

Esther Raya Diez

Neus Caparrós Civera

Giovanna Britt Peña Correa

Estudio de la discapacidad en la región de Piura



Esther Raya Diez
Neus Caparrós Civera
Giovanna Britt Peña Correa

**ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD
EN LA REGIÓN DE PIURA**

**Universidad de La Rioja
2012**

RAYA DÍEZ, Esther

Estudio de la discapacidad en la región de Piura / Esther Raya Díez, Neus Caparrós Civera, Giovanna Britt Peña Correa. – Logroño : Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2012.

136 p.

1. Personas con discapacidad. 2. Situación social. 3. Derechos humanos. 4. Estadísticas. 5. Piura (Perú). I. Caparrós Civera, Neus. II. Peña Correa, Giovanna Britt. III. Título. IV. Universidad de La Rioja. Servicio de Publicaciones.

308-056.26 (85)(083.91)

343.4 (85)

JFFG – IBIC 1.1

1KLSR – IBIC 1.1



Estudio de la discapacidad en la región de Piura

de Esther Raya Díez, Neus Caparros Civera y Giovanna Britt Peña Correa se distribuye bajo una Licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© Las autoras

© Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2012

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD Y DERECHOS HUMANOS.....	11
1.1. Concepto de discapacidad	11
1.2. Atención social a personas con discapacidad	16
1.3. Enfoque de Derechos Humanos y Discapacidad	22
1.4. Implicaciones del enfoque en la atención a personas con discapacidad.....	24
CAPÍTULO 2. LA REALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EUROPA, ESPAÑA Y PERÚ	31
2.1. Discapacidad en la Unión Europea.....	32
2.2. Discapacidad en España	59
2.3. Discapacidad en Perú.....	76
CAPÍTULO 3.ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD EN LA REGIÓN DE PIURA	85
CAPÍTULO 4. MARCO DE INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	105
4.1. Consideraciones básicas.....	105
4.2. Discapacidad y exclusión social	107
4.3 Propuestas de indicadores	111
CONCLUSIONES	113
BIBLIOGRAFÍA	121
SOBRE LAS AUTORAS	127
ANEXOS	129

INTRODUCCIÓN

La situación de las personas con discapacidad presenta diferencias significativas en función del contexto en el que se vive. Históricamente la definición de la discapacidad ha ido acompañada de la forma de atención a la misma, evolucionado desde la eliminación o marginación hacia formas de integración y de reconocimiento de derechos.

Este libro presenta los resultados del trabajo de investigación realizado en el marco del proyecto titulado “Estudio de la Discapacidad en la Región de Piura”, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) dentro del programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica.

El trabajo ha consistido en la revisión de bibliografía sobre el concepto de discapacidad, con el fin de conocer los marcos teóricos y analíticos para comprender la situación de las personas afectadas por una situación de discapacidad. Asimismo se han consultado las fuentes estadísticas a nivel europeo y latinoamericano para acercarnos al perfil sociodemográfico del colectivo y finalmente, se ha recogido información sobre la situación de las personas con discapacidad en la Región de Piura, a través de la consulta de los registros oficiales y a la realización de informantes clave. Todo ello nos ha permitido abundar en el conocimiento sobre el concepto de discapacidad en perspectiva comparada entre dos regiones mundiales, el Norte y el Sur, simbolizadas por la Rioja – España y Piura – Perú.

Este libro presenta los principales resultados obtenidos a lo largo de este proceso de investigación, que se complementa con otros dos libros publicados como parte del mismo proyecto. El primero de ellos titulado *Atención social de personas con discapacidad, hacia un enfoque de derechos humanos*, editado por Lumen Humanitas, describe la situación de las personas con discapacidad desde un punto de vista social e individual, atendiendo a los recursos con los que cuentan para superar las dificultades asociadas a la vivencia de la discapacidad en un contexto determinado. El segundo de ellos, titulado *La experiencia de la cooperación al desarrollo. El mundo de Fabrizio*, editado por Catarata, presenta la experiencia del proyecto de cooperación realizado para llevar a cabo la investigación y describiendo los pasos dados a lo largo del ciclo de proyecto.

La visibilización de los colectivos vulnerables es uno de los primeros pasos a desarrollar desde un enfoque de derechos humanos, identificando a los titulares de derechos, y las situaciones

en las que se manifiesta la situación de vulnerabilidad. Con este objetivo, se presentan los resultados obtenidos a través de la consulta de fuentes estadísticas¹ y del trabajo de campo.

Desde el punto de vista estadístico, el abordaje del fenómeno de la discapacidad a escala internacional presenta diversas dificultades debido, entre otras razones, a la existencia de diferencias conceptuales en la definición del fenómeno, y a diferencias metodológicas en la recogida y en el análisis de los datos. Las dificultades se acrecientan si se tiene en cuenta, además, la ausencia de series estadísticas continuas y homologables, que permiten realizar un seguimiento de la evolución de las cuestiones relativas a la discapacidad a lo largo del tiempo y de establecer comparaciones internacionales rigurosas y fiables. La mayor dificultad estriba, en cualquier caso, en la ausencia, hasta el momento al menos, de una batería consensuada de indicadores que permitan valorar adecuadamente la situación de las personas con discapacidad en una serie de dimensiones clave para su calidad de vida, su autonomía y su inclusión social.

Por su parte, el trabajo de campo presenta las dificultades propias de cualquier recogida de información sobre el terreno, como es la captación de las personas objeto de entrevista, aumentadas por las características del contexto en el que se desarrolla la entrevista. Piura es una región situada al norte de Perú, formada por ocho provincias. El desplazamiento hacia algunas de las provincias conlleva realizar un largo viaje, de más de 8 horas. A ello se suma la carencia de registros de información que permitan contactar con antelación con las personas seleccionadas, y por tanto, concertar una entrevista. A pesar de ello, se ha recogido información de informantes clave y de recursos de toda la región, lo que permite obtener una panorámica a nivel regional sobre la situación de las personas con discapacidad a nivel regional.

El presente libro se estructura en cuatro capítulos y conclusiones. El primero de carácter conceptual y el resto de presentación de datos estadísticos, que permiten una aproximación al fenómeno objeto de estudio. En el primer capítulo se presentan los tres conceptos principales utilizados en este estudio, como son el concepto de discapacidad; la atención social a personas con discapacidad y la relación entre la vivencia de la discapacidad y los derechos humanos. Estos conceptos han sido punto de partida y punto de llegada del proceso de investigación, en particular en lo relativo a la cuestión de derechos humanos como mecanismo fuerte de garantía de atención social a personas con discapacidad en países menos desarrollados.

¹ El capítulo dos y cuatro forman parte del informe elaborado por el SIIS titulado *Fuentes y datos estadísticos sobre la discapacidad en Europa, España y el Perú* realizado como parte del proyecto de investigación que nos ocupa.

El objetivo del segundo capítulo es el de ofrecer algunos datos básicos, recogidos de diversas fuentes estadísticas, en relación al fenómeno de la discapacidad en Europa, en España y en el Perú, con particular atención a la situación en la Comunidad Autónoma de La Rioja, en España, y en el Departamento de Piura, en Perú.

En el tercer capítulo se presentan los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas a informantes clave en la región de Piura, con el fin de obtener una panorámica del grado de sensibilidad de la sociedad hacia la atención e integración del colectivo, así como para obtener una aproximación al fenómeno de la discapacidad oculta que aleja a las personas con discapacidad de la red de recursos y servicios básicos incrementando la deficiencia. Así mismo, en el estudio se ha recabado información sobre los recursos existentes en el entorno y su nivel de accesibilidad que se han incorporado a la Guía de Recursos Sociales de la Región de Piura.

Una vez establecida la prevalencia de la discapacidad, el estudio de los factores del entorno permite profundizar en el conocimiento del grado de integración de las personas con discapacidad en la sociedad. Así, el análisis de variables tales como la integración laboral, el acceso a bienes y servicios, el grado de estigmatización, la adecuación de servicios a las necesidades específicas que presenta este colectivo o el acceso a prestaciones económicas permiten conocer el grado de exclusión social de las personas con discapacidad. Este es el contenido del cuarto capítulo, en el cual se presenta una revisión sobre diferentes propuestas de indicadores para la medición de la inclusión de este colectivo. Por último, en el apartado final se ofrecen, a la luz de los datos recogidos y de la revisión realizada en relación a los indicadores que miden la relación entre discapacidad y la exclusión social, algunas recomendaciones para el estudio de la inclusión social en este colectivo y de los indicadores disponibles para su medición.

En conjunto el libro se presenta no solo como resultado de un proyecto de investigación sino sobre todo para proporcionar información que permitan remover los obstáculos que generan discriminación y marginación de quienes, por vivir en un contexto de bajos recursos, les ubican en una posición de inferioridad o de invisibilidad. Por tanto, este libro se escribe con la confianza de que generar y difundir conocimiento sobre la discapacidad, contribuye a construir una sociedad capaz de respetar los derechos de todos y de valorar la diversidad, que enriquece el amplio mosaico de matices que es el diario vivir de la gran familia humana.

CAPITULO 1

DISCAPACIDAD Y DERECHOS HUMANOS

1.1. Concepto de Discapacidad

Podemos definir la discapacidad como la *calidad de discapacitado*, y por tal se entiende *la persona que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas*².

En el habla cotidiana se utilizan diferentes expresiones para designar a las personas con discapacidad, tales como minusválida, impedida, inválida, retrasada, etc. Desde el ámbito profesional y asociativo se ha reclamado una mayor precisión en la denominación que evitara, por un lado, la denigración de las personas afectadas por algún tipo de discapacidad y por otro lado, permitiera precisar el significado diferente de cada expresión, no es lo mismo deficiencia que minusvalía; ni discapacidad que incapacidad. De tal modo, se impone señalar en primer lugar a la persona y en segundo término la discapacidad, en lugar de etiquetarla como discapacitada. Así se dice persona con discapacidad y no persona discapacitada. La discapacidad puede afectar a parte de sus actividades pero no a la persona en su conjunto. Y el lenguaje tiene la virtualidad de “cambiar o mejorar la actitud de la sociedad respecto a las personas con discapacidad y mejorar su calidad de vida (Crespo, Campo y Verdugo, 2003:21). Por ello, la importancia de esta cuestión y el papel que han desempeñado los organismos internacionales y las ONG que trabajan con este sector de población en la precisión de la denominación y la definición de la discapacidad.

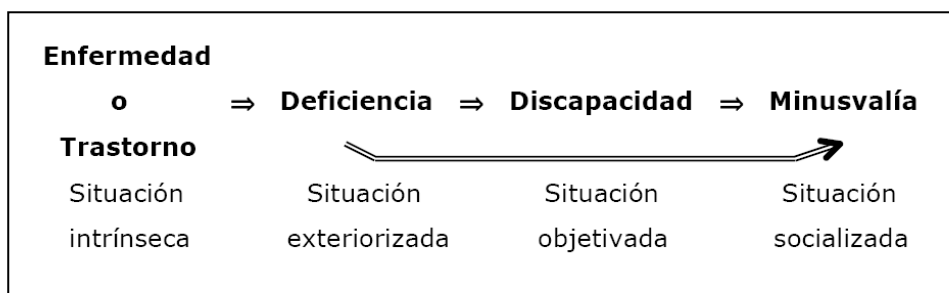
En 1980 y tras varios intentos de clasificación la OMS publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) cuyo cometido era servir de complemento a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causas de Defunción (conocida como Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) y que pretendía establecer un catálogo de las consecuencias de las enfermedades y no solo de sus causas (Egea y Sarabia, 2001:18).

De acuerdo a esta definición, la Deficiencia alude a toda *pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica*. Se trata por tanto de anomalías en el ámbito del órgano. Por su parte, la Discapacidad es *toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano*. Por

² Definición de la Real Academia de la Lengua Española.

tanto, el trastorno, se ubica en el ámbito de la persona. Y finalmente, la minusvalía se refiere a *una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales*. La minusvalía refleja una interacción entre el individuo y su entorno (Egea y Sarabia, 2001:19). De forma gráfica la relación interconceptual puede representarse de la siguiente manera:

Cuadro 1. Conceptualización del término



Fuente: Egea y Sarabia, 2001:19.

Esta clasificación ha sido ampliamente aceptada desde su aparición en los años ochenta del siglo XX. Sin embargo, a juicio de los expertos (González, 1989; Crespo, Campo y Verdugo, 2003:22), presentó desde el principio algunas carencias, tales como no proporcionar información adecuada de la relación entre los conceptos de enfermedad, discapacidad, deficiencia y minusvalía; no presentar el papel del entorno tanto social como físico; clasificar lo negativo del funcionamiento de la persona; o, carecer de utilidad para la intervención educativa y comunitaria. Por otro lado es demasiado exhaustiva y existen solapamientos entre los tres conceptos.

En la década de los noventa comienza un nuevo intento de clasificación que incluye conceptos como salud, actividad y participación, y con ello se pone “el énfasis en los factores ambientales y personales de manera que la discapacidad pueda entenderse ya dentro de un contexto social” (Crespo, Campo y Verdugo, 2003:22). En Mayo de 2001 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una nueva clasificación internacional, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

Con esta clasificación la OMS pretende establecer un lenguaje común, sobre bases científicas y aplicables transculturalmente, que permita la codificación, transferencia y comparación de información sobre temas relacionados con la salud entre las distintas disciplinas, entre diferentes sistemas de provisión de servicios y entre los distintos países (García, 2005:246). La CIF se presenta como un nuevo paradigma que concilia dos modelos explicativos de la discapacidad, el biológico y el social. Para el primero, la discapacidad es un problema personal

que debe ser atendido en el plano individual, mediante tratamiento terapéutico que aproxime a la persona a la normalidad. Para el segundo, la discapacidad es la consecuencia del déficit que una persona tiene para participar en función del contexto, no sólo de las características personales y, por tanto, se exige la puesta en marcha de medidas supraindividuales que provoquen cambios ambientales y sociales para la plena participación de las personas con discapacidad. Ambos modelos son necesarios para comprender y actuar en el ámbito de la discapacidad, pero tomados aisladamente presentan limitaciones. La CIF integra ambos modelos desde un enfoque bio-psico-social. Entiende el funcionamiento humano como la resultante de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales. Concibe los estados funcionales de una persona como dimensiones bipolares, donde un polo representa una situación neutral o positiva y el otro recoge las disfunciones, agrupadas bajo el término genérico de discapacidad, que pueden ser *deficiencias* o disfunciones a nivel corporal, *limitaciones en la actividad* o dificultades a nivel individual y *restricciones en la participación* o problemas a nivel social. Se trata de tres dimensiones diferentes que interactúan entre sí y que a su vez están influenciadas por factores contextuales (ambientales y personales) (García 2005:247)³. Tal como puede verse en el siguiente cuadro (cuadro 2).

Por tanto, la clasificación de la CIF recoge los componentes corporales (funcionales y estructurales) y los componentes de actividades y participación de la persona y los componentes ambientales que permiten analizar la situación de discapacidad desde un enfoque holístico, como puede verse en el siguiente cuadro (cuadro 3).

En consecuencia, dentro del término discapacidad coexisten diferentes realidades que afectan de diferente manera si se trata de discapacidad física, psíquica o sensorial. La discapacidad física se asocia a disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas de una persona. Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario. Las causas pueden variar bien por problemas durante la gestación, el nacimiento, o por enfermedad o accidente.

³ Para una explicación detallada sobre la CIF y su utilización véase Calvo, Martín y Sánchez (2002) y Ayuso-Mateos, J. L.; Nieto-Moreno, M. Sánchez-Moreno y Vázquez-Baquero, J. L. (2006).

Cuadro 2. Dimensiones de la Discapacidad

<p>Discapacidad.- Es el término genérico que engloba todos los componentes: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia. Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otras desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida • Limitaciones en la actividad. Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar. • Restricciones en la participación. Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable. <p>Factores Contextuales.- Constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitadores. Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo,...). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación. • Barreras / obstáculos. Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las personas con discapacidad.
--

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF). OMS, 2001.

Cuadro 3. Componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

Corporal		Actividades y participación	Factores ambientales
Funciones	Estructuras		
Funciones mentales Funciones sensoriales y del dolor Funciones de la voz y el habla Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino Funciones genitourinarias y reproductoras Funciones neuromusculosqueléticas y relacionadas con el movimiento Funciones de la piel y de estructuras relacionadas	Estructuras del sistema nervioso El ojo, el oído y estructuras relacionadas Estructuras involucradas en la voz y el habla Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino Estructuras relacionadas con el movimiento Piel y estructuras relacionadas	Aprendizaje y aplicación del conocimiento Tareas y demandas generales Comunicación Movilidad Autocuidados Vida doméstica Interacciones y demandas interpersonales Áreas principales de la vida Vida comunitaria, social y cívica	Productos y tecnología Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana Apoyo y relaciones Actitudes Servicios, sistemas y políticas

Fuente: Ayuso-Mateos, J. L.; Nieto-Moreno, M. Sánchez-Moreno y Vázquez-Baquero, J. L. (2006:463).

La discapacidad intelectual de acuerdo a la última definición de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) “es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales, y prácticas”. Y como se explica en

la página web de FEAPS⁴ implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares (contextos) diferentes.

Finalmente, la discapacidad sensorial se refiere a los trastornos relacionados con la vista, la audición y el lenguaje.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) permite tener una primera visión de la clasificación de los distintos tipos de discapacidad. En el cuadro que se muestra a continuación puede visibilizarse el complejo entramado que encierra el tema de discapacidad.

Cuadro 4. Clasificación de la Discapacidad

Discapacidad física	Discapacidad psíquica	Discapacidad Sensorial
<i>Deficiencias osteoarticulares</i>	<i>Deficiencias mentales</i>	<i>Deficiencias visuales</i>
Cabeza Columna vertebral Extremidades superiores Extremidades inferiores	Retraso madurativo Deficiencia intelectual profunda y severa Deficiencia intelectual moderada Deficiencia intelectual ligera	Ceguera total Mala visión
<i>Deficiencias del sistema nervioso</i>	Inteligencia límite Demencias Enfermedad mental Otros trastornos mentales y del comportamiento	<i>Deficiencias del Oído</i> Sordera prelocutiva Sordera postlocutiva Mala audición Trastornos del equilibrio
Parálisis de una extremidad superior Parálisis de una extremidad inferior Paraplejía Tetraplejía Trastornos de la coordinación de movimientos y/o tono muscular Otras deficiencias del sistema nervioso		<i>Deficiencias del Lenguaje, habla y voz</i> Mudez (o por sordera) Habla dificultosa o incomprensible
<i>Deficiencias viscerales</i>		
Aparato respiratorio Aparato cardiovascular Aparato digestivo Aparato genitourinario Sistema endocrino-metabólico Sistema hematopoyético y sistema inmunitario		

Fuente: Elaboración propia a partir de la Tarjeta TDA (Clasificación de deficiencias de personas de 6 o más años), de EDDES⁵.

La importancia del concepto de discapacidad a partir de la CIF no es sólo la tenencia de una deficiencia en alguna de las funciones o estructuras corporales sino el grado en que ello afecta

⁴ Federación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual, <http://www.feaps.org/conocenos/sobre-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo.html>, (consulta realizada el 21/10/2011).

⁵ <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/clasi07a.pdf> (consulta realizada el 21/10/2011).

en la actividad de la persona (plano personal) y en su participación en la sociedad (plano social).

En síntesis se puede decir que las Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales o pérdida de funcionamiento de las mismas. Estas pueden ser: a) Temporales (como por ejemplo un hueso roto); Permanentes (como una hemiplejía); Progresivas (como una ceguera crónica); Regresivas (una afonía); Estáticas (sordera congénita); Intermitentes (mareos frecuentes); o continuas (alergias).

En función del grado de afectación de las funciones y estructuras corporales, la actividad y participación de la persona se verá afectada en mayor o menor medida a lo largo de toda la vida. Además hay que considerar los apoyos con los que puede contar la persona para solventar los déficits derivados de la discapacidad.⁶ Este aspecto nos lleva a la cuestión planteada en el siguiente epígrafe, donde nos ocupamos de la atención social a las personas con discapacidad.

1.2. Atención social a personas con discapacidad

A pesar del uso frecuente de la expresión *Atención social* resulta significativo que en los diccionarios de Ciencias Sociales y de Trabajo Social no haya recibido una voz propia. Parece ser que debe sobreentenderse a qué hace referencia. El término *Atención* tiene varias acepciones. La más adecuada para el contexto que nos ocupa es la que lo define como “*cuidado o preocupación por una persona o cosa*”⁷ pero también podría ser de interés la acepción que el mismo diccionario ofrece en primer lugar, según la cual consiste en: “*prestar interés o dedicación a algo en concreto, aplicando el entendimiento a su plena captación*”.

En el primer caso nos remite a las acciones dedicadas de forma directa a la persona; en el segundo caso, se trataría de poner en marcha estrategias de conocimiento para comprender la problemática en concreto y con ello, establecer medidas para hacerle frente. Al adjetivarlo como social, el término adquiere una doble connotación. Por un lado se trata de una situación que afecta a un grupo o colectivo amplio, por lo tanto la acción de cuidado va más allá del sujeto tomado individualmente; y por otro lado, al ser social corresponde a la colectividad dar una respuesta a la situación problemática o de necesidad. Se trata, por tanto, de una forma de actuación organizada socialmente.

⁶ Para una presentación de casos y su incidencia en la actividad y participación de la persona puede verse Collado, H. ABC de la Discapacidad, Programa Nacional de Rehabilitación, República de Nicaragua, consultado www.foro-latino.org/info_flape/abc_discapacidad.pdf (consulta realizada el 21/10/2011).

⁷ Enciclonet, búsqueda realizada el 22/09/2011 en <http://corporate.encyclonet.com/busqueda?q=atencion>.

Ante situaciones de necesidad insatisfechas, la sociedad puede reaccionar positiva o negativamente o simplemente no actuar. Es lo que D. Casado denomina “alternativas estratégicas” (Casado 1991:78).

Cuadro 5. Tipos de Intervencionismo por parte de la sociedad (Alternativas Estratégicas)

Intervencionismo negativo	Abstencionismo	Intervencionismo positivo
<i>Supresión</i> <i>Reclusión y confinamiento</i>	<i>Responsabilidad individual</i> <i>Marginación</i>	<i>Asistencia</i> <i>Rehabilitación</i> <i>Prevención</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de Casado, 1991: 76 y siguientes.

En un extremo se situaría el intervencionismo negativo, definido como “*el método más elemental de afrontar las carencias consiste en suprimir al sujeto de las mismas*”. Históricamente está constatado el infanticidio como forma de control de la población y de supresión de los discapacitados. Por ejemplo, en la Antigua Grecia era una práctica habitual “*para sobrevivir, los recién nacidos debían presentar buenas condiciones físicas, sin apariencia de deformidad. El monte Taigeto fue testigo de la muerte de muchos de estos niños, abandonados por la decisión de los ancianos de la tribu*” (Vernant, 1993); o en la Edad Media “*cuando eran quemadas, asesinadas o encerradas como medio para su propia salvación*” (Rodríguez et. al, 2008:1). Como se ve en esta última cita, otras formas de intervencionismo negativo son la reclusión y el confinamiento. Exterminio, marginación, desprecio, persecución son diferentes formas de tratamiento a las personas con discapacidad que, incluso, se han visto reflejadas en el ámbito del Derecho (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:83).

Frente al intervencionismo negativo está el intervencionismo positivo, con diferentes modalidades de acción u objetivos tácticos, siguiendo la terminología de Casado (1991:82-89): asistencia, rehabilitación y prevención. Unido a todos ellos se añade también el objetivo más reciente de accesibilidad.

La asistencia es la forma de atención directa a la persona necesitada que adquiere diferentes modalidades de intervención. Bajo la misma se incluye tanto la ayuda económica, como la ayuda a domicilio o la atención residencial. Junto a la asistencia la rehabilitación trata de suplir una situación de carencia mediante la activación de las potencialidades subsistentes en el sujeto. Además de asistir y rehabilitar, prevenir se constituye como un objetivo incuestionable de toda política social. Actuar preventivamente evita situaciones de necesidad o agudización de las mismas.

Finalmente, la accesibilidad es un objetivo que se incorpora a la historia reciente de la acción social. Con el mismo se trata de conseguir un medio social en el que no haya obstáculos gratuitos para gente con limitaciones personales o sociales. Este objetivo entronca con el

concepto de inclusión y participación social y con la afirmación de los derechos humanos de todas las personas y de su dignidad como persona.

Entre el intervencionismo negativo y el positivo, se ubica el abstencionismo, como justificación de la no acción. Es responsabilidad de la persona, y su familia, atender sus necesidades de la mejor forma que pueda con sus propios medios y en el contexto en el que vive.

La prevalencia de unas formas de intervención sobre otras tiene que ver con la visión de la discapacidad y la atribución de las causas que la producen en cada momento histórico. Existen tres grandes modelos explicativos de la discapacidad que se corresponden con diferentes momentos históricos, aplicados al desarrollo de los países occidentales. Siguiendo a Asís, Bariffi y Palacios (2007:83-90), cabe diferenciar entre el modelo de la Prescindencia, el modelo Rehabilitador y el modelo Social. En el siguiente cuadro se presenta de forma esquemática cada uno de estos modelos, en cuanto al periodo principal de aplicación del mismo, las causas explicativas de la discapacidad y el tratamiento dado.

Cuadro 6. Tratamiento de la Discapacidad

Modelo	Periodo	Causas	Tratamiento
Prescindencia	Sociedades clásicas	Religiosas	Eugenesia
	Edad Media		Marginación
Rehabilitador	Fin 1ªGM-década 60	Deficiencias individuales	Rehabilitación
Social	Década 60 actualidad	Carencias sociales	Ampliación de derechos Accesibilidad universal Diseño para todos

Fuente: Elaboración propia a partir de Asís, Bariffi y Palacios (2007:83-90).

El modelo de la *Prescindencia* considera que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso. Las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias por diferentes razones. En el submodelo *eugenésico*⁸ que se corresponde con la Antigüedad Clásica, basándose en motivos religiosos y políticos, se consideraba inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños con deficiencias. A ello se unía la idea de que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena ser vivida, sumada a la consideración acerca de su condición de carga –para sus padres o para la comunidad – originaba que la solución adoptada fuera prescindir de las personas afectadas, mediante prácticas eugenésicas, como el infanticidio.

⁸ El término Eugenesia procede del griego. ε, bien, y –génesis. Se refiere a la aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana.

Por su parte el submodelo de *marginalización*, que se sitúa en la Edad Media (aunque puede afirmarse que es una constante histórica) consideraba la deficiencia como una situación inmodificable lo que originaba que debiera ser aceptada con resignación. La característica principal de este submodelo es la exclusión. Las personas con discapacidad que sobreviven se insertan en los grupos de pobres y marginados, subsistiendo de la caridad o de ser objeto de diversión.

El *Modelo médico o rehabilitador* se sitúa en los inicios del Mundo moderno y puede considerarse su consolidación legislativamente a principios del S. XX, al finalizar la Primera Guerra Mundial, como consecuencia de la misma guerra y del incremento de los accidentes laborales. Desde este modelo comienza a asumirse que las causas de la discapacidad no son religiosas, sino científicas, la discapacidad es producto de una limitación física, psíquica o sensorial. Las personas con discapacidad dejan de ser consideradas como inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. “El fin primordial que se persigue desde el modelo es *normalizar* a las personas con deficiencias para integrarlas en la sociedad, aunque esa *normalización* implique muchas veces forzar al ocultamiento de la diferencia que representa la discapacidad” (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:86). Tras la Primera Guerra Mundial aparecieron los mutilados de guerra, como una nueva categoría social. Y se extendió la idea de la existencia de una obligación por parte de la sociedad de compensar a los mutilados de guerra mediante pensiones de invalidez, beneficios de rehabilitación y cuotas laborales. En la década de los 60 del siglo XX ese tipo de medidas fueron extendidas a todas las personas con discapacidad. De esta manera comienzan a prestarse servicios a las personas con discapacidad en el ámbito educativo, sanitario, laboral, pero desde espacios diferenciados.

A partir de la década de los sesenta y setenta del pasado siglo aparece lo que se ha denominado *Modelo social*, inicialmente en Inglaterra y EEUU. Este modelo considera que las causas que originan la discapacidad no son individuales sino preponderantemente sociales. Para los defensores del modelo, “no son sólo las limitaciones individuales las raíces del problema, sino, sobre todo, las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:88).

Las personas con discapacidad y las organizaciones de personas con discapacidad tomaron la iniciativa de buscar sus propios cambios políticos condenando su estatus como “ciudadanos de segunda clase”. Reorientaron la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos que *discapacitaban* a las personas con deficiencias. Para el modelo social, dado que las causas que

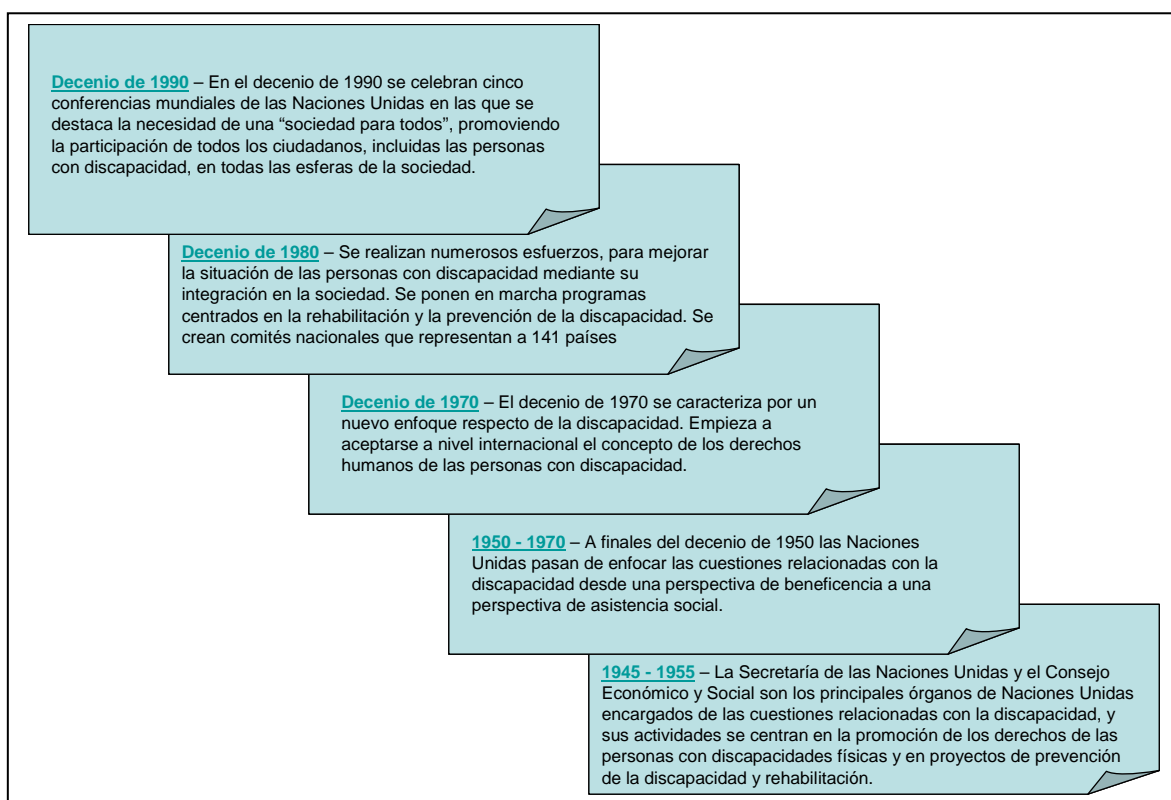
originan la discapacidad son sociales, las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino más bien que deben encontrarse dirigidas a la sociedad. Se trata de normalizar a la sociedad para hacer frente a las necesidades de todos. Se trata de rescatar las capacidades en lugar de acentuar las discapacidades. El objetivo principal es la inclusión a través de la igualdad de oportunidades, con medidas como la accesibilidad universal, el diseño para todos o la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

Entre ambos modelos se sitúa recientemente una nueva aproximación a la discapacidad desde una perspectiva de síntesis, es lo que algunos autores denominan “modelo de integración” (Seelman, 2004, citado por Jiménez, 2007:189) que ha inspirado la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Por tanto, se puede afirmar que el panorama de la atención social a las personas con discapacidad en nuestros días es el resultado de la convergencia de fuerzas procedentes desde los diferentes modelos, con un marcado carácter médico sanitario, por influencia del modelo médico y de conquista y consolidación de la garantía de los derechos humanos a las personas con discapacidad, gracias al impacto del modelo social. Todo ello ha propiciado el avance y extensión de la accesibilidad de las personas con discapacidad, y su plasmación en las recomendaciones, tratados y acuerdos promovidos desde Naciones Unidas en el marco internacional. En el siguiente cuadro (cuadro 7) se puede ver de forma cronológica los hitos a nivel internacional para el avance en la garantía de derechos desde la mitad del siglo XX hasta la década de 1990.

El inicio del nuevo siglo ha estado marcado por las negociaciones previas para elaborar y redactar el texto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad cuyo texto definitivo junto al Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Con ello se abría una nueva etapa de esperanza para la integración de las personas con discapacidad.

Cuadro 7. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. Evolución del enfoque a la discapacidad



Fuente: Los Derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Naciones Unidas Enable. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=522> (fecha de consulta 20/1/2011).

La atención social a las personas con discapacidad desde un intervencionismo positivo ha evolucionado en los últimos cincuenta años transitando desde la caridad y beneficencia hacia el reconocimiento y ampliación de derechos. Ello ha permitido cambios importantes no solo en la conceptualización de la discapacidad sino también en las formas de atención. De forma esquemática esta evolución puede verse en el siguiente cuadro (cuadro 8):

Cuadro 8. Enfoques sobre Discapacidad

Últimos enfoques sobre la discapacidad	
<p>DE LA REHABILITACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problema personal de salud - Tratamiento individual - Actuaciones terapéuticas y ayudas técnicas - Intervenciones profesionales <p>A LAS MEDIDAS DE ACCIÓN POSITIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problema de derechos - Políticas de equiparación <ul style="list-style-type: none"> • Trato más favorables y apoyos complementarios - Acción pública e institucional 	<p>Y A LAS MEDIDAS CONTRA LA DISCRIMINACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problema de derechos - Políticas de quiparación: <ul style="list-style-type: none"> • Tratos más favorables y apoyos complementarios • Medidas contra la discriminación - Acción pública y acción no gubernamental

Fuente: Martín (2005: 251).

Desde este planteamiento se enfatiza que la atención a las personas con discapacidad no es solo paliativo-rehabilitadora, ni compensatoria, a través de medidas de acción positiva, sino que se requiere una intervención decidida mediante medidas contra la discriminación. Para ello ha sido necesario el reconocimiento de los derechos humanos también aplicados a este sector de población.

1.3. Enfoque de Derechos humanos y discapacidad

Como se ha visto anteriormente el modelo social de tratamiento de la discapacidad se apoya en la idea de los derechos humanos (Asís, Bariffi y Palacios, 2007: 90). Las principales características de los derechos humanos pueden sintetizarse en los siguientes aspectos:

Cuadro 9. Características de los Derechos Humanos

- Están garantizados por normas internacionales
- Están protegidos legalmente
- Se centran en la dignidad del ser humano
- Protegen a las personas y los grupos de personas
- Tienen carácter vinculante para los Estados y para los agentes estatales
- Son interdependientes y están relacionados entre sí
- Son universales

Fuente: Comité Administrativo de Coordinación, 2000, tomado de OMS (2002) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*.

Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, estos *son garantías jurídicas que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y derechos fundamentales y con la dignidad humana* (Naciones Unidas, 2006:1). Dicho en otros términos, los derechos humanos son poderes o facultades que se asignan a los individuos y grupos humanos para exigir o reclamar determinadas conductas o prestaciones de otros individuos o grupos y, en último término, de las instituciones públicas de cualquier nivel, con el fin de lograr una vida digna (Angulo 2009:17). Esto es coherente con las teorías dualistas, que afirman que no es posible comprender los derechos humanos sin tener en cuenta que se trata de instrumentos jurídicos que poseen justificación moral.

En el estudio de los derechos humanos por parte de las teorías dualistas se utilizan dos perspectivas de aproximación: la racional y la histórica. Con relación a la primera destacan dos ideas claves para entender los derechos, por un lado la cuestión de la dignidad humana y otro la conformación del Estado Social y Democrático de Derecho. Por su parte, la perspectiva histórica permite comprender la evolución de los derechos en el contexto en el que han ido

surgiendo. Siguiendo a Asís, Bariffi y Palacios, el punto de partida de los derechos humanos se sitúa en el tránsito a la Modernidad, dentro de tres grandes tipos de reflexiones: la de los límites al Poder; la de la tolerancia religiosa y la de la humanización del Derecho penal y procesal. Y a partir de ahí, se puede hablar de cuatro grandes procesos históricos: positivación, generalización, internacionalización y especificación (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:91).

De acuerdo a estos autores, el concepto de Dignidad humana implica la consideración de los individuos dotados de libertad de elección y que orientan su existencia hacia el logro de diferentes planes de vida. La libertad de elección, que es una condición humana, puede encontrar limitaciones especialmente en cuanto al medio social y cultural en el que se desenvuelve la vida del sujeto. A partir de esta idea de dignidad humana, presupuesto y condicionante de los derechos, es posible la consecución de una vida humana digna. Esta se logra cuando el ejercicio de la libertad de elección orientado hacia el logro de un plan de vida es llevado a cabo de forma satisfactoria para el agente en cuestión.

El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) es un *marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos* (Naciones Unidas, 2006:15). Con ello, se pone de manifiesto que la caridad por sí sola no es suficiente. Y se refuerza la idea de que el objetivo principal de una política pública debe ser la realización de los derechos humanos, no como cuestión de caridad o solidaridad, sino como obligación impuesta por el derecho internacional y ratificada por los países. El EBDH proporciona un marco jurídico para garantizar la no discriminación y la igualdad de oportunidades. Sin embargo, el reconocimiento del derecho no siempre va asociado a la disponibilidad de recursos por parte del estado para garantizarlos. Desde el enfoque de Derechos Humanos se entiende que el principio de universalidad significa que todas las personas tienen derechos humanos, “aunque las limitaciones de recursos obliguen a fijar prioridades. No significa que todos los problemas de todas las personas sean abordados a la vez” (UN, 2006:16). Con ello, se trata de poner en acento en lo que resulta realmente prioritario desde el punto de vista de los derechos humanos. Por tanto, se puede afirmar que, incluso, en un contexto de recursos limitados es posible hacer efectivos los derechos humanos. Dado que en muchas ocasiones se trata más de voluntad política que de recursos financieros, o de decisión en torno a la eficacia del gasto público, priorizando a los grupos vulnerables frente al gasto en “aquellas actividades cuyos beneficios recaen de forma desproporcionada en los grupos privilegiados de la sociedad” (UN, 2006:4). El EBDH identifica a los titulares de derechos, a lo que tienen derecho y a los titulares de deberes y las obligaciones correspondientes. Con ello redefine la

relación de poder entre “*benefactor*” versus “*beneficiado*”, y desvela el incumplimiento o mal uso del ejercicio de la responsabilidad política.

El uso del EBDH está justificado por dos tipos de argumentos: intrínseco e instrumental. De acuerdo al primero, se reconoce que el enfoque es lo correcto desde un punto de vista moral o jurídico, es lo que hay que hacer. Pero además, el argumento instrumental destaca la consecución de mejores resultados y más sostenibles en términos de desarrollo humano. Desde un punto de vista práctico, el EBDH presta especial atención a la realización de los derechos humanos de los grupos más vulnerables o marginados. Si bien se acepta que “las limitaciones de recursos obliguen a fijar prioridades” (Naciones Unidas, 2006:16), a pesar del principio de universalidad, según el cual todas las personas tienen derechos humanos. Con ello se entiende que todos los problemas de todas las personas no pueden ser atendidos a la vez. No obstante, el EDH propicia el empoderamiento de las personas titulares de derechos en el reconocimiento de su situación y en las causas y consecuencias de las mismas.

En suma, el EBDH supone pasar de la óptica de los poderes públicos que actúan en el marco de intereses particulares a la óptica de los titulares de derechos, con un contenido concreto estipulado y ratificado en los Tratados Internacionales de Naciones Unidas en materia de Derechos humanos. Esto es pasar del reconocimiento de las necesidades del ciudadano que el Estado debe satisfacer, en base a argumentos políticos, éticos o morales al reconocimiento de derechos del ciudadano que imponen obligaciones jurídicas a los Estados, y que incluso pueden llegar a reclamarse jurídicamente.

1.4. Implicaciones del EBDH en la atención a personas con discapacidad

El análisis de una determinada problemática y la atención social de la misma puede ser abordada desde la perspectiva de los derechos humanos implica tres planos o dimensiones diferentes: el plano ético-filosófico; el plano fáctico o sociológico y el plano jurídico o legal. Aplicados a la situación de las personas con discapacidad, el plano ético-filosófico se basa en los valores de la dignidad humana, la autonomía, la igualdad y la solidaridad. El plano fáctico o sociológico supone la visibilidad de las personas con discapacidad y también la identificación de limitaciones o violaciones en el ejercicio de sus derechos. Por su parte, el plano jurídico o legal implica la implementación de recursos legales efectivos frente a la discriminación (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:106). Veamos a continuación cada uno de esos aspectos.

Como se ha señalado anteriormente, el valor de *Dignidad humana*, es el punto de partida de la idea de derechos humanos y factor determinante en la evolución hacia una perspectiva de la

discapacidad como cuestión de derechos humanos. Este concepto refuerza la idea de que las personas con discapacidad tienen un papel en la sociedad que hay que atender con absoluta independencia de cualquier consideración de utilidad social o económica. En este punto, los autores hacen dos aclaraciones que consideramos necesario destacar. En primer lugar, señalan que la teoría de los derechos humanos se fundamenta en un modelo de individuo caracterizado por su capacidad para razonar, sentir y comunicarse. De ahí podría deducirse que quienes no tienen ese tipo de capacidades podrían tener derechos pero no justificados desde la idea de dignidad humana. Para los autores, este concepto de dignidad humana debe ser replanteado. Señalan que existen una serie de criterios definitorios de la idea de dignidad y del valor de los individuos que están por encima del papel que se les asigne o cumplan en la sociedad. Y por tanto, el examen de las capacidades no tiene que condicionar el discurso de los derechos.

La segunda aclaración se refiere a la equiparación entre dignidad y utilidad social. Critican los autores que desde el modelo social de la discapacidad se “insiste en que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad”. De esta manera, parece que el modelo “cae en la trampa que pretende desvelar” al vincular el valor de la persona en su aporte a la sociedad. Para los autores, con quienes estamos de acuerdo, el “valor del ser humano en sí mismo se encuentra desvinculado y es independiente de cualquier utilidad social”. En consecuencia, afirman que “las personas con discapacidad no son igualmente dignas por su capacidad de aporte a la sociedad –medio- sino que son igualmente dignas por su esencia, por ser un fin en sí mismas” (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:100).

Por su parte el valor de *Autonomía*, es un componente de la dignidad. Puede definirse como espacio reservado, sin restricciones para la acción voluntaria de la persona. Este valor se basa en el supuesto previo de una capacidad de acción y de comportamiento autodirigido. Se apoya en la idea de una persona moralmente libre.

El valor de *Igualdad* pone de manifiesto que todas las personas son intrínsecamente iguales en lo que se refiere a su valor, más allá de cualquier deficiencia física, psíquica o sensorial. En ese punto, señalan los autores que no debe confundirse diversidad con desigualdad. La igualdad parte de la diversidad. Una sociedad que respeta el principio de igualdad – afirman los autores- es aquella que tiene un criterio inclusivo respecto de las diferencias humanas, y utiliza mecanismos de acción positiva, a través de políticas de igualdad de oportunidades.

Finalmente el principio de *Solidaridad* se requiere como apoyo añadido que persigue poder brindar a todas las personas la posibilidad de participar en los procesos generales de la

sociedad. A su vez, señalan estos autores siguiendo a Ignacio Campoy, este valor es una forma de complementar el individualismo, que es la base de los derechos fundamentales, con el papel que debe tener la colectividad para la consecución de los fines individuales. Dado que el fin último es que las personas individuales logren diseñar sus propios planes de vida. De ahí, de acuerdo a Campoy, el valor de solidaridad deba incorporar tres ideas fundamentales: a) el papel de la colectividad en la vida de los individuos; b) el reconocimiento del otro, y con ello, la aceptación del sacrificio en el logro de los planes personales; y c) el sacrificio puede ser también en beneficio de la colectividad (Campoy, 2004, citado por Asís, Bariffi y Palacios, 2007:104).

El problema del Derecho en el contexto de la discapacidad no está tan relacionado con la cuestión de los valores que se postulan, ni con las herramientas que se prevén para su realización, sino con el hecho de que dichas herramientas o no se aplican o se hacen de forma diferente en lo relativo a las personas con discapacidad. La explicación a esta situación estaría en gran medida condicionada, según los autores, porque gran parte de los programas de asistencia social que atienden a las personas con discapacidad están más dirigidos al aprisionamiento que a la liberación. De tal modo que “la invisibilidad de estas personas también ha generado una tendencia a dejar de lado las protecciones jurídicas ordinarias para la promoción de la libertad humana” (Asís, Bariffi y Palacios, 2007:105).

Más allá del grado de certeza de esta hipótesis, debemos señalar que apunta un horizonte para los programas y servicios de atención a la personas con discapacidad, que en lo últimos años están promoviendo nuevos escenarios, donde la autonomía y la libertad del individuo adquieren un papel determinante, frente a posiciones más asistencialistas. De ahí la importancia de avanzar en la aplicación del enfoque de derechos humanos en la atención a las personas con discapacidad.

La evolución hacia el modelo de derechos humanos ha implicado cambios en el modo de diseñar políticas sociales. La forma de actuar en el marco del Estado social y democrático de Derecho consiste en promover las condiciones para que la igualdad de las personas sea real y efectiva. Lo que en términos prácticos implica promover las condiciones, remover los obstáculos, facilitar la participación, prevenir, tratar, rehabilitar e integrar. En el siguiente cuadro se presentan algunos ejemplos de políticas que pueden desarrollarse en la materia.

Cuadro 10. Aplicación del EBDH en políticas sociales

	Objetivo	Políticas
Prevención	Evitar el surgimiento de nuevas discapacidades	Prevención de accidentes de tráfico Erradicación de barreras (ambientales, sociales y actitudinales) o impedimentos que no permiten a las personas ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con los demás
Tratamiento	No solo el tratamiento médico sino también como cuestión de derechos humanos	Política sanitaria y de seguridad social Transversal a todas las políticas para garantizar igual goce y ejercicio de todos los derechos humanos
Rehabilitación	Como condición para el logro de la igualdad	Accesibilidad universal
Integración	La inclusión en una sociedad diseñada para hacer frente a las necesidades de todos	Políticas de emancipación y equiparación de derechos Participación y decisión en el diseño y gestión de las medidas que tienen relación con sus derechos

Fuente: Elaboración propia a partir de Asís, Bariffi y Palacios, 2007.

La salud es un ámbito claramente relacionado entre el desarrollo de políticas públicas y la atención a las personas con discapacidad y, por tanto, los vínculos entre salud y derechos humanos sirven, por extensión, para comprender la vinculación entre éstos y las políticas de atención a la discapacidad. De acuerdo a la OMS (2002:8) los vínculos entre salud y derechos humanos pueden verse en aspectos tales como los siguientes:

- La violación o desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud, y por extensión podemos afirmar que la desatención sanitaria a personas con discapacidad puede conllevar a un mayor agravamiento de la misma.
- Las políticas y programas sanitarios (y de atención a las personas con discapacidad) pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o apliquen.
- La vulnerabilidad a la mala salud (y las consecuencias de la discapacidad) se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

La aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la atención a las personas con discapacidad, también puede analizarse a partir de lo establecido por la OMS para un enfoque de salud basado en los derechos humanos. Esto supondría⁹:

⁹ Este apartado se ha redactado parafraseando el documento OMS (2002) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, pág. 16-17 aplicando el enfoque a la atención a personas con discapacidad.

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo de la atención socio-sanitaria a las personas con discapacidad.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación en materia de discapacidad para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la discapacidad.

Los principios fundamentales a aplicar, pueden sintetizarse en los siguientes términos:

1. *Respetar la dignidad humana.*
2. *Conceder atención a los grupos vulnerables, entre los que se sitúan las personas con discapacidad.*
3. *Garantizar la accesibilidad de los programas y servicios de atención a las personas con discapacidad, especialmente a los sectores más vulnerables o marginados.*
4. *Adoptar una perspectiva de género, reconociendo que los factores biológicos y socioculturales influyen en la salud de hombres y mujeres, y también en la atención diferenciada de hombres y mujeres con discapacidad.*
5. *Garantizar la igualdad y la no discriminación, en la formulación y puesta en práctica de programas de atención social y sanitaria.*
6. *Desglosar los datos relativos a la situación de discapacidad para determinar si hay discriminación subyacente.*
7. *Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas y programas de atención a la discapacidad en los procesos de adopción de las decisiones que les afectan.*
8. *Promover y proteger el derecho a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a la discapacidad y a la integración de las personas con discapacidad. Todo ello sin menoscabar el derecho a la intimidad, dando un trato confidencial a los datos relativos a las situaciones personales.*
9. *Dejar que una política o programa de atención a la discapacidad limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso y no considerarlo como legítimo salvo si se cumplen las disposiciones previstas en los Principios de Siracusa.¹⁰*

¹⁰ Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, documento de Naciones Unidas, texto oficial en inglés puede consultarse en <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html> (consulta realizada el 21/10/2011).

10. *Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa de atención a la discapacidad.*
11. *Hacer referencias explícitas a las normas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que los derechos se aplican a una política, un programa o una ley de atención a la discapacidad.*
12. *Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.*
13. *Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la atención a la discapacidad.*
14. *Aumentar la transparencia y exigir una gestión responsable como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas.*

La aplicación de estos principios puede servir como orientación tanto para el diseño como para la evaluación de las políticas y programas de atención a las personas con discapacidad. Esto es necesario tanto en su aplicación en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. Especialmente en estos últimos dado que está demostrada la relación existente entre pobreza y discapacidad (DFID, 2000:2). La discapacidad puede ser motivo de padecer mayor pobreza y al mismo tiempo la pobreza puede ser factor de padecer una mayor discapacidad o de acentuar las consecuencias negativas de aquélla, como se pone de manifiesto en el próximo capítulo.

CAPITULO 2

LA REALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EUROPA, ESPAÑA Y PERÚ

El análisis comparado de datos estadísticos internacionales –sobre todo si se incluyen en la comparación regiones que no comparten un mismo modelo de régimen o Estado de Bienestar- presenta importantes dificultades, que es preciso tener en cuenta para interpretar los datos recogidos en ese capítulo. En efecto, a la hora de establecer comparaciones entre datos de diferentes fuentes es de vital importancia, en primer lugar, tener en cuenta las diversas definiciones del concepto de discapacidad. Por un lado, hay fuentes de datos que se basan en definiciones de la discapacidad que identifican la deficiencia o el problema que las personas presentan en sus capacidades funcionales. Este es el caso de definiciones que identifican la presencia de discapacidades de tipo sensorial, visual, auditiva, etc. Por otra parte, hay definiciones de discapacidad basadas en la capacidad de los individuos para ejercer actividades básicas –caminar, trabajar, realizar tareas de cuidado personal...– o instrumentales para la vida diaria, que se vinculan preferentemente al concepto de dependencia. Obviamente, en la medida en que las fuentes de datos presentan diferentes definiciones de discapacidad, los datos sobre prevalencia de discapacidad serán distintos, e incluso el propio colectivo objeto de análisis, y será difícil establecer comparaciones entre ellos.

Una vez establecida esta primera puntualización, es importante tener en cuenta otras variables en el estudio comparativo de los indicadores relacionados con la discapacidad. Diferentes autores llaman la atención sobre cómo distintas fuentes de datos recogen de forma diferente la presencia de más de un tipo de discapacidad o incluso cómo plantean diversos grados de severidad en las limitaciones que las personas presentan. De la misma manera, se destaca la importancia de tener en cuenta diferentes factores que afectan a las personas con discapacidad. En este sentido, se apuesta por tener en cuenta el momento de adquisición de la discapacidad o el tiempo transcurrido desde su aparición. Particular atención merece, igualmente, la necesidad de considerar los factores del entorno y el impacto que los condicionantes que habitualmente se superponen a la discapacidad, como el género, la edad o la clase social, tienen sobre este fenómeno. En el segundo capítulo se ofrece una visión general de la realidad de las personas con discapacidad en la Unión Europea, España y Perú. Se busca en cierta

medida cuantificar el problema, es decir, establecer cuántas personas con discapacidad o cuántos hogares tienen al menos un miembro con discapacidad en estos territorios y ofrecer una descripción general de las características personales de este colectivo.

En este capítulo se presentan datos estadísticos procedentes de diferentes fuentes que pretenden establecer la prevalencia en la discapacidad a escala europea, en el Estado español y en el Perú. A escala europea se ofrecen datos provenientes, fundamentalmente, de una serie de operaciones estadísticas periódicas de la agencia estadística europea, EUROSTAT; para España la fuente de datos más destacada es el Instituto Nacional de Estadística (INE), que viene también realizando en los últimos años un importante esfuerzo para la medición de la discapacidad en España; por último, los datos provenientes de Perú provienen principalmente del Censo de Población y Vivienda de 2007 y del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), así como de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Discapacidad en las regiones de Lima metropolitana y Callao (EHODIS 2005).

2.1. Discapacidad en la Unión Europea

La Oficina Europea de Estadística (Eurostat) cuenta con las siguientes fuentes de datos relevantes en relación a la situación de las personas con discapacidad y/o de las políticas que más directamente les afectan:

- El módulo *ad hoc* sobre el empleo de las personas con discapacidad incluido en la Encuesta de Población Activa de la UE, con datos para 2008.
- La Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida EU-SILC, de carácter longitudinal, que se realiza anualmente desde 2004 y que da, parcialmente, continuidad al anterior Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE).
- La serie de estadísticas sobre la cuenta de la protección social SEEPROS, que ofrece datos sobre el gasto y la financiación de las políticas de protección social y, dentro de ellas, de las políticas sociales destinadas a las personas con discapacidad.

En este epígrafe se abordan, de la manera más concisa posible, los principales datos que se derivan de cada una de estas fuentes estadísticas.

2.1.1. El módulo *ad hoc* sobre el empleo de las personas con discapacidad de la Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS)

Una de las principales fuentes de datos sobre discapacidad con las que cuenta Eurostat es el Módulo *ad hoc* sobre el empleo de las personas con discapacidad en el marco de la Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS) de 2008. Para definir la discapacidad esta encuesta utiliza el concepto de *long-Standing Health Problem or Disability* (LSHPD), que engloba cualquier tipo de trastorno grave de las funciones de la persona que afecte a sus actividades cotidianas y cuya duración haya sido de seis meses o superior, o se prevé que vaya a durar seis o más meses. Es importante tener en cuenta que esta encuesta tiene únicamente en cuenta a personas en edad laboral –de 16 a 64 años– que vivían en domicilios familiares y cuya definición de discapacidad está basada en su propia autoevaluación. Como se señala más adelante, el hecho de que el universo de la encuesta no incluya a las personas mayores y a las muy mayores influye en la prevalencia de la discapacidad que la encuesta arroja, en la medida en que no tiene en cuenta a las personas con mayor riesgo de discapacidad y/o dependencia (como contrapartida, la encuesta no incluye a personas o situaciones de discapacidad derivadas únicamente de los problemas de salud asociados al envejecimiento, y permite dimensionar adecuadamente a la población adulta con discapacidad).

La encuesta se basa en 11 variables que recogen información sobre la existencia, tipo, causa y duración de la discapacidad (LSHPD), limitaciones laborales (que conciernen al tipo o cantidad de trabajo o problemas de movilidad) y la asistencia necesitada o proporcionada para trabajar. Se trata en ese sentido de una encuesta fundamentalmente basada en las limitaciones de las personas para incorporarse a la vida laboral activa.

Los datos que proporciona esta encuesta sobre fuerza de trabajo permiten señalar que la prevalencia total de la discapacidad en la Unión Europea es del 16,2% y que la diferencia entre hombres –16,3%– y mujeres –16,1%– es mínima. En el caso de España los datos muestran que la proporción de personas que presentan algún tipo de discapacidad es menor –8,7% de España frente a 16,2% de la Unión Europea–. Con respecto al género, los datos indican que la proporción de hombres españoles que presentan algún tipo de discapacidad (9,4%), es mayor que la de las mujeres (8,0%).

En la siguiente tabla se puede apreciar cómo las diferencias entre países son considerables. En este sentido, el Reino Unido destaca por ser el país de la Unión Europea con una prevalencia de la discapacidad más alta (27,2%), frente a Rumanía (5,8%) e Italia (6,6%) que son países que cuentan con una proporción de personas con discapacidad significativamente más baja.

Más allá de posibles diferencias en la prevalencia real de las situaciones de discapacidad, cabe pensar que estas desigualdades entre países se deben más diferencias culturales, conceptuales y metodológicas, lo cual dificulta la comparabilidad de los datos y la determinación de la magnitud real del fenómeno analizado.

Tabla 1. Prevalencia de discapacidad por sexo y por países (%)

Países	Hombres	Mujeres	Total
Alemania	12,2	10,3	11,2
Austria	14,0	11,6	12,8
Bélgica	18,9	17,9	18,4
Chipre	13,4	11,1	12,2
Dinamarca	18,8	21,1	19,9
Eslovaquia	8,1	8,2	8,2
Eslovenia	19,9	19,1	19,5
España	9,4	8,0	8,7
Estonia	23,1	24,2	23,7
Finlandia	30,7	33,6	32,2
Francia	24,3	24,8	24,6
Grecia	9,9	10,6	10,3
Holanda	24,5	26,4	25,4
Hungría	11,3	11,4	11,4
Irlanda	11,6	10,5	11,0
Italia	7,0	6,3	6,6
Lituania	8,3	8,5	8,4
Luxemburgo	13,7	9,6	11,7
Malta	9,7	7,3	8,5
Noruega	15,5	17,4	16,4
Portugal	18,3	21,5	19,9
Reino Unido	26,7	27,8	27,2
República Checa	19,2	21,2	20,2
Rumania	5,0	6,5	5,8
Suecia	18,2	21,7	19,9
Unión Europea 15	17,7	18,0	17,8
Unión Europea 25	16,3	16,1	16,2

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

Como otras estadísticas relacionadas con la discapacidad, la LFS pone claramente de manifiesto que, aún dentro de la población adulta, las tasas de prevalencia de la discapacidad crecen con la edad. En concreto, dentro del grupo de personas con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años la tasa de prevalencia alcanza el 30,7% para la Unión Europea y el 21,6% en el caso de España, frente a unas tasas de prevalencia total de discapacidad del 16,2% y el 8,7% respectivamente.

Tabla 2. Prevalencia de discapacidad por tramos de edad y por países (%)

Países	16-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	Total
Alemania	3,5	5,3	8,2	13,9	23,7	11,2
Austria	5,2	7,7	9,5	17,5	25,9	12,8
Bélgica	6,2	11,9	18,0	24,9	32,1	18,4
Chipre	3,2	4,4	10,0	16,7	31,3	12,2
Dinamarca	11,6	12,4	17,6	25,0	32,6	19,9
Eslovaquia	1,7	3,2	7,3	14,2	19,5	8,2
Eslovenia	5,8	8,3	15,2	30,6	41,2	19,5
España	2,9	4,6	6,9	11,7	21,6	8,7
Estonia	9,4	13,6	19,0	31,0	49,5	23,7
Finlandia	15,8	20,9	26,6	38,4	58,4	32,2
Francia	11,9	17,6	23,2	31,8	41,6	24,6
Grecia	2,6	3,6	6,8	12,4	25,7	10,3
Holanda	13,7	17,2	24,1	31,7	42,1	25,4
Hungría	1,3	2,9	7,6	20,8	25,8	11,4
Irlanda	5,0	6,9	9,4	15,0	25,7	11,0
Italia	2,1	3,0	5,0	8,8	14,9	6,6
Lituania	2,1	4,0	6,2	11,9	21,6	8,4
Luxemburgo	3,3	6,3	8,8	16,8	26,5	11,7
Malta	:	4,7	6,3	11,0	20,2	8,5
Noruega	8,8	9,9	12,7	20,0	33,8	16,4
Portugal	8,0	10,9	16,7	25,9	44,2	19,9
Reino Unido	15,8	18,3	22,8	33,5	49,1	27,2
República Checa	8,3	10,1	15,0	27,9	42,4	20,2
Rumania	1,3	2,0	4,9	9,8	14,1	5,8
Suecia	10,4	15,2	21,3	24,2	29,8	19,9
Unión Europea 15	8,7	11,2	15,7	23,2	33,0	17,8
Unión Europea 25	7,3	9,7	13,7	21,2	30,7	16,2

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

La encuesta también ofrece información relativa al tipo de discapacidad que presentan las personas. La clasificación de discapacidad utilizada en dicha encuesta recoge información sobre los siguientes tipos de discapacidad¹¹: (1) problemas en extremidades superiores (incluye artritis o reumatismo), (2) problemas en extremidades inferiores (incluye artritis o reumatismo), (3) problemas de espalda o cuello (incluye artritis o reumatismo), (4) dificultad visual (aun haciendo uso de gafas o lentes de contacto), (5) dificultad auditiva (aun haciendo uso de audífonos), (6) defecto en el habla, (7) condiciones de la piel, incluye desfiguración severa, alergias, (8) problemas respiratorios (incluye asma y bronquitis), (9) problemas cardíacos, de presión sanguínea o circulatorios, (10) problemas digestivos, de hígado o renales, (11) diabetes, (12) epilepsia, (13) problemas mentales, nerviosos o emocionales, (14) otras

¹¹ El listado pone de manifiesto, por otra parte, en qué medida el concepto de discapacidad se solapa en esta encuesta con dificultades de salud que, aun generando dificultades de larga duración, no necesariamente derivan en situaciones de dependencia.

enfermedades progresivas (incluye cáncer de útero, esclerosis múltiple, VIH, Parkinson) y (15) otros problemas de salud de larga evolución.

Con el objeto de facilitar el análisis de datos según el tipo de discapacidad, la siguiente tabla presenta las tasas de prevalencia de las principales etiologías. El tipo de discapacidad que presenta la mayor proporción de personas con discapacidad es la que corresponde a “problemas en extremidades inferiores (incluye artritis o reumatismo)” con una prevalencia del 14,2% en la Unión Europea y del 16,7% en España. La tipología de discapacidad que corresponde a “problemas mentales, nerviosos o emocionales” alcanza en el caso de España una prevalencia más elevada (6,4%) que en el conjunto de la Unión Europea (5,2%).

Tabla 3. Prevalencia de discapacidad por tipo de discapacidad y por países (%)

Países	Problemas en extremidades superiores (incluye artritis o reumatismo)	Problemas en extremidades inferiores (incluye artritis o reumatismo)	Dificultad visual (aun haciendo uso de gafas o lentes de contacto)	Dificultad auditiva (aun haciendo uso de audífonos)	Problemas mentales, nerviosos o emocionales	Otras enfermedades progresivas (incluye cáncer de útero, esclerosis múltiple, VIH, Parkinson)	Otros problemas de salud de larga evolución
Austria	5,8	17,2	2,7	2,0	3,0	5,2	4,7
Bélgica	5,8	10,1	4,8	2,2	3,8	6,5	6,0
Chipre	6,1	13,2	:	:	5,1	4,9	:
Dinamarca	8,1	8,8	1,7	1,8	6,7	3,2	5,5
Eslovaquia	3,1	17,6	:	:	:	:	:
Eslovenia	4,0	14,4	3,2	:	2,5	3,1	9,5
España	7,4	16,7	3,4	1,2	6,4	4,6	5,5
Estonia	:	14,5	7,1	:	:	:	:
Finlandia	8,6	11,8	1,2	0,9	2,9	1,8	9,9
Francia	8,0	12,9	7,1	2,8	6,1	5,3	4,4
Grecia	2,7	11,8	3,0	0,8	4,4	3,4	6,6
Holanda	10,1	12,5	2,1	1,6	6,2	3,5	7,4
Hungría	1,3	19,1	1,5	:	7,0	3,9	2,9
Irlanda	8,0	11,5	:	:	6,0	5,4	6,2
Italia	8,3	14,9	2,6	1,3	5,8	4,0	6,3
Lituania	:	9,8	:	:	6,5	:	7,2
Luxemburgo	11,3	15,5	:	:	:	:	5,0
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Noruega	21,6	12,9	2,6	3,0	5,7	2,8	4,6
Portugal	6,8	18,0	3,9	:	7,5	3,7	5,3
Reino Unido	6,6	14,6	1,9	2,2	4,7	3,8	6,3
República Checa	4,7	16,7	5,3	1,4	2,1	:	6,0
Rumania	5,3	13,3	2,9	0,8	3,4	1,9	3,1
Suecia	10,8	10,7	2,3	4,9	4,1	3,1	8,7
Unión Europea 25	7,0	14,2	3,5	1,9	5,2	4,0	5,9

* Una persona puede presentar más de un tipo de discapacidad, por la cual la suma de todos los tipos de discapacidad es superior a la tasa general.

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

Con respecto al estado civil, los datos de la siguiente tabla muestran que la tasa de prevalencia de discapacidad más alta se da en el grupo de personas divorciadas, separadas o viudas (lo que, en parte, tendría que ver con la mayor edad media de estas personas). En el caso de la Unión Europea la proporción de personas con discapacidad dentro del conjunto total de personas divorciadas, separadas o viudas es de 27,9% y en el Estado español alcanza el 15,7%.

Tabla 4. Prevalencia de discapacidad por estado civil (%)

Países	Soltero	Casado	Divorciado, separado o viudo	Total
Alemania	7,7	11,9	19,2	11,2
Austria	8,8	14,0	20,0	12,8
Bélgica	14,1	19,4	32,2	18,4
Chipre	7,1	13,2	26,0	12,2
Dinamarca	15,4	20,8	32,9	19,9
Eslovaquia	5,2	9,0	15,1	8,2
Eslovenia	11,8	24,3	34,6	19,5
España	6,9	9,3	15,7	8,7
Estonia	16,1	26,6	33,6	23,7
Finlandia	23,4	36,2	45,2	32,2
Francia	19,3	26,4	38,2	24,6
Grecia	5,5	11,9	21,0	10,3
Holanda	19,4	26,8	41,9	25,4
Hungría	4,9	12,9	20,2	11,4
Irlanda	8,8	11,8	22,4	11,0
Italia	4,9	7,2	12,1	6,6
Lituania	7,0	7,4	16,0	8,4
Luxemburgo	6,9	12,6	21,2	11,7
Malta	6,8	9,1	:	8,5
Noruega	12,1	16,8	28,1	16,4
Portugal	13,3	22,0	33,8	19,9
Reino Unido	20,9	28,9	37,9	27,2
República Checa	12,7	21,3	32,8	20,2
Rumania	3,0	6,0	13,5	5,8
Suecia	15,6	22,7	28,8	19,9
Unión Europea 15	13,7	18,6	31,4	17,8
Unión Europea 25	12,2	16,9	27,9	16,2

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

En relación al nivel educativo de las personas con discapacidad, la LFS presenta datos estadísticos por países agrupados en tres categorías educativas (ISCED): (1) pre-primaria, primaria y secundaria de primer ciclo, (2) secundaria de segundo ciclo y post-secundaria no terciaria y (3) educación terciaria—. En este sentido, la tasa de prevalencia de la discapacidad dentro del grupo de población con estudios de “pre-primaria, primaria y secundaria de primer ciclo” en el Estado español es más alta (12,3%) que la tasa de prevalencia de discapacidad total (8,7%). En la misma línea, en el caso de la Unión Europea la proporción de personas con discapacidad también es mayor dentro del grupo de población total que cuentan con estudios de “pre-primaria, primaria y secundaria de primer ciclo” (19,1%). En relación a la educación

de tipo terciario o universitario, los datos de la siguiente tabla muestran cómo en España dentro del grupo de personas con este nivel educativo la proporción de personas con discapacidad es significativamente baja (3,4%).

Tabla 5. Prevalencia de discapacidad por nivel educativo (%)

Países	Pre-primaria, primaria y secundaria de primer ciclo	Secundaria de segundo ciclo y post-secundaria no terciaria	Educación terciaria	Total
Alemania	12,2	11,7	9,4	11,2
Austria	15,4	12,2	10,9	12,8
Bélgica	26,8	14,8	10,2	18,4
Chipre	21,2	8,6	5,8	12,2
Dinamarca	29,4	18,2	15,0	19,9
Eslovaquia	14,0	7,2	3,1	8,2
Eslovenia	28,5	17,6	11,4	19,5
España	12,3	4,5	3,4	8,7
Estonia	27,9	22,9	22,1	23,7
Finlandia	39,0	30,9	27,2	32,2
Francia	30,9	22,7	17,1	24,6
Grecia	15,4	6,0	5,6	10,3
Holanda	32,0	22,8	19,7	25,4
Hungría	18,9	8,8	4,5	11,4
Irlanda	17,0	7,6	6,4	11,0
Italia	9,0	3,8	2,9	6,6
Lituania	13,4	7,6	5,1	8,4
Luxemburgo	16,2	10,0	5,6	11,7
Malta	9,8	:	:	8,5
Noruega	28,4	16,9	9,6	16,4
Portugal	23,1	9,0	9,1	19,9
Reino Unido	40,9	24,4	19,9	27,2
República Checa	28,4	19,1	13,9	20,2
Rumania	7,7	5,1	3,5	5,8
Suecia	21,0	21,1	16,4	19,9
Unión Europea 15	20,1	16,6	13,5	17,8
Unión Europea 25	19,1	15,0	12,4	16,2

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

Si se tiene en cuenta el origen de discapacidad, se puede señalar tanto en España como en la UE que la mitad de las personas con discapacidad indican que el origen de la misma es una enfermedad no asociada al trabajo. Por orden de importancia, la segunda causa de discapacidad que presenta una proporción mayor de personas es la que hace referencia a las causadas por nacimiento. En este caso, en España el 11,9% de las personas que presentan algún tipo de discapacidad y en la Unión Europea el 14,8% presentan una discapacidad cuyo origen es de nacimiento. En tercer lugar, en España el 11,0% de las personas que presentan algún tipo de discapacidad tienen el origen de la misma en el trabajo; en el caso de la Unión Europea el porcentaje alcanza el 12,6%.

