

El peso de la discapacidad en los sistemas de previsión social

Margarita García Ferruelo

*Subdirectora General Adjunta. Subdirección General de Estadísticas y Análisis Sociales
Instituto Nacional de Estadística.*

Las (dis)capacidades de la persona dependen, por una parte, del entorno facilitador (o no) en el que se desenvuelve y, por otra, de la actitud ajustada (o no) de la sociedad ante determinadas condiciones de salud. Las previsiones de futuro deberán considerar también la evolución esperada de estos factores sociales y ambientales que inciden en la discapacidad.

Cuando se habla de la sostenibilidad de los sistemas de previsión social se tiene en cuenta principalmente el gasto en pensiones, el gasto sanitario/farmacéutico y el gasto en atención y cuidados a las personas con discapacidad. Este artículo se centra en el ámbito de la discapacidad y pretende plantear algunas consideraciones en las que deben apoyarse las proyecciones de futuro sobre su evolución.

Ya quedan lejos los tiempos en que la discapacidad se concebía como un fenómeno exclusivamente biomédico. A principios de la década de los 80 existía todavía una gran confusión conceptual y terminológica sobre las consecuencias de la enfermedad en las diferentes dimensiones de la vida. Los conceptos y la terminología (de discapacidad) se basan en la relación que existe entre la sociedad y sus miembros. Por eso, no es de extrañar que términos como anormal, subnormal, disminuido, impedido o inválido fuesen utilizados como sinónimos hace treinta años.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso fin al caos conceptual y terminológico publicando, con carácter experimental, una clasificación de consecuencias de la enfermedad, la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Esta Clasificación constituyó la herramienta fundamental para medir la discapacidad y sirvió para comenzar a eliminar el encasillamiento y la etiquetación estigmatizante.

Pero, la relación entre la sociedad y sus miembros ha evolucionado y hablar hoy de discapacidad significa considerar, además de las consecuencias de la enfermedad, la interacción entre la persona con el entorno y con la sociedad. Este cambio en la forma de entender la discapacidad ha ido acompañado de una profunda revisión de la primera clasificación y el resultado ha sido la Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que concibe, como era de esperar, la discapacidad como una interacción entre el estado de salud y los factores ambientales y sociales.

La diferencia entre ambas clasificaciones es evidente. Mientras la primera –CIDDM– se limitaba a clasificar exclu-

sivamente las consecuencias de la enfermedad (deficiencia, discapacidad y minusvalía)¹, la CIF² tiene en cuenta tanto los aspectos de la salud como algunos componentes del bienestar relevantes para la salud.

En otras palabras, el modelo de discapacidad que se desprende de la CIF³ es biopsicosocial: “*discapacidad como resultado de un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son consecuencia del contexto/entorno social. Y como consecuencia, las soluciones habrá que buscarlas también en la actuación social y en los cambios ambientales*”.

En el escenario de una población muy envejecida, que se presenta en España a medio plazo, podemos preguntarnos si la discapacidad se intensificará. Es previsible que el estado de salud general de la población continúe mejorando si se sigue avanzando en la investigación médica, potenciando la educación sanitaria y fomentando la prevención. Si, además, evolucionan favorablemente los factores sociales y ambientales que inciden en la discapacidad, el signo de la intensidad de la discapacidad podría invertirse. Las personas mayores entrarán en la discapacidad más tarde. Y, personas que, sin tener una edad avanzada, tienen alguna discapacidad verán como sus limitaciones disminuyen.

Por ejemplo, una persona que para desplazarse dentro o fuera de su casa necesita una silla de ruedas, tendrá menos dificultades si su entorno es favorable. Es decir, si puede entrar en el baño y utilizar la bañera, si su silla cabe en el ascensor,

¹ La Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) consideraba:

Deficiencia: consecuencia de la enfermedad a nivel de órgano o funcionamiento del mismo.

Discapacidad: Consecuencia de la enfermedad a nivel de la persona.

Minusvalía: Consecuencia de la enfermedad a nivel del entorno social de la persona.

² La CIF considera la discapacidad como un término paraguas que engloba las deficiencias, discapacidades (ahora limitaciones en la actividad) y minusvalías (ahora restricciones en la participación).

³ CIF, Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 5.2 Modelos médico y social

si dispone de un transporte accesible; si el centro de estudios o de trabajo, o los lugares de ocio a los que acude no tienen barreras físicas, la discapacidad se manifestará de forma menos severa. Si también cuenta con políticas activas dirigidas a su integración de forma que pueda acceder, por ejemplo, en igualdad de condiciones a un empleo, percibirá una menor carga de discapacidad.

