



## POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA EN CATALUNYA

Un análisis a partir de la Encuesta  
sobre Discapacidades y Deficiencias



Colectivo Ioe  
Intervención sociológica

Luna, 11 - 1º dcha. 28004 MADRID

# **POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA EN CATALUNYA**

**Un análisis a partir de la Encuesta  
sobre Discapacidades y Deficiencias**

**Elaborado por Colectivo Ioé: Walter Actis, Miguel Ángel de Prada  
y Carlos Pereda**

**A demanda de la Fundación Jaime Bofill**

*Colectivo Ioé*

C/ Luna, 11-1º dcha 28004 Madrid  
Tf: 91.531.01.23; Fax: 91.532.96.62

e-mail: [ioe@nodo50.org](mailto:ioe@nodo50.org)  
URL: [www.nodo50.org/ioe](http://www.nodo50.org/ioe)

**Setiembre de 2003**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>I. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES. CONCEPTOS, CATEGORÍAS Y DATOS GENERALES</b>	6
1. De los enfoques tradicionales al modelo de la Organización Mundial de la Salud	6
2. Evolución de la política sobre discapacidades en España	12
3. Políticas desarrolladas en Cataluña para favorecer la inserción laboral	13
4. La situación española en el contexto europeo	15
<b>II. LAS DISCAPACIDADES ENTRE LA POBLACIÓN DE CATALUNYA</b>	16
1. Sexo y edad	17
2. Estado civil y relaciones familiares	20
3. El hábitat: provincias y tamaño de municipio	22
4. Discapacidades y situación socioeconómica	24
5. Tipos de discapacidad	25
6. La situación en Cataluña respecto al contexto estatal	34
<b>III. ORIGEN DE LAS DISCAPACIDADES</b>	36
1. Personas en edad laboral con discapacidades según el tipo de deficiencias que las han provocado	36
2. Edad de aparición de las deficiencias	40
3. Origen de las deficiencias: trastornos perinatales, enfermedades y accidentes	41
<b>IV. EL TRATAMIENTO DE LAS DISCAPACIDADES</b>	45
1. Rehabilitación médico-funcional	45
2. Rehabilitación ocupacional	47
3. Prestaciones y ayudas	49
4. Ayuda familiar a las personas con discapacidad	51
<b>V. LA INSERCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES</b>	53
1. La inserción social en distintas etapas de la vida	53
2. Principales vías de inserción de las personas con discapacidades	55

<b>VI. ACTIVIDAD Y EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES</b>	62
1. Baja tasa de actividad. Motivos aducidos para no buscar empleo	62
2. Variación de las tasas de actividad, ocupación y paro	65
3. Cambios laborales al sobrevenir la discapacidad	70
4. Sector de actividad y situación profesional de las personas ocupadas	72
5. Principales ocupaciones	75
6. Tipos de contratación según el tamaño y titularidad de las empresas	77
7. Empleo protegido	79
8. Escaso acceso al empleo a través de la cuota de reserva del 2%. La postura del empresariado	82
<b>VII. PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE BUSCAN EMPLEO</b>	84
1. La tasa de paro y sus variaciones	84
2. Duración del desempleo y métodos utilizados para buscar empleo	86
3. Razones por las que no se encuentra trabajo. Reticencias del sector empresarial	87
4. Expectativas laborales	90
<b>VIII. ASOCIACIONISMO Y DISCAPACIDADES</b>	93
1. Las asociaciones de afectados en España	93
2. Evolución y características del movimiento asociativo en Catalunya	94
3. La participación en asociaciones según la Encuesta de Discapacidades	95
4. Distintos tipos de asociaciones	97
<b>IX. BALANCE FINAL</b>	99
1. Características generales de la población con discapacidades	99
2. La población en edad laboral con discapacidades	100
3. Discapacidad y actividad	100
4. Discapacidad y empleo	102
5. Discapacidad y desempleo	103
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	105
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	109
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	110
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>	112
<b>ANEXO ESTADÍSTICO</b>	113

## INTRODUCCIÓN

Los ministros de empleo y asuntos sociales de la Unión Europea, siguiendo las propuestas del Foro Europeo para la Discapacidad, designaron 2003 como *Año Europeo de las Personas con Discapacidad*. Previamente, un Congreso Europeo de las Personas con Discapacidades (celebrado en marzo de 2002), formuló la llamada *Declaración de Madrid*, en la que –entre otros aspectos- se señalaba la necesidad de “analizar las condiciones de vida de dichas personas en los países de la Unión, muy frecuentemente abocadas a situaciones de discriminación, exclusión social y pobreza”<sup>1</sup>. Precisamente en 2002 se conocieron los resultados de la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*<sup>2</sup> (en adelante, EDD) realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística. Se trata de un amplio trabajo de campo, que cubrió una muestra de 79.000 hogares y 218.000 personas en el conjunto de España, entre los cuales 7.400 hogares y 21.700 personas correspondían a Catalunya.

A pesar del corto espacio de tiempo transcurrido desde la publicación de los resultados definitivos, existen ya algunos análisis referidos al conjunto de la población del estado<sup>3</sup>. A partir de ellos sabemos que estamos ante una problemática que afecta directamente a la décima parte de la población española o, más propiamente, a uno de cada tres hogares ya que el abordaje de las discapacidades es un *asunto de familia*, más que una cuestión individual. Nuestro objetivo aquí es realizar un análisis específico referido a la población catalana, basado en la información que aporta la citada EDD.

En los primeros capítulos se ofrece una visión de conjunto de las personas que presentan discapacidades en Catalunya. Comenzamos con algunas consideraciones generales sobre la historia en el tratamiento de las discapacidades en el estado español y el contexto europeo. Desde el primer momento distinguimos la situación de dos grupos de edad: los mayores de 65 años (población anciana) y los que tienen entre 16 y 64 (población en edad laboral), para profundizar con posterioridad sobre las características del segundo. A continuación se distinguen los principales tipos y grados de afección, y su frecuencia o prevalencia en la población en función de diversas variables (sexo, edad, nivel económico de los hogares, provincias, etc.). En el capítulo 3 se describen las deficiencias físicas, sensoriales o psíquicas que están asociadas a las discapacidades y se analiza el origen de las mismas, ya se trate de enfermedades, accidentes o trastornos de cualquier tipo. En el capítulo 4 se recoge información sobre el tratamiento de las discapacidades, tanto en el plano estrictamente sanitario como en el de la rehabilitación ocupacional, incluyendo la cobertura de diversas prestaciones públicas y características de los “cuidadores”, generalmente familiares de la persona afectada.

A partir del capítulo 5 nos centramos en un aspecto fundamental de la realidad de las personas con discapacidad en España: su relación con la vida económica. Se trata de conocer la importancia de distintas formas de inserción social de la población,

<sup>1</sup> Ver [www.madriddeclaration.org](http://www.madriddeclaration.org)

<sup>2</sup> Las principales tablas de resultados fueron publicadas a mediados de 2002 (INE, *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados detallados*, Madrid, 2002). Previamente se había publicado un *Avance de resultados* (INE, 2001) y el informe de *Metodología* (INE, 2001).

<sup>3</sup> Además de las citadas publicaciones del INE, cabe mencionar Jiménez Lara, A. y Huete García, A., *La discapacidad en España: datos estadísticos*, Real Patronato sobre Discapacidad (Documentos 62/2003) y Colectivo Ioé, *Discapacidades y empleo en España*, La Caixa, Colección Estudios Sociales, 2003.

principalmente el sistema público de pensiones, el trabajo doméstico y la actividad laboral. Nos detendremos especialmente en este último ámbito, dedicando sendos capítulos a la situación de los ocupados (capítulo 6) y los desempleados (capítulo 7) que sufren discapacidades. Finalmente, dedicamos un capítulo al asociacionismo de las personas con discapacidad, remontándonos a sus orígenes y analizando sus características actuales, intentando valorar su capacidad de acción respecto a las oportunidades laborales de las personas afectadas.

Un balance final resume brevemente los resultados de la investigación, para lo que seguimos el orden de los temas desarrollados a lo largo del libro, comparando la situación de la población afectada en Catalunya con la del resto del estado<sup>4</sup>. Se plantean, además, algunos desarrollos analíticos y propuestas de carácter general dirigidas a las principales instituciones que influyen en la inserción laboral de las personas con discapacidades.

Colectivo Ioé

Madrid, septiembre de 2003

---

<sup>4</sup> Para un contraste exhaustivo ver COLECTIVO IOÉ (2003), *op. cit.*, Fundació La Caixa, Barcelona. Con el fin de facilitar la comparación hemos procurado mantener una estructura de presentación similar.

## I. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES. CONCEPTOS, CATEGORÍAS Y DATOS GENERALES

El interés de nuestro trabajo es presentar información respecto a la población de Catalunya afectada por discapacidades. Se trata, pues, de exponer –de una manera clara y organizada- una serie de cifras relevantes, analizándolas en el contexto general de la sociedad catalana. Sin embargo, antes de presentar resultados es necesario reflexionar acerca del fenómeno que analizamos.

¿Qué son las discapacidades?, este simple interrogante no tiene una respuesta unívoca y sencilla. Pese a los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir con precisión los estados de salud, enfermedad y discapacidad, así como los factores contextuales que facilitan o dificultan la integridad funcional y la participación social, no existe consenso –ni siquiera entre los expertos- al respecto<sup>5</sup>. A pesar de los intentos por encontrar definiciones y clasificaciones objetivas (que casi siempre remiten a criterios médicos), el concepto de discapacidad contiene un componente social importante, lo que conduce a la formulación de distintas definiciones en contextos sociales diversos. Para mostrarlo, aludiremos a las transformaciones históricas que han tenido lugar en este campo. En segundo lugar, haremos una breve referencia al caso español, recogiendo las principales políticas adoptadas en esa materia; por último, ofrecemos una breve referencia comparativa de la situación de España respecto al resto de países de la Unión Europea.

### 1. De los enfoques tradicionales al modelo de la Organización Mundial de la Salud<sup>6</sup>

La historia de cómo se han abordado las deficiencias físicas o psíquicas en las diversas culturas conocidas, desde la antigüedad hasta el presente, es ilustrativa de la pluralidad de puntos de vista en torno a unas limitaciones que son, aparentemente, objetivas (como la ceguera, el retraso mental o la esclerosis de los huesos). Los historiadores plantean que ha habido grandes transformaciones en los modelos de tratamiento, incluso en las actitudes de apoyo y de rechazo hacia las personas afectadas, que frecuentemente dependían de la posición socioeconómica de las familias, por lo que en los hogares más pobres eran mayores las situaciones de exclusión.

En la era moderna, la transformación más importante tuvo lugar cuando se dio el paso de un enfoque mágico-religioso a otro técnico-secularizado. El primero prevaleció en todas las culturas antiguas -hasta la Grecia clásica-, fue habitual en la Edad Media europea -hasta el Renacimiento- y todavía pervive –más o menos disimulado- en las actitudes y prácticas de una parte de la población. Para explicar la locura o los grandes trastornos físicos o sensoriales se recurrió a la intervención de poderes sobrehumanos que ponían a prueba o castigaban a las personas por algún mal cometido; en consecuencia, el tratamiento oscilaba entre el recurso a remedios que habían demostrado

<sup>5</sup> Las definiciones propuestas por la OMS no se aplican con los mismos criterios en los países europeos. Hasta ahora han sido vanos los esfuerzos de los organismos internacionales para poner de acuerdo a los gobiernos en torno a un sistema de clasificación y unas definiciones homogéneas que permitan una comparación internacional.

<sup>6</sup> Seguimos en este apartado los análisis realizados por COLECTIVO IOÉ / CIMOP (1998), *Discapacidad y trabajo en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), Madrid.

su eficacia en casos similares (normalmente mediante la magia y la intervención de brujos o chamanes pero también mediante masajes, baños, hierbas, etc.) y la postración pasiva y culpabilizada ante unos síntomas que eran objeto de rechazo y a veces de muerte (el infanticidio de los niños afectados por deficiencias fue habitual en muchas culturas).

El enfoque técnico-secularizado, en cambio, explicó las discapacidades como resultado de algún accidente, es decir, de fenómenos naturales que requerían una terapia adecuada, lo mismo que las demás enfermedades. La medicina naturalista de Grecia fue la precursora de esta corriente de pensamiento, con Hipócrates como figura clave, que llegó a Europa a través de España de la mano de los árabes: “el reencuentro de Europa con la tradición naturalista griega se produce a través de España, puente de transmisión de la cultura árabe, y, más concretamente, a través de las instituciones manicomiales que en esta época se van a crear siguiendo la tradición de los sanatorios mentales de Fez, Metz, Bagdad y el Hospital Mansur de El Cairo”<sup>7</sup>. Los primeros psiquiátricos con un enfoque rehabilitador establecidos en Europa se crearon en Valencia (1409), Zaragoza (1425) y Sevilla (1436). En estas instituciones se aplicaban tratamientos orientados a la reinserción social de los *pacientes*, entre los que se podían encontrar rudimentos de psicoterapia y laborterapia, educación especial de sordomudos y ciegos, etc. El humanismo renacentista reforzó estas tendencias y las instituciones manicomiales, de dimensiones reducidas y orientadas a la rehabilitación, se expandieron por toda Europa.

Sin embargo, la orientación de esta revolución humanista en el tratamiento de las discapacidades no estuvo exenta de sombras. El internamiento se masificó, dando lugar al hacinamiento, y las tareas terapéuticas se sustituyeron por la custodia y cronificación de los atendidos. Según Foucault, en los siglos XVII y XVIII se abandonó la concepción religiosa de la enfermedad pero “se fabricó la locura” y las primitivas cadenas fueron sustituidas por las correas y el control panóptico<sup>8</sup>.

Entre fines del siglo XIX y la II Guerra Mundial se produjeron importantes progresos en la identificación y explicación de muchos trastornos, que se relacionan tanto con factores físicos (bioquímicos, traumáticos o perinatales) como psíquicos (formas de aprendizaje o de socialización infantil). Además, los estados se implicaron más activamente en favor de la atención educativa y asistencial de las personas con discapacidades, aunque prevalecía el etiquetamiento y una política paternalista que reforzaba la dependencia respecto a las instituciones y el desarrollo de nuevas formas de discriminación social y laboral.

En la segunda mitad del siglo XX se produjeron nuevas transformaciones que ponían el acento, sobre todo, en el origen social de las discapacidades y, como correlato, en la prevención, la rehabilitación y la inserción comunitaria. Frente a la intervención individualizada tradicional y el internamiento en los casos más graves (psiquiátricos), ahora se favorecen los centros de salud y los servicios comunitarios; y frente a los “centros especiales” de educación o trabajo, se defiende la inclusión y normalización escolar y laboral con los apoyos necesarios. Por su parte, las personas con discapacidad y sus familias se constituyen como movimiento social o grupo de presión cada vez más activo, a través de asociaciones, para defender sus derechos.

<sup>7</sup> AGUADO, A. L. (1995): *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial, Madrid, pág. 80.

<sup>8</sup> FOUCAULT, M. (1976): *Historia de la locura en la época clásica*, F.C.E., México.

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

1. Las discapacidades deben definirse en su contexto social concreto (no sólo ni principalmente a partir de tests o pruebas médicas).
2. Los servicios de diagnóstico y rehabilitación deben definir con precisión tanto las *limitaciones* como las *capacidades* de estas personas, con vistas a establecer los medios que deben aplicarse para su reinserción.

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

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

### ¿Qué son las discapacidades?

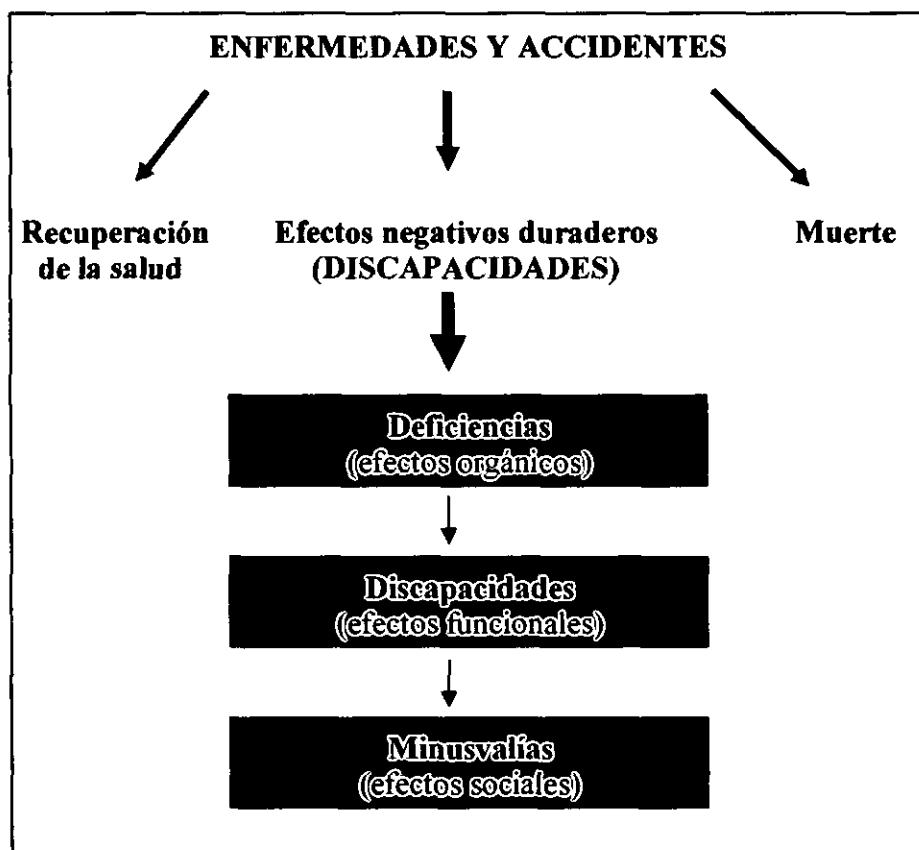
En cuanto a la definición de las discapacidades, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio un paso importante en 1980, al establecer una *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, en continuidad con la *Clasificación Internacional de Enfermedades* que dicho organismo venía fijando desde 1893. Se trataba de establecer un sistema común a nivel mundial para clasificar *los efectos de las enfermedades y los accidentes, así como sus repercusiones en la inserción social de los individuos*. Tales efectos y repercusiones fueron clasificados por la OMS en una secuencia tripartita: *deficiencias, discapacidades y minusvalías*<sup>9</sup> (ver Cuadro 1).

---

<sup>9</sup> El concepto *discapacidad/disability* se utiliza en castellano y en inglés tanto para referirse a la segunda consecuencia de los efectos de la enfermedad (*incapacité* en francés) como al conjunto de las tres secuencias (*handicap* en francés). Esto introduce en las lenguas inglesa y castellana, a diferencia del francés, una equivocidad en el uso del término que hay que resolver en cada caso teniendo en cuenta el contexto en que se emplea. Las otras dos secuencias de los efectos de la enfermedad tienen conceptos propios en los tres idiomas: *deficiencia/impairment/déficience* y *minusvalía/handicap/désavantage*.

- **Deficiencia:** cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica. Las deficiencias representan trastornos a *nivel orgánico*.
- **Discapacidad:** cualquier restricción o ausencia de la capacidad funcional para realizar actividades cotidianas en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades representan trastornos funcionales a *nivel de la persona*.
- **Minusvalía:** desventaja social que experimenta una persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, lo que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de su edad, sexo y otros factores culturales. Esto quiere decir que dos personas con idéntica discapacidad pueden tener o no minusvalía en función de que encuentren o no barreras para insertarse en su medio social con normalidad. Las minusvalías representan trastornos o problemas a nivel de la *inserción en la sociedad*.

**CUADRO 1**  
**ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA OMS**  
**PARA CLASIFICAR LAS DISCAPACIDADES (1980)**



Las *deficiencias* y las *discapacidades* permitían establecer una clasificación objetiva y jerarquizada, sin que influyeran apenas en su definición factores sociales o culturales. Sin embargo, las *minusvalías* respondían a otra lógica clasificatoria que no dependía de los factores o atributos del individuo sino de las circunstancias que rodeaban a la persona. Una misma discapacidad podía dar lugar a cuadros de minusvalía en un contexto cultural y en otro no; incluso dentro de una misma sociedad, esa

discapacidad podía provocar más minusvalías entre los hombres que entre las mujeres, o afectar en mayor medida a los pobres que a los ricos; hasta podía darse el caso de que dos personas con similares características y del mismo contexto social dieran lugar o no a minusvalías en función de las estrategias que desplegaran para insertarse en la sociedad, es decir, dependiendo de cuál fuera su actitud para hacer frente a sus discapacidades.

En 2001 la Organización Mundial de la Salud revisó la clasificación de 1980<sup>10</sup>, ampliando el concepto de discapacidad a *cualquier alteración en la condición de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias*. La nueva clasificación incluye tanto los aspectos *positivos* como los *negativos* en relación con los estados de salud y hace referencia expresa a los factores contextuales que influyen sobre estos y sobre la realización personal de los individuos con discapacidades. Los cambios operados son importantes:

- La clasificación de 1980 se planteaba como complementaria de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y definía la discapacidad como un efecto negativo duradero de las enfermedades (incluyendo en este concepto los traumas y los accidentes). En cambio, la reciente Clasificación Internacional del Funcionamiento de la salud (CIF) trata de completar la CIE en otro sentido: ambas clasificaciones se refieren al estado de salud de las personas, en un caso haciendo el *diagnóstico* de enfermedades, trastornos y otras condiciones de salud (CIE) y en el otro centrándose en el *funcionamiento* tanto de los estados de salud como de discapacidad.
- La discapacidad se define ahora en estrecha relación con los componentes de salud y con los factores contextuales –personales y ambientales- que influyen y condicionan la calidad de vida: “la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)”<sup>11</sup>. De este modo, se pasa de una concepción predominantemente estática a otra de tipo dinámico, que concibe las discapacidades como un estado de salud negativo, a evitar tanto por la vía preventiva (condiciones ambientales y actitudes personales) como procurando la mayor rehabilitación funcional y realización social posible de las personas afectadas.

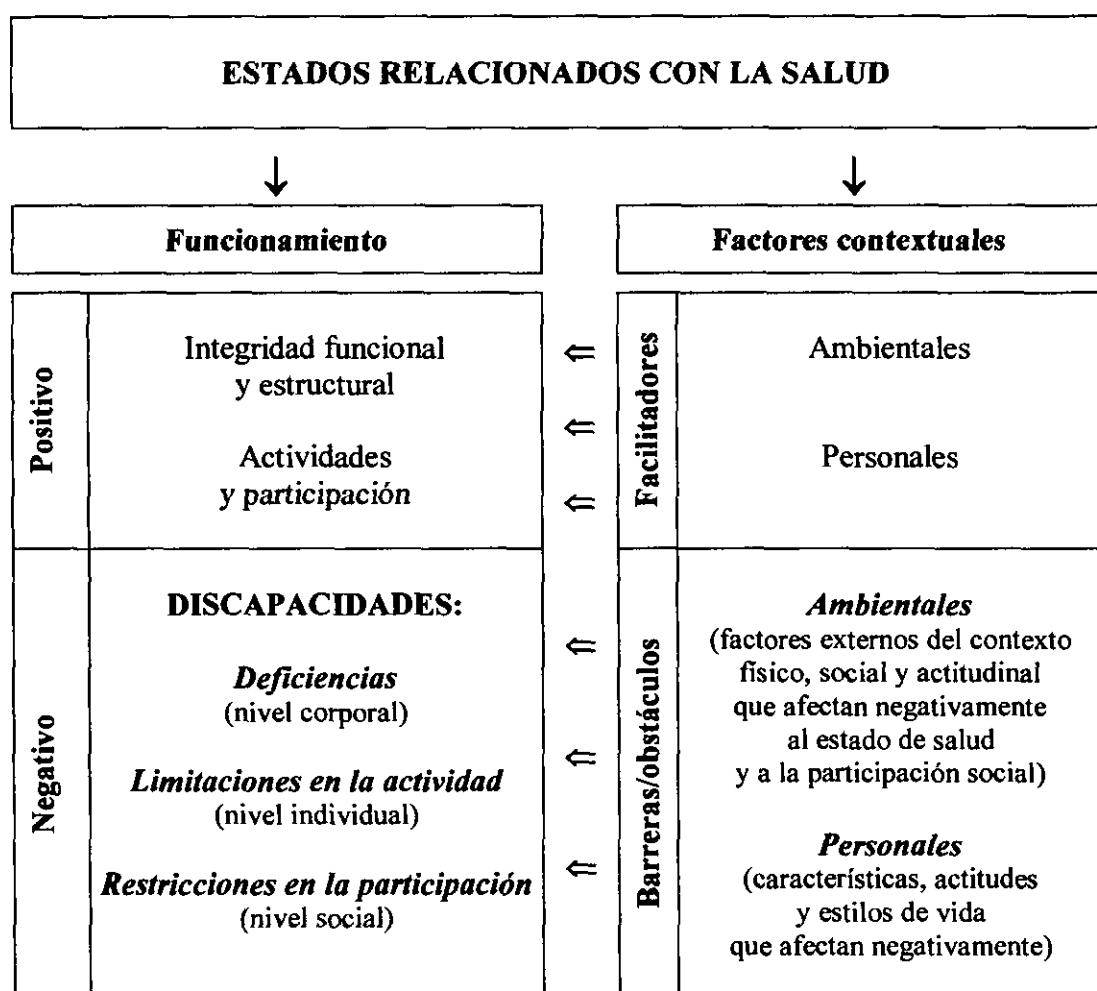
<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

<sup>11</sup> *Ídem*, pág. 18.

- Las alteraciones de la salud, en términos de estados funcionales, se siguen denominando *discapacidades* y abarcan *tres niveles* que siguen una lógica parecida a la clasificación de 1980: el *corporal* (deficiencias en la estructura corporal), el *individual* (limitaciones en la actividad del sujeto) y el *social* (restricciones a la participación social en términos de igualdad con las personas del entorno).

El Cuadro 2 muestra la estructura de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la salud (CIF). A partir de su adopción en 2001 tanto las políticas sociales como el registro de las personas afectadas tienen que adecuarse a la nueva clasificación.

**CUADRO 2**  
**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL**  
**DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD (CIF)**  
**ESTABLECIDO POR LA OMS EN 2001**



## 2. La política sobre discapacidades en España

La introducción en España de las tendencias que acabamos de describir se produjo a la zaga de otros países europeos. En especial, los años cuarenta y cincuenta del siglo XX supusieron para las personas con discapacidad, lo mismo que para otros sectores de la sociedad española, un período de involución o estancamiento que hizo recaer sobre las familias el peso de la atención a las personas afectadas por graves deficiencias o bien restableció fórmulas de segregación crónica de los casos más graves (por ejemplo, en grandes centros psiquiátricos). Más adelante, en los años sesenta y setenta se inició una relativa apertura y un incipiente despegue del estado social, paralelo al crecimiento económico, lo que trajo consigo un notable<sup>12</sup> aunque disperso desarrollo legislativo en materia de atención a personas con discapacidad. Asimismo, data de aquellas décadas la fase más expansiva de las asociaciones de afectados que paulatinamente se coordinaron entre sí y crearon una trama de apoyo mutuo y de presión ante la administración pública.

Un acontecimiento clave en este proceso fue la promulgación de la Constitución democrática de 1978 (en especial el art. 49 que reconoce expresamente el derecho de las personas con discapacidades a su “completa realización personal e integración social”) y, cuatro años después, la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI). La nueva legislación exige a las administraciones una política activa de integración social de las personas con discapacidad (prevención, tratamiento y rehabilitación) a fin de que puedan disfrutar de todos los derechos constitucionales, si bien la LISMI establece desde el principio una distinción significativa: “completa realización personal y total integración de los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales” y “asistencia y tutela para los disminuidos profundos”. Esta distinción supone el reconocimiento de que la “integración total” sólo es posible para una parte del colectivo, mientras los “disminuidos profundos” serán destinatarios de medidas protectoras especiales. Se abren así *dos vías de inserción para las personas con discapacidad*, una que responde al criterio de rehabilitación y normalización y otra que se basa en políticas de etiquetado y protección especial. En la práctica, como veremos, se ha desarrollado mucho más el “sistema público de protección social y económica” (Título V de la LISMI) que la “rehabilitación e integración laboral” de las personas con discapacidades (Títulos VI y VII de la citada ley).

El sistema oficial vigente en España para clasificar a las personas con discapacidades se diseñó en 1984 y, en principio, pretendía acomodarse al concepto de “minusvalía” elaborado por la OMS cuatro años antes. Sin embargo el baremo se basa casi exclusivamente en medir objetivamente la presencia y grado de “deficiencias” y no en un diagnóstico de los agravantes sociales (culturales, económicos y ambientales) que entorpecen una inserción social sin discriminaciones. En consecuencia, se produce una *medicalización de la política de discapacidades* que implica considerar la “minusvalía” como una característica presuntamente objetiva e inmodificable de los sujetos

<sup>12</sup> Entre otras medidas, la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) previó la creación de centros piloto para la rehabilitación de personas con discapacidades y en 1964 se organizó la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. En 1970 un decreto del gobierno estableció un cupo del 2% para trabajadores con minusvalía en las empresas de más de 50 empleados y en 1974 se celebró en Madrid la Conferencia MINUSVAL-74 donde se utiliza por primera vez el término “minusválido” para referirse genéricamente a todos los grupos afectados.

diagnosticados como tales. A diferencia de lo que ocurre con otros sistemas clasificatorios, el certificado de minusvalía no se plantea como punto de partida para dejar de serlo, es decir, para llegar a superar con las ayudas institucionales oportunas la situación social que se padece, sino como el reconocimiento de una situación irreversible de limitación.