Tabla 6. Distribución de las personas con discapacidad por causa de origen de la misma y por países (%)

Países	De nacimiento	Por trabajo	Accidente de trabajo o lesión (incluye accidentes in itinere)	Accidente de tráfico o lesión no provocado por el trabajo	Accidente o lesión doméstica, en ocio o deporte (no asociada al trabajo)	Enfermedades no asociadas al trabajo	Otras causas	Total
Austria	13,0	18,0	5,9	4,8	5,3	30,4	22,6	100,0
Bélgica	13,6	11,3	7,8	3,2	4,5	36,8	22,8	100,0
Chipre	8,6	4,4	3,5	4,2	2,5	74,8	2,0	100,0
Dinamarca	25,4	17,4	6,8	4,0	4,6	34,6	7,2	100,0
Eslovaquia	13,8	8,1	3,5	3,1	4,9	40,8	25,8	100,0
Eslovenia	7,4	13,1	8,9	3,8	5,0	61,8	0,0	100,0
España	11,9	11,0	6,4	2,8	3,1	42,6	22,2	100,0
Estonia	8,1	20,3	2,9	:	5,4	37,7	25,6	100,0
Finlandia	9,1	13,4	3,0	1,4	4,0	66,5	2,6	100,0
Francia	10,5	12,7	6,2	2,3	4,3	49,7	14,3	100,0
Grecia	6,8	5,6	2,2	1,6	1,1	68,5	14,2	100,0
Holanda	29,4	18,2	2,0	4,4	3,3	39,3	3,4	100,0
Hungría	8,5	18,5	2,4	2,0	1,2	50,0	17,4	100,0
Irlanda	16,6	6,8	4,6	4,8	2,2	26,9	38,1	100,0
Italia	17,2	14,6	4,5	3,1	1,5	59,1	0,0	100,0
Lituania	13,4	6,2	:	4,7	:	36,8	38,9	100,0
Luxemburgo	6,5	20,3	9,8	3,7	3,6	27,3	28,8	100,0
Malta	8,8	12,2	8,6	:	:	41,6	28,8	100,0
Noruega	9,4	19,4	6,1	4,2	4,4	42,2	14,3	100,0
Portugal	11,4	12,9	5,7	3,9	2,2	62,5	1,4	100,0
Reino Unido	17,6	8,9	5,4	2,9	3,6	48,0	13,6	100,0
República Checa	12,3	10,8	3,1	2,0	4,2	67,3	0,3	100,0
Rumanía	13,5	7,4	1,9	1,5	1,8	29,9	44,0	100,0
Suecia	10,2	29,3	9,8	3,1	4,3	24,9	18,4	100,0
Unión Europea 15	15,2	12,6	5,5	2,9	3,6	47,8	12,4	100,0
Unión Europea 25	14,8	12,6	5,3	2,9	3,6	48,6	12,2	100,0

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

La LFS también ofrece información sobre el grado de severidad de las situaciones de discapacidad detectadas. En ese sentido, debe destacarse que en la Unión Europea el porcentaje de personas con discapacidad es más alto para el grupo de discapacidad leve (4,8%), mientras que para España la discapacidad severa es la que afecta a una mayor proporción de personas (3,5%).

Tabla 7. Distribución de la población por severidad de las situaciones de discapacidad y por países (%)

Países	Sin discapacidad	Discapacidad leve	Discapacidad media	Discapacidad severa	Discapacidad muy severa	Sin clasificar	Total
Alemania	88,8	:	1,1	7,9	:	2,3	100,0
Austria	87,2	4,2	1,4	3,5	2,5	1,2	100,0
Bélgica	81,6	4,2	1,8	3,8	2,4	6,2	100,0
Chipre	87,8	2,9	1,1	5,6	2,6	:	100,0
Dinamarca	80,1	6,0	3,2	6,4	3,9	0,4	100,0
Eslovaquia	91,8	0,3	0,4	1,9	5,1	0,4	100,0
Eslovenia	80,5	2,7	2,0	7,0	7,9	:	100,0
España	91,3	1,5	0,8	2,3	3,5	0,6	100,0
Estonia	76,3	12,2	2,8	3,0	4,7	1,0	100,0
Finlandia	67,8	11,4	5,4	7,1	8,1	0,1	100,0
Francia	75,4	11,2	4,0	5,1	4,2	0,1	100,0
Grecia	89,7	2,6	0,8	2,2	2,6	2,1	100,0
Holanda	74,6	12,4	6,6	3,1	3,2	0,2	100,0
Hungría	88,6	0,2	0,4	1,5	9,4	:	100,0
Irlanda	89,0	2,3	0,8	5,9	0,9	1,1	100,0
Italia	93,4	1,4	0,9	1,6	2,5	0,3	100,0
Lituania	91,6	0,3	0,9	1,9	4,8	0,5	100,0
Luxemburgo	88,3	5,1	0,4	2,2	2,1	1,9	100,0
Malta	91,5	2,4	0,9	2,3	2,8	:	100,0
Noruega	83,6	:	:	0,3	14,5	1,7	100,0
Portugal	80,1	4,8	1,5	5,9	7,6	0,2	100,0
Reino Unido	72,8	9,4	3,9	4,5	6,1	3,4	100,0
República Checa	79,8	6,6	2,6	6,4	4,5	0,1	100,0
Rumania	94,2	0,6	0,3	1,0	3,4	0,4	100,0
Suecia	80,1	8,9	4,4	4,6	1,7	0,3	100,0
Unión Europea 15	82,2	6,3	2,7	3,7	4,0	1,2	100,0
Unión Europea 25	83,8	4,8	2,2	4,5	3,4	1,3	100,0

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

En cualquier caso, si se elimina del cómputo a las personas sin discapacidad y se tiene en cuenta únicamente a las que han señalado tener alguna, se observa que la distribución por grados de severidad es muy desigual, y que mientras en algunos casos la discapacidad severa y muy severa representa el 95% de los casos (Hungría); en otros sólo llega al 31% (Suecia). En España, el porcentaje es del 66% y para el conjunto de la UE ronda el 50%. Ello pone de manifiesto, como se decía anteriormente, la existencia de criterios muy diversos tanto a la hora de detectar situaciones de discapacidad como de valorar su severidad.

Tabla 8. Distribución de la población con discapacidad por grados de severidad y por países (%)

Países	Discapacidad leve	Discapacidad media	Discapacidad severa	Discapacidad muy severa	Sin clasificar
Alemania	0,0	9,8	70,5	0,0	20,5
Austria	32,8	10,9	27,3	19,5	9,4
Bélgica	22,8	9,8	20,7	13,0	33,7
Chipre	23,8	9,0	45,9	21,3	0,0
Dinamarca	30,2	16,1	32,2	19,6	2,0
Eslovaquia	3,7	4,9	23,2	62,2	4,9
Eslovenia	13,8	10,3	35,9	40,5	0,0
España	17,2	9,2	26,4	40,2	6,9
Estonia	51,5	11,8	12,7	19,8	4,2
Finlandia	35,4	16,8	22,0	25,2	0,3
Francia	45,5	16,3	20,7	17,1	0,4
Grecia	25,2	7,8	21,4	25,2	20,4
Holanda	48,8	26,0	12,2	12,6	0,8
Hungría	1,8	3,5	13,2	82,5	0,0
Irlanda	20,9	7,3	53,6	8,2	10,0
Italia	21,2	13,6	24,2	37,9	4,5
Lituania	3,6	10,7	22,6	57,1	6,0
Luxemburgo	43,6	3,4	18,8	17,9	16,2
Malta	28,2	10,6	27,1	32,9	0,0
Noruega	0,0	0,0	1,8	88,4	10,4
Portugal	24,1	7,5	29,6	38,2	1,0
Reino Unido	34,6	14,3	16,5	22,4	12,5
República Checa	32,7	12,9	31,7	22,3	0,5
Rumania	10,3	5,2	17,2	58,6	6,9
Suecia	44,7	22,1	23,1	8,5	1,5
Unión Europea 15	35,4	15,2	20,8	22,5	6,7
Unión Europea 25	29,6	13,6	27,8	21,0	8,0

Fuente: Encuesta de la población activa de la Unión Europea (LFS): Módulo ad hoc sobre el empleo de las personas con discapacidad, 2008, Eurostat.

2.1.2. Estadística de la UE sobre ingresos y condiciones de vida (EU-SILC)

Una segunda fuente de datos destacable a escala europea en el estudio de la discapacidad es la encuesta sobre ingresos y condiciones de vida en la UE (EU-SILC) de Eurostat. Se trata de una operación estadística de carácter longitudinal que ofrece datos de gran interés tanto sobre la renta y las condiciones de vida como sobre las eventuales situaciones de pobreza en la UE. Estas estadísticas cuentan con un módulo específico sobre salud donde se recoge información sobre la percepción de las personas encuestadas, sobre las necesidades de atención sanitaria no satisfechas y sobre el estado de salud general. En dicho módulo se pregunta a los encuestados si sufren o no una enfermedad crónica o de larga evolución –PH020: *Suffer from any chronic (long-standing) illness or condition*– o si se han encontrado limitados –severamente, en grado medio o no limitados– por problemas de salud por al menos un período de 6 meses –PH030: *Limitation in activities because of health problems*–. A la hora de analizar los datos que proporciona esta encuesta, es importante tener en cuenta que no utiliza específicamente el término discapacidad

y que la pregunta sobre enfermedades crónicas o de larga evolución también engloba problemas que requieran de un largo período de supervisión, observación o cuidado, problemas estacionales o intermitentes (puede que tengan una duración menor a seis meses) e incluso problemas sin diagnóstico médico. Por lo tanto, es probable que el número de personas que indiquen padecer alguna enfermedad crónica o de larga evolución en esta encuesta (EU-SILC) sea mayor que el número de personas que manifiestan tener una discapacidad en la encuesta LFS (Ward y Grammenos, 2007). Además, la pregunta sobre limitaciones en las actividades no está vinculada a la pregunta sobre enfermedad crónica o de larga evolución, por lo que puede que algunas personas que afirmen no tener enfermedad crónica o de larga evolución sí pueden señalar que están limitadas en sus actividades de la vida diaria.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de analizar la prevalencia de discapacidad que arroja la EU-SILC es que su universo está constituido por el conjunto de la población mayor de 18 años, por lo que, cuando se estiman las tasas globales de discapacidad, se incluyen casos exclusiva o fundamentalmente derivados del proceso de envejecimiento.

En relación a la prevalencia de enfermedades crónicas o de larga evolución, los datos de la siguiente muestra tabla muestran que la tasa de prevalencia para la Unión Europea en 2008 es de 30,8% y en el caso de España el 30,2% manifiestan padecer una enfermedad crónica o de larga evolución. Con respecto a la evolución en el número de personas con esta problemática, en el caso de Europa no ha habido grandes cambios con el paso de los años mientras que en España la tasa de prevalencia ha ido en aumento; en 2004 el porcentaje de personas con enfermedad crónica o de larga de evolución era del 26,1% y en 2008 alcanza el 30,2% del conjunto de la población.

Tabla 9. Evolución de la prevalencia de personas con enfermedad crónica o de larga evolución (%)

Países	2004	2005	2006	2007	2008
Alemania	:	36,1	38,2	37,8	36,1
Austria	22,0	21,9	21,9	23,8	32,5
Bélgica	26,3	24,9	24,7	24,8	24,7
Bulgaria	:	:	:	28,9	24,1
Chipre	:	26,1	29,0	28,6	25,5
Dinamarca	24,0	25,7	29,6	27,8	24,6
Eslovaquia	:	26,8	27,4	27,3	29,5
Eslovenia	:	30,7	36,4	37,6	39,3

Países	2004	2005	2006	2007	2008
España	26,1	24,1	23,8	25,3	30,2
Estonia	41,3	38,4	38,5	40,2	38,0
Finlandia	40,6	43,0	43,1	41,7	40,5
Francia	36,0	34,5	34,3	34,6	36,8
Grecia	19,1	20,0	20,2	21,6	22,1
Holanda	:	30,3	32,0	31,6	31,2
Hungría	:	40,0	35,6	36,8	38,0
Irlanda	22,1	23,8	25,4	24,9	24,2
Islandia	26,6	25,2	24,4	18,1	26,0
Italia	21,5	22,0	21,5	21,1	22,5
Latvia	:	36,3	35,1	33,8	33,6
Lituania	:	30,1	33,4	31,5	29,0
Luxemburgo	23,4	22,4	23,6	26,0	24,3
Malta	:	20,5	20,3	25,0	24,5
Noruega	31,7	31,6	33,7	30,3	32,0
Polonia	:	32,0	32,4	32,0	30,9
Portugal	32,1	32,2	30,8	33,2	33,2
Reino Unido	:	37,2	38,1	35,8	32,6
República Checa	:	30,3	29,8	27,7	27,7
Rumania	:	:	:	19,5	19,1
Suecia	49,5	41,7	35,0	34,8	33,0
Unión Europea*	:	31,1	31,4	30,5	30,8

*(EU6-1972, EU9-1980, EU10-1985, EU12-1994, EU15-2004, EU25-2006, EU27).

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat.

La consideración de las enfermedades crónicas o de larga duración ofrece, en cualquier caso, tasas de prevalencia muy elevadas, que no se corresponden a la definición al uso de la discapacidad. En ese sentido, parece más adecuado tener en cuenta los datos relacionados con las limitaciones para las actividades de la vida diaria, que se corresponden de forma más directa al concepto de discapacidad. La siguiente tabla pone de manifiesto que en efecto para la Unión Europea la prevalencia de esa situación en 2009 es del 8,1% y que se ha incrementado ligeramente desde 2004.

Tabla 10. Evolución de la prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria (%)

Países	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	:	8,4	8,2	8,2	10,5	10,1
Austria	10,2	10,2	9,4	10,1	10,5	9,7
Bélgica	12,1	8,7	7,8	7,4	6,9	7,6
Bulgaria	:	:	:	2,5	4,6	4,5
Chipre	:	10,6	8,5	8,2	6,4	6,3
Dinamarca	:	:	:	:	7,5	7,8
Eslovaquia	:	10,1	11,1	10,3	11,1	10,7
Eslovenia	:	9,6	8,4	7,9	9,7	10,4
España	9,2	9	8,6	9,1	5,4	5,6
Estonia	13	12,9	9,5	9,2	9,9	7,7
Finlandia	11,8	12,2	12,1	8,8	7,8	8
Francia	7,3	6,6	6,3	6,6	8,6	9
Grecia	5,8	6,2	6	6,8	8,1	10,2
Holanda	:	7,7	8,2	8	5,8	5,4
Hungría	:	14,8	13,4	12,7	10,3	8,5
Irlanda	6,6	6,6	6,1	5,9	5,4	5,5
Islandia	8,2	7,3	5,7	5,7	8,4	8,8
Italia	5,6	6,2	7	7,6	8,2	7,9
Latvia	:	11,1	10,1	9,3	7,8	6,4
Lituania	:	11,2	10,2	9,3	7,5	7,2
Luxemburgo	9,1	6,3	7	6,7	6,9	6,2
Malta	:	3,9	4,1	3,3	2,6	3,9
Noruega	8	8,1	8,7	7,4	6,1	5,5
Polonia	:	2,2	6,2	6,9	6,5	7,3
Portugal	12,9	12,2	11,5	12,9	11,9	10,8
Reino Unido	:	8,6	8,5	8,3	8,5	8,9
República checa	:	7,3	6,8	5,3	5,6	6,2
Rumanía	:	:	:	7	6,7	6,7
Suecia	13,8	11,2	8,2	7,8	7	6,3
Suiza	:	:	:	:	:	5,7
Unión Europea	:	7,7	7,8	7,7	8,1	8,1

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat.

Con respecto al género, y en la línea de otras fuentes de datos, esta encuesta muestra que las mujeres están afectadas en mayor medida por limitaciones severas en actividades de la vida diaria. En la siguiente tabla se puede apreciar como en todos los países de la Unión Europea el porcentaje de mujeres con limitaciones severas en actividades cotidianas es mayor que el de los hombres. En el caso concreto de España, el 6,2% de las mujeres manifiestan padecer algún problema de esta índole frente al 5,1% de los hombres.

Tabla 11. Prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria por sexo (%)

Países	Hombres	Mujeres	Total
Alemania	10,0	10,3	10,1
Austria	8,5	10,9	9,7
Bélgica	6,7	8,3	7,6
Bulgaria	4,0	5,0	4,5
Chipre	5,9	6,6	6,3
Dinamarca	7,0	8,5	7,8
Eslovaquia	9,2	12,1	10,7
Eslovenia	9,1	11,6	10,4
España	5,1	6,2	5,6
Estonia	6,7	8,4	7,7
Finlandia	7,3	8,6	8,0
Francia	8,4	9,5	9,0
Grecia	9,0	11,3	10,2
Holanda	5,2	5,6	5,4
Hungría	7,4	9,4	8,5
Irlanda	5,4	5,6	5,5
Islandia	8,0	9,7	8,8
Italia	6,7	9,0	7,9
Latvia	5,6	7,1	6,4
Lituania	6,7	7,6	7,2
Luxemburgo	5,9	6,4	6,2
Malta	3,7	4,1	3,9
Noruega	5,1	6,0	5,5
Polonia	7,2	7,5	7,3
Portugal	9,1	12,4	10,8
Reino Unido	8,3	9,4	8,9
República checa	6,0	6,3	6,2
Rumania	5,8	7,6	6,7
Suecia	4,8	7,8	6,3
Suiza	5,0	6,4	5,7
Unión Europea	7,5	8,7	8,1

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat.

Desde el punto de vista de la edad, y en la línea de lo esperado, la proporción de personas que presentan limitaciones de tipo severo es mayor conforme aumenta el número de años, pasando en el caso de España de un 1,0% de los jóvenes de 15 a 24 años que indican padecer limitaciones severas en la realización de actividades cotidianas a un 33,2% en el caso de las personas de 85 o más años.

Tabla 12. Prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria por grupos de edad (%)

	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	85 o más años
Alemania	1,5	2,4	5,4	8,9	16,8	16,1	27,2	52,0
Austria	2,1	2,7	4,5	8,9	13,1	15,8	29,9	49,2
Bélgica	1,4	2,7	5,3	7,7	9,6	12,3	18,2	27,5
Bulgaria	0,6	0,6	1,4	2,1	5,9	9,9	17,4	27,4
Chipre	1,6	2,4	2,5	3,4	9,9	12,6	32,2	39,0
Dinamarca	4,1	3,5	6,1	8,6	10,7	8,2	14,9	19,6
Eslovaquia	2,1	2,5	4,1	8,0	15,4	26,6	47,7	63,0
Eslovenia	3,0	3,9	6,1	9,8	14,4	19,4	27,8	35,5
España	1,0	2,0	2,3	4,3	6,9	9,8	18,4	33,2
Estonia	1,2	2,3	2,1	6,2	7,4	15,8	30,9	41,3
Finlandia	1,8	2,1	4,3	6,0	10,0	11,8	24,7	37,1
Francia	1,5	1,9	4,2	7,2	10,0	15,4	28,9	45,7
Grecia	0,8	2,7	3,7	5,7	12,0	20,2	35,6	54,9
Holanda	1,3	2,3	3,9	4,3	7,7	8,7	13,4	20,5
Hungría	1,0	1,7	3,7	7,3	11,0	16,8	31,4	41,5
Irlanda	2,4	2,9	2,7	5,2	8,5	9,6	16,4	23,6
Islandia	3,6	5,3	5,9	7,5	11,0	20,8	21,9	33,3
Italia	1,2	2,0	3,0	3,9	7,7	14,0	26,8	39,3
Latvia	0,8	1,9	2,2	4,3	9,2	13,3	24,0	35,3
Lituania	1,3	1,1	3,8	4,4	11,5	14,4	25,4	41,5
Luxemburgo	1,9	2,2	5,6	4,1	9,2	13,3	14,1	23,6
Malta	1,1	0,8	1,4	3,4	3,7	7,5	18,6	29,6
Noruega	2,3	2,5	3,4	6,2	6,4	9,7	14,2	13,5
Polonia	1,7	2,1	2,7	5,7	9,5	16,5	27,3	38,6
Portugal	1,3	4,0	4,1	7,5	14,4	19,8	34,8	55,6
Reino Unido	2,4	2,9	4,9	8,2	11,3	16,5	22,1	29,6
República Checa	1,7	1,9	2,3	6,1	7,0	10,5	19,8	34,3
Rumania	0,9	1,4	2,3	5,9	8,9	15,4	26,8	36,9
Suecia	2,3	1,7	4,2	7,0	8,1	7,7	15,9	20,3
Unión Europea*	2,2	2,6	3,6	6,7	8,1	8,1	12,4	16,3

*(EU6-1972, EU9-1980, EU10-1985, EU12-1994, EU15-2004, EU25-2006, EU27)

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat

Con respecto a la actividad laboral, los datos de la siguiente tabla muestran que entre el grupo de personas inactivas la proporción de individuos que presenta limitaciones severas en la realización de actividades de la vida diaria es del 12,4% en la Unión Europea y del 10,7% en España. En el grupo de personas en paro, un 8,4% en la Unión Europea indica presentar limitaciones de este tipo y en el caso de España el porcentaje de personas con este problema es de 4,4%. Además, los datos muestran que del conjunto de personas que tienen un trabajo en el caso de la Unión Europea solamente un 2,3% manifiesta presentar limitaciones de carácter severo en la realización de actividades de la vida cotidiana y en el Estado español ese porcentaje es incluso inferior (1,4%).

Tabla 13. Prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria por actividad laboral (%)

Países	Con trabajo	Desempleados	Jubilados	Inactivos	Total
Alemania	3,1	18,5	19,9	14,2	10,1
Austria	2,8	15,9	23,3	8,2	9,7
Bélgica	2,1	7,0	14,5	13,8	7,6
Bulgaria	0,5	1,7	13,2	4,7	4,5
Chipre	2,2	1,7	22,9	5,1	6,3
Dinamarca	4,2	29,1	11,9	11,7	7,8
Eslovaquia	2,6	7,1	29,6	12,1	10,7
Eslovenia	5,4	17,9	20,9	4,3	10,4
España	1,4	4,4	13,3	10,7	5,6
Estonia	2,0	4,1	23,0	9,1	7,7
Finlandia	2,9	7,5	19,7	2,9	8,0
Francia	3,0	8,5	19,8	10,5	9,0
Grecia	2,7	6,7	26,1	11,7	10,2
Holanda	1,6	28,5	10,1	8,3	5,4
Hungría	1,8	6,3	18,1	12,1	8,5
Irlanda	1,1	2,3	11,8	10,6	5,5
Islandia	3,3	21,9	21,8	30,8	8,8
Italia	2,1	3,3	15,8	13,0	7,9
Latvia	1,6	2,7	19,5	8,7	6,4
Lituania	1,3	2,3	20,1	11,4	7,2
Luxemburgo	3,1	17,9	12,1	7,8	6,2
Malta	1,1	2,4	8,7	5,9	3,9
Noruega	1,6	14,7	12,1	13,1	5,5
Polonia	1,7	3,4	16,5	12,1	7,3
Portugal	2,5	5,2	27,8	16,0	10,8
Reino Unido	2,5	5,9	18,7	20,2	8,9
República checa	1,8	6,7	12,1	11,0	6,2
Rumanía	0,7	1,0	18,5	6,2	6,7
Suecia	2,2	3,7	12,4	14,0	6,3
Suiza	3,1	12,7	10,3	11,4	5,7
Unión Europea	2,3	8,4	18,0	12,4	8,1

*(EU6-1972, EU9-1980, EU10-1985, EU12-1994, EU15-2004, EU25-2006, EU27).

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat.

En relación al nivel educativo, según la clasificación internacional estándar de educación (ISCED) diseñada por la UNESCO, los datos de esta encuesta de condiciones de vida muestran que la proporción de personas que presentan limitaciones severas en actividades de la vida diaria en la etapa de educación primaria en España (9,9%) es la más alta en comparación con las demás etapas educativas. En relación a los niveles educativos superiores, los datos muestran que en el caso de la Unión Europea la proporción de personas con limitaciones severas en actividades cotidianas en los niveles educativos de secundaria o superiores es mayor en comparación con España.

Tabla 14. Prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria por nivel educativo (%)

Países	Pre-primaria	Primaria	Secundaria de primer ciclo	Secundaria de segundo ciclo	Post-secundaria	Primera etapa de terciaria	Segunda etapa de terciaria	Total
Alemania	:	21,4	14,7	10,3	4,8	5,8	5,6	10,1
Austria	:	40,6	16,0	8,5	5,1	4,6	4,1	9,7
Bélgica	21,5	16,4	8,9	5,7	4,4	3,3	3,4	7,6
Bulgaria	3,9	10,7	6,4	2,8	7,1	3,3	7,4	4,5
Chipre	22,7	13,4	5,3	3,1	5,2	1,8	5,4	6,3
Dinamarca	:	:	11,1	6,4	:	4,6	:	7,8
Eslovaquia	:	57,4	19,6	9,5	10,5	4,6	1,7	10,7
Eslovenia	:	24,6	16,8	8,4	:	6,0	6,5	10,4
España	:	9,9	3,9	2,6	3,5	2,1	3,2	5,6
Estonia	51,9	23,9	12,1	6,9	3,3	4,0	0,6	7,7
Finlandia	:	:	13,7	6,5	0,4	4,1	2,3	8
Francia	22,0	22,9	8,0	5,7	:	2,8	3,8	9
Grecia	34,4	16,4	7,8	5,2	4,0	3,3	5,2	10,2
Holanda	8,0	12,9	8,2	4,3	5,3	2,7	:	5,4
Hungría	:	30,0	11,2	6,6	4,4	4,5	4,7	8,5
Irlanda	:	12,9	6,5	3,0	3,2	2,5	0,9	5,5
Islandia	:	19,3	11,2	9,2	7,0	4,2	:	8,8
Italia	28,7	17,6	5,7	3,4	2,3	2,7	2,7	7,9
Latvia	24,8	20,5	9,0	5,3	5,9	3,4	:	6,4
Lituania	27,7	23,2	8,8	5,0	5,6	2,6	:	7,2
Luxemburgo	:	10,1	4,3	5,8	7,0	1,8	3,5	6,2
Malta	12,6	8,8	2,3	1,6	2,1	2,1	5,4	3,9
Noruega	:	:	8,5	5,7	2,9	2,4	:	5,5
Polonia	31,0	15,9	1,9	5,9	4,3	3,2	7,3	7,3
Portugal	:	12,9	3,2	3,0	4,0	2,7	:	10,8
Reino Unido	:	:	17,8	6,6	12,1	5,2	4,0	8,9
República checa	:	24,8	11,7	5,5	3,8	2,4	1,6	6,2
Rumania	:	20,8	7,1	3,8	4,8	1,2	:	6,7
Suecia	:	14,7	8,5	6,5	3,0	2,7	:	6,3
Suiza	7,9	8,2	7,6	5,8	4,5	3,3	4,4	5,7
Unión Europea	26,5	16,5	9,7	6,3	5,6	3,7	3,9	8,1

*(EU6-1972, EU9-1980, EU10-1985, EU12-1994, EU15-2004, EU25-2006, EU27).

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat.

Por último, es interesante destacar la información que proporciona esta encuesta sobre la prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria por ingresos económicos. En la siguiente tabla se presentan los porcentajes de personas que indican padecer limitaciones de carácter severo en la realización de actividades cotidianas en cada uno de los cinco grupos en los que se divide la población en función de sus ingresos económicos. En este sentido, los datos indican que el grupo que corresponde al primer quintil, aquellos que cuentan con menos ingresos, tanto en la Unión Europea (8,7%) como en España (8,4%) es el grupo donde la proporción de personas con limitaciones severas en actividades cotidianas. A

la vista de los datos se puede señalar que en los grupos en los que los ingresos son más altos la proporción de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria es menor.

Tabla 15. Prevalencia de personas con limitaciones severas en actividades de la vida diaria por ingresos económicos (%)

Países	Ingresos equivalentes al primer quintil	Ingresos equivalentes al segundo quintil	Ingresos equivalentes al tercer quintil	Ingresos equivalentes al cuarto quintil	Ingresos equivalentes al quinto quintil	Total
Alemania	18,4	12,3	9,4	7,4	5,0	10,4
Austria	16,2	12,4	9,1	6,9	5,5	10,0
Bélgica	13,2	11,0	7,6	4,5	2,6	7,8
Bulgaria	7,3	7,1	3,9	3,1	1,6	4,6
Chipre	15,7	7,8	4,4	3,2	1,6	6,5
Dinamarca	11,5	11,9	6,5	4,6	4,7	7,9
Eslovaquia	16,3	15,9	11,7	7,6	4,1	11,0
Eslovenia	19,1	11,3	9,3	7,5	5,4	10,5
España	8,4	7,5	6,0	4,2	2,8	5,7
Estonia	14,6	13,1	6,0	3,2	2,5	7,9
Finlandia	14,0	10,9	7,2	4,5	3,9	8,1
Francia	12,5	11,4	8,5	7,6	6,1	9,2
Grecia	15,0	12,8	10,9	8,2	5,1	10,4
Holanda	9,3	7,8	4,4	3,1	2,8	5,5
Hungría	9,6	11,4	9,8	7,7	5,2	8,7
Irlanda	9,8	7,5	5,9	3,5	2,3	5,7
Islandia	14,4	11,4	7,4	5,2	6,6	9,0
Italia	9,9	10,1	9,2	6,9	4,4	8,1
Latvia	13,6	9,4	5,0	3	2,3	6,6
Lituania	12,6	11,0	7,5	3,9	2,1	7,4
Luxemburgo	9,4	9,0	5,0	4,6	3,5	6,3
Malta	5,2	6,3	4,5	2,1	1,9	4,0
Noruega	10,3	8,2	4,5	3,2	2,1	5,6
Polonia	9,5	9,0	8,9	6,2	4,1	7,6
Portugal	16,2	15,7	11,3	7,4	5,0	11,1
Reino Unido	12,0	14,2	9,7	6,3	3,3	9,1
República Checa	10,1	8,7	5,6	4,2	2,2	6,3
Rumania	8,9	9,7	7,2	5,4	3,5	6,9
Suecia	11,2	9,1	5,2	3,7	3,0	6,4
Unión Europea*	8,7	7,5	5,8	4,2	3,2	5,9

*(EU6-1972, EU9-1980, EU10-1985, EU12-1994, EU15-2004, EU25-2006, EU27).

Fuente: Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC), 2009, Eurostat.

2.1.3. El Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS)

El Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) de Eurostat proporciona información a escala europea sobre protección social, sobre las prestaciones sociales de los hogares y sobre su financiación. Se trata de un instrumento específico creado en los años setenta que permite la comparación de datos estadísticos sobre prestaciones de protección social, presupuestos, beneficiarios de pensiones y beneficiarios de prestaciones sociales netas. Esta estadística permite estimar, y comparar entre países, el gasto que en prestaciones de protección social se destina al ámbito de la discapacidad¹² y, dentro de ella, a los diversos tipos de prestaciones (prestaciones económicas con o sin prueba de recursos, servicios residenciales, atención domiciliaria, etc.)

La siguiente tabla recoge el gasto que en euros por habitante realiza cada país en la función de discapacidad y el coste que ese gasto representa respecto al conjunto del gasto en protección social. En ese sentido, los datos muestran que España en 2008 invierte en discapacidad un total de 379,60 € por habitante, lo que supone un 7,0% del gasto total en protección social. En el caso de la Unión Europea el gasto medio en discapacidad en 2008 asciende a 511,79 € por habitante y supone un 7,8% del gasto total en protección social. Representando por tanto un porcentaje similar del gasto en protección social, el gasto español en el ámbito de la discapacidad es sustancialmente más bajo que el del conjunto de la UE, ya se mida en términos de euros por habitante o en relación al PIB, lo que pone de manifiesto en qué medida el gasto social español es muy inferior al del conjunto de la UE.

Tabla 16. Gasto por habitante en discapacidad (euros por habitante) y en relación al gasto social total (%)

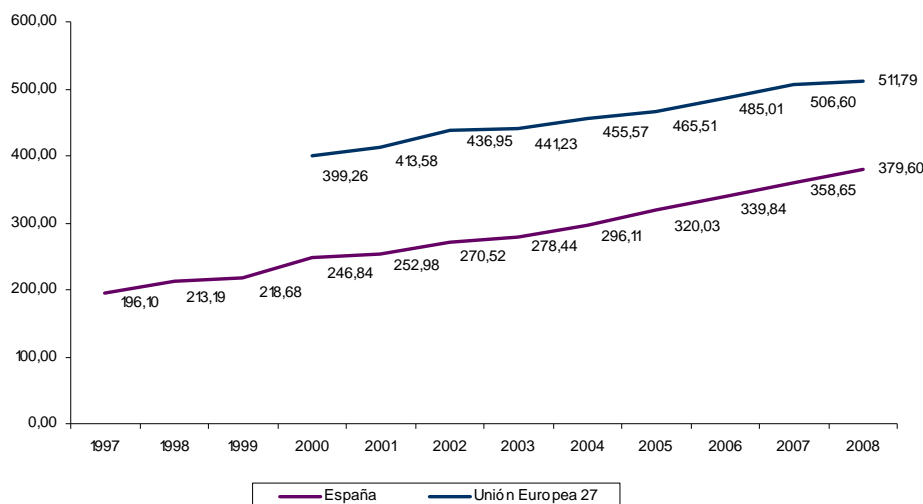
Países	2008	
	N	%
Alemania	628,59	7,5
Austria	719,42	7,5
Bélgica	607,89	6,7
Bulgaria	53,58	7,4
Chipre	145,17	3,6
Dinamarca	1863,80	14,8
Eslovaquia	167,17	8,7
Eslovenia	302,99	7,6
España	379,60	7,0
Estonia	176,08	9,7
Finlandia	1119,35	12,2
Francia	530,68	5,7
Grecia	246,84	4,5

¹² La discapacidad es una de las funciones en las que se distribuye en SEEPROS el gasto social, junto al gasto en vejez, asistencia sanitaria, desempleo, supervivencia, vivienda, familia e hijos/as y exclusión social.

Países	2008	
	N	%
Holanda	859,08	8,3
Hungría	221,10	9,2
Irlanda	463,45	5,2
Islandia	987,78	13,8
Italia	412,97	5,7
Latvia	92,01	7,2
Lituania	156,73	10,1
Luxemburgo	1852,02	11,3
Malta	152,98	5,8
Noruega	2469,71	17,1
Polonia	152,73	8,6
Portugal	347,07	8,8
Reino Unido	742,07	10,6
República checa	210,68	7,9
Rumania	89,87	9,7
Suecia	1573,72	14,8
Suiza	1394,09	11,8
Unión Europea	531,47	6,7
Unión Europea (área euro 13)	530,03	6,7
Unión Europea (área euro 15)	528,60	6,7
Unión Europea (área euro 16)	568,28	6,7
Unión Europea 15	606,98	7,7
Unión Europea 25	538,56	7,7
Unión Europea 27	511,79	7,8

Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

En relación a la evolución en el gasto, tanto en España como en la Unión Europea, los datos del siguiente gráfico muestran una clara tendencia al alza del gasto invertido en discapacidad. En el caso de España, el gasto social (euros por habitante) en discapacidad ha aumentado considerablemente, pasando de un 196,10 € en 1997 a un total de 379,30 € en 2008, lo que supone un incremento del 93%. En comparación con la Unión Europea (511,79 €) el gasto en discapacidad en España en 2008 es sustancialmente más bajo (379,60 €). Sin embargo, el aumento porcentual del gasto social en discapacidad en España desde 2000 ha sido del 53,8% mientras que para la Unión Europea ha sido del 28,2%.



Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Gráfico 1. Evolución del gasto social en discapacidad

Con respecto al gasto que en euros por habitante realiza cada país en las diferentes partidas o servicios, los datos de la siguiente tabla muestran que España en 2008 invierte en pensiones de discapacidad un total de 216,69 € por habitante, lo que supone un 57,1% del gasto total invertido en discapacidad. En el caso de la Unión Europea el gasto medio en pensiones para personas con discapacidad es de 200,42 € por habitante y supone un 39,3% del gasto total invertido en ese colectivo. Resulta por tanto evidente en qué medida el gasto español en discapacidad se orienta hacia las prestaciones económicas de carácter contributivo y no, como ocurre en otros países de Europa, a los servicios en especie (como los de carácter residencial, de atención domiciliaria, etc.).

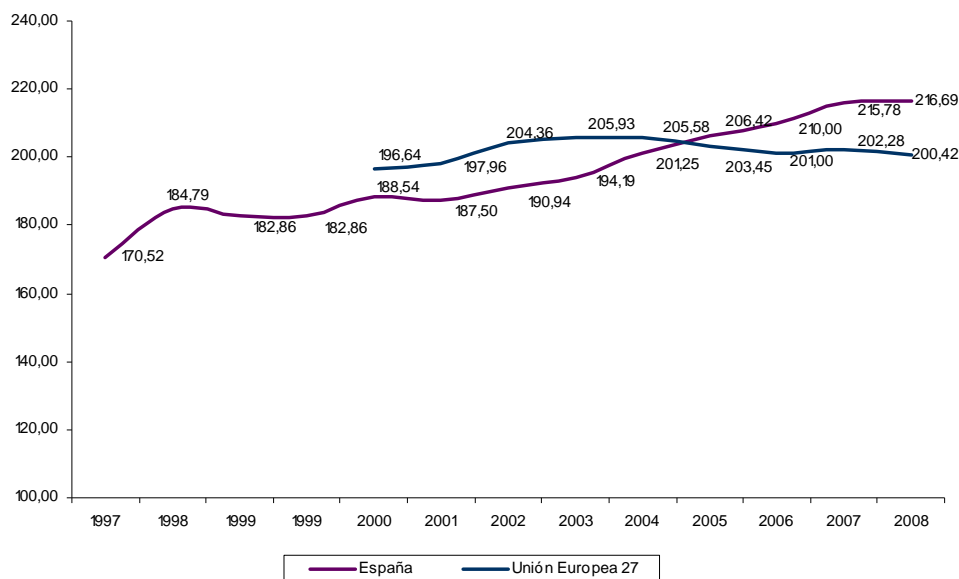
Tabla 17. Gasto por habitante en pensiones de discapacidad (euros por habitante) en relación al gasto social en discapacidad

Países	2008	
	N	%
Alemania	48,53	7,7
Austria	429,84	59,7
Bélgica	370,11	60,9
Bulgaria	19,46	36,3
Chipre	61,20	42,2
Dinamarca	660,91	35,5
Eslovaquia	71,19	42,6
Eslovenia	97,07	32,0
España	216,69	57,1
Estonia	73,34	41,7
Finlandia	569,49	50,9
Francia	199,49	37,6
Grecia	123,72	50,1

Países	2008	
	N	%
Holanda	607,81	70,8
Hungría	95,39	43,1
Irlanda	301,47	65,1
Islandia	480,13	48,6
Italia	152,29	36,9
Latvia	34,15	37,1
Lituania	83,72	53,4
Luxemburgo	686,66	37,1
Malta	83,35	54,5
Noruega	1350,96	54,7
Polonia	94,43	61,8
Portugal	254,52	73,3
Reino Unido	242,71	32,7
República checa	130,97	62,2
Rumania	14,24	15,8
Suecia	695,76	44,2
Suiza	847,66	60,8
Unión Europea	197,91	37,2
Unión Europea (área euro 13)	197,40	37,2
Unión Europea (área euro 15)	196,93	37,3
Unión Europea (área euro 16)	211,60	37,2
Unión Europea 15	234,70	38,7
Unión Europea 25	211,45	39,3
Unión Europea 27	200,42	39,2

Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

SEEPROS también aporta información sobre la evolución en el gasto dedicado a las pensiones a personas con discapacidad. En este sentido, tanto en España como en la Unión Europea los datos del siguiente gráfico muestran una tendencia al alza de la inversión realizada en pensiones para personas con discapacidad. En el caso de España, el gasto social (euros por habitante) en pensiones para personas con discapacidad ha aumentado, pasando de 170,52 € en 1997 a 216,69 € en 2008. En concreto, el incremento en el gasto social en discapacidad en España ha sido del 27,1% entre 1997 y 2008. Sin embargo, aunque para la Unión Europea también haya habido un incremento en el gasto social en pensiones de discapacidad éste ha sido menor en comparación con España. En la Unión Europea la inversión por habitante ha pasado de ser de 196,64 € por habitante en 2000 a 200,42 € en 2008. En concreto, el aumento porcentual en Europa ha sido de 1,9% de 2000 a 2008 frente a un aumento del 14,9% en España en los últimos ocho años.



Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Gráfico 2. Evolución del gasto social en pensiones de discapacidad

En relación al gasto que se dedica al alojamiento de personas con discapacidad, los datos de la siguiente tabla muestran diferencias significativas entre países. En el caso de España el gasto invertido en alojamiento para personas con discapacidad en 2008 es de 2,54 €, lo que supone un 0,7% del gasto total para el colectivo de personas con discapacidad, mientras que el gasto medio de la Unión Europea para 2008 es sustancialmente mayor (41,61 €) y supone un 8,1% del gasto total invertido en discapacidad.

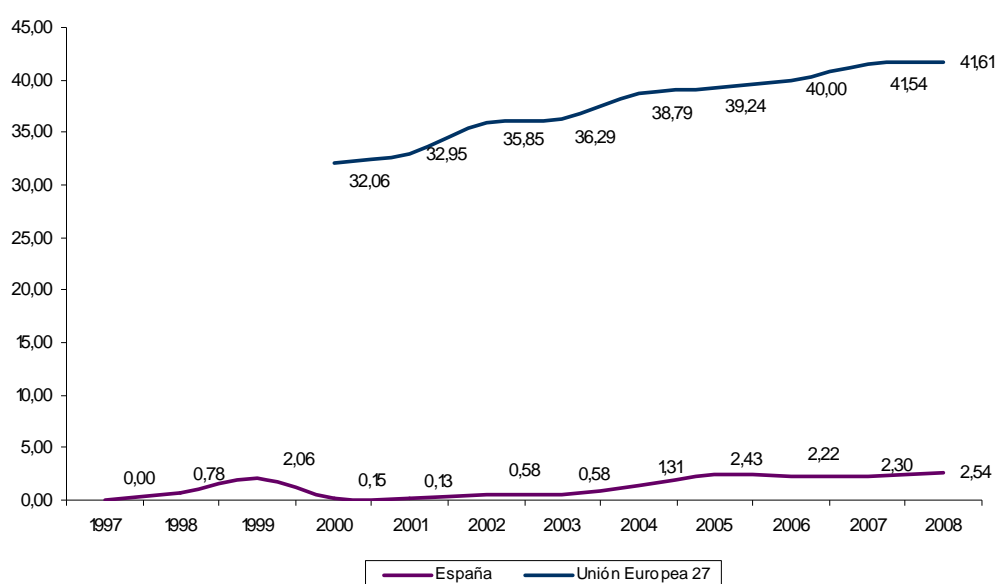
Tabla 18. Gasto por habitante en alojamiento para personas con discapacidad (euros por habitante) en relación al gasto social en discapacidad

Países	2008	
	N	%
Alemania	30,22	4,8
Austria	56,48	7,9
Bélgica	98,11	16,1
Bulgaria	3,74	7,0
Chipre	0,83	0,6
Dinamarca	249,50	13,4
Eslovaquia	16,42	9,8
Eslovenia	19,59	6,5
España	2,54	0,7
Estonia	18,16	10,3
Finlandia	29,77	2,7
Francia	141,01	26,6
Grecia	0,00	0,0
Holanda	0,00	0,0
Hungría	10,13	4,6
Irlanda	0,00	0,0
Islandia	95,93	9,7

Países	2008	
	N	%
Italia	9,33	2,3
Latvia	8,36	9,1
Lituania	8,42	5,4
Luxemburgo	0,00	0,0
Malta	17,32	11,3
Noruega	20,97	0,8
Polonia	0,00	0,0
Portugal	2,33	0,7
Reino Unido	47,69	6,4
República checa	3,23	1,5
Rumania	1,73	1,9
Suecia	178,60	11,3
Suiza	304,53	21,8
Unión Europea	42,63	8,0
Unión Europea (área euro 13)	42,51	8,0
Unión Europea (área euro 15)	42,37	8,0
Unión Europea (área euro 16)	45,55	8,0
Unión Europea 15	52,00	8,6
Unión Europea 25	44,04	8,2
Unión Europea 27	41,61	8,1

Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Con respecto a la evolución en el gasto social invertido en alojamiento de personas con discapacidad, los datos del siguiente gráfico muestran que la Unión Europea ha pasado de invertir 32,06 € en 2000 a un total de 41,61 € en 2008, lo que supone un aumento porcentual del 29,8%. En el caso de España se ha pasado de invertir 0,15 € en el año 2000 a 2,54 € en 2008, lo que supone un incremento porcentual más considerable (1594,8%).



Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Gráfico 3. Evolución del gasto social en alojamiento para personas con discapacidad

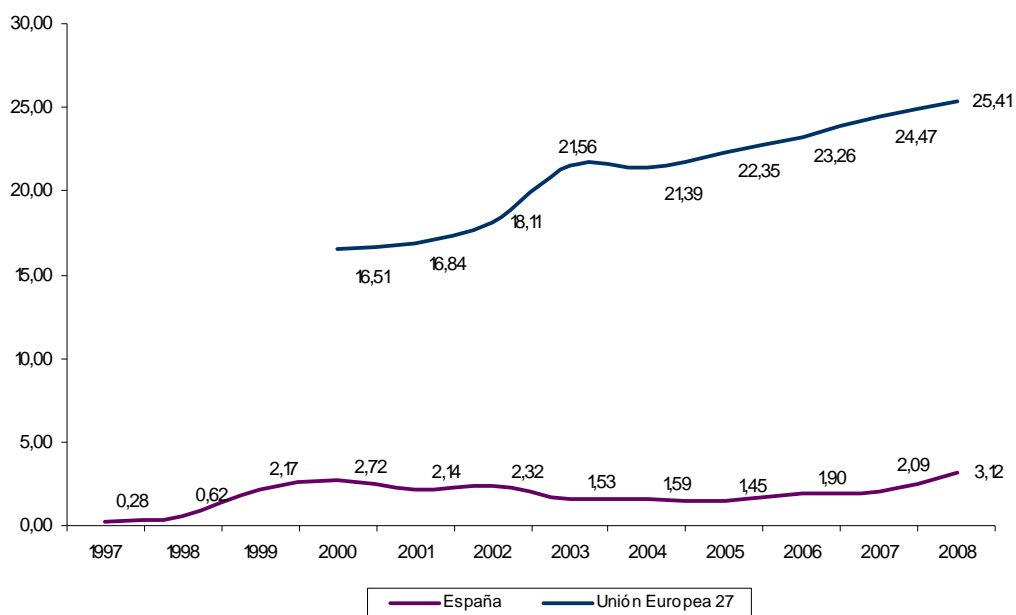
SEEPROS también proporciona información sobre el gasto que se realiza en Europa en servicios de ayuda a domicilio. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran como la inversión en este concepto es significativamente más alta en la Unión Europea en comparación con España. En la Unión Europea en 2008 el gasto en ayuda a domicilio para personas con discapacidad es de 25,41 € por habitante, lo que supone un 5,0% del gasto total para personas con discapacidad frente a un gasto de 3,12 € en España que suponen apenas un 0,8% del gasto total para este colectivo.

Tabla 19. Gasto por habitante en ayuda a domicilio para personas con discapacidad (euros por habitante) en relación al gasto social en discapacidad

Países	2008	
	N	%
Alemania	56,09	8,9
Austria	5,98	0,8
Bélgica	10,02	1,6
Bulgaria	1,87	3,5
Chipre	0,00	0,0
Dinamarca	115,30	6,2
Eslovaquia	0,00	0,0
Eslovenia	0,00	0,0
España	3,12	0,8
Estonia	1,54	0,9
Finlandia	68,33	6,1
Francia	:	:
Grecia	1,38	0,6
Holanda	0,00	0,0
Hungría	:	:
Irlanda	0,00	0,0
Islandia	5,18	0,5
Italia	3,22	0,8
Latvia	0,58	0,6
Lituania	0,39	0,3
Luxemburgo	604,34	32,6
Malta	0,00	0,0
Noruega	91,31	3,7
Polonia	0,00	0,0
Portugal	0,37	0,1
Reino Unido	51,95	7,0
República checa	1,94	0,9
Rumania	1,23	1,4
Suecia	312,72	19,9
Suiza	0,00	0,0
Unión Europea	17,31	3,3
Unión Europea (área euro 13)	17,20	3,2
Unión Europea (área euro 15)	17,13	3,2
Unión Europea (área euro 16)	18,28	3,2
Unión Europea 15	32,34	5,3
Unión Europea 25	26,89	5,0
Unión Europea 27	25,41	5,0

Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

En lo que se refiere a la evolución del gasto en ayuda a domicilio de personas con discapacidad, los datos del siguiente gráfico muestran una tendencia al alza más acusada para la Unión Europea en comparación con España. En el caso de la Unión Europea el gasto ha pasado de ser de 16,51 € en 2000 a 25,41 € en 2008, lo que supone un aumento porcentual de un 53,9%. En España el gasto en servicios de atención domiciliaria para personas con discapacidad ha pasado de ser de 0,28 € en 1997 a 3,12 € por habitante en 2008, lo que supone un aumento porcentual del 1014,5% entre 1997 y 2008.



Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Gráfico 4. Evolución del gasto social en ayuda a domicilio para personas con discapacidad

Por último, es interesante destacar la información de esta fuente de datos europea sobre el gasto social en servicios de rehabilitación para personas con discapacidad. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran que la inversión española en servicios de rehabilitación para este grupo de personas es mayor que en la Unión Europea. En el caso de España, en 2008 se realiza una inversión de 34,11 € por habitante, lo que supone un 9,0% del gasto total en personas con discapacidad. Sin embargo, en gasto medio de la Unión Europea en rehabilitación de este colectivo es de 20,64 € y supone un 4,0% de la inversión total en personas con discapacidad.

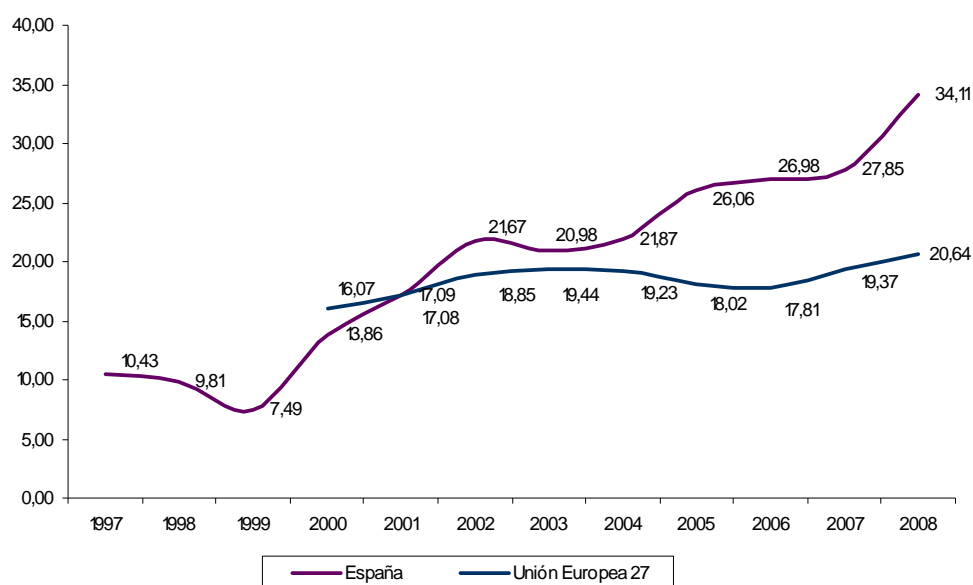
Tabla 20. Gasto por habitante en rehabilitación para personas con discapacidad (euros por habitante) en relación al gasto social en discapacidad

Países	2008	
	N	%
Alemania	55,67	8,9
Austria	7,10	1,0
Bélgica	6,07	1,0
Bulgaria	0,24	0,5
Chipre	2,89	2,0
Dinamarca	55,23	3,0
Eslovaquia	0,23	0,1
Eslovenia	6,86	2,3
España	34,11	9,0
Estonia	4,02	2,3
Finlandia	92,66	8,3
Francia	0,00	0,0
Grecia	15,73	6,4
Holanda	109,88	12,8
Hungría	6,24	2,8
Irlanda	26,56	5,7
Islandia	42,26	4,3
Italia	1,30	0,3
Latvia	1,40	1,5
Lituania	1,75	1,1
Luxemburgo	0,00	0,0
Malta	17,22	11,3
Noruega	148,44	6,0
Polonia	2,80	1,8
Portugal	8,44	2,4
Reino Unido	0,22	0,0
República checa	2,35	1,1
Rumania	0,27	0,3
Suecia	46,64	3,0
Suiza	35,98	2,6
Unión Europea	27,96	5,3
Unión Europea (área euro 13)	27,84	5,3
Unión Europea (área euro 15)	27,76	5,3
Unión Europea (área euro 16)	29,62	5,2
Unión Europea 15	25,77	4,2
Unión Europea 25	21,94	4,1
Unión Europea 27	20,64	4,0

Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Con respecto a la evolución del gasto en servicios de rehabilitación para personas con discapacidad, los datos del siguiente gráfico muestran que en España en los últimos once años se ha triplicado la inversión en rehabilitación para este colectivo. En 1997 en España el gasto en este concepto era de 10,43 € por habitante y en 2008 es de 34,11 €, lo que supone un incremento del 227,0%. En el caso de la Unión Europea el gasto en servicios de rehabilitación

para personas con discapacidad en 2000 era de 16,07 € por habitante y en 2008 es de 20,64 €, lo que supone un aumento del 28,4% en los últimos ocho años.



Fuente: Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) 2008, Eurostat.

Gráfico 5. Evolución del gasto social en rehabilitación para personas con discapacidad

2.2. La discapacidad en España

El presente epígrafe se centra en la exposición de los datos para el caso español, como complemento a la perspectiva comparada a nivel europeo. Para ello, se presentan los datos procedentes de dos fuentes, la primera en base a la encuesta EDAD de 2008 y la segunda del registro de personas con discapacidad.

2.2.1. Datos generales sobre el alcance de la discapacidad: la EDAD 08 del INE

2.2.1.a) Características básicas de la encuesta

En el caso español, entre las fuentes que proporcionan información sobre discapacidad cabe destacar, en primer lugar y por su carácter pionero, la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, elaborada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una de macroencuesta –realizada en 79.000 viviendas y a 220.000 personas aproximadamente– orientada a cubrir las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente a escala estatal.

Esta encuesta es el antecedente directo de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008) del INE, realizada en 2008 y que constituye hoy día la principal fuente estadística española en relación a la discapacidad y la

dependencia. La EDAD-2008 proporciona información a escala estatal sobre la prevalencia de la discapacidad y sobre el perfil sociodemográfico de las personas afectadas por esa situación. Cuenta con una amplia base muestral (cerca a 100.000 hogares) y define el concepto de discapacidad como “toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que haya durado o se prevea que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia”. Además, considera que una persona presenta una discapacidad aunque “la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona (exceptuando el caso de utilizar gafas o lentillas)”.

LA EDAD 08 considera 44 tipos de discapacidades diferentes clasificadas en 8 grupos distintos: (1) visión, (2) audición, (3) comunicación, (4) aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, (5) movilidad, (6) autocuidado, (7) vida doméstica e interacciones y (8) relaciones personales. También recoge datos sobre los tipos de deficiencias, es decir sobre los “problemas en las funciones corporales o en las estructuras del cuerpo”. En concreto, se contemplan 35 tipos de deficiencias clasificadas en 8 grupos diferentes: (1) mentales, (2) visuales, (3) auditivas, (4) lenguaje, habla y voz, (5) osteoarticulares, (6) sistema nervioso, (7) viscerales y (8) otras deficiencias.

La encuesta proporciona información sobre el número de personas que presentan algún tipo de discapacidad en España, sobre cómo se distribuyen por sexo, edad y comunidad autónoma, acerca del tipo limitaciones que presentan y el grado de severidad de su discapacidad. Asimismo, también proporciona información sobre los niveles de participación de las personas con discapacidad –acceso a la formación y al empleo, situaciones de discriminación que experimentan y barreras a las que se enfrentan– y sobre su calidad de vida –estado de salud, apoyo familiar, ayudas y cuidados que reciben–, lo que constituye una base inmejorable para el análisis en detalle de las condiciones de vida de esta población. Cabe señalar además que la encuesta presenta un módulo específico sobre la situación de las personas con discapacidad que residen en centros residenciales, que viene a paliar el déficit de información sobre las personas residencializadas que cabe atribuir a las estadísticas domiciliarias.

2.2.1.b) Principales resultados

De acuerdo a los datos de la Encuesta, en España viven 3.8479.900 personas con discapacidad en domicilios familiares, que unidas a las 269.400 residentes en centros, suman algo más de cuatro millones de personas, es decir el 9,0% de la población total. Si se tiene en cuenta solamente a las personas que residen en hogares, la tasa global de prevalencia de la discapacidad es del 8,5%.

Si se compara la EDAD-2008 con el último estudio sobre discapacidad realizado por el INE en el año 1999, se observa que el número de personas con discapacidad en hogares ha crecido

en 320.000 efectivos. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad en hogares ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008. En relación al género, en ambas encuestas la proporción de personas con discapacidad es mayor dentro del grupo de mujeres –10,3% en 1999 y 10,6% en 2008– en comparación con el de los hombres –7,6% en 1999 y 7,3% en 2008–.

Los datos de la EDAD muestran que las comunidades autónomas con mayores tasas de discapacidad son Galicia (11,3%), Extremadura (11,0%) y Castilla y León (10,9%), así como las ciudades autónomas de Melilla (11,9%) y Ceuta (11,3%). Por el contrario, las regiones con tasas de prevalencia más bajas son comunidades como La Rioja (6,2%), Islas Baleares (7,1%) y Canarias (7,1%). En relación al género, en todas las comunidades autónomas españolas las tasas de prevalencia de discapacidad son mayores dentro del grupo de mujeres que en el de los hombres.

Tabla 21. Prevalencia de discapacidad por comunidad autónoma y por sexo (%)

Comunidades autónomas	Varones	Mujeres	Total
Andalucía	7,4	11,7	9,6
Aragón	7,3	11,0	9,2
Asturias (Principado de)	7,7	12,8	10,4
Baleares (Illes)	5,4	8,8	7,1
Canarias	6,3	7,9	7,1
Cantabria	5,5	8,5	7,0
Castilla y León	8,9	12,8	10,9
Castilla-La Mancha	7,7	12,1	9,9
Cataluña	6,1	9,1	7,6
Comunitat Valenciana	8,5	11,3	9,9
Extremadura	8,4	13,6	11,0
Galicia	9,0	13,4	11,3
Madrid (Comunidad de)	6,4	8,7	7,6
Murcia (Región de)	8,2	11,5	9,8
Navarra (Comunidad Foral de)	6,1	8,7	7,4
País Vasco	7,0	9,9	8,4
La Rioja	4,6	7,8	6,2
Ceuta	10,2	12,4	11,3
Melilla	9,3	14,3	11,9
Total	7,3	10,6	9,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Con respecto a la edad¹³, y en la línea de lo que ponen de manifiesto el resto de las fuentes estadísticas, las tasas de prevalencia de la discapacidad son más elevadas conforme aumenta la edad. En este sentido, la proporción de personas con discapacidad en el rango de edad de los 65 a los 79 años es de 22,4% frente a un 9,0% para la población total. En el caso de la

¹³ Es importante señalar que esta encuesta cuenta con datos referidos a niños y niñas menores de seis años. Sin embargo, para la realización del presente trabajo solamente se han utilizado los datos referentes a personas que presentan discapacidad mayores de seis años.

comunidad de La Rioja la tasa de prevalencia de discapacidad entre aquellos que tienen entre 65 y 79 años (12,1%) es prácticamente el doble que la proporción de personas con discapacidad dentro del conjunto de la población total (6,2%).

Tabla 22. Prevalencia de discapacidad por comunidad autónoma y grupos de edad (%)

Comunidades autónomas	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 79 años	Total
Andalucía	2,8	11,0	26,8	9,6
Aragón	2,7	7,5	18,0	9,2
Asturias (Principado de)	2,8	8,2	21,0	10,4
Baleares (Illes)	2,8	7,3	17,3	7,1
Canarias	2,4	8,6	20,4	7,1
Cantabria	1,9	6,3	12,7	7,0
Castilla y León	2,7	7,9	23,4	10,9
Castilla-La Mancha	2,2	9,2	25,5	9,9
Cataluña	2,0	7,8	19,5	7,6
Comunitat Valenciana	3,1	10,1	24,6	9,9
Extremadura	2,9	10,2	26,8	11,0
Galicia	2,9	9,2	23,5	11,3
Madrid (Comunidad de)	2,5	7,1	20,1	7,6
Murcia (Región de)	2,8	11,4	29,4	9,8
Navarra (Comunidad Foral de)	1,7	5,3	18,6	7,4
País Vasco	2,1	7,4	18,4	8,4
La Rioja	1,4	6,0	12,1	6,2
Ceuta	5,4	9,8	30,9	11,3
Melilla	4,1	16,1	35,6	11,9
Total	2,5	8,7	22,4	9,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

En relación al grupo de discapacidad¹⁴, los datos de la siguiente tabla muestran que las tasas más elevadas corresponden a la discapacidad asociada a la movilidad. En este sentido, las tasas de prevalencia de discapacidad en el grupo de movilidad son similares para la comunidad de La Rioja (5,9%) y para el conjunto de España (6,0%). Si se atiende a la distribución de las personas por tipo de discapacidad, los datos de esta encuesta muestran que el 67,2% de las personas con discapacidad presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos. Los grupos de discapacidad que corresponden al autocuidado y a la vida doméstica también presentan tasas de prevalencia de discapacidad destacables (5%), siendo la prevalencia del resto de los grupos sensiblemente menor.

¹⁴ Una persona puede presentar discapacidades de más de un grupo de discapacidad.

Tabla 23. Prevalencia de discapacidad por comunidad autónoma y por grupo de discapacidad (%) *

Comunidades autónomas	Visión	Audición	Comunicación	Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	Movilidad	Autocuidado	Vida doméstica	Interacciones y relaciones personales	Total
Andalucía	2,7	2,4	1,8	1,6	6,7	4,9	5,5	1,6	9,6
Aragón	2,1	2,9	1,5	1,4	6,0	4,1	5,1	1,5	9,2
Asturias (Principado de)	2,5	3,4	2,0	1,7	6,5	5,2	6,0	1,8	10,4
Balears (Illes)	1,5	1,6	1,7	1,6	4,8	3,4	4,0	1,5	7,1
Canarias	1,5	1,6	1,3	1,4	4,6	3,1	4,2	1,5	7,1
Cantabria	1,6	1,5	1,2	1,3	5,2	4,0	3,9	1,3	7,0
Castilla y León	2,9	4,2	2,0	1,6	6,7	5,3	5,1	1,6	10,9
Castilla-La Mancha	3,2	3,2	2,0	1,5	6,4	5,0	5,0	1,3	9,9
Cataluña	1,8	2,1	1,5	1,4	5,2	3,8	4,4	1,5	7,6
Comunitat Valenciana	2,5	2,8	2,0	1,5	6,7	4,8	5,5	1,4	9,9
Extremadura	3,6	3,5	1,9	1,5	6,8	5,4	5,4	1,2	11,0
Galicia	2,8	3,3	2,6	2,2	8,0	6,5	7,0	2,0	11,3
Madrid (Comunidad de)	1,9	2,0	1,4	1,1	4,8	2,8	3,7	1,1	7,6
Murcia (Región de)	2,6	2,3	1,9	1,6	6,9	4,4	5,6	1,7	9,8
Navarra (Comunidad Foral de)	1,8	2,6	1,8	1,4	5,1	4,0	3,9	1,2	7,4
País Vasco	1,9	2,5	1,7	1,2	5,9	4,2	4,9	1,3	8,4
La Rioja	1,6	1,7	1,5	1,1	4,4	3,4	3,4	1,4	6,2
Ceuta	3,6	2,2	1,3	1,2	6,3	4,7	4,6	1,1	11,3
Melilla	3,2	3,2	2,6	1,5	9,9	4,8	7,0	2,8	11,9
Total	2,3	2,5	1,7	1,5	6,0	4,3	5,0	1,5	9,0

*Una persona puede presentar discapacidades de más de un grupo de discapacidad.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Tabla 24. Prevalencia de discapacidad por comunidad autónoma y por grupo de deficiencia de origen (%)

Comunidades autónomas	Deficiencias mentales	Deficiencias visuales	Deficiencias de oído	Deficiencias del lenguaje, habla y voz	Deficiencias osteoarticulares	Deficiencias del sistema nervioso	Deficiencias viscerales	Otras deficiencias	Total
Andalucía	1,9	2,3	2,0	0,2	4,2	1,3	1,6	0,7	9,6
Aragón	1,8	1,8	2,6	0,1	3,4	1,2	1,4	0,7	9,2
Asturias (Principado de)	2,3	2,0	3,0	0,2	3,8	1,1	1,7	1,1	10,4
Baleares (Illes)	1,6	1,2	1,4	0,2	2,6	0,8	0,9	0,5	7,1
Canarias	1,6	1,0	1,4	0,1	2,7	1,1	1,2	0,6	7,1
Cantabria	1,5	1,3	1,1	0,2	2,8	0,8	0,9	1,0	7,0
Castilla y León	1,8	2,6	3,8	0,3	4,4	1,2	1,2	0,8	10,9
Castilla-La Mancha	1,6	2,7	2,7	0,2	4,0	1,3	1,4	1,0	9,9
Cataluña	1,6	1,4	1,6	0,1	2,6	1,1	1,2	0,6	7,6
Comunitat Valenciana	1,8	2,1	2,4	0,2	3,9	1,3	1,4	1,2	9,9
Extremadura	1,8	3,0	2,9	0,2	4,5	1,2	1,8	1,1	11,0
Galicia	2,6	2,3	3,0	0,3	5,2	1,4	1,9	0,9	11,3
Madrid (Comunidad de)	1,2	1,5	1,6	0,2	2,5	0,9	1,0	0,6	7,6
Murcia (Región de)	1,9	2,2	2,2	0,3	4,9	1,1	1,5	0,2	9,8
Navarra (Comunidad Foral de)	1,6	1,4	2,3	0,2	2,5	0,9	1,4	1,3	7,4
País Vasco	1,4	1,5	2,2	0,3	3,0	1,3	1,4	0,8	8,4
La Rioja	1,2	1,2	1,5	0,2	2,2	1,0	0,9	0,8	6,2
Ceuta	1,6	3,5	1,8	0,3	4,1	1,4	1,1	0,5	11,3
Melilla	2,0	2,3	3,1	0,2	6,4	2,1	2,2	1,0	11,9
Total	1,7	1,9	2,2	0,2	3,5	1,2	1,4	0,8	9,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Además, la EDAD-2008 recoge datos sobre las deficiencias que han originado las limitaciones en la actividad de las personas que presentan discapacidad. Por grupos de deficiencias, aquellas que afectan a los huesos y articulaciones presentan las tasas de prevalencia más elevadas –3,5% para el conjunto de España y 2,2% para la comunidad de La Rioja–. Además, los datos de la tabla indican que en los grupos de deficiencias de oído, visuales y mentales, en comparación con el resto de grupos de deficiencias de origen, presentan tasas de prevalencia de discapacidad destacables. Si se tiene en cuenta la distribución de las personas por tipo de discapacidad, los datos indican que del conjunto de personas con discapacidad en España, más de cuatro de cada diez (42%) presentan problemas de tipo osteoarticular.

2.2.1.c) Características de las personas con discapacidad

En relación a nivel de formación de las personas con discapacidad en España, la EDAD 08 proporciona información a escala estatal sobre cómo se distribuyen las personas con discapacidad en función de su nivel educativo. En este sentido, los datos muestran que más de la mitad de las personas con discapacidad (63,3%) cuenta solamente con estudios primarios. En concreto, el 34,5% del conjunto total de personas con discapacidad en España tiene un nivel educativo que corresponde a haber cursado los estudios primarios incompletos y el 29,3% ha finalizado este nivel educativo. Con respecto al género, la distribución de las mujeres con discapacidad por nivel educativo muestra que, en comparación con los hombres, éstas muestran unos porcentajes más altos de analfabetismo (el 13,1% frente a 7,3%) y que a partir de los estudios de primaria el porcentaje de mujeres resulta menor que el de hombres.

Tabla 25. Distribución de personas con discapacidad en España según su nivel de estudios finalizados por sexo (%)

Nivel de estudios finalizados	Varones	Mujeres	Total
No procede, es menor de 10 años	1,3	0,5	0,8
No sabe leer o escribir	7,3	13,1	10,7
Estudios primarios incompletos	30,0	36,7	34,0
Estudios primarios o equivalentes	30,5	28,5	29,3
Educación secundaria de 1ª etapa	10,8	8,6	9,4
Estudios de bachillerato	7,5	4,5	5,7
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	3,6	2,4	2,9
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	2,6	1,3	1,9
Estudios universitarios o equivalentes	6,4	4,5	5,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Esta encuesta también proporciona información a escala estatal acerca de otros aspectos, como las redes sociales de las personas con discapacidad, el tipo de ayuda que reciben, o las situaciones de discriminación que sufren. Se describen brevemente, antes de pasar a comentar la situación en el Perú, los datos básicos que a este respecto arroja la encuesta.

En relación a la posibilidad de establecer relaciones sociales, la EDAD pone de manifiesto que una parte importante de esta población se encuentran con grandes dificultades a la hora de establecer relaciones sociales significativas. En efecto, si nos centramos en la comunidad de La Rioja, observamos que la mitad (52,5%) de las personas con discapacidad indican tener muchas posibilidades de relacionarse; sin embargo, un 39,1% indican tener pocas o ninguna posibilidad de establecer relaciones con personas de su entorno. Además, los datos muestran que conforme aumenta la edad las posibilidades de relacionarse con su entorno cercano van disminuyendo. Asimismo, a la luz de los datos se puede señalar que un 66,4% de las personas con discapacidad cuentan con pocas o ninguna posibilidad de hacer nuevas amistades.

Tabla 26. Distribución de personas con discapacidad según la posibilidad de relaciones sociales en los últimos 12 meses en la comunidad autónoma de La Rioja por grupos de edad (%)

	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
Dirigirse a personas que no conoce				
Ninguna	3,9	13,6	29,7	15,9
Poca	39,1	52,7	48,3	46,0
Mucha	55,0	20,5	6,0	28,1
No puede hacerlo	2,1	13,2	16,0	10,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Relacionarse con sus amistades o personas cercanas				
Ninguna	1,4	3,6	10,8	5,4
Poca	25,0	38,2	39,4	33,7
Mucha	71,5	48,4	35,8	52,5
No puede hacerlo	2,1	9,7	14,0	8,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Hacer nuevos amigos o amigas				
Ninguna	12,2	12,1	36,5	21,1
Poca	46,9	53,7	37,9	45,3
Mucha	38,9	20,3	3,7	21,2
No puede hacerlo	2,1	14,0	22,0	12,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Con respecto a la prevalencia de posibles situaciones de discriminación, los datos de la siguiente tabla muestran que la mayoría de las personas con discapacidad (87,9%) en el Estado español no se han sentido nunca discriminadas. Si se tienen en cuenta la edad de las personas

con discapacidad, es interesante destacar cómo el sentimiento de discriminación por motivo de discapacidad es mayor en el grupo de personas de menos de 65 años. En este sentido, el 22,2% de las personas con discapacidad menores de 65 años se han sentido discriminadas por su condición de discapacidad frente a un 12,2% de la población total de personas discapacitadas. Apenas se dan diferencias entre los datos correspondientes al conjunto del Estado español y los correspondientes a la CA de La Rioja.