El futuro se dibujará pesimista si la previsible mejora de las condiciones de salud no compensa el inevitable aumento de personas mayores. Esta situación se traduciría en un aumento del número de personas con problemas importantes de salud y con pérdida de su autonomía física, intelectual y/o mental. Aún así, si se considera el efecto esperado de medidas como la *Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad* o la incipiente *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*, que han creado importantes “expectativas en los ciudadanos”, el panorama que obtendremos será ciertamente menos pesimista.

¿Con qué información de partida sobre discapacidad contamos para hacer previsiones?

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha realizado tres grandes encuestas sobre discapacidad. El contenido de las tres operaciones estadísticas refleja la forma de considerar la discapacidad y las personas con discapacidad en cada momento del tiempo.

En el año 1986, el INE en colaboración con el INSERSO (actual IMSERSO) realizó la primera Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM), que cuantificó e identificó los distintos tipos de discapacidades de la población española de acuerdo a la primera Clasificación Internacional CIDDM. Esta investigación, que tuvo una importante proyección internacional, además de estimar el número de personas con discapacidad y los tipos de discapacidades, concedió gran importancia al estudio de las deficiencias (tipo, origen, rehabilitación, prestaciones económicas).

Trece años más tarde, en 1999, el INE realizó en colaboración con el IMSERSO (entonces Instituto de Migraciones y Servicios Sociales) y la Fundación ONCE la segunda Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99).

La EDDES-99 no fue una repetición exacta de la anterior, puesto que la problemática de las personas con discapacidad, así como la sensibilidad de la sociedad hacia este colectivo, se había modificado. La EDDES-99 dio un paso más en la investigación. Además de estimar el número de personas con discapacidad, los tipos de discapacidad y algunas características de las deficiencias, introdujo importantes novedades. Cuestiones como la severidad de la discapacidad o la necesidad de ayudas que en el momento del diseño de la Encuesta ya empezaban a sonar con fuerza en los ámbitos científicos y administrativos en los que el problema de la dependencia empezaba a ser visi-

ble, se incorporaron como variables de estudio. Y se amplió significativamente la cantidad de información desde la perspectiva de la persona y no de las deficiencias, como se hizo en la Encuesta del año 1986.

Actualmente, se está realizando la tercera, Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia⁴ –EDAD 2007– que parte de la experiencia de la anterior, adaptada a las condiciones sociales y demográficas actuales e impregnada de la filosofía de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La Encuesta incorpora una novedad importante: se dirigirá a personas residentes tanto en viviendas familiares (EDAD-h) como en determinados tipos de establecimientos colectivos (EDAD-centros).

En la EDAD-h colaborarán más de 96.000 hogares y proporcionará información sobre el número de personas con discapacidad⁵, su severidad, ayudas técnicas y de asistencia personal, y otra serie de características. Se mantiene la información sobre empleo y educación o sobre prestaciones sociales, sanitarias y económicas y se incorporan nuevos temas de estudio como condiciones de la vivienda, accesibilidad, características de las personas cuidadoras, redes y contactos sociales, discriminación, gasto privado como consecuencia de la discapacidad y salud general.

Para saber más...

- Esperanza de vida en salud: Inebase:
www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf
- Informe General. EDDES 1999: Inebase
www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/discapa_inf.htm
- OMS / CIF www3.who.int/icf/icftemplate.cfm
- Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (LEY 51/2003, de 2 de diciembre, BOE de 3 de diciembre de 2003)
- Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LEY 39/2006, de 14 de diciembre, B.O.E. de 15 de diciembre)

⁴ La EDAD 2007 se realiza con la colaboración de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (a través de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales de Personas con Discapacidad y del IMSERSO) y de la Fundación ONCE.

⁵ En la EDAD se investigan las limitaciones importantes en las actividades de la vida diaria que tengan su origen en una deficiencia. Respecto a las deficiencias y la participación, que la CIF engloba bajo el término paraguas de discapacidad, también son objeto de estudio, pero con una restricción: sólo se investigan aquellas deficiencias que han originado una limitación en la actividad de la persona y las restricciones en la participación se obtienen de manera indirecta a través de preguntas independientes sobre su relación con la actividad económica, sobre educación y sobre redes y contactos sociales.