diferencias internas muy considerables en función del sexo, la edad, el tamaño y la titularidad de las empresas, que recogemos a continuación.

Las mujeres asalariadas con discapacidades tienen contratos temporales en una proporción superior a los hombres (32% y 22%, respectivamente), diferencia mucho más acusada que en el conjunto de la media española (34%-32%). Sin embargo, los contrastes por tramos de edad son los que resultan más evidentes, tal como se recoge en el gráfico 6.13. *Tres de cada cuatro mujeres asalariadas con menos de 30 años tienen contrato de duración temporal*, proporción que se reduce sensiblemente a partir de esa edad, pero siempre por encima de la tasa de temporalidad masculina.

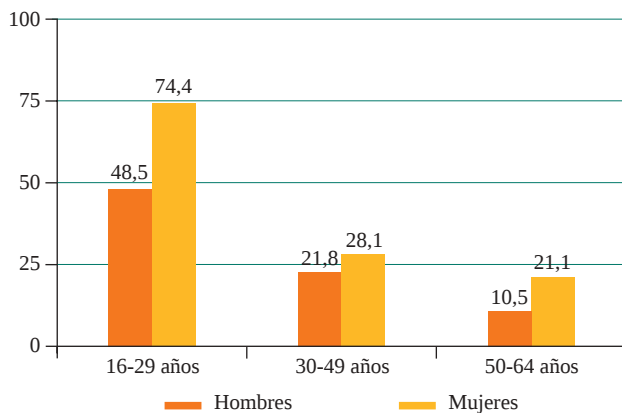
El tamaño de las empresas influye también en el tipo de contratación, pues es más estable en las empresas grandes. La eventualidad supera la mitad de los casos cuando se trata de empresas con un solo empleado o empleada (situación en la que están el 4% de los hombres y el 13% de las mujeres) y se reduce a uno de cada diez en las empresas con más de cien empleados (donde están el 35% de los hombres y el 28% de las mujeres). La correlación entre empleo fijo y temporal y tamaño de las empresas se recoge en el gráfico 6.14.

Una parte del empleo precario constituye la llamada *economía sumergida*, que en la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* se puede explorar, parcialmente, a través de quienes afirmaron que trabajaban

Gráfico 6.13

TEMPORALIDAD EN EL EMPLEO DE LAS PERSONAS OCUPADAS CON DISCAPACIDADES

En porcentaje

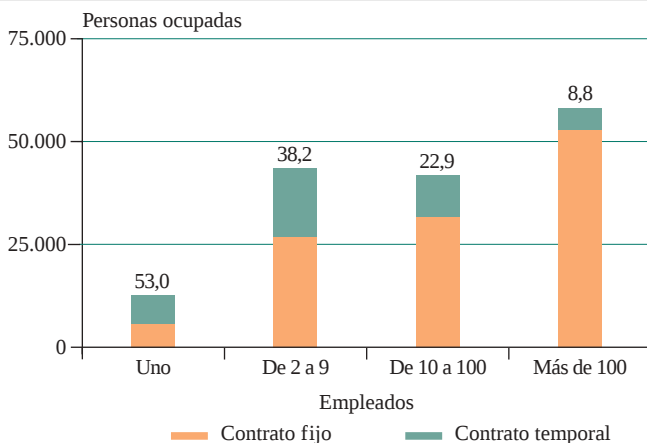


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Gráfico 6.14

EMPLEO FIJO Y TEMPORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES, SEGÚN EL TAMAÑO DE LAS EMPRESAS

Tasa de temporalidad (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

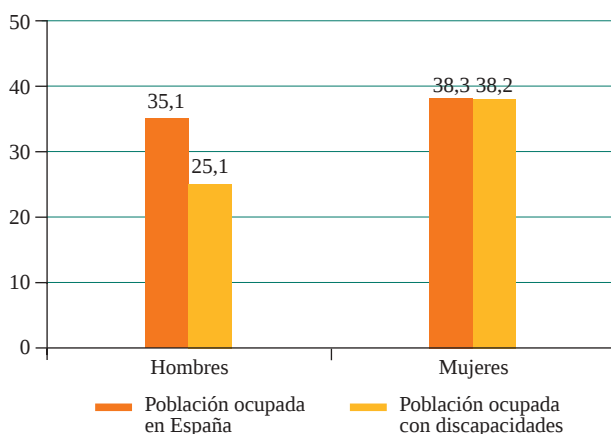
«sin contrato». Según esto sólo el 5% de quienes tienen ocupación se encontraría trabajando en la economía sumergida, una proporción que es cuatro veces mayor entre las mujeres (9,7%) que entre los hombres (2,5%). La irregularidad laboral se acentúa de forma extraordinaria en el segmento de mujeres ocupadas en empresas con un solo empleado, donde trabaja sin contrato el 52%.

Por último, el tipo de contratación varía mucho dependiendo de la titularidad pública o privada de las empresas, tal como ocurre en el conjunto de la población ocupada en España. En general, los contratos fijos de las personas con discapacidades son más frecuentes en el sector público (88%) que en el privado (67%), y de nuevo la precariedad se incrementa en el caso de las mujeres, cuya temporalidad en las empresas privadas llega al 38%, mientras que la de los hombres es del 25%. En el gráfico 6.15 se compara la tasa de temporalidad de las personas con discapacidad y de la población general española en el sector privado. Se puede observar, una

Gráfico 6.15

TASA DE TEMPORALIDAD EN EL SECTOR PRIVADO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y DE LA POBLACIÓN GENERAL

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999 y de la Encuesta de Población Activa, segundo trimestre de 1999.

vez más, que *las mujeres se encuentran más discriminadas en relación a los hombres en el colectivo con discapacidades que en el conjunto de la población española*.

6.7. Empleo protegido

En la sociedad española existen formas de protección o «discriminación positiva» que tienen por finalidad favorecer de manera directa o indirecta la inserción laboral de las personas con discapacidad. Si nos limitamos a las fórmulas reguladas por la administración pública, podemos distinguir dos tipos principales de empleo protegido: la *creación de puestos de trabajo específicos* para personas con discapacidad y las *medidas legales, fiscales y de política laboral* establecidas para favorecer su acceso al mercado ordinario de trabajo.

Entre los *puestos de trabajo específicos*, destacan en España los centros ocupacionales, los centros especiales de empleo y los empleos generados en torno a la venta del cupón de la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE). En conjunto, suman alrededor de 75.000 puestos de trabajo, aunque «de carácter especial», que en muchos aspectos no se homologuean con los empleos ordinarios.

Los *centros ocupacionales* que hay en España son más de 500 y acogen a unas 40.000 personas con discapacidad. Surgidos por iniciativa privada en los años sesenta y setenta, fueron regulados en 1982 por la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) con el fin de «asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social de los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impide su integración en una empresa o en un centro especial de empleo».⁽⁹⁾ En su origen, estos centros dieron sus primeros pasos con una perspectiva docente, ya que el apoyo principal les llegó de los maestros de Educación Especial. Sin embargo, a medida que pasaban los años se afianzó la orientación «ocupacional» y en 1978 surgió la Coordinadora Nacional de Talleres cuya filosofía era favorecer la «integración laboral» del deficiente mental adulto. Aun-

(9) Art. 53 de la LISMI (1982), que fue desarrollado por un Real Decreto en 1985.

que las actividades laborales suelen ocupar la mayor parte del tiempo y se procuran realizar del modo más parecido al régimen ordinario de trabajo, la productividad es limitada y aproximadamente la cuarta parte de la jornada se dedica a actividades no laborales complementarias. Desde el punto de vista jurídico *la ocupación en estos centros no se establece como relación laboral y, en lugar de salarios, se otorgan «gratificaciones» de muy baja cuantía* (inferiores al 37% del Salario Mínimo Interprofesional).

Los *centros especiales de empleo* surgen históricamente como desdoblamiento de los centros ocupacionales con la finalidad de otorgar una relación laboral a los trabajadores más eficientes. La LISMI de 1982 y el posterior Reglamento de 1985 terminaron de regular este tipo de centros, cuya gestión ha sido transferida desde el INEM a las comunidades autónomas. Lo mismo que ocurre en los centros ocupacionales y por los mismos motivos, la mayoría de los trabajadores son hombres con deficiencias psíquicas de origen congénito o infantil, lo que se corresponde con la mayor dificultad que encuentran estas personas para hallar empleo en el mercado ordinario. El número de plazas ha pasado de unas 5.000 en 1988 a más de 15.000 en el año 2000, lo que supone un ritmo de crecimiento importante, que ha sido posible gracias a la conjunción de esfuerzos entre la administración pública, la Fundación ONCE y otras entidades privadas que apoyan a las personas con discapacidades y a sus asociaciones. Sin embargo, pocas veces se consigue el objetivo fundacional de que el paso por los centros especiales de empleo sirva de trampolín para acceder al mercado ordinario de trabajo; más bien, lo que se produce es un *efecto «campana de cristal»*, que proporciona a los trabajadores y trabajadoras de estos centros un mayor sentimiento de seguridad, pero en un marco de sobreprotección que limita sus expectativas y eventuales posibilidades de promoción laboral autónoma.

La *venta del cupón de la ONCE*, que origina directa o indirectamente más de 25.000 empleos, es la tercera fórmula de empleo protegido, en este caso gracias a un monopolio otorgado por el Estado. El decreto fundacional de la ONCE (1938) y el posterior Reglamento (1939) planteaban el cupón como un medio para estimular el acceso al empleo ordinario por parte de aquellas personas ciegas que tenían mayores problemas de incorporación al

mercado de trabajo. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de los ciegos de origen congénito e infantil, y también una parte de los sobrevenidos en edad laboral, se estabilizan como vendedores del cupón y no se proponen otros perfiles profesionales en el mercado ordinario de trabajo. Al efecto «campana de cristal» se añade ahora una situación de *privilegio relativo en relación a otros colectivos con discapacidades*, en términos de acceso a un empleo remunerado, estabilidad, ingresos y prestaciones varias. Precisamente la confrontación de otros colectivos de personas con discapacidad, que exigían su derecho a promover un juego de azar similar al de los ciegos, y la defensa corporativa del monopolio por parte de la ONCE, dio origen en 1988 a la absorción empresarial de PRODIECU, por lo que casi un tercio de los vendedores del cupón son ahora personas con deficiencias físicas.

Los anteriores modelos de empleo protegido conllevan un efecto segregador inevitable en aquellos casos en que recluyen a las personas con discapacidad en «nichos» laborales específicos y limitan sus posibilidades de promoción laboral. Sin embargo, ello es más difícil que ocurra en el caso de otras medidas de protección laboral que tratan de favorecer la inserción de las personas con discapacidades en el mercado ordinario de trabajo. Entre ellas, la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* recoge información sobre las seis siguientes (véase el gráfico 6.16):

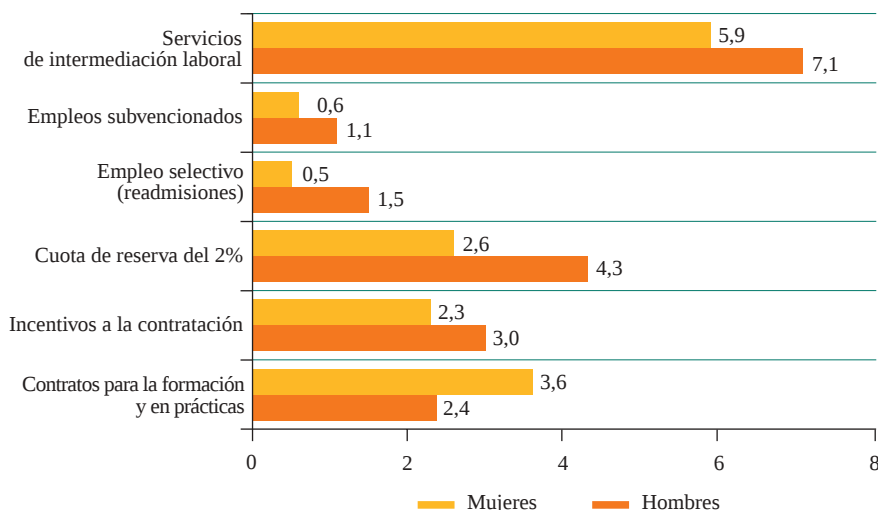
- Cerca de 9.000 beneficiarios de *contratos para la formación y en prácticas*, que representan menos del 3% de las personas con discapacidad ocupadas. Pese a que la finalidad de estos contratos se orienta a la formación inicial en el puesto de trabajo, la mayoría de los beneficiarios tiene entre 30 y 50 años.

- Perceptores de *incentivos a la contratación* en el momento de acceder a su actual puesto de trabajo. Son unos 8.500, de ellos una tercera parte mujeres, y también tienen mayoritariamente entre 30 y 50 años.

- 11.500 beneficiarios de la «*cuota de reserva*» para personas con discapacidad, de ellos un tercio en el sector público y dos terceras partes en empresas privadas. Llama la atención la discriminación que padecen las mujeres en este tipo de ayuda ya que sólo perciben la quinta parte de los puestos reservados en el sector público (20,1%) y la cuarta parte del sector

PROPORCIÓN DE PERSONAS OCUPADAS CON DISCAPACIDADES QUE SE HAN APROVECHADO DE MEDIDAS DE FOMENTO DEL EMPLEO

Porcentaje de personas ocupadas con discapacidades perceptoras de la prestación



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

privado (24,3%). En conjunto, sólo el 3,7% de los empleos ocupados por personas con discapacidades han sido conseguidos gracias a la «cuota de reserva» establecida por la legislación española, que exige que el 2% de las plantillas de las empresas con más de 50 empleados sean personas con certificado de minusvalía.

- Acceso por *empleo selectivo* (readmisión de los trabajadores con discapacidad). Sólo se han registrado 3.700 beneficiarios, el 80% del sexo masculino y todos con más de 30 años.

- Acceso al empleo gracias a *subvenciones*. Han utilizado esta vía unas 2.800 personas con discapacidad, de ellas el 80% hombres, lo que ratifica de nuevo la especial discriminación de la mujer.

- Acceso al empleo actual mediante algún *servicio de intermediación especializado en trabajadores con discapacidad y/o de orientación profe-*

sional. Es la vía más utilizada por el colectivo estudiado, ya que reconocen haberla disfrutado el 7% de las personas ocupadas (20.600, de ellas el 29% mujeres).

Si sumamos a los beneficiarios de las anteriores medidas de fomento del empleo (algunas de ellas duplicadas en las mismas personas), se puede concluir que han facilitado la inserción laboral de aproximadamente el 15% de las 320.000 personas que estaban ocupadas en 1999, o un más modesto 3,5% si la comparación la establecemos con el conjunto de personas con discapacidades que se encontraban en aquel año en edad laboral (1,3 millones).

6.8. Escaso acceso al empleo a través de la cuota de reserva del 2%. Posición de los empresarios

Una forma de discriminación positiva a favor de las personas con discapacidad que buscan empleo es la obligación legal que tienen las empresas –públicas y privadas– con más de 50 empleados fijos de reservar el 2% de los puestos de trabajo para dicho colectivo. Según estimaciones del Consejo Económico y Social, y dada la estructura del mercado de trabajo español, la efectiva aplicación de esta medida sólo garantizaría alrededor de 80.000 empleos en toda España, ya que los trabajadores asalariados en establecimientos con más de 50 trabajadores no llegan a 4 millones.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, según el dato recogido en el apartado anterior, tan sólo 11.500 trabajadores con discapacidad reconocen haber accedido al empleo por esa vía, lo que se debe a que la reserva de plazas es sistemáticamente incumplida tanto por las empresas privadas como por la administración.

En relación al sector privado, disponemos de una encuesta aplicada en Barcelona a 734 empresas con más de 50 trabajadores que puede ser

(10) Según este organismo, una reserva del 4% aplicada a empresas de 25 o más trabajadores garantizaría 200.000 empleos, y si la reserva fuera del 5% a empresas de 20 o más trabajadores se asegurarían 250.000. Véase «Estimación de la repercusión de la cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad», en Consejo Económico y Social, *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid, 1995, Anexo 5, págs. 66-69.

indicativa de las tendencias del sector, al menos en las medianas y grandes empresas de hábitat urbano.⁽¹¹⁾ Los principales resultados son los siguientes:

- La inmensa mayoría de los empresarios reconoce tanto el derecho a la igualdad que tienen las personas con minusvalía como el hecho de que son tratados por la sociedad de forma discriminatoria.

- Dos terceras partes piensan que su mejor vía de inserción laboral es la integración en empresas ordinarias, mientras que un 22% considera mejor orientarles a talleres y centros especiales de empleo y un 15% opina que la solución depende del tipo y grado de discapacidad.

- Los anteriores planteamientos chocan abiertamente con la práctica llevada a cabo en sus empresas, pues el 80% no tenía en el momento de aplicarse la encuesta ningún trabajador con minusvalía (el 74% no lo había tenido nunca) y más de la mitad ni siquiera conocía la prescripción legal de cubrir al menos un 2% de la plantilla con trabajadores afectados por minusvalías.

- Asimismo, pese a que el método de encuesta tiende a suavizar las respuestas de opinión sobre estos temas, amplios porcentajes de empresarios consideraban que las personas con minusvalía presentaban desventajas específicas en relación a los otros trabajadores: «son difíciles de tratar» (34%), «su imagen física representa un hándicap» (50%), «no han recibido la misma formación que los demás trabajadores» (49%), «la idea que socialmente se tiene sobre ellos representa un problema» (51%), etc.

En cuanto al sector público, el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía viene realizando desde 1985 un seguimiento sistemático, aunque no exhaustivo, del acceso al empleo de personas con discapacidad a través de las cuotas de reserva, según el cual las plazas obtenidas por dichas personas en el ámbito de la administración central han sido todos los años inferiores al cupo establecido.⁽¹²⁾

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

(12) Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (varios años): *Acceso de las Personas con Discapacidad al Empleo Público*, Real Patronato, Madrid.

VII. Personas con discapacidades que buscan empleo

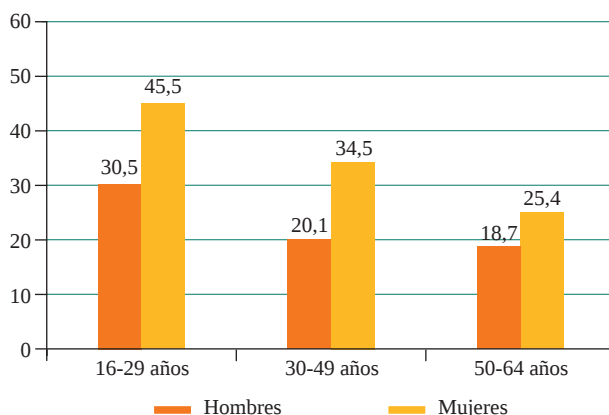
7.1. Tasas de paro por sexos, grupos de edad y regiones

El concepto de «paro» en las estadísticas españolas oficiales se refiere a personas que no tienen empleo *y que lo buscan activamente*; por tanto, no incluye a quienes no trabajan, pudiendo hacerlo, pero que han desistido de buscar empleo. Conviene hacer esta aclaración para interpretar correctamente la tasa de paro entre las personas en edad laboral con discapacidades, ya que el 67,7% de ellas se declara «inactiva», es decir, ni tiene empleo ni lo busca activamente.

Pese a la restricción conceptual que implica el concepto oficial, aplicado también en la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* de 1999, hemos visto que la tasa de paro del colectivo que estudiamos (26,1%) era mucho más elevada que la correspondiente al conjunto de la población española (15,6% según la EPA del segundo trimestre del mismo año) (véase el apartado 5.2).

Por sexo, el paro afecta más a las mujeres (33,1%) que a los hombres (22,1%), como también ocurre entre la población española en general. Sin embargo, la diferencia más significativa es la existente por tramos de edad, tanto en hombres como en mujeres, tal como se recoge en el gráfico 7.1. La tasa de paro de los jóvenes dobla la correspondiente de los mayores

TASA DE PARO POR TRAMOS DE EDAD Y SEXO DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES

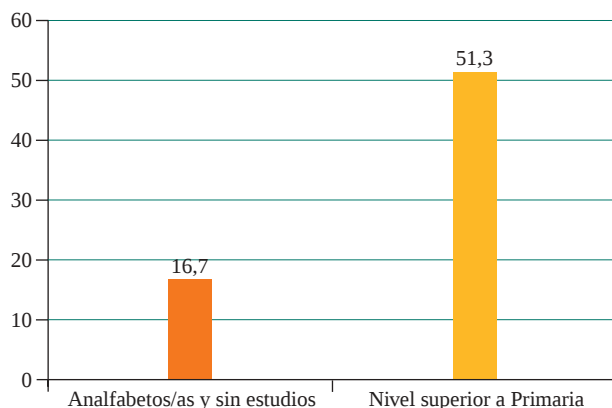


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

de 50 años, mientras que se sitúan en una banda intermedia los que tienen entre 30 y 49 años. Es destacable la brusca caída de la *tasa de «actividad»* a partir de los 50 años (pasa del 43,9% al 22,6% para el conjunto de ambos sexos), lo que da a entender que muchas personas sin trabajo se han desanimado de buscar empleo y han pasado al epígrafe de inactivas (reduciendo así la tasa de paro).

En el capítulo anterior hemos aludido también a las mayores tasas de inactividad y de paro entre las personas con deficiencias psíquicas y las de familias con ingresos más bajos, por lo que aquí sólo vamos a destacar la relación existente entre dichas tasas y el nivel de estudios. Si consideramos aisladamente la tasa de paro (proporción de parados sobre activos), apenas existe variación entre las personas con pocos estudios (29,7% en el conjunto de los analfabetos y sin estudios) y las que han terminado niveles superiores a la Educación Primaria (26,3%). Pero esto es engañoso debido a la gran diferencia en la tasa de inactividad (personas que ni trabajan ni buscan

TASAS DE ACTIVIDAD SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

empleo). Como se recoge en el gráfico 7.2, la *tasa de actividad de las personas con un nivel de estudios superior a Primaria es tres veces mayor a la de quienes no tienen estudios*.

Por comunidades autónomas, las tasas de desempleo más elevadas entre las personas con discapacidades se producen en Extremadura (42,3%) y Andalucía (36,9%), tal como ocurre al conjunto de la población española, y las menores en Baleares (9,1%) y La Rioja (11,3%). Por sexo, las tasas masculinas más elevadas se producen en Extremadura (48,7%), País Vasco (34,4%) y Andalucía (28,8%); y las femeninas en Andalucía (50,5%), Madrid (46,3%) y Navarra (46,2%). A nivel provincial, sólo hay dos cuya tasa de paro para el conjunto de ambos sexos supere el 50%: Cáceres y Córdoba. La tasa masculina no sobrepasa en ninguna provincia el 50%, pero hay seis con más del 40% (Badajoz, Cáceres, Vizcaya, Jaén, Orense y Sevilla); la tasa femenina supera el 60% en tres provincias (Córdoba, Jaén y Cáceres), el 50% en otras tres (Guipúzcoa, Almería y Zamora) y el 40% en otras seis (Madrid, Navarra, Huelva, Cádiz, Cuenca y Granada).

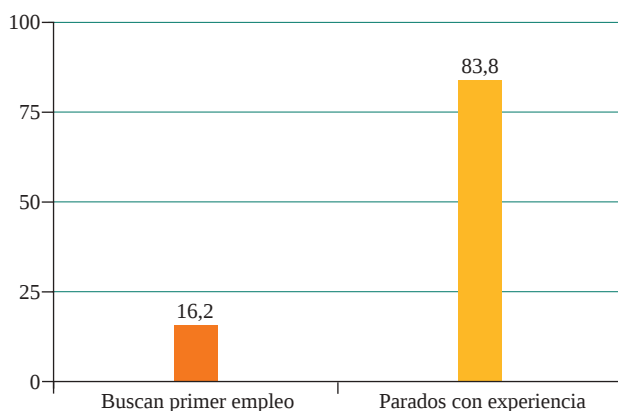
7.2. Duración del desempleo

El 84% de las personas con discapacidades desempleadas ha trabajado anteriormente, una proporción nueve puntos mayor que la media de los parados españoles (75% en el mismo año 1999). Ello se puede deber a la mayor frecuencia relativa de personas con edad avanzada entre quienes tienen discapacidades (véase el apartado 2.3).

Gráfico 7.3

EXPERIENCIA LABORAL ANTERIOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN PARO

Personas en paro con discapacidades (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

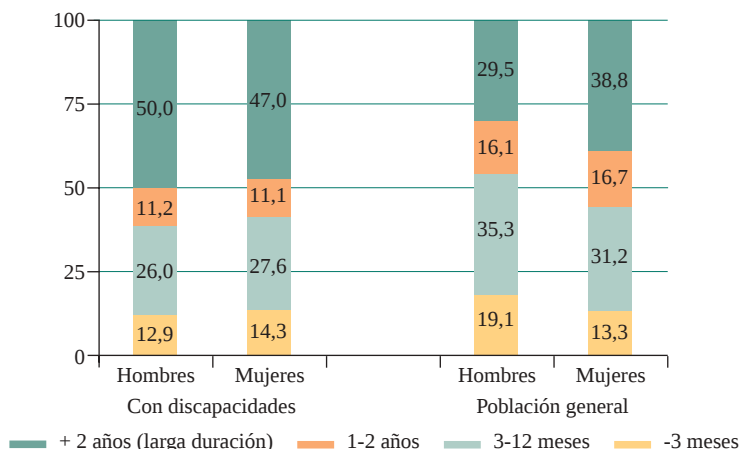
Sin embargo, la duración del desempleo es bastante mayor entre las personas con discapacidad que entre la población general. Si entendemos por «*parados de larga duración*» los que llevan más de dos años en el paro, se encuentran en esa situación un tercio de los parados españoles y *la mitad de quienes tienen discapacidades*. Esta mayor proporción de parados de larga duración puede estar en el origen de que muchas personas se acaben desanimando de buscar empleo, máxime si ya reciben una pensión de «*incapacidad*», y terminen figurando como «*inactivas*» (aun cuando su deseo siga siendo tener un empleo).

Otro rasgo diferenciado de los parados con discapacidades es que el tiempo de búsqueda de empleo es muy parecido en ambos sexos, mientras que en la población general las mujeres pasan más tiempo que los hombres hasta que encuentran trabajo (véase el gráfico 7.4). No obstante, también en este caso tenemos que matizar que la mayoría de las mujeres con discapacidad en edad laboral ha optado por no acceder al mercado de trabajo (su tasa de inactividad es del 76,3%), lo que rebaja la tasa registrada de paro y los tiempos de espera correspondientes.

Gráfico 7.4

TIEMPO DE BÚSQUEDA DE EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y DE LA POBLACIÓN GENERAL

Porcentaje de personas en paro



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999 y de la Encuesta de Población Activa, segundo trimestre de 1999.

7.3. Métodos utilizados para buscar empleo

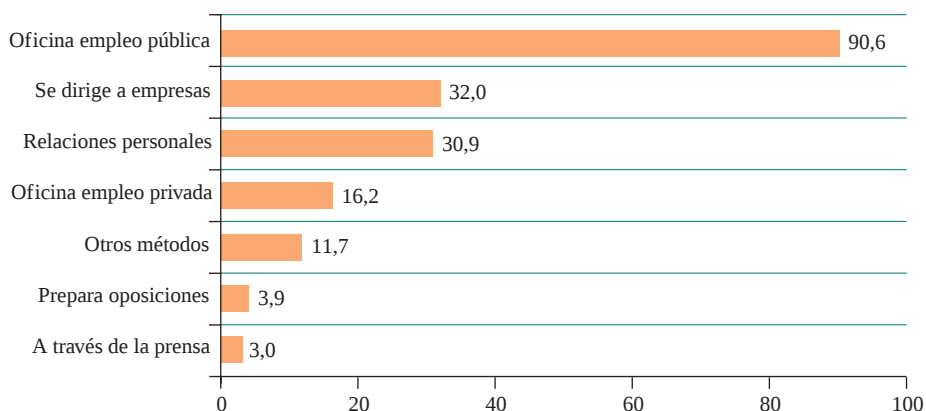
Los métodos utilizados por las personas con discapacidades para buscar empleo no varían sustancialmente por sexo ni en función de la edad. Aparte de un pequeño grupo de hombres y mujeres que dicen no recurrir a ningún método en especial, el más utilizado es la *inscripción en oficinas*

públicas de empleo, que es utilizado por el 91% de los parados y paradas. En segundo lugar, las mujeres se sirven de las relaciones personales (38%) y los hombres se dirigen directamente a los empresarios (35%). En tercer lugar, las opciones anteriores se invierten: los hombres recurren a las relaciones personales (25%) y las mujeres a los empresarios (29%). Después aparecen quienes se inscriben en oficinas o bolsas de empleo privadas (18% los hombres y 13% las mujeres) y, a bastante distancia, quienes preparan oposiciones (2% los hombres y 6% las mujeres), recurren a la prensa (3% de ambos sexos) o utilizan otros métodos diversos (12%). El gráfico 7.5 recoge por orden de frecuencia los métodos más utilizados por el conjunto de las personas con discapacidades que buscan empleo.

Gráfico 7.5

MÉTODOS MÁS UTILIZADOS PARA BUSCAR EMPLEO

Multirrespuesta, hasta 3 opciones, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

7.4. Razones por las que no encuentran trabajo. Reticencias del sector empresarial

La *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* de 1999 incluía una pregunta sobre cuál era la principal razón de no encontrar empleo y ofrecía cuatro opciones alternativas y una opción abierta («otra respues-

ta»⁽¹⁾). De las posibilidades planteadas en el cuestionario, hay dos que sobresalen claramente: «Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera» (31,3%) y «Soy discapacitado» (26,6%); las otras dos se quedan a mucha distancia: «No tengo estudios o los que tengo no me sirven para encontrar trabajo»⁽²⁾ (7,1%) y «No tengo experiencia» (4,4%). Ofrecemos a continuación un breve análisis sobre estas cuatro razones:

1. «Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera». Este motivo remite a la existencia de un mercado de trabajo muy competitivo y con una tasa de paro bastante elevada en el año de referencia (15,6% a mediados de 1999). En esa situación no es fácil encontrar un puesto de trabajo, sobre todo para ciertos segmentos de población, como los jóvenes o las personas poco cualificadas. Esto explica que los jóvenes parados de ambos sexos sean los que más insistan en esta razón (38%), mientras que sólo la destaca el 25% de los mayores de 50 años, o que la suscriba el 46% de los analfabetos y apenas el 28% de quienes tienen estudios universitarios. Del mismo modo, en aquellas regiones donde existe más paro, como Andalucía y Extremadura, se utiliza mucho más este argumento (40% y 37% respectivamente) que en aquellas otras donde el acceso al trabajo es más fácil, como Baleares o La Rioja (menos del 15% en ambos casos).

2. «Soy discapacitado». Con esta expresión se alude a las mayores barreras que se encuentran las personas con discapacidades para acceder al mercado ordinario de trabajo. En la medida que el énfasis se pone ahora en la *limitación o estigma social* producido por la discapacidad, es lógico que quienes más se inclinan por esta respuesta sean quienes poseen certificado de minusvalía (41%) o deficiencias más graves, tales como el retraso mental (60%), la ceguera total (66%), la sordera prelocutiva (86%) o la parálisis en las extremidades inferiores o superiores (por encima del 60% en ambos casos); en cambio sólo se consideran discriminados en razón de su discapacidad el 21% de los que no poseen certificado de minusvalía, el 11% de los que tienen problemas menos graves de visión o el 10% de los que tie-

(1) Lamentablemente, el Instituto Nacional de Estadística no ha tabulado el 30% de «otras respuestas», que podrían tener gran interés para conocer la opinión libremente expresada por esas personas.

(2) Hemos agrupado aquí dos razones, referidas a la *falta de estudios*, que el cuestionario planteaba por separado: «No tengo estudios» (3,2% de respuestas) y «Los estudios que tengo no me sirven para encontrar trabajo» (3,9%).

nen problemas de audición leves. La referencia a las propias limitaciones funcionales como causa de discriminación en el acceso al empleo está presente en todas las edades, pero es un argumento más utilizado por los hombres (31%) que por las mujeres (21%). En especial, destaca que sean las mujeres jóvenes en paro quienes menos se amparan en el argumento de su propia discapacidad, a diferencia de los hombres jóvenes, que son los que más recurren a dicho argumento (véase el gráfico 7.6).

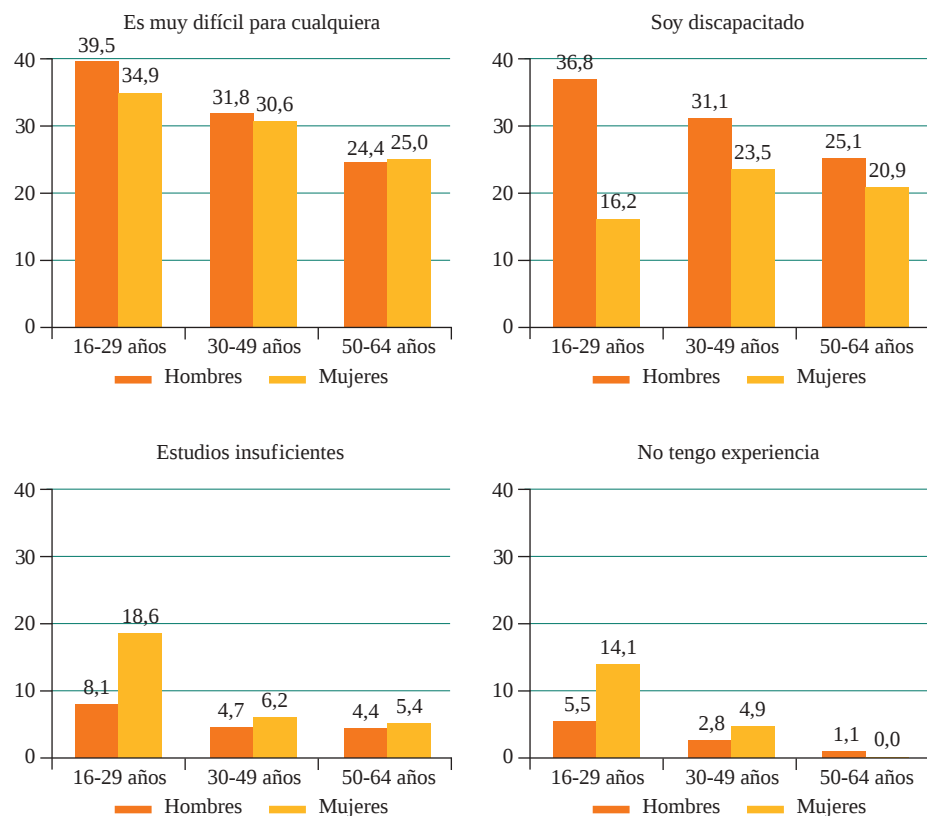
3. «No tengo estudios o los que tengo no me sirven». Como es lógico, recurren más a esta razón aquellas personas que no han pasado de los estudios primarios (8%), menos, los que han superado la Secundaria (4%) y nadie de quienes tienen estudios superiores. Las mujeres en paro consideran que la falta de estudios es la principal razón de no encontrar empleo en doble proporción (9%) que los hombres (5,4%), diferencia que se incrementa en el tramo de edad juvenil, donde este argumento cobra mucha más importancia: 18,6% las mujeres y 8,1% los hombres (véase el gráfico 7.6). Apuntan, de este modo, a la mayor competitividad existente entre los jóvenes para acceder al mercado laboral, una de cuyas claves de éxito es el expediente académico. Al ser más sensibles las mujeres a este argumento, es probable que su interés por formarse y reciclarse en los estudios sea mayor que el de sus compañeros varones.

4. «No tengo experiencia». Razón más esgrimida, también lógicamente, por los menores de 30 años, que tienen menos experiencia laboral (9,2%), que por los situados entre 30 y 50 (3,8%) o por los que rebasan esa edad (0,7%). Por sexo, una vez más son las mujeres jóvenes las más sensibles a este argumento, mientras que los hombres del mismo grupo de edad lo señalan tres veces menos, tal como se recoge en el gráfico 7.6.

En resumen, hay que destacar la pluralidad de motivos que aducen las personas con discapacidades para explicar su situación de desempleo. Aparte del 31% de personas que expresaron «otros motivos», el argumento más frecuente, que no presenta diferencias significativas en razón del sexo y va perdiendo peso a medida que se avanza en edad, es la *existencia de un mercado de trabajo muy competitivo –para todo el mundo, no sólo para las*

MOTIVOS POR LOS QUE NO ENCUENTRAN EMPLEO

Parados (porcentaje) por tramos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

personas con discapacidades— que se nota sobre todo en aquellas regiones y coyunturas económicas en las que el paro es más elevado, como Andalucía y Extremadura. Este resultado coincide con la encuesta aplicada en 1996 por el Observatorio Ocupacional del INEM a una muestra de 1.948 demandantes de empleo con minusvalía (oficial), según la cual más de dos tercios de los entrevistados aludían al paro estructural existente en la sociedad

española como causa principal del desempleo.⁽³⁾ Como señala otro estudio, «el discurso empresarial de la crisis económica es con frecuencia el punto de partida desde el que se comienza a armar el aparato argumentativo que sirve de defensa o escudo al empresario. [...] La situación actual de la economía dificulta gravemente la integración laboral de cualquier colectivo que, desde su punto de vista, no se adapte con todo detalle al perfil ideal del trabajador».⁽⁴⁾

En segundo lugar, aparece una razón de orden personal: *las propias discapacidades representan una barrera y son el principal motivo de la discriminación que se padece en el mercado de trabajo*. No es de extrañar que respondan así en mayor proporción las personas con deficiencias más severas y aquellas que han recurrido al certificado de minusvalía. Sin embargo, no se explica tan fácilmente la diferencia existente en este punto entre hombres y mujeres: ¿por qué los primeros utilizan en una proporción mucho mayor que las segundas este argumento? Quizás la diferencia sea un síntoma de que las mujeres –sobre todo las jóvenes– asumen y relativizan más su discapacidad, mientras que los hombres tienden a victimizarse por ello y a utilizarla como un «gancho del que colgar sus problemas»⁽⁵⁾ y eludir la competencia social. Por otra parte, en cuanto a los empleadores, todos los estudios coinciden en que muchos empresarios están llenos de estereotipos y prejuicios hacia las personas con discapacidad. «Por un lado, el empresario les atribuye ciertas limitaciones: escasa polivalencia, difícil reciclaje, indefensión ante el cambio tecnológico y, por otro lado, apela a los altos costes que suponen las adaptaciones técnicas: poner rampas, adecuar aseos, etc. Además de esto, el empresario ignora e incumple sistemáticamente la obligación legal de tener en sus plantillas un 2% de trabajadores minusválidos. Este desconocimiento está provocado por el desinterés, cuando no

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

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

(5) Expresión utilizada para explicar este tipo de comportamiento por Goffman, E. (1970): *Estigma* (Amorrortu, Buenos Aires, pág. 21): «Es probable que el individuo estigmatizado utilice su estigma para obtener *beneficios secundarios*, como una excusa por la falta de éxito que padece a causa de otras razones. [...] Es el *gancho* en el que se cuelgan todas las inadecuaciones, todas las insatisfacciones, todas las demoras y todos los deberes desagradables de la vida social, y del cual ha terminado por depender».

directamente por el rechazo del empresario hacia este tipo de trabajadores. Por otro lado, una vez conocida la obligación legal, cualquier intento de hacerla efectiva sufre un rechazo absoluto por parte del colectivo empresarial. En un momento en el que la tendencia es a desregularizar el mercado de trabajo, la posibilidad de que alguien les imponga este tipo de contrataciones les parece intolerable».⁽⁶⁾

En tercer y cuarto lugar aparecen dos motivos de no encontrar empleo que tienen que ver con *el nivel de estudios y la experiencia laboral de los candidatos*. El énfasis se pone ahora en la preparación y adecuación de la oferta laboral para hacerse acreedores de la demanda existente, asuntos que dependen en buena parte del esfuerzo de los propios trabajadores. Y es aquí precisamente donde destacan las mujeres, especialmente las más jóvenes. *En contraposición a los hombres, que insisten mucho más en el argumento de que «son discapacitados» y que, por tanto, es inútil hacer esfuerzos extraordinarios, las mujeres resaltan la importancia de la cualificación profesional y de la experiencia, medios generales que tienen todas las personas, también las que tienen discapacidad, para conseguir empleo.*

7.5. Expectativas laborales

La encuesta de referencia de 1999 incluía una pregunta a los buscadores y buscadoras de empleo sobre el tipo de actividad en que les gustaría trabajar principalmente. En este caso se dejaban cinco opciones cerradas, de las cuales una de ellas era *«en cualquier actividad»*, que fue la que obtuvo más respuestas (37,8%). Aunque esta opción no permite saber por dónde iban los gustos de las personas encuestadas, es indicativa de su *necesidad y disponibilidad para trabajar*. Entre ellas predominan algo más los hombres que las mujeres (quizás ellos se sientan más urgidos a trabajar fuera de casa). Por tramos de edad se muestran más dispuestos a trabajar *«en cualquier cosa»* los parados con más de 50 años, sin duda a causa de sus mayores necesidades familiares. Pero la correlación más significativa, en nuestra

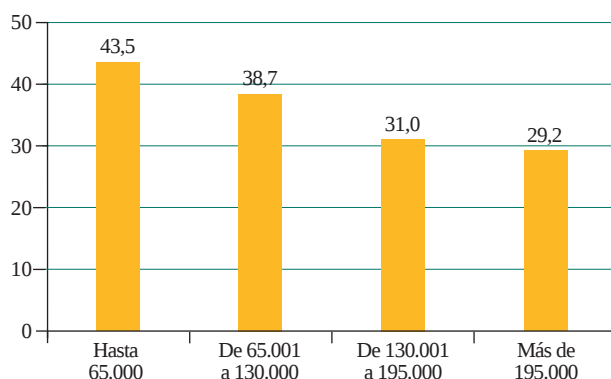
(6) Albor, J. (dir.) (1995): *Minusvalía e inserción social en la Comunidad de Madrid*, Instituto para la Formación, Madrid, pág. 49. Véase también, en el mismo sentido, Soria, R. J. (1995): *La percepción que tienen los empresarios de los discapacitados psíquicos como trabajadores*, Fundación ANDE, Madrid.

opinión, tiene que ver con el nivel social de la familia: los parados y paradas de familias con menos ingresos están más dispuestos a aceptar cualquier empleo, tal como se recoge en el gráfico 7.7. En esta misma línea, está disponible para cualquier actividad el 43% de los que no han superado estudios primarios, mientras que sólo lo está el 12% de quienes han terminado una carrera universitaria o un grado superior de formación profesional.

Gráfico 7.7

DISPONIBILIDAD PARA ACEPTAR CUALQUIER EMPLEO SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA

Parados (porcentaje). En pesetas de 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

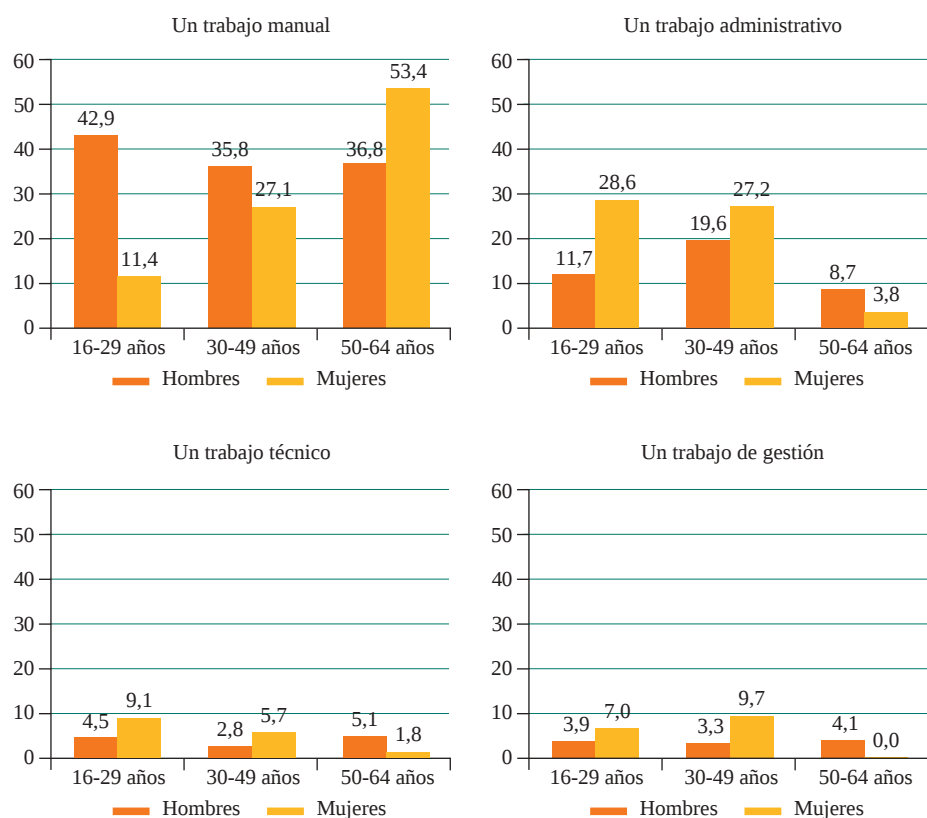
De las cuatro posibilidades laborales específicas planteadas en la encuesta, destacan las «*relacionadas con un trabajo manual*» que es escogida en mayor proporción (33,6%) que todas las restantes expectativas juntas: un trabajo administrativo (18,6%), un trabajo de gestión (5,3%) o un trabajo técnico (4,7%). En el gráfico 7.8 se muestra cómo se distribuyen estas tres expectativas laborales por sexo y tramos de edad. Cabe destacar la mayor frecuencia de los hombres en el trabajo manual y de las mujeres en los otros tres tipos de trabajo, que son más cualificados. Estas diferencias de género son mucho más acusadas entre los jóvenes que en los otros tramos de edad, lo que se debe de forma casi exclusiva a los cambios de

expectativas de las mujeres desempleadas, mayoritariamente inclinadas al trabajo manual entre las de más edad y a los empleos administrativos, técnicos y de gestión entre las más jóvenes. La mejora del rendimiento escolar de las chicas con discapacidades en relación al pasado puede haber influido en esta importante transformación.

Gráfico 7.8

EXPECTATIVAS LABORALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN PARO^(*)

Parados (porcentaje) por tramos de edad



(*) A los porcentajes recogidos en estos gráficos hay que sumar los del gráfico 7.7 para sumar 100 en cada tramo de edad/sexo.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

VIII. Principales contextos de la inserción social

En los capítulos anteriores hemos descrito los principales perfiles de las personas con discapacidades en España, en especial la información disponible sobre sus formas de inserción en la vida adulta. Éstas presentan tres modalidades básicas: el trabajo remunerado, el trabajo doméstico y las pensiones. Sin embargo, cada una de estas formas de inserción encierra internamente una amplia gama de diferencias que no son fruto del azar, sino que responden a procesos sociales concretos sobre los que se puede intervenir: por una parte, están las estrategias desplegadas por las propias personas con discapacidades y por sus familiares y allegados más próximos; por otra, hay que contar con las condiciones del contexto social en las que tuvo lugar su socialización y su posterior incorporación a la vida adulta.

Este capítulo lo dedicamos a presentar algunos de los principales contextos que condicionan la inserción social y laboral. En especial, destacaremos la *familia*, el *mercado de trabajo*, la *política social* y el *movimiento asociativo*. Estas instituciones no son homogéneas ni estáticas, sino que se transforman a lo largo del tiempo; por eso, además de conocer sus principales características en la situación actual, destacaremos las tendencias que pueden influir más positivamente en una inserción social satisfactoria de las personas con discapacidades. Por último, aludiremos a las *tendencias actuales de la opinión pública* en torno a las discapacidades, ya que tanto las instituciones como los sujetos particulares se encuentran influidos por las corrientes de pensamiento de su época.

8.1. La familia

La familia es la principal institución social encargada de mediar entre los sujetos con discapacidades y el resto de la sociedad. Tanto si se trata de una deficiencia congénita o perinatal como si sobreviene en la infancia o en la vida adulta, las limitaciones funcionales de un miembro del hogar repercuten en todo el grupo familiar, removiendo el sistema de relaciones preestablecido y alterando en mayor o menor medida los proyectos particulares de sus miembros. De ahí que la inserción social y laboral de las personas con discapacidades sea más *un asunto de familia* que una cuestión individual, lo que multiplica por tres⁽¹⁾ el volumen de la población que se encuentra afectada por la problemática social de las discapacidades.

En primer lugar, nos vamos a referir a algunas tendencias de la familia española que más pueden influir en el colectivo estudiado. Después ofreceremos algunos apuntes acerca de la influencia de los parientes más próximos en la inserción social y laboral de las personas con discapacidades. En especial, tendremos en cuenta las diferencias que se producen en función de dos factores: la génesis de la deficiencia (casos congénito-infantiles y sobrevenidos en la vida adulta) y el género de las personas afectadas (itinerarios masculinos y femeninos).

A lo largo de la historia la institución familiar se ha visto afectada profundamente por los *cambios sociales del entorno* lo que ha dado lugar a importantes transformaciones en sus pautas de comportamiento y en su función social. Por otra parte, la institución familiar, plural y cambiante, es también un *factor de resistencia o de transformación del contexto* en la medida en que se convierte en punto nodal de nuevos planteamientos y pautas de comportamientos. Si tomamos como marco de referencia las tres últimas generaciones, la institución familiar ha experimentado en España cambios muy profundos, vinculados a los procesos de industrialización y modernización del país, entre ellos los siguientes:

(1) El tamaño medio de los hogares en los que alguno de sus miembros presenta discapacidades es de 2,97, lo que supone un volumen de población implicada de 10.329.000 ($3.477.000 \text{ personas con discapacidades} \times 2,97$); es decir, la cuarta parte de la población española. Si nos limitamos al tramo de edad entre 16 y 64 años, el tamaño medio de los hogares es de 3,51 y la población implicada es de 4.693.000 personas ($1.337.000 \times 3,51$).

- Paso de la *familia extensa* o troncal como unidad total de producción y consumo al modelo de *familia nuclear*, que prima como unidad de consumo (la producción de servicios al interior de la familia no está mercantilizada). La separación entre producción económica y grupo doméstico es resultado de la salarización de la fuerza laboral, tanto en el campo como en las ciudades. Esta tendencia se ha acelerado en España en las últimas décadas y ha reducido la gran diversidad de sistemas familiares vigentes a una notable homogeneidad, basada en el modelo de la familia nuclear.⁽²⁾ Entre los censos de 1981 y 1991 el tamaño medio de los hogares españoles ha pasado de 3,5 a 3,2 miembros⁽³⁾ y la tasa de natalidad es la más baja de todos los países europeos y una de las más bajas del mundo (el número de hijos por mujer ha descendido a 1,15, por debajo del coeficiente de reemplazo poblacional, que es de 2,1).

- Escisión entre la vida privada y el espacio público, lo que propicia un repliegue del hogar nuclear sobre sí mismo. Junto a la reducción del tamaño familiar, otros factores, como el mayor confort de las viviendas y los nuevos equipamientos del hogar, contribuyen a reforzar la esfera privada, que se convierte en refugio frente a las amenazas de la sociedad exterior, percibida ahora como fuente de inseguridad, competitividad y agresión.

- Mantenimiento de la figura de la *madre de familia* como encargada de organizar y gestionar el ámbito familiar, incluyendo el cuidado del esposo, la educación de los hijos y la atención a los ancianos. Aunque este papel ha sido puesto en cuestión por la incorporación de la mitad de las mujeres adultas al mercado de trabajo y por la reciente mentalidad igualitaria entre los géneros, la madre sigue siendo en la práctica la protagonista indiscutible dentro del hogar, la que carga con la mayor parte de las tareas domésticas.⁽⁴⁾

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

(3) Los datos disponibles del Censo de 2001 no permiten todavía conocer esta variable.

(4) A pesar de la introducción del igualitarismo entre géneros respecto al trabajo, todas las investigaciones consultadas muestran la desigual proporción del tiempo dedicado a los diversos tipos de trabajo por varones y mujeres. El trabajo socialmente más valorado (el remunerado) lo ocupan mayoritariamente los varones (el 75% de las horas trabajadas en España), mientras que las mujeres se encargan del 83% de trabajo doméstico, que goza de menos prestigio social. Véase Colectivo Ioé (1996): *Tiempo social contra reloj*, Instituto de la Mujer, Madrid, pág. 214.

• A pesar de la moderna imagen de libertad de la familia, ésta ha ido pasando a ser considerada cuestión de Estado y la «patria potestas» cede paso a la *regulación de las familias por parte del Estado*. Sin embargo, se ha evolucionado hacia una mayor *flexibilidad, pluralismo y laicización de la institución familiar*: despenalización del adulterio y la cohabitación sin matrimonio; introducción del divorcio; reconocimiento de las parejas de hecho y entre homosexuales, etc. El resultado es el aumento de nuevas formas de vida familiar (familias monoparentales y homoparentales, hogares con un solo miembro, que se triplicaron entre 1970 y 1991), a la vez que aumentan los jóvenes solteros viviendo en casa de sus padres, hecho que se relaciona con la precarización del empleo, etc.

Como resumen de la evolución histórica de la familia en España, se puede afirmar que el tipo de hogar nuclear tiende a ser predominante, si bien una mayor flexibilidad en las pautas familiares propicia una diversificación de modelos, que ponen el énfasis en la libertad de opción de los individuos, debilitando el principio tradicional de la solidaridad o, al menos, modificándolo sustancialmente. La atención a familiares enfermos o con discapacidades oscila entre un intento de recuperar los modelos tradicionales de cohesión familiar y la promoción de nuevas formas de gestión de lo social que tiende a restringir la implicación de los parientes, desplazando al Estado o al mercado el cuidado de dichas personas.

En las familias el papel de cada uno de sus miembros viene determinado por factores como la edad (distintas generaciones), el sexo (roles de género), el estado civil y la relación de parentesco con la persona que es «cabeza de familia» o sustentadora principal del hogar. Si nos ceñimos al colectivo de personas en edad laboral con discapacidades, la distribución según el estado civil apenas presenta diferencias relevantes en relación a la población general: prevalecen los *casados* (59,5%) sobre los *solteros* (31,5%) en una proporción que es superior al conjunto de la población española entre 16 y 64 años (57,8% casados, 37,7% solteros), lo que se debe sin duda al mayor peso de los tramos de edad avanzada entre las personas con discapacidades. En cuanto a los casos de *viudedad y separación o divorcio*, son mucho más frecuentes en el colectivo que estudiamos (5,2% y 3,8%,

respectivamente) que entre la población total (2,1% y 2,4%). Por tipos de discapacidad, la nupcialidad es mucho más baja entre quienes tienen deficiencias psíquicas (muy especialmente las personas afectadas por *retraso mental* que permanecen solteras en el 98,6% de los casos).

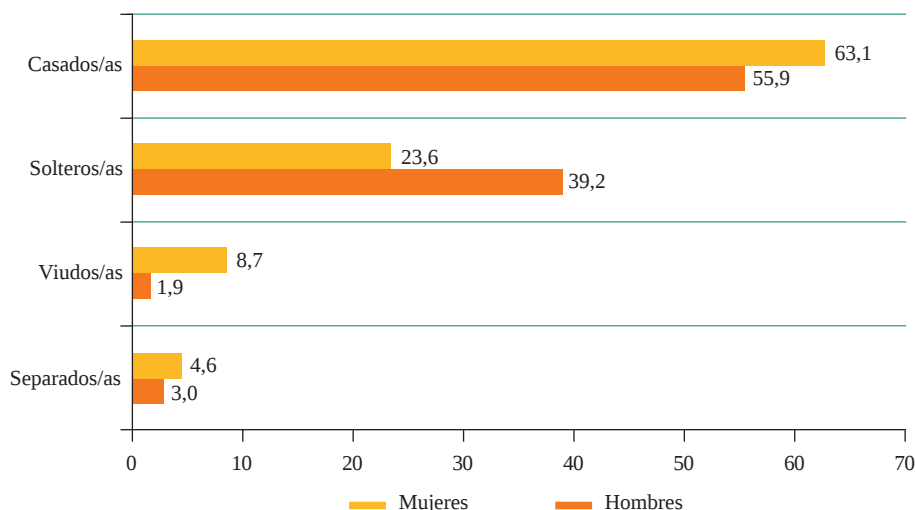
El gráfico 8.1 recoge las diferencias de estado civil entre los hombres y mujeres en edad laboral con discapacidades. La mayor frecuencia de varones solteros se debe al mayor número de deficiencias masculinas en el tramo de edad de 16 a 29 años (véase el apartado 2.3); en cuanto a la prevalencia de mujeres viudas (casi cinco por cada hombre viudo), se explica totalmente por la mayor mortalidad masculina y quizás se deba a una mayor propensión a contraer segundas nupcias por parte de los hombres viudos con discapacidades.

Podemos dar un paso más y ver cómo se distribuyen los hombres y mujeres con discapacidades en función de dos variables combinadas: el

Gráfico 8.1

ESTADO CIVIL DE LOS HOMBRES Y MUJERES EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

estado civil y ser o no el sustentador principal del hogar. En general se observa que los «cabezas de familia» representan el 39% del total y son mayoritariamente hombres, es decir, reproducen el rol tradicional asignado al varón. Las mujeres sólo son cabezas de hogar de forma significativa en los casos de separación o viudedad. En cuanto a los hijos solteros, la mayoría se mantiene en el hogar paterno, destacando entonces los hombres sobre las mujeres por la razón, ya aludida, de que en el tramo de edad de 16 a 29 años la discapacidad masculina es un 58% más elevada que la femenina.

Estos datos reflejan la tradicional división sexual del trabajo en la sociedad española: al hombre se le orienta al trabajo extradoméstico (lo que le convierte en principal sustentador del hogar) y a la mujer, a la esfera privada de la familia (tareas domésticas, cuidado de los hijos y de otros parientes, etc.). Actualmente esta situación se está modificando pero, en el caso de las personas con discapacidades, el ritmo de los cambios es mucho menor y las diferencias de género subsisten con bastante intensidad. A los hombres se les orienta al trabajo remunerado o, en su defecto, a obtener una pensión contributiva; si fallan ambas salidas, se produce una notable pérdida de estatus e identidad social y surgen sentimientos de inutilidad, que no se ven compensados al asumir un papel en el trabajo doméstico. En cambio, si se trata de una mujer, es orientada al trabajo doméstico o bien a conjugar el trabajo remunerado externo –generalmente menos cualificado que el de los hombres– y el doméstico (doble jornada); en cuanto a la percepción de pensiones, acceden a ellas en una proporción mucho menor que los hombres y, en tal caso, predominan las pensiones «asistenciales» (no contributivas) cuyo importe medio no llega a la mitad de las pensiones ligadas al empleo (contributivas).

La influencia de la familia sobre los parientes con alguna discapacidad depende también en gran parte del momento en que se inició la deficiencia. En los casos de deficiencia *congénita* o *infantil*, los padres y hermanos mayores toman por el hijo/hermano menor decisiones estratégicas básicas en orden al tratamiento y rehabilitación de la discapacidad, el tipo de educación y cualificación profesional, los servicios y ayudas públicas que se van a reclamar (incluyendo la opción de solicitar o no el certificado

de minusvalía), etc. Estas decisiones contribuyen a configurar la personalidad del sujeto afectado, al menos durante la primera etapa de su vida y, ya sea para reproducir el modelo paterno o para enfrentarse a él, los jóvenes y las jóvenes con discapacidades tienen que mirarse en el espejo de su propia familia e ir configurando a partir de esa imagen las estrategias de inserción social que luego desarrollarán con mayor margen de libertad a lo largo de su vida adulta.

Cuando la discapacidad sobreviene *en una edad avanzada*, serán el cónyuge, los hermanos y los hijos quienes tomen el relevo de la mediación y del apoyo familiar, que normalmente proseguirá el resto de la vida. De hecho son los propios familiares, sobre todo las mujeres cónyuges y las hijas, quienes principalmente se encargan de cubrir sus necesidades (como hemos visto en el apartado 2.4).

Otro factor importante es la posición socioeconómica de las familias, que da lugar a diversas estrategias para hacer frente a los problemas derivados de la discapacidad de alguno de sus miembros:

- Las *familias de alto nivel de ingresos* tienden a relativizar la importancia de los servicios públicos ya que cuentan con suficientes medios propios para atender vía mercado las necesidades de los parientes con discapacidades. Con frecuencia esta situación objetiva les lleva a menospreciar la calidad de los servicios públicos.

- Por el contrario, las *familias de nivel socioeconómico bajo* tienden a depender más de los servicios públicos y recurren a todo tipo de ayudas, subvenciones, exenciones y sistemas de pensión a fin de lograr unas condiciones mínimas de incorporación a la sociedad. A veces, tratan de potenciar la visibilidad de la propia «invalidez» para obtener de ella mayores beneficios. En otros casos, reclaman nuevos derechos y prestaciones públicas desde la lógica del estado social de bienestar, así como apoyos a las asociaciones y organizaciones que favorecen a los colectivos con discapacidades.

Sea cual sea el nivel social de la familia, la presencia de una persona con limitaciones funcionales en el seno del hogar repercute inevitablemente en los demás parientes, que se ven obligados a reajustar sus respectivos

papeles. En especial, ya hemos aludido a la necesidad de apoyar con «cuidados» específicos al familiar con limitaciones, una tarea que suele recaer en las mujeres de la familia; pero la discapacidad conlleva también con frecuencia un incremento del gasto familiar que suele corresponder al «mantenedor del hogar». En ambos casos, el reajuste de roles tiende a reforzar los papeles tradicionales.

Por último, a la vista de la importancia que tienen los parientes próximos en los procesos de inserción social y laboral de las personas con discapacidades, conviene insistir en la importancia del papel jugado por las diversas modalidades de hogar en los procesos de socialización y, por consiguiente, considerarlos como un recurso social de primer orden que es necesario reconocer y dotar más ampliamente desde la política preventiva, asistencial y fiscal (reequilibrio de rentas familiares, asesoramiento profesional a los parientes cuidadores, ayudas específicas, ventajas fiscales, etc.).

8.2. El contexto económico-laboral

La estructura de los mercados de trabajo y su evolución actual es otro de los contextos decisivos para explicar las trayectorias de inserción social y laboral de las personas con discapacidades en España. Las tasas de actividad, ocupación y paro, la diversa calidad de los empleos existentes, las exigencias de cualificación y eficiencia en el trabajo, etc., representan otras tantas *condiciones estructurales* que delimitan tanto las posibilidades como las barreras para la inserción laboral del colectivo estudiado.

La evolución del mercado de trabajo español en las últimas décadas se caracteriza en general por un incremento de la competitividad y la segmentación entre los trabajadores, que, si bien ha permitido aumentar significativamente la productividad, ello ha sido a costa de una notable fragmentación del mercado laboral en el que coexisten dos tendencias diferentes en relación a la mano de obra:

1. *Políticas de gestión «positivas»* para los empleos más cualificados o de los que depende la estabilidad de las empresas o de los servicios de la administración pública (el llamado *sector primario* del mercado labo-

ral). En este caso, se mantienen los contratos estables, pactados en convenio y apoyados sindicalmente, así como los salarios progresivos y la promoción profesional interna.

2. *Políticas de gestión «negativas»* para los empleos menos cualificados o marginales a la estabilidad del sistema productivo o de los servicios públicos (*sector secundario*). En este caso, prevalecen los contratos temporales individualizados, las subcontratas, los empleos autónomos y la economía sumergida. Los salarios son bajos e inestables, abundando en cambio el destajo, las comisiones por productividad y las propinas. El riesgo de perder el empleo y volver al paro (amenaza de exclusión social) actúa como factor de contención y disciplinamiento de la fuerza de trabajo.

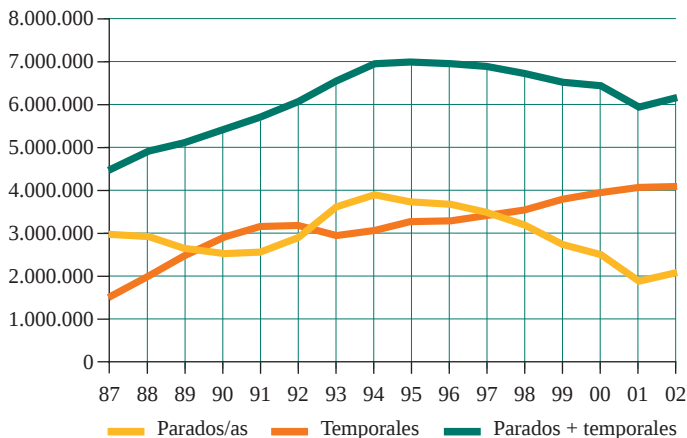
El nuevo modelo de mercados laborales fragmentados y polarizados tiende a marcar las diferencias entre los candidatos *más capacitados y rentables*, que acceden fácilmente a los puestos de trabajo mejor remunerados, y los *menos capacitados y rentables*, para los que quedan los empleos poco remunerados y en condiciones de contratación precarias. Este último sector ha crecido más que el primero en las últimas décadas, como lo atestigua, más allá de las oscilaciones coyunturales, el *incremento combinado del paro y la contratación temporal* registrados por la Encuesta de Población Activa entre 1987 (primer año con registro de la temporalidad) y 2002. En dicho período la cifra conjunta de ambos segmentos laborales precarios ha aumentado un 38% *en números absolutos* (de 4,4 a 6,1 millones de personas), creciendo continuamente desde 1987 hasta 1995 y disminuyendo a menor ritmo a partir de entonces, para volver a crecer en 2002. *En términos relativos*, la tasa de trabajadores precarios (parados + temporales) en relación al conjunto de la población activa ha crecido a un ritmo menos acelerado (+12%), dado el gran despegue de la ocupación en España durante dicho período (de 14,8 a 18,2 millones de personas «activas»). En todo caso, la suma de parados y empleados temporales ha evolucionado desde el 30% de la población activa española en 1987 al 33,6% en 2002.

Entre los grupos sociales con mayor probabilidad de ubicarse en el *sector secundario* del mercado de trabajo se sitúan de modo genérico

Gráfico 8.2

EVOLUCIÓN DEL PARO Y LA CONTRATACIÓN TEMPORAL EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS QUINCE AÑOS

Número de personas



Fuente: INE, *Encuesta de Población Activa*, media anual (tres primeros trimestres en 2002).

las mujeres, los jóvenes, los buscadores de empleo con más de 45 años y las personas con discapacidad. En las actuales condiciones, las políticas laborales dirigidas a favorecer el empleo y la promoción de estos sectores (tanto a nivel general, mediante las sucesivas reformas laborales, como las más específicas dirigidas al fomento de empleo) no han sido capaces de resolver, y ni siquiera de paliar significativamente, los efectos discriminadores del modelo económico aludido. Más bien, tales medidas han tenido por efecto reforzar en general la precarización y marginalidad laboral de dichos colectivos, obligados en los casos más extremos a refugiarse en prestaciones mínimas que les cronifican en la dependencia o en las viejas o nuevas fórmulas de la solidaridad familiar, en lugar de promover socialmente formas de ocupación dignas, adecuadas a sus capacidades y con posibilidades de promoción profesional.

En el capítulo VI hemos constatado el impacto negativo de las discapacidades en las trayectorias laborales del colectivo estudiado: más de la

mitad perdió su empleo después de sobrevenir la discapacidad y, entre quienes lo mantuvieron, una buena parte pasó a ocupar empleos menos cualificados de los que tenía antes. Muy probablemente esta evolución tiene que ver con el incremento de la competitividad y la polarización del mercado de trabajo, a lo que se une la relativa facilidad de obtener una pensión y mantenerla indefinidamente, tal como veremos en el apartado siguiente.

Hay que resaltar, no obstante, que en *condiciones favorables*, las personas con discapacidades no tienen grandes dificultades para acceder al *sector primario* del mercado de trabajo. En efecto, el éxito laboral es más probable si pertenecen a una familia acomodada o encuentran posibilidades de cualificación, o bien si su discapacidad no es muy grave y en el entorno laboral les brinda oportunidades. En tales casos pueden llegar a obtener un empleo estable y más o menos cualificado, como de hecho ocurre a más de un tercio de las personas ocupadas con discapacidades. Frecuentemente tales sujetos no necesitan recurrir a apoyos especiales ni obtienen el certificado de minusvalía, sino que prefieren competir en pie de igualdad con el resto de los trabajadores. En otros casos, sobre todo si la discapacidad es más invalidante, suelen recurrir a ayudas públicas para obtener empleo (como las plazas de reserva) o utilizar como argumento ante las empresas sus ventajas fiscales, lo que facilita su colocación.

Por el contrario, cuando concurren *circunstancias personales poco favorables* (como no contar con apoyo familiar, poseer baja cualificación, ser mujer casada, tener un tipo o grado de deficiencia más discapacitante o que produce mayor recelo en los empresarios, etc.), el acceso al mercado ordinario se vuelve más difícil y la tendencia que se observa es recurrir a las diversas fórmulas de «empleo protegido» o a mediaciones extraordinarias para conseguir empleo, ya sean éstas de iniciativa pública (como el «empleo con apoyo» promovido en algunas comunidades autónomas) o privada (como las bolsas de empleo organizadas por algunas asociaciones o las Empresas de Trabajo Temporal), etc. En el itinerario laboral de estas personas se constata inseguridad e inestabilidad laboral, alternando el paro con sucesivos empleos precarios. Para tales grupos, el mercado de trabajo, tal como está organizado actualmente, representa una gran dificultad o barrera

que les impide desarrollar su derecho al trabajo (en el nivel de sus capacidades) y, como consecuencia de esto, obtener autonomía económica y reconocimiento social.

Por último, en casos más bien excepcionales hay personas con discapacidades que se superponen a las condiciones desfavorables de su medio ambiente, gracias a su *tenacidad y esfuerzo*, y son capaces de desplegar trayectorias de cualificación y promoción laboral inesperadas, a veces desarrolladas de manera individual y otras en conexión con personas que se encuentran en la misma situación (asociaciones de afectados).

8.3. Las políticas sociales

La política social española en relación a las personas con discapacidades se encuadra, como vimos en el apartado 1.2, en las coordenadas institucionales que vienen recomendando los principales organismos internacionales, liderados por las Naciones Unidas: Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, etc. En general, a lo largo del siglo XX, se observa una evolución significativa desde el *enfoque «etiquetador»*, que fija a los sujetos en una posición de enfermos crónicos, necesitados de ayuda permanente, al *enfoque «adaptador»* que plantea la necesidad de que los individuos afectados logren adaptarse a los requerimientos sociales, cambiando de actitud y formándose para aquellos empleos que mejor se acomodan a su condición y, por último, al *enfoque «global» e «integrador»*, que pone como origen del problema la exclusión social de los colectivos frágiles e implica para su resolución el diseño de políticas globales, participativas y socializadoras, inspiradas en los derechos universales de ciudadanía.

Los tres enfoques aludidos impregnan en diversas dosis el papel jugado por las medidas políticas que influyen en las personas con discapacidad. Y si bien en el caso español la legislación ha dado pasos importantes hacia el tercer enfoque (Ley de Integración Social del Minusválido de 1982, paulatina descentralización autonómica y local de muchas competencias para aproximar los servicios a los ciudadanos, Plan de Acción para las Per-

sonas con Discapacidad en el quinquenio 1997-2002, etc.), tanto las medidas políticas concretas como los discursos y prácticas cotidianas de los agentes mediadores y de las personas con discapacidades y sus familias están atravesados por rasgos de los tres enfoques descritos:

- En el *ámbito sanitario* se contraponen la «etiquetación» que implica el sistema oficial de asignación de minusvalías e incapacidades laborales (tramitadas por las administraciones autonómicas y por el Instituto Nacional de Seguridad Social) con otras medidas que tratan de favorecer la rehabilitación funcional y laboral.

- En el *ámbito educativo*, aunque se mantienen más de 200 centros de Educación Especial, con el consiguiente riesgo de segregación y etiquetamiento, se ha avanzado en el proceso de integración escolar en centros ordinarios de Educación Primaria, Secundaria y Formación Profesional, pero frecuentemente sin implementar los recursos y apoyos específicos que requieren los alumnos con diversos tipos de discapacidad (especialistas en pedagogía terapéutica, audición-lenguaje, intérpretes de lengua de signos, etc.), lo que ha provocado el fracaso escolar de muchos de ellos.

- En cuanto a las *ayudas económicas y pensiones*, cuya pretensión era proporcionar una primera base de recursos para incorporarse activamente a la sociedad, tienen a veces el efecto de pasivizar a los sujetos y cronificarles en la dependencia de las instituciones.

En la política específica de discapacidades prevalece un tipo de *relación* donde el papel activo corresponde a la administración y el pasivo a la persona con deficiencias. El inicio de esta relación de dependencia tiene lugar cuando la administración define o «etiqueta» a la persona candidata como «minusválida» y con un porcentaje determinado, como condición necesaria para acceder a las prestaciones correspondientes. Por ejemplo, si el tribunal le otorga un grado de minusvalía superior al 35% podrá acceder a un Centro Especial de Empleo, pero sólo tendrá derecho a una pensión no contributiva si el puntaje es superior al 65%; además, se le otorgará un suplemento importante si supera el 75% de minusvalía, etc. Las decisiones administrativas tienen por regla general *carácter estable* (al estilo de las sentencias judiciales aunque, como éstas, también pueden ser recurridas) y

contribuyen a configurar la *identidad social del sujeto* que, a su vez, se vuelve *objeto de intervención* para los profesionales e instituciones correspondientes. En pocas ocasiones se produce una *relación recíproca y flexible*, donde ambas partes entren en un proceso activo de intercambio con vistas a un fin que no debería ser otro –a medio o largo plazo– que la capacidad de autonomía del sujeto y, por tanto, la no dependencia institucional.

Esta prevalencia del componente pasivizador en las políticas sociales vigentes se manifiesta incluso literalmente en algunas etiquetas, como «minusválido» o «impedido» (etimológicamente «incapaz de dirigirse a una meta»), que tienden a reforzar la ideología y la práctica de la dependencia en las personas afectadas por limitaciones funcionales. Aunque es poco probable que algún departamento estatal o autonómico quiera pasar por «benefactor» o «asistencial», la rutina administrativa tiende espontáneamente en la mayoría de los casos a asignar las ayudas tipificadas a partir de un baremo establecido con carácter indefinido, en lugar de plantear una ayuda orientada a detectar y poner término a aquellas *desventajas sociales* que convierten la *discapacidad* (funcional) en una *minusvalía* (social), según el sentido que la Organización Mundial de la Salud confiere a estos dos términos (véase el apartado 2.1).

Por otra parte, hay que tener en cuenta la evolución general de la política social en España, que tiende a reducir el ámbito de intervención del sector público. Hasta hace pocos años, en el contexto del llamado *Estado de bienestar*, la administración pública se caracterizaba por asumir el papel de *principal protagonista*, desplazando la tradicional centralidad de la familia y de las instituciones de caridad. Actualmente, sin embargo, en el contexto de los países occidentales se advierten diversas tendencias en la dirección opuesta, que vuelven a poner el peso de la atención en las *familias* y en la *iniciativa social*, a través del llamado «tercer sector». Se afianzan, en este nuevo marco, las grandes organizaciones no gubernamentales, subsidiarias del Estado y en parte apoyadas en él (a través de las subvenciones), que basan su actividad en el trabajo «voluntario» de sus miembros.

Desde el punto de vista ideológico, la defensa de medidas públicas de *discriminación positiva*, que inspiraron las directrices del Estado social,

comprometido en la aplicación universal de los derechos sociales, da paso ahora en amplios sectores de opinión a la *defensa de la igualdad de oportunidades y la libre concurrencia entre los individuos*, con resultados ambivalentes ya que, si bien persiguen superar las barreras y prejuicios que padecen ciertos colectivos (lucha contra la exclusión), por otro lado reducen al mínimo las políticas de apoyo o discriminación positiva que, enfocadas de manera activa, pueden ser imprescindibles para lograr su inclusión social en términos de igualdad.

De este modo, el *enfoque normalizador, descentralizador y participativo*, que parecía inspirar la legislación española en los inicios de la transición democrática (años setenta y ochenta del siglo pasado), se enfrenta a procesos sociales –nacionales e internacionales– que van en dirección contraria. El ejercicio universal de los derechos individuales y sociales que proclamaba el *principio normalizador* no casa bien con las tendencias del neoliberalismo económico y del estado mínimo, que tienden a justificar la exclusión y la estigmatización de los «diferentes». Por su parte, la *descentralización administrativa*, como medio para estar más cerca de los ciudadanos afectados por discapacidades, da lugar a veces a localismos cerrados, solapamientos y segmentaciones que impiden optimizar los recursos disponibles. Por último, la *participación de los afectados* y de sus familias origina diversas formas de corporatismo cuando se defienden intereses particulares, al margen del interés general o de otros sectores excluidos.

8.4. Las asociaciones de afectados

En todos los países de la Unión Europea las asociaciones de afectados han tenido un protagonismo creciente en las últimas décadas como vía de expresión, organización e intervención de las personas con problemas de discapacidad. En el caso de España, esto ha tenido lugar con cierto retraso debido al corte que supuso la etapa autárquica del franquismo.⁽⁵⁾ Sin

(5) Las primeras experiencias de autoorganización de personas con discapacidades se remontan a siglos pasados y tuvieron un relativo desarrollo en las primeras décadas del siglo xx, pero la primera etapa del franquismo (años cuarenta) estuvo marcada por la represión de las fórmulas asociativas y sindicales de carácter autónomo, dejando sólo actuar a algunas organizaciones jerarquizadas y dependientes del nuevo régimen (como la ONCE y algunas organizaciones de sordos) o de la Iglesia católica (como Auxilia o Frater).

embargo, a partir de la segunda mitad de los años cincuenta se produjo una notable expansión del movimiento asociativo que ha estado en la base del desarrollo legislativo e institucional posterior. Salvo algunas asociaciones, que tenían un origen más remoto, la mayoría surgió a nivel local, promovidas por los propios afectados o por sus familiares más próximos, en torno a objetivos asistenciales muy concretos o bien para asegurar el contacto y mutuo apoyo entre las personas afectadas. Según una encuesta de 1984 aplicada en el conjunto del Estado a 354 asociaciones, la idea principal que había dado origen a las mismas había sido «organizar un servicio o centro de atención a minusválidos» (38%) y, en segundo lugar, «la relación entre personas minusválidas que pretendían ayudarse mutuamente» (26%).⁽⁶⁾

La ley de asociaciones de 1964 dio cobertura legal a las organizaciones surgidas a partir de la iniciativa de los ciudadanos, reforzando su emancipación de la tutela estatal o eclesiástica. De ese modo, el régimen franquista trataba de abrirse en alguna medida al fuerte impulso internacional que el *movimiento de los derechos civiles* tuvo en los años sesenta. La discriminación social y laboral de las personas con discapacidades pasó a ser entendida por la nueva corriente de pensamiento en la misma clave que la *segregación racial* y el *apartheid*. A mediados de los años setenta, coincidiendo con el final del franquismo y el inicio del régimen democrático, las asociaciones progresaron en su vertebración y presionaron con más fuerza que antes a la administración. La articulación del nuevo Estado de las autonomías en la Constitución democrática de 1978 y la promulgación de la LISMI (1982), que reconocía el importante papel que correspondía a las asociaciones de afectados, impulsaron la coordinación de las asociaciones por tipos de deficiencias a nivel autonómico y estatal. Las principales federaciones de asociaciones participan con carácter consultivo en la aplicación y evaluación de las políticas públicas relacionadas con las minusvalías, siendo el CERMI (Consejo Español de Representantes de Minusválidos) el principal órgano de representación. El CERMI ha asesorado al gobierno en la elaboración del *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (1997-2002)* y trata de influir en el desarrollo legislativo y en la elaboración

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

de aquellas políticas sociales y presupuestarias que tienen incidencia en el colectivo que representa.

La mayor parte de las personas en edad laboral con discapacidades (el 92,5% según la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* de 1999) no pertenece a ninguna asociación del sector, lo que no significa que no puedan utilizar sus servicios o participar en otras organizaciones.⁽⁷⁾ Nos vamos a fijar, primero, en el colectivo mayoritario de no asociados y, después, en la minoría que participa en asociaciones especializadas.

El gráfico 8.3 destaca la *escasa afiliación* del colectivo que estudiamos a asociaciones organizadas por o para los propios afectados. En unos casos ello se puede deber al expreso deseo de evitar entrar en el círculo de los designados socialmente como «minusválidos»; otras veces puede ocurrir que no se disponga de información o contactos suficientes con aquellas asociaciones que, eventualmente, podrían interesar. La primera situación es más frecuente en personas con deficiencias poco discapacitantes o elevada cualificación profesional, a quienes les resultan suficientes las vías y estrategias «normales» de inserción social y laboral (si se asocian, lo hacen en organizaciones de la población general). La segunda situación es más propia de áreas rurales y familias de bajo nivel económico y cultural, que se encuentran con más dificultades para conectar con las asociaciones.

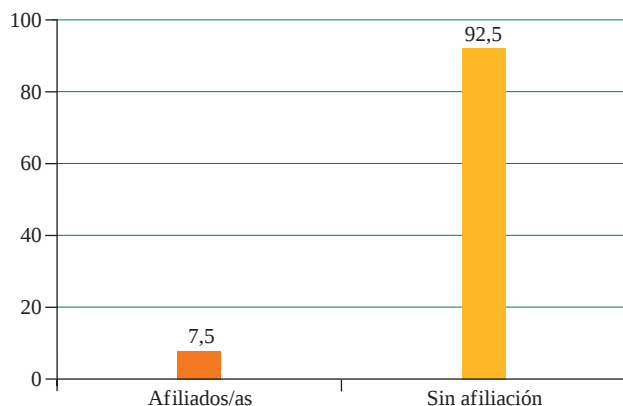
La nula o escasa implicación de la mayor parte de personas con discapacidad en las organizaciones del sector relativiza la importancia del asociacionismo específico como recurso para la inserción social y laboral del colectivo. Aunque las actividades y recursos de determinadas asociaciones constituyen un factor importante de integración social para sus afiliados y usuarios, no hay que olvidar que la afiliación y participación activa en entidades voluntarias es una cuestión de minorías en la sociedad española.

(7) Las encuestas a personas con minusvalía oficial no suelen distinguir entre asociaciones específicas del colectivo y asociaciones para la población general, salvo un estudio aplicado en la provincia de Vitoria, según el cual del 27% que estaba asociado un 17% lo estaba en asociaciones específicas y un 10% lo estaba exclusivamente en asociaciones para la población general (el estudio no matiza cuantos pertenecían a la vez a ambos tipos de organizaciones). Secretaría de Servicios Sociales (1994): *Necesidades sociales de las personas con minusvalía física en Álava*, Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, Vitoria. Previsiblemente, la proporción de afiliados a asociaciones destinadas a la población general aumentará en el caso de aquellas personas con discapacidad sin minusvalía, que representan el 65% del colectivo en edad laboral (41% los hombres, 29% las mujeres).

Gráfico 8.3

PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES AFILIADAS A ORGANIZACIONES DEL SECTOR

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Las expectativas de participación social que apuntaron con bastante fuerza a mediados de los años setenta, momento en que se produjo una notable movilización social, dieron paso después a un proceso de elitización y mercantilización de las organizaciones sociales que también afecta al movimiento asociativo de las personas con discapacidades.

En cuanto al 7,5% de personas asociadas, supone la nada despreciable cifra de unos 100.000 afiliados entre 16 y 64 años, cuya foto robot más habitual podría ser *un varón joven, con elevado nivel de estudios, de familia con ingresos superiores a la media, que ha obtenido el certificado de minusvalía y vive en una gran ciudad*. Esta foto robot se obtiene de la correlación con las siguientes variables:

- **Sexo y edad.** Los hombres se afilian más (8,5%) que las mujeres (6,5%), y los jóvenes menores de 30 años mucho más (16,7%) que los mayores de 50 (3,6%), quedando en una posición intermedia los situados entre 30 y 50 años (9,8%).

- **Nivel de estudios.** Las personas que han superado estudios secundarios están afiliadas en doble proporción (12%) que las que tienen estudios

primarios (5,9%) o inferiores (4,8%); en medio quedan quienes sólo han alcanzado el primer grado de la Educación Secundaria o ESO (8,4%).

- **Nivel económico familiar.** La afiliación es del 10,7% en las familias con mayor nivel de renta (más de 195.000 pesetas mensuales) para descender continuamente en función del volumen de ingresos: 10,7% en el tramo que baja hasta 95.000 pesetas; 7,8% en el tramo siguiente hasta 65.000; y de tan sólo el 2,3% en el tramo de menores ingresos (por debajo de 65.000 pesetas mensuales).

- **Certificado de minusvalía.** Los que tienen certificado están afiliados a organizaciones del sector en una proporción siete veces mayor (17,1%) que las personas con discapacidades que no lo tienen (2,3%). Como ya hemos indicado, este último sector está vinculado en mayor proporción a asociaciones de la población general (dato no recogido por la *Encuesta* de 1999).

- **Tamaño de la ciudad donde viven.** También en este caso hay una clara correlación, de manera que la afiliación crece a medida que se vive en un municipio más grande: 5,5% en los de menos de 10.000 habitantes; 6,7% en los de 10.000 a 50.000; 8,5% en el tramo siguiente hasta medio millón; y 10,6% en las ciudades metropolitanas que superan el medio millón.

Además, *se afilian más las personas activas que las inactivas*. Entre las activas, la mayor tasa de afiliación corresponde a las paradas que buscan su primer empleo (21,2%), mientras que es muy baja la afiliación de las paradas con experiencia laboral (5,5%). Las personas con discapacidades que están ocupadas tienen una tasa de afiliación relativamente elevada (11,3%), muy superior a quienes perciben pensiones contributivas (5,1%) y algo mayor a la de quienes perciben pensiones no contributivas (9,7%). Los estudiantes presentan una tasa de afiliación relativamente elevada (15,1%); sin embargo, quienes se dedican como tarea principal a las tareas del hogar registran la tasa más baja (2%).

La *Encuesta* de 1999 recoge también las asociaciones a las que están afiliadas las personas entrevistadas. Limitándonos al tramo de edad entre 16 y 64 años, la que registra más afiliaciones, con gran diferencia sobre las

demás, es la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), con casi 34.000 afiliados, concentrando el 35% del total de personas asociadas. Aparecen después con más de 2.000 afiliados la CNSE (Confederación Nacional de Sordos de España) y ASPACE (Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral); y entre 1.000 y 2.000 afiliados, ANDE (Fundación Ande para Minusválidos Psíquicos), la Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down, ASPAYM (Asociación Nacional de Paraplégicos y Grandes Inválidos), ALCER (Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha contra Enfermedades del Riñón) y COCEMFE (Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España).

La *implicación* de las personas afiliadas en sus respectivas asociaciones puede presentar tres grados diferentes: *socios activos*, que participan directamente en la gestión de la asociación; *socios usuarios*, que están afiliados y se aprovechan de los servicios de la asociación pero sin implicarse en la gestión; y *usuarios que no son socios*, cuya vinculación con las asociaciones es de meros consumidores de determinados servicios (no incluidos en la tasa de afiliados).

En cuanto a la *influencia* que tienen las asociaciones en la inserción social y laboral, existen también diversos grados, desde aquellos casos en los que la pertenencia a la asociación o la inclusión en los servicios proporcionados por ella son *cruciales o muy importantes* para el sujeto (por ejemplo, porque les proporciona trabajo o es la principal vía de sus relaciones de amistad, etc.) a aquellos otros en que la repercusión es *poco relevante* o puramente accidental; a medio camino, se sitúan los casos de *influencia parcial*, cuando los efectos de la asociación en la vida del sujeto no son cruciales o muy importantes pero sí relativamente significativos.

Si cruzamos los niveles de *implicación* con los grados de *influencia*, aparecen algunas formas concretas de vinculación asociativa, con frecuencia relacionadas con determinados tipos de deficiencia:

1. Asociaciones donde *el afiliado es sujeto protagonista y gestor de las actividades* que se llevan a cabo, ya sea hacia el interior (liderazgo sobre los otros socios, aspecto presente en todas las asociaciones) o hacia el exte-

rior (trabajo social voluntario volcado hacia la prevención y atención de personas con una determinada deficiencia).

2. Asociaciones que son, sobre todo, *espacios de amistad y de relaciones interpersonales con «otros iguales»* que se convierten en la principal referencia cotidiana (como ocurre con algunas asociaciones de sordos partidarios del sistema de signos, que defienden su identidad social diferenciada como minoría lingüística).

3. Asociaciones que constituyen una especie de *institución total o pequeña sociedad* en cuya gestión directa no participan habitualmente los socios pero que, sin embargo, influye decisivamente en su forma de inserción social cotidiana y marca su identidad social de manera permanente (caso de la ONCE y algunas otras grandes organizaciones con perfil societario).

4. Asociaciones que brindan un *espacio laboral protegido*, caso relativamente frecuente en personas con discapacidad psíquica (retraso mental) que trabajan en centros ocupacionales y especiales de empleo. Son usuarios que no participan activamente en la gestión de la asociación (los afiliados más activos suelen ser sus padres), pero sobre quienes la acción asociativa —a través de esos centros de trabajo— configura decisivamente sus coordenadas de inclusión o exclusión social, ya sea como plataforma o trampolín para la emancipación laboral y familiar o como repliegue crónico en instituciones especiales.

8.5. La opinión pública ante las discapacidades.

Actitudes básicas

Las formas de entender las discapacidades han variado mucho a lo largo de la historia, como vimos en el capítulo I, y difieren también en la actualidad. En efecto, existen posiciones discursivas o ideológicas que condicionan tanto las estrategias de inserción desplegadas por las personas con discapacidades como la orientación y el papel jugado por los diversos agentes e instituciones. A continuación ofrecemos un panorama general de las actitudes y opiniones de la población española en esta materia, para lo que

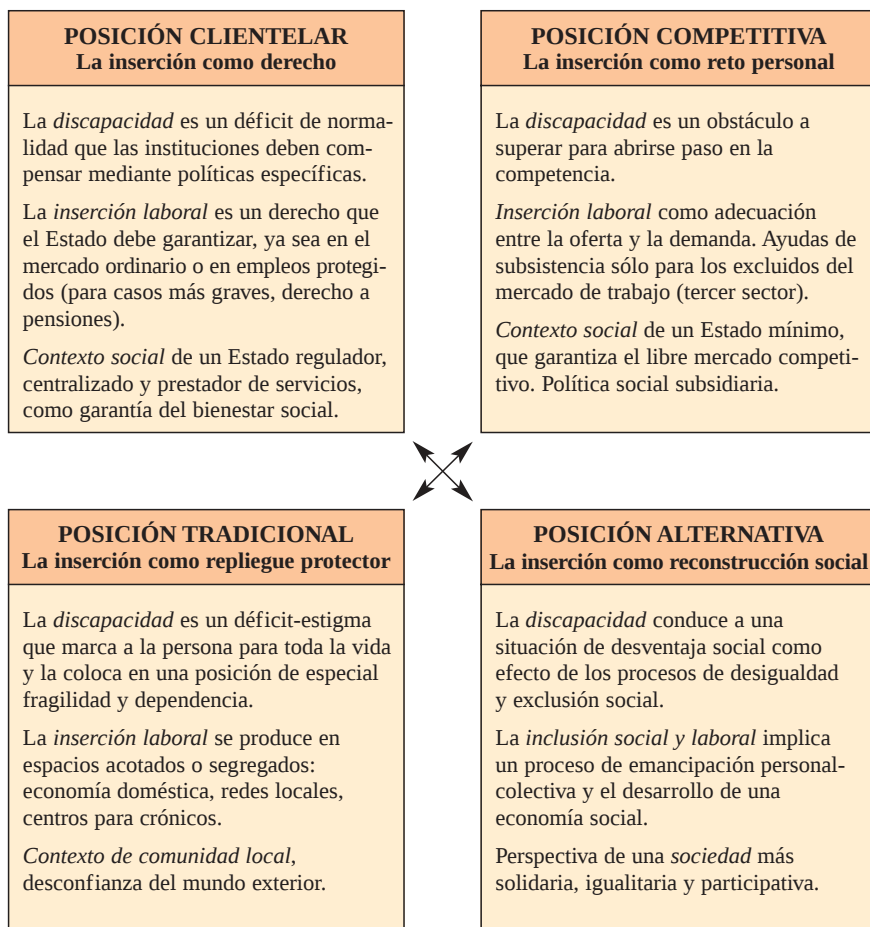
hemos elaborado⁽⁸⁾ un cuadro con las cuatro posiciones básicas que permiten explicar, con la relatividad de cualquier clasificación, los principales planteamientos y pautas de comportamiento en torno a las discapacidades (véase el cuadro 8.1).

Cada posición supone un modo articulado de entender y abordar la realidad, con los consiguientes efectos prácticos de conformación social (impregnación de valores, asignación de identidad social, etc.). Así, mientras la *posición tradicional* parte de que la discapacidad es algo que marca a la persona –y a su familia– para toda la vida y la hace acreedora de un estatus de confinamiento y dependencia de sus próximos (parentela y redes locales), la *posición competitiva* entiende la discapacidad como un obstáculo a superar en la carrera individual para abrirse camino en la vida; por su parte, mientras la *posición clientelar* plantea la discapacidad como un déficit de normalidad que la sociedad tiene el deber de compensar mediante políticas específicas, la *posición alternativa* entiende la discapacidad como un efecto, entre otros, de la desigualdad y la exclusión social que debe ser afrontado mediante un proceso de emancipación a la vez personal y colectivo.

A continuación resaltamos los rasgos propios de las cuatro posiciones que, en la práctica, no aparecen compactas ni aisladas unas de otras sino, más bien, formando combinaciones variadas a lo largo de la trayectoria biográfica de los individuos. Las posiciones, además, están mutuamente interrelacionadas, dibujando campos de fuerza que se contraponen entre sí, tal como se refleja en el cuadro 8.1. La máxima polarización tiene lugar entre los cuadrantes opuestos, de manera que entre ellos se produce una confrontación dialéctica de todos sus contenidos: el concepto de discapacidad y la forma de abordar la inserción social y laboral; el sistema de valores y el modelo subyacente de sociedad; el tipo de familia y los roles de género asignados; el papel de los profesionales y del asociacionismo, etc.

(8) Se resumen en este apartado los principales discursos obtenidos mediante diversas técnicas cualitativas (grupos de discusión e historias de vida) en Colectivo Ioé (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, o.c., págs. 141-164.

POSICIONES BÁSICAS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA ANTE LA INSERCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES



A. Posición tradicional: la inserción como repliegue protector

• Esta posición entiende la discapacidad como un *déficit que marca la identidad del sujeto y lo vuelve frágil para las relaciones sociales abiertas*. En consecuencia, las personas del entorno familiar y social más próximo tienden a tratarle de manera especial, demarcando estrictamente los lugares y personas con los que debe entrar en contacto a fin de evitarle

«riesgos» innecesarios. Esta actitud de *confinamiento* responde a dos convicciones: el recelo del mundo exterior y la desconfianza en las posibilidades que tienen tales personas para hacer frente a las amenazas, prejuicios y abusos de que pueden ser víctimas.

- Probablemente, como efecto del rechazo externo (la mirada de los otros), la percepción que los afectados tienen de sí mismos es también negativa. Desconfían de su capacidad para emanciparse en la vida adulta o para relacionarse con los demás en un plano de igualdad, lo que da lugar a sentimientos de inferioridad y resignación, y también a veces a cuadros de depresión, ansiedad y hostilidad hacia los extraños. Por otra parte, la discapacidad se puede convertir en una excusa para justificar la dependencia de las instituciones y eludir los riesgos de la competencia.

- En cuanto a los agentes implicados en los procesos de inserción social de las personas con discapacidad, el centro de gravedad lo ocupan *las familias*. Los padres, cónyuges o hermanos y demás parientes, según los casos, se convierten en el principal eje de inserción social y laboral, en torno al cual operan también las *redes comunitarias locales* (vecinos, amigos, etc.) o la acción de la *administración pública*, a la que se recurre subsidiariamente, pero que se considera distante e inspira poca confianza. En el caso de grandes discapacidades el peso de la atención se desplaza a veces a instituciones cerradas de beneficencia. En cuanto a las discapacidades leves, tanto las personas con discapacidad como sus familiares esperan de los *empleadores locales* que les faciliten un empleo, ya que comparten una historia y unos símbolos comunes que les hacen a unos deudores de otros y partícipes de un proyecto colectivo, identificado con la mejora de las condiciones de vida en el territorio compartido.

B. Posición clientelar: la inserción como derecho

- Esta posición entiende la discapacidad como un *déficit que debe ser compensado institucionalmente*. La clave de la cohesión social es ahora la integración personal en las normas y pautas de realización establecidas por las instituciones competentes.

- En cuanto a la inserción laboral, se considera que los responsables públicos deben promover y tutelar los derechos y deberes de toda la población, en especial de los sectores más débiles, frente a los intereses privados, ya se trate de empresas o de grupos de presión de cualquier tipo. En particular, el Estado debe fijar las medidas que sean necesarias para hacer efectivo el *derecho al trabajo de las personas con discapacidad que puedan ejercer un oficio, ya sea en el mercado ordinario o en empresas y centros de ocupación protegidos*. Sólo en los casos más graves, cuando se demuestre incapacidad total para trabajar, se procederá a proporcionar una pensión a las personas afectadas que les permita vivir con dignidad.

- Los principales agentes promotores de la integración social de las personas con discapacidades son los *funcionarios y profesionales de la asistencia*, en cuanto depositarios de las normas y garantías sociales. Desde su posición mediadora entre el poder político, la actividad económica y las familias, se considera que están en las mejores condiciones para ver los puntos flacos de los otros agentes y hacer las propuestas oportunas a fin de lograr una política social efectiva.

C. Posición competitiva: la inserción como reto personal

- En este caso la discapacidad se entiende como *un obstáculo individual que hay que aprender a superar para abrirse paso en la competencia social*. Las personas afectadas deben *positivizar* su limitación, es decir, desarrollar sus capacidades y elaborar aquellas estrategias que les permitan emanciparse y conseguir las metas que se propongan: autoafirmación, voluntad de superación, optimismo, resaltar las propias cualidades, aprovechar las circunstancias que se presentan, etc.

- Para lograr una inserción laboral exitosa, lo esencial es que la persona con discapacidad *oferte el perfil adecuado a la demanda existente*. Entre otras cosas, esto supone escoger una ocupación que se adapte a sus capacidades y cualificarse a fondo a fin de tener posibilidades de competir con éxito, primero en el acceso al empleo y después en la carrera profesional (afianzamiento del puesto de trabajo, posteriores ascensos, etc.). Para lograr mejor estos objetivos, a veces convendrá disimular o negar la defi-

ciencia, si ello es posible, o bien exhibirla si de ello se puede sacar ventajas comparativas en términos de rentabilidad (menos costes para el empresario) o de productividad (por ejemplo, mayor eficiencia de sordos o ciegos para determinados empleos).

- De los agentes que influyen en la inserción laboral de las personas con discapacidad, la posición competitiva destaca la importancia de *los empresarios*, en cuanto principales activadores de la vida económica y, en particular, del mercado de trabajo. En torno a las empresas, los otros agentes básicos de la sociedad son las *familias* y el *Estado*. La función de las familias es asegurar la reproducción y el mutuo apoyo entre sus miembros, mientras que el Estado tiene como misión principal establecer las reglas de juego de la convivencia, asegurando el funcionamiento de las empresas y de las familias. Además, subsidiariamente, la administración pública debe salir al paso de las quiebras que se producen en la vida laboral y familiar, amparando a los que se quedan fuera de esas instituciones (básicamente los parados y los huérfanos) y reprimiendo mediante el sistema policial y judicial a los que no respetan las reglas del juego o compiten de manera desleal. En este punto la diferencia con la actitud anterior tiene que ver con el objetivo que persigue la acción de la administración: allí se trataba de integrar en la normalidad (única) a los que no la habían alcanzado porque tenían *derecho* a ella; aquí se pretende tratar diferencialmente a cada uno y segregar de manera ordenada a los que se quedan fuera de la competencia.

D. Posición alternativa: la inserción como reconstrucción social

- Esta posición entiende la discapacidad como un *efecto particular de la dinámica de exclusión que sería inherente a la sociedad actual*. La discapacidad no es tanto una característica del individuo como una forma de interacción negativa entre cierto tipo de personas y el contexto social (existen características individuales sobre las que se construyen percepciones sociales). Por eso, esta posición parte de una crítica del estilo de vida «normalizado» que se considera punto de origen de la exclusión que sufren determinados colectivos, entre ellos las personas con discapacidades.

- La inserción laboral de las personas con discapacidad no es algo que les afecte sólo a ellas sino también a otras muchas y, por ello, se tiene que abordar mediante un proceso de emancipación a la vez personal y colectivo a partir de unos valores alternativos a los establecidos. En concreto, la forma de inserción ideal en el mercado de trabajo sería una ocupación donde todos los empleados participaran activamente en la gestión de sus empresas y los objetivos no fueran meramente productivistas sino orientados por consideraciones de interés social. Por otra parte, habría una revalorización de las formas de trabajo no monetarias (tareas domésticas, trabajo social comunitario...), propiciando un reparto equilibrado entre los sexos de los diversos usos del tiempo.

- En cuanto a los diversos agentes relacionados con la inserción social de las personas con discapacidad, para esta posición ideológica el centro de gravedad lo deberían constituir *los propios afectados*.

Desde las cuatro posiciones descritas se reconoce la discriminación social y laboral de las personas con discapacidades en la sociedad española. Sin embargo, al *fatalismo* de la posición tradicional, que asume las desigualdades como definitivas y busca salidas que cronifican al sujeto en un marco de reclusión, se opone el *optimismo* de la posición clientelar, que considera superable la discriminación siempre que el sujeto afectado cuente con los recursos y apoyos técnicos necesarios. En dirección contraria, la posición competitiva entiende que las políticas proteccionistas de mano de obra contribuyen a frenar la iniciativa de los agentes económicos y les impide encontrar el punto de equilibrio que más beneficie a ambos. En cuanto a la posición alternativa, las desigualdades en el mercado de trabajo remiten a problemas básicos de la estructura social que antepone la rentabilidad económica a la calidad de vida de todos los ciudadanos. Estas diversas posiciones en torno a las discapacidades se presentan en la práctica mezcladas entre sí y configuran diferentes estrategias y líneas de intervención, con los consiguientes efectos de inclusión y exclusión social y laboral.

IX. Balance

La última *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*, aplicada en 1999 a una muestra de 79.000 hogares, estima en 3,5 millones (9% de la población española) el número de personas con discapacidades. La cifra es mucho menor que la registrada en 1986 por la anterior encuesta de ámbito estatal (5,7 millones), pero ello no se debe a que hayan disminuido los sujetos afectados sino a que se han utilizado criterios más restrictivos para definir la discapacidad. De hecho, si la comparación se establece entre aquellas discapacidades que se han aplicado con los mismos criterios, el incremento es superior al 40%. En todo caso, se trata de uno de los colectivos cuantitativamente más importantes a los que se dirige la política social en sus diversas vertientes (sanitaria, educativa, laboral y asistencial).

A continuación resumimos algunos de los resultados más destacados del presente estudio, siguiendo en general el orden de los temas tratados.

9.1. La población con discapacidades en España

La mayoría de las discapacidades tiene su origen en las *enfermedades* que se contraen a lo largo de la vida, lo que explica que su número se incremente con la edad: menos del 2% antes de los 16 años, 5% en la edad laboral (16-64 años) y 32% en la ancianidad. La segunda causa tiene que ver

con los problemas que se presentan en los primeros años de vida, ya sea por *trastornos congénitos o durante el embarazo o el parto*, circunstancias que explican la quinta parte de las discapacidades antes de los 65 años. En tercer lugar, están los *accidentes domésticos, laborales y de tráfico*, que originan el 15% de las deficiencias antes de la edad de jubilación.

En comparación con otros países de la Unión Europea, España presenta un promedio de personas con discapacidades por debajo de la media, sólo tienen menor proporción Italia y Grecia (Panel de Hogares de EUROSTAT de 1996). Sin embargo, nuestro país es el que registra una mayor aceleración de casos de discapacidad a medida que avanza la edad: antes de los 30 años las personas afectadas en España son tres veces menos que la media comunitaria, para aproximarse poco a poco y sobrepasar dicha media a partir de los 60 años. Teniendo en cuenta que las principales causas de discapacidad son las enfermedades y los accidentes, se puede deducir que *las condiciones de vida y de trabajo en España son más nocivas para la salud y producen más accidentes graves que en el resto de la Unión*, lo que en parte queda confirmado por las estadísticas internacionales: España ocupa el primer lugar en siniestralidad laboral y uno de los puestos más altos en accidentes de tráfico; es uno de los países que menos gastan en salud por habitante y donde la población tiene, después de Portugal, una percepción más negativa de su propia salud, lo que no impide que sea el segundo mayor consumidor de tabaco, después de Grecia.

En conjunto, *las mujeres se encuentran más afectadas por discapacidades que los hombres*, si bien esto se produce con un ritmo variable según la edad: hasta los 50 años, la tasa masculina de discapacidades es mayor, en parte como efecto de que padecen cinco veces más siniestros laborales y doble número de accidentes de tráfico que las mujeres; en cambio, a partir de los 50 años la tasa femenina sobrepasa a la masculina como efecto combinado de su mayor morbilidad (tienden a contraer más enfermedades discapacitantes) y menor mortalidad (esperanza de vida 7 años mayor que la de los hombres).

Las discapacidades *afectan con mayor intensidad a las familias con bajos ingresos* debido a que padecen unas condiciones ambientales menos

saludables y mayores riesgos de contraer enfermedades y sufrir accidentes. Además, sus posibilidades de rehabilitación son menores al no disponer de suficientes recursos económicos.

La *prevalencia de discapacidades por comunidades autónomas y provincias* presenta un alto grado de correlación con dos factores: el *índice de vejez* (proporción de personas con 65 y más años) y la *renta familiar per cápita*. Con algunas excepciones, se cumplen estas dos proposiciones: a más número de ancianos la prevalencia es mayor; y a más renta, disminuye.

Bajo el concepto de discapacidad se incluyen 36 limitaciones diversas, que afectan en mayor o menor grado a las facultades habituales para desenvolverse en la vida diaria. Las más frecuentes son las que tienen su origen en *deficiencias físicas*, que afectan fundamentalmente al esqueleto, al sistema nervioso y a las vísceras (representan aproximadamente la mitad del total de discapacidades); en segundo lugar, las *deficiencias sensoriales*, que afectan a la vista, al oído y al habla (un tercio de las discapacidades); y, en tercer lugar, las *deficiencias psíquicas*, que incluyen el retraso mental, las demencias y otros trastornos psicológicos (16% de las discapacidades).

En la mayoría de los casos *las discapacidades representan limitaciones parciales que no tienen por qué impedir una inserción social normalizada*. El hecho de que las personas afectadas registren un promedio de seis limitaciones quiere decir que pueden ejercitar normalmente –también como promedio– las treinta facultades restantes. Por otra parte, sólo una cuarta parte de las discapacidades supone una total anulación de la función correspondiente (no ver nada, no oír nada, no tener ninguna capacidad de relacionarse con los demás...); en los demás casos se trata de limitaciones de grado para poder realizar la correspondiente función. Pero incluso cuando la discapacidad es total, ello no significa que el sujeto no pueda suplir o compensar su limitación mediante el uso de otras facultades y con las ayudas externas oportunas.

9.2. Principales vías de inserción en edad laboral

El presente estudio ha centrado su interés en las personas con discapacidades en edad laboral (16-64 años), que suman 1,3 millones y suponen el 5% de la población total de España en ese tramo de edad. De dichas personas, el 14% (110.000 hombres y 80.000 mujeres) se consideran en la encuesta de 1999 «*incapacitadas para trabajar*», una proporción que varía mucho según el tipo y grado de discapacidad. Sin embargo, únicamente tiene *empleo remunerado* el 24%, mientras que el 62% restante pertenece a las categorías de *desempleadas* e *inactivas* con capacidad de trabajar. Esta exclusión del ámbito laboral es mucho mayor para las mujeres (15,8% ocupadas), que se vuelcan en las *tareas del hogar como ocupación principal* (52%), actividad que sólo desempeña habitualmente un 3% de los hombres.

Casi la mitad de las personas con discapacidades que están en edad laboral percibe *pensiones*, ya sean contributivas (mayoría hombres), no contributivas (mayoría mujeres) o de prejubilación (mayoría hombres). En el primer caso pueden ejercer un empleo, a la vez que perciben la pensión, lo que de hecho hace uno de cada diez; en el segundo caso (pensiones no contributivas) no pueden trabajar mientras se benefician de la ayuda pero sí buscar empleo, lo que hace el 4%; en el tercer caso, la prejubilación implica el abandono definitivo de la actividad laboral. En conjunto, *las pensiones constituyen en España el sistema de inserción más frecuente y característico del colectivo estudiado*, sobre todo en el caso de los hombres, siendo en el contexto de la Unión Europea uno de los países con mayor cobertura de ese tipo de prestaciones en el tramo de edad laboral, sólo por detrás de Dinamarca.

De quienes tenían empleo remunerado antes de sobrevenirles la discapacidad, *más de la mitad lo abandonó por ese motivo* (unas 320.000 personas), pasando a engrosar las listas de pensionistas y desempleados. Entre las personas que mantuvieron su empleo (unos 310.000) algo más de un 10% tuvo que cambiar de ocupación; la tendencia más frecuente es pasar de empleos cualificados a otros menos cualificados.

9.3. España registra la menor tasa de ocupación de la Unión Europea. Doble discriminación de las mujeres

Según el Panel de Hogares de EUROSTAT, la proporción de personas con discapacidad *severa* que tiene empleo en España es la más baja de la Unión Europea y la segunda más baja en los casos de discapacidad *moderada*, después de Irlanda. Además España registra, junto con Italia, la mayor discriminación de género en el acceso al empleo, con una tasa masculina que duplica a la femenina en los casos de discapacidad severa.

En comparación con el conjunto de la población española en edad laboral, la tasa de ocupación de las personas con discapacidades es muy inferior (23,9%) a la media del país (53,4%), lo que es el resultado acumulado de unas *tasas de inactividad* (67,7%) y *paro* (26,1%) mucho mayores entre las personas con discapacidad. Dicho de otro modo, del pequeño grupo de candidatos a trabajar (activos), menos de tres cuartas partes consigue empleo. Estas diferencias con la población general se producen tanto entre los hombres como entre las mujeres pero a partir de una *división sexual del trabajo* muy acusada, que se agudiza entre las personas con discapacidad.

La situación laboral de las personas con discapacidades que tienen empleo (215.000 hombres y 105.000 mujeres) presenta las siguientes características:

- La distribución por *sectores de actividad* y según la *situación profesional* (cuenta propia o ajena) es similar a la media de la población ocupada española: la mayoría trabaja por cuenta ajena en el sector servicios, si bien los hombres tienen también una presencia destacada en la industria, la construcción y la agricultura. La proporción de empleadores es menor que a nivel de toda la población, mientras que hay más trabajadores autónomos y asalariados. Estos últimos se encuentran en el sector público de la economía en menor proporción que la población general española, lo que indica que, pese a la «reserva de plazas» existente en la administración, *el acceso de las personas con discapacidades a empleos del sector público presenta más barreras que en el sector privado.*

- Las *ocupaciones* más frecuentes son las de obrero cualificado (47% de los hombres y 15% de las mujeres) y no cualificado (26% de las mujeres y 19% de los hombres). Les siguen los empleos en la hostelería, el comercio y los servicios personales, donde las mujeres están mucho más presentes (30%) que los hombres (13%). Por último, aparecen los trabajos de tipo administrativo (10%, mayoría mujeres), los técnicos y profesionales (también 10%, con igual proporción de ambos sexos) y los directivos y gerentes de empresas o de la administración pública (5%, mayoría hombres). En comparación con la distribución de ocupaciones de la población española, *el grupo estudiado está más presente en empleos que requieren menor cualificación profesional (obreros no cualificados, servicios personales, hostelería y comercio) y menos en los que exigen mayor cualificación (directivos, profesionales y obreros cualificados).*

- Un tercio de las mujeres asalariadas y la quinta parte de los hombres tienen *contrato de duración temporal*, y la proporción se incrementa mucho entre los menores de 30 años (tres de cada cuatro mujeres y uno de cada dos hombres). Los contratos temporales son más frecuentes en el sector privado (33%) que en el público (12%).

- La encuesta de 1999 captó también que una de cada diez mujeres trabajaba en la *economía sumergida*, es decir, sin contrato (situación en la que se encontraba el 2,5% de los hombres).

- Algo más de un tercio de las personas ocupadas aprovechó para acceder al empleo alguna de las fórmulas existentes de *empleo protegido* (centros ocupacionales, centros especiales de empleo y puestos de trabajo ligados a la venta del cupón de la ONCE) o bien las diversas *medidas de fomento del empleo en el mercado ordinario* (cuota de reserva del 2%, contratos para la formación y en prácticas, incentivos a la contratación, empleos subvencionados, servicios de intermediación laboral, etc.). Las fórmulas de empleo protegido tienen más peso en España (22% de los puestos de trabajo) que las medidas orientadas a favorecer la inserción en el mercado ordinario (15% de los puestos, aproximadamente). En especial, hay que destacar la escasa incidencia de la «cuota de reserva del 2%», establecida por ley para

las empresas con más de 50 empleados, que sólo ha generado 11.500 puestos de trabajo (3,7% de las personas ocupadas con discapacidades).

9.4. Mayor tasa de desempleo y más parados de larga duración

Más de la cuarta parte (26%) de las personas activas con discapacidades se encuentra en situación de *desempleo*, que es de larga duración (más de dos años) en la mitad de los casos. En ambos aspectos el colectivo se encuentra discriminado en relación a la población general, cuya tasa de paro en 1999 era del 15,6% y sólo un tercio de larga duración.

Por comunidades autónomas, las tasas de desempleo más elevadas se producen en Extremadura y Andalucía, y las más bajas en Baleares y La Rioja. En estrecha correspondencia con lo que ocurre al conjunto de la población española, la falta de trabajo afecta también más a los jóvenes y a las mujeres.

Entre los métodos utilizados para buscar empleo, el más habitual es la inscripción en las oficinas del INEM, seguido de la presentación personal en las empresas y de los contactos y relaciones personales; en muy pocos casos se busca acceder al empleo mediante oposiciones, siendo ésta una vía más utilizada por las mujeres (6%) que por los hombres (2%). Una de cada cinco personas en edad laboral ha acudido en el transcurso de los últimos cinco años a algún curso de formación o reciclaje profesional, pero sólo una sexta parte considera que dichos cursos le fueron útiles para encontrar empleo.

9.5. Mayoría de inactivos y parados. ¿Por qué?

A lo largo del presente estudio nos hemos preguntado por qué es tan elevada la proporción de personas con discapacidades en edad de trabajar que no tiene empleo (76% del total, llegando al 82% en el tramo de 50 a 64 años). Aparte de aquellos casos en los que no se tiene capacidad legal o funcional para desempeñar ningún trabajo (los «prejubilados» y los «incapaci-

tados» para cualquier tipo de actividad, en ambos casos la mayoría hombres) y se ha optado por dedicarse en exclusiva a las tareas domésticas (casi sólo mujeres) o están estudiando, *las principales razones aducidas para no acceder al mercado laboral* las recogemos en el cuadro 9.1.

Cuadro 9.1

RAZONES PARA NO ACCEDER AL MERCADO LABORAL

Personas «inactivas» que podrían trabajar	Personas que se encuentran en paro
• <i>Estar percibiendo una pensión de invalidez contributiva o no contributiva</i> (189.000 y 120.000 personas, 34% de las inactivas). En el primer caso, la legislación vigente permite (mediante una formulación ambigua) acceder al empleo a la vez que se cobra la pensión, como de hecho hace un sector minoritario, pero lo habitual es no trabajar y vivir de la pensión, sin que sepamos con seguridad en cuantos casos ello se debe a una opción personal o a haberse desanimado de buscar empleo. En cuanto a los perceptores de pensiones no contributivas, deberían buscar empleo –salvo los casos de incapacidad absoluta–, lo que sólo hace el 4% de ellos (quizás, en muchos casos, porque la percepción mensual de una pensión, aunque sea baja, les da más seguridad que un empleo precario que implicaría dejar de percibir la pensión). • <i>Haberse desanimado de buscar empleo</i> (215.000 personas, 23% de las inactivas). La mayoría de estas personas considera expresamente que «debido a su discapacidad, sería muy difícil encontrar empleo». En otros casos se han desanimado después de una búsqueda infructuosa o bien no saben dónde buscar un empleo adecuado a sus condiciones. Constituyen el sector con una problemática más clara de discriminación laboral: pueden y quieren trabajar, pero ya ni siquiera buscan empleo activamente porque lo consideran prácticamente imposible de conseguir. En la mayoría de los casos atribuyen la causa a su discapacidad.	• Casi un tercio (31,3%) cree que encontrar trabajo <i>es muy difícil para todo el mundo</i>, sobre todo si son jóvenes, mujeres, no tienen estudios o viven en regiones con una tasa de paro elevada como Andalucía y Extremadura. • En una proporción algo menor (26,6%) se considera que la principal barrera para acceder a un empleo es precisamente «<i>ser discapacitado</i>». El problema en este caso es la limitación o estigma social que produce la discapacidad, que se acentúa en los casos más severos. • El <i>bajo nivel de estudios</i> es la principal causa de no encontrar empleo para el 7,1%. Sin embargo, el análisis de las tasas de actividad, ocupación y paro según el nivel académico demuestra que <i>la inserción laboral de las personas analfabetas o sin estudios es tres veces menor a la de quienes tienen estudios superiores a Primaria</i>. En este sentido, aunque la formación de las personas con discapacidad ha mejorado en relación al pasado, hay que constatar que, según el Panel de Hogares de EUROSTAT, el nivel de estudios del colectivo en España es el más bajo de los países de la Unión Europea, después de Portugal. • Por último, menos del 5% de las personas en paro con discapacidades achaca su situación a la <i>falta de experiencia laboral</i>. Como es lógico, son los jóvenes de ambos sexos y las mujeres que no han trabajado antes los dos grupos que más recurren a este argumento.

9.6. Principales instituciones con incidencia en el campo de las discapacidades. Algunas propuestas

De las instituciones que más pueden influir –positiva o negativamente– en la inserción laboral de la población con discapacidades, hemos destacado, en primer lugar, la *familia*, principal mediadora entre los sujetos con limitaciones y el contexto social más amplio. Ya se trate de casos congénitos o sobrevenidos, los itinerarios individuales se desenvuelven casi siempre en relación a un medio familiar, hasta el punto de que el abordaje de la discapacidad se convierte en un *asunto de familia*, dando lugar a diversas estrategias que dependen de las circunstancias de cada caso (sexo, edad y estado civil, nivel socioeconómico del hogar, mentalidad de sus miembros, etc.).

Las familias se hacen cargo de una parte de los gastos que origina el tratamiento de la discapacidad y, cuando el paciente requiere de los cuidados de otra persona para cubrir sus necesidades básicas, son los propios parientes, sobre todo del sexo femenino (madres, esposas, hermanas, hijas), quienes prestan la ayuda en más del 80% de los casos.

Ante estas consideraciones, además de reconocer el papel de la familia como un recurso social de primer orden para la inserción social y laboral, es preciso señalar la importancia de las políticas de apoyo a aquellas familias que cuentan entre sus miembros a personas con discapacidad (asesoramiento profesional, ayudas específicas, prestaciones económicas, etc.). Asimismo, es importante promover una política general de usos del tiempo más equilibrada entre los sexos, de manera que tanto los hombres como las mujeres participen en las tareas y cuidados domésticos.

El *mercado de trabajo* es la segunda institución a la que nos hemos referido. En general, su evolución en las últimas décadas se ha caracterizado por un incremento de la competitividad y la segmentación entre los trabajadores, que tiende a marcar las diferencias entre los candidatos más y menos capacitados. Este último sector se ha incrementado desde mediados de los años ochenta, como lo atestigua el crecimiento combinado del paro y

la contratación temporal hasta llegar a representar el 33,6% de la población activa en 2002. En este contexto hay que situar las elevadas tasas de inactividad, desempleo y paro de larga duración entre las personas con discapacidad, así como su mayor dificultad para acceder al mercado ordinario de trabajo en condiciones de estabilidad y promoción profesional.

Conviene tener en cuenta que los discursos y las políticas sobre la inserción social y laboral de las personas con discapacidades no se pueden plantear al margen de las condiciones del mercado de trabajo; más bien, el diseño de una política laboral que facilite a todos los sectores de la sociedad –incluidos los más frágiles– el ejercicio del derecho a un trabajo digno se debe considerar el eje vertebrador de cualquier estrategia de inserción social y laboral.

La *política social* dirigida a las personas con discapacidades mantiene una posición ambivalente entre el enfoque normalizador, descentralizador y participativo, que ha experimentado un gran avance en las últimas décadas, y una práctica etiquetadora heredada del pasado en la que el papel activo corresponde a la administración y el pasivo a la persona con deficiencias. El inicio de esta relación se establece mediante un *certificado de minusvalía*, al que accede sólo una tercera parte de las personas en edad laboral con discapacidades (41% los hombres, 29% las mujeres), que tiene por lo general carácter estable, suele conferir identidad social a los sujetos y los hace dependientes de las prestaciones correspondientes (en especial de las pensiones).

Siguiendo las orientaciones más recientes en el campo de las discapacidades, en especial la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud, las políticas específicas deberían orientarse a *evitar las barreras y restricciones a la participación social de las personas con discapacidades, en términos de igualdad con el resto de los ciudadanos*. Esto implica fomentar las llamadas *políticas activas* a fin de lograr una integración social satisfactoria, desde la clave de que las limitaciones corporales y funcionales no se deben considerar una *anormalidad* sino, más bien, una *diferencia* que no tiene por qué impedir una inclusión social normalizada. Las políticas sociales deberían orientarse en tal caso a corregir las barreras, prejuicios

y otros factores que tienen como efecto dificultar o impedir su inserción social en términos de igualdad.

Por último, nos hemos referido a las *asociaciones del sector* en las que participa el 7,5% de la población con discapacidades, lo que relativiza la importancia del asociacionismo como un recurso específico para la inserción social y laboral del colectivo. No obstante, las actividades y servicios de las asociaciones constituyen un factor importante de integración social para sus afiliados y usuarios, si bien el grado de implicación y participación varía mucho de unos casos a otros, lo que da lugar a diversos modelos prácticos de asociacionismo con efectos sociales diferentes.

La *no afiliación de la mayoría* se puede deber a una opción expresa de no participar en las asociaciones del sector, o bien a causa de la falta de información y contactos. En este último caso, sería conveniente ampliar las vías de conexión con las asociaciones, de manera que éstas pudieran llegar a todos los interesados. En el primer caso, la opción de no participar puede responder al deseo de evitar entrar en el círculo de los designados socialmente como «minusválidos» y preferir, por el contrario, utilizar los medios y cauces de participación de la población general.

ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 1.1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES POR EDAD Y SEXO. 1999

I. Población española

Edad	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 5 años	1.138.577	1.070.927	2.209.504
6-15 años	2.156.169	2.035.917	4.192.086
16-29 años	4.459.433	4.281.276	8.740.708
30-49 años	5.717.245	5.682.748	11.399.993
50-64 años	3.048.260	3.221.937	6.270.198
65 años y más	2.709.805	3.724.717	6.434.523
Total	19.229.489	20.017.522	39.247.010

II. Personas con discapacidades

Edad	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 5 años	5.286	5.023	10.309
6-15 años	36.060	32.224	68.284
16-29 años	113.021	68.592	181.613
30-49 años	252.016	220.941	472.957
50-64 años	313.341	369.798	683.138
65 años y más	733.809	1.338.843	2.072.652
Total	1.453.532	2.035.420	3.488.953

III. Porcentaje de personas con discapacidades

Edad	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 5 años	0,5	0,5	0,5
6-15 años	1,7	1,6	1,6
16-29 años	2,5	1,6	2,1
30-49 años	4,4	3,9	4,1
50-64 años	10,3	11,5	10,9
65 años y más	27,1	35,9	32,2
Total	7,6	10,2	8,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Tabla 1.2

TIPOS DE DISCAPACIDAD QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Número de personas afectadas y porcentaje sobre la población española

Tipos (*) Discapacidad	Totales			Porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Ver						
Recibir imágenes	22.753	36.789	59.541	0,1	0,2	0,2
Tareas visuales de conjunto	221.600	309.621	531.220	1,2	1,5	1,4
Tareas visuales de detalle	236.946	388.440	625.386	1,2	1,9	1,6
Otras de la visión	114.279	161.117	275.396	0,6	0,8	0,7
Oír						
Recibir cualquier sonido	48.756	53.639	102.395	0,3	0,3	0,3
Oír sonidos fuertes	100.967	129.769	230.736	0,5	0,6	0,6
Para oír el habla	353.756	461.882	815.638	1,8	2,3	2,1
Comunicarse						
Hablar	90.560	82.889	173.449	0,5	0,4	0,4
Lenguajes alternativos	43.054	45.589	88.643	0,2	0,2	0,2
Gestos no signados	32.744	37.023	69.767	0,2	0,2	0,2
Escritura-lectura convencional	183.533	231.447	414.980	1,0	1,2	1,1
Aprender y desarrollar tareas						
Reconocer y orientarse	91.620	143.581	235.201	0,5	0,7	0,6
Recordar informaciones	158.521	268.257	426.778	0,8	1,3	1,1
Entender órdenes sencillas	74.698	117.301	191.999	0,4	0,6	0,5
Entender órdenes complejas	172.966	221.604	394.570	0,9	1,1	1,0
Desplazarse						
Controlar posiciones del cuerpo	246.905	433.452	680.357	1,3	2,2	1,7
Levantarse, acostarse, estar de pie	362.523	654.917	1.017.440	1,9	3,3	2,6
Desplazarse dentro del hogar	261.727	500.794	762.521	1,4	2,5	1,9
Utilizar brazos y manos						
Mover objetos no pesados	315.524	564.964	880.488	1,6	2,8	2,2
Utensilios y herramientas	284.787	396.732	681.519	1,5	2,0	1,7
Manipular objetos pequeños	236.122	345.549	581.671	1,2	1,7	1,5
Desplazarse fuera del hogar						
Moverse sin medio de transporte	534.482	995.611	1.530.093	2,8	5,0	3,9
Usar transportes públicos	574.328	1.092.261	1.666.589	3,0	5,5	4,2
Conducir vehículo	434.573	492.469	927.043	2,3	2,5	2,4

Tabla 1.2 (cont.)

Tipos (*) Discapacidad	Totales			Porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<i>Cuidarse de sí mismo</i>						
Asearse solo	256.670	422.502	679.173	1,3	2,1	1,7
Usar el servicio solo	124.413	207.913	332.326	0,6	1,0	0,8
Vestirse, arreglarse	236.698	349.000	585.698	1,2	1,7	1,5
Comer y beber	85.236	130.227	215.463	0,4	0,7	0,5
<i>Realizar las tareas del hogar</i>						
Compra y suministros	380.572	826.594	1.207.166	2,0	4,1	3,1
Comidas	292.457	540.941	833.397	1,5	2,7	2,1
Lavado y planchado	324.011	692.717	1.016.727	1,7	3,5	2,6
Limpieza de la casa	355.342	898.519	1.253.861	1,8	4,5	3,2
Bienestar de la familia	285.168	529.226	814.394	1,5	2,6	2,1
<i>Relación con otras personas</i>						
Relaciones de cariño con familiares	64.544	80.949	145.493	0,3	0,4	0,4
Mantener amistad	175.659	217.657	393.316	0,9	1,1	1,0
Relación con compañeros de trabajo	223.930	313.036	536.967	1,2	1,6	1,4

(*) Una misma persona puede estar en más de una categoría.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Tabla 1.3

DEFICIENCIAS QUE HAN ORIGINADO LAS DISCAPACIDADES (EN PERSONAS DE 16 A 64 AÑOS)

Tasas por 1.000 habitantes de la población española

	Personas con discapacidades			Tasa por 1.000 habitantes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Deficiencias ^(*)						
Mentales	153.934	104.763	258.696	11,6	7,9	9,8
Visuales	126.285	126.903	253.188	9,5	9,6	9,6
Deficiencias del oído	137.259	132.764	270.023	10,4	10,1	10,2
Del lenguaje, habla y voz	10.630	5.431	16.060	0,8	0,4	0,6
Deficiencias osteoarticulares	233.416	324.653	558.069	17,6	24,6	21,1
Deficiencias del sistema nervioso	69.525	60.726	130.251	5,3	4,6	4,9
Deficiencias viscerales	59.718	59.270	118.989	4,5	4,5	4,5
Otras deficiencias	17.544	27.429	44.973	1,3	2,1	1,7
Total	808.310	841.939	1.650.249	61,1	63,9	62,5
Grandes grupos de deficiencias ^(*)						
Deficiencias psíquicas	153.934	104.763	258.696	11,6	7,9	9,8
Deficiencias sensoriales	274.173	265.098	539.271	20,7	20,1	20,4
Deficiencias físicas	362.659	444.649	807.308	27,4	33,7	30,6
Otras deficiencias	17.544	27.429	44.973	1,3	2,1	1,7
Total	808.310	841.939	1.650.249	61,1	63,9	62,5

(*) La unidad de recuento son las deficiencias, no las personas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Tabla 1.4

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEVERA O MODERADA EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA (EDAD DE 16 A 64 AÑOS)

Porcentaje respecto a la población total

País	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Severa	Moderada	Severa	Moderada	Severa	Moderada
Bélgica	5,5	7,9	4,2	8,7	4,6	8,3
Dinamarca	4,6	10,1	4,8	15,4	4,7	12,7
Alemania	5,2	12,4	4,0	12,9	4,6	12,7
Grecia	3,5	4,2	3,2	5,5	3,3	4,9
España	3,6	6,2	3,0	7,0	3,3	6,6
Francia	6,0	8,8	6,0	9,8	6,0	9,3
Irlanda	2,7	8,1	2,2	8,8	2,5	8,4
Italia	2,1	5,4	2,4	5,7	2,3	5,5
Luxemburgo	4,6	12,9	4,1	11,4	4,3	12,1
Holanda	4,7	11,4	6,8	14,0	5,8	12,7
Austria	3,1	10,1	3,4	8,5	3,2	9,3
Portugal	6,7	9,9	8,2	11,9	7,5	10,9
Finlandia	6,7	15,0	5,8	18,4	6,2	16,7
Reino Unido	6,4	11,6	5,1	14,5	5,7	13,2
UE-14	4,7	9,3	4,3	10,6	4,5	10,0

Fuente: Elaboración propia a partir de EUROSTAT, *Disability and social participation in Europe*, Luxemburgo, 2001.

Tabla 1.5

PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA QUE TIENE EMPLEO REMUNERADO (EDAD DE 16 A 64 AÑOS)

País	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Severa	Moderada	Severa	Moderada	Severa	Moderada
Bélgica	20,4	54,2	15,9	22,6	18,3	36,9
Dinamarca	15,0	62,3	19,2	45,0	17,1	52,0
Alemania	30,3	67,3	21,5	41,4	26,4	53,8
Grecia	15,9	54,2	17,5	23,8	16,7	36,3
España	16,6	40,2	9,0	18,9	13,1	28,7
Francia	45,4	59,0	28,5	43,1	36,8	50,5
Irlanda	15,2	38,7	11,8	16,6	13,7	27,1
Italia	18,8	40,5	12,2	19,4	15,3	29,6
Luxemburgo	35,6	49,5	20,8	29,5	28,7	40,2
Holanda	36,0	57,1	19,5	33,8	26,1	44,0
Austria	31,9	54,5	25,3	41,7	28,4	48,6
Portugal	34,7	64,1	27,7	44,3	30,7	52,9
Finlandia	23,0	50,8	19,9	49,1	21,6	49,8
Reino Unido	16,6	57,7	18,2	39,1	17,4	46,6
UE-14	27,9	57,6	20,5	36,7	24,3	46,2

Fuente: Elaboración propia a partir de EUROSTAT, *Disability and social participation in Europe*, Luxemburgo, 2001.

Tabla 2.1

PERSONAS CON DISCAPACIDADES OCUPADAS POR SECTORES DE ACTIVIDAD

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

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

Tabla 2.2

RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES (PERSONAS EN EDAD LABORAL, 16-64 AÑOS)

Actividad (*)	Hombres			
	16-29 años	30-49 años	50-64 años	Total
Totales				
Trabajando	26.347	94.821	69.076	190.243
Empleado temp. ausente	3.342	7.396	13.635	24.373
Parado, sin primer empleo	6.574	2.915	0	9.489
Parado con experiencia	9.616	22.818	18.974	51.407
Incapacitado	16.752	48.719	45.914	111.386
Pensión contributiva de invalidez	7.673	69.621	151.989	229.283
Pensión no contributiva de invalidez	26.354	49.447	18.589	94.390
Jubilado	0	937	40.988	41.925
Estudiando	32.428	3.330	637	36.395
Labores del hogar	819	6.607	11.099	18.525
Voluntariado	249	686	219	1.154
Otra situación	12.910	14.089	7.930	34.929
Porcentaje sobre personas con discapacidad de cada tramo de edad/sexo				
Trabajando	23,3	37,6	22,0	28,0
Empleado temp. ausente	3,0	2,9	4,4	3,6
Parado, sin primer empleo	5,8	1,2	0,0	1,4
Parado con experiencia	8,5	9,1	6,1	7,6
Incapacitado	14,8	19,3	14,7	16,4
Pensión contributiva de invalidez	6,8	27,6	48,5	33,8
Pensión no contributiva de invalidez	23,3	19,6	5,9	13,9
Jubilado	0,0	0,4	13,1	6,2
Estudiando	28,7	1,3	0,2	5,4
Labores del hogar	0,7	2,6	3,5	2,7
Voluntariado	0,2	0,3	0,1	0,2
Otra situación	11,4	5,6	2,5	5,1

(*) Las personas pueden estar en más de una categoría.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

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

Tabla 2.3

ACTIVIDAD, OCUPACIÓN Y PARO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES (EDAD 16-64 AÑOS)

Totales de personas con discapacidades y tasas

	Hombres			
	16-29 años	30-49 años	50-64 años	Total
Totales				
Ocupados	29.688	102.217	82.711	214.616
Parados	16.190	25.733	18.974	60.896
Activos	45.878	127.950	101.684	275.512
Inactivos	67.143	124.066	211.657	402.866
Tasas				
Tasa de ocupación/Total	26,3	40,6	26,4	31,6
Tasa de paro/Total	14,3	10,2	6,1	9,0
Tasa de ocupación/Activos	64,7	79,9	81,3	77,9
Tasa de paro/Activos	35,3	20,1	18,7	22,1
Tasa de actividad	40,6	50,8	32,5	40,6
Tasa de inactividad	59,4	49,2	67,5	59,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias, 1999.

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

Bibliografía

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

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

- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1976): *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, 1997-2002*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO (2002): *Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados España 2001*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- JIMÉNEZ, A. y CASADO, D. (2001): «Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad», en *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, n.º 50, Madrid.
- LÓPEZ, G. y ORTÚN, V. (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*, Ed. Encuentro, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- (1999): *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2002): *Accidentes de trabajo*, Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, Madrid.
- MORENO, E. y VALERA, S. (1992): *Actitud de l'Empresa Privada davant la integració laboral de persones amb disminució*, Institut Municipal de Disminuïts, Barcelona.
- MUÑOZ, S. y DE LORENZO, R. (dir.) (1996): *Código europeo de las minusvalías*, Escuela Libre Editorial, Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001): *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (varios años): *Acceso de las Personas con Discapacidad al Empleo Público*, Real Patronato, Madrid.
- SECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES (1994): *Necesidades sociales de las personas con minusvalía física en Álava*, Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, Vitoria.
- SORIA, R. J. (1995): *La percepción que tienen los empresarios de los discapacitados psíquicos como trabajadores*, Fundación ANDE, Madrid.