Tabla 27. Distribución de personas con discapacidad según la frecuencia que se han sentido discriminadas por motivo de su discapacidad por comunidad autónoma, por edad y por sexo (%)

	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
España				
Nunca	77,7	93,5	96,8	87,9
Algunas veces	14,8	4,8	2,3	8,3
Muchas veces	5,1	1,2	0,6	2,7
Constantemente	2,3	0,4	0,4	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
La Rioja				
Nunca	77,2	98,6	92,0	88,2
Algunas veces	15,4	1,4	2,9	7,2
Muchas veces	4,5	0,0	3,8	3,1
Constantemente	2,9	0,0	1,3	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Esta encuesta también proporciona información sobre cómo han sentido la discriminación las personas con discapacidad en función del género. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran que en la comunidad de La Rioja el porcentaje de hombres (90,3%) que nunca se han sentido discriminados es mayor que el de mujeres (86,2%). Además, los datos muestran que las mujeres en comparación con los hombres presentan porcentajes más altos cuando afirman haberse sentido discriminadas algunas o muchas veces.

Tabla 28. Distribución de personas con discapacidad según la frecuencia que se han sentido discriminadas por motivo de su discapacidad en la comunidad autónoma de La Rioja por sexo (%)

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Constantemente	Total
Varones	90,3	5,7	1,2	2,9	100,0
Mujeres	86,9	8,1	4,2	0,8	100,0
Total	88,2	7,2	3,1	1,6	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

En relación al acceso a servicios de carácter sanitario o de tipo social, los datos de la EDAD-2008 muestran que en España un 6,5% de las personas con discapacidad ha necesitado en algún momento este tipo de servicios y no los ha recibido. En el caso de las mujeres este porcentaje de personas que indican haber necesitado servicios y no haberlos recibido es mayor (7,1%) en comparación con el de los hombres (5,5%).

Tabla 29. Distribución de personas con discapacidad según la necesidad y recepción de servicios sanitarios o sociales por comunidad autónoma y por sexo* (%)

	Varones	Mujeres	Total
España			
Ha necesitado algún servicio y lo ha recibido	60,2	65,0	63,1
Ha necesitado algún servicio y no lo ha recibido	5,5	7,1	6,5
No ha necesitado ningún servicio	38,2	33,2	35,2
Total	100,0	100,0	100,0
La Rioja			
Ha necesitado algún servicio y lo ha recibido	53,6	60,0	57,7
Ha necesitado algún servicio y no lo ha recibido	9,4	20,0	16,1
No ha necesitado ningún servicio	41,8	30,6	34,7
Total	100,0	100,0	100,0

* Una misma persona puede haber necesitado un servicio y haberlo recibido, y a la vez haber necesitado otro servicio que no ha recibido.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Por otro lado, esta encuesta también proporciona información sobre los cuidados que reciben las personas con discapacidad. En ese sentido, los datos muestran que a escala estatal del total de personas con discapacidad que reciben cuidados prácticamente la mitad (48,5%) necesita una intensidad de atención alta (de 8 horas) y que esta necesidad se hace mayor conforme aumenta la edad.

Tabla 30. Distribución de personas con discapacidad según horas diarias de cuidados recibidos por comunidad autónoma y por tramos de edad (%)

	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
España				
Menos de una hora	1,7	0,8	0,7	1,0
De 1 a 2 horas	22,9	23,1	17,4	20,7
De 3 a 5 horas	19,6	19,6	16,8	18,5
De 6 a 8 horas	11,6	11,1	11,4	11,4
Más de 8 horas	44,2	45,4	53,7	48,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
La Rioja				
Menos de una hora	5,1	0,0	2,1	2,5
De 1 a 2 horas	31,2	28,1	22,5	26,4
De 3 a 5 horas	15,8	10,0	7,1	10,4
De 6 a 8 horas	19,4	16,6	8,3	13,6
Más de 8 horas	28,6	45,3	60,1	47,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

La EDAD-2008 también proporciona información a escala estatal y por comunidades autónomas sobre la valoración que hacen las personas con discapacidad acerca de la necesidad de recibir atención personal. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran como en la comunidad de La Rioja un 17,9% de las personas que no reciben cuidados personales manifiesta necesitarlo. En el caso de las mujeres un 23,1% de mujeres con discapacidad que no recibe atención personalizada manifiesta necesitarla mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es de 11,0%.

Tabla 31. Distribución de personas con discapacidad que no reciben cuidados personales según la necesidad de esos cuidados en la comunidad autónoma de La Rioja por sexo (%)

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Sí que necesita cuidados personales	11,0	23,1	17,9
No necesita cuidados personales	88,9	76,9	82,2
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Si se tiene en cuenta la edad de las personas con discapacidad que no reciben cuidados personales, los datos muestran que en la comunidad de La Rioja un 26,2% de personas de 65 a 79 años indican necesitar este tipo de atención mientras que dentro del grupo de personas menores de 65 años el porcentaje es de 17,3% y para los mayores de 80 solamente el 8,9% indica necesitar este tipo de servicios y no recibirlos.

Tabla 32. Distribución de personas con discapacidad que no reciben cuidados personales según la necesidad de esos cuidados en la comunidad autónoma de La Rioja por tramos de edad (%)

	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
Sí que necesita cuidados personales	17,3	26,2	8,9	17,9
No necesita cuidados personales	82,7	73,9	91,1	82,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

En lo que se refiere a la satisfacción por los servicios de atención recibidos, un 64,4% de las personas con discapacidad indican un grado de satisfacción elevado mientras que un 30,4% manifiesta que la atención que recibe no es suficiente. Destaca en este caso el comparativamente elevado grado de satisfacción de las personas con discapacidad de La Rioja en relación a las del conjunto del Estado.

Tabla 33. Distribución de personas con discapacidad según el grado de satisfacción de los cuidados recibidos por comunidad autónoma y por tramos de edad (%)

	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años	Total
España				
Sí, satisface sus necesidades	64,4	63,2	65,2	64,4
No, es insuficiente	29,8	31,7	29,9	30,4
No necesita ayuda de otras personas	5,9	5,1	5,0	5,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
La Rioja				
Sí, satisface sus necesidades	88,5	75,4	73,7	78,6
No, es insuficiente	9,0	24,6	26,3	20,6
No necesita ayuda de otras personas	2,5	0,0	0,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

2.2.2. Datos generales sobre el alcance de la discapacidad: la Base de Datos Estatal de Personas con discapacidad

Junto a las ya señaladas, otra fuente de datos relevante en el ámbito de la discapacidad la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad, que recoge información relativa a todas las personas que han solicitado y, en su caso, obtenido un certificado de minusvalía en su respectiva Comunidad Autónoma, en general como paso previo a la solicitud de un servicio o prestación. A fecha de 2006, la Base de Datos estaba compuesta por un total de 2.314.996 de personas que alcanzan o superan un grado de discapacidad del 33 % y que tienen la consideración de personas en situación de discapacidad, lo que representaría una tasa de discapacidad del 5,5% en relación al conjunto de la población.

A diferencia de las fuentes anteriores, no se trata en este caso de una encuesta realizada sobre una muestra representativa de la población, sino de un registro administrativo que tiene en cuenta únicamente a las personas que requieren de un certificado de minusvalía, o que han sido informadas de la necesidad de acceder al registro para certificar su minusvalía. Ello explica la baja tasa de discapacidad que la Base de Datos arroja, muy por debajo de cualquier encuesta convencional. Pese a ello, interesa señalar algunos de los datos básicos que arroja este censo.

Respecto al sexo de las personas registradas, los datos de la siguiente tabla muestran que tanto en la Comunidad de la Rioja como en el conjunto de España es mayor la proporción de mujeres en comparación con los hombres, siendo un 54,0% y un 51,8%, respectivamente.

Tabla 34. Distribución de personas con grado de discapacidad reconocido igual o mayor al 33% por comunidad autónoma y por sexo

Comunidad Autónoma	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Andalucía	187.036	45,1	228.082	54,9	415.118	100,0
Aragón	40.598	50,4	39.900	49,6	80.498	100,0
Asturias	64.124	52,7	57.512	47,3	121.636	100,0
Baleares	16.477	47,4	18.273	52,6	34.750	100,0
Canarias	29.611	43,2	39.011	56,8	68.622	100,0
Cantabria	16.753	49,9	16.808	50,1	33.561	100,0
Castilla La Mancha	45.350	46,6	51.988	53,4	97.338	100,0
Castilla León	80.428	48,9	84.214	51,1	164.642	100,0
Cataluña	185.992	49,4	190.650	50,6	376.642	100,0
Ceuta	2.788	39,5	4.269	60,5	7.057	100,0
C. Valenciana	103.370	48,8	108.664	51,2	212.034	100,0
Extremadura	33.194	41,3	47.268	58,7	80.462	100,0
Galicia	68.116	50,2	67.626	49,8	135.742	100,0
Madrid	116.415	51,5	109.768	48,5	226.183	100,0
Melilla	3.572	39,5	5.482	60,5	9.054	100,0
Murcia	62.682	43,3	82.222	56,7	144.904	100,0
Navarra	17.775	55,7	14.157	44,3	31.932	100,0
País Vasco	36.756	57,2	27.452	42,8	64.208	100,0
La Rioja	4.885	46,0	5.728	54,0	10.613	100,0
Total	1.115.922	48,2	1.199.074	51,8	2.314.996	100,0

Fuente: Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad, 2006.

En relación al tipo de discapacidad, los datos de este registro muestran que las discapacidades de tipo osteoarticular, las enfermedades crónicas y el trastorno mental son los tipos de discapacidad con mayor prevalencia. En este sentido, cabe señalar que un 25,7% de personas inscritas en esta base de datos padecen una discapacidad de tipo osteoarticular, un 22,1% de las personas con discapacidad tiene una enfermedad crónica y un 13,5% presentan trastorno mental.

Tabla 35. Distribución de personas con grado de discapacidad reconocido igual o mayor al 33% según tipos de discapacidad

Tipos de discapacidad	N	%
Osteoarticular	593.953	25,7
Neuromuscular	257.459	11,1
Enfermedad crónica	510.624	22,1
Retraso mental	226.517	9,8
Trastorno mental	311.450	13,5
Visual	189.750	8,2
Auditiva	114.894	5,0
Expresiva	12.451	0,5
Mixta	49.484	2,1
Otras	48.414	2,1
Total	2.314.996	100,0

Fuente: Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad, 2006.

2.2.3. Datos estadísticos sobre la inserción laboral de las personas con discapacidad en España

2.2.3.a) Consideraciones metodológicas

La inserción laboral se ha planteado, a menudo, como la vía preferente para la autonomía y la inserción social de muchas personas y colectivos en situación de riesgo de exclusión social. No es por ello sorprendente la existencia de fuentes estadísticas específicas para el análisis de la situación de las personas con discapacidad en relación al mercado de trabajo. En el estudio de la inserción laboral de las personas con discapacidad, las principales fuentes de datos a escala estatal son la ya señalada Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD-2008) y el Módulo específico sobre personas con discapacidades y su relación con el empleo de la Encuesta de Población Activa (2002) del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se analizan brevemente en este epígrafe los principales datos que arrojan ambas fuentes de datos.

El módulo sobre empleo y discapacidad de la EPA-2002 proporciona información sobre la fuerza de trabajo (ocupados y parados) y sobre la población ajena al mercado laboral (inactivos) dentro del colectivo de las personas con discapacidad. En concreto, utiliza información recogida en el segundo trimestre de 2002 derivada de una integración de los datos estadísticos proporcionados por la Encuesta de Población Activa (EPA) con los datos administrativos registrados en la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD), a la que antes se ha hecho referencia. Por su parte, la Encuesta de Población Activa (EPA) es una investigación continua y de periodicidad trimestral dirigida a las familias, realizada por el INE desde 1964 y que en la actualidad cuenta con una muestra aproximada de 60.000 familias en las que se integran unas 180.000 personas.

A la hora de analizar los datos que proporcionan estas dos fuentes de información –EDAD-2008 y EPA-2002– es importante tener en cuenta que la recogida de datos se produjo en momentos distintos. En el caso del Módulo específico sobre discapacidad de la EPA se recogen datos de 2002 y en la encuesta específica de discapacidad (EDAD-2008) la información se refiere a 2008. Además, la definición del concepto de discapacidad no es la misma en ambas fuentes de datos. En el Módulo específico sobre el empleo de las personas con discapacidad de la EPA se parte de un enfoque más genérico del concepto de discapacidad y se pregunta tanto por discapacidades como por problemas de salud cuya duración haya sido de seis meses. Por el contrario, lo que la EDAD-2008 ofrece son datos sobre la situación en relación a la actividad del conjunto de personas con discapacidad.

2.2.3.b) *La inserción laboral de las personas con discapacidad de acuerdo a la EDAD 08*

Según la EDAD 08, apenas tres de cada diez personas con discapacidad ocupan en España un puesto de trabajo. En efecto, los datos de la siguiente tabla muestran que cuatro de cada diez (41,0%) personas con discapacidad perciben una pensión –contributiva o no contributiva–, el 8% están en paro y que sólo el 28,3% de las personas con discapacidad está trabajando. En el caso de la comunidad de La Rioja cabe destacar que el porcentaje de personas que trabajan es ligeramente superior al del conjunto de España –31,8% frente a 28,3%–.

Tabla 36. Distribución de personas con discapacidad por comunidad autónoma y por actividad económica (%)

Comunidades autónomas	Trabajando	En desempleo	Percibiendo una pensión contributiva o no contributiva	Incapacitado para trabajar	Otros inactivos	Total
Andalucía	21,9	8,0	45,9	4,6	19,5	100,0
Aragón	35,4	3,6	38,8	3,9	18,3	100,0
Asturias (Principado de)	19,8	7,3	44,8	7,1	21,1	100,0
Baleares (Illes)	21,9	5,5	43,2	10,4	19,1	100,0
Canarias	15,9	11,5	50,1	6,8	15,7	100,0
Cantabria	22,7	7,4	49,6	4,4	15,9	100,0
Castilla y León	31,1	6,7	39,0	4,5	18,7	100,0
Castilla-La Mancha	29,3	7,4	37,4	5,3	20,6	100,0
Cataluña	31,7	6,4	38,8	8,0	15,1	100,0
Comunitat Valenciana	30,7	7,1	40,4	5,8	16,0	100,0
Extremadura	24,5	13,9	34,0	7,3	20,3	100,0
Galicia	23,7	5,8	48,0	5,4	17,0	100,0
Madrid (Comunidad de)	39,9	8,0	31,7	5,5	14,9	100,0
Murcia (Región de)	27,7	5,0	41,1	5,3	20,9	100,0
Navarra (Comunidad Foral de)	36,2	5,4	38,1	4,1	16,3	100,0
País Vasco	31,2	3,6	39,4	8,1	17,8	100,0
La Rioja	31,8	2,7	42,0	2,4	21,2	100,0
Ceuta	18,5	9,9	24,8	7,3	39,6	100,0
Melilla	31,3	9,5	40,6	2,7	16,0	100,0
Total	28,3	7,2	41,0	5,9	17,6	100,0

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Los datos de la EDAD 08 (que se refieren al último trimestre de 2007 y el primero de 2008) ponen también de manifiesto que la tasa de actividad de las personas con discapacidad en edad laboral es del 35,5%. La tasa de empleo o de ocupación alcanza el 28,3% y la tasa de paro asciende al 20,3%. Con respecto a las diferencias de género, en la siguiente tabla se puede apreciar cómo todos los indicadores de inserción laboral son sensiblemente peores en el grupo de mujeres en comparación con el de los hombres con discapacidad.

Tabla 37. Tasa de actividad, empleo y paro de la población en edad laboral con discapacidad por edad y por sexo (%)

	De 16 a 24 años			De 25 a 44 años			De 45 a 64 años			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Tasa de actividad	29,0	28,7	29,0	52,8	48,0	50,6	33,9	24,9	28,8	40,3	31,2	35,5
Tasa de empleo	18,9	16,8	18,1	43,8	35,5	40,0	28,6	19,6	23,5	33,3	23,7	28,3
Tasa de paro	34,8	41,5	37,6	17,1	26,1	21,0	15,6	21,3	18,4	17,2	24,0	20,3

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008.

Si se comparan las tasas de actividad, empleo y paro de la población general con las tasas del colectivo de personas con discapacidad, los datos muestran que la población con discapacidad se encuentra en una situación de clara desventaja. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran cómo la tasa de actividad para la población total es de 59,8% mientras que para la población con discapacidad es de 35,5%. En relación a la tasa de empleo, las diferencias entre ambos grupos también son significativas: la población total tiene una tasa de 53,0% mientras que para el conjunto de personas con discapacidad la tasa de empleo desciende hasta un 28,3%. En relación al desempleo, la tasa de paro para las personas con discapacidad (20,3%) dobla la tasa correspondiente a la población total (11,3% en el momento de la encuesta).

Las diferencias por género en lo que se refiere a la inserción laboral ponen por otra parte de manifiesto que el grado de vulnerabilidad de las mujeres en ambos grupos de población – personas con discapacidad y población total– es mayor.

Tabla 38. Tasa de actividad, empleo y paro de la población en edad laboral de la población total y de las personas con discapacidad por sexo (%)

	Personas con discapacidad			Población total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Tasa de actividad	40,3	31,2	35,5	69,5	50,5	59,8
Tasa de empleo	33,3	23,7	28,3	62,5	43,9	53,0
Tasa de paro	17,2	24,0	20,3	10,1	13,0	11,3

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, INE 2008. Encuesta de Población Activa, INE, 2008.

2.2.3.c) La inserción laboral de las personas con discapacidad de acuerdo a la EPA 02

El módulo específico sobre discapacidad de la EPA-2002 proporciona datos sobre la distribución de las personas con discapacidad en función de su nivel de actividad. En este sentido, tal y como se puede observar en la siguiente tabla, el 66,4% de las personas con discapacidad están inactivas frente a un 33,6% en situación de actividad de los que el 28,4% cuentan con un trabajo y un 5,2% están en situación de desempleo. Con respecto al género, las

mujeres en comparación con los hombres se encuentran en mayor medida inactivas y su tasa de ocupación es menor.

Tabla 39. Distribución de personas con discapacidad por relación con la actividad y por sexo

	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ocupados	435.500	34,0	234.800	21,7	670.300	28,4
Parados	64.100	5,0	58.800	5,4	123.000	5,2
Inactivos	781.400	61,0	789.300	72,9	1.570.800	66,4
Total	1.281.100	100,0	1.082.900	100,0	2.364.000	100,0

Fuente: Encuesta de Población Activa, Módulo de personas con discapacidades y su relación con el empleo, INE 2002.

Además, la EPA-2002 proporciona información a escala estatal sobre las restricciones que los problemas de salud o de discapacidad imponen a quienes los experimentan a la hora de desempeñar un puesto de trabajo. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran cómo una gran mayoría de las personas con discapacidad – un 78,3%– indican tener algún tipo de restricción en el desempeño de un puesto de trabajo. En concreto, un 53% indica que presenta bastante restricción a la hora de trabajar y un 22,3% indica que presenta dificultades en alguna medida.

Tabla 40. Distribución de personas con discapacidad por restricciones en el tipo de trabajo y por sexo

	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sí, bastante	722.200	56,4	529.900	48,9	1.252.100	53,0
Sí, en alguna medida	254.100	19,8	273.400	25,2	527.500	22,3
No	237.900	18,6	194.700	18,0	432.600	18,3
No sabe	66.800	5,2	84.900	7,8	151.800	6,4
Total	1.281.000	100,0	1.083.000	100,0	2.364.000	100,0

Fuente: Encuesta de Población Activa, Módulo de personas con discapacidades y su relación con el empleo, INE 2002.

2.2.3.d) Datos sobre contratación de las personas con discapacidad en 2010

Existen también otras fuentes alternativas para el análisis de las tasas de inserción laboral de las personas con discapacidad, como pueden ser las relativas a la contratación de estas personas. Los datos que proporciona en ese sentido el Servicio Público de Empleo Estatal indican que a lo largo del año 2010 se han realizado 61.128 contratos a personas con discapacidad en nuestro país, lo que supone un incremento de un 18,5%, en comparación con el año 2009 (durante el cual el número de contratos fue de 51.577). Sin embargo, para la población general el aumento en el número de contratos entre 2009 y 2010 fue solamente de un 2,8%. En el caso concreto de la comunidad autónoma de La Rioja los datos muestran que

el aumento en el número de contratos a personas con discapacidad fue significativamente mayor en los de carácter indefinido, pasando de 84 contratos indefinidos en 2009 a 105 en 2010 con un aumento porcentual del 25,0%.

2.3. La discapacidad en Perú

Tal y como sucede en los ámbitos territoriales que hemos analizado hasta ahora –la Unión Europea y el Estado español- la calidad en la información, las diferentes definiciones de discapacidad y los diversos métodos de recogida de datos dificultan el estudio de la discapacidad en Perú. Sin embargo, el país cuenta con una definición de discapacidad recogida en la Ley 27050/1998 General de las Personas con Discapacidad (LGPD) que ofrece una base conceptual unificada para el análisis de este fenómeno. Esta Ley define a una persona con discapacidad como a “aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad”.

Según el Banco Mundial, unos 50 millones de personas en América Latina y el Caribe -lo que equivale a aproximadamente al 10,0% de la población- presentan algún tipo de discapacidad. Este organismo pone de manifiesto que la discapacidad puede ser al mismo tiempo causa y efecto importante de la pobreza y que las personas con algún tipo de discapacidad suelen verse excluidas de manera generalizada de la vida social, económica y política de la comunidad, ya sea debido a su estigmatización directa o por la falta de consideración de sus necesidades en el diseño de políticas, programas y servicios.

2.3.1. Los datos del Censo de Población y Vivienda de 2007

En el caso específico del Perú, la prevalencia de la discapacidad en hogares, según apuntan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los datos del Censo de Población y Vivienda de 2007, es de un 10,9%, lo que en términos absolutos equivale a 735.334 hogares en los que hay algún miembro que presenta algún tipo de discapacidad¹⁵. Si se tiene en cuenta el área de residencia –urbana o rural- en la distribución geográfica de estos hogares, los datos del Censo

¹⁵ Es importante señalar que mientras las encuestas realizadas en la UE tienen un componente fundamentalmente individual, en el caso del Perú el Censo ofrece datos relativos a hogares. Por otra parte, debe recordarse que se trata de una operación de carácter censal y no de una encuesta, realizada sobre una muestra representativa de la población, como era el caso de la EDAD, la LFS, la EPA o la EU-SILC.

de 2007 indican que más de ocho de cada diez de estos hogares (83,0%), lo que en términos absolutos equivale a un total 609.972 hogares, pertenecen a áreas urbanas y el 17,0%, es decir 125.362 hogares, están ubicados en zonas rurales.

Se observan por otra parte diferencias importantes entre departamentos en lo que se refiere a la proporción de personas que presentan algún tipo de discapacidad. De manera específica, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla, los departamentos peruanos en los que las tasas de prevalencia de discapacidad son más altas son Lima (13,1%), Moquegua (12,9%), Arequipa (12,3%), Ica (11,6%) y Tacna (11,0%). En el caso de Piura la proporción de hogares con algún miembro con discapacidad es de 9,9%.

Tabla 41. Hogares con algún miembro con discapacidad por condición de discapacidad por departamento

Departamento	Hogares con algún miembro con discapacidad		Hogares sin ningún miembro con discapacidad		Total	
	N	%	N	%	N	%
Amazonas	6.692	7,4	83.953	92,6	90.645	100,0
Áncash	27.549	10,6	232.538	89,4	260.087	100,0
Apurímac	11.383	10,7	95.062	89,3	106.445	100,0
Arequipa	38.249	12,3	271.643	87,7	309.892	100,0
Ayacucho	15.416	9,4	147.731	90,6	163.147	100,0
Cajamarca	28.539	8,6	304.772	91,4	333.311	100,0
Prov. Const. del Callao	30.489	14,1	185.763	85,9	216.252	100,0
Cusco	27.928	9,2	276.046	90,8	303.974	100,0
Huancavelica	8.894	7,9	103.923	92,1	112.817	100,0
Huánuco	14.915	8,3	165.816	91,7	180.731	100,0
Ica	20.994	11,6	159.834	88,4	180.828	100,0
Junín	30.149	9,9	273.069	90,1	303.218	100,0
La Libertad	40.071	10,4	344.771	89,6	384.842	100,0
Lambayeque	25.943	10,2	228.545	89,8	254.488	100,0
Lima	270.980	13,1	1.804.111	86,9	2.075.091	100,0
Loreto	14.348	8,2	161.698	91,8	176.046	100,0
Madre de Dios	2.237	8,1	25.257	91,9	27.494	100,0
Moquegua	6.313	12,9	42.786	87,1	49.099	100,0
Pasco	7.183	10,7	59.706	89,3	66.889	100,0
Piura	38.670	9,9	351.015	90,1	389.685	100,0
Puno	32.677	9,0	330.755	91,0	363.432	100,0
San Martín	13.447	7,7	160.199	92,3	173.646	100,0
Tacna	9.333	11,0	75.486	89,0	84.819	100,0
Tumbes	4.970	9,9	45.035	90,1	50.005	100,0
Ucayali	7.965	8,2	89.226	91,8	97.191	100,0
Lima Metropolitana 1/	276.248	13,3	1.800.573	86,7	2.076.821	100,0
Lima provincias 2/	25.221	11,8	189.301	88,2	214.522	100,0
Total	735.334	10,9	6.018.740	89,1	6.754.074	100,0

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda.

Con respecto al tipo de discapacidad, el Censo de 2007 recoge información sobre 5 grandes grupos: (1) dificultad para ver, (2) dificultad para oír, (3) dificultad para hablar, (4) dificultad para usar brazos y manos/pies y (5) otras dificultades o limitaciones. Los datos del Censo indican que la dificultad para ver es el tipo de discapacidad que presenta la prevalencia más alta (4,5%) seguida por la dificultad para usar brazos y manos/pies (1,6%) y los problemas auditivos y de habla (0,7%).

Tabla 42. Prevalencia de discapacidad en hogares con algún miembro con discapacidad, por área de residencia y por tipo de discapacidad (%)

Tipo de discapacidad		Área de residencia		Total
		Urbana	Rural	
Con 1 discapacidad	Dificultad para ver	5,5	1,6	4,5
	Dificultad para oír	0,7	0,9	0,7
	Dificultad para hablar	0,6	0,9	0,7
	Dificultad para usar brazos y manos/pies	1,7	1,4	1,6
	Otra dificultad o limitación	2,4	2,2	2,4
Con 2 o más discapacidades		1,1	0,8	1,0
Total		11,9	7,7	10,9

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda.

El Censo de Población y Vivienda de 2007 también ofrece información sobre el sexo del cabeza o jefe de familia en hogares que cuentan con alguna persona con discapacidad. En este sentido, los datos de la siguiente tabla muestran que la proporción de hogares con algún miembro con discapacidad es mayor (12,7%) en los hogares en los que la cabeza de familia es una mujer.

Tabla 43. Hogares por sexo del cabeza de familia según el tipo de discapacidad de algún miembro de la familia (%)

Tipo de discapacidad		Cabeza de familia		Total
		Hombre	Mujer	
Con 1 discapacidad	Dificultad para ver	4,3	5,2	4,5
	Dificultad para oír	0,7	0,8	0,7
	Dificultad para hablar	0,6	0,8	0,7
	Dificultad para usar brazos y manos/pies	1,5	1,8	1,6
	Otra dificultad o limitación	2,1	2,9	2,4
Con 2 o más discapacidades		0,9	1,2	1,0
Total		10,2	12,7	10,9

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda.

En relación a la procedencia de la personas con discapacidad, los datos de la siguiente tabla muestran que, a excepción de la dificultad para ver, las tasas de prevalencia por tipos de discapacidad en la región de Piura son similares a las de la población total de Perú. En el tipo discapacidad que hace referencia a la dificultad para ver la proporción de personas que indica

padecer este tipo de problemas en el departamento de Piura es de 3,8% mientras que para la población general es de 4,5%.

Tabla 44. Hogares con algún miembro con discapacidad por tipo de discapacidad y por departamento (%)

Departamento	Dificultad para ver	Dificultad para oír	Dificultad para hablar	Dificultad para usar brazos y manos/pies	Otra dificultad o limitación*	Dos o más dificultades
Amazonas	2,1	0,7	1,2	1,0	1,5	0,8
Áncash	4,2	0,7	0,7	1,6	2,4	1,0
Apurímac	2,7	1,0	1,0	2,0	2,9	1,1
Arequipa	5,6	0,8	0,4	1,8	2,4	1,0
Ayacucho	3,0	0,9	0,8	1,7	2,3	0,7
Cajamarca	2,4	0,9	1,2	1,4	1,9	0,9
Prov. Const. del Callao	6,8	0,7	0,5	1,9	2,9	1,3
Cusco	2,7	0,9	0,7	1,7	2,4	0,8
Huancavelica	2,0	0,9	0,7	1,3	2,2	0,7
Huánuco	2,4	0,8	0,8	1,4	2,1	0,7
Ica	4,7	0,7	0,6	1,9	2,6	1,1
Junín	3,8	0,9	0,7	1,6	2,1	0,9
La Libertad	4,4	0,7	0,8	1,5	2,1	1,0
Lambayeque	4,2	0,6	0,8	1,5	2,2	0,9
Lima	6,3	0,7	0,5	1,6	2,7	1,2
Loreto	3,7	0,4	0,7	1,4	1,5	0,6
Madre de Dios	4,0	0,5	0,5	1,0	1,4	0,6
Moquegua	5,9	1,1	0,5	1,8	2,2	1,3
Pasco	4,7	0,9	0,8	1,6	1,9	0,8
Piura	3,8	0,6	0,9	1,7	2,2	0,8
Puno	2,1	0,9	0,4	1,9	2,7	0,8
San Martín	3,2	0,5	0,8	1,2	1,4	0,6
Tacna	5,3	0,7	0,4	1,5	2,1	1,0
Tumbes	4,5	0,5	1,0	1,5	1,7	0,8
Ucayali	3,8	0,4	0,7	1,3	1,4	0,5
Lima Metropolitana 2/	6,5	0,7	0,5	1,7	2,7	1,2
Lima provincias 3/	4,8	0,8	0,7	1,7	2,7	1,1
Total	4,5	0,7	0,7	1,6	2,4	1,0

*Incluye discapacidad mental

Fuente: INEI, Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda.

2.3.2. Datos de registro de CONADIS

Una segunda fuente de datos que aporta información relativa al número de personas que presentan algún tipo de discapacidad en el Perú es el registro del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad de Perú (CONADIS) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo. Antes de hacer referencia a los datos que ofrece el CONADIS es importante en cualquier caso destacar que no se trata de datos censales o de encuesta, como los analizados

hasta ahora, sino de un registro voluntario de personas con discapacidad, que plantea a estos efectos los problemas habituales de este tipo de registros administrativos¹⁶.

Se trata de un registro para personas con discapacidad que se crea en el año 2000 y que a finales de 2009 contaba con un total de 68.125 personas inscritas (es decir, apenas el 0,25% de la población). Del total de personas inscritas, el 60,1% eran varones y el 39,8% mujeres (lo que pone de manifiesto en qué medida este tipo de fuentes de datos no ofrecen datos reales sobre la prevalencia de la discapacidad, sino, en todo caso, sobre las personas que en algún momento han considerado necesario disponer de un certificado de minusvalía). Con respecto al tipo de limitación, los datos de este registro indican que el 36,2% presenta una limitación de conducta, el 55,0% de comunicación, el 61,4% de cuidado personal, el 64,2% de locomoción, el 60,3% de disposición corporal, el 68,5% de destreza y el 59,5% de situación.

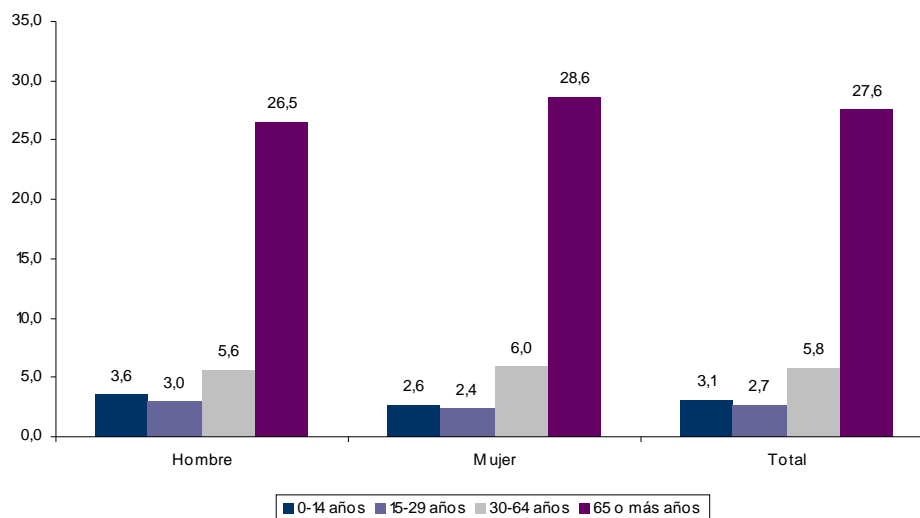
Este registro también recoge información sobre el lugar de residencia de las personas con discapacidad. En este sentido, en 2009 un total de 2.903 personas inscritas pertenecen a la región de Piura y representan al 4,2% del total de los inscritos en el país. Por otra parte, este registro también recoge datos sobre las personas jurídicas, instituciones, organismos o entidades que se dedican al trabajo con personas con discapacidad. En este sentido, el informe de diciembre de 2009 apunta a que un total de 274 entidades peruanas están inscritas en dicho registro.

2.3.3. Los datos de la encuesta nacional de hogares sobre discapacidad en las regiones de Lima metropolitana y Callao (EHODIS 2005)

Una tercera fuente de datos sobre la realidad de las personas que presentan algún tipo de discapacidad en el Perú es la Encuesta nacional de hogares sobre discapacidad en las regiones de Lima metropolitana y Callao (EHODIS 2005) realizada en 2005 por el Consejo Nacional para la integración de la persona con discapacidad (CONADIS) con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Los datos de esta encuesta muestran que del total de hogares objeto de estudio –1.889.747 hogares de las regiones de Lima y Callao– unos 374.225 hogares contaban con una persona con limitaciones físicas y/o mentales, lo que en términos relativos representa el 20,0% de la población total. En relación a la edad, al igual que en otros territorios tal y como se muestra en el siguiente gráfico, a medida que aumenta la edad la proporción de personas con discapacidad se incrementa. Además, en

¹⁶ Se trataría, en este caso, de una operación equiparable a la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad a la que se ha hecho referencia en el punto 2.2.2.

relación al género, se puede señalar que en el grupo de personas mayores (65 o más años) la proporción de mujeres con discapacidad (28,6%) es mayor que la proporción de hombres (26,5%).



Fuente: Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana, INEI-CONADIS, 2005

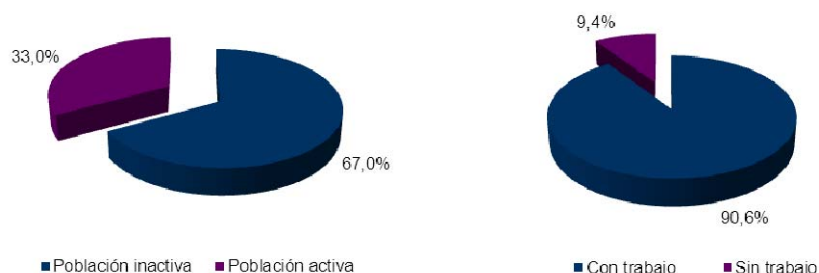
Gráfico 6. Prevalencia de la población con discapacidad por sexo y grupos de edad (%)

Entre las principales conclusiones de este trabajo, sus autores señalan que el acceso a la educación y la asistencia a centros educativos regulares y especiales es un problema evidente que afecta a las personas con discapacidad en el Perú. En concreto, esta encuesta puso de manifiesto que de la totalidad de personas que no asisten a un centro o programa de enseñanza regular, un 12,0% no acude por falta de dinero y un 11,0% no participa del sistema educativo por presentar algún tipo de discapacidad. Esta fuente de datos también proporciona información sobre la edad de las personas que no participan del sistema educativo formal. En este sentido, los datos indican que del grupo total de niños y jóvenes de tres a catorce años que no acuden a la escuela un 22,0% no participa por no tener suficientes recursos económicos y un 37,0% no acude a un centro o programa de enseñanza regular por presentar algún tipo de deficiencia o discapacidad.

En relación al grado de formación de las personas con discapacidad, los datos de esta encuesta indican que la gran mayoría (90%) de las personas mayores de 10 años que presentan algún tipo de discapacidad están alfabetizadas. Además, los datos indican que a mayor cantidad de limitaciones la proporción de personas que saben leer y escribir disminuye. En este sentido, del conjunto total de personas que presentan simultáneamente dos tipos de discapacidad un

13,0% son analfabetas y en el caso de que el número de discapacidades sea igual o superior a tres la proporción de personas que no saben leer ni escribir alcanza el 23,0%.

Con respecto a los indicadores de inserción laboral de la población discapacidad, la encuesta muestra que un 33,0% de la población considerada se encuentran económicamente activa, lo que en términos absolutos equivale a unas 134.870 personas. Tal y como se puede apreciar en el siguiente gráfico, de este grupo de personas con discapacidad activas la gran mayoría (90,6%) está ocupada mientras que solamente un 9,4% está en situación de desempleo. Esta encuesta también muestra que la mayor parte de las personas con discapacidad en situación de inactividad indica no mantener una búsqueda activa de empleo. En la misma línea, un estudio sobre trabajo y discapacidad realizado por la Comisión especial de estudio sobre discapacidad del Congreso de la República en 2006 muestra que cerca del 76,0% de las personas con discapacidad no participa del mercado laboral ni busca empleo.



Fuente: Encuesta de Hogares sobre Discapacidad en Lima Metropolitana, INEI-CONADIS, 2005

Gráfico 7. Distribución de las personas con discapacidad por actividad laboral (%)

Con respecto a la tasa de desempleo, los datos de EHODIS 2005 indican que las personas con algún tipo de discapacidad presentan una tasa de desempleo del 9,0% frente al 7,9% para la población total. Además, los datos de este trabajo también permiten señalar que dentro del grupo de personas con discapacidad las mujeres que se incorporan al mercado laboral aparecen como un sector altamente vulnerable. En relación a la desigualdad en ingresos económicos, los resultados de EHODIS 2005 no parecen indicar que existan diferencias significativas entre las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad cuando ambas se encuentran dentro en el mercado laboral. A juicio de sus autores, la diferencia fundamental se encuentra en la probabilidad de estar ocupado: mientras que para las personas sin discapacidad dicha probabilidad es grande, sucede todo lo contrario en el caso de las personas con discapacidad.

Por último, con respecto al sector de trabajo al que pertenecen las personas con discapacidad que cuentan con un puesto de trabajo, la encuesta indica que un grupo destacable de personas

con discapacidad trabajan en el sector relacionado con actividades comerciales (43%) y uno de cada cuatro desempeña su actividad laboral en el sector servicios (25%). En el caso de las mujeres con discapacidad que participan del mercado de trabajo, prácticamente siete de cada diez (69,0%) trabajan en algún comercio mientras que en el caso de los hombres este porcentaje desciende al 34%. Según los autores de esta encuesta, el hecho de que el sector comercio sea el sector principal de actividad laboral para las mujeres refuerza la idea de que las mujeres están relegadas a empleos de menor calidad en el sector informal y por lo tanto presentan mayores niveles de exclusión laboral.

CAPITULO 3

ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD EN LA REGIÓN DE PIURA

Una vez conocido el panorama general que ofrecen las fuentes estadísticas como aproximación a las características sociodemográficas de las personas con discapacidad, nos centramos en este capítulo en conocer la percepción social sobre este sector de población, para el caso concreto de Piura, a partir de los resultados obtenidos en el Estudio de la discapacidad en la Región de Piura, financiado en la convocatoria de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica (PCI) de la Agencia Española para la Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) como actividad de cooperación universitaria de la Universidad de la Rioja con la contraparte de la Universidad Nacional de Piura.

Piura es un departamento que está situado al norte del Perú con una población aproximada de 1 754 791 habitantes y representa el 6,28% de la población total del país (Purizaca, 2008), es uno de los departamentos más poblados de la costa peruana. Políticamente la región está constituida por ocho provincias, 64 distritos y 2.632 poblados. La problemática social se percibe en Piura, con un índice de pobreza del 64.0% y de pobreza extrema de 28.0%, hay desnutrición, desempleo, analfabetismo y políticas que no generan cambios a la comunidad. Con estos datos, la situación de las personas con discapacidad queda oculta ante otras situaciones de necesidad más perentorias o más generalizadas.

El proyecto tenía como objetivo principal *analizar la situación de las personas en situación de discapacidad residentes en la Región de Piura*. Para realizar este análisis se fijaron cuatro objetivos específicos:

- Realizar un estudio sociodemográfico de la población con discapacidad a partir de la ficha de datos elaborada por la Región de Piura.
- Estimar el porcentaje de población con discapacidad oculta mediante la entrevista con informantes clave de los municipios referenciales de cada provincia.
- Conocer el grado de sensibilización de la sociedad con relación a la accesibilidad.
- Identificar los recursos sociales del entorno y su nivel de accesibilidad para las personas con discapacidad.

A continuación se exponen los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos, describiendo brevemente la metodología empleada.

El primer objetivo consistía en explotar estadísticamente la ficha de datos de personas con discapacidad¹⁷ elaborado por el Gobierno Regional y el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad de Perú (COREDIS). Esta ficha recoge información a nivel sociodemográfico de las personas con discapacidad, así como aspectos relativos a su dependencia y necesidades de apoyo.

Para realizar este análisis se contaba con el apoyo del gobierno regional, sin embargo, se desconocía que el grado de penetración de la ficha era totalmente limitado, y prácticamente en ninguna de las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED)¹⁸ se estaba utilizando la ficha. Para solventar esta dificultad se solicitó a los responsables de las OMAPED de las capitales de las provincias los datos de las personas con discapacidad registradas, en base al modelo de registro utilizado en cada una de ellas. Hay que señalar que la inscripción es voluntaria, por lo que los datos son muy tentativos pero permiten intuir la falta de apoyo y de participación en los recursos existentes en el entorno por las personas potencialmente receptoras de los mismos, como se verá más adelante.

En la tabla 45 se muestra el número de personas con discapacidad inscritas en las OMAPED. Se observa que el mayor número se sitúa en la provincia de Piura, que es la más poblada de la región, seguida de Talara. La discapacidad física es la que presenta una mayor frecuencia seguida de la intelectual.

Tabla 45. Personas con discapacidad inscritas en las OMAPED de Piura

Tipo de discapacidad	Física	Intelectual	Visual	Auditiva	Lenguaje	TOTAL
Talara	495	370				865
Sullana	62	26	26	24		138
Piura	442	438	107	94	50	1131
Ayabaca	20	4	10	5		39
Paita	191	46	70	30		337
Chulucanas	42	47	9	8		106
Huancabamba	12	12	5	7		36
Sechura	30	31	16	10		87
Total	1294	974	243	178	50	2739

Fuente: Ficha de datos de las OMAPED.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática¹⁹ (INEI) recoge información en el censo del 2007 sobre la discapacidad; mostrando que solo en Piura distrito hay 61,085 hogares con miembros con discapacidad, y en los distritos como Ayabaca 8472, Huancabamba 7223,

¹⁷ El modelo de ficha puede verse en el anexo 1.

¹⁸ Para más información sobre este tema puede consultarse la obra Caparrós, Raya, Correa y Larraz (2012) *El mundo de Fabrizzio: Viaje a través del ciclo de un proyecto de cooperación* Catarata, Madrid.

¹⁹ Estos datos están tomados del Perfil Socio Demográfico del Departamento de Piura, recogidos en el Censo Nacional 2007 XI de Población y VI de Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en cumplimiento de su función como ente rector del Sistema Estadístico Nacional del país, ejecutó el 21 de octubre del 2007, los Censos Nacionales: XI de Población y VI de Vivienda, en todo el territorio nacional, con la participación activa de la población, instituciones públicas y privadas, quienes se aunaron a este esfuerzo para obtener información estadística actualizada.

Chulucanas 18167, Paita 17009, Sullana 36386 y Sechura 8013; esto comparado con la Tabla 1 muestra un elevado porcentaje de personas con discapacidad no inscritos en las OMAPED, y con ello, se puede sospechar de la existencia de un amplio porcentaje de discapacidad oculta o de personas que no reciben la atención necesaria por falta de medios económicos en el entorno familiar y de recursos y políticas sociales suficientes.

En cuanto a los tipos de discapacidad, los resultados censales señalan que en el departamento de Piura la dificultad para ver es una de las discapacidades que más afecta a los miembros del hogar con 3,8%, lo que equivale a 1663 hogares, le sigue en orden de importancia la dificultad para usar brazos y manos / pies que representa el 1,7% (773 hogares), seguido de la dificultad para hablar el 0,9% (503 hogares) y la dificultad para oír que es 0,6% (348 hogares).

El 8,1% (31546) de los hogares del área urbana del departamento de Piura, tienen al menos a uno de sus miembros con discapacidad. En el área rural es el 1,8% de hogares (7124 hogares), siendo menor en 6,3 puntos porcentuales respecto al área urbana.

Para obtener la información respecto al segundo y tercer objetivo se identificaron los informantes clave que debían ser entrevistados en cada una de las provincias. Se debía tomar contacto con ellos, con el fin de obtener una visión sobre el conocimiento y sensibilidad de la sociedad hacia la discapacidad. Asimismo, podrían informar de casos de discapacidad oculta.

Cuadro 11. Listado de Informantes Clave

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - OMAPED - Responsable de Salud - Director General de PNP - Párroco / Monseñor - Juez de Paz / Fiscal de Familia - Gobernador - Director de escuela pública infantil - Director de escuela pública primaria - Presidente de asociaciones (de acción social) / en Piura: Presidente de Rotario Club - Teniente de Alcalde / Alcalde <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defensor del Pueblo - Rectores de Universidad - Director General de Educación - Director General de Vivienda - Director General de Salud - Director General de Trabajo |
|---|

El equipo de recogida de información identificaba en cada una de las provincias a los informantes clave del territorio e intentaba concertar la entrevista. En total se han realizado 121 entrevistas a informantes clave, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 46. Localización geográfica de los informantes clave

Provincias	Entrevistas realizadas
Ayavaca	20
Chulucanas	8
Huancabamba	10
Paíta	12
Piura	41
Sechura	12
Sullana	8
Talara	10
Total	121

Se optó por utilizar la técnica de entrevista semiestructurada.²⁰ La entrevista consistía en una batería de preguntas generales sobre la discapacidad, con el fin de conocer el grado de información y de sensibilización respecto a la temática. También se incluyeron preguntas sobre la discapacidad oculta. En las siguientes páginas se presentan los principales resultados obtenidos del análisis de las entrevistas²¹.

En primer lugar se preguntaba sobre qué se entiende por discapacidad. Las respuestas se han agrupado posteriormente en tres categorías: *Definición general*, si recoge los aspectos más significativos del término; *Definición incompleta*, cuanto se centra en una única dimensión (definición médica) o se vincula con un tipo específico de discapacidad (física, sensorial, mental...) y finalmente en el epígrafe *no sabe/ no contesta*, se incluyen las definiciones incoherentes o las no respuestas.

En primer lugar se preguntaba sobre qué se entiende por discapacidad. Las respuestas se han agrupado posteriormente en tres categorías: *Definición general*, si recoge los aspectos más significativos del término; *Definición incompleta*, cuanto se centra en una única dimensión (definición médica) o se vincula con un tipo específico de discapacidad (física, sensorial, mental...) y finalmente en el epígrafe *no sabe/ no contesta*, se incluyen las definiciones incoherentes o las no respuestas.

Cuadro 4. ¿Qué se entiende por discapacidad?

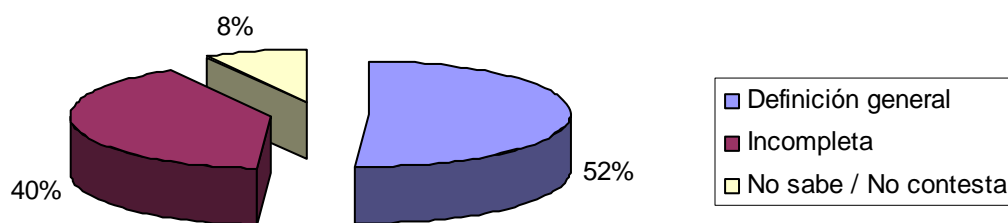
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Definición General	62	51.24
Incompleta	49	40.50
No sabe/ No contesta	10	8.26
TOTAL	121	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad – 2011.

²⁰ En el anexo 2 puede verse el modelo de entrevista realizada.

²¹ El análisis de resultados de cada provincia puede consultarse en la siguiente dirección web <http://publicaciones.unirioja.es/catalogo/monografias/vr87.shtml>.

En el gráfico 8, puede verse los resultados obtenidos:



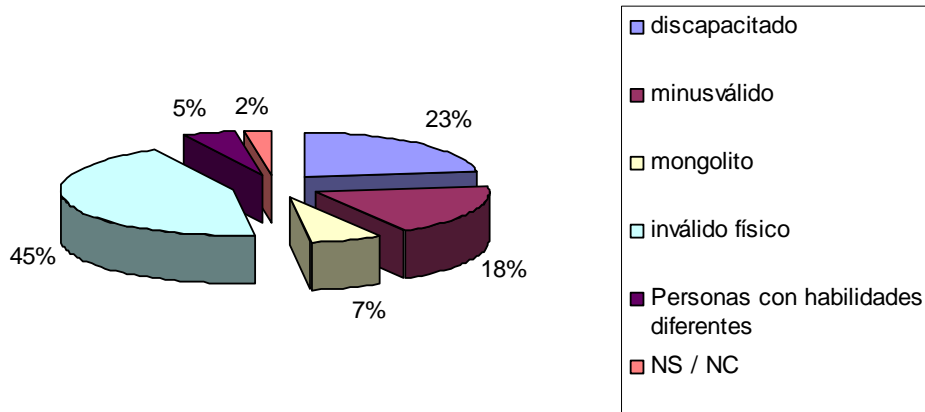
Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 8. Definición de discapacidad según los informantes clave

Como se observa en el gráfico, predomina la definición general del término, aludiendo a cuestiones como:

- personas que no pueden valerse por sí solos y que necesitan algún tipo de ayuda para su traslado.
- Porque aquellas personas tienen algún problema como poder realizarse normalmente
- persona que tiene algún impedimento que no pueden llevar su vida con normalidad
- persona con habilidades diferentes que con ayuda pueden llevar su vida normal
- limitaciones físicas o mentales
- Si bien, la proporción de definiciones incompletas, es también considerable. Este tipo de definiciones destacan sobre todo aspectos de carácter físico:
 - personas con habilidades especiales
 - Personas con limitaciones físicas
 - pacientes que tienen algún impedimento físico
 - Es la situación en que se encuentra una persona que tiene alguna limitación física

Cuando se les pregunta sobre las formas habituales de denominación a las personas con discapacidad, se repite la sobrevaloración de la discapacidad física, como se observa en el gráfico 9.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

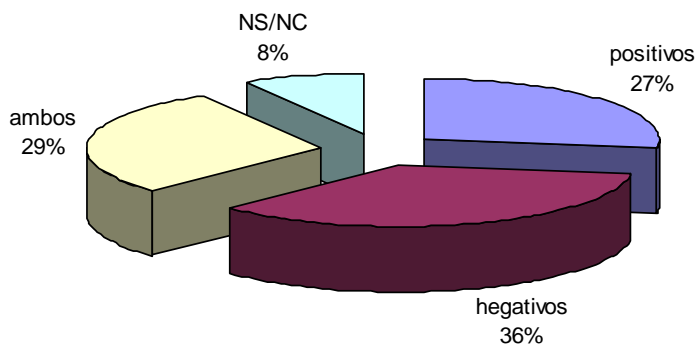
Gráfico 9. Formas habituales de denominar a las personas con discapacidad

Los informantes clave destacan en mayor medida (35,5%) la existencia de sentimientos negativos por parte de los familiares hacia las personas con discapacidad, señalando sentimientos tales como vergüenza, pena, frente al 27,27% de sentimientos positivos, como amorl, responsabilidad, etc.:

Tabla 48. ¿Qué sentimientos piensa que tienen los familiares de personas con discapacidad?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Positivos (amor, responsabilidad, etc)	33	27.27
Negativos (vergüenza, pena, sobreprotección, etc.)	43	35.54
Ambos	35	28.93
NS/NC	10	8.26
Total	212	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad – 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 10. ¿Qué sentimientos piensa que tienen los familiares de personas con discapacidad?

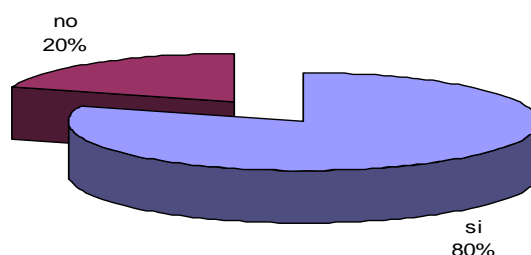
Hay que destacar, asimismo, el 29% de respuesta que apunta a sentimientos ambivalentes por parte de los familiares de personas con discapacidad y el 8% que no contesta.

El 80% de los informantes clave entrevistados conocen a familias que tienen alguna persona con discapacidad. Este dato sirve para validar el grado de conocimiento sobre la temática del cuestionario, y por tanto de sus respuestas.

Tabla 49. ¿Conoce alguna/a familia/s que tengan alguna persona con discapacidad entre sus miembros?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	97	80.17
No (Pasar A La 11)	24	19.83
Total	121	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

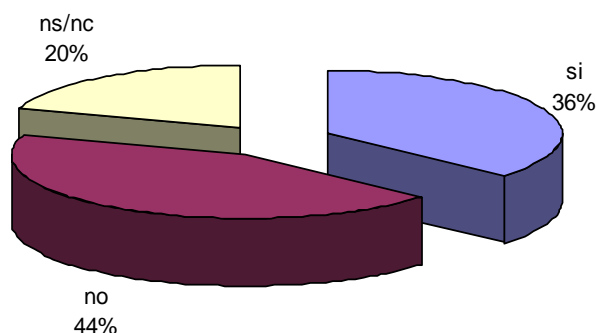
Gráfico 11. ¿Conoce alguna/a familia/s que tengan alguna persona con discapacidad entre sus miembros?

Unido a la cuestión anterior, se les preguntaba sobre el tipo de atención que reciben las personas con discapacidad de las familias que conocen en el entorno:

Tabla 50. ¿Considera que la/s persona/s con discapacidad de dicha/s familia/s reciben la atención necesaria?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si (Pasar A La 11)	44	36,36
No	53	43,80
No Contesta	24	19,83
Total	121	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

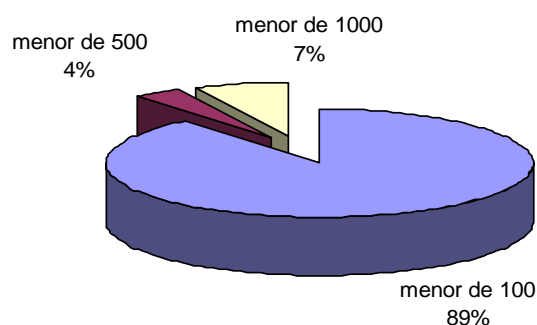


Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 12. ¿Considera que la/s persona/s con discapacidad de dicha/s familia/s reciben la atención necesaria?

El 44% respondieron que las personas con discapacidad de dichas familias no reciben la atención necesaria, frente al 36% que contestaron que sí, y el 20% que no contesta a esta pregunta.

Una forma de estimar el porcentaje de personas en situación de discapacidad oculta era preguntar a los informantes clave sobre el número de familias con personas con discapacidad que no recibieran la atención adecuada. En el gráfico 13 pueden verse los resultados obtenidos:



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 13 Familias con personas con discapacidad que no reciben la atención adecuada

El 89% contestó que la situación afectaba a menos de 100 familias del entorno.

Se les preguntaba en qué aspectos se percibía la carencia en la atención. Las respuestas pueden verse en el siguiente cuadro:

Tabla 51. ¿En qué aspectos no reciben la atención necesaria?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Educación	3	2,48
Salud	5	4,13
Empleo	7	5,79
Alimentación	0	0,00
Higiene	1	0,83
Educación Y Empleo	4	3,31
Educación Y Salud	5	4,13
Educación, Salud, Empleo	10	8,26
Salud Y Empleo	4	3,31
Salud Y Alimentación	1	0,83
Salud E Higiene	1	0,83
Educación Salud, Higiene Y Alimentación	4	3,31
Educación, Salud E Higiene	2	1,65
Educación, Empleo E Higiene	1	0,83
En Todos Los Aspectos	1	0,83
Accesibilidad	1	0,83
Otros	0	0,00
Ns/Nc	71	58,68
	121	100

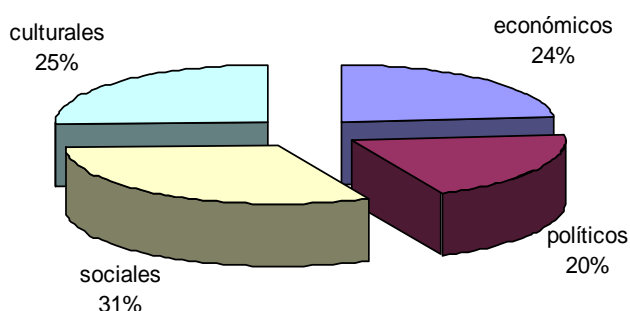
Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Como puede verse predominan las respuestas que subrayan carencias en varios aspectos, entre los que sobresalen carencias en salud, educación y empleo. Respecto a los motivos para no recibir dicha atención, pueden verse las respuestas en el cuadro y el gráfico:

Tabla 52. ¿Cuáles piensa que son los motivos para no recibir dicha atención?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Económicos	12	9,84
Políticos	10	8,20
Sociales	16	13,11
Cultural	13	10,66
Ns / Nc	71	58,20
Total	122	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad – 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 14. Motivos para no recibir la atención adecuada

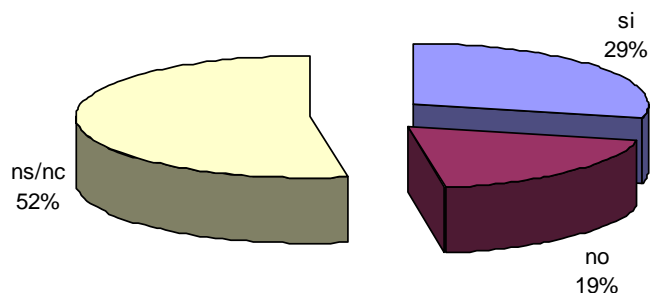
En el gráfico se incluye únicamente los datos de quienes responden a esta cuestión. Puede apreciarse una respuesta bastante equilibrada, destacando los factores sociales y culturales, seguidos de los económicos y políticos. Entre los factores sociales se incluyen las carencias de recursos en el entorno, como puede ser la existencia de centros de atención especial o programas de educación inclusiva; también la discriminación y falta de sensibilidad por parte de los responsables de instituciones educativas y de recursos sociales. Por su parte los factores económicos apuntan a la inadecuación de las infraestructuras y la escasez de recursos en la familia para la compra de ayudas técnicas, como silla de ruedas. Y en el plano político se ha considerado aspectos como la falta de presupuesto para la atención a personas con discapacidad.

Una condición necesaria para la atención a personas con discapacidad es la existencia de recursos en el entorno para atender de forma específica las necesidades de las personas afectadas y del colectivo. En la siguiente tabla se observa el grado de conocimiento de los informantes clave respecto a esta cuestión.

Tabla 53. ¿Conoce la existencia de recursos/servicios para personas con discapacidad?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	28,69
No (Pasar A La 11)	23	18,85
No Contesta	64	52,46
Total	122	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 8. ¿Conoce la existencia de recursos/servicios para personas con discapacidad?

El 29% de los entrevistados, a los que se planteó esta cuestión, señala conocer algún tipo de recurso o servicio para personas con discapacidad. En la siguiente tabla, se pueden ver los recursos señalados, destacando las OMAPED:

Tabla 54. ¿Podría identificar alguno?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Omaped	16	13,11
Conedis	0	0,00
Colegios Especiales	3	2,46
Asilo Ancianos	1	0,82
Centro Rehabilitación	3	2,46
Asistencia Social	1	0,82
Obras Sociales	1	0,82
Cerp	2	1,64
Varios	4	3,28
Beneficencia	1	0,82
No Responde	90	73,77
Total	122	100,00

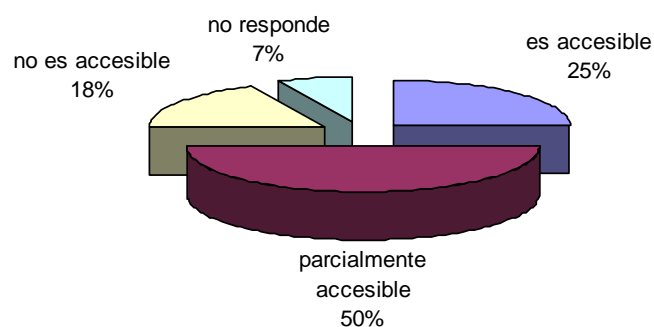
Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

El siguiente bloque de preguntas hace referencia al acceso de las personas con discapacidad respecto a determinados ámbitos.

Tabla 55. ¿Cómo ve el acceso a la educación básica de las personas con discapacidad?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Es Accesible	29	24,79
Es Parcialmente Accesible	59	50,43
No Es Accesible	21	17,95
Ns /Nc	8	6,84
Total	117	100,00

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 16. ¿Cómo ve el acceso a la educación básica de las personas con discapacidad?

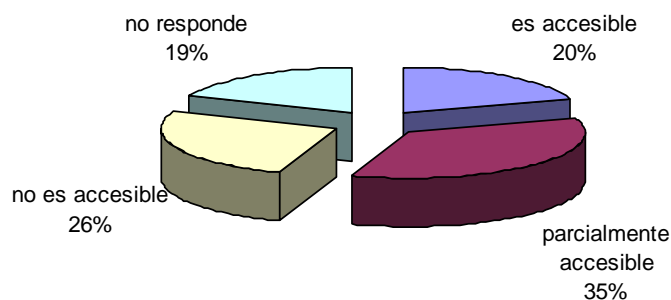
Del 100 % de entrevistados el 25 % afirma que el acceso a la educación básica de las personas con discapacidad es accesible gracias a la ley de inclusión. Un 50 % afirma que el acceso a la educación básica de las personas con discapacidad es parcial, aludiendo problemas de cultura (desconocimiento de los familiares de esta opción para sus hijos); problemas económicos (familiares con escasos recursos); educativo (falta campañas de sensibilización sobre este aspecto), entre otros. Otro 18 % expresó que el acceso a la educación básica de las personas con discapacidad no es accesible aludiendo problemas políticos (En el Perú no hay una educación gratuita para personas discapacitadas). A todo ello se suma el 7% de no respuestas a la cuestión.

Respecto al acceso a la educación superior, la proporción de personas que consideran en términos positivos la accesibilidad a la educación disminuye, como puede verse en el siguiente cuadro:

Tabla 56. ¿Y el acceso a la educación superior?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Es Accesible	24	19,83
Es Parcialmente Accesible	43	35,54
No Es Accesible	31	25,62
Ns / Nc	23	19,01
Total	121	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011

Gráfico 17. Acceso a la educación superior

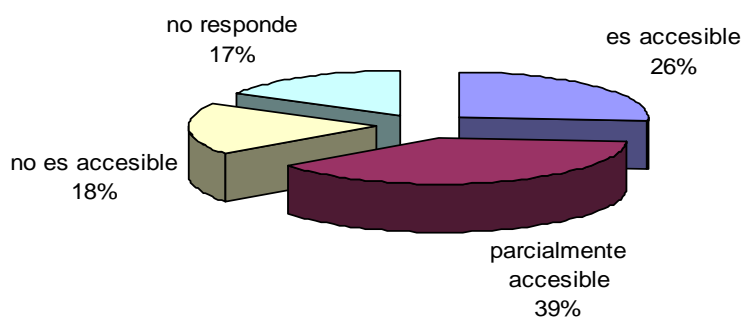
El 20 % considera accesible la educación superior y el 35% parcialmente accesible, sumando entre ambos un 55 %. En este caso aumento considerablemente la proporción de personas que no responden, situándose en el 19 %.

En lo relativo al sistema de salud, el acceso de las personas con discapacidad se percibe en los siguientes términos:

Tabla 57. ¿Cómo percibe el acceso de las personas con discapacidad a los sistemas de salud?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Es Accesible	31	26,05
Es Parcialmente Accesible	46	38,66
No Es Accesible	22	18,49
Ns / Nc	20	16,81
Total	119	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 18. Acceso de las personas con discapacidad a los sistemas de salud

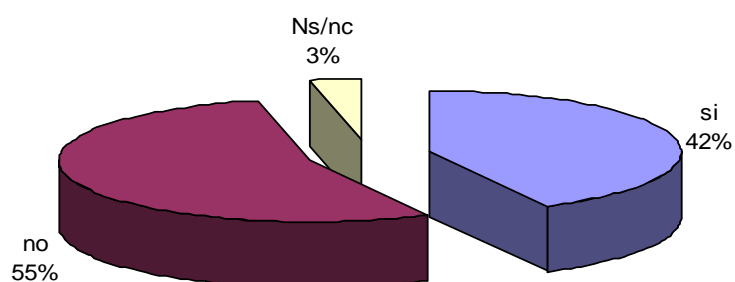
Del 100% de entrevistados el 26 % afirma que el acceso a los sistemas de salud de las personas con discapacidad es efectivo. Un 39 % afirma que el acceso a los sistemas de salud de las personas con discapacidad es parcialmente efectivo, aludiendo factores de infraestructura, recursos, etc. Otro 18 % expresó que el acceso a los sistemas de salud de las personas con discapacidad no es accesible ya sea por motivos económicos o sociales., etc. Finalmente un 17 % no contestó.

Respecto a la participación en el mercado laboral, la opinión está dividida, como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 58. ¿Cree que el colectivo de personas con discapacidad parte del mercado laboral ordinario?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	42,15
No	66	54,55
No Contesta	4	3,31
Total	121	100,00

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 19. ¿Cree que el colectivo de personas con discapacidad forma parte del mercado laboral ordinario?

El 55 % considera que no participan en el mercado laboral ordinario, frente al 42% que responden afirmativamente a la cuestión.

En conjunto, se puede afirmar que la percepción de la participación de las personas con discapacidad en los ámbitos vitales de educación, salud y trabajo es accesibilidad limitada.

La pregunta 15 recoge la opinión de los informantes clave respecto a la prioridad del gasto público. Esta pregunta trata de ver el grado de sensibilización de la sociedad hacia la inversión de recursos en programas o servicios que redunden en la atención a personas con discapacidad. Se solicita a las personas entrevistadas que evalúen en una escala de 1 a 10 la prioridad del gasto en diferentes materias: Educación, Educación superior, sistema de becas al estudio, salud, accesibilidad (reducción de barreras arquitectónicas), saneamiento y potabilización de aguas y transporte público. En la siguiente tabla puede verse el porcentaje de respuesta para cada valor:

Tabla 59. ¿Podría evaluar en una escala de 1 a 10 la prioridad del gasto en los siguientes ámbitos?

Puntuación	Educación básica		Educación Superior		Becas		Salud		Accesibilidad (reducción barreras arquitectónicas)		Saneamiento y potabilización de agua		Transporte público	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10	55	46,22	43	35,54	45	37,19	65	54,17	69	57,02	50	41,32	50	41,32
9	10	8,40	8	6,61	13	10,74	16	13,33	5	4,13	9	7,44	22	18,18
8	16	13,45	25	20,66	18	14,88	10	8,33	17	14,05	20	16,53	7	5,79
7	9	7,56	8	6,61	13	10,74	1	0,83	8	6,61	10	8,26	11	9,09
6	0	0,00	2	1,65	5	4,13	4	3,33	9	7,44	8	6,61	3	2,48
5	5	4,20	13	10,74	9	7,44	6	5,00	0	0,00	5	4,13	4	3,31
4	4	3,36	7	5,79	1	0,83	4	3,33	5	4,13	6	4,96	13	10,74
3	4	3,36	2	1,65	10	8,26	7	5,83	3	2,48	3	2,48	3	2,48
2	7	5,88	8	6,61	1	0,83	2	1,67	1	0,83	4	3,31	3	2,48
1	8	6,72	3	2,48	3	2,48	2	1,67	2	1,65	0	0,00	0	0,00
NS/	1	0,84	2	1,65	3	2,48	3	2,50	2	1,65	6	4,96	5	4,13
Total	119	100	121	100	121	100	120	100	121	100	121	100	121	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

El análisis conjunto de los ítems anteriores permite observar que los aspectos más valorados (mayor porcentaje de población que otorga 10 puntos al ítem) son:

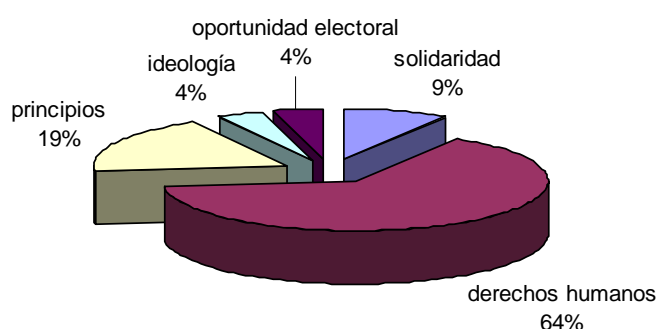
- Accesibilidad (reducción de barreras arquitectónicas) con un 57,02 %
- Salud con un 54.17 %
- Educación Obligatoria con un 46,22 %
- Saneamiento y potabilización de agua y Transporte público con un 41,32 % respectivamente
- Becas al estudio con un 37,19 %
- Educación Universitaria 35,54 %

De esta información podemos inferir que estas personas piensan que la prioridad del gasto debe aplicarse a la Accesibilidad (reducción de barreras arquitectónicas). Unido a ello, hay que señalar la respuesta dada a la cuestión sobre las razones para implementar políticas de reducción de barreras arquitectónicas, como se ve en la siguiente tabla:

Tabla 60. La reducción de barreras arquitectónicas es una cuestión de (elegir respuesta)

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Solidaridad	11	8,94
Derechos Humanos	79	64,23
Principios	23	18,70
Ideología	5	4,07
Oportunidad Electoral	5	4,07
Total	123	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 20. La reducción de barreras arquitectónicas es una cuestión de (elegir respuesta)

Destaca de forma notable el 64 % que alude a una cuestión de derechos humanos, seguido de quienes piensan que es una cuestión de principios. Este dato permite afirmar la existencia de un reconocimiento de derechos frente a argumentos de caridad o conmiseración. Es por la vía

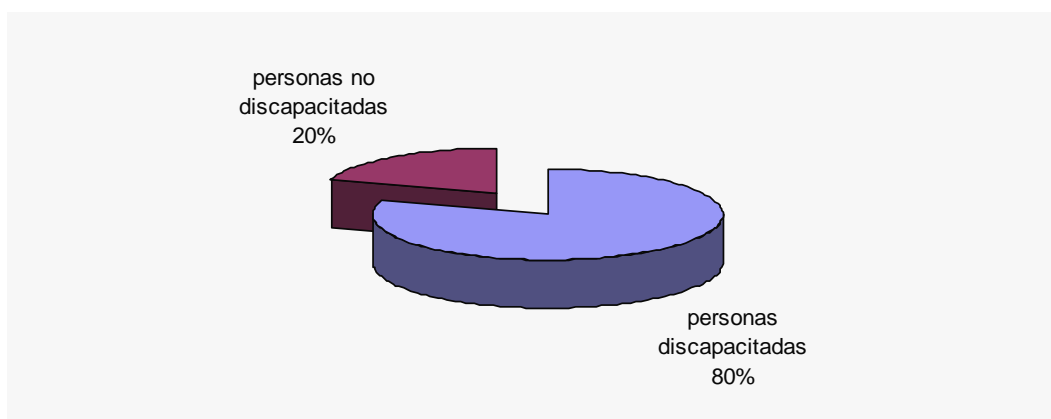
de los derechos humanos por la que será posible la mejora en la atención de las personas en situación de discapacidad.

El apoyo de los informantes clave al desarrollo de medidas de mejora de la atención a las personas con discapacidad se refleja, asimismo, en la siguiente cuestión, sobre la prioridad del gasto:

Tabla 61. Si tuviera que elegir el destino del gasto público en su localidad, ¿cuál sería su prioridad?

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Las Personas Discapacitadas	97	80,17
Las Personas No Discapacitadas	24	19,83
Total	121	100,00

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 21. Prioridad de la inversión del gasto público

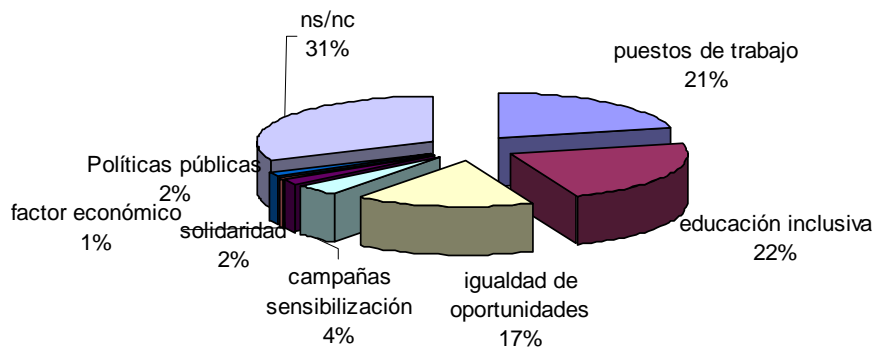
El 80% elegiría el destino del gasto público en su localidad para obras en beneficio de las personas discapacitadas como reducción de barreras arquitectónicas en los espacios públicos (aceras, edificios públicos); Transporte público adaptado; Semáforos sonoros.

En la última parte del cuestionario se preguntaba sobre los factores que pueden ayudar a la inserción social de personas con discapacidad y los que pueden provocar exclusión social. Entre los primeros, cabe señalar la educación y el trabajo, como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 62. Factores que pueden generar inserción social

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Puestos De Trabajo	26	21,49
Educación Inclusiva	27	22,31
Igualdad De Oportunidades	20	16,53
Campañs Sensibilización	5	4,13
Solidaridad	2	1,65
Factor Económico	1	0,83
Políticas Públicas	2	1,65
Ns/Nc	38	31,40
Total	121	100

Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

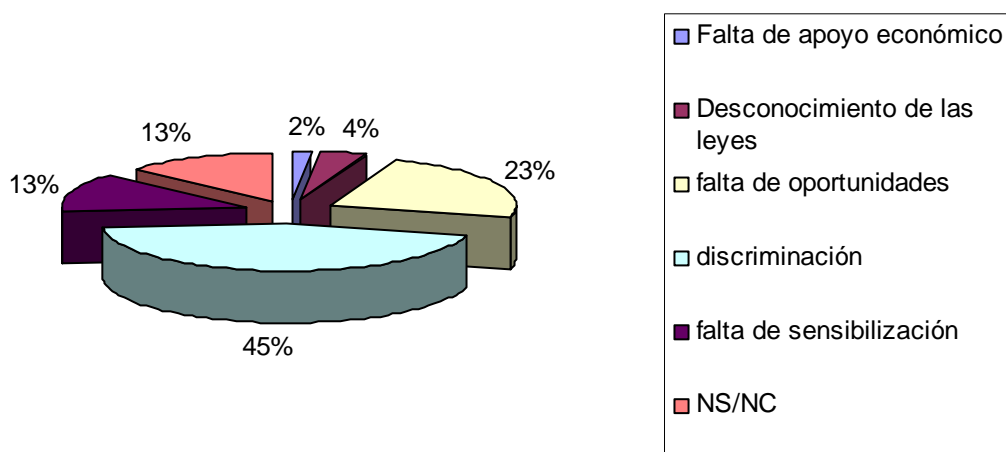


Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 22. Factores que pueden generar inserción social

Del 100% de entrevistados el 22% asume que uno de los factores que puede generar inserción social es la educación inclusiva, seguido de la existencia de puestos de trabajo para personas discapacitadas. Un 17% aluden a la igualdad de oportunidades. Algunos entrevistados señalan aspectos como campañas de sensibilización o solidaridad. Destaca el bajo porcentaje otorgado a las políticas públicas (2%). En este caso habría que considerar que la alusión a las políticas públicas está implícita en las primeras respuestas, dado que la posibilidad de instaurar una educación inclusiva es una cuestión de política pública. También hay que señalar la elevada proporción de personas que no responden, mostrando un desconocimiento sobre las formas de inclusión social de personas con discapacidad.

En cuanto a los factores que pueden generar exclusión social en el colectivo, las respuestas pueden verse en el gráfico siguiente:



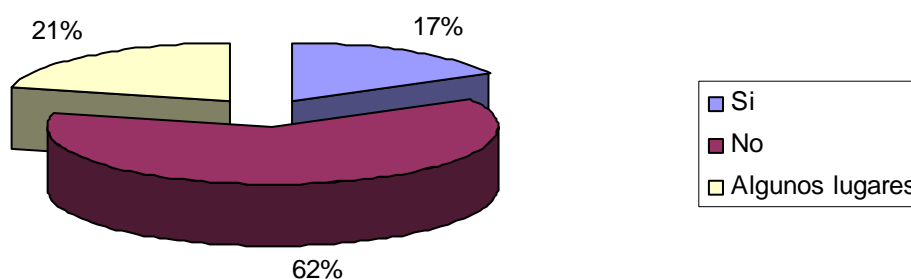
Entrevista sobre discapacidad 2011.

Fuente:

Gráfico 23. Factores de exclusión social

- Un 45% cree que la discriminación sería un de los factores que puede generar exclusión social para personas discapacitadas.
- En segundo lugar hay que considerar la falta de oportunidades (23%), entre las que se incluyen los aspectos educativos y laborales, como razones explicativas de la exclusión.
- La falta de sensibilización de la sociedad sería para un 13% uno de los factores de exclusión. Esta falta de sensibilización se manifiesta de múltiples maneras, entre ellas, la falta de accesibilidad de las ciudades.

Se preguntó a los informantes clave sobre su opinión respecto a la accesibilidad de la ciudad.



Fuente: Entrevista sobre discapacidad 2011.

Gráfico 24. Accesibilidad de las ciudades

- Del 100% de entrevistados el 17% considera que la ciudad es accesible para las personas con discapacidad.
- El 62% considera que la ciudad no es accesible para las personas con discapacidad.
- Finalmente otro 21 manifestó que solo algunos lugares de la ciudad son accesibles para las personas con discapacidad.

Sirvan estos datos como muestra de la información recogida sobre el terreno. Los resultados deben ser contextualizados en el marco de la actividad de cooperación y en el terreno concreto de ejecución del mismo. Si bien, hay que destacar que el desarrollo de la investigación ha servido para la toma de conciencia y sensibilización por parte de las personas entrevistadas (responsables políticos, profesionales sanitarios, educativos, etc.) sobre la situación de las personas con discapacidad y sobre sus derechos. De ahí que sea preciso destacar una vez más el interés y la necesidad de realizar este tipo de estudios sobre el terreno.

Las entrevistas realizadas a los informantes clave ha posibilitado la consecución de los objetivos segundo y tercero del proyecto de investigación. Respecto al segundo objetivo, podemos estimar el porcentaje de discapacidad oculta, en torno al 80% de personas afectadas,

si bien estas cifras son tentativas, puesto que es una realidad que se vive en el interior de la vivienda y al margen de las sociedad, en un contexto donde el certificado de minusvalía tiene un coste asociado y no representa claros beneficios para quien lo solicita. De las entrevistas a los informantes clave se desprende que el 80% de los entrevistados conocen a personas con discapacidad que no reciben la atención necesaria. Asimismo cabe señalar que de los datos ofrecidos por la OMAPED de la región de Piura muestran el registro de 2739 personas de las 38670 que constan en el censo de 2007. Esto supone un 7% de población registrada en los servicios de atención a personas con discapacidad.

Por su parte, el tercer objetivo del proyecto de investigación consistía en conocer el grado de sensibilización de la sociedad respecto a las personas con discapacidad. Las respuestas de los informantes clave permiten afirmar la existencia de sensibilidad a favor de promover políticas inclusivas tanto en materia educativa como de reducción de barreras arquitectónicas, basado en una cuestión de derechos humanos y como medio para mejorar la atención social al colectivo.

El estudio se complementa con un cuarto objetivo que permite identificar los recursos sociales del entorno y su nivel de accesibilidad para las personas con discapacidad. Para llevar a cabo este objetivo, se diseñaron los cuestionarios de recogida de información sobre los recursos y accesibilidad²², a partir de la experiencia de la elaboración de la Guía de Recursos Sociales elaborada por la Universidad de la Rioja y de la Guía de Accesibilidad de Logroño realizada por la asociación La Rioja Sin Barreras, colaborada del proyecto.

La información recogida de los recursos se ha incorporado a la Guía de Recursos sociales de Piura, que se ha estructurado en nueve categorías, con las correspondientes subcategorías. En la página principal hay una breve presentación de la guía y de la metodología utilizada para la recogida de información y para el tratamiento de la misma, en particular de su consideración como accesible, practicable y no accesible. La navegación es muy intuitiva. Cuando se pincha en una categoría se despliegan las subcategorías correspondientes, como puede verse en la siguiente imagen:

²² En los anexos 1 y 2 se incluyen los modelos de ficha utilizados en el estudio.



Imagen 1.

Pinchando en un subcategoría aparece un cuadro con el directorio de datos de contacto, y un semáforo de color, para indicar la accesibilidad del recurso:



Imagen 2.

Finalmente pinchando en cada recurso, aparece la ficha de información más amplia, con datos sobre el servicio, requisitos, horario e información sobre la accesibilidad del mismo:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

GUÍA DE RECURSOS SOCIALES Y ACCESIBILIDAD
Ciudad de Piura - Perú

[Inicio](#) (Tarea 1) > [Discapacidad](#) (Tarea 2) > Ficha del recurso

Guía de Recursos Sociales y Accesibilidad

Ficha del recurso

Discapacidad > C.E.S.B.

CEBE "JESÚS NAZARENO"

NIVEL DE ACCESIBILIDAD:

[Imprimir datos](#) [Recurso anterior](#) [Recurso siguiente](#)

DATOS DE CONTACTO

DIRECCION	A.H. Manrique N.E. M. S/N
LOCALIDAD	Chulucanas
PROVINCIA	Piura

CARACTERÍSTICAS

REQUISITOS	Se requiere personas menores de 20 años Apéndice 5/10.00
HORARIO	Lunes a Viernes de 7:30 am a 12:30 pm

INSTITUCION

Tipo de Institución	Pública
---------------------	---------

TRABAJO SOCIAL

TRABAJADORA SOCIAL	No
--------------------	----

ACCESIBILIDAD

ES ACCESIBLE	Si
OBSERVACIONES	Si cuenta con rampa Acceso secundario

[Imprimir datos](#) [Recurso anterior](#) [Recurso siguiente](#)

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA **MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN** **aecid**

Imagen 3.

La guía se configura por tanto como una herramienta de información, al servicio de las personas con discapacidad, pero también de los responsables políticos locales. Por un lado, es un primer registro sistemático de información, y por otro lado, evidencia las carencias en materia de accesibilidad y la necesidad de adoptar medidas para reducir las barreras arquitectónicas.

CAPITULO 4

INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

4.1. Consideraciones básicas

Los datos presentados hasta ahora permiten describir de forma más o menos precisa el espacio social de la discapacidad, tanto en lo que se refiere a su alcance o magnitud como a algunas de las características básicas de las personas con alguna discapacidad. Los indicadores disponibles en las grandes encuestas, registros u operaciones censales no siempre tienen en cuenta, en cualquier caso, algunos elementos o dimensiones clave en lo que respecta al bienestar, la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad. En este epígrafe se analiza muy brevemente la relación entre ambos fenómenos y se avanzan algunas pistas para la adopción de un cuadro de indicadores sociales que tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad y puedan ser útiles para el análisis de su situación en términos de autonomía, calidad de vida e integración social.

Antes de abordar el estudio de la relación entre discapacidad y exclusión social es importante tener en cuenta diferentes aspectos que conciernen a la definición de estos conceptos. En primer lugar, diferentes autores señalan que tanto el término de discapacidad como el de exclusión social son complejos, multidimensionales y de difícil medición. Además, la relación entre ambos es bidireccional –una es causa y a la vez consecuencia de la otra– y directamente proporcional –la aparición o incremento en una de ellas incrementa el riesgo de aparición o incremento de la otra– (Pérez y Huete, 2008). Otro aspecto a tener en cuenta en el estudio de la exclusión social es que ésta debe ser entendida como un proceso en el que los individuos pueden verse implicados de forma temporal o permanente (Fundación Luis Vives, 2007) y de carácter multidimensional (Raya 2006; Hernando, 2008). De esta manera, el estudio de diferentes indicadores que midan el grado de exclusión social de las personas con discapacidad permitiría obtener un retrato de este colectivo en un momento determinado. En definitiva, el poder contar una batería de indicadores sociales sobre la exclusión social de las personas con discapacidad permitiría profundizar en el conocimiento de la realidad de este colectivo, posibilitaría la comparación entre distintos territorios y permitiría identificar posibles áreas de intervención.

Con el paso de los años el estudio del concepto de exclusión social ha sido objeto de una serie de intentos de operativización u objetivación a través de diversos indicadores que permiten su

identificación y seguimiento (Raya, 2006; Hernando, 2008, Laparra y Pérez, 2008, Villalobos y Zalakain, 2010). En este sentido, una primera propuesta a destacar es la que hacía Eurostat (2001) en un informe sobre discapacidad y participación social. Este trabajo surge de la necesidad de contar con datos estadísticos comparables entre sí que permitan diseñar e implementar políticas de inserción laboral para personas con discapacidad y para ello se plantea medir la integración social de la población obteniendo información sobre dimensiones claves como son la participación social, la participación laboral, las fuentes de ingresos y el nivel educativo de este colectivo. Para medir el grado de participación laboral de las personas con discapacidad se plantea la necesidad de tener información sobre diferentes variables como pueden ser la actividad laboral, el número de horas trabajadas, las razones para no trabajar y los sectores de actividad laboral de las personas con discapacidad. En relación a las fuentes de ingresos se hace especial hincapié en contar con datos sobre prestaciones y pensiones por discapacidad. Por último, en el ámbito de lo social esta propuesta de medición de inclusión de la personas con discapacidad plantea la necesidad de conocer el grado de satisfacción y la percepción que tienen las personas con discapacidad sobre su propia salud así como el grado de contacto social con familiares y amistades.

Por otra parte, cabe destacar la propuesta de medición sobre la relación entre discapacidad y exclusión social que realiza la Red Académica Europea de Expertos en Discapacidad (*Academic Network of European Disability Experts*, ANED) en 2009. La propuesta de este grupo de trabajo consiste en el estudio y análisis de datos sobre discapacidad que provienen de diferentes fuentes estadísticas agrupados en siete indicadores principales: (1) tasas de discapacidad y datos demográficos, (2) vida personal y familiar, (3) poder de elección y control, (4) acceso a bienes y servicios, (5) educación y formación permanente, (6) trabajo y empleo y (7) ingresos económicos y pobreza. Dos dimensiones a destacar en esta propuesta son la que conciernen al poder de elección y control que tienen las personas con discapacidad y la que hace referencia al acceso a bienes y servicios por parte de este colectivo. Por un lado, según estos autores es necesario recoger información sobre aspectos claves en el desarrollo de la vida independiente y sobre el grado de participación de las personas con discapacidad en la comunidad para conocer el poder de elección y control con el que cuentan las personas que componen este colectivo. En segundo lugar, en el caso de la dimensión sobre acceso a bienes y servicios los autores plantean que el estudio de 18 indicadores, entre los que destacan la accesibilidad y el libre acceso a la información, permitirá conocer la calidad de la vida de las personas con discapacidad.

A escala estatal, entre los estudios que abordan la relación entre discapacidad y exclusión social cabe destacar el trabajo de revisión realizado por el CERMI (2003). Dicho trabajo concluye que “los factores más importantes que contribuyen a la exclusión social de las personas con

discapacidad por orden de importancia son: la falta o acceso limitado al entorno social y el desempleo, la falta o acceso limitado a bienes y servicios, la estigmatización de las personas con discapacidad, la falta de formación adecuada, la falta de servicios especializados, la inadecuación de los sistemas educativos, la falta de políticas económicas para compensar el gasto extra por discapacidad, la estructura del sistema de subsidios y por último vivir en instituciones”. De manera específica, este trabajo hace hincapié en la vulnerabilidad de dos grupos concretos. Se reconoce, por un lado, que las mujeres con discapacidad son víctimas frecuentes de la pobreza y de la exclusión social así como las personas que viven en instituciones que pueden no padecer una pobreza financiera grave pero sí experimentan una extrema exclusión social.

4.2. Discapacidad y exclusión social

En el estudio de la exclusión social cabe destacar la aportación de un grupo de investigadores (Laparra et al., 2008) en el marco del VI Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España publicado por la Fundación FOESSA, entidad pionera en el estudio de la pobreza y la exclusión social en España. Sus autores buscan identificar, cuantificar, y describir los procesos de inclusión social y para ello parten de una definición de exclusión social como proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en la que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad hasta las situaciones de exclusión más graves.

La aportación principal de este trabajo es la construcción de un sistema de indicadores, del que se obtiene un índice sintético de exclusión. La metodología empleada consistió en una encuesta domiciliaria a cerca de 3.500 familias con el fin de establecer cómo se distribuye la población española en el eje integración/exclusión y para conocer cuáles son las características de los grupos más afectados por los procesos de exclusión social. A partir de tres ejes – económico, político y social o relacional– y diversas dimensiones se establece una batería de 35 indicadores (Ver Tabla 61) relacionados con el empleo, los ingresos, la privación, la participación política, la educación, la vivienda, la salud, los conflictos familiares, las conductas asociales, las conductas delictivas, la carencia de apoyo familiar, la existencia de conflictos vecinales y la institucionalización en centros penitenciarios, psiquiátricos o relacionados con la exclusión social. Esta herramienta facilita el análisis de la exclusión ya que permite identificar aquellos hogares que sufren dificultades en cada una de las dimensiones que se han identificado en los procesos de exclusión y analizar su distancia con la situación del conjunto de la sociedad.

Tabla 63: Esquema de indicadores de exclusión social

Ejes de exclusión	Dimensiones	Aspectos		Indicadores
Económico	1. Participación en la producción	Empleo	1	Hogares cuyo sustentador principal está en paro desde hace un año o más
			2	Hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo de exclusión: vendedor a domicilio, venta ambulante apoyo, venta ambulante marginal, empleadas hogar no cualificadas, peones agrícolas eventuales temporeros, recogedores de cartón, reparto propaganda, mendicidad
			3	Hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo de exclusión: que no tiene cobertura de la seguridad social (empleo irregular)
			4	Hogares sin ocupados, ni pensionistas contributivos, ni de baja, ni con prestaciones contributivas por desempleo del INEM
			5	Hogares con personas en paro y sin haber recibido formación ocupacional en el último año
			6	Hogares con todos los activos en paro
	2. Participación del producto social	Ingresos	7	Pobreza extrema: Ingresos inferiores al 30% de la renta familiar mediana equivalente (3.360 € /año)
		Privación	8	Hogares que no cuentan con bienes considerados básicos por más del 95% de la sociedad (agua corriente, agua caliente, electricidad, baño completo, teléfono fijo, teléfono móvil, automóvil, televisión y conexión a internet) por no poder permitírselo
Político y social (ciudadanía)	3. Participación política	Participación política	9	Derecho de elegir a tus representantes políticos y a ser elegido: hogares con alguna persona de 18 o más años, de nacionalidad extracomunitaria
			10	Capacidad efectiva de ser considerado y de influir en el proceso de toma de decisiones colectivas: no participan en las elecciones por falta de interés y no son miembros de ninguna entidad ciudadana
	4. Educación	Educación	11	Hogares con menores de 3 a 15 no escolarizados
			12	Hogares en los que nadie de 16 a 64 años tiene estudios: de 16 a 44, sin completar EGB, ESO o graduado escolar; de 45 a 64, menos de 5 años en la escuela
			13	Hogares con alguna persona de 65 o más que no sabe leer y escribir
	5. Vivienda	Vivienda	14	Infravivienda: chabola, bajera, barracón, prefabricado o similar
			15	Deficiencias graves en la construcción, ruina, etc.
			16	Humedades, suciedad y olores (insalubridad)
			17	Hacinamiento grave (< 15 m /persona)
			18	Tenencia en precario (facilitada gratuitamente por otras personas o instituciones, realquilada, ocupada ilegalmente)
			19	Entorno muy degradado
			20	Barreras arquitectónicas con discapacitados físicos en el hogar
			21	Gastos excesivos de la vivienda (ingresos - gastos viv < umbral pobreza extrema)
6. Salud	Salud	22	Alguien sin cobertura sanitaria	
		23	Han pasado hambre en los 10 últimos años con frecuencia o la están pasando ahora	
		24	Todos los adultos con minusvalía, enfermedad crónica o problemas graves de salud que les generan limitaciones para las actividades de la vida diaria	
		25	Hogares con personas dependientes (que necesitan ayuda o cuidados de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria) y que no la reciben	
		26	Hogares con enfermos, que no han usado los servicios sanitarios en un año	
		27	Hogares que han dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos	
Lazos sociales, relaciones sociales	7. Conflicto social, anomia	Conflictos familiares	28	Alguien en el hogar ha recibido o recibe malos tratos físicos o psicológicos en los últimos 10 años
			29	Hogares con relaciones muy malas, malas o más bien malas
		Conductas a-sociales	30	Hogares con personas que tienen o han tenido en los 10 últimos años problemas con el alcohol, con otras drogas o con el juego
	31		Alguien ha sido o está a punto de ser madre adolescente sin pareja	
	8. Aislamiento social	Sin apoyo familiar	32	Hogares con personas que tienen o han tenido en los 10 últimos años problemas con la justicia (antecedentes penales)
			33	Personas sin relaciones en el hogar y que no cuentan con ningún apoyo para situaciones de enfermedad o de dificultad
			34	Hogares con malas o muy malas relaciones con los vecinos
35			Hogares con personas en instituciones: hospitales y pisos psiquiátricos, centros de drogodependencias, de menores, penitenciarios, para transeúntes o mujeres	

Fuente: Encuesta FOESSA de Integración y Necesidades Sociales, 2008.

Según este estudio, los principales factores de exclusión social son una combinación de distintos elementos de desigualdad acumulados y pueden sintetizarse en los siguientes: el desempleo desprotegido, la enfermedad o discapacidad, el nivel formativo muy bajo, la pobreza severa, la falta de experiencia laboral por trabajo doméstico, la precariedad laboral, el analfabetismo, el aislamiento relacional, la precariedad económica asistida en el hogar y las dificultades económicas en el hogar.

Los datos del Informe FOESSA ponen de manifiesto en qué medida las situaciones de exclusión social se relacionan con la discapacidad: mientras las situaciones de exclusión severa afectan al 5,3% de la población y las que se definen como exclusión compensada al 11,9%, en el caso de las familias en las que hay al menos una persona con discapacidad, los porcentajes llegan al 7,9% y al 21,7%, respectivamente. Frente a tasas de exclusión del 11,9% en el conjunto de la población, en las familias en las que hay al menos una persona con discapacidad las situaciones de exclusión -severas o compensadas- tienen una prevalencia casi tres veces mayor. Para los autores de ese trabajo, “los hogares jóvenes, las personas con discapacidad, los desempleados y, muy especialmente, las minorías étnicas, aparecen como los colectivos prioritarios a la hora de orientar las políticas de lucha contra la exclusión social”

Tabla 64. Distribución de la incidencia de la exclusión social en los hogares españoles (%)

	Integración	Integración precaria	Exclusión compensada	Exclusión severa	Total
Total	47,5	35,3	11,9	5,3	100,0
Hogares con personas con minusvalía	34,8	35,5	21,7	7,9	100,0

Fuente: VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, 2008, Fundación FOESSA.

Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que las personas con discapacidad constituyen un grupo social de elevada vulnerabilidad dada la multiplicidad de factores de riesgo de exclusión a los que se enfrentan. De manera específica, la relación entre discapacidad y exclusión social se muestra significativa en los ejes relacionados con los derechos políticos y sociales y en el que concierne a los lazos y relaciones sociales. Dentro del eje de exclusión político y social, los datos muestran que en las dimensiones de salud, vivienda y educación se da una relación significativa entre discapacidad y los indicadores de exclusión social. Además, con respecto a la relación entre discapacidad y pobreza, los autores señalan que hay tres indicadores de exclusión económica –(1) hogares cuyo sustentador principal está en paro desde hace un año o más, (2) hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo de exclusión y (6) hogares con todos los activos en paro– que correlacionan significativamente en los hogares en los que vive una persona con discapacidad. Los datos de este trabajo muestran que tanto la discapacidad como la entrada en la misma dan lugar a un aumento de la probabilidad

de ser pobre, a lo cual se suma que este efecto es claramente mayor cuando la persona tiene una discapacidad que la limita severamente. Según sus autores, la discapacidad es un problema serio para el bienestar económico de los hogares no sólo a corto sino también a largo plazo.

A partir del análisis de la información disponible en este informe, Pérez Bueno y Huete (2009) realizan una revisión en la que plantean, por un lado, la necesidad de llevar a cabo un análisis en profundidad de la situación laboral en función del tipo de discapacidad, dado que, no son comparables ni las necesidades de apoyo para acceder al empleo son equiparables, ni la situación laboral. En este sentido, destacan que las personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental, presentan los resultados más precarios por lo que es necesario detectar sus necesidades de apoyo. De igual modo, se señala que resulta imprescindible prestar atención a la perspectiva de género. Según estos autores la mujer presenta un nivel más alto de invisibilidad que el hombre, su ritmo de incorporación al mercado laboral es más bajo, y presenta tasas de inactividad todavía extremadamente altas, ya que los niveles de empleo y actividad de las mujeres con discapacidad son sensiblemente inferiores a los de los varones (ambos a su vez, inferiores a los de la población general). El acceso en igualdad de oportunidades a los recursos educativos y de formación para el empleo constituyen un elemento crucial para disminuir el riesgo de exclusión de las personas con discapacidad en su edad adulta, es decir, su acceso a un papel activo en la sociedad, basado en una posición económicamente independiente.

Otra idea clave que se extrae del trabajo de revisión de Pérez Bueno y Huete es la de que las personas que viven en contextos de exclusión se encuentran expuestas, a su vez, a riesgos más altos de adquisición de discapacidad. En este sentido, se plantean que el fortalecimiento de las redes y recursos de apoyo disponibles para potenciar la participación social de una forma autónoma e independiente de las personas con discapacidad, contribuirá decisivamente a la reducción del riesgo de exclusión para las personas con discapacidad. A su juicio, las situaciones de confluencia entre exclusión y discapacidad, requieren el despliegue de medidas específicas de intervención, que tengan en cuenta las situaciones de multi-exclusión. Para ello, plantean la necesidad e introducir la discapacidad como elemento transversal en futuros planes de lucha contra la exclusión.

A partir de ese análisis, se puede concluir que esta batería de indicadores que plantea el Informe FOESSA es lo suficientemente sensible como para identificar la situación de vulnerabilidad frente a la exclusión de las personas con discapacidad. Sin embargo, en la medida en que se trata de una definición orientada al conjunto de la población, no toma en cuenta determinadas situaciones —de segregación, de falta de participación, de

desvalorización— que afectan de forma especial a las personas con discapacidad. Por otra parte, cabe señalar de ese concepto que se limita a detectar situaciones de acumulación de factores de desventaja social, generalmente ligados a los aspectos materiales, por lo que no siempre puede recoger los factores subjetivos y/o las situaciones de discriminación que en la práctica padecen las personas con discapacidad (Villalobos y Zalakain, 2010). En ese mismo sentido, las críticas principales que ha recibido este trabajo son las que conciernen al excesivo peso que en general tienen los factores económicos —de desigualdad de renta, de privación material— frente a un menor énfasis en los aspectos simbólicos, y en aquellos ligados a la participación social y a la equiparación entre exclusión social e inactividad laboral.

4.3. Propuestas de indicadores

Por último, también cabe destacar una propuesta reciente de un sistema de indicadores que permitiría medir el grado de inclusión social de las personas con discapacidad. Huete (2010), a la vista de la revisión de indicadores de inclusión social en discapacidad de diferentes fuentes, propone un sistema de indicadores que define tres grandes grupos de conceptos clave sobre los que se pueden construir indicadores de inclusión social en discapacidad:

Cuadro 12. Sistema de indicadores de inclusión social en discapacidad

Dimensión	Indicadores
Económica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generación de ingresos ▪ Fuentes de gasto ▪ Financiación ▪ Planificación presupuestaria ▪ Ahorro
Estructural / Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación ▪ Vivienda ▪ Salud ▪ Autonomía personal ▪ Igualdad de oportunidades ▪ Accesibilidad ▪ Bienestar físico ▪ Servicios y recursos de apoyo individualizados ▪ Protección jurídica
Relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación cívica ▪ Discriminación ▪ Comunicación ▪ Movilidad ▪ Relaciones personales ▪ Aislamiento ▪ Violencia ▪ Dependencia ▪ Bienestar emocional

Fuente: Huete 2010.

Estos tres grandes bloques de conceptos, que a su vez agrupan indicadores para medir la posición de inclusión social de personas con discapacidad, son la dimensión económica, la

estructural/personal y la relacional. Para poder medir la inclusión y establecer indicadores concretos se hace necesario ordenar y jerarquizar los diferentes conceptos en dimensiones y variables más precisas. Su autor plantea que el principal reto a la hora de construir indicadores sobre inclusión social en discapacidad vendrá dado no tanto por la existencia de fuentes o medios de verificación, sino por la cualidad y significado de su expresión numérica. En el caso de las personas con discapacidad la mera disponibilidad o mejora de bienes, recursos o servicios de apoyo no siempre se relacionará de una forma directa con mayor o mejor situación de inclusión. En consecuencia, los indicadores del cuadro pueden representar una medida de riesgo o de protección de la inclusión social. Por ello, sería interesante conocer la información desagregada por países para poder hacer análisis comparativos, más allá de la identificación del número de personas según el tipo de discapacidad y centrados en las condiciones de vida y en la garantía de las oportunidades de desarrollo personal y de derechos humanos.

CONCLUSIONES

Cerramos este texto con un capítulo final de conclusiones el cual recoge algunos de los aprendizajes significativos sobre discapacidad obtenidos a lo largo del proceso de investigación. Se presentan a modo de reflexiones y constataciones sobre la información estudiada y analizada. El capítulo se estructura en tres bloques temáticos, vinculados con los aspectos presentes en este libro y en el proyecto de investigación, como son el concepto de discapacidad; las fuentes estadísticas y los derechos humanos.

Sobre el concepto de discapacidad

Hablamos de personas con discapacidad, no personas discapacitadas porque señalamos primero a la persona y en segundo lugar el término de discapacidad, en lugar de etiquetarla como discapacitada. La discapacidad puede afectar a parte de sus actividades, pero no a la personas en su conjunto, por lo que el lenguaje ayuda, en gran medida, a *cambiar o mejorar la actitud de la sociedad respecto a las personas con discapacidad y mejorar su calidad de vida* (Crespo, Campo, Verdugo: 2003, 21).

La evolución de la terminología utilizada para referirse al concepto de discapacidad y a las personas que la experimentan, siempre ha ido de la mano de los modelos que han pretendido explicar esta realidad humana y las actitudes de la sociedad hacia ella. Por lo que la manera de interpretar la discapacidad en las diferentes sociedades y épocas históricas han influido en la forma de relacionarse de las personas y las instituciones sociales con la discapacidad. De ahí que los cambios sean el reflejo del tratamiento que cada sociedad otorga a las personas con discapacidad. Términos como minusvalía y deficiencias siguen siendo utilizados en medios de comunicación, publicaciones científicas y por la población en general, para referirse a personas que apenas puedan tener una leve limitación en el ejercicio de su vida diaria. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), para proporcionar una clasificación global e interdisciplinar sin estigmatizaciones hacia las personas que sufrieran algún tipo de discapacidad. Si bien, como se ha podido comprobar en el estudio realizado en Piura, este tipo de adjetivaciones todavía están presentes entre la población, identificando a la persona con la

discapacidad con las deficiencias exteriormente perceptibles, especialmente las de carácter físico.

Siguiendo las indicaciones de la OMS la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

La discapacidad forma parte de la condición humana porque casi todas las personas pueden sufrir, en algún momento de su vida, algún tipo de discapacidad transitoria o permanente, y las que lleguen a edades avanzadas experimentarán dificultades crecientes, sobre todo, de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. (Informe OMS)

La identidad de las personas con discapacidad ha sido reconocida e impuesta, hasta hace bien poco, desde un entorno sin discapacidad. Por lo que la discapacidad les otorgaba, a las personas que la tenían, la condición de marginados o excluidos en un entorno en el que debían convivir sabiendo de la carencia manifiesta de algo de lo que otros poseían.

Igualmente los condicionantes económicos, políticos y normativos afectan directamente a la integración social de las personas con discapacidad, por tener menos oportunidades educativas y laborales que el resto de población, de manera que les afecta en su propia progresión social y económica.

Otro punto clave para las personas en estas circunstancias es el acceso a los recursos y los servicios, puesto que cuanto mayor sea la red de apoyo tanto social como comunitario, mayor sea la facilidad de acceso y la extensión de los servicios, y por ende, mayores serán los beneficios obtenidos traducidos en términos de bienestar, que revertirán en el conjunto de la sociedad. En este aspecto, las entidades tanto públicas como privadas en el marco social de interacción ejercen una función central, porque activan medidas hacia la promoción y prevención de las situaciones de discapacidad, aunque la intervención vaya encaminada, principalmente, hacia a aquellas personas cuya situación de discapacidad o dependencia esté reconocida por la normativa vigente.

El entorno sociocultural de las personas con discapacidad es un escenario que puede ser altamente integrador o altamente excluyente en cuanto a dos elementos, el sistema educativo y

el sistema de comunicación. Esto es especialmente patente en los países menos desarrollados, tal como se ha puesto de manifiesto en el estudio realizado en la región de Piura. En el campo de la comunicación hay que destacar la limitación de recursos adaptados, especialmente en países menos desarrollados. Lo mismo puede decirse respecto al ámbito educativo, donde no existen las medidas suficientes para apoyar educativamente a los que lo necesitan convirtiéndose en barreras para el aprendizaje y la inclusión:

Otro factor que afecta directamente a este colectivo es el relacionado con los ingresos económicos. Tener una discapacidad implica una alta probabilidad de poseer una identidad social débil y unas condiciones de vida precarias, tanto en el terreno laboral, educativo, social, como en el económico. La suma de limitaciones y barreras dejan fuera a un gran número de personas con discapacidad, presentándose un entorno lleno de restricciones y con el agravante de que los hogares en los que viven personas con discapacidad deben asumir gastos adicionales específicos, para los que no siempre se dispone de cobertura económica.

Pero de todos los obstáculos, descritos anteriormente, una de las principales barreras con las que se encuentran las personas con discapacidad sigue siendo la mental, porque todavía existen, actitudes, prejuicios y estereotipos en relación con las personas con discapacidad que dificultan su inclusión en la comunidad e impiden que disfruten en plenitud de sus derechos ciudadanos. Dado que estas ideas desenfocadas surgen y se alimentan principalmente del desconocimiento, la mejor herramienta para removerlas es, precisamente, generar y difundir conocimiento sobre la discapacidad, contribuyendo así a construir una sociedad capaz de respetar los derechos de todos y de valorar la diversidad, que enriquece el amplio mosaico de matices que es el diario vivir de la gran familia humana.

Sobre el tratamiento estadístico de los datos sobre discapacidad

En lo que se refiere al tratamiento estadístico del término y de la realidad que encierra, nos encontramos con que abordar este fenómeno presenta serias dificultades por las diferencias metodológicas que cada país establece en la recogida de información y en el análisis de los datos obtenidos, por lo que se pone de manifiesto la ausencia y necesidad, a la vez, de indicadores generales y estándares para todos.

Disponer de datos estadísticos de mayor calidad y fiabilidad sobre el número y características de la población afectada es primordial para profundizar en el conocimiento de la situación y de las necesidades de las personas con discapacidad, para poder llevar a cabo una mejor planificación de las políticas sociales de cualquier sociedad.

El número de personas con discapacidad está creciendo, provocado en gran medida por el envejecimiento de la población, puesto que las personas mayores tienen un mayor riesgo de discapacidad y por una acentuación de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

La discapacidad afecta en mayor medida a las poblaciones vulnerables. Los resultados de la *Encuesta Mundial de Salud* indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados, en donde las personas, situadas en el quintil más pobre, sobre todo mujeres y personas mayores, se ven más afectadas.

Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica también son un colectivo con mayor riesgo de discapacidad. Y los datos de las *encuestas a base de indicadores múltiples* en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños.

Según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, alrededor de 1.000 millones de personas –un 15% de la población– sufren algún tipo de discapacidad en el mundo. Uno de cada cinco discapacitados –lo que supone una cifra de entre 110 y 190 millones de personas, tiene grandes dificultades en el desarrollo del día a día. Pero ante esta realidad pocos son los países que disponen de verdaderos mecanismos para poder responder a las necesidades de las personas con discapacidad. Entre estos obstáculos se encuentran la estigmatización y la discriminación, la falta de atención sanitaria y de servicios de rehabilitación adecuados, además de la inaccesibilidad de servicios de transporte, edificios y tecnologías de la comunicación. (Informe OMS)

Para el caso de Europa, y según la base de datos del PHOGUE, el perfil sociodemográfico de la discapacidad, referido a población entre 16 y 65 años, indica que 38 millones de europeos, de países comunitarios, tienen alguna discapacidad, ya sea física, psíquica o sensorial, lo que manifiesta, en términos relativos, que un 10% tiene una discapacidad moderada, mientras que para el 4,5% es severa.

La prevalencia total de la discapacidad en la Unión Europea es del 16,2% con una diferencia entre hombres (16,3%) y mujeres (16,1%) mínima. Para España la proporción se sitúa en 8,7% frente a los 16,2% de la Unión Europea

Por países podemos observar diferencias notables. Gran Bretaña destaca por tener el porcentaje más elevado (27,2%) con respecto a Rumanía (5,8%) e Italia (6,6%) con una presencia de personas discapacitadas considerablemente más reducida. Estas diferencias

ponen de manifiesto, nuevamente los sesgos a los que se aludía al principio en cuanto a la conceptualización sobre la discapacidad en los países comunitarios y a la metodología de recogida de información. Pero una cosa permanece clara y es que con la edad la tasa de prevalencia aumenta. El grupo de edad comprendido entre los 55 y 64 años alcanza para la UE el 30,7% y el 21,6 % para España.

En nuestro país²³ nos encontramos con que más de 3,85 millones de personas tienen alguna discapacidad o limitación, lo que supone una tasa de 85,5 por mil habitantes. De estas personas el 67,2% presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% tiene problemas relacionados con las tareas domésticas y el 48,4% con las tareas del cuidado e higiene personal.

Un total de 608.000 personas con discapacidad viven solas en su hogar. De las 269 mil personas que residen en centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos tienen alguna discapacidad. Y cuatro de cada diez personas de seis y más años con discapacidad tienen deficiencias en huesos y articulaciones (42,0%), pero la deficiencia que causa mayor número de discapacidad es la mental.

El sexo y la edad influyen en la discapacidad. El 59,8% de las personas son mujeres y por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad.

Por CCAA la mayor tasa de discapacidad se da en Galicia (112,9 por mil habitantes) seguida de Extremadura (109,9). Mientras que La Rioja presenta la tasa más baja junto a Cantabria (61,6 y 70,0 por mil habitantes respectivamente).

La discapacidad en España aparece, según los datos que se desprenden de la EDAD (2008) a edades más tardías, aun habiendo aumentado el periodo de exposición al riesgo de discapacidad como consecuencias del aumento de la esperanza de vida. El incremento en la calidad y el nivel de vida en general, así como las expectativas de apoyo generadas por las leyes de reconocimiento de derechos pueden traducirse en un cambio en la percepción de la situación de discapacidad y de las necesidades de asistencia y de cuidados personales²⁴.

²³ Datos a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. EDAD, 2008. (2010) INE.

²⁴ Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010, Observatorio Estatal de la Discapacidad, Badajoz, 2010, pág. 36 y siguientes.

En el caso de Perú tanto la recogida de información sobre discapacidad como el tratamiento que se hace de la misma difiere sensiblemente del tratamiento en los países de la Comunidad Europea.

Las personas con discapacidad en Perú son consideradas como uno de los grandes grupos de población que se encuentra en situación de riesgo o vulnerabilidad, debido, principalmente, a la pobreza y extrema pobreza de las personas y de la marginación y discriminación de las que son objeto.

En este caso hay que recurrir en primer lugar a los censos de población de Perú, con datos relativos a los hogares más que a las personas, como ocurría en las encuestas específicas de la Unión Europea. Y en segundo lugar al Registro del Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad de Perú (CONADIS) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo. Es un registro voluntario de personas con discapacidad, lo que plantea los problemas que este tipo de información pueda conllevar. Inscritos en el CONADIS, a finales de 2009 estaban cerca de 69.000 personas, que representa el 0.25% de la población, mostrando una aproximación a la discapacidad oculta o de personas con discapacidad con bajo nivel de atención social.

A su vez el CONADIS se descentraliza en cada gobierno regional en las Oficinas Regionales de Atención a las Personas con Discapacidad (OREDIS) para velar por el desarrollo de políticas y acciones integrales hacia las personas con discapacidad, abogando por una reducción hasta su eliminación, de cualquier forma de discriminación hacia las personas con discapacidad.

Otra fuente de recogida de información proviene de las Oficinas Municipales de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED) creadas con el propósito de brindar servicios de protección, participación y organización a las personas con discapacidad residentes en la municipalidad, para el desarrollo, ejecución y evaluación de programas y proyectos que promovieran su integración.

Dicho esto los datos revelan que la realidad peruana sitúa la prevalencia de la discapacidad en hogares, según los datos del Censo de Población y Vivienda de 2007, en un 10,9%, lo que en términos absolutos equivale a 735.334 hogares en los que hay algún miembro que presenta algún tipo de discapacidad²⁵. Si se tiene en cuenta el área de residencia –urbana o rural– en la distribución geográfica de estos hogares, los datos del Censo de 2007 indican que ocho de

²⁵Recordemos que en el caso de Perú el Censo ofrece datos relativos a hogares y no a individuos como en otro tipo de encuestas.

cada diez hogares (83,0%), pertenecen a áreas urbanas y el 17,0%, es decir 125.362 hogares, están ubicados en zonas rurales.

También se observan diferencias entre departamentos (divisiones geográficas del país) en lo que se refiere a la proporción de personas que presentan algún tipo de discapacidad. Los departamentos peruanos en los que las tasas de prevalencia de discapacidad son más altas son Lima (13,1%), Moquegua (12,9%), Arequipa (12,3%), Ica (11,6%) Tacna (11,0%) y 9,9% para el caso de Piura

A partir de toda la información anteriormente expuesta podemos afirmar que disponer de datos estadísticos de la mayor calidad y fiabilidad posible sobre la dimensión y las características de la población con discapacidad es fundamental para profundizar en el conocimiento de la situación y de las necesidades de las personas con discapacidad y para una mejor planificación de las políticas sociales en materia de discapacidad. La unificación de criterios para la recogida y explotación de los datos mejorará en los propios resultados que se obtengan y se constituirán en una herramienta de obligada utilización para el abordaje del fenómeno de la discapacidad.

Sobre los Derechos Humanos en la atención a las personas con discapacidad

Existen diferentes enfoques para abordar el tema de la discapacidad: el *modelo prescindencia*, que considera que las personas con discapacidad son totalmente prescindibles en cualquier sociedad, de ahí la aplicación de políticas eugenésicas o la exclusión más severa; el *modelo rehabilitador*, que pretende rehabilitar con tratamientos médicos a las personas con discapacidad para normalizar su situación y proporcionarle servicios tanto en el ámbito educativo, como sanitario y laboral; y el modelo social. Este modelo es el más extendido actualmente. Considera que las causas que originan la discapacidad no son solo individuales, sino que el aspecto social tiene un peso importante. Las limitaciones individuales pesan, pero lo hacen aun más las limitaciones de la sociedad para prestar servicios adecuados y asegurar, de manera apropiada, que las necesidades de las persona con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la compleja organización social. Se trata de reorientar la atención hacia el impacto de las barreras sociales y ambientales, las actitudes discriminatorias y los estereotipos culturales negativos que mermaban a las personas con alguna deficiencia.

En la actualidad, gracias al avance producido en las últimas décadas, se está produciendo un acercamiento hacia en consenso científico y legislativo en la consideración de la discapacidad

como una manifestación de la interrelación entre las características del individuo, con limitaciones en algunos aspectos personales, y el medio en el que se desenvuelve.

Pero aun habiéndose producido una evolución, favorablemente positiva, en el tratamiento de la discapacidad, todavía se siguen escuchando voces que sitúan la discapacidad como una carencia, una falta que transforma lo normal, incluso en patológico, con la correspondiente visión negativa del término.

Considerar la discapacidad más allá de la afección que pueda tener cualquier persona, de manera individual, significa aceptarla como sujeto de derecho, con las mismas posibilidades de participación que el resto de los miembros de cualquier comunidad y en igualdad de condiciones.

Por ello se precisan medidas que garanticen los derechos humanos a las personas con discapacidad. Requiriéndose para ello la intervención de organismos como las Naciones Unidas, que den marco internacional al enfoque y un mayor empuje a través de recomendaciones, tratados y acuerdos.

En esta línea *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*, aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. La CDPD se hace eco de un cambio importante en la comprensión de la discapacidad y en las respuestas mundiales a este problema. Vemos, por tanto que el enfoque de derechos humanos puede proporcionar un marco jurídico que garantice la no discriminación y la igualdad de oportunidades, aunque no siempre el reconocimiento vaya acompañado a la disponibilidad de recursos por parte del estado para garantizarlos.

La CDPD se ha convertido en protagonista del nuevo contexto internacional en materia de derechos y discapacidad, puesto que se presenta como el marco jurídico de carácter vinculante para los países que la han ratificado, y una herramienta de referencia para la conceptualización de la discapacidad y la formulación de políticas a escala internacional, regional, nacional y local, puesto que en su preámbulo instruye sobre la discapacidad como concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás.

BIBLIOGRAFÍA

- Análisis de la situación de la discapacidad en Perú 2007* (2008). Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores”. Disponible en: <http://www.inr.gob.pe/Documentos%20pdf/LIBRO_%20ESTADISTICA%20INSTITUTO_2008.pdf>.
- Angulo, N. (2009). *Derechos humanos y desarrollo al alba del siglo XXI*. Madrid: Cideal.
- Asís, R. de; Bariffi, F. y Palacios, A. (2007). "Principios éticos y fundamentos jurídicos", en Lorenzo, R. de y Cayo, L. (dir.). *Tratado sobre Discapacidad*. Pamplona: Thomson Aranzadi, pp. 83-113.
- Ayuso-Mateos, J.L.; Nieto-Moreno, M.; Sánchez-Moreno y Vázquez-Baquero, J.L. (2006). “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica”. *Medicina Clínica*, 126 (12): 431-466.
- Banco Mundial (2004). *Alianzas para una sociedad inclusiva* [taller de trabajo].
- Calvo, J. I.; Martín, A.M. y Sánchez, C. (2002). “Avances en Discapacidad”. *Fisioterapia*, 24 (2): 107-114.
- Caparrós, N.; Raya, E.; Correa, G. y Larraz, I. (2012). *La experiencia de la cooperación al desarrollo. El mundo de Fabrizio*, Madrid: Catarata.
- Centeno, A.; Lobato, M. y Romanach, J. *Indicadores de vida independiente (IVI) para la evaluación de políticas y acciones desarrolladas bajo la filosofía de la vida independiente*. España: Foro de Vida independiente y Divertad.
- Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)* (2004). Madrid: OMS, IMSERSO. Disponible en: <<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ciffinalb.pdf>>.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. (2008). Nueva York: ONU. Disponible en: <<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>>.
- Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea. Tiempo de cambio, herramientas para el cambio. Informe definitivo* (2003). Madrid: CERMI. (Colección Cermi.es, 7). Disponible en: <<http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/46/7Exclusion.pdf>>.

- Crespo, M.; Campo, M. y Verdugo, M.A. (2003). “Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (cif): un largo recorrido”. *Siglo cero: Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual*, 205: 20-26.
- Department for International Development, DFID (2000). *Disability, poverty and development*. Londres: UK Government, DFID.
- Egea, C. y Sarabia, A. (2001). *Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Encuesta nacional de hogares sobre discapacidad en Lima metropolitana y Callao 2005 (EHODIS)*. Lima: INEI, CONADIS.
- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008* [web en línea]. Madrid: INE. Disponible en: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>>.
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999* [web en línea]. Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>>.
- Eurostat (2001). *Disability and social participation in Europe*. Luxemburgo: Office for official publications of the European Communities. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-AW-01-001/EN/KS-AW-01-001-EN.PDF>.
- Eurostat (2008). *Employment and unemployment (LFS)* [base de datos]. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database>.
- Eurostat (2008). *Social protection (SPR)* [base de datos]. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/social_protection/data/database>.
- Eurostat (2009). *Income and living conditions (ILC)* [base de datos]. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_condition/data/database>
- Frades, J. (2010). “El gasto social en España y en la Unión Europea”. *Documentación social*, 157: 47-73.

- Fresno, J. M. (coord.) (2007). *Cuestiones y retos clave en la inclusión social*. Madrid: Fundación Luis Vives. (Documento provisional para debate, 1). Disponible en: http://www.fundacionluisvives.org/upload/62/39/Doc_debate.pdf.
- García Martín, J. M. (2005). “La discapacidad hoy”. *Intervención psicosocial*, 14 (3): 245-253.
- González, M. (1990). “Uso de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM)”, en *Perspectivas de Rehabilitación Internacional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Grammenos, S. (2009). *IDEE-Indicators of disability in Europe. Feasibility study. An evaluative report on feasibility of using existing data sources*. Utrecht: Academic Network of European Disability Experts.
- Hernández Pedreño, M. (2008). *Exclusión social y desigualdad*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Huete García, A. (2010). “Propuesta de un sistema de indicadores de la inclusión social”, en Pérez Bueno, L. C. (dir.). *Discapacidad, tercer sector e inclusión social. Estudios en homenaje a Paulino Azua Berra*. Madrid: CERMI, pp. 331-346. (Colección Cermi.es, 47). Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/89/Discapacidad%20Tercer%20Sector.pdf>.
- Informe RIINE 2008*. Madrid: Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación para la Educación de Personas con Necesidades Educativas Especiales (RIINE).
- Jiménez, A. (2007). “Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes”, en Lorenzo, R. de y Pérez Bueno, L. C. (dir.) *Tratado sobre Discapacidad*. Pamplona: Thomson Aranzadi, pp. 177-205.
- Lamas Rojas, H. (2010). “Personas con discapacidad en Perú: La exclusión como ruptura del vínculo social”. *Revista española del tercer sector*, 14: 167-175.
- Laparra Navarro, M. et al. (2007). “Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión, implicaciones metodológicas”. *Revista española del tercer sector*, 5: 15-58. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2376685.
- Laparra Navarro, M. y Pérez Eransus, B. (coords.) (2009). *Exclusión social en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Laparra Navarro, M. y Pérez Eransus, B. (2010). *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

- Maldonado Zambrano, S. (2006). *Trabajo y discapacidad en el Perú: Mercado laboral, políticas públicas e inclusión social*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú. Disponible en: <<http://es.scribd.com/doc/35746403/Trabajo-Personas-con-discapacidad>>.
- Malo, M.A. y Dávila, C. D. (2006). *La protección social de las personas con discapacidad: ayudas técnicas, ayudas personales y pobreza*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Módulo año 2002. *Personas con discapacidad y su relación con el empleo (Metodología EPA-2005): Discapacidades y su relación con el empleo* [web en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308/meto_05/modulo/2002/&file=pcaxis>.
- Pantano, L. (2009). *Medición de la discapacidad en Latinoamérica. Orientación conceptual y visibilización*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Pérez Bueno, L. C. y Huete García, A. (2009). “Discapacidad y exclusión social”, en Laparra Navarro, M. y Pérez Eransus, B. (coords.). *Exclusión social en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. Madrid: Fundación FOESSA, pp. 281-304.
- Pérez Bueno, L. C. y Huete García, A. (2008). *Discapacidad y exclusión social* [Documento de trabajo]. Madrid: CERMI.
- Perfil sociodemográfico de Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda* (2008). Lima: INEI. Disponible en: <<http://www.inei.gob.pe/Anexos/libro.pdf>>.
- Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo* (2006). Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (HR/PUB/06/8). Disponible en: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>>.
- Raya Diez, E. (2006). *Indicadores de exclusión social. Una aproximación al estudio aplicado de la exclusión*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Rodríguez Campo, R.; Calvo Torres, I.; García Crespo, MV.; López Otero, J. y Vázquez Otero, AM. (2008). “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: Un giro en las políticas públicas de protección social”. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia*, 8: 1-32. Disponible en: <<http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf>>. [Fecha de consulta 22/09/2011].

- Ruiz de Castilla, M. y Yábar, I. *Personas invisibles: hacia una cultura de la inclusión en Perú*. Disponible en: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/13512872/2126979806/name/Personas+invisibles.pdf>>.
- Samaniego de García, P. (dir.) (2009). *Personas con discapacidad y acceso a servicios educativos en Latinoamérica. Breve análisis de situación*. Madrid: CERMI (Colección Cerme.es, 39). Disponible en: <<http://www.cerme.es/es-ES/ColeccionesCerme/Cerme.es/Paginas/Inicio.aspx?TSMEIdPub=57>>.
- Shalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. Disponible en: <http://bookstore.aaid.org/BookChapterExcerpt%5CHandbk_Human_Service.pdf>.
- Seelman C. C. (2004). “Tendencia en la rehabilitación y en la discapacidad: Transición desde un modelo médico a un modelo de integración”. *Disability World*, 22.
- Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y Derechos Humanos* (2002). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, 1). Disponible en: <<http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>>.
- Vernant, J. P. et al. (1993). *El hombre griego*. Madrid: Alianza. Citado por Sánchez, G. y López T. (2003). “El estudio de la historia para comprender el trabajo social. La ayuda al necesitado en la Antigüedad de Oriente a Occidente”, en Fernández, T. y Alemán, C. (coords.). *Introducción al Trabajo social*. Madrid: Alianza.
- VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2008* (2008). Madrid: Fundación FOESSA.
- Villalobos, E. y Zalakain, J. (2010). “Delimitación conceptual de la inclusión social”, en Pérez Bueno, L. C. (dir.). *Discapacidad, tercer sector e inclusión social. Estudios en homenaje a Paulino Azua Berra*. Madrid: CERMI, pp. 25-50. (Colección Cerme.es, 47). Disponible en: <<http://www.cerme.es/es-ES/ColeccionesCerme/Cerme.es/Lists/Coleccion/Attachments/89/Discapacidad%20Tercer%20Sector.pdf>>.
- Ward, T. y Grammenos, S. (dir.) (2007). *Men and women with disabilities in the EU: Statistical analysis of the LFS ad hoc module and the EU SILC*. Disponible en: <<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3007&langId=en>>.

SOBRE LAS AUTORAS

Esther Raya Diez

Doctora y Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología, Master en Gestión de Servicios Sociales y Diplomada en Trabajo Social. Actualmente es Profesora Titular de Trabajo Social y Servicios Sociales en la Universidad de la Rioja, donde es Directora de Estudios de Trabajo Social. Ha realizado varios trabajos de investigación nacionales e internacionales y es autora de varios libros y artículos científicos en temáticas relacionadas con la intervención social, las políticas sociales y la exclusión social. Desde el año 2006 coordina varios proyectos de cooperación universitaria al desarrollo.

Neus Caparrós Civera

Doctora en Educación (Universidad de Navarra), Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología (Universidad Autónoma de Barcelona) y Diplomada en Trabajo Social (Universidad de Barcelona). Profesora de Trabajo Social y Servicios de la Universidad de La Rioja. Comenzó ejerciendo la profesión de trabajadora social para después pasar al ámbito universitario en el cual ha desarrollado su labor investigadora. Miembro de la Cátedra Unesco en la Universidad de La Rioja sigue profundizando en las áreas de la familia, modelos educativos y de los colectivos más desfavorecidos de las sociedades postindustriales.

Giovanna Britt Peña Correa

Psicóloga, docente de la Facultad de Ciencias Sociales y Educación de la Universidad Nacional de Piura, coordina proyectos de cooperación al desarrollo y voluntariado universitario en temas de discapacidad. Es miembro del Consejo Regional de Integración de la Persona con Discapacidad (COREDIS) y del Comité Directivo Regional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil de la Región Piura.

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario



OMAPED 1



I. DATOS PERSONALES												
Apellido Paterno												
Apellido Materno												
Nombres												
Género		Estado civil				Documento de Identidad			Número de documento			
Hombre	1	Soltero	1	Divorciado	4	Libreta Electoral o DNI			1			
		Casado	2	Conviviente	5	Partida de Nacimiento			2			
Mujer	2	Viudo	3	Indocumentado			3					
					Doc. Ident. Discap. - DID			4				
II. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO												
Fecha de Nacimiento				Lugar de Nacimiento		País						
						Región						
						Provincia						
*Día Mes Año						Distrito						
III. DOMICILIO												
Tipo de Vía						Nombre de la Vía						
Avenida	1	Jirón	3	Alameda	5							
Calle	2	Pasaje	4	Parque	6							
Número		Block/Edif.		Dpto.		Conjunto Urbano			Nombre del Conjunto Urbano			
						Urbanización	1	AA.HH	5			
						Conj. Habitac.	2	Centro Poblado	6			
Etapa		Mz.		Lote		Unidad Vecinal	3	Anexo	7			
						Pueblo Joven	4	Caserío	8			
Ubicación del Domicilio		Dpto.								Teléfono		
		Prov.								Código	Número	
		Dist.										
IV. CONDICION DE VIVIENDA												
Tenencia:		Propia	<input checked="" type="checkbox"/>	Alquilada	<input checked="" type="checkbox"/>	Familiar	<input checked="" type="checkbox"/>					
Material:		Ladrillo	<input checked="" type="checkbox"/>	Adobe	<input checked="" type="checkbox"/>	Tripley	<input checked="" type="checkbox"/>	Esteras	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros	<input checked="" type="checkbox"/>	
Servicios Básicos:		Luz	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	Desague	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	
Los ambientes son accesibles a su discapacidad:		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>								
Si. Cuales?		Baño	<input type="checkbox"/>	Dormitorio	<input type="checkbox"/>	Cocina	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>			
V. DISCAPACIDAD												
ORIGEN		1. CONGENITO <input type="checkbox"/>				3. ADQUIRIDA (por Accidente) <input type="checkbox"/>						
		2. ADQUIRIDA (por Enfermedad) <input type="checkbox"/>										
TIPO DE DISCAPACIDAD		1. LOCOMOCION <input type="checkbox"/>				2. VISUAL <input type="checkbox"/>						
		3. AUDITIVA Y/O LENGUAJE <input type="checkbox"/>				4. INTELECTUAL <input type="checkbox"/>						
VI. CONDICION DE DISCAPACIDAD												
1. Depende de otra persona:		<input type="checkbox"/>				2. Independiente <input type="checkbox"/>						
3. Tiempo de discapacidad						años						
VII. SEGURIDAD SOCIAL U OTROS												
Cuenta con seguro de salud		SI <input type="checkbox"/>				NO <input type="checkbox"/>						
Tipo de seguro:		ESSALUD <input type="checkbox"/>				Privado <input type="checkbox"/>		SIS <input type="checkbox"/>				

Anexo 2. Cuestionario de accesibilidad de la región de Piura



Cuestionario de Accesibilidad de la Región de Piura

DATOS DEL EDIFICIO/ESTABLECIMIENTO	
Nombre:	Contacto:
Dirección:	Teléfono:
Localidad/C.P.:	Fax:
Web:	E-mail:

A. ACCESO PRINCIPAL ACCESIBLE / PRACTICABLE / INACCESIBLE

Acceso: ≤ 6mm vertical Entre 6mm y 13 mm biselado > 13 mm (mediante rampa)

Escaleras _____

Rampa no

Diferencias de cota m.	Pendiente %	Ámbito (≥ 90 cm)	*Pásmanos		Contrazócalo (15 cm)
> 2 m 1,81 m - 2 m 1,21 m - 1,80 m 0,76 m - 1,20 m 0,26 m - 0,75 m < 0,25 m	2 % 4 % 6 % 8 % 10 % 12 %		altura mínima de 0,80 m	Prolongación horizontal de 0,45 m en arranque entrega	
*Rampas mayores de 3 metros					

Sistema alternativo de elevación: _____ (Plataforma Vertical / Plataforma Salva Escaleras / Silla Salva Escaleras)

Puerta manual Puerta automática Puerta giratoria (acceso secundario)

Puerta abatible Puerta corredera

Anchura de la puerta: < 1,20 m. ≥ 1,20 m. (Aportada por no más de 1 hoja)

En puerta doble hoja una mínima de 0,90 m.: Si No

Espacio libre mínimo entre 2 puertas (batientes) consecutivas abiertas ≥ 1,20 m.: Si No

Elementos accesibles (indique la altura: ___ - ___ m) (No mayor de 1,20 m)

Observaciones: _____

B. ACCESO SECUNDARIO ACCESIBLE / PRACTICABLE / INACCESIBLE

Si No

Acceso: ≤ 6mm vertical Entre 6mm y 13 mm biselado > 13 mm (mediante rampa)

Escaleras _____

Rampa no

Diferencias de cota m.	Pendiente %	Ámbito	Pásmanos	Zócalo



Cuestionario de Accesibilidad de la Región de Piura

- Sistema alternativo de elevación: _____ (Plataforma Vertical / Plataforma Salva Escaleras / Silla Salva Escaleras)
- Puerta manual Puerta automática Puerta giratoria (acceso secundario)
- Puerta abatible Puerta corredera
- Anchura de la puerta: < 1,20 m. ≥ 1,20 m. (Aportada por no más de 1 hoja)
- En puerta doble hoja una mínima de 0,90 m.: Si No
- Espacio libre mínimo entre 2 puertas (batientes) consecutivas abiertas ≥ 1,20 m.: Si No

Elementos accesibles (indique la altura: _____ m) (No mayor de 120 cm)

Observaciones: _____

C. ACCESO Y MOVILIDAD EN EL INTERIOR ACCESIBLE / PRACTICABLE / INACCESIBLE

Anchura en m: _____ (ancho ≥ 1.20 m) Anchura estrechamientos puntuales: _____ (Ancho ≥ 100 m)
 (Longitud ≤ 0.50m)

Pasillos < 1,50 m: Diámetro giro 1,50 m cada 25 m de longitud Si No

Altura del **mostrador** de atención al público: _____ m (h máx. 0.80 m)

Anchura del **mostrador**: _____ m (anchura mínima 0.80 m)

Espacio inferior libre de obstáculos de 0.75 m de altura: Si No

Elementos accesibles: Frontales _____ altura (0,40m - 1,20 m)

Laterales _____ altura (0,25m - 1,35 m)

Interruptores y timbres de llamada: Altura: _____ m (< 1,35 m)

Asientos de espera: Altura _____ (< 0,45 m) Profundidad _____ (< 0,50 m)

Teléfonos públicos: Altura _____ (≤ 130 m)

Conexión de audífonos personales Si No. Cable _____ (≥ 0,75 m)

Espacio inferior, libre de obstáculos de 0.75 m ancho por 1,20 m profundo: Si No

Cabina telefónica: Ras de suelo Si No

Dimensiones: _____ (0,80x1,20x1,10 m (ancho, largo, alto))

Escaleras _____

Rampa

Diferencias de cota m.	Pendiente %	Ámbito	Pásmanos	Zócalo

Ascensor Señalización en jamba () Si No

Pasamanos (Altura 0,80m)	Ancho puerta (≥0.90 m) Manual / Automát.	Anchura cabina 1,20 m	Profundidad cabina 1,40 m	Altura botones (0,90 m - 1,30 m)	Información braille y audible	Mesetas de acceso (diámetro 1,50 m)



Cuestionario de Accesibilidad de la Región de Piura

Sistema alternativo de elevación: _____ (Plataforma Vertical / Plataforma Salva Escaleras / Silla Salva Escaleras)

Anchura de la puerta: <90 cm. ≥0,90 m

Descripción de planta baja: _____

Descripción de 1ª planta: _____

Descripción de 2ª planta: _____

Observaciones: _____

D. BAÑOS ACCESIBLE / PRACTICABLE / INACCESIBLE

Señalización (Pictogramas junto al marco a la derecha Altura 0.80 – 1.20m): Si No _____

Acceso al aseo: Aseo en planta baja Aseo en pisos superiores

Anchura de la puerta: < 90 cm. ≥ 90 cm. 0,83

Altura mecanismos y accesorios: _____ m (h aproximada 0.50 – 1.00 m) no hay

Espejo: Altura _____ (máx. 1,00 m) Inclinación _____ (10°) no hay

Lavabo: Con pedestal Sin pedestal Altura del lavabo: _____ m (h≤0.85 m)

Espacio libre mínimo 0,75 x 1,20 m (ancho x profundo): Si No 0,54 x 4,00 m

Grifería (con comando electrónico, botón, o de aleta con mecanismo de cierre automático a 10°): Si No

W.C. Anchura de la puerta: _____ ≥ 0,90 m

Dimensiones cabina inodoro: Ancho: _____ m / Largo: _____ m (1.50 x 2.00 m)

Altura asiento inodoro: _____ m (0.45 – 0.50 m)

Nº barras: _____ (mínimo 2) Altura: _____ m (0.65m) Longitud: _____ m (≥0.90m)

Transferencia lateral: ≤ 0,80 m ≥ 0,80 m

Urinarios Altura: _____ m (h máxima 0,40 m)

Espacio libre mínimo 0,75 x 1,20 m (ancho x profundo): Si No 0,40 x 0,30

Nº barras: _____ (mínimo 2 verticales a ambos lados) / Altura barra _____ (de 0 m a 0,85 - 0,95 m)

Tina: Encajonada entre tres paredes: Si No

Franja libre en toda su longitud de 0,75 m de ancho: Si No

Asiento opuesto a grifería de 0,45 m profundidad: Si No

Grifería: Ducha de manguera ≥ 1,50 m de longitud Si No

Altura anclaje ducha: _____ m (1,20 - 1,80m)

Con barras de apoyo en dos paredes: Si No

Barra longitudinal: Altura: _____ (0,23 m del nivel superior de la tina) Longitud: _____ (≥ 1,20m)

Barra transversal: Altura: _____ (0,85 m 1 nivel suelo) Longitud: _____ (≥ 0,80m)



Cuestionario de Accesibilidad de la Región de Piura

Duchas: Encajonada entre tres paredes: Si No.
Dimensiones _____ (0,90 m x 0,90 m)
Espacio de aproximación _____ (1,50 m x 1,50 m)
Peldaño Acceso _____ (máx. 13 mm)
Asiento abatible: Si No. Dimensiones _____
(Profundidad 0,40 m ; ancho 0,50 m y alto entre 0,45 y 0,50 m)
Grifería: Ducha de manguera \geq 1,50 m de longitud Si No
Altura anclaje ducha: _____ m (1,20 - 1,80 m)
2 barras de apoyo en L: Si No / Altura de las barras _____ (0,85 m del suelo)

Observaciones: _____

E. APARCAMIENTOS ACCESIBLE / PRACTICABLE / INACCESIBLE

Aparcamiento: Si No
Nº de plazas de aparcamiento: _____
Nº de plazas de aparcamiento reservadas para PMR: _____
(De 6 a 20 estacionamientos, 1 PMR; de 21 a 50, 2 PMR; de 51 a 400, 2 PMR por cada 50; > 400, 16 PMR +1 PMR por cada 100 adicionales)
Dimensiones: _____ (3,80m x 5,00 m) Espacio de transición _____ (\geq 0,90 m)
Próxima a los accesos, con itinerarios adaptados: Si No
Señalización vertical y horizontal: Si No
Observaciones: _____

F. INFORMACIÓN DEL SERVICIO

Indique el horario de apertura a lo largo de todo el año: _____

Este libro presenta los resultados del trabajo de investigación realizado en el marco del proyecto titulado “Estudio de la Discapacidad en la Región de Piura”, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) dentro del programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica.

La visibilización de los colectivos vulnerables es uno de los primeros pasos a desarrollar desde un enfoque de derechos humanos, identificando a los titulares de derechos, y las situaciones en las que se manifiesta la situación de vulnerabilidad. Con este objetivo, se presentan los resultados obtenidos a través de la consulta de fuentes estadísticas²⁶ y del trabajo de campo.

En conjunto el libro se presenta no solo como resultado de un proyecto de investigación sino sobre todo para proporcionar información que permitan remover los obstáculos que generan discriminación y marginación de quienes, por vivir en un contexto de bajos recursos, les ubican en una posición de inferioridad o de invisibilidad. Por tanto, este libro se escribe con la confianza de que generar y difundir conocimiento sobre la discapacidad, contribuye a construir una sociedad capaz de respetar los derechos de todos y de valorar la diversidad, que enriquece el amplio mosaico de matices que es el diario vivir de la gran familia humana.