Desde una perspectiva histórica, las políticas específicas basadas en esta forma de entender y gestionar la “minusvalía” se corresponden con las pautas etiquetadoras y asistencialistas de principios de siglo. Sin embargo, la última transformación operada en el campo de las discapacidades, que fue asumida por el reciente *Plan de acción integral para personas con discapacidad (1997-2002)*, prima los principios de rehabilitación y normalización y, por consiguiente, las llamadas *políticas activas* a fin de lograr una integración social satisfactoria de dichas personas<sup>13</sup>. Desde esta clave las limitaciones funcionales derivadas de las deficiencias no se consideran una *anormalidad* sino, más bien, una *diferencia* (como tantas otras que existen entre las personas) que no tiene por qué impedir una inclusión social normalizada. Las políticas sociales deberían orientarse en tal caso, no a sancionar la impotencia y aliviar con ayudas y pensiones vitalicias esa supuesta “incapacidad” intrínseca de la persona sino a corregir las barreras, prejuicios y otros factores que tienen como efecto dificultar o impedir su inserción social.

### 3. Políticas desarrolladas en Cataluña para favorecer la inserción laboral

A partir de la legislación básica del estado español en relación a las personas con discapacidad (Constitución de 1978 y LISMI de 1982), la Generalitat de Cataluña ha producido un amplio desarrollo de las políticas dirigidas a favorecer la integración laboral, que puede estructurarse dos períodos.

La primera etapa comienza con la aprobación del Estatuto de Autonomía de Cataluña (1979) y finaliza con la aprobación del Plan Interdepartamental de Integración Laboral de las Personas con Disminución (1990). En esa década se estructuraron las políticas de Trabajo y de Servicios Sociales que sentaron las bases para una política específica orientada a promover la inserción laboral de las personas con discapacidad. En el ámbito laboral, a partir de 1986 se accedió a los fondos estructurales de la U.E. para promover la formación ocupacional y en 1989 se publicó un Decreto sobre integración de trabajadores con especiales dificultades para acceder al empleo, incluyendo a afectados por discapacidades. En el ámbito de los Servicios Sociales, se creó al Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) y un año después se aprueba la Ley de Servicios Sociales. El ICASS asumió las competencias relativas a la valoración de las minusvalías (antiguos centros base del INSERSO) a través de los Centros de Atención de Disminuidos (CAD). En 1984 se creó una Comisión Interdepartamental de Integración Laboral de las Personas con Disminución (CILD), coordinada desde 1987 por la Consejería de Bienestar Social, cuyo fin ha sido planificar y evaluar desde una perspectiva global y a largo plazo la integración laboral de las personas con discapacidad<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1976): *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, 1997-2002*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

<sup>14</sup> La CILD está formada por representantes de siete direcciones generales de la Generalitat y cuenta como principal apoyo con un Consejo Asesor donde participan, además de la administración, los empresarios y las asociaciones de afectados (no los sindicatos).

Como desarrollo sectorial del primer Plan de Actuación Social (PAS 1988-91), la CILD elaboró en 1990 un Plan Interdepartamental de Integración Laboral de Personas con Discapacidad (PILD) que debía marcar la estrategia general de actuación entre 1990 y 1996<sup>15</sup>. Desde el punto de vista ideológico, el criterio básico del Plan era favorecer el derecho al trabajo de las personas con discapacidad en las condiciones más *normalizadas* posibles, es decir dando prioridad a la inserción laboral en el mercado ordinario de trabajo y orientando el empleo protegido como un paso intermedio de preparación para lograr la posterior integración en empleos ordinarios: “la política que inspira este Plan está marcada por la voluntad decidida de conseguir la plena integración de las personas disminuidas en el mundo del trabajo y considerar como tal el sistema ordinario de trabajo”<sup>16</sup>.

Para lograr este objetivo, el Plan establece diversas vías de formación e inserción laboral: información, sensibilización y asesoramiento laboral; Formación profesional y ocupacional, (formación profesional reglada -en centros especiales y ordinarios- y especialización y el reciclaje de los adultos), inserción laboral en el mercado ordinario de trabajo (ayudas para autoempleo, apoyo a empresas que cumplen la cuota del 2% de trabajadores con discapacidad, convenios con ayuntamientos y ONG para favorecer la contratación y el novedoso programa de *empleo con apoyo*, cuyo objetivo es promover el paso de estos trabajadores al sistema ordinario de trabajo), el empleo protegido, (en Centros Especiales de Empleo y Centros Ocupacionales, cuyo número ha crecido continuamente desde finales de los 80) y otras medidas complementarias (eliminación de barreras arquitectónicas, residencias asistidas, otros servicios sociales y asistenciales, etc.).

Con motivo del décimo aniversario de la LISMI (en 1992) se llevó a cabo en Cataluña una evaluación sistemática de su aplicación y desarrollo, en la que participaron ampliamente las organizaciones de afectados. El documento de recomendaciones y propuestas constata que, pese a los avances producidos esotras terrenos, el objetivo de inserción laboral -planteado en la LISMI- no se ha logrado. Respecto a las medidas políticas establecidas para favorecer la integración laboral se afirma: “ha habido un incumplimiento generalizado de la cuota de reserva del 2% por parte de las empresas de más de 50 trabajadores fijos y, pese a ser de obligado cumplimiento, no se ha controlado ni sancionado por la inspección de trabajo; en cuanto a las medidas de fomento (subvención a fondo perdido, bonificación de las cuotas de la Seguridad Social de la empresa, etc.) han resultado poco atractivas para los empresarios, seguramente, además de otros factores (falta de mentalización, bajo nivel formativo de las personas con discapacidad, legislación rígida e insuficiente, etc.) por las bajas cantidades que se concedían (no actualizadas en diez años). Tampoco ha respondido a las expectativas la normativa catalana de acceso a la administración de la Generalitat, quizás por el hecho de que se parte siempre de una inferioridad de condiciones y porque las pruebas de acceso en la práctica continúan sin estar adaptadas. Por otra parte, las medidas sustitutorias y alternativas que preveía la normativa no parece que hayan tenido mayor aplicación”<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> GENERALITAT DE CATALUNYA, *Pla Interdepartamental d'integració laboral de les persones amb disminució*, Departament de Benestar Social, Barcelona, 1990.

<sup>16</sup> Ibídem, pág. 19.

<sup>17</sup> VILA, Antoni, “Trets bàsics de la situació actual de les persones amb disminució a Catalunya després de 10 anys de vigència de la LISMI”, en GENERALITAT DE CATALUNYA, *10 anys de la Llei d'integració social des minusvàlids (LISMI) a Catalunya: present i futur*, Departament de Benestar Social, Barcelona, 1993, pág. 111.

#### 4. La situación española en el contexto europeo

El desarrollo histórico de la sociedad y de las políticas institucionales ha generado una situación específica de la población discapacitada, en relación con la de otros países europeos. Por tanto, resulta conveniente presentar, aunque sea brevemente, las peculiaridades de la situación en España<sup>18</sup>, antes de profundizar en el análisis de la situación en Catalunya.

En general, el porcentaje de personas con discapacidad se incrementa a medida que avanza la edad, pero España es el país europeo en el que el fenómeno se produce *con mayor aceleración*: antes de los 30 años las personas con discapacidad en España son tres veces menos que la media comunitaria, en edades superiores los valores se van aproximando y a partir de los 60 años se sobrepasa la media europea. Si tenemos en cuenta que las discapacidades que sobrevienen a las personas adultas tienen su origen en las enfermedades y los accidentes, habría que deducir que *las condiciones de vida y de trabajo en España son más nocivas para la salud y producen más accidentes graves que en el resto de la Unión*, partiendo de una población inicialmente más sana. Esta situación refleja, entre otros, el hecho de que España es uno de los que menos gasta en salud por habitante, sólo por delante de Grecia y Portugal<sup>19</sup>.

La inserción laboral de las personas con discapacidad presenta en España el perfil más negativo entre todos los países europeos, seguida de cerca por Irlanda e Italia. Según el Panel de Hogares de la Unión Europea, los discapacitados españoles son –después de los de Portugal– los que tienen *niveles de formación* más bajos, circunstancia que incide negativamente en las oportunidades laborales.

Por otra parte, en torno a la mitad de las personas con discapacidad severa en edad laboral percibe en el conjunto de la Unión Europea *pensiones o ayudas económicas*. España se sitúa en este punto en cuarto lugar, con un 56% de pensionistas, después del Reino Unido, Dinamarca y Bélgica. En cuanto a los que tienen discapacidad moderada, sólo percibe pensiones en la U.E. la quinta parte, siendo España el segundo país con más perceptores (28%), por detrás de Dinamarca. Cabe interpretar estos datos en el sentido de que *España favorece más la inserción vía pensiones (aspecto en el que destaca claramente), que la inserción vía empleo (donde se sitúa en último lugar)*.

<sup>18</sup> EUROSTAT, *Disability and social participation in Europe*, European Comisión, Luxemburgo, 2001.

<sup>19</sup> *Ídem*, págs. 44 y 72.

## II. LAS DISCAPACIDADES ENTRE LA POBLACIÓN DE CATALUNYA

A partir de este capítulo nos vamos a centrar en la presentación y análisis de la situación existente en Catalunya. Como queda dicho, el material que utilizaremos procede de la EDD, realizada en 1999 antes de la aprobación por la Organización Mundial de la Salud de la nueva Clasificación internacional de funcionamiento de la salud (CIF), en 2003. Por tanto, la conceptualización utilizada en la encuesta es la de la Clasificación de Discapacidades de 1980: partiendo de la distinción deficiencia-dificultad-minusvalía, la EDD se centró en el estudio del segundo de estos niveles. Es conveniente aclarar algunos de los conceptos y categorías utilizados, pues el alcance de los mismos no resulta siempre evidente.

- Se define discapacidad como la limitación duradera para realizar determinada actividad, como producto de una deficiencia (física, sensorial, motora, psíquica). Aunque las personas pueden realizar potencialmente un sinnúmero de actividades, la encuesta sólo recoge 36, que son consideradas las más importantes para la vida cotidiana. Lo que la encuesta mide es la capacidad de la persona para realizar tales actividades, independientemente de si realmente la practica o no (por ejemplo, aunque un hombre nunca haya realizado trabajo doméstico se lo considera discapacitado para el mismo si alguna deficiencia se lo impide).
- Una persona puede padecer dos o más discapacidades, que pueden estar originadas por varias o por una única deficiencia. La encuesta recoge todas las discapacidades que afectan a la persona, aunque bajo esta restricción “cada discapacidad sólo puede estar causada por una deficiencia”.
- No se consideran discapacidades pasajeras o de corta duración (deben superar el año de duración). Algunas deficiencias que parecen ser muy importantes puede que no limiten de forma grave la capacidad de la persona, y viceversa. La EDD sólo registra una discapacidad cuando el propio entrevistado (percepción subjetiva de la persona) considera que tiene una limitación importante de sus capacidades.
- Se consideran discapacidades aquellas que se han superado con ayudas externas (muletas, silla de ruedas, prótesis, sondas, etc.) pero no las que han recurrido a ayudas internas (marcapasos, lentes intraoculares, válvulas cardíacas, etc.).
- Se consideran tres grupos en función de la edad. En primer lugar, los menores de 6 años entre quienes se analizan las deficiencias detectadas, pero no se estudian pormenorizadamente las discapacidades dada la dificultad que tiene su detección; por tanto, se realiza sólo un estudio de sus *limitaciones*. Los otros dos grupos (mayores de 64 años y entre 16 y 64 años) son estudiados en profundidad, aunque los resultados son presentados de forma independiente dado que se trata de poblaciones heterogéneas (ciertas discapacidades no tienen el mismo alcance a los veinte que a los noventa años).

Puesto que nuestro análisis se refiere a las personas *con discapacidad*, en este trabajo *excluimos a la población menor de seis años*. Por tanto, en lo que sigue nuestro marco de referencia será el 95% de la población catalana<sup>20</sup>. Aquí nos limitamos a

<sup>20</sup> A lo largo de todo el trabajo tomamos como referencia las cifras de población correspondientes al 15 de mayo de 1999, fecha de realización del trabajo de campo de la EDD.

consignar que la EDD detectó la existencia de 6.810 menores con limitaciones en Catalunya, el 67% niños y el 33% niñas (5.109 residen en la provincia de Barcelona, 805 en Lleida, 536 en Tarragona y 361 en Girona).

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

### 1. Sexo y edad

Las discapacidades tienen mayor incidencia entre la población catalana (9,8%) que en el conjunto español (9,4%), aunque con importantes diferencias entre provincias: el valor máximo se alcanza en Lleida (el 12,8% de la población tiene alguna discapacidad) y el mínimo en Girona (el 8%). La mayor incidencia en Lleida puede explicarse, en buena medida, por la estructura de edad de su población, que es la más envejecida de Catalunya (el 21,9% tiene 65 o más años, en tanto que la media regional es de 18%). En cambio, el menor índice de Girona no puede atribuirse a la situación inversa, ya que su población no es más joven que la de Barcelona o Tarragona. En la Tabla 1 presentamos el número total de afectados, en cada una de las provincias catalanas, distinguiendo a la población menor y mayor de 65 años, así como el sexo de los afectados. Como veremos a continuación, sexo y edad son dos variables fundamentales a la hora de analizar las discapacidades.

En función del *sexo* de las personas se constata que las mujeres resultan, en números absolutos, mucho más afectadas que los hombres (332.000 vs. 231.000), el 58,9% de las personas con discapacidad en Catalunya son mujeres. La cifra es similar en España (58,4%), algo menor en Lleida (56%) y más elevada en Tarragona (59,6%). Pero esta sensible diferencia entre sexos está directamente relacionada con la *edad* de las personas. Si comparamos las cifras de cada sexo entre la población que tiene menos de 65 años observamos que existe equilibrio (alrededor de 112.000 afectados por sexo); en cambio, las diferencias se hacen evidentes entre la población anciana (220.000 mujeres y 119.000 hombres). Así, se constata que las discapacidades se “feminizan” cuanto mayor es la edad de los afectados, en parte porque las mujeres tienen mayor expectativa de vida que los varones; en otras palabras, podría afirmarse que entre la población anciana hay más mujeres discapacitadas porque las mujeres son mayoría entre la población.

**Tabla 2.1**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CATALUNYA Y ESPAÑA**  
**(EN NÚMERO Y % SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL)**

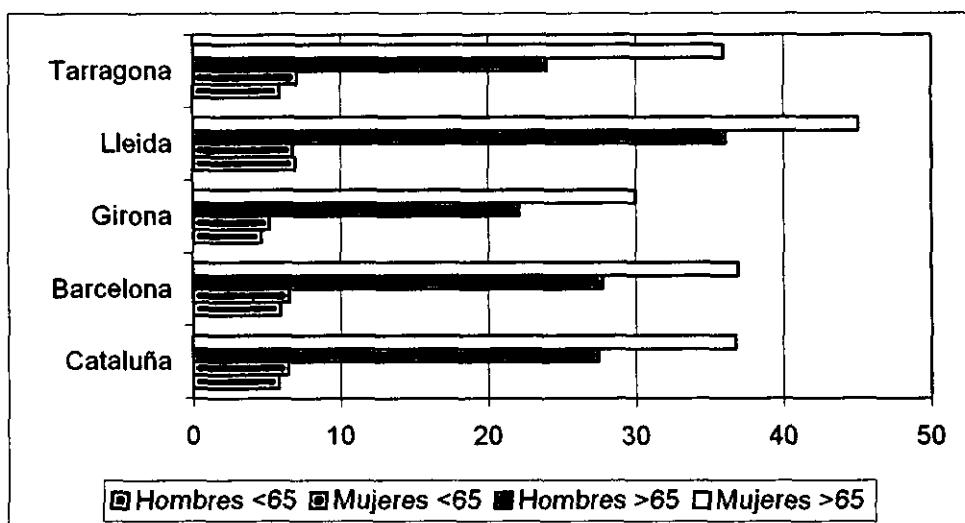
<b>Ambos sexos</b>	<b>6-64 años</b>	<b>65 y más</b>	<b>Total</b>	<b>Pobl. 1999</b>	<b>% discap.</b>
España	1.405.992	2.072.652	3.478.644	37.037.507	9,4
Cataluña	224.960	339.553	564.513	5.736.059	9,8
Barcelona	174.203	254.774	428.977	4.353.286	9,9
Girona	15.438	24.559	39.997	502.060	8,0
Lleida	12.761	29.959	42.720	333.037	12,8
Tarragona	22.558	30.260	52.818	547.676	9,6
<b>Varones</b>					
Total	714.438	733.809	1.448.247	18.090.912	8,0
Cataluña	112.613	119.229	231.842	2.799.623	8,3
Barcelona	87.122	87.872	174.994	2.112.522	8,3
Girona	7.710	8.988	16.698	249.091	6,7
Lleida	6.866	11.933	18.799	165.701	11,3
Tarragona	10.915	10.436	21.351	272.309	7,8
<b>Mujeres</b>					
Total	691.554	1.338.844	2.030.398	18.946.595	10,7
Cataluña	112.347	220.324	332.671	2.936.437	11,3
Barcelona	87.081	166.903	253.984	2.240.765	11,3
Girona	7.728	15.571	23.299	252.969	9,2
Lleida	5.895	18.026	23.921	167.336	14,3
Tarragona	11.643	19.824	31.467	275.367	11,4

Fuente: elaboración propia en base a INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*.

Sin embargo, la mayor mortalidad masculina no explica cabalmente las diferencias existentes. Si en lugar de cifras absolutas utilizamos valores relativos, comparando el número de discapacitados con la población total, observamos que en todos los grupos de edad y ámbitos geográficos la incidencia de las discapacidades es mayor entre las mujeres (ver Gráfico 2.1).

- En el caso de la población en edad laboral, entre 16 y 64 años, el porcentaje de afectados es de 5,8% entre los hombres y de 6,5% entre las mujeres. Las cifras más bajas se registran en Girona (4,6% y 5,2%), en las demás provincias se confirma esta pauta, excepto en Lleida, donde es mayor la incidencia de las discapacidades entre la población masculina (6,9% y 6,7%).
- En cuanto al grupo con 65 o más años las cifras de toda Cataluña son 27,5% para los hombres y 36,8% para las mujeres. En este caso en todas las provincias resultan más afectadas las mujeres, aunque los índices son marcadamente diferentes en Girona (22,1% los hombres, 30% las mujeres) y Lleida (36,1% y 45,1%).

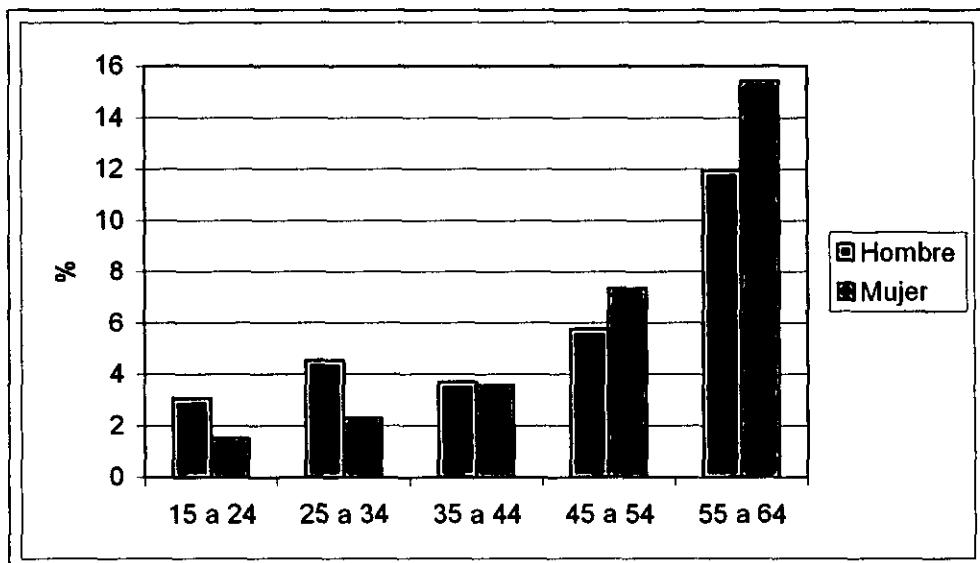
**GRÁFICO 2.1**  
**POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES EN CATALUNYA,**  
**SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y PROVINCIA DE RESIDENCIA**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias 1999*.

Las discapacidades aumentan con la edad, especialmente a partir de los 65 años. Por tanto, la población en edad laboral se ve mucho menos afectada. Pero en estas edades también se constata una progresión en el índice de prevalencia: hay más discapacidades a mayor edad. Entre la población joven, menor de 45 años, se ven más afectados los hombres (3,4% vs. 2,3% de las mujeres); en cambio, en la edad madura, entre 45 y 64 años, es mayor la incidencia entre éstas (8% y 10,3% respectivamente). En el gráfico 2.2 se observa la evolución creciente de las discapacidades a medida que se incrementa la edad, así como la mayor incidencia entre los hombres hasta los 35 años y entre las mujeres a partir de los 45.

**GRAFICO 2.2**  
**PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES**  
**RESPECTO A LA POBLACION EN EDAD LABORAL, SEGÚN SEXO**



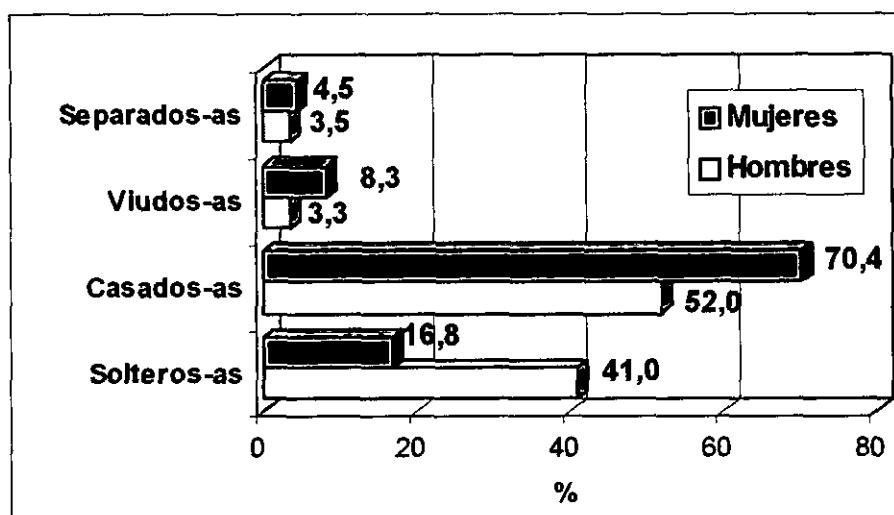
Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

## 2. Estado civil y relaciones familiares

En las familias el papel de cada uno de sus miembros viene determinado por factores como la edad (distintas generaciones), el sexo (roles de género), el estado civil y la relación de parentesco con la persona que es “cabeza de familia” o sustentadora principal del hogar. Si nos ceñimos al colectivo de personas en edad laboral con discapacidades, la distribución según el estado civil no presenta diferencias relevantes en relación al conjunto de la población: prevalecen los *casados* (61%) sobre los *solteros* (29%); los casos de *viudedad* (6%) son más frecuentes que los de *separación o divorcio*, (4%). Por tipos de discapacidad, la nupcialidad es mucho más baja entre quienes tienen deficiencias psíquicas (muy especialmente las personas afectadas por *retraso mental* que permanecen solteras en el 98,6% de los casos).

El Gráfico 2.3 recoge las diferencias de estado civil entre los hombres y mujeres en edad laboral con discapacidades. La mayor frecuencia de varones solteros se debe al mayor número de deficiencias masculinas en el tramo de edad de 16 a 29 años; el claro predominio de mujeres viudas se explica por la mayor mortalidad masculina y, en menor medida, por una mayor propensión a contraer segundas nupcias por parte de los hombres viudos con discapacidades.

**Gráfico 2.3**  
**ESTADO CIVIL DE LOS HOMBRES Y MUJERES**  
**EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES**



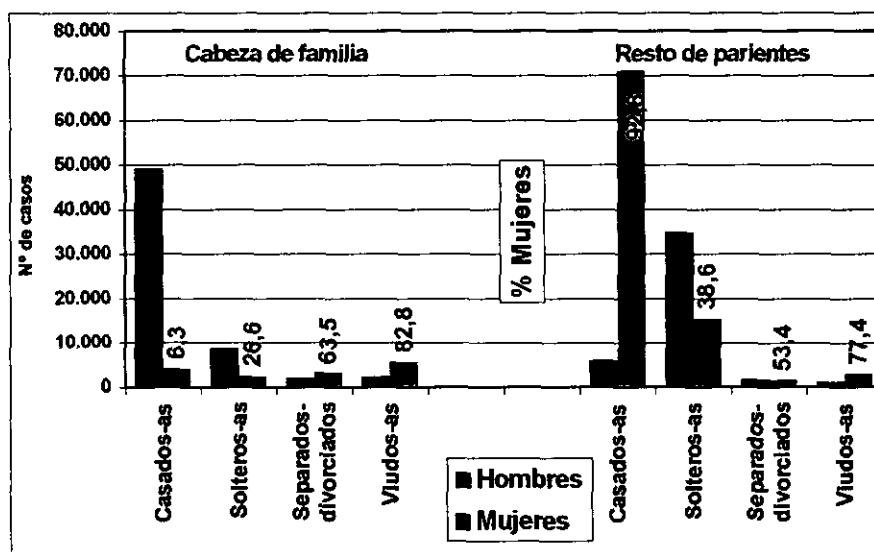
Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

Podemos ver cómo se distribuyen los hombres y mujeres con discapacidades en función de dos variables combinadas: el estado civil y su relación con el sustentador principal del hogar. Entre la población discapacitada en edad laboral el 37% son el sustentador principal del hogar; se trata de unas 78.000 personas de las cuales el 80% son hombres. Entre todos los “cabeza de familia” que están casados apenas el 6% son mujeres; en cambio, ellas son la mayoría de los sustentadores principales en el caso de personas viudas, separadas o divorciadas. Por tanto, el papel de sustentador familiar suele ser una situación sobrevenida para las mujeres con discapacidad (como para muchas que no lo son), una vez desaparecida la relación conyugal. Además de las 72.000 personas que son cónyuges del sustentador principal (el 94% mujeres) encontramos a otras 44.000 que son hijos que permanecen en el hogar paterno. En este caso hay una clara mayoría masculina (71%) debido a que en entre los menores de 30 años la discapacidad de los hombres es –como ya hemos apuntado- más elevada que la femenina.

Estos datos reflejan la tradicional división sexual del trabajo en la sociedad: al hombre se le orienta el trabajo extradoméstico (lo que le convierte en principal sustentador del hogar) y a la mujer a la esfera privada de la familia (encargada de la producción doméstica y del cuidado de los demás miembros de la familia). Aun que en las últimas décadas se ha roto parcialmente la rigidez de este sistema bipolar, en el caso de las personas con discapacidades el ritmo de los cambios es mucho menor y las diferencias de género subsisten con bastante intensidad. En general, los hombres están orientados hacia el trabajo remunerado o, en su defecto, a obtener una pensión contributiva; si fallan ambas salidas, se producen problemas de identidad social y surgen sentimientos de inutilidad, que no se ven compensados al asumir un papel en el trabajo doméstico. En cambio, las mujeres quedan abocadas bien al trabajo doméstico o bien a conjugar empleo remunerado –generalmente menos cualificado que el de los hombres- y el doméstico (doble jornada); en cuanto a la percepción de pensiones, acceden a ellas en una proporción mucho menor que los hombres y, en tal caso,

predominan las pensiones "asistenciales" (no contributivas) cuyo importe medio no llega a la mitad del monto de las pensiones ligadas al empleo (contributivas).

**Gráfico 2.4**  
**HOMBRES Y MUJERES EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES,  
 SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y RELACIÓN CON EL CABEZA DE FAMILIA**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

### 3. El hábitat: provincias y tamaño de municipio

La situación descrita hasta aquí no tiene un impacto homogéneo en toda la geografía catalana. La Tabla 2.2 recoge, en primer lugar, el número de personas que sufren discapacidades en cada una de las provincias, en función de su sexo y de tres grandes grupos de edad; en segundo lugar indica la *prevalencia* de las discapacidades (% de personas afectadas respecto al total de población) en cada uno de esos segmentos. En las cuatro provincias se constata la misma tendencia: el porcentaje de afectados se incrementa con la edad, muy especialmente a partir de los 65 años, cualquiera sea el sexo de las personas.

Obviamente, el mayor número de afectados se encuentra en Barcelona, la provincia más poblada. Sin embargo, en proporción a la población total de cada segmento analizado se observa que en todos ellos la menor prevalencia se registra en Girona, en tanto que los valores más altos corresponden a Tarragona en el segmento de 6 a 44 años (ambos sexos) y a Lleida en el de mayores de 65 años (ambos sexos), mientras que en el grupo entre 45 y 64 años la mayor prevalencia corresponde a Lleida (hombres) y Tarragona (mujeres).

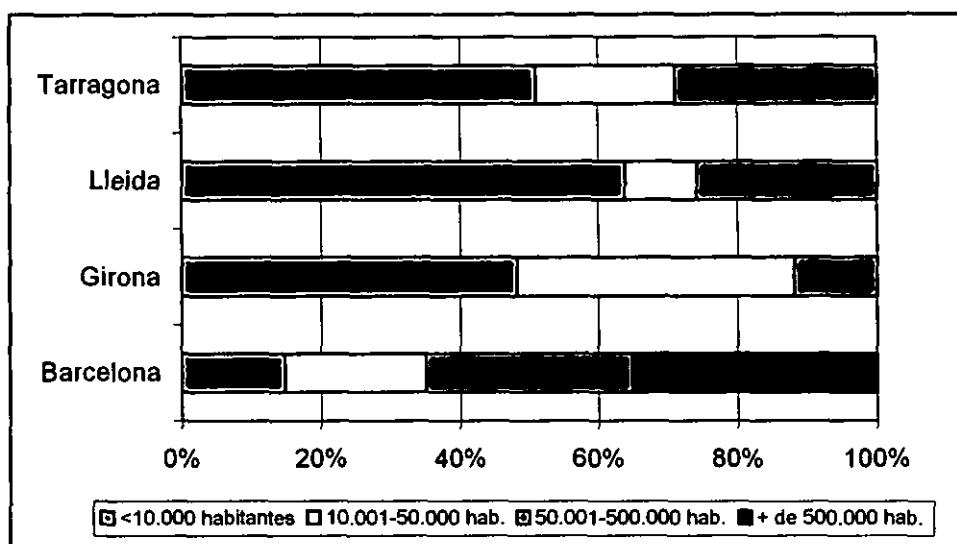
**TABLA 2.2**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CATALUNYA,**  
**SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y PROVINCIA DE RESIDENCIA**  
**(en N° y % sobre la población total)**

<b>Personas con discapacidades</b>		Catalunya	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
<b><u>Hombres</u></b>						
6 a 44		56.084	43.185	3.740	2.833	6.326
45 a 64		56.530	43.937	3.970	4.034	4.589
65 y más		119.229	87.872	8.988	11.933	10.436
<i>Total hombres</i>		231.843	174.994	16.698	18.800	21.351
<b><u>Mujeres</u></b>						
6 a 44		37.137	28.397	2.380	2.032	4.328
45 a 64		75.209	58.684	5.348	3.862	7.315
65 y más		220.324	166.903	15.571	18.026	19.824
<i>Total mujeres</i>		332.670	253.984	23.299	23.920	31.467
<b>Prevalencia en relación a la población total (en %)</b>						
<b><u>Hombres</u></b>						
6 a 44		3,4	3,4	2,5	3,0	3,9
45 a 64		8,0	8,1	6,7	10,4	7,1
65 y más		27,5	27,8	22,1	36,1	23,9
<i>Total hombres</i>		8,3	8,3	6,7	11,3	7,8
<b><u>Mujeres</u></b>						
6 a 44		2,3	2,3	1,7	2,3	2,8
45 a 64		10,3	10,3	9,2	9,9	11,5
65 y más		36,8	36,9	30,0	45,1	35,9
<i>Total mujeres</i>		11,3	11,3	9,2	14,3	11,4

Fuente: elaboración propia en base a INE, EDD 1999.

Otra variable que marca diferencias desde el punto de vista espacial es el tamaño del municipio de residencia. Mientras en la provincia de Barcelona se trata de un fenómeno predominantemente urbano (más del 60% de los afectados reside en municipios con más 50.000 habitantes), en las otras tres el mayor número de afectados reside en municipios pequeños, con menos de 10.000 habitantes. De forma resumida, pues, puede decirse que en Lleida, Tarragona y Girona se trata principalmente de un fenómeno rural mientras que en Barcelona es una problemática urbana. Esta distribución tiene importancia de cara a la estructuración de los recursos de atención.

**GRÁFICO 2.5**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN CATALUNYA (6 O MÁS AÑOS),  
SEGÚN SEXO, PROVINCIA Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA**



Fuente: elaboración propia en base a INE, *EDD 1999*.

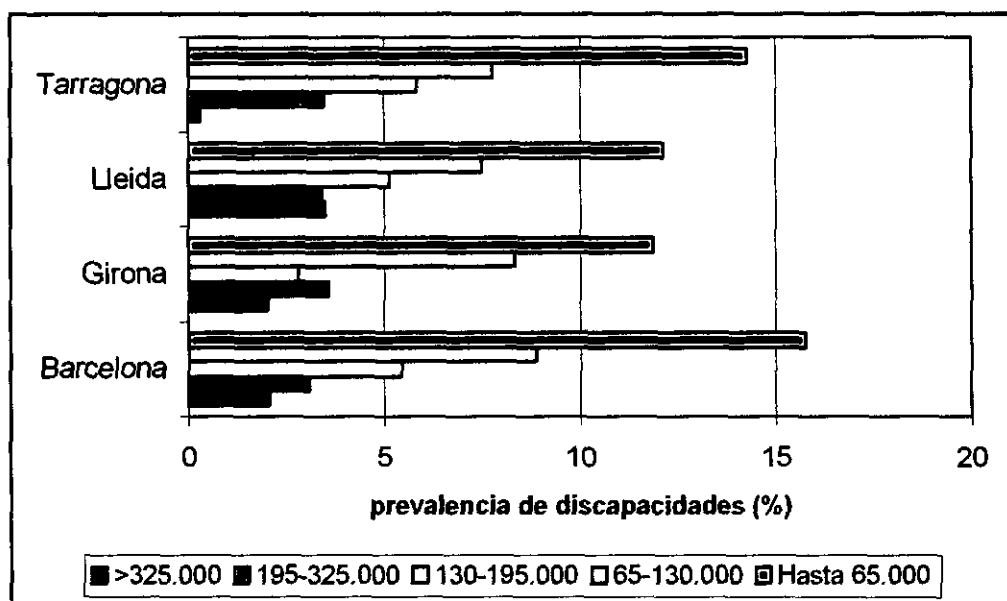
#### 4. Discapacidades y situación socioeconómica

Hasta aquí hemos hecho alusión a la importante incidencia de variables demográficas (edad y sexo) sobre la prevalencia de discapacidades. Conviene además, indagar acerca de las relaciones entre esta problemática y la situación socioeconómica de los afectados. Para ello, la EDD nos ofrece un indicador interesante: el nivel de ingresos familiares de los hogares (incluyendo salarios, pensiones y otras rentas) en los que hay personas con alguna discapacidad.

Los datos de ingresos brutos nos indican que el 43% de las personas con discapacidades pertenecen a hogares que en 1999 percibían entre 130.000 y 260.000 pesetas mensuales. Esta información, por si sola, tiene escasa relevancia pero si la relacionamos con los ingresos del conjunto de la población en edad laboral obtenemos resultados muy significativos. Se comprueba así que *la prevalencia de las discapacidades es mayor cuanto menor es el nivel de ingresos de las familias*. En los hogares que en 1999 percibían menos de 65.000 pesetas mensuales las discapacidades afectaban al 15% de la población en edad laboral; en el tramo entre 65.000 y 130.000 pesetas la prevalencia desciende a un 9%; en el comprendido entre 130.000 y 195.000 pesetas es de 5%; a partir de las 195.000 baja al 3% y en los hogares que ingresan más de 325.000 pesetas mensuales apenas alcanza al 2%.

Esta situación se reproduce en las cuatro provincias (ver gráfico 2.6), con algunas variaciones menores. Por ejemplo, en Barcelona y Tarragona la prevalencia es mayor en el segmento de ingresos más bajos; en Lleida, en cambio, encontramos el menor índice de toda Cataluña en este tramo y el más elevado en los de más altos ingresos.

**GRÁFICO 2.6**  
**PREVALENCIA DE LAS DISCAPACIDADES ENTRE LA POBLACIÓN EN**  
**EDAD LABORAL, SEGÚN TRAMOS DE INGRESO MENSUAL DEL HOGAR**  
**Y PROVINCIA DE RESIDENCIA**



Fuente: Elaboración propia en base a INE, *EDD 1999*.

## 5. Tipos de discapacidad

Una vez conocidas las principales características de las personas afectadas por discapacidad, en este apartado veremos cuáles son los principales tipos de discapacidad; para ello nos basaremos en los diez grandes grupos de discapacidad que estudia la EDD (en los que se agrupan las 36 discapacidades estudiadas). Presentamos dichos grupos en orden de importancia decreciente, en función del volumen de población afectada. Es importante recordar que una persona puede tener más de una discapacidad, por lo que la suma de discapacidades supera a la de discapacitados. Dividiremos la presentación en dos bloques: el primero referido todos los discapacitados mayores de cinco años; el segundo dedicado sólo a la población en edad laboral (entre 16 y 64 años), sector de población de interés preferente de nuestro estudio. Respecto a éste haremos una valoración inicial de los principales indicadores que tienen que ver con la *actividad económica* de los sujetos: proporción de hombres y mujeres que se consideran con capacidad para trabajar; tasas de actividad, ocupación y paro; y proporción de personas ocupadas en las tareas domésticas. Nuestra intención es ofrecer una visión de conjunto de las discapacidades que afectan a la población, destacando aquellos aspectos generales que afectan más a su inserción laboral<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> El conjunto de datos en los que se basan estos comentarios se encuentran en las Tablas 2 y 3 del Anexo Estadístico.

Para situar con perspectiva general la situación de las personas con discapacidad conviene tener en cuenta que en la fecha de realización de la EDD la tasa de actividad general en Catalunya era de 53,1% y la de desempleo del 5,5% (Encuesta de Población Activa, segundo trimestre de 1999). Estas cifras se refieren al conjunto de población con 16 o más años; en cambio, si sólo consideramos a la comprendida entre 16 y 64 años –la que aquí estudiaremos con detalle- la tasa de actividad era de 69,3% y la de paro de 7,1%. Por tanto, son estas últimas las que hay que retener a efectos comparativos.

## 1

**Dificultad para realizar las tareas del hogar**Población de 6 o más años

En este apartado se incluyen cinco tipos de actividades domésticas: *encargarse de las compras y del control de los suministros y servicios* (196.000 personas, 4,2% de la población de Catalunya), *preparar las comidas* (123.000, 2,6%), *lavar y planchar* (145.000, 3,1%), *limpiar la casa* (186.000, 4%) y *cuidar del bienestar de los demás miembros de la familia* (127.000, 2,7%).

- Estas discapacidades afectan mucho más a las mujeres (23,3%) que a los hombres (10%) y tienen una prevalencia mucho mayor entre las personas de edad avanzada.

Población en edad laboral

En la edad laboral la dificultad para realizar las tareas del hogar afecta a 52.000 personas (1,6%) que no pueden encargarse de la compra ni de la limpieza de la casa, 36.000 (1%) no están en condiciones de cuidar a los familiares ni del lavado y planchado de ropa, mientras que 33.000 (0,9%) no pueden ocuparse de preparar la comida. El 65% de estas personas se considera incapacitado para trabajar; la tasa de actividad es del 16% y la de desempleo del 28% (alrededor del 35% entre las personas incapacitadas para ocuparse de las compras y de la limpieza del hogar).

- La prevalencia de estas discapacidades no es la misma en todo el territorio catalán: la máxima incidencia se registra en Girona y la mínima en Lleida.

## 2

**Dificultad para desplazarse fuera del hogar**Población de 6 o más años

Este conjunto es –junto a la incapacidad de ocuparse de las tareas domésticas– la discapacidad más frecuente. Incluye tres tipos principales: *dificultades graves o importantes para realizar desplazamientos a pie a distancias cortas* (andar 50 metros, subir o bajar 10 peldaños de escalera, etc.) (234.000 personas, 5% de la población catalana); para *desplazarse en transportes públicos* (262.000, 5,6% de la población); o para *usar vehículos propios* (129.000, 2,8%).

- Se trata de limitaciones que se producen sobre todo después de la edad de jubilación (más del 70% de las personas afectadas) e inciden con más frecuencia en las mujeres (el índice de prevalencia entre éstas es de 16,7% y entre los hombres de 9,9%).

Población en edad laboral

En la edad laboral esta discapacidad afecta a 61.700 personas que son incapaces de recorrer distancias cortas a pie (1,7%), 70.000 que no pueden desplazarse en transporte público (2%) y 81.000 que no pueden conducir un vehículo (2,2%). Por tanto, se trata del grupo de discapacidades que más incide entre las personas de esta edad. Aunque una gran proporción de los afectados (47%) se considera capacitado para trabajar, la tasa de actividad es del 25%; entre los activos el índice de desempleo es también del 25%.

- La prevalencia de estas discapacidades no difiere mucho entre provincias, aunque es mayor en Barcelona y Tarragona, que en Lleida y Girona.

## 3

**Dificultad para moverse o para desplazarse en el hogar**Población de 6 o más años

Se trata de personas con problemas para poder realizar los movimientos básicos del cuerpo, ya sea por deficiencias físicas o psíquicas. En unos casos se trata de *no poder mover el cuerpo de posición*, incluso estando en la cama (112.000 personas, 2,4% de la población); en otros por *no poder levantarse, acostarse o permanecer de pie o acostado* (160.000 personas, 3,4%); y en otros por *no poder desplazarse sin ayuda dentro del hogar*, incluyendo aquí los usuarios de sillas de ruedas (99.000, 2,1% de la población total).

- Los problemas de movilidad y desplazamiento afectan en doble proporción a las mujeres (10,3%) que a los hombres (5,5%), debido a que aquellas registran en mayor medida enfermedades relacionadas con el aparato locomotor, sobre todo después de la menopausia.

Población en edad laboral

En la edad laboral las cifras de afectados son: 45.000 que no pueden mover el cuerpo (1,3%), 56.000 incapaces de levantarse, acostarse o permanecer de pie (1,6%) y 24.000 que no pueden desplazarse sin ayuda dentro de su hogar (0,7%). El 34% de estas personas se considera en condiciones de trabajar, aunque la tasa de actividad es de 25%; dentro de ese grupo el porcentaje de parados el del 38%.

- La prevalencia máxima se registra en Tarragona y la mínima en Lleida.

## 4

**Dificultad para utilizar brazos y manos**Población de 6 o más años

Este grupo incluye a personas con graves limitaciones para mover y manipular objetos con las manos y brazos, sea por causas físicas o psíquicas. A veces el problema consiste en la *dificultad para alcanzar, sostener o trasladar objetos no muy pesados* (128.000 personas, 2,7% de la población total), otras *no se pueden utilizar utensilios y herramientas* (101.000, 2,2%) o *no se pueden manipular objetos pequeños con los dedos y las manos* (escribir, usar teclados, etc.) (91.000, 1,9% de la población catalana).

- Se encuentra afectado por estas discapacitadas el 8,6% de la población femenina y el 5% de la masculina.

Población en edad laboral

En este caso son 50.000 personas que no pueden manipular objetos no muy pesados (1,5% de los catalanes en edad laboral), 38.000 que no manejan utensilios o herramientas (1%) y 32.000 incapaces de manipular objetos pequeños (0,9%). Sólo el 35% de las personas afectadas (82%) se considera con capacidad para trabajar; la tasa de actividad es del 18% y la de desempleo del 19,5% (para quienes no manejan herramientas ni objetos pequeños llega al 25%).

- La mayor prevalencia se registra en las provincias de Tarragona y Barcelona; la menor en Girona.

## 5

**Dificultad para relacionarse con otras personas**Población de 6 o más años

Incluye tres tipos de problemáticas relacionadas con la conducta interpersonal, ya sea en la familia o fuera de ella: *mantener relaciones de cariño con familiares próximos* (12.000 personas, 0,37% de la población); *hacer amigos y mantener la amistad* (29.000, 1,0%); y *relacionarse con compañeros, jefes y subordinados*, sea en el ámbito laboral, el colegio, las relaciones comerciales, etc. (33.600, 1,4%).

Población en edad laboral

En la edad laboral esta discapacidad afecta a algo más de 30.000 personas (0,9% de la población entre 16-64 años) que no pueden relacionarse con otros en el trabajo, 26.000 (0,8%) que no pueden establecer y mantener amistades y 11.000 (0,3%) que no establecen relaciones de cariño con sus familiares. Estas dificultades relacionales no impiden que el 50% se considere en condiciones de trabajar y que la tasa de actividad alcance el 20%, aunque la de desempleo se eleva hasta el 28% (32% para quienes no establecen relaciones en el trabajo o de amistad).

- Este tipo de discapacidades tiene mayor prevalencia en Barcelona y Tarragona, que en Girona y Lleida.

## 6

**Trastornos en la visión**Población de 6 o más años

Este grupo de discapacidades incluye tres tipos básicos y otro genérico: la *ceguera total en ambos ojos* que afecta a unas 10.000 personas (0,2% de la población de Catalunya); la *discapacidad para tareas visuales de conjunto*, por ejemplo las personas tuertas, afecta a algo 79.000 personas (1,7% de la población total); y la *discapacidad para tareas visuales de detalle*, referida a quienes, aun con gafas o lentes, tienen gran dificultad para leer, coser, distinguir las imágenes de un televisor, etc., afecta a 97.000 personas (2,1% de la población). Finalmente, con *otras discapacidades de la visión* encontramos a 60.000 personas (1,3% de la población).

- En todos los casos se ven más afectadas las mujeres que los hombres.

Población en edad laboral

En esta franja de edad el número de personas ciegas ronda las 3.600 (0,1% de la población catalana en edad laboral), tienen problemas con la visión de conjunto 21.000 (0,6%), con la visión de detalle 26.000 (0,7%) y otros problemas de visión 18.000 (0,5%). En conjunto la inserción laboral de las personas con problemas de visión es relativamente elevada: una amplia mayoría (81%) de las personas con problemas de visión considera que su discapacidad no le impide trabajar, el 53% es laboralmente activo (superior al 40% entre los ciegos y en torno al 50% entre el resto de personas con discapacidades visuales) y más del 70% de estos está ocupado.

- La prevalencia máxima de este tipo de discapacidades se registra en la provincia de Tarragona y la mínima (casi tres veces inferior) en Girona.

## 7

**Problemas para aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas**Población de 6 o más años

Se refiere a personas con dificultades graves para adquirir y aplicar conocimientos debido a deficiencias cognitivas o intelectuales (retrasos, demencias, enfermedades mentales). Se distinguen cuatro tipos: *reconocer personas u objetos y orientarse en el espacio y el tiempo* (37.000 personas, 0,8% de la población total), *recordar informaciones y episodios* (71.500, 1,5%), *entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas* (29.000, 0,6%) y *entender y ejecutar órdenes y tareas complejas* (60.000, 1,3% de la población catalana).

- La prevalencia de estas discapacidades es del 5,1% respecto a la población femenina de Catalunya y del 3,4% respecto a la masculina.

Población en edad laboral

En la edad laboral el volumen de afectados desciende a 9.500 incapaces de reconocer y orientarse (0,3% de la población de esa edad), 19.000 que no recuerdan informaciones o episodios (0,5%), 7.400 que no procesan órdenes sencillas (0,2%) y 26.000 que no pueden entender órdenes complejas (0,8%). A pesar de estas dificultades, el 47% se considera en condiciones de desempeñar alguna tarea remunerada; sin embargo, la tasa de actividad sólo alcanza al 12% de los afectados, aunque resulta ínfima entre quienes no entienden órdenes sencillas o no reconocen personas, y es algo más elevada en los otros dos grupos (en torno al 15%); precisamente entre los más activos la tasa de desempleo se sitúa en un 37%.

- La prevalencia máxima, muy destacada respecto a las otras provincias, se observa en Tarragona; la mínima (cuatro veces inferior) en Lleida.

## 8

**Dificultad de la persona para cuidar de sí misma**Población de 6 o más años

Este grupo se refiere a personas con dificultades graves para el autocuidado personal, en concreto: *asearse y cuidar del aspecto personal* (95.000 personas, 0,7% de la población catalana), *control de esfínteres y uso del servicio* (51.700, 0,4%), *vestirse, desvestirse y arreglarse* (84.000, 0,6%) y *comer y beber sin ayuda* (30.800, 0,3% de la población total).

- Estas discapacidades suelen relacionarse con deficiencias psíquicas, y a veces también físicas, en la etapa más avanzada de la vida, lo que explica que el 44% de las personas afectadas tengan más de 80 años y que incidan más en las mujeres (6,6% vs. 4,6% de los hombres), cuya esperanza de vida es más elevada.

Población en edad laboral

En la edad laboral los problemas de autocuidado e higiene personal afectan a un volumen mucho más reducido de población: 23.000 no pueden asearse solos (0,7%), 10.700 (0,3%) no controlan esfínteres, 21.000 no son capaces de vestirse por sí mismos (0,6%) y 6.900 son incapaces de comer o beber sin ayuda (0,3%). Este tipo de trastornos es el que más incapacita para trabajar en cualquier ámbito: apenas el 20% se considera en condiciones de emplearse. La tasa de actividad de esta población es del 11%, aunque entre ellos el porcentaje de desempleo es bajo (5%).

- En este caso, la prevalencia mayor se registra en Girona, claramente destacada sobre las restantes provincias; la cifra más baja corresponde a Lleida.

## 9

**Trastornos de audición**Población de 6 o más años

En este grupo hay que distinguir la *sordera total*, que afecta a 17.000 personas (0,4% de la población total), de la *dificultad para entender una conversación en tono normal*, que afecta a 136.000 personas (2,9% de la población) y de la *discapacidad para oír sonidos fuertes*, como una sirena, alarmas, etc., con 33.000 afectados (0,7% de la población).

- La prevalencia de estas discapacidades es algo mayor entre las mujeres (4,4%) que entre los hombres (3,6%).

Población en edad laboral

Entre las personas en edad laboral, no pueden oír una conversación el 1,1% (37.700), no perciben sonidos fuertes el 0,3% (11.000) y sufren sordera total el 0,2% (6.600). Los afectados por trastornos de audición son –entre todos los tipos de discapacidad – las que menos dificultades encuentran para acceder al mercado de trabajo: el 45% se declara activo y, de ellos, están ocupados más del 90%. Sólo el 11% se considera totalmente incapacitado para trabajar.

- Aunque en este caso las diferencias entre provincias no son muy marcadas, la prevalencia mayor corresponde a Lleida y la menor a Girona.

## 10

**Dificultad para comunicarse**Población de 6 o más años

En este grupo se incluyen los *problemas en el habla*, como la mudez y la tartamudez, que afectan a 23.000 personas (0,5% de la población total) y otros relacionados con la *capacidad de emitir o recibir mensajes a través de la escritura-lectura convencional* (61.000 personas, 1,3% de la población), *otros lenguajes alternativos* (12.000, 0,3%) o simplemente *mediante gestos* (7.000, 0,1%). En buena parte, estos tipos de discapacidad se deben a trastornos mentales que impiden al sujeto comunicarse con los demás.

- En este caso, la prevalencia entre hombres y mujeres es similar (2,3% y 2,2%, respectivamente).

Población en edad laboral

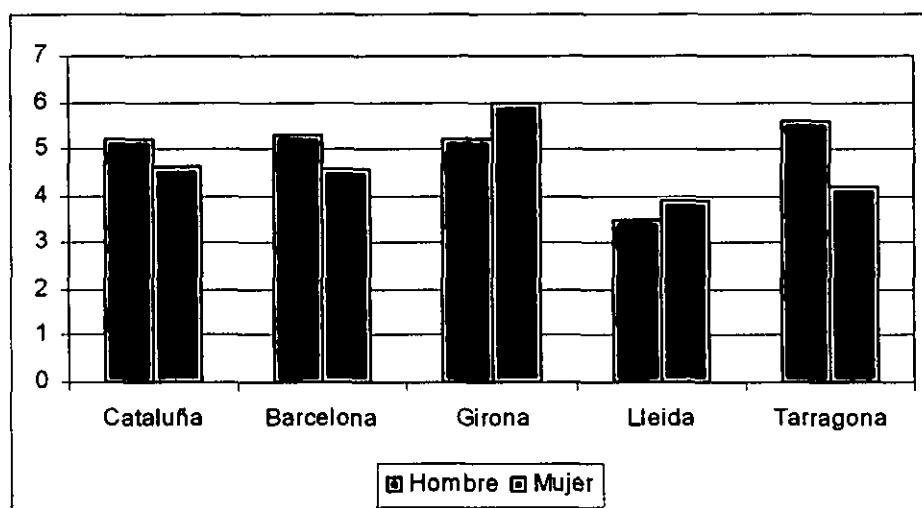
En este segmento de población el volumen de afectados es el siguiente, problemas en el habla: 8.100 (0,3% de la población en edad laboral), incapacidad de utilizar la lectura-escritura convencional: 26.700 (0,8%), el no uso de lenguajes alternativos: 7.000 (0,2%), y la imposibilidad de utilizar gestos: 2.400 (0,1%). En este grupo de discapacidades la tasa de actividad es una de las más bajas (13%), aunque existen grandes diferencias entre las personas mudas y tartamudas (22%) y las incapaces de comunicarse siquiera por gestos (7,5%). Entre la minoría activa la tasa de desempleo alcanza el 30%, pero es mucho más elevada para quienes no utilizan la lectura-escritura o la comunicación por gestos. Casi la mitad del colectivo considera que su discapacidad le impide absolutamente desarrollar cualquier tipo de trabajo.

- La prevalencia mayor, claramente destacada, corresponde a Tarragona y la menor a Lleida.

Intentemos ahora recoger algunas reflexiones sobre el conjunto de la información precedente, aunque previamente debemos recordar que —en conjunto— lo que la encuesta recuenta son “discapacidades” y una persona puede tener más de una de ellas. En la medida en que esta situación sea frecuente, la suma de discapacidades excederá con creces al de “personas con discapacidad”. En Cataluña, la media de discapacidades por persona afectada es de 5,8 (6,2 las mujeres y 5,3 los varones). Para las personas en edad laboral la media desciende a 4,9 (5,2 los hombres y 4,6 las mujeres), aunque existen diferencias en función de la provincia, como se muestra en el Gráfico 2.7 (los valores mínimos se registran en Lleida -3,5 los hombres y 3,7 las mujeres-, los máximos en Tarragona para los hombres -5,6- y en Girona para las mujeres -6-).

Las personas que menos discapacidades acumulan son las que tienen problemas de oído o vista (excepto la ceguera total); las que más, las que no pueden cuidarse por sí mismas o tienen dificultades graves de comunicación.

**GRÁFICO 2.7**  
**NÚMERO MEDIO DE DISCAPACIDADES POR PERSONA EN EDAD LABORAL, SEGÚN SEXO Y PROVINCIA**



Fuente: elaboración propia en base a INE, EDD 1999.

Debido a esta circunstancia, que podemos llamar “multidiscapacidad”, si sumamos la cifra de afectados por cada una de las discapacidades analizadas obtenemos más de un millón de casos sólo entre la población en edad laboral, pero en realidad la EDD nos indica que el volumen de población con discapacidades en Cataluña, dentro de esas edades, es de 213.500.

Por otra parte, tanto la *gravedad* como el *pronóstico* de las discapacidades marcan diferencias importantes entre esta población. En cuanto a la gravedad, o grado de severidad se establecen tres grandes grupos:

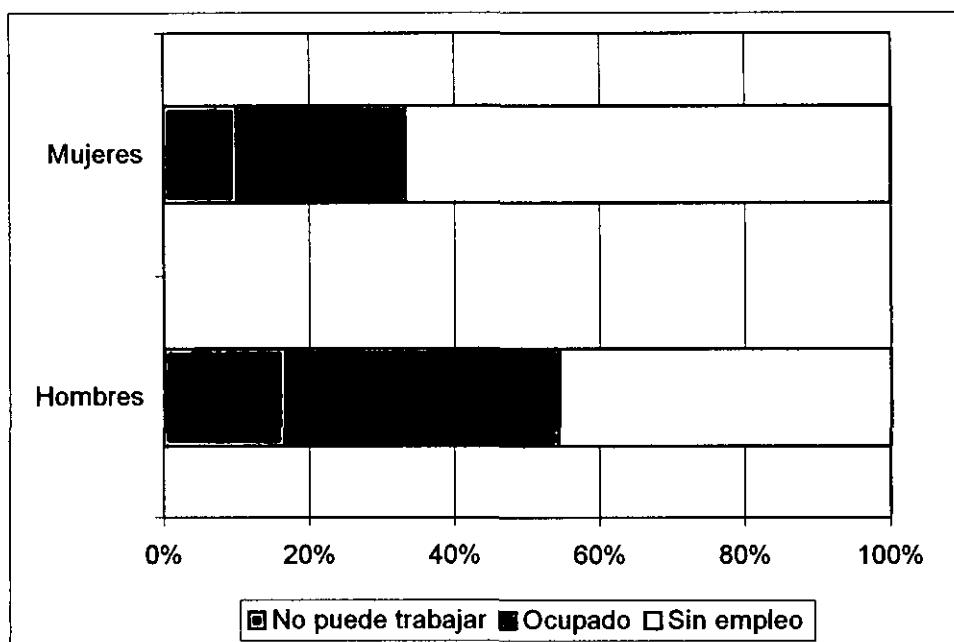
- Discapacidad *total*: quienes la sufren están totalmente impedidas para realizar cierto tipo de acciones. Esto no significa que no puedan trabajar en ninguna actividad, ya que su incapacidad se refiere a unas facultades determinadas (por ejemplo, la incapacidad total para ver no inhabilita para emplearse en tareas que no requieran de la visión). Del total de discapacidades que afectan a población en edad laboral el 27% se inscribe en esta categoría.
- Discapacidad *grave*: permite desarrollar la actividad en cuestión, aunque con menor eficiencia o dificultades importantes. Afecta al 36% de las discapacidades de la población entre 16 y 64 años.
- Discapacidad *moderada*: no impide desarrollar las acciones correspondientes, generalmente gracias a la utilización de aparatos o procesos específicos de rehabilitación. Incluye al 37% de las discapacidades referidas a población en edad laboral.

Desde el punto de vista del pronóstico nos encontramos con una situación variable. La definición de discapacidad se refiere a un trastorno funcional que afecta al sujeto de forma duradera, al menos durante un año. Sin embargo, la mitad de las discapacidades no se encuentran en situación estable, sino que tienen pronóstico favorable (el 6,3%) o perspectivas de empeorar (44%); el resto o se encuentran estabilizadas (38%) o no tienen un pronóstico claro (11,7%). Las posibilidades de mejora o empeoramiento están relacionadas tanto con las características de la discapacidad como con el acceso de los afectados a los recursos terapéuticos necesarios.

Existe un reconocimiento institucional del grado de minusvalía de las personas (a partir de un grado de discapacidad igual o superior al 33% de determinada función): el certificado oficial de minusvalía. Según la EDD en 1999 el 30% de las personas discapacitadas en edad laboral estaba en posesión del mismo (el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres).

De los más de 210.000 discapacitados en edad laboral que residen en territorio de Cataluña, 29.000 (el 13,8% del total) afirman que “no pueden trabajar” y 27.000 se definen como “incapacitados” para el trabajo. Por tanto, el resto, *una gran mayoría* (el 86%, algo más de 180.000 personas) *se siente con capacidad para ocupar un empleo*. Sin embargo, se encuentran en situación de “actividad económica” (trabajando o en paro) sólo el 36% (unas 75.000), seguramente por el desánimo que generan las experiencias frustradas de búsqueda de empleo así como el etiquetamiento negativo que socialmente se produce respecto a sus capacidades laborales. Por sexo, existe una importante diferencia en las tasas de actividad: la masculina se sitúa en 41% y la femenina en 29,5%. Mientras el 26% de las mujeres discapacitadas se ocupan de las “tareas del hogar” el porcentaje de hombres que tiene ésta como su principal actividad es nulo.

**GRÁFICO 2.8**  
**POBLACION CON DISCAPACIDADES EN EDAD LABORAL.**  
**RELACIÓN CON EL EMPLEO REMUNERADO, SEGÚN SEXO**



Fuente: elaboración propia en base a INE, EDD 1999.

En definitiva, *si descontamos a las personas que no pueden trabajar*, sea por incapacidad o porque están ya jubiladas (el 16% de los hombres y el 9% de las mujeres), *nos encontramos con que la mayoría carece de empleo*: el 63% de las mujeres y el 42% de los varones. Desde el punto de vista de la inserción social a través del trabajo, es evidente que la situación resulta claramente deficitaria. Cabe apuntar, sin embargo, que la carencia de empleo no es sinónimo de falta de ingresos, ya que un núcleo importante (28% de los hombres y 23% de las mujeres) percibe pensiones por incapacidad, como veremos en detalle más adelante.

## 6. La situación en Cataluña respecto al contexto estatal

Al comienzo de este capítulo hemos presentado los datos generales correspondientes a cada una de las provincias catalanas. Aquí nos interesa contextualizar dicha situación comparándola con la existente en otras comunidades autónomas. Los resultados de la EDD indican que la prevalencia media de las discapacidades en todo el estado es de 9,4%, y que nueve comunidades autónomas superan dicha cifra: Castilla y León, Castilla-La Mancha lo hacen ampliamente (prevalencia del 15% o más), les siguen Murcia, Andalucía, Galicia, Extremadura y Asturias (10%), Cataluña, Cantabria y las ciudades de Ceuta y Melilla (entre 9,4% y 9,8%). En el extremo opuesto, las cifras más reducidas corresponden a La Rioja (5,7%), Canarias, Madrid y País Vasco (7%), Baleares, Navarra, Comunidad Valenciana y Aragón (8%). Por tanto, la prevalencia de las discapacidades sitúa a Cataluña algo por encima de la media estatal.

La presentación de datos a nivel regional oculta matices intraregionales importantes. Por ejemplo, en la comunidad con mayor porcentaje de personas discapacitadas—Castilla-La Mancha—encontramos la provincia más afectada de todo el país (Ciudad Real, 38,8%) pero también la que presenta un índice más bajo (Guadalajara, 3,4%). En el caso de Catalunya las diferencias no son tan marcadas, pero no dejan de ser importantes. Así, mientras en tres de ellas se supera la media estatal, en Girona el índice (8%) se sitúa claramente por debajo. Mientras Tarragona y Barcelona presentan porcentajes cercanos a la media española, en Lleida los valores son claramente superiores.

**TABLA 2.3**  
**POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 6 O MÁS AÑOS,**  
**PREVALENCIA DE DISCAPACIDADES POR PROVINCIA**

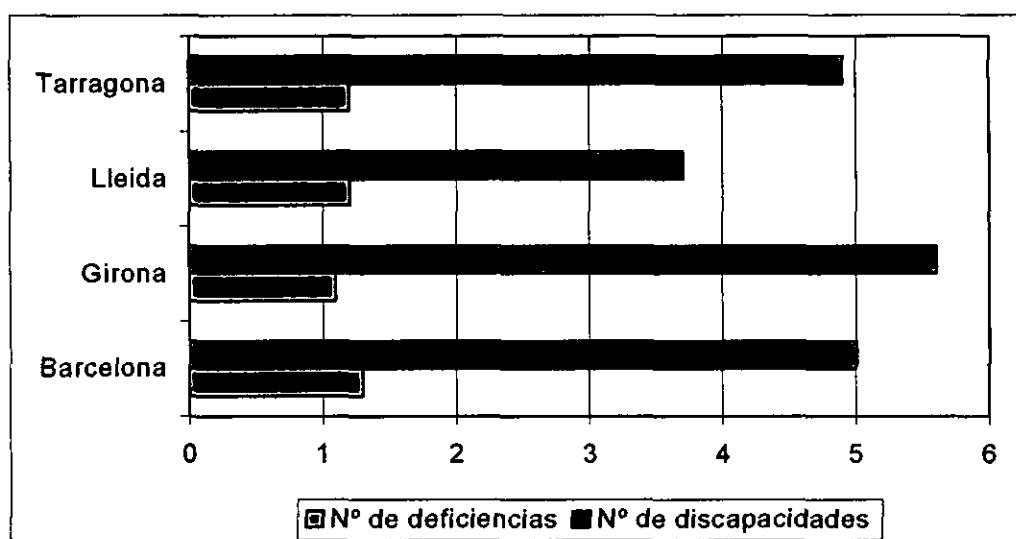
C.A. / Provincia	%	C.A. / Provincia	%
Ciudad Real	38,8	Tarragona	9,6
Toledo	24,4	Media estatal	9,4
León	24,3	Sevilla	9,4
Cuenca	15,4	Castellón	9,3
Valladolid	15,3	Salamanca	8,9
Ourense	15,1	Lugo	8,9
Córdoba	14,6	Pontevedra	8,7
<b>Lleida</b>	<b>12,8</b>	Ávila	8,5
Palencia	12,7	Ceuta	8,2
Teruel	11,8	Navarra	8,1
Melilla	11,6	Baleares	8,0
Coruña (A)	11,3	<b>Girona</b>	<b>8,0</b>
Jaén	11,3	Zaragoza	7,7
Granada	11,0	Vizcaya	7,6
Albacete	10,9	Las Palmas	7,6
Huesca	10,9	Madrid	7,3
Murcia	10,8	Burgos	7,3
Alicante	10,8	Álava	7,1
Huelva	10,7	Guipúzcoa	7,1
Cáceres	10,6	Zamora	6,8
Almería	10,3	Valencia	6,7
Cádiz	10,2	Segovia	6,7
Badajoz	10,0	Tenerife	6,3
Asturias	10,0	Soria	6,2
<b>Barcelona</b>	<b>9,9</b>	La Rioja	5,7
Málaga	9,8	Guadalajara	3,4
Cantabria	9,7		

Fuente: elaboración propia en base a INE, *EDD 1999*.

### III. ORIGEN DE LAS DISCAPACIDADES

Según la clasificación de la OMS las discapacidades tienen siempre su origen inmediato en una *deficiencia* a nivel de órgano, es decir, alguna pérdida o anormalidad de una función anatómica, fisiológica o psicológica. Por otra parte, una deficiencia puede provocar varias discapacidades, como de hecho ocurre habitualmente: se registra un número mucho mayor de discapacidades que de deficiencias. En el caso de la población en edad laboral la media de deficiencias por persona es de 1,2 (1,5 entre los mayores de 64 años) mientras que la de discapacidades asciende a 5,2 (6,5 para los mayores de 64 años). El Gráfico 3.1 muestra las diferencias provinciales existentes en este terreno. Puede observarse que la población afectada en Girona es la que presenta menor número de deficiencias por persona a la vez que registra el mayor número de discapacidades. En Lleida se registra un nivel de deficiencias similar a Tarragona pero el número de discapacidades es mayor en la segunda provincia que en la primera.

**GRÁFICO 3.1**  
**POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES EN EDAD LABORAL.**  
**NÚMERO MEDIO DE DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDADES,**  
**POR PROVINCIAS**



Fuente: elaboración propia en base a INE, EDD 1999.

En este apartado vamos a indagar acerca de las causas que generaron la discapacidad. En primer lugar veremos cuáles son las deficiencias desencadenantes del trastorno funcional; en segundo lugar la edad de inicio de la deficiencia y, en tercer lugar, el motivo o causa externa que las provocó.

#### 1. Personas en edad laboral con discapacidades según el tipo de deficiencias que las han provocado

Vamos a partir de una descripción de las deficiencias detectadas, cuantificando su incidencia y poniéndola en relación, por un lado, el conjunto de la población en edad laboral y, por otro, las personas con discapacidades del mismo grupo de edad.

Distinguimos cuatro grandes grupos de deficiencia (psíquicas, sensoriales, físicas y otras):

## 1

### Deficiencias físicas

Incluyen cuatro tipos básicos: *osteoarticulares, del sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias físicas*. Son en conjunto las que más afectan a la población en edad laboral: 125.000 personas, que representan el 2,6% de la población en edad laboral y el 56% de los que tienen discapacidades en Cataluña. El sexo más afectado es el femenino.

- Las deficiencias osteoarticulares son las más frecuentes: suponen el 39% del total de las deficiencias. Se trata de alteraciones mecánicas y motrices que tienen su origen en lesiones del esqueleto. Se distinguen cuatro tipos, según afecten a la *cabeza, la columna vertebral, las extremidades superiores o las extremidades inferiores*. Las más frecuentes son las que inciden en la columna vertebral (36.000 personas en edad de trabajar, el 59% mujeres); las menos habituales las que afectan a la cabeza (incidencia nula en Cataluña). Las deficiencias de las extremidades inferiores (28.000) son algo más frecuentes que las de las extremidades superiores (21.000) y en ambos casos las mujeres se hallan afectadas que los hombres (en torno al 60% del total).
- Las deficiencias del sistema nervioso incluyen aquellas lesiones del sistema central o periférico que afectan al sistema musculoesquelético y a las articulaciones. Afectan a unas 21.000 personas en edad laboral. Se distinguen la *monoplejia* o parálisis de una extremidad superior o inferior (1.500 personas); *paraplejia* o parálisis de las piernas (otros 8.000 casos); *tetraplejia* o parálisis de las cuatro extremidades (1.200 afectados); *trastornos de coordinación* que incluye el Parkinson, la esclerosis múltiple, temblores y tics, etc., que afectan en conjunto a unas 9.300 personas en edad laboral; y *otras deficiencias nerviosas* como las distrofias musculares, la hemiplegia, etc. que afectan a unas 8.700 personas en edad laboral. Las mujeres son las más afectadas por parálisis de extremidades superiores, paraplejias, tetraplejias y trastornos de coordinación; los hombres por parálisis de extremidades inferiores y otras deficiencias nerviosas.

## 2

### Deficiencias sensoriales

Incluyen deficiencias *visuales, del oído y del habla*, que afectan en conjunto a unas 83.000 personas, el 1,7% de la población catalana en edad laboral y el 37% de las que tienen discapacidades. En este grupo de deficiencias los dos性os se ven afectados de forma similar.

- Las deficiencias de la vista pueden ser ceguera total y mala visión. La *ceguera total* afecta a 3.000 catalanes en edad laboral, (el 56% de ellos mujeres), que representan el 0,1% de la población entre 16 y 64 años. La *mala visión* –que no puede ser corregida mediante gafas- afecta a casi 36.000 personas (0,8% de la población en edad laboral). El conjunto de deficiencias de tipo visual

representan el 18% de las deficiencias detectadas en Cataluña.

- Las deficiencias auditivas incluyen cuatro trastornos: sordera prelocutiva, sordera postlocutiva, mala audición y trastornos del equilibrio. La *sordera prelocutiva*, que afecta a unas 3.400 personas en edad laboral, (el 66% de sexo masculino), incluye la sordomudez, en cuyo caso la mudez es resultado de la sordera previa a la adquisición del lenguaje. La *sordera postlocutiva* afecta a unas 2.900 personas (el 55% son hombres) e incluye aquellas modalidades que se presentan después de la adquisición del lenguaje con pérdida total de audición y sin poder beneficiarse del uso de aparatos auditivos. La *mala audición* es el trastorno auditivo más habitual en la edad laboral; afecta a unas 36.000 personas (por igual de ambos sexos); incluye diferentes pérdidas auditivas que pueden beneficiarse del uso de aparatos. Por último, los *trastornos de equilibrio* incluyen vértigos laberínticos, mareos y otros problemas que afectan a la locomoción. En Cataluña hay pocos afectados en edad de trabajar (unas 500 mujeres). El conjunto de deficiencias auditivas incluye al 19% de las deficiencias existentes entre la población catalana en edad laboral.
- Las deficiencias del habla incluyen la *mudez* (no por sordera) y el *habla dificultosa o incomprensible*. Es el tipo de deficiencia menos frecuente entre la población en edad laboral: en Cataluña no se detectan personas mudas y apenas hay 400 con dificultades del habla (más del 75% hombres). Estas deficiencias representan apenas el 0,2% de todas las detectadas.

### 3

#### Deficiencias psíquicas

Incluyen tres tipos básicos: *retraso mental*, *demencias* y otros *trastornos mentales*. En conjunto hay unos 43.000 afectados, que representan el 0,9% de la población en edad laboral y el 19% de los que tienen alguna discapacidad en ese tramo de edad. Los hombres se encuentran bastante más afectados que las mujeres: el 24% de los hombres con discapacidades debe su situación a una deficiencia psíquica, lo que ocurre sólo al 14% de las mujeres.

- El retraso mental puede ser profundo (Coeficiente Intelectual entre 0-34), moderado (C.I. entre 35-49) y leve (C.I. entre 50-80). Las personas con *retraso mental profundo* no pueden valerse por sí mismas en cuanto a alimentación-excreción-higiene-vestido y precisan constantemente de la ayuda de cuidadores; las que tienen *retraso mental moderado* pueden aprender habilidades sociales y ocupacionales bajo supervisión de otras personas; las que tienen *retraso mental leve* pueden aprender habilidades y terminar estudios primarios, así como trabajar y alcanzar en muchos casos plena independencia personal. Entre las personas en edad laboral el más frecuente de los tres es el moderado (algo más de 8.000 personas); le siguen el leve (4.000) y el profundo (3.500 personas). En función del sexo se ven más afectados los hombres especialmente en las modalidades profunda y moderada (más del 75%), más que en la leve (58%).
- Las *demencias* pueden ser de muchos tipos, incluida la de Alzheimer. En el tramo de edad laboral afectan a menos de 500 personas, casi todos varones.
- En la categoría *otras deficiencias mentales* se incluyen trastornos muy diversos: autismos, esquizofrenias, fobias, hipocondría, psicosis, ansiedad, etc. En conjunto afectan a unas 26.000 personas en edad laboral (el 58% hombres).

## 4

## Otras deficiencias

Incluyen deficiencias de la piel, deficiencias *múltiples* y deficiencias *no clasificadas*. En conjunto afectan a 7.000 personas (0,16% de la población catalana en edad laboral).

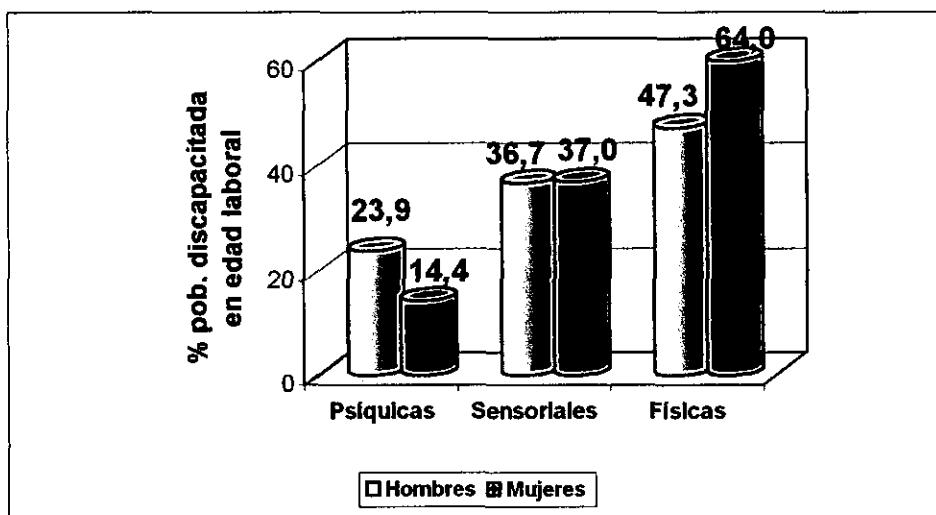
- Las *deficiencias de la piel* (incluyen las de la propia piel y las de uñas, pelo o glándulas) son prácticamente inexistentes entre esta franja de población.
- Las *deficiencias múltiples* son las que afectan simultáneamente a varios órganos y/o sistemas orgánicos; pueden ser debidas a trastornos congénitos o adquiridos. Afectan a unas 2.400 personas en edad laboral, el 70% hombres.
- Por último, las *deficiencias no clasificadas en otra parte* afectan a menos de 5.000 personas en edad laboral, el 64% mujeres.

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

1. La capacidad laboral de las personas con discapacidades varía mucho en función de los tipos de deficiencia. En general, *las consecuencias son más negativas en las de tipo psíquico, que afectan a menos personas* (19% del conjunto), que en las sensoriales y físicas, que son la mayoría (36% y 47% respectivamente).
2. *Algunas de las deficiencias psíquicas que tienen efectos más negativos desde el punto de vista laboral, como el retraso mental profundo y las demencias, son las que tienen menos prevalencia entre la población en edad laboral* (0,1%; apenas el 1,8% de todas las deficiencias). En cambio, son mucho más frecuentes las que limitan parcialmente la capacidad de trabajar, como el retraso mental leve o moderado y otros trastornos específicos de la personalidad (0,8% de la población en edad laboral, el 17% de las deficiencias).
3. Entre las deficiencias sensoriales, *son mucho menos frecuentes las que anulan totalmente la función correspondiente* (ceguera, sordera o mudez total), ya que representan la décima parte de este tipo de deficiencias. Por tanto, son mucho más habituales los trastornos parciales de mala visión o audición y de habla difícil. Pero incluso la pérdida total de una capacidad sensorial no invalida para trabajar, siempre que los empleos sean apropiados y/o adaptados a la deficiencia.
4. En el caso de las deficiencias físicas, que son las más numerosas, *las que afectan a los huesos son cuatro veces más frecuentes que las que afectan al sistema nervioso* que, en términos generales, son las más invalidantes. Incluso dentro de este último grupo (enfermedades del sistema nervioso) los tipos más graves (tetraplejias y paraplejias) representan una proporción pequeña en relación a otros tipos menos invalidantes (monoplejias y trastornos de coordinación). En todo caso, como ocurría con los trastornos sensoriales, sólo en los casos más extremos, o cuando concurren varias limitaciones en la misma persona, se puede considerar que los sujetos afectados por las deficiencias descritas se encuentran absolutamente impedidos para lograr una inserción social y laboral satisfactoria.
5. Las deficiencias psíquicas son relativamente más frecuentes entre los hombres y en el tramo de edad juvenil. En cambio, las deficiencias de naturaleza física afectan más a las mujeres. En el caso de las deficiencias sensoriales el reparto

por sexo es más equilibrado. El Gráfico 3.2 muestra la proporción de hombres y mujeres afectados, por grandes grupos de deficiencias, entre la población de 16 a 64 años.

**Gráfico 3.2**  
**PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES CON DISCAPACIDADES**  
**SEGÚN EL TIPO DE DEFICIENCIA QUE LAS HA PROVOCADO**



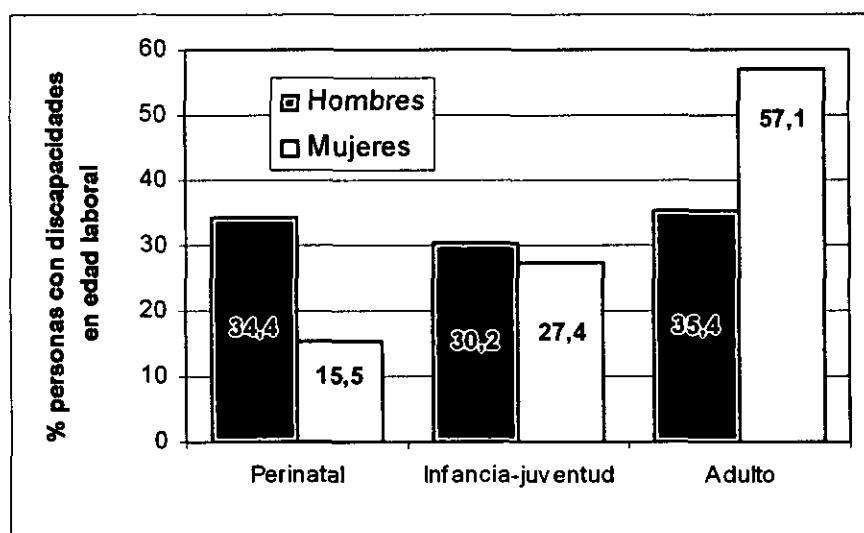
Fuente: elaboración propia en base a INE, EDD 1999.

## 2. Edad de aparición de las deficiencias

Aunque una misma deficiencia tiene similares consecuencias físicas en la vida de toda persona, el impacto de su aparición toma significado diferente en función del momento de la vida en que aparecen. En general, podemos distinguir tres grandes etapas: el período del nacimiento (que incluye la gestación y los primeros meses de vida), la infancia y la juventud (hasta los 29 años) y la etapa adulta (a partir de los 30 años). Cada una de estos períodos presenta características específicas y afecta de distinta manera a mujeres y hombres.

En el *periodo perinatal* se originaron 245.000 de las deficiencias que afectan a la población en edad laboral de Cataluña. La incidencia es sensiblemente mayor entre los hombres (el 34% de los afectados) que entre las mujeres (15,5%). En la *infancia y la juventud* aparecieron otras 279.000 deficiencias (el 29% del total); en este caso existe más equilibrio entre ambos sexos, aunque los más afectados son los hombres (30% vs. 27%), especialmente entre los menores de 30 años. En la *etapa adulta* se iniciaron 444.000 deficiencias, el 44,5% de las que afectan a personas en edad laboral, debido al impacto creciente de enfermedades a medida que avanza la edad; en este período las mujeres se ven claramente más afectadas que los hombres (el 57% de las deficiencias femeninas frente al 35% de las masculinas). Las etapas vitales de aparición de las deficiencias en función del sexo, quedan recogidas en el gráfico 3.3.

**Gráfico 3.3**  
**EDAD DE APARICIÓN DE LAS DEFICIENCIAS EN LAS PERSONAS  
 EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES, SEGÚN SEXO**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.  
 (Una misma persona puede estar presente en más de una categoría).

Las deficiencias psíquicas se originan mayoritariamente en la edad perinatal, las sensoriales aparecen más frecuentemente en las etapas de la infancia y la juventud, mientras que las de índole física lo hacen principalmente en edades avanzadas. Cuanto más tardía es la aparición de las deficiencias, más margen existe para desarrollar políticas de prevención o bien de retraso de su aparición.

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

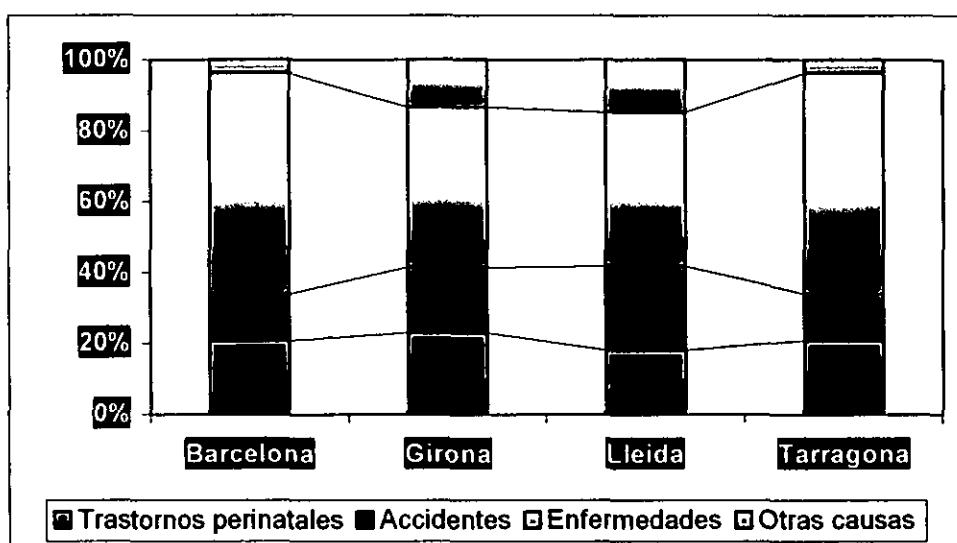
Debido a su interés, recogemos en la Tabla 3.1 las causas que dieron origen a las deficiencias. Se puede observar que las más influyentes son las enfermedades, que explican más de la mitad de los trastornos; en segundo lugar, aparecen los problemas perinatales, que dan cuenta de casi la quinta parte de las deficiencias; en tercer lugar, los accidentes explican el 15% del conjunto de las discapacidades. La incidencia de las distintas causas es diferente para cada uno de los sexos, aunque se mantiene el mismo orden de importancia: las enfermedades afectan más a las mujeres que a los hombres (59% vs. 48%), en tanto que los accidentes causan más del doble de deficiencias entre los hombres que entre las mujeres (21% y 9%, respectivamente), en tanto que en el caso de los trastornos perinatales el predominio de los varones es más limitado. En cuanto a las diferencias entre provincias (ver gráfico 3.4), las enfermedades tienen especial incidencia en Barcelona y Tarragona (donde originan el 62% de las deficiencias), los accidentes en Lleida (el 23%) y los trastornos perinatales en Girona (23%).

**Tabla 3.1**  
**CAUSAS DE LAS DEFICIENCIAS ENTRE LAS PERSONAS**  
**DISCAPACITADAS EN EDAD LABORAL**

Causa	Número			%		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
<b>Trastornos perinatales</b>	<b>49.392</b>	<b>22.840</b>	<b>26.553</b>	<b>19,1</b>	<b>17,1</b>	<b>21,3</b>
Problemas congénitos	41.438	19.388	22.050	16,1	14,5	17,7
Problemas en el parto	7.954	3.452	4.503	3,1	2,6	3,6
<b>Accidentes</b>	<b>37.447</b>	<b>11.764</b>	<b>25.683</b>	<b>14,5</b>	<b>8,8</b>	<b>20,6</b>
Accidente de tráfico	11.555	5.073	6.482	4,5	3,8	5,2
Accidente doméstico	2.579	1.748	831	1,0	1,3	0,7
Accidente de ocio	4.542	1.177	3.365	1,8	0,9	2,7
Accidente laboral	12.202	1.186	11.016	4,7	0,9	8,8
Otro accidente	6.569	2.580	3.989	2,5	1,9	3,2
<b>Enfermedades</b>	<b>137.774</b>	<b>78.278</b>	<b>59.498</b>	<b>53,4</b>	<b>58,6</b>	<b>47,7</b>
Enfermedad común	122.598	73.389	49.209	47,5	55,0	39,5
Enfermedad profesional	15.176	4.889	10.289	5,9	3,7	8,2
<b>Otras causas</b>	<b>33.659</b>	<b>20.664</b>	<b>12.995</b>	<b>13,0</b>	<b>15,5</b>	<b>10,4</b>
<b>Total deficiencias</b>	<b>258.056</b>	<b>133.546</b>	<b>124.729</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*. Una misma persona puede estar en más de una categoría.

**Gráfico 3.4**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE LAS DEFICIENCIAS**  
**DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES,**  
**SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

Los trastornos perinatales se clasifican en *problemas congénitos* (16% del total), ya sea por alteraciones genéticas (Síndrome de Down, hidrocefalia...) o en el periodo de embarazo (infecciones, enfermedad crónica de la madre, factor RH...) y *problemas en el parto* (3,5%). En ambos casos se ven afectados más los hombres que las mujeres; los problemas congénitos tienen mayor incidencia en Girona mientras que los de parto no han generado discapacidades entre la población en edad laboral de Lleida.

Las *enfermedades* destacan, con diferencia, como la principal causa de las deficiencias ya que en ellas tiene su origen el 48% de los trastornos masculinos y el 61% de los femeninos. Conviene tener en cuenta que, según la Encuesta Nacional de Salud, la cuarta parte de la población española en edad laboral (16 a 64 años) registra alguna enfermedad crónica diagnosticada por el médico<sup>22</sup>. Por tramos de edad, la frecuencia de enfermedades crónicas es mucho menor entre los 16 y los 44 años (15,7%) que entre 45 y 64 (42,3%), acentuándose hasta el 61,3% en la edad de jubilación (65 y más años).

En el tramo de edad juvenil las enfermedades crónicas más frecuentes son la alergia y la bronquitis; en cambio, entre los 45 y los 64 años prevalecen las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial y el colesterol elevado (a bastante distancia les siguen la diabetes, la alergia y las enfermedades del corazón). La hipertensión arterial es la principal causa de enfermedades crónicas en ambos sexos; la segunda causa es el colesterol para los hombres y las alergias para las mujeres; los hombres sufren en mayor proporción bronquitis, enfermedades del corazón y úlceras de estómago, mientras las mujeres son más propensas a padecer diabetes. Tanto la Encuesta Nacional de Salud como diversos estudios sobre el particular ratifican la estrecha correlación existente entre morbilidad de la población y nivel de renta, lo que permite afirmar que "en las personas de los países desarrollados la situación socioeconómica crea mayores diferencias en el estado de salud –mortalidad y morbilidad– que cualquier otro factor de riesgo conocido (como el tabaco)"<sup>23</sup>.

Una parte menor de las enfermedades que han desencadenado deficiencias son de *origen laboral*: se incluyen tanto los casos en los que la profesión ha sido el origen de la deficiencia como aquellos en que ha sido el motivo de que una deficiencia se agravara. Esta situación afecta a algo más de 15.000 personas, el 6% de las personas con discapacidad en edad laboral.

Los *accidentes* constituyen la cuarta causa de muerte del conjunto de la población y la primera entre los menores de 35 años<sup>24</sup>. Por tipos de accidente, destacan los laborales y los de tráfico, por encima de los ocurridos en espacios de ocio o domésticos. En todos los casos, excepto en los accidentes domésticos, resultan más afectados los hombres que las mujeres. Por provincias, los accidentes laborales, los de tráfico y domésticos destacan en Girona como causa de deficiencias, los de ocio en Barcelona y Tarragona, mientras que en Lleida predominan otros tipos de accidente.

<sup>22</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Encuesta nacional de salud de España 1997* (1999): Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, pág. 110.

<sup>23</sup> LÓPEZ, G. Y ORTÚN, V. (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*, Ed. Encuentro, Madrid, pág. 104.

<sup>24</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (1999): *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Sobre estos tipos existen en España estadísticas oficiales cuyas principales tendencias resumimos a continuación:

- **Accidentes laborales:** entre 1995 y 2000 los accidentes laborales con baja se incrementaron un 58,7%, pasando de 590.000 a 935.000. En la mayoría de los casos se trata de accidentes leves, si bien los casos graves y el número de muertos se han incrementado también (1.130 muertos y 11.359 accidentes graves en 2000)<sup>25</sup>.
- **Accidentes de tráfico:** el número total de víctimas (muertos y heridos) se ha incrementado un 22% entre 1995 y 2001 (de 127.000 a 155.000). En números absolutos estos accidentes son seis veces menos frecuentes que los laborales, pero la incidencia de casos graves es mucho mayor: en 2001 los heridos graves en accidentes de tráfico fueron 26.566 y las víctimas mortales 5.517. Dos segmentos importantes de los heridos graves son los usuarios de vehículos de dos ruedas (20,5% del total de víctimas) y los peatones (10,9%)<sup>26</sup>.
- **Accidentes domésticos y de ocio:** tienen una incidencia cuantitativa mucho mayor que los anteriores, aunque sus efectos son menos graves. En 2001 la *Encuesta de Accidentes Domésticos y de Ocio* registró la cifra record de algo más de 2 millones de siniestros, que afectaron al 15% de los hogares españoles y produjeron 2.100 muertos. Este tipo de accidentes afecta más a las mujeres (57% de los casos en 2001) y el tramo de edad con mayores riesgos es la infancia-juventud (el 33% de los siniestros ocurre entre los 5 y los 24 años). El grueso de los accidentes se produce durante la realización de las actividades domésticas (la mayoría de las afectadas son mujeres) y juegos, deporte y actividades del tiempo libre (mayoría hombres). Las partes del cuerpo más afectadas son la extremidades superiores (39%), las inferiores (37%) y la cabeza (14%)<sup>27</sup>.

Según la *EDD*, la suma de los accidentes laborales y de las “enfermedades profesionales” explica el 10% de las deficiencias. La siniestralidad laboral se distribuye muy desigualmente por sexos: origina el 9% de las deficiencias masculinas y apenas el 1% de las femeninas. Según estudios especializados, la mayor incidencia se registra entre los asalariados manuales con contrato eventual en pequeñas empresas: “El crecimiento de las formas de contratación temporal a partir de 1985, la generalización de contratos por obra, así como el crecimiento y alargamiento de la cadena de subcontratación, precariedad y siniestralidad se establece en la medida en que existe falta de control exterior”<sup>28</sup>.

<sup>25</sup> MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2002): *Accidentes de trabajo*, Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, Madrid.

<sup>26</sup> DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO (2002): *Anuario estadístico de Accidentes 2001*, Ministerio del Interior, Madrid.

<sup>27</sup> INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO (2002): *Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados España 2001*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

<sup>28</sup> BILBAO, A. (1997): *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*, Siglo XXI, Madrid, pág. 183.

## IV. EL TRATAMIENTO DE LAS DISCAPACIDADES

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

Cuando la deficiencia sobreviene en la edad adulta el sujeto afectado adopta un papel más activo en la asunción de la discapacidad, aunque sus parientes próximos también se vean afectados y ejerzan sobre él notable influencia. Tras una fase normalmente depresiva, las estrategias de reinserción se orientan en diversas direcciones que dependen de muchos factores: la eficacia del tratamiento médico-funcional y de la rehabilitación ocupacional, las condiciones familiares y el apoyo de sus miembros, las posibilidades de acceso al mercado de trabajo, los servicios y prestaciones económicas de la política social, las organizaciones de autoayuda de las personas con discapacidad, etc.

Respecto a la población en edad laboral, el sistema rehabilitador persigue fundamentalmente dos metas: el tratamiento médico-funcional y la rehabilitación ocupacional. De forma complementaria, se ofrecen también prestaciones económicas y servicios. Además, es muy importante el papel de las personas "cuidadoras", normalmente de la propia familia, que aportan su ayuda para favorecer la integración social de las personas con discapacidad.

### 1. Rehabilitación médica-funcional

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

Las personas que tienen alguna discapacidad hacen un uso discreto de los servicios generales del sistema sanitario y un uso más restringido de los servicios especializados de rehabilitación funcional-laboral. En el transcurso de las dos semanas anteriores a la aplicación de la encuesta, algo más de una décima parte recibió cuidados médicos o de enfermería (14%) y/o se sometió a pruebas diagnósticas relacionadas con

su discapacidad (12%). La demanda de cuidados médicos o de enfermería fue bastante mayor entre las mujeres (54%) que entre los hombres (43%). Por otra parte, en el transcurso de los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta, la *quinta parte* fue hospitalizada (22,6%), con una media de 14 días de estancia por persona; *una de cada diez* había recurrido a servicios de información o asesoramiento en torno a su deficiencia (14,6%); y *una de cada veinte* había sido objeto de alguna intervención quirúrgica, implante o trasplante (6,4%).

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

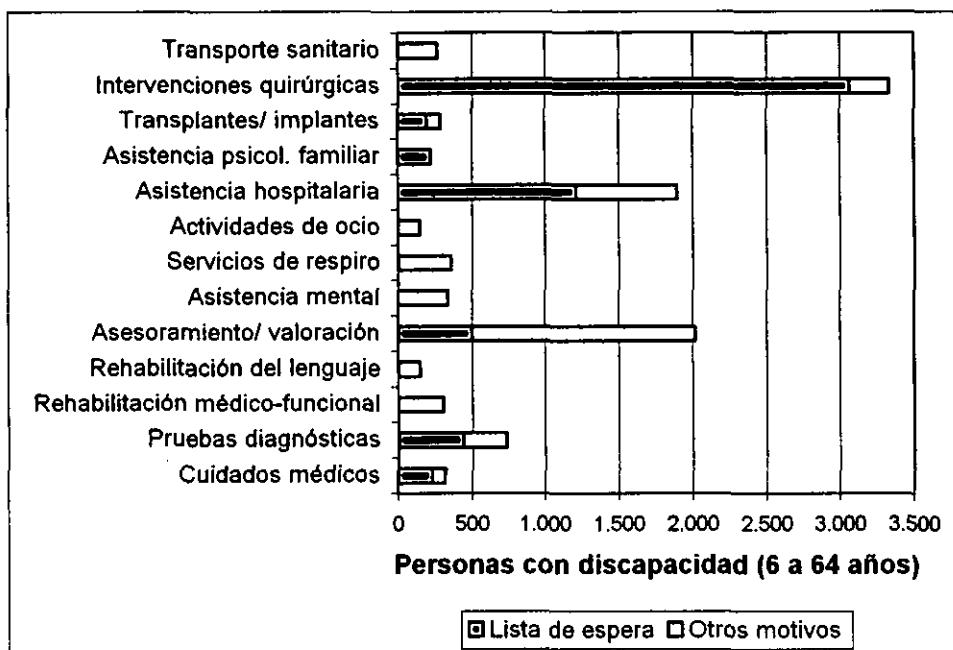
- *Salud mental y asistencia psiquiátrica*: actuaciones sanitarias para el tratamiento o seguimiento de pacientes con enfermedad mental, así como la atención a los problemas psico-sociales que acompañan a la pérdida de salud en general. Utilizó este servicio el 5,7% de las personas con discapacidades.
- *Terapia ocupacional y/o de adiestramiento en la vida diaria*: puede aplicarse a cualquier tipo de deficiencia y se orienta a superar los obstáculos para la habilitación laboral y/o restaurar los hábitos de la vida diaria; tan sólo utilizó este recurso el 1,8% del conjunto de las personas con discapacidad en edad laboral.
- *Rehabilitación funcional*: tratamientos dirigidos a evitar un proceso degenerativo o bien conseguir la recuperación física o sensorial de la persona (fisioterapia, psicomotricidad, etc.); utilizó estos recursos menos del 1,8% de las personas con discapacidad física o sensorial.
- *Rehabilitación ortoprotésica*: aplicación de terapias, prótesis, medidas ortopédicas y aparatos que permiten recuperar o reemplazar parcial o totalmente las funciones perdidas de una parte del cuerpo; se dirigen principalmente a las personas con discapacidad física. Tan sólo el 0,8% utilizó estos servicios en las dos últimas semanas.
- *Rehabilitación del lenguaje*: medidas terapéuticas encaminadas a restaurar la capacidad de comunicación hasta sus máximas posibilidades entre quienes registran deficiencias de lenguaje, habla y voz. La proporción de personas discapacitadas que utilizó los servicios de rehabilitación se eleva al 0,7%.

Resulta difícil valorar, a partir de la EDD, cuántas personas con discapacidad que se podrían beneficiar de los anteriores servicios de rehabilitación no los han utilizado. No obstante, la propia encuesta ofrece una pista en esta dirección cuando se refiere a las personas encuestadas que no recibieron ningún servicio médico-funcional en las dos últimas semanas porque ya habían dado por concluido con anterioridad su proceso de rehabilitación; en estos casos, que abarcan la tercera parte del colectivo (60.000 personas), la mayoría indica que había cumplido todas las prescripciones médicas en cuanto al tiempo y forma de hacer la rehabilitación; en cambio, algo más de 5.000 personas señala que interrumpió indefinidamente las medidas rehabilitadoras sin haber cumplido sus objetivos.

Como se recoge en el Gráfico 4.1, un sector reducido pero significativo (5% del total, algo más de 10.000 personas entre 16 y 64 años) afirma que no recibió alguno de los servicios de rehabilitación que necesitaba en las dos semanas anteriores a la encuesta. Los motivos aducidos para explicar esta situación son las listas de espera, la

falta de recursos económicos o la inexistencia del servicio en el entorno. Las *listas de espera* son frecuentes en el caso de intervenciones quirúrgicas y en la aplicación de pruebas diagnósticas, aunque en términos relativos son también importantes en las terapias de rehabilitación funcional. En cuanto a la *insuficiencia económica*, hay que destacar que la inmensa mayoría de los tratamientos corre a cargo de la sanidad pública y que son muy pocas las personas que dicen no haber recibido las medidas rehabilitadoras adecuadas por falta de recursos económicos. También en términos relativos, es en el caso de la *salud mental* donde se registran más casos de falta de tratamiento por no poder pagar los servicios correspondientes.

**Gráfico 4.1**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE NO HAN RECIBIDO**  
**LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN QUE NECESITABAN**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

## 2. Rehabilitación ocupacional

Este tipo de rehabilitación trata de proporcionar los recursos educativos y las aptitudes profesionales suficientes para lograr una inserción laboral normalizada. Aparte la educación reglada, que analizaremos más adelante, las personas adultas afectadas por discapacidades pueden seguir diversos cursos de reciclaje entre los que sobresale la Formación Profesional Ocupacional (FPO), que está ligada directamente al empleo y que en 1999 (fecha de realización de la encuesta) era competencia del Instituto Nacional de Empleo, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Existen tres modalidades de FPO:

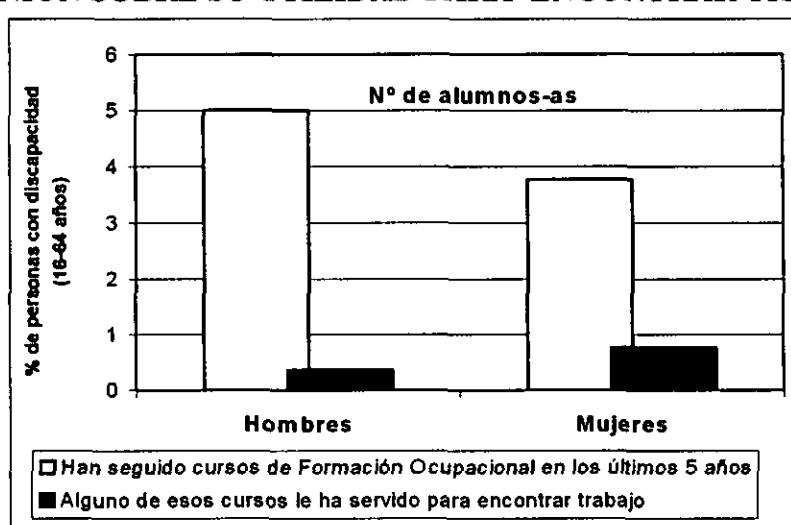
- 1) el *Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional* (FIP), cofinanciado por el Fondo Social Europeo y gestionado en Cataluña por la Generalitat. A sus cursos tienen acceso preferente las personas con discapacidad;

- 2) la *Formación Profesional Continua* para trabajadores ocupados, desarrollada a partir de acuerdos firmados entre La administración, empresarios y sindicatos. A esta modalidad pueden acogerse las personas con discapacidad que trabajan en Centros Especiales de Empleo;
- 3) y la *Recuperación Profesional* a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se orienta a la rehabilitación integral de personas con discapacidades físicas.

Según la EDD, algo menos de 400 personas con discapacidades entre 16 y 64 años asistían a cursos de FPO; a esa cifra hay que añadir otras 1.000 que seguían cursos no reglados de diferentes materias y duración. Este conjunto próximo a las 1.500 personas representa apenas el 0,7% del total de discapacitados en edad laboral; quienes cursan FPO son exclusivamente varones menores de 30 años, en cambio, los asistentes a cursos no reglados se reparten entre ambos sexos, aunque siguen predominando el segmento de edad más joven (el 68% tiene menos de 30 años y el 32% entre 30 y 49, no hay alumnos con 50 o más años).

Para conocer la eficacia de estos cursos con vistas a encontrar empleo, la encuesta planteaba dos preguntas sucesivas, una para establecer el número de personas con discapacidad que había acudido a cursos de Formación Profesional Ocupacional en los cinco años anteriores y otra para que dijeran si alguno de esos cursos les había sido útil para encontrar empleo. Las respuestas, que se recogen en el Gráfico 4.2 son muy elocuentes: de las casi 10.000 personas asistentes a cursos de FPO durante esos 5 años, (el 5% del colectivo), sólo una minoría consideraba que le habían sido útiles para encontrar empleo: aunque los hombres acudieron en una proporción algo mayor a dichos cursos (5.600 vs. 4.200 asistentes) las mujeres sacaron de ellos algo más de provecho (al 20% de ellas les resultaron útiles para encontrar empleo, cosa que ocurrió sólo con el 7% de los varones).

**Gráfico 4.2**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDADES**  
**QUE HAN SEGUIDO CURSOS DE FPO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**  
**Y OPINIÓN SOBRE SU UTILIDAD PARA ENCONTRAR TRABAJO**



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

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

1. Administración y oficinas (el más útil para las mujeres y el segundo para los hombres).
2. Servicios a la comunidad y personales (el más útil para los hombres).
3. Industrias textiles (sólo aprovechado por mujeres).

En todos los casos, el segmento de edad que más ha encontrado utilidad en estos cursos ha sido el comprendido entre 30 y 49 años; sólo las mujeres mayores de 50 años han aprovechado en alguna medida los cursos de tipo administrativo.

### 3. Prestaciones y ayudas

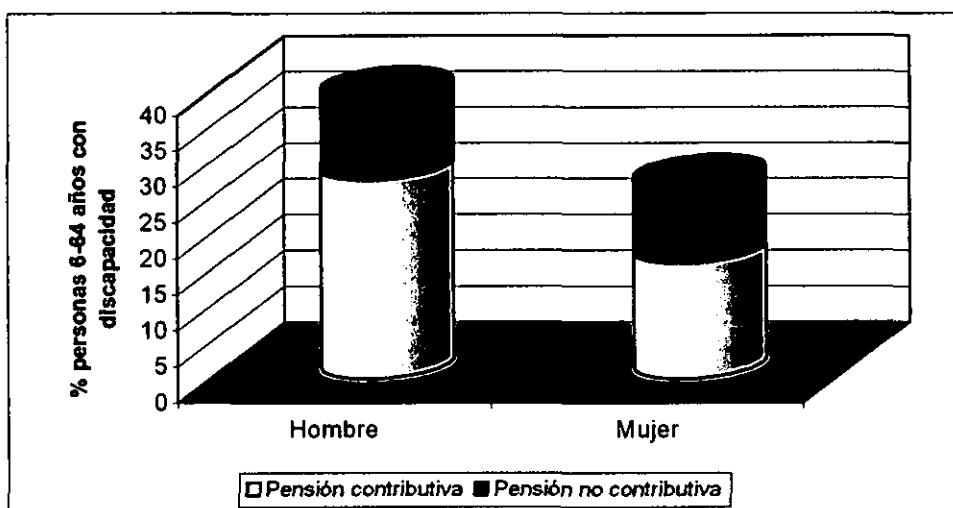
Algo menos de la mitad (45%) de las personas con discapacidad en edad laboral que captó la EDD percibía alguna prestación o ayuda económica, el 39% de forma periódica. La principal de estas ayudas era la *pensión de invalidez o enfermedad*, que llegaba al 33% de los discapacitados en edad laboral, seguida a mucha distancia por quienes obtenían beneficios fiscales en su declaración del IRPF a causa de su discapacidad (6%) y de un amplio abanico de otras ayudas (prestación familiar por hijo a cargo, ayuda de tercera persona, gastos de transporte, etc.) que en conjunto llegaban a otro 6%. Existe un desequilibrio importante en función del sexo a la hora de percibir este conjunto de prestaciones y beneficios: llegan al 47% de los hombres y sólo al 30% de las mujeres. Por provincias, los mayores porcentajes se registran en Girona (46%) y Tarragona (43%); los menores en Lleida (33%) y Barcelona (38%).

Las pensiones presentan dos modalidades: contributiva y no contributiva o asistencial<sup>29</sup>. La pensión contributiva es aquella en la que el derecho a la prestación se deriva de haber realizado una actividad laboral anterior por la que se ha cotizado a la Seguridad Social, razón por la que es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres: perciben pensiones contributivas el 28% de los hombres en edad laboral y tan sólo el 16% de las mujeres; en cambio, estas últimas perciben pensiones asistenciales o no contributivas en una proporción similar que los hombres (11%) (ver Gráfico 4.3). Las pensiones contributivas llegan al 27% de la población discapacitada de Girona pero apenas al 14% de la de Lleida; las no contributivas destacan en Tarragona (17%) y tienen menos importancia en Barcelona (10%).

La posesión del *certificado de minusvalía* es una ventaja importante a la hora de percibir prestaciones no contributivas: quienes cuentan con este requisito son perceptores en una proporción muy superior (37%) a quienes no disponen del mismo (20%). Esta relación no se verifica respecto a las pensiones contributivas (que dependen de la trayectoria previa del individuo, antes del reconocimiento oficial de su minusvalía), puesto que son pensionistas más habitualmente quienes carecen de certificado que aquellos que lo poseen.

<sup>29</sup> Además de estas pensiones de carácter público, existen pensiones proporcionadas por seguros privados de vida o invalidez que en el año 1999 sólo percibía el 0,1% de las personas con discapacidad en edad laboral.

**Gráfico 4.3**  
**PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES QUE PERCIBEN PENSIONES, POR SEXO Y TIPO DE PENSIÓN**

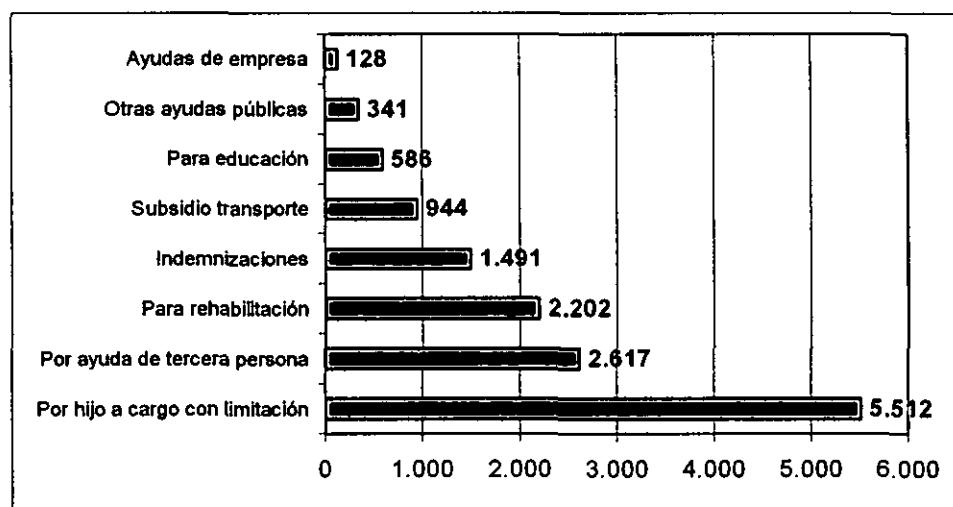


Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

Los beneficios fiscales en la declaración del IRPF llegan al 8% de los hombres y el 4% de las mujeres con discapacidad en edad laboral. Por provincias, este beneficio tiene un impacto destacado en Girona (16% de los discapacitados en edad laboral), más moderado en Barcelona (6%) y menor en Tarragona y Lleida (3%).

Además de las reseñadas, existe una amplia gama de prestaciones específicas que se asignan principalmente a personas con certificado de minusvalía y que, en conjunto, llegan a menos del 8% de las personas con discapacidades en edad laboral que reside en Cataluña. Las recogemos por orden de importancia en el Gráfico 4.4.

**Gráfico 4.4**  
**PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES QUE PERCIBEN PRESTACIONES ESPECÍFICAS**



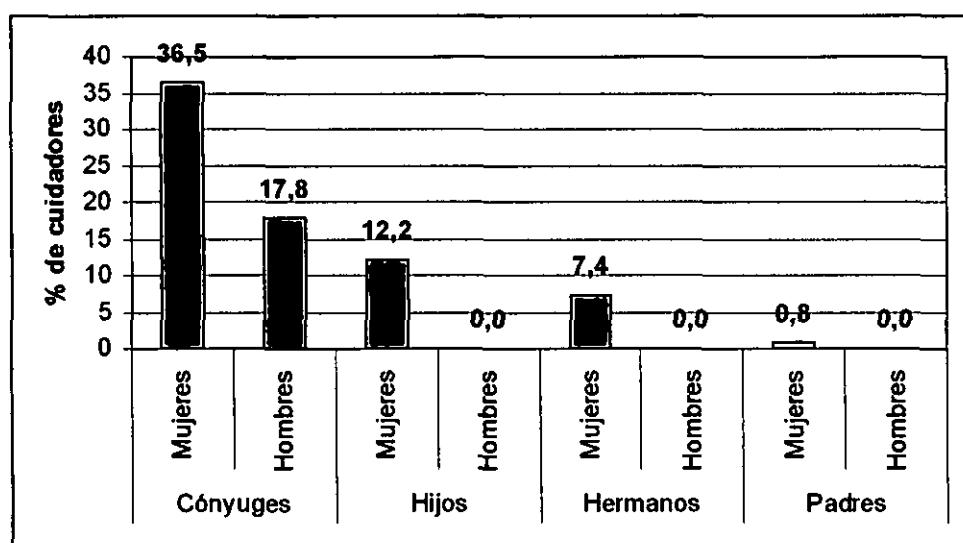
Fuente: Elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

#### 4. Ayuda familiar a las personas con discapacidad

El 39% de las en edad laboral que sufren discapacidades cuenta en algún momento con la ayuda de otra persona para cubrir sus necesidades básicas. Son los llamados "cuidadores" o, con más propiedad en la mayoría de los casos, "cuidadoras", ya que las tres cuartas partes son *mujeres*. El 80% de los cuidadores son familiares de la persona atendida, el 9% personas contratadas al efecto, el 6% vecinos o amigos, otro 6% profesionales de servicios sociales públicos y el 3% personal de servicios sociales no públicos.

Entre los familiares, el trabajo que representan los cuidados corre a cargo principalmente del *cónyuge*, en segundo lugar de los *hijos*, luego de los *hermanos*, y en tercer lugar de los *padres* (recuérdese que nos hemos centrado en las personas con discapacidad en edad laboral, entre 16 y 64 años). Corroblando lo que ya se conoce acerca de los cuidadores informales, se detecta una fuerte *feminización de la población cuidadora*: mientras las esposas duplican el número de maridos, sólo encontramos *hijas, hermanas y madres cuidadoras*, pero no hijos, hermanos o padres (ver Gráfico 4.5.). Cuando el pariente cuidador vive en un hogar diferente, lo que ocurre en el 12% de los casos, las personas que prestan los cuidados con más frecuencia son las "hijas" (2%) y la "madre" (1%), apareciendo en tercer y cuarto lugar los "hijos" (0,5%) y las "nueras" (0,3%).

**Gráfico 4.5**  
**PARENTESCO Y SEXO DE LOS CUIDADORES**  
**DE PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES**

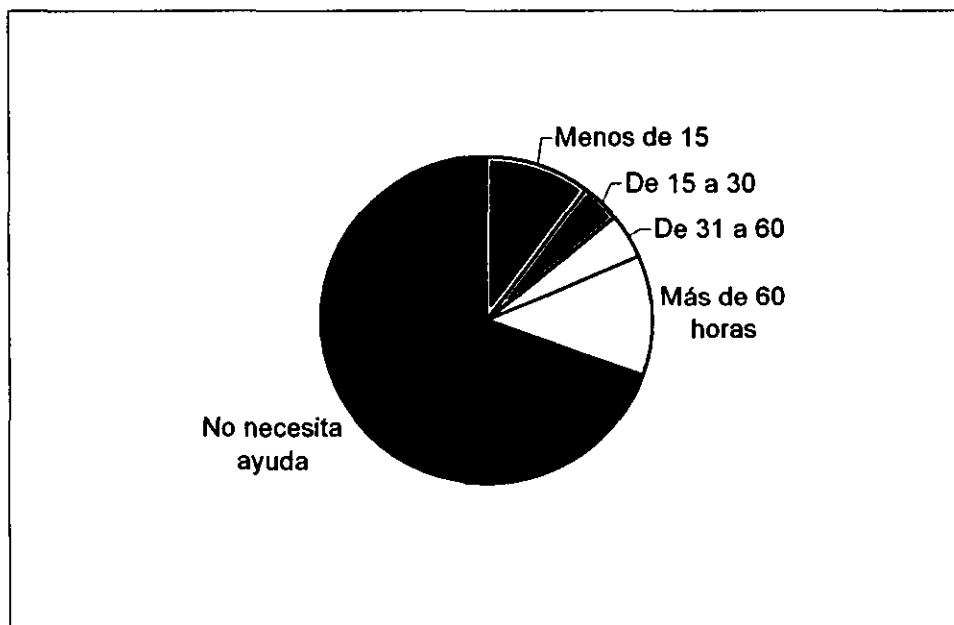


Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

Otro aspecto importante de la relación de cuidados es el tiempo que los cuidadores dedican a la relación de ayuda. El 10% de las personas en edad laboral con discapacidades requiere más de 60 horas semanales de cuidados y el 4,5% entre 30 y 60 horas; otro 5,4% necesita entre 15 y 30 horas de apoyo externo y en torno al 15% menos de 15 horas. Los discapacitados de sexo masculino requieren más tiempo de atención: necesitan más de 40 horas semanales el 60% de los hombres y el 35% de las mujeres.

Además, el tiempo de cuidados parece disminuir con la edad: es máximo entre los menores de 30 años (el 67% requiere más de 40 horas por semana) y mínimo entre los mayores de 50 (sólo un 35%). Por provincias, el mayor tiempo de atención es requerido por los residentes en Barcelona (el 52% de los cuidadores dedica más de 40 horas por semana) y el menor en Tarragona (27%).

**Gráfico 4.6**  
**HORAS SEMANALES EMPLEADAS EN EL CUIDADO**  
**DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDDI999*.

Algo menos de la cuarta parte (23%) de quienes prestan cuidados no ha reducido por ese motivo ninguna de sus actividades habituales. El resto ha tenido que limitar algunas ocupaciones, sobre todo de *ocio y tiempo libre* (el 29%) y, en menor medida, las de *empleo o estudio* (14%), *trabajo doméstico* (12%) o de *relaciones familiares* (11%).

## V. LA INSERCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

En este capítulo se esboza una clasificación de los principales *sistemas de inserción social* en los que se ubican las personas en edad laboral con discapacidades residentes en Cataluña. Partiendo de bajos niveles educativos y de formación profesional, las trayectorias de las personas adultas toman básicamente tres caminos: el *trabajo doméstico*, principal vía de inserción de las mujeres; las *pensiones*, principal vía de los hombres; y el *trabajo remunerado*, al que sólo accede la tercera parte de los hombres y menos de la quinta parte de las mujeres. Antes de presentar los datos, definiremos algunos de los principales conceptos manejados en este capítulo.

### 1. La inserción social en distintas etapas de la vida

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

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

En la *edad laboral* los hombres y las mujeres despliegan estrategias orientadas a conseguir independencia y reconocimiento social como sujetos activos, capaces de desarrollar un proyecto de vida propio, en el que se ponen en juego sus valores y actitudes personales. Esto lo consiguen utilizando vías de inserción social que son características de la vida adulta, entre las que sobresale la formación de *una nueva familia* y el acceso a las diversas formas de *trabajo doméstico y extradoméstico* que les permiten garantizar la reproducción del grupo familiar. En esta etapa vital los recursos personales y grupales proceden de dos fuentes principales: las distintas formas de *trabajo* (entendido en sentido amplio, como esfuerzo productor de bienes de cualquier

tipo, para uno mismo y/o para los demás<sup>30</sup>) y de *redistribución* (a través de diversas prestaciones, tanto de la esfera pública, como la privada y social). En principio, en nuestra sociedad se espera que el grueso de los recursos proceda de algún tipo de trabajo remunerado, que aparece como garantía de los ingresos y el nivel de vida de la familia. Por tanto, un objetivo central para acceder a una inserción “normalizada” es el acceso a un empleo con condiciones de trabajo satisfactorias (estabilidad, salario suficiente, posibilidades de promoción, etc.). Este modelo ideal de inserción se plasma de forma desigual entre distintas franjas de la población: independientemente del establecimiento de nuevas unidades familiares, *entre la mitad y un tercio* (según que nos refiramos a todos los mayores de 15 años o sólo a los que tienen entre 16 y 64 años<sup>31</sup>) se excluye o es excluida del mercado de trabajo remunerado. Entre el resto (la población “activa”) una parte permanece desempleada (en torno al 10%) y quienes obtienen empleo se encuentran con un mercado fragmentado en el que las condiciones de trabajo y los salarios se encuentran fuertemente polarizados. En ese contexto desigual, algunos colectivos, entre ellos las personas con discapacidad, padecen un plus de discriminación en relación al resto de la población: como veremos en los próximos capítulos, el acceso al mercado de trabajo remunerado es muy restringido para todos los tipos de discapacidad.

La *ancianidad* se inicia con la llegada de la edad de jubilación, momento que socialmente se identifica con una posición de creciente fragilidad y dependencia. Una reciente encuesta confirmaba que “la imagen social de la vejez sigue asociada a la imagen de deterioro: el 61% de la población española cree que el principal signo de vejez es la incapacidad de valerse por sí mismo”<sup>32</sup>. En coherencia con esta apreciación, la inserción social de las personas ancianas se establece principalmente mediante diversos *sistemas de cobertura y protección de riesgos*, entre los que destacan las propias rentas, las pensiones, así como la solidaridad intergeneracional dentro de la familia, a través de las familias de los hijos.

En los tres momentos vitales -infancia, edad laboral y ancianidad- aparece la familia como instancia de referencia de la inserción social, aunque con distintas características: la *familia de origen*, la *nueva familia* establecida en la etapa adulta, y las *familias de los hijos* que se constituyen en el principal sistema de apoyo, junto con las pensiones, al llegar la ancianidad. Más allá de las ideologías individualistas y meritocráticas, en la práctica para la población en general, y con mayor razón para las personas con discapacidades, *la inserción social suele ser más una cuestión de familia que un asunto individual*.

<sup>30</sup> Incluimos aquí los trabajos remunerados (regulares o irregulares) y los no remunerados (el trabajo doméstico y el trabajo social de carácter “voluntario”). Para una clasificación de los diversos tipos de trabajo, ver COLECTIVO IOÉ (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid, págs. 37-40.

<sup>31</sup> La *tasa oficial de población activa* se construye en España en relación a la población de 16 y más años, incluyendo a los que están en edad de jubilación. En tal caso, dicha tasa ha oscilado en los últimos años entre el 48 y el 50%, en función de la coyuntura económica. Si, en cambio, tomamos como población de referencia la que tiene edad laboral (16-64 años), el porcentaje sube al 62-64%. Por tanto, en el primer caso la inactividad afecta al 50-52% y en el segundo al 36-38%.

<sup>32</sup> INSERSO/CIS (1996): *Las personas mayores en España. Perfiles, reciprocidad familiar*, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid, pág. 14.

## 2. Principales vías de inserción de las personas con discapacidades

Por tanto, además del apoyo de la estructura familiar, la inserción social de las personas en edad laboral con discapacidades se logra a través de su participación en tres sistemas interrelacionados: las *pensiones*, el *trabajo doméstico* y el *trabajo remunerado* (una de cuyas posibilidades –negativa- es la situación de desempleo). Estos tres sistemas no son excluyentes entre sí, puesto que una misma persona puede participar simultáneamente en más de uno. Por ejemplo, es posible que un pensionista tenga un empleo remunerado y además se encargue de las tareas del hogar (otra cosa es que dicha simultaneidad sea producto de una elección o de una obligación impuesta por las circunstancias). Secundariamente, puede considerarse otra modalidad las actividades de *estudio*, más propias de la infancia y la juventud pero que pueden extenderse a la etapa adulta. A continuación veremos el alcance que tiene cada una de estas vías de inserción entre la población discapacitada de Cataluña. Nos detendremos especialmente en las habitualmente catalogadas dentro de la “inactividad” económica (pensionistas y trabajo doméstico), dejando para capítulos posteriores las relacionadas con la situación de “actividad” (ocupados y desempleados).

### El sistema de pensiones

Las pensiones proporcionan a sus perceptores unos ingresos<sup>33</sup> que, sumados a veces a otras rentas, contribuyen a hacerles acreedores del reconocimiento y la atención de las personas de su entorno (normalmente la propia familia). Para la población general la percepción de una pensión se asocia con la edad de jubilación, momento que se identifica, como ya hemos visto, con el deterioro de la salud y la necesidad de cuidados por parte de otras personas. En el caso de los sujetos con discapacidades que están en edad laboral y perciben pensiones, éstas contribuyen indudablemente a mejorar sus condiciones de vida pero, al remitir directamente a la fragilidad o invalidez del sujeto, tienen el riesgo de reforzar en ellos el *estatus de dependencia* con el consiguiente peligro de cronificación. Esta situación no tendría mayores repercusiones si afectara sólo a las personas con discapacidades muy graves, impedidas de desarrollar cualquier tipo de trabajo; sin embargo, se trata de una vía de inserción social muy extendida, que probablemente limita las opciones de aquellos que podrían seguir ejerciendo una actividad remunerada. Por otra parte, el hecho de que muchos pensionistas no trabajen ni busquen empleo se relaciona también con la creciente competitividad del mercado de trabajo, que presenta barreras mayores para dichas personas, sobre todo si están poco cualificadas profesionalmente. Además, en algunos casos la percepción de una pensión puede favorecer opciones de desarrollo personal al margen del mercado de trabajo.

Las pensiones cubren a casi 67.000 personas en edad laboral con discapacidades, 10.000 de las cuales desarrollan además otro tipo de actividad (7.500 realizan tareas domésticas, 500 estudian y unas 2.000 buscan empleo o se dedican a tareas de voluntariado). Estos pensionistas constituyen el 32% de las personas que se encuentran en edad laboral y se distribuyen en tres grupos de beneficiarios:

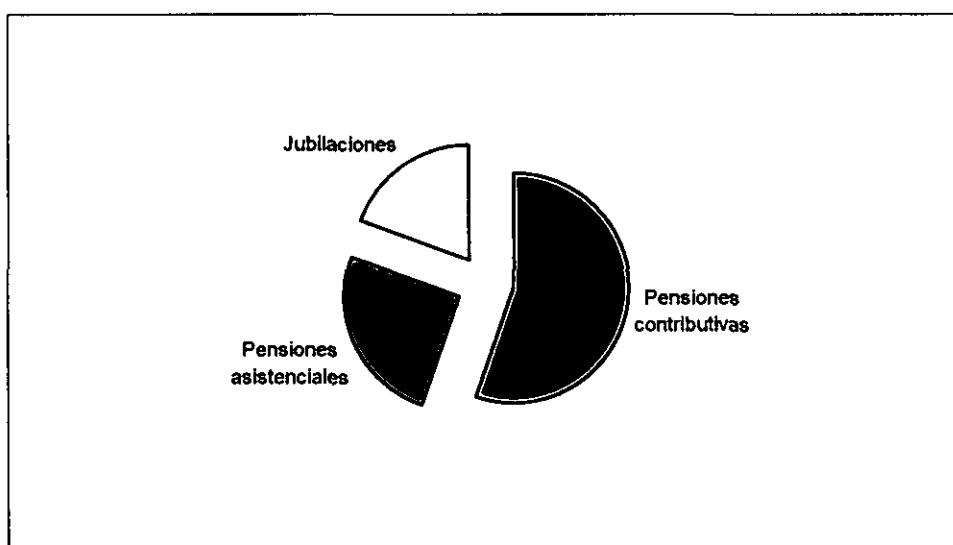
<sup>33</sup> En 1999 la Seguridad Social destinó un total de 926.268 millones de pesetas (5.570 millones de €) a las pensiones contributivas de incapacidad permanente y a las no contributivas de invalidez, correspondientes a personas de menos de 65 años. A esta cifra habría que añadir las pensiones normales de jubilación de aquellas personas con discapacidad que se han jubilado anticipadamente (al menos las 56.000 captadas en todo el estado por la *Encuesta sobre Discapacidades* que, según el importe medio de las pensiones de jubilación en aquel año, pudieron representar una partida de 56.717 millones de pesetas (341 millones de €).

- 37.000 perceptores de *pensiones contributivas*, con un importe mensual medio de 84.000 pesetas (506 €) en 1999, otorgadas como un derecho de los trabajadores que han cotizado. El 11% de los perceptores tiene además de un empleo remunerado (3.900 personas ocupadas) y el 2% lo está buscando activamente (700 parados). La rehabilitación laboral es más frecuente en las situaciones de *invalidad permanente total* y *parcial* pues en tales casos los afectados pueden volver a trabajar, incluso en la misma empresa, y seguir cobrando la pensión<sup>34</sup>. Incluso entre los pensionistas con *invalidad absoluta* o *gran invalidez*, hay personas que ejercen un trabajo remunerado (como es el conocido caso de muchos vendedores del cupón de la ONCE), lo que no es obstáculo para seguir percibiendo también el importe de la pensión. La mayoría (60%) de los perceptores son hombres.
- 17.000 perceptores de *pensiones no contributivas*, con un importe mensual establecido por el gobierno (38.000 pesetas - 230 €), que se conceden como ayuda social a personas con un grado de "minusvalía" importante que no han cotizado previamente. Las prestaciones que reciben (14 pagas mensuales de 37.955 pesetas en 1999) no pretenden que el perceptor acceda a los estándares de vida normalizados de la población sino, más modestamente, asegurarle unos ingresos mínimos de supervivencia. Como ocurre en otros casos similares, se trata de una ayuda que puede tener efectos perversos desde el punto de vista laboral, sobre todo en los sectores sociales más precarizados. En la medida que el perceptor de la prestación o los parientes que viven con él pretendan acceder a un empleo que incremente la renta familiar, ello implica automáticamente dejar de percibir la pensión. Pese a la baja cuantía de ésta<sup>35</sup>, la ayuda goza de una regularidad que no es precisamente la norma de los empleos inestables y poco cualificados. En consecuencia, es fácil entender que los condicionamientos de la pensión desincentiven la búsqueda de empleo o, más probablemente, que alimenten la oferta de mano de obra irregular. El 60% de los perceptores son mujeres.
- 13.000 *prejubilados*, con pensiones otorgadas por razones especiales a personas con menos de 65 años (su importe medio en 1999 era de 84.500 pesetas - 510 €). El 60% de los beneficiarios son hombres.

<sup>34</sup> La *invalidad permanente total*, grado alcanzado por el 51% de los pensionistas contributivos en 1999, inhabilita al trabajador para la realización de las tareas *habituales* de su profesión, pero puede dedicarse a otra distinta que se adapte mejor a la discapacidad que le ha sobrevenido (lo que debe comunicar a la entidad gestora). En cuanto a la *invalidad permanente parcial*, sólo la tiene el 0,56% de los perceptores y, aunque puede ocasionar al trabajador una cierta disminución de su rendimiento, no le inhabilita para ejercer su profesión habitual.

<sup>35</sup> En 1999 eran 14 pagas de 38.000 pesetas mensuales, más un complemento del 50% en el caso de acreditar un grado de minusvalía superior al 75% y necesitar el concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida.

**GRÁFICO 5.1**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EDAD LABORAL QUE PERCIBEN PENSIONES, SEGÚN TIPO DE PRESTACIÓN**



Fuente: elaboración propia en base a INE, *EDD 1999*.

### El trabajo doméstico

El trabajo doméstico en el seno de la unidad familiar, pieza clave para la reproducción del sistema social, es una de las vías de inserción social que más utiliza la población femenina adulta. A pesar de su carácter necesario para la reproducción de la sociedad, esta actividad goza de escaso prestigio social lo que explica la tendencia de las últimas generaciones de mujeres a trabajar fuera de casa, aún cuando ello les suponga con frecuencia un exceso de trabajo y el consiguiente estrés (la llamada "doble jornada") debido a la escasa implicación del marido y de los hijos. Además, la poca valoración de las tareas domésticas se manifiesta en el deseo que tienen muchas "amas de casa" de llegar a tener un empleo remunerado, aunque la mayoría no lo busca activamente por diversas circunstancias<sup>36</sup>.

El trabajo doméstico es la principal actividad de 28.000 mujeres que están en edad laboral (casi el 27% de las que sufren discapacidades): un tercio de ellas tiene entre 30 y 49 años de edad, y los dos tercios restantes superan los 50 años. De este conjunto, menos de 500 se dedican además a actividades de voluntariado social y unas 2.000 declaran realizar "otras actividades", no relacionadas con el empleo. El 93% son mujeres casadas, un 3% son viudas o solteras y el 3% no se ha emancipado de su familia de origen. Además de este grupo, existe otra franja de la población con discapacidades que se dedica secundariamente a las tareas domésticas, compartiéndolas con su pertenencia a alguno de los demás modalidades de inserción. Son alrededor de 22.000 (18.000 mujeres y 4.000 hombres); la mayoría (46%) cobra algún tipo de

<sup>36</sup> Según una encuesta del CIS de 1990, el 14% de las mujeres que se dedicaba con exclusividad al trabajo doméstico estaba buscando empleo, pero las que lo echaban de menos eran el 53%. Si ambos grupos de mujeres se incorporaran a las estadísticas de parados, éstos aumentarían en casi tres millones. Ver CRUZ, P. y COBO, R. (1991): *Las mujeres españolas: lo privado y lo público*, CIS, Madrid, págs. 67-69.

pensión, el 9% está incapacitado para trabajar y el resto se encuentra en actividad (27% con empleo y 18% en paro).

Conviene destacar la circunstancia de que el 43% de las mujeres con discapacidad se dedican a tareas domésticas (el 27% de forma exclusiva) y que apenas el 15% de este segmento tiene o busca activamente un empleo. El Gráfico 5.2 ofrece una visión de conjunto de la proporción de mujeres en edad laboral con discapacidades que tienen a su cargo las tareas domésticas, distinguiendo aquellas que combinan ese trabajo con otros sistemas o subsistemas de inserción social.

**Gráfico 5.2**  
**MUJERES EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES**  
**QUE SE ENCARGAN DE LAS TAREAS DOMÉSTICAS**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

### Ocupados y parados

Este capítulo comprende a las personas económicamente “activas” –según las definiciones oficiales: las que tienen un empleo remunerado o pretenden conseguirlo, buscándolo de manera activa. Puesto que éste es uno de los ejes centrales de interés de nuestro estudio, aquí mencionaremos sólo sus características más generales, dejando para los próximos capítulos un análisis más detallado.

El trabajo remunerado se constituye en sistema de inserción para algo más de 60.000 personas con discapacidad en edad laboral (el 28% del colectivo). Además, una quinta parte de estas personas participa de otras vías de inserción (casi 6.000 realizan tareas del hogar, 3.900 perciben algún tipo de pensión y 1.300 cursan estudios). Por tipos de ocupación, cabe distinguir a quienes están empleados en el mercado ordinario de trabajo (la gran mayoría) y a quienes trabajan en empleos protegidos (menos de 3.000 personas, el 5% de los ocupados). Además, desde el punto de vista de la “calidad” de la inserción social, es importante distinguir los empleos estables y cualificados de

aquellos que son inestables y poco cualificados, con menos posibilidades de promoción profesional.

El otro contingente de “activos” es el conformado por las personas con discapacidad que en este momento carecen de empleo y lo están buscando. Son casi 18.000 personas, que configuran una tasa de desempleo del 23,5%, cifra que supera con creces la existente en ese momento para la población general de Cataluña (9,4%). Por tanto, *aunque la tasa de actividad de los discapacitados es menor que la de la población general, su porcentaje de desempleo la duplica con creces*. El desempleo afecta más a las mujeres (27%) que a los hombres (21%) con discapacidades. El 9% de los parados percibe alguna pensión de invalidez, el 1% estudia y el 36% realiza tareas domésticas. Desde el punto de vista de la inserción social, el paro es una forma de exclusión social, sobre todo si la falta de empleo se prolonga por mucho tiempo, y no existen derecho a percibir prestaciones económicas

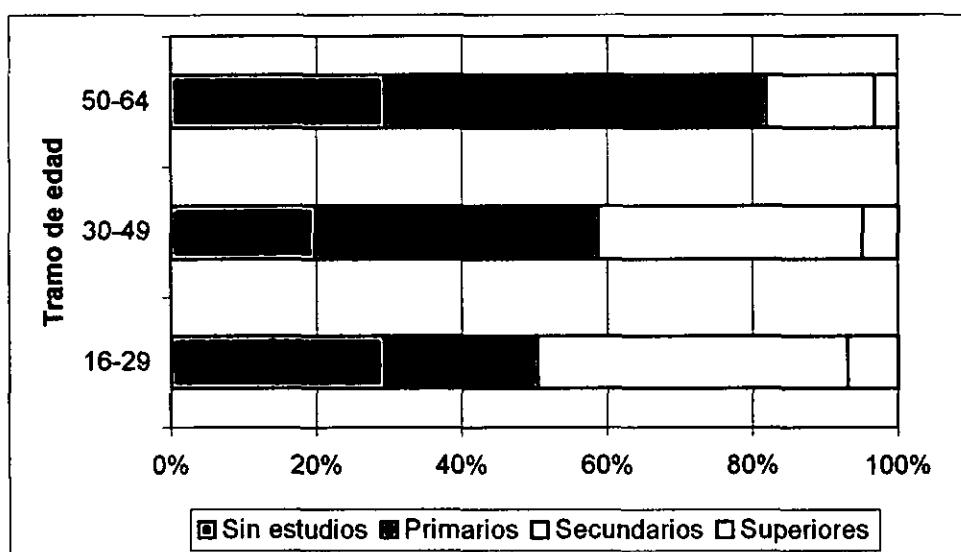
#### Otras actividades

El *voluntariado* es una actividad que sólo ocupa un tiempo importante a unas 300 personas en edad laboral. Todas ellas son mujeres, residen en la provincia de Barcelona, tienen más de 50 años y se definen en primer lugar como personas dedicadas a las labores domésticas; por tanto, su práctica de voluntariado aparece como ocupación secundaria.

Algo más de 7.000 de las personas con discapacidades entre 16 y 64 años están estudiando: 3.300 (un 1,6%) se definen como *estudiante*, es decir, ésta es su actividad única. Algo menos de 2.000 sólo estudian pero se definen en primer lugar como incapacitados para el trabajo; el resto comparte la condición de estudiante con un empleo remunerado (1.300), el desempleo (300) o el cobro de pensiones no contributivas (500). El grueso (91%) tiene menos de 30 años y una mayoría (58%) son hombres. La formación académica y profesional se puede considerar como el inicio o la actividad específica preparatoria de las formas de inserción de la vida adulta (autonomía familiar, cualificación profesional, ejercicio activo de la ciudadanía), que es característica de la etapa infantil y juvenil. Precisamente las personas con discapacidad en España presentan un déficit importante de formación que arrastran después a lo largo de su vida, limitando sus posibilidades de inserción laboral.

El porcentaje de analfabetismo de las personas con discapacidad en edad laboral es muy superior al del conjunto de la población de Cataluña, en tanto que el nivel de titulados superiores es claramente menor. El 26% de la población discapacitada que tiene edad laboral es analfabeto o no tiene estudios. Alrededor del 5% son analfabetos debido a sus deficiencias físicas o psíquicas (más los hombres que las mujeres), el 2% por otras razones mientras que el grueso (19%, más las mujeres que los hombres) carecen de estudios. Además, la franja más importante de esta población (45%) sólo tiene estudios primarios. En el otro extremo de la escala formativa, apenas han superado la etapa secundaria el 4% (algo más las mujeres que los hombres).

**Gráfico 5.3**  
**POBLACIÓN DISCAPACITADA EN EDAD LABORAL,  
 SEGÚN TRAMO DE EDAD Y ESTUDIOS TERMINADOS**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

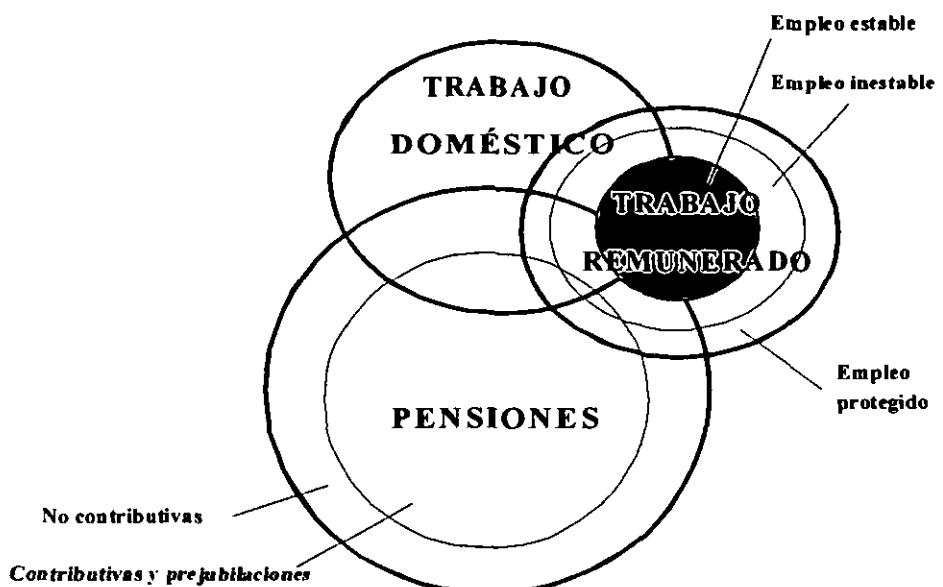
Las diferencias de nivel de estudios por tramos de edad son importantes. Sólo el 18% de las personas situadas entre 50 y 64 años posee un nivel de instrucción por encima del primario, en cambio, el porcentaje se eleva al 50% entre los menores de 30 años. En general, se observa que a menor edad más nivel de formación, circunstancia que traduce la mejora de nivel educativo del conjunto de la población durante las últimas décadas. Sin embargo, las cifras de analfabetismo entre los más jóvenes (16-29 años) son superiores a las del grupo de edad intermedio (30-49 años), debido a la mayor prevalencia de deficiencias psíquicas congénitas e infantiles en el tramo juvenil (analfabetismo del 29% y 20%, respectivamente). Las diferencias por sexo son poco relevantes: ambos sexos tienen el mismo porcentaje de analfabetos y personas sin estudios; en educación primaria y en titulación superior destacan las mujeres y en el nivel secundario los hombres. Por tipos de deficiencia, presentan mejores niveles académicos las personas con trastornos sensoriales (de vista y oido), seguidas a cierta distancia por quienes tienen limitaciones de tipo físico. En peor situación se encuentran quienes sufren deficiencias psíquicas, especialmente retraso mental profundo.

\* \* \* \*

Resumiendo lo visto hasta aquí, puede afirmarse que la mayor parte de la población que sufre discapacidades durante la edad laboral cuenta con algún tipo de inserción social que le ofrece un grado de autonomía, identidad social y reconocimiento como persona, sea a través de la realización de algún tipo de actividad (trabajo remunerado, doméstico, estudios) y/o mediante ingresos procedentes de la redistribución estatal (pensiones contributivas y no contributivas). Sin embargo, la importancia que tiene cada uno de estos "sistemas de inserción" es muy diferente al del conjunto de la población. Mientras para ésta el trabajo remunerado es el sistema más

frecuente en la vida adulta (más del 60% de las personas entre 16 y 64 años tiene empleo), sólo accede a él un 28% de los discapacitados de la misma edad. Por el contrario, el sistema de pensiones es utilizado por el 43% del colectivo mientras la población sin discapacidades lo utiliza casi exclusivamente en la ancianidad. La divergencia es mucho menor en el ámbito del trabajo doméstico, puesto que en ambos casos recae casi exclusivamente sobre la población femenina.

**Gráfico 5.4**  
**SISTEMAS DE INSERCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS**  
**CON DISCAPACIDAD EN EDAD LABORAL**



El Gráfico 5.4 representa las relaciones y principales magnitudes de los tres sistemas de inserción socio-laboral. En ocasiones el mismo sujeto participa de dos de los sistemas, o incluso de los tres, y otras veces no está presente en ninguno de ellos con lo que necesariamente tiene que depender de otras personas, ya sea porque sigue en proceso de formación después de cumplir los 16 años (estudiantes) o bien porque está a la expectativa de conseguir un empleo o una pensión. El área de los círculos representa aproximadamente el número estimado de personas con discapacidad en cada situación. Obsérvese que *el segmento que podemos considerar exitoso en su inserción laboral adulta (círculo en color azul: puestos de trabajo estables en el mercado ordinario de trabajo) tal sólo representa en torno al 20% de personas con discapacidad entre 16 y 64 años.*

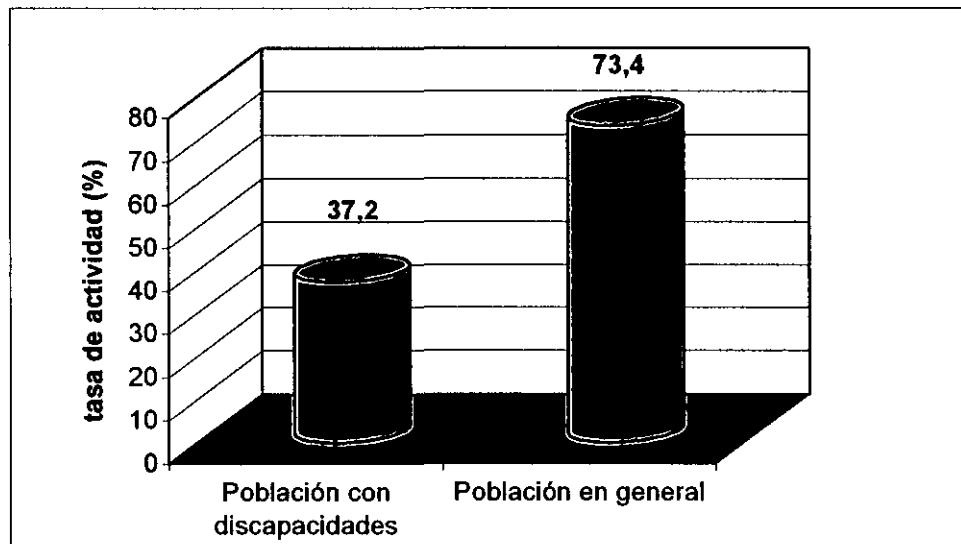
## VI. ACCESO AL TRABAJO REMUNERADO

En este capítulo abordamos la situación de las personas con discapacidad que tienen empleo. Previamente analizamos la relación con la actividad económica, y las distintas variables que incide sobre la misma. Respecto a los ocupados veremos cuáles son los sectores ocupacionales, su categoría profesional, el tipo de ocupación y de contrato, así como la incidencia de las distintas modalidades de para favorecer el empleo de personas con discapacidad.

### 1. Baja tasa de actividad. Motivos aducidos para no buscar empleo

La *tasa de actividad* de la población total en Cataluña<sup>37</sup> duplica la tasa correspondiente de las personas con discapacidades (ver Gráfico 6.1). Según el Panel de Hogares de la Unión Europea, realizado por EUROSTAT en 1996, España ocupaba el último lugar de la Unión en cuanto a la proporción de personas ocupadas con discapacidad severa. Según estos datos, un cuarto de la población catalana en edad laboral se encuentra fuera y los otros tres cuartos participan del mercado de trabajo; en cambio, entre a población afectada por discapacidades las proporciones son muy distintas: *apenas un tercio está dentro y los otros dos tercios quedan fuera del mismo*. Esta situación ¿se debe a imposibilidades psicofísicas, a desánimo de los interesados, a discriminaciones, a una elección racional en el marco de un estado protector...?

**Gráfico 6.1**  
**TASAS DE ACTIVIDAD DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES**  
**Y DE LA POBLACIÓN TOTAL EN CATALUÑA (16-64 años)**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999* y *EPA*, 2º trimestre de 1999.

<sup>37</sup> Los datos relativos al mercado de trabajo en España y Cataluña proceden de la Encuesta de Población Activa del segundo trimestre de 1999, período en el que se realizó la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias*. A efectos de facilitar la comparación la *tasa de actividad* referida al conjunto de la población se obtiene como porcentaje de las personas ocupadas y paradas sobre la población en edad laboral (16-64 años), mientras la *EPA* la obtiene en relación a toda la población de 16 y más años. Según este último criterio la tasa de actividad en Cataluña en el segundo trimestre de 1999 era de 59,1% (en lugar del 73,4%) y la de las personas con discapacidad sería del 14,1% (en lugar del 37,2%).

La EDD planteó a las personas “inactivas” en edad laboral una lista de las posibles motivos por las que no buscan empleo y se les invita a escoger hasta un máximo de tres de ellas. Hemos procedido a un análisis agregado<sup>38</sup> de las respuestas y las hemos cruzado por otras variables del cuestionario, lo que permite recoger los siguientes *motivos por los que no buscan empleo*:

- **1º motivo: no pueden trabajar** (91.000 personas, el 54% de las “inactivas”): es la causa más aducida para no buscar empleo; los sujetos consideran que no se encuentran en condiciones de acceder a un empleo debido a las siguientes circunstancias:
  1. *Estar “incapacitado” para trabajar.* En esta situación se encuentran unas 66.000 personas que no buscan empleo. No obstante, sabemos que la definición de “incapacidad para trabajar” incluye tanto a los sujetos que están “indefinidamente incapacitados” para ejercer cualquier empleo como a quienes se encuentran incapacitados para la ocupación que tenían antes pero que pueden desempeñar tareas distintas. Por tanto, sería necesario indagar en qué medida existe una incapacidad efectiva para ocupar un puesto de trabajo o bien el sujeto (y su entorno) extrapolá la alcance de su discapacidad, convirtiéndola en incapacidad total.
  2. *Ser jubilado o pensionista.* Situación en la que se encuentran 22.000 personas, en su mayoría entre 50 y 64 años. Resulta lógico que unos 10.500 jubilados no busquen empleo puesto que su condición implica el abandono de la actividad laboral. No ocurre lo mismo entre los perceptores de pensiones contributivas (22.000) o no contributivas (9.000) que no buscan empleo, ya que la legislación vigente les permite “el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido, y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo”<sup>39</sup>. Este “permiso” de la ley para poder trabajar –tan crípticamente formulado- no casa bien con la filosofía general del sistema de pensiones, que precisamente trata de paliar la supuesta “invalididad laboral” de los afectados. La aparente contradicción de las disposiciones legales ha dado lugar a una amplia controversia jurídica y ha sembrado la confusión entre los afectados, a pesar de los intentos de aclaración promovidos por algunas asociaciones<sup>40</sup>. En consecuencia, un sector de las personas con pensiones no buscan empleo sencillamente porque creen que una condición para seguir recibiendo la pensión es no tenerlo.
  3. *Estar estudiando.* Algo más de 3.000 personas señalan que “no pueden trabajar” porque son estudiantes, situación que consideran incompatible con tener un empleo. Menos de 700 se consideran incapacitados para trabajar.

<sup>38</sup> Las 16 causas recogidas en el cuestionario son con frecuencia redundantes y las hemos reducido a 5 para evitar confusiones.

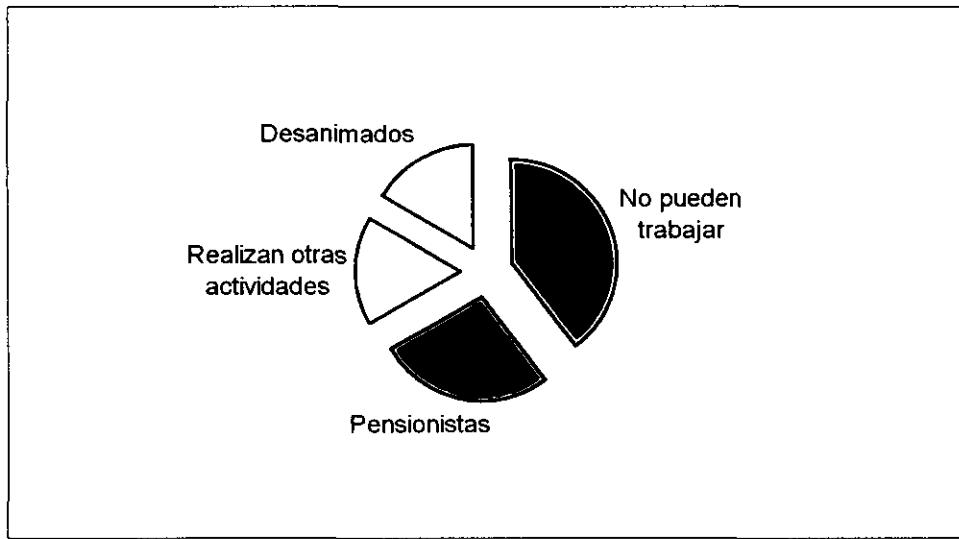
<sup>39</sup> Real Decreto 1/94 de 20 de junio, de la Ley General de Seguridad Social, art. 141.2 (pensiones contributivas) y 144.1 (pensiones no contributivas).

<sup>40</sup> Ver, por ejemplo, GUTIÉRREZ, M.J. (1997): *Compatibilidad entre trabajo y pensiones*, COCEMFE de Castilla-La Mancha, Toledo.

- **2º motivo: se han desanimado de buscar empleo** (37.000 personas, 22% de las inactivas). La mayoría de estas personas –29.000- considera expresamente que “debido a la discapacidad, sería muy difícil encontrar empleo”. En otros casos se han desanimado después de una búsqueda infructuosa o bien no saben dónde buscar un empleo adecuado a sus condiciones. Constituyen el sector con una problemática más clara de discriminación laboral. Se trata de 20.000 hombres y 17.000 mujeres, en su mayoría con más de 30 años.
- **3º motivo: no necesitan trabajar** (10.000 personas, 6% de las inactivas). Se trata mayoritariamente de mujeres “amas de casa” con más de 50 años, con ingresos aportados por otros miembros del hogar.
- **4º motivo: no buscan empleo por razones familiares o personales** (7.500 personas, 4,4% de las inactivas). El 92% son mujeres dedicadas a tareas del hogar; dos tercios superan los 50 años y el resto tiene entre 30 y 49. Esta respuesta sugiere que se trata de personas que intentarían trabajar fuera de casa pero que no lo pueden si no tuvieran obligaciones familiares.
- **5º motivo: esperan encontrar empleo más adelante** (menos de 500 personas, 0,2% de las inactivas). Este pequeño grupo de personas con discapacidades espera para buscar empleo a que llegue una estación de mayor actividad o bien a recibir el resultado de solicitudes anteriores o a reanudar en el futuro una actividad por cuenta propia.

Además, el 13% de los “inactivos” menciona que existen “otras causas”, no especificadas, para no buscar empleo.

**Gráfico 6.2**  
**MOTIVOS ADUCIDOS POR LAS PERSONAS INACTIVAS**  
**EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES PARA NO BUSCAR EMPLEO**



Fuente: elaboración propia a partir INE, EDD 1999.

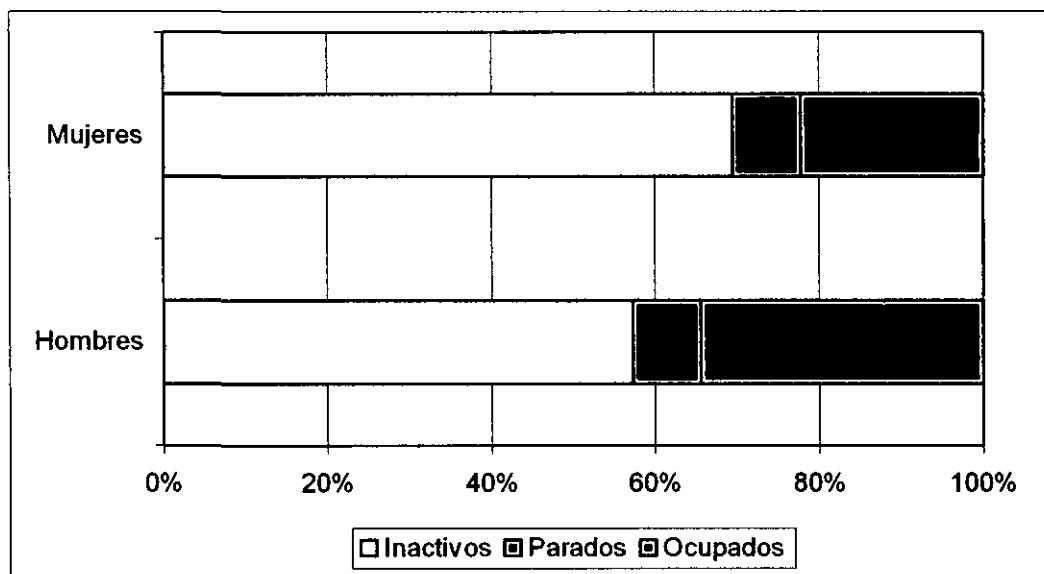
En resumen, existen cuatro principales razones por las que la mayoría de las personas con discapacidad en edad laboral no busca empleo: 1) *no tener capacidad*

*legal o funcional para desempeñar ningún tipo de trabajo* (los “prejubilados” y quienes están “incapacitados” para ejercer cualquier actividad); 2) *realizar otra actividad* (estudios y tareas domésticas); 3) *percibir una pensión –contributiva o no contributiva– que: a) permite vivir sin trabajar o b) se considera incompatible con un empleo*; y 4) *haberse desanimado de buscar empleo ante las barreras existentes* (muchos afectados consideran que tales barreras se deben precisamente a sus discapacidades). El Gráfico 6.2. muestra la importancia relativa de cada uno de los tipos de razones.

## 2. Variación de las tasas de actividad, ocupación y paro

En todo el estado español, y también en Cataluña, se registran tasas de actividad, ocupación y paro muy diferentes entre hombres y mujeres. Estas diferencias se reproducen, amplificadas, entre la población afectada por discapacidades. Como ya hemos señalado, la tasa de actividad de la población catalana con discapacidades es del 37% (el 73% para el conjunto de la población), pero entre los hombres asciende al 41% mientras que entre las mujeres se reduce a un 29,5%. Por tanto, las mujeres se encuentran más alejadas que los varones del mercado laboral. Además, entre la población “activa” las tasas de desempleo (proporción de personas activas que se encuentran sin trabajo y buscan empleo) son también desiguales: el 19% para los hombres y un 27% para las mujeres (la media entre los discapacitados es del 23% y entre el conjunto de la población catalana del 10%). El resumen de estas cifras indica, en primer lugar, que en un contexto laboral marcado por importantes desigualdades, la situación de la población con discapacidades es sensiblemente peor (mucha menos actividad, mucho más desempleo). En segundo lugar, que *por cada 100 mujeres con discapacidades en edad laboral sólo 30 intentan activamente acceder a un empleo y apenas 22 lo consiguen*. En cambio, *de cada 100 hombres 41 se encuentran en el mercado de trabajo y 35 tienen empleo* (ver gráfico 6.3).

**Gráfico 6.3  
POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES EN CATALUÑA. ACTIVIDAD,  
Ocupación y Desempleo, según sexo**

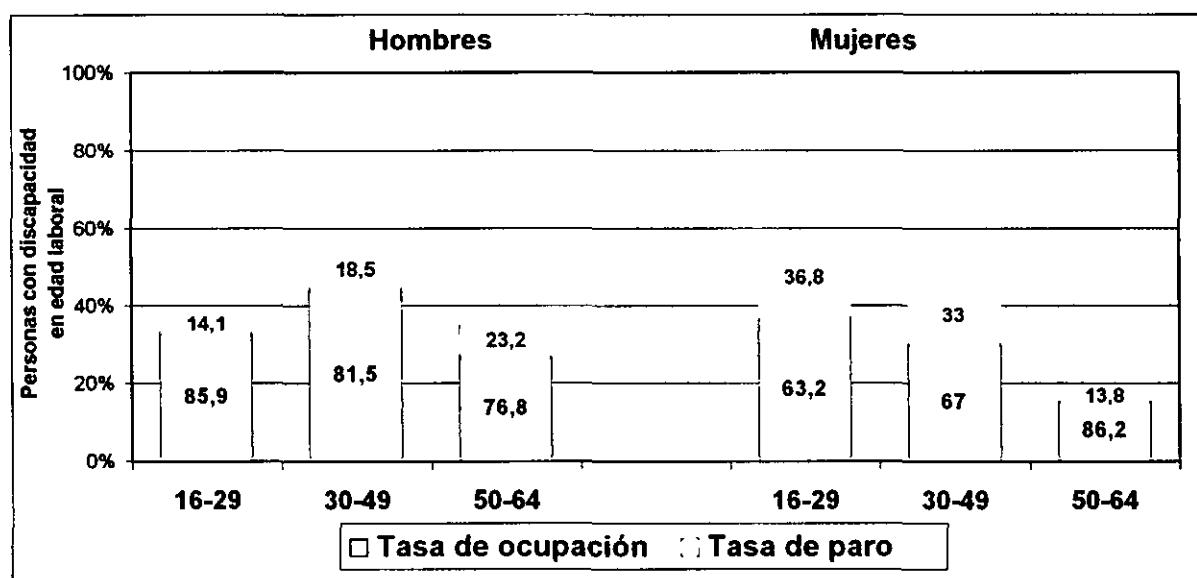


Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

Las diferencias en función de la edad son menos importantes: la tasa de actividad es inferior a partir de los 50 años, pero ese grupo de edad tiene menor tasa de desempleo (19%) que los de menos edad (en torno al 24%); es decir que se encuentran en mayor medida fuera del mercado laboral pero, los que ingresan al mismo, tienen mejores tasas de ocupación.

Por tramos de edad la *tasa de actividad* muestra un comportamiento diferente en función del sexo (ver Gráfico 6.4). Entre las mujeres es máxima en el grupo juvenil y va descendiendo a medida que aumenta la edad; en cambio, en el caso de los hombres el mayor porcentaje de activos se encuentra en el grupo de 30 a 49 años. La baja tasa de actividad masculina en el segmento juvenil –inferior a la de las mujeres- puede explicarse por una mayor incidencia de la “incapacidad” entre los varones. También difiere la situación en cuanto a las *tasas de ocupación*: mientras entre las mujeres aumenta con la edad, entre los varones ocurre lo contrario: acceden más al empleo los jóvenes que los de mayor edad. Obviamente, respecto a las *tasas de desempleo* la situación se invierte completamente (más paro para los hombres maduros y para las mujeres jóvenes); el menor nivel de desempleo de las mujeres maduras no se explica por su mejor inserción en el mercado laboral sino por la brusca caída de población activa: las mujeres que no encuentran empleo dejan de buscarlo y pasan a la inactividad, probablemente como efecto combinado del desánimo que producen las barreras encontradas para acceder a un empleo digno y debido también a la relativa facilidad con que se accede en España a una pensión de invalidez.

**Gráfico 6.4**  
**TASAS DE OCUPACIÓN Y PARO**  
**DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES**  
**POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

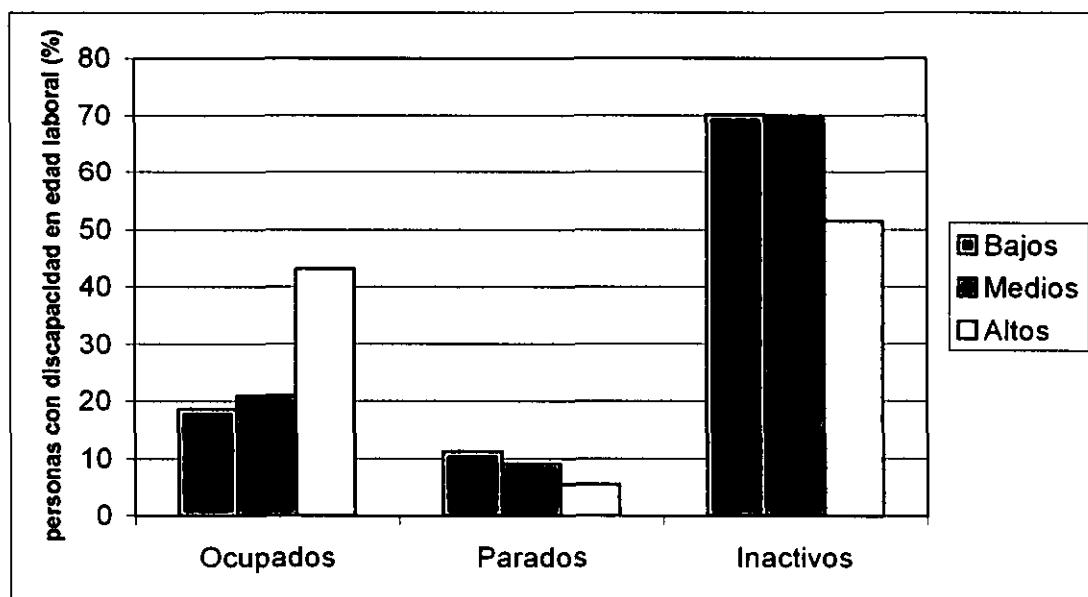
**Tabla 6.1 TASAS DE ACTIVIDAD, OCUPACIÓN Y PARO POR TIPOS DE DISCAPACIDAD** (Una misma persona puede tener más de una discapacidad)

Tipo de discapacidad	Personas en edad laboral		Personas activas		
	Total	Tasa de actividad	Activos	Tasa de ocupación	Tasa de paro
<b>VER</b>	<b>65.308</b>	<b>53,0</b>	<b>34.591</b>	<b>40,1</b>	<b>12,8</b>
Recibir imágenes	3.471	41,7	1.446	30,9	10,7
Tareas visuales de conjunto	20.280	58,0	11.756	45,3	12,7
Tareas visuales de detalle	24.567	49,5	12.158	39,0	10,5
Otras de la visión	16.990	54,3	9.231	37,6	16,7
<b>OIR</b>	<b>52.001</b>	<b>49,8</b>	<b>25.880</b>	<b>41,7</b>	<b>8,1</b>
Recibir cualquier sonido	6.289	57,0	3.587	53,8	3,2
Oír sonidos fuertes	9.440	43,7	4.129	31,8	11,9
Para oír el habla	36.272	50,1	18.164	42,1	7,9
<b>COMUNICARSE</b>	<b>44.311</b>	<b>13,1</b>	<b>5.826</b>	<b>9,1</b>	<b>4,0</b>
Hablar	8.123	21,6	1.757	21,6	0,0
Lenguajes alternativos	7.037	7,5	529	7,5	0,0
Gestos no signados	2.448	15,2	372	0,0	15,2
Escritura-lectura convencional	26.703	11,9	3.168	6,6	5,3
<b>APRENDER-APLICAR CONOCIM.</b>	<b>62.022</b>	<b>12,4</b>	<b>7.704</b>	<b>7,7</b>	<b>4,8</b>
Reconocer y orientarse	9.498	2,2	206	0,0	2,2
Recordar informaciones	19.155	19,6	3.756	14,7	5,0
Entender órdenes sencillas	7.443	0,0	0	0,0	0,0
Entender órdenes complejas	25.926	14,4	3.742	7,5	6,9
<b>DESPLAZARSE</b>	<b>120.234</b>	<b>24,3</b>	<b>29.270</b>	<b>15,1</b>	<b>9,2</b>
Controlar posiciones del cuerpo	43.788	24,3	10.661	16,5	7,8
Levantarse, acostarse, de pie	54.178	25,3	13.709	14,4	10,9
Desplazarse dentro del hogar	22.268	22,0	4.900	14,1	7,9
<b>USAR MANOS Y BRAZOS</b>	<b>116.218</b>	<b>18,0</b>	<b>20.974</b>	<b>14,5</b>	<b>3,5</b>
Mover objetos no pesados	48.139	18,2	8.769	16,0	2,2
Utensilios y herramientas	36.772	19,0	6.983	14,4	4,6
Manipular objetos pequeños	31.307	16,7	5.222	12,4	4,3
<b>DESPLAZARSE FUERA HOGAR</b>	<b>206.604</b>	<b>25,3</b>	<b>52.351</b>	<b>19,0</b>	<b>6,3</b>
Moverse sin transporte	59.778	25,8	15.422	18,4	7,4
Usar transportes públicos	68.138	23,3	15.882	17,0	6,3
Conducir vehículo	78.688	26,7	21.047	21,2	5,5
<b>CUIDAR DE SÍ MISMO</b>	<b>61.449</b>	<b>11,0</b>	<b>6.739</b>	<b>10,4</b>	<b>0,6</b>
Asearse solo	22.812	8,0	1.821	7,3	0,7
Usar el servicio solo	10.705	8,8	943	8,8	0,0
Vestirse, arreglarse	21.081	13,9	2.930	13,0	0,9
Comer y beber	6.851	15,3	1.045	15,3	0,0
<b>TAREAS DOMÉSTICAS</b>	<b>207.315</b>	<b>16,0</b>	<b>33.272</b>	<b>11,5</b>	<b>4,6</b>
Compra y suministros	50.947	20,3	10.333	12,4	7,9
Comidas	32.691	13,4	4.396	11,2	2,2
Lavado y planchado	36.061	14,3	5.159	12,3	2,0
Limpieza de la casa	51.265	16,4	8.422	10,9	5,5
Bienestar de la familia	36.351	13,7	4.962	10,5	3,1
<b>RELACIÓN CON OTROS</b>	<b>68.425</b>	<b>20,6</b>	<b>14.064</b>	<b>14,8</b>	<b>5,8</b>
Relaciones de cariño c/familiares	10.851	28,1	3.049	24,6	3,5
Mantener amistad	26.190	18,3	4.787	12,5	5,8
Relación c/ comp. Trabajo	31.384	19,8	6.228	13,4	6,5

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

Otro factor que incide notablemente sobre las tasas de actividad, ocupación y paro es el *tipo de discapacidad*. Retomando las consideraciones que realizamos al presentar los diez principales grupos de discapacidad (ver II.2), constatamos que la mejor situación corresponde a las personas que tienen *discapacidades sensoriales* (de audición o visión) y las peores a las que sufren *problemas de autocontrol y comportamiento* (cuidar de sí mismos, aprender y aplicar conocimientos, comunicarse y relacionarse con los demás, realizar las tareas del hogar); en situación intermedia se sitúan las personas con *discapacidades físicas* (desplazarse dentro o fuera del hogar, utilizar brazos y manos). La Tabla 6.1 recoge con detalle las tasas de actividad, de ocupación y de paro por tipos de discapacidad. Para leer con propiedad los datos es necesario recordar que frecuentemente una misma persona tiene varias discapacidades; por tanto, no cabe descartar que –por ejemplo– todas las personas que no son capaces de recordar información sean también incapaces de desplazarse sin ayuda fuera de su hogar; por tanto, no tiene sentido sumar las discapacidades encontradas como si correspondiesen a personas distintas. Esta observación debe tenerse en cuenta también para las cifras correspondientes a cada uno de los diez grandes grupos de discapacidad (resaltados en negrita).

**GRÁFICO 6.5**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EDAD LABORAL. RELACIÓN CON**  
**LA ACTIVIDAD ECONÓMICA SEGÚN NIVELES DE INGRESO**



Fuente: elaboración propia en base a INE, EDD 1999.

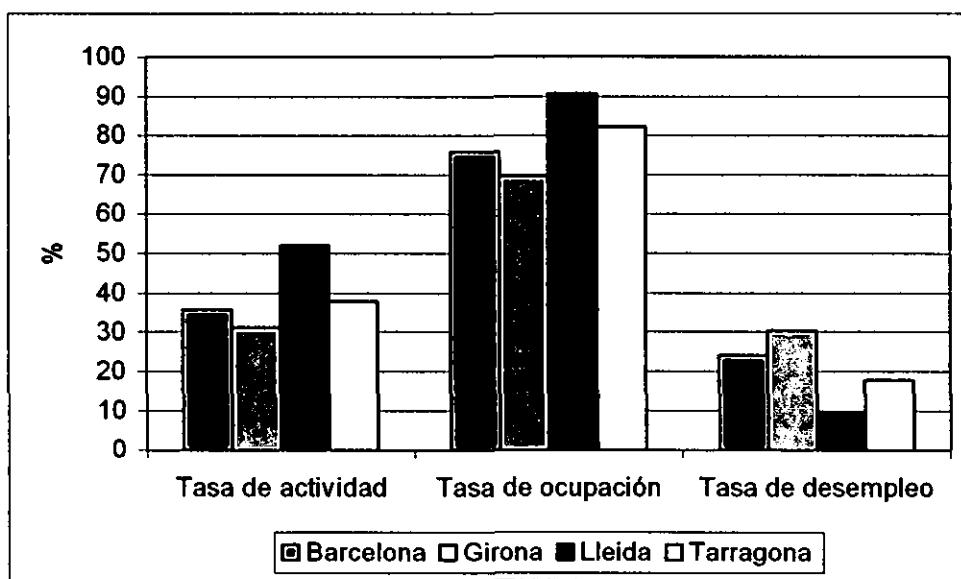
Las tasas de actividad, ocupación y paro son también sensibles al nivel de rentas de las familias a las que pertenecen las personas con discapacidades. Aunque la necesidad económica debiera impulsar más hacia el empleo a las personas de hogares con menos recursos, en la práctica se observa que las tasas de actividad y de ocupación son más elevadas entre quienes pertenecen a familias de mayores ingresos. Hemos construido cuatro estratos de ingresos por persona: ingresos bajos (hasta 40.000 pesetas mensuales en 1999), ingresos medios (entre 40.000 y 75.000 pesetas), e ingresos altos

(más de 75.000 pesetas mensuales)<sup>41</sup>. Utilizando esta referencia observamos que el porcentaje de inactivos y el de desempleados desciende a medida que se incrementan los ingresos, mientras la tasa de ocupados se incrementa. Esta situación tiene dos explicaciones: por un lado, las familias con mayores recursos económicos tienen más facilidades para ayudar a encontrar empleo a los parientes con discapacidad; por otro, cuando la persona discapacitada tiene empleo está contribuyendo a incrementar los ingresos familiares. El Gráfico 6.5 muestra la proporción de personas con empleo en función del nivel de ingresos mensuales por persona en el grupo familiar.

Desde el punto de vista territorial las diferencias también son importantes. Situemos, en primer lugar, a los discapacitados de Cataluña en relación a los del resto de España. En cuanto a la tasa de actividad Cataluña se sitúa en tercer lugar, tras Cantabria y Navarra, en tanto que los valores más discretos corresponden a La Rioja, Canarias o Asturias. En cambio, respecto a la tasa de ocupación Cataluña ocupa el puesto decimotercero superando por poco la media española (77% vs. 74%), muy lejos de las cifras de Baleares y La Rioja (en torno al 90%). Las mayores tasas de desempleo corresponden a Extremadura y Andalucía (por encima del 35%). En resumen, la población discapacitada en edad laboral que reside en Cataluña presenta –en comparación con otras regiones españolas- una tasa de actividad elevada y una tasa de ocupación modesta. Circunscribiéndonos al territorio catalán, encontramos diferencias importantes entre provincias. La situación más favorable se presenta en Lleida, que tiene los valores más elevados de actividad (52% vs. 36% de toda Cataluña) y de ocupación (91% vs. 82%, respectivamente). El extremo opuesto lo ocupa la población de Girona, donde encontramos los índices más bajos tanto en actividad (31%) como en ocupación (70%). En Tarragona la tasa de actividad es algo más elevada que en Barcelona (38% vs. 36%), mientras que las cifras de ocupación son sensiblemente mayores (82% vs. 76%). El detalle de las diferentes tasas de actividad, ocupación y desempleo en cada provincia puede verse en el gráfico 6.6.

<sup>41</sup> Como puede comprobarse la denominación (bajos, medios, altos) es puramente relativa, ya que resulta discutible que un ingreso mensual de 75.000 pesetas pueda ser calificado como "alto" en la sociedad catalana de finales de los '90.

**Gráfico 6.6**  
**TASAS DE ACTIVIDAD, OCUPACIÓN Y PARO**  
**POR PROVINCIA DE RESIDENCIA**  
**(Personas con discapacidades entre 16 y 64 años)**



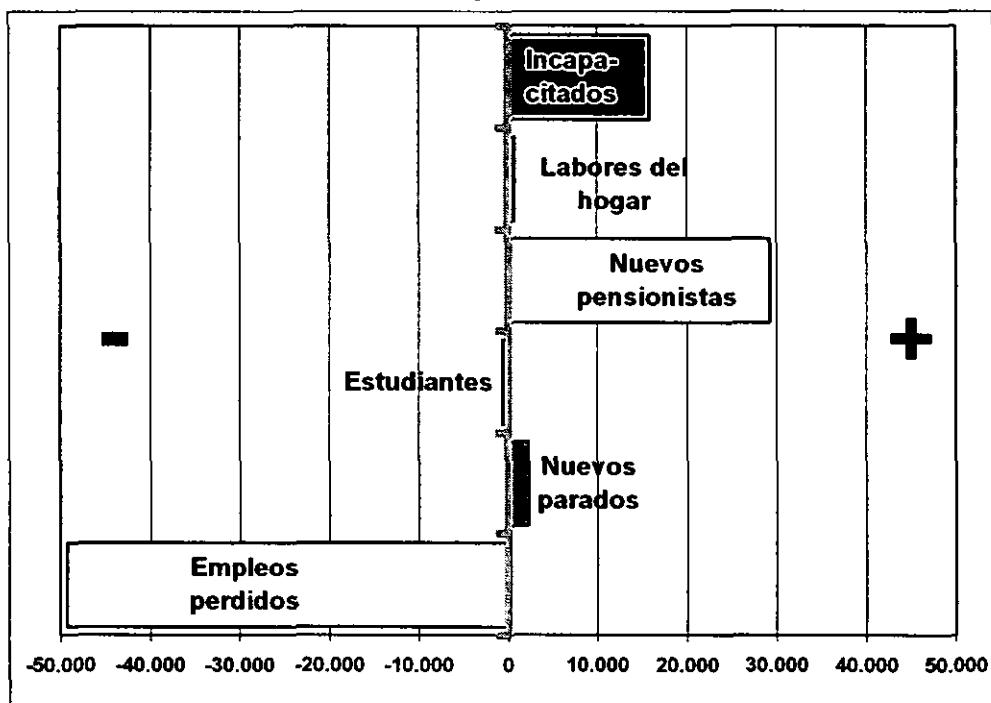
Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

### 3. Cambios laborales al sobrevenir la discapacidad

El 31% de las personas en edad laboral ha tenido que modificar su actividad u ocupación debido al padecimiento de alguna discapacidad. Estos cambios afectan mucho más a los hombres (38%) que a las mujeres (25%) debido a que la actividad que resulta más afectada es el *empleo remunerado*, en el que los hombres estaban más presentes (94% de los varones y . 87% de las mujeres que cambiaron de actividad). El resto de las personas que modificaron su situación estaban desempleados (5%), realizaban tareas domésticas (2%) o estudiaban (1%).

La mayoría de quienes han dejado de trabajar a causa de la discapacidad ha pasado a la situación de pensionista o jubilado (57%), casi un tercio (29%) pasa a clasificarse como “incapacitado para trabajar” –sin derecho a pensión-; una minoría se mantiene en el mercado de trabajo, ahora como desempleado (10%), y el resto ha pasado al trabajo doméstico (4%) o a otras situaciones (2%). La importancia del impacto de las discapacidades sobre la actividad laboral es evidente: casi la mitad de quienes tenían empleo tuvieron que abandonarlo por ese motivo. En términos absolutos, entre los actuales discapacitados 107.000 tenían *empleo remunerado* y 49.000 lo perdieron a causa de la discapacidad (50,3%); el número de *parados* se incrementó en un 15% (unas 2.000 personas más) en tanto que el de *estudiantes* disminuyó un 16%, mientras se produjo un fortísimo incremento de los *pensionistas y jubilados*, que casi se duplicaron (pasaron de 36.000 a 65.000). Esta evolución (ver gráfico 6.7) indica que, en Cataluña (lo mismo que en el resto del estado) *la discapacidad tiende a ser sinónimo de incremento del número de pensionistas a costa de la ocupación laboral*; en otras palabras, la rehabilitación laboral tiene escasa incidencia.

**Gráfico 6.7**  
**CAMBIOS DE ACTIVIDAD AL SOBREVENIR LA DISCAPACIDAD**  
(Saldo resultante por tipo de actividad)

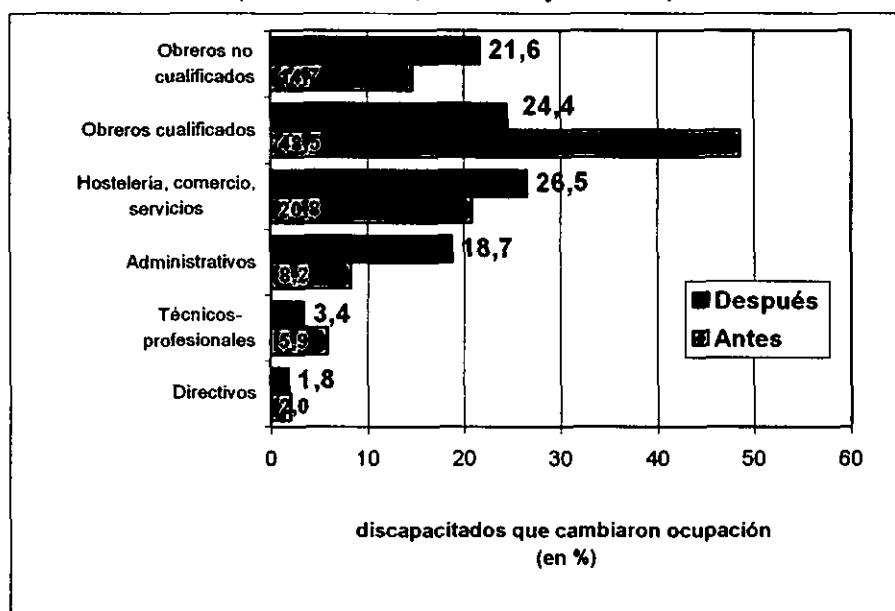


Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

Por grupos de edad, los cambios en relación con la actividad son mucho más frecuentes a edades avanzadas, lo que parece lógico puesto que estamos analizando el impacto de discapacidades sobrevenidas (no congénitas), que tienen mayor prevalencia en los grupos menos jóvenes. Así, del total de personas que modificaron su actividad u ocupación al sobrevenir la discapacidad, 7% corresponden a hombres y mujeres con menos de 30 años, 36% a personas entre 30 y 49 años, y 57% a quienes tenían 50 o más años.

Además de las personas que han abandonado el mercado de trabajo como consecuencia de sus discapacidades, otros (unos 8.000) han tenido que cambiar de ocupación para desempeñar otra más “apropiado” a sus actuales capacidades. La tendencia principal de estos cambios es a *pasar a empleos de menor cualificación*: se reduce el porcentaje de directivos, técnicos y trabajadores manuales cualificados, mientras aumenta el de operarios no cualificados y empleados de comercio y hostelería. A falta de otros matices, podría considerarse que el incremento de puestos de tipo administrativo actúa como contrapeso a esta tendencia general a la descualificación (ver gráfico 6.8).

**Gráfico 6.8**  
**CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA OCUPACIONAL**  
**AL SOBREVENIR LAS DISCAPACIDADES**  
(Ambos sexos, entre 16 y 64 años)



Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

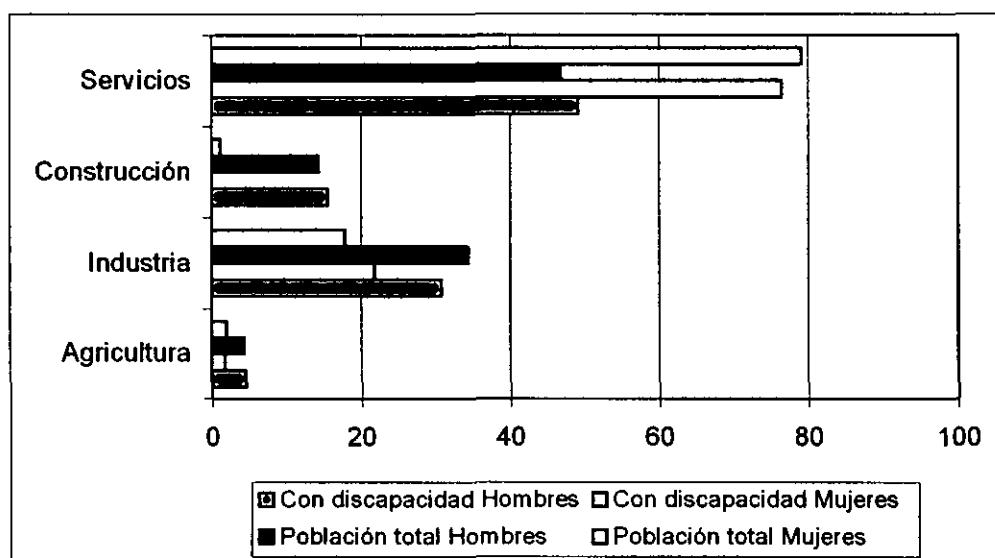
#### 4. Sector de actividad y situación profesional de las personas ocupadas

La distribución por sectores de actividad de las personas ocupadas con discapacidades resulta prácticamente idéntica a la del conjunto de los ocupados en Cataluña: destacan los empleos en el sector *servicios* (60%) y en la *industria* (28%), seguidos a mucha distancia por la *construcción* (9%) y el sector *agrario* (3%).

Por sexo, la distribución por sectores de actividad es también muy parecida a la media catalana: los hombres están más especializados en la agricultura, la industria y la construcción, y las mujeres se concentran más en los servicios. Si comparamos la distribución en función del sexo y de la existencia o no de discapacidad, observamos las siguientes diferencias (ver Gráfico 6.9): entre los hombres, los que sufren discapacidad se concentran más que el conjunto de los varones en servicios y construcción, y menos en industria; en cambio, las mujeres destacan más en la industria y están menos presentes en el sector servicios.

La distribución por sectores varía de forma importante en función de la provincia. Así, en Lleida el empleo en la agricultura de las personas con discapacidad es muy relevante (el 26% de los ocupados), en tanto que en Barcelona tiene un peso especial la industria (32%); en Tarragona y Girona es muy alto el porcentaje en los servicios (70%) y en la última provincia destaca también la construcción (9%).

**Gráfico 6.9**  
**SECTOR DE ACTIVIDAD DE LAS PERSONAS OCUPADAS,  
 SEGÚN SEXO Y EXISTENCIA O NO DE DISCAPACIDADES**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

La situación profesional muestra un predominio de las personas *asalariadas* (87%) que se distribuyen entre el sector privado (76%) y el público (11%). Los trabajadores por cuenta propia representan el 11% de los ocupados, aunque sólo el 1% es empresario con trabajadores contratados, el resto son trabajadores autónomos sin empleados. Existe, además, un 2% que se desempeña como "ayuda familiar" en la empresa de otro miembro de su familia. Las mujeres (14%) están más presentes que los hombres (9%) entre los trabajadores por cuenta propia, especialmente en el caso de los autónomos sin empleados; los hombres, en cambio, se concentran más en el empleo por cuenta ajena, aunque la situación difiere en función de las características del empleador: en el sector privado hay mayoría masculina (80% vs. 70%) mientras que en el público destacan las mujeres (15% vs. 9%), lo mismo que en el apartado de ayudas familiares. Aunque la ley estipula una "reserva de plazas" en los puestos de trabajo de la administración para personas con discapacidad<sup>42</sup>, estos datos muestran que –en la práctica– *el empleo de las personas con discapacidades no encuentra más facilidades en el sector público que el resto de la población activa*.

También en este caso las diferencias entre provincias son marcadas: los trabajadores por cuenta propia (empleadores o no) tienen un peso destacado en Lleida y Girona (un tercio del total de ocupados), los asalariados del sector privado en Tarragona y Barcelona (más del 76%), y los del sector público en Barcelona y Lleida (13%).

<sup>42</sup> El Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía realiza desde 1985 un seguimiento sistemático del acceso de personas con discapacidad a empleos del sector público a través de la cuota de reserva del 3%. Sus informes indican que sólo un sector menor de los aspirantes consigue la plaza correspondiente, al parecer debido a "las carencias de las personas con discapacidad en cuanto a formación y preparación para acceder al puesto de trabajo ofertado". CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (1995): *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid, pág. 12.

El cruce de la situación profesional con el sector de actividad, muestra con más matices las diferencias existentes en función del sexo y de la provincia de residencia (ver Tabla 6.2.) Estas son las principales características observadas:

**TABLA 6.2**  
**POBLACIÓN CON DISCAPACIDADES OCUPADA. SITUACIÓN**  
**PROFESIONAL Y SECTOR DE ACTIVIDAD, SEGÚN SEXO Y PROVINCIA**  
**DE RESIDENCIA (en %)**

		Agro	Industria	Construcción	Servicios	Total
<b>Hombres</b>	Empleador	6,6	0,0	0,0	2,6	1,6
	Autónomo	64,6	5,2	9,4	3,8	7,9
	Ayuda familiar	0,0	2,8	0,0	2,5	2,1
	Asalariado público	0,0	0,0	5,9	14,7	8,2
	Asalariado privado	28,7	92,0	84,7	76,5	80,3
<b>Mujeres</b>	Empleador	0,0	0,0		1,6	1,2
	Autónomo	62,1	7,0		13,3	12,8
	Ayuda familiar	0,0	0,0		0,7	0,5
	Asalariado público	0,0	0,0		20,2	15,4
	Asalariado privado	37,9	93,0		64,3	70,1
<b>Barcelona</b>	Empleador		0,0	0,0	1,3	0,8
	Autónomo		4,7	6,0	5,6	5,4
	Ayuda familiar		2,2	0,0	1,7	1,7
	Asalariado público		0,0	8,2	19,3	12,1
	Asalariado privado		93,2	85,8	72,0	80,1
<b>Girona</b>	Empleador	0,0	0,0	0,0	5,5	3,9
	Autónomo	100,0	0,0	41,3	14,7	20,0
	Asalariado público	0,0	0,0	0,0	12,4	8,8
	Asalariado privado	0,0	100,0	58,7	67,4	67,4
<b>Lleida</b>	Empleador	7,5	0,0	0,0	5,6	4,9
	Autónomo	58,2	0,0	18,8	24,1	29,2
	Ayuda familiar	0,0	0,0	0,0	3,9	2,1
	Asalariado público	0,0	0,0	0,0	24,0	12,5
	Asalariado privado	34,2	100,0	81,2	42,2	51,3
<b>Tarragona</b>	Empleador	0,0	0,0	0,0	2,6	1,8
	Autónomo	72,9	32,3	0,0	11,8	18,1
	Asalariado público	0,0	0,0	0,0	4,6	3,2
	Asalariado privado	27,1	67,7	100,0	81,1	76,9

Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

- El empleo agrícola corresponde en su mayor parte a propietarios de explotaciones (alrededor de dos tercios del total). Estas proporciones son similares para ambos sexos. Por provincias, la agricultura no tiene presencia en Barcelona, en Girona sólo existen propietarios mientras que únicamente encontramos asalariados en Lleida (un tercio de los ocupados) y Tarragona. Además, sólo en Lleida existen empresarios que contratan mano de obra. Por tanto, el grueso de las personas con discapacidad que trabajan en el campo son pequeños propietarios de explotaciones familiares.
- El empleo industrial está desempeñado casi siempre por asalariados del sector privado (más del 90% de los trabajadores de ambos sexos); el resto son trabajadores autónomos que no contratan mano de obra. Mientras en Girona y Lleida las personas con discapacidad sólo se emplean por cuenta ajena, el trabajo autónomo es muy importante en Tarragona (un tercio del total) y tiene alguna presencia en Barcelona.
- Las ocupaciones en la construcción incluyen sólo a hombres: alrededor de la décima parte son trabajadores autónomos y el resto asalariados, la gran mayoría (85%) en el sector privado. En ese sector la situación en Tarragona y Girona es radicalmente diferente: en la primera sólo hay trabajadores asalariados mientras que en la segunda el 40% son trabajadores autónomos.
- La mayoría de los empleos se registra en el sector servicios. Las diferencias entre sexos indican que los hombres se dedican más que las mujeres a las funciones de empleador, asalariado del sector privado y ayuda familiar, mientras que éstas destacan como autónomas y asalariadas del sector público. Las ayudas familiares sólo tienen presencia en Lleida y Barcelona. Los trabajadores por cuenta propia, tanto los que emplean como los que no utilizan mano de obra asalariada, destacan en Lleida (30% de los ocupados del sector) y Girona (20%). El empleo asalariado público presenta los valores más altos en Lleida y Barcelona, mientras que los asalariados privados son mayoría destacada en Tarragona.

## 5. Principales ocupaciones

La EDD recogió la ocupación de las personas con discapacidades utilizando la clasificación en 10 epígrafes de la Encuesta de Población Activa. Con el fin de simplificar la presentación las hemos agrupado en seis grandes grupos de ocupaciones, cuyas características principales son las siguientes:

1. **Directivos:** directores y gerentes de empresas y de la administración pública. Son algo menos de 1.000 y representan menos del 2% de las personas con discapacidad ocupadas, una proporción bastante menor que la media de directivos en el conjunto de la población (en la que representan el 9% del empleo). Por sexo, los hombres ocupan algo más frecuentemente (1,7%) estas funciones que las mujeres (1,4%). El tamaño de las empresas que dirigen las personas con discapacidad es muy variado y bastante similar a la media de Cataluña: el 16% no tiene asalariados (empresas familiares), el 62% gestiona empresas con menos de diez empleados y el restante 22% se sitúa en establecimientos con más de diez y menos de veinte trabajadores. Por tanto, se trata de empresas pequeñas y medianas.

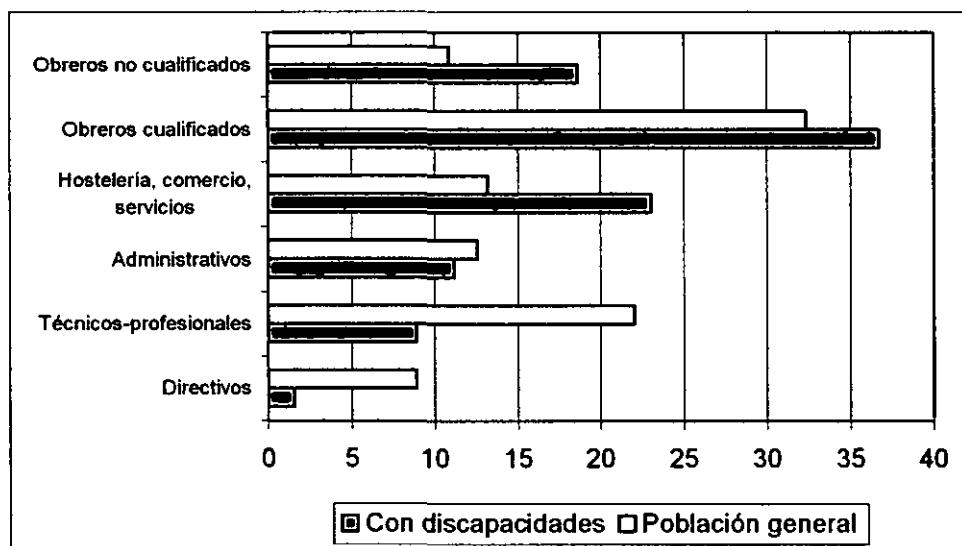
2. **Técnicos y profesionales:** profesionales con titulaciones universitarias y de grado medio. Suman en conjunto algo más de 5.000 personas, que son el 9% de las personas con discapacidad ocupadas, menos de la mitad de lo que suponen los “profesionales” entre el conjunto de la población (22%). Por sexo, las mujeres están algo más representadas (11%) que los hombres (7%), aunque la diferencia se debe enteramente a los puestos de técnicos de grado medio, ya que en los de grado superior son mayoría los varones. Algo menos de un tercio de los técnicos y profesionales son funcionarios públicos (más habitualmente los técnicos de apoyo que los de rango científico), el resto cuenta con contratos de duración indefinida, excepto un 18% de los técnicos de apoyo que sólo tiene contratos de tipo eventual. La mayoría de los técnicos y profesionales con discapacidades trabaja en grandes empresas (alrededor de la mitad en centros con más de 100 empleados), especialmente los de mayor rango ocupacional.
3. **Administrativos:** todos los empleos de tipo administrativo en cualquier rama de actividad. Son algo menos de 7.000 personas, que representan el 11% del colectivo con discapacidades, proporción ligeramente superior a la existente en el conjunto de la población ocupada catalana (13%). En este caso destacan claramente las mujeres (17% de las ocupadas) respecto a los varones (7%). El 93% cuenta con contratos indefinidos (el 30% son funcionarios públicos). El tamaño de las empresas que los contratan es muy variado, aunque dos tercios trabajan en centros con menos de 20 trabajadores.
4. **Hostelería, comercio y servicios personales:** incluye a trabajadores de la hostelería, vendedores de comercio, servicios personales y de protección y seguridad. Son 14.000 personas, que representan el 23% de los ocupados con discapacidades. En el mercado de trabajo general, esta ocupación tiene una importancia mucho más reducida (13%). Por sexo, la proporción de mujeres con discapacidades (34%) es muy superior a la de los hombres (16%). Por tipos de contratación, prevalecen las personas con contrato indefinido (65%), aunque es significativo el segmento de empleo temporal (15%) y sumergido, es decir, sin contrato (7%). El tamaño de las empresas es muy variado: un tercio son trabajadores por cuenta propia, una cuarta parte trabaja en centros con menos de 20 trabajadores y otra cuarta parte en empresas con las más de 500 empleados.
5. **Obreros cualificados:** se incluyen aquí los trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca, de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, y los operadores, instaladores y conductores de instalaciones, maquinaria y medios de transporte. Suman 22.000 empleos que representan el 37% del total de ocupados. Es el tipo de ocupación más importante entre los varones con discapacidad (el 47%), pero mucho menos significativo para las mujeres (20%). En el mercado de trabajo catalán, los obreros cualificados suponen el 32% de la fuerza ocupada, una proporción ligeramente inferior a la media de las personas con discapacidad. La mayoría de los trabajadores cualificados del sector agrario trabaja por cuenta propia (72%) o lo hace por cuenta ajena en explotaciones pequeñas, con menos de 10 empleados (9%), o de mayor tamaño (18% en centros con 20 a 49 trabajadores). En cambio, la mayor parte de los obreros industriales, de la construcción y la minería, y los operadores, instaladores y conductores son en su mayoría asalariados (más del 85%) en empresas de todos los tamaños. Algo menos del 10% carece de

contrato, alrededor del 70% cuenta con contrato indefinido y el 20% restante se encuentra en situación eventual.

6. **Obreros no cualificados:** peones y personal sin cualificación de cualquier rama de actividad. Suman 11.000 empleados, que representan el 19% de las personas con discapacidad que tienen empleo, proporción claramente superior a la del conjunto de ocupados en Cataluña (11%). Por sexo, las diferencias en el colectivo de personas con discapacidades son menos pronunciadas (16% las mujeres, 21% los hombres) que las citadas para los trabajadores cualificados. En cuanto a la forma de contratación, el 65% cuanta con contrato fijo, el 9% son funcionarios públicos, el 6% no tiene contrato y el 20% lo tiene de duración temporal.

A modo de síntesis, el Gráfico 6.10 muestra la proporción que representan las diversas ocupaciones en el colectivo de personas con discapacidad y entre el conjunto de la población catalana. Se constata que *el grupo estudiado está menos presente en empleos que requieren mayor cualificación (directivos y profesionales) o tienen más prestigio social (administrativos y obreros cualificados) y más en los que requieren niveles de preparación más bajos (hostelería, comercio y servicios personales, obreros no cualificados), aunque también destacan en los empleos manuales cualificados.*

**Gráfico 6.10**  
**Ocupación de las personas con discapacidad**  
**y de la población española en general**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

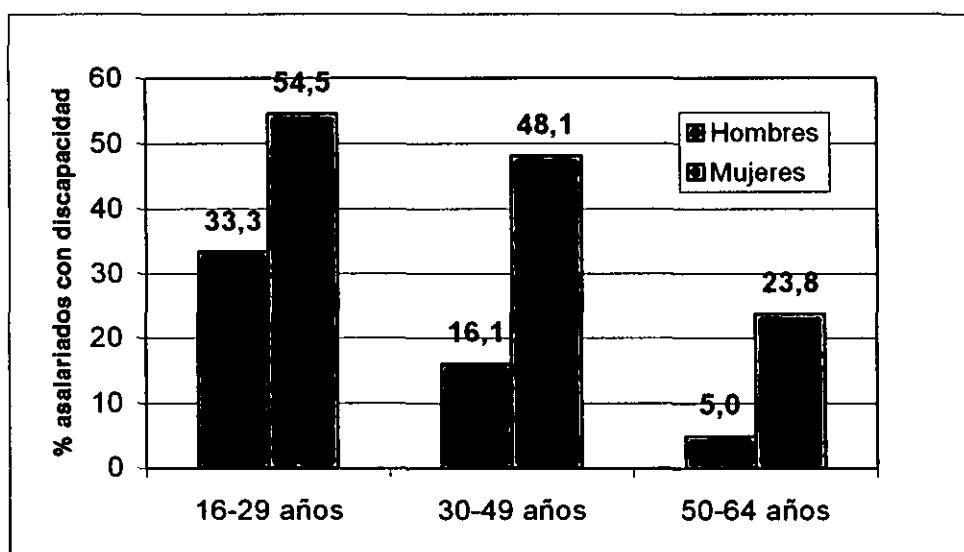
## 6. Tipos de contratación según el tamaño y titularidad de las empresas

La tasa de temporalidad detectada por la EDD (25% en España, 26% en Cataluña) es *menor* que la registrada para el conjunto de los asalariados españoles en la Encuesta de Población Activa del Segundo trimestre de 1999 (32% en España, 29% en Cataluña). Esta situación más favorable puede atribuirse a la existencia de empleos

protégidos (Centros Especiales de Empleo y Centros Ocupacionales) y a las subvenciones especiales a los empresarios que contratan de forma indefinida a personas con discapacidades. No obstante, la tasa de temporalidad presenta variaciones importantes en función del sexo, la edad, o el tipo de empresas.

La precariedad laboral que se deriva de la contratación temporal afecta de manera mucho más acusa a las mujeres con discapacidad (40% de las ocupadas) que a los hombres (17%). Ambos sexos se ven más afectados en el tramo de edad juvenil (menores de 30 años), a partir del cual descienden los porcentajes de temporalidad; sin embargo, el descenso es mucho más acusado entre los hombres que en el caso de las mujeres. La diferencia entre géneros es meridiana: *alrededor de la mitad de las asalariadas menores de 50 años tienen contrato de duración temporal, o carecen de contrato*. Dichas diferencias, en función del sexo y la edad quedan registradas en el gráfico 6.11.

**Gráfico 6.11**  
**TEMPORALIDAD EN EL EMPLEO DE LAS PERSONAS ASALARIADAS CON DISCAPACIDADES, POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

El tamaño de las empresas influye de forma menos clara en el tipo de contratación, pues aunque existe cierta tendencia a que el empleo sea más estable en las empresas grandes, se registran excepciones importantes. La temporalidad supera el 40% en los centros con menos de 10 trabajadores pero también en los que tienen entre 50 y 100 empleados. Aunque la tasa en las grandes empresas, con más de 500 trabajadores, es baja (15%), el valor mínimo (5%) se encuentra en centros que tienen entre 20 y 49 personas ocupadas.

Una parte del empleo precario constituye la llamada *economía sumergida* que en la EDD se puede explorar, parcialmente, a través de quienes trabajan sin contrato. Este tipo de irregularidad afecta al 5% de las personas ocupadas, pero existe una clara desproporción entre mujeres (10%) y hombres (1%).

En general se constata que *las mujeres se encuentran más discriminadas en relación a los hombres en el colectivo con discapacidades que en el conjunto de la población catalana*.

## 7. Empleo protegido

En nuestra sociedad existen formas de protección o “discriminación positiva” que tienen por finalidad favorecer, de manera directa o indirecta, la inserción laboral de las personas con discapacidad. Si nos limitamos a las fórmulas reguladas por la administración pública, podemos distinguir dos tipos principales de empleo protegido: la *creación de puestos de trabajo específicos* para personas con discapacidad y las *medidas legales, fiscales y de política laboral* establecidas para favorecer su acceso al mercado ordinario de trabajo. Esta regulación, que tiene alcance estatal, se aplica también en el ámbito catalán.

Entre los *puestos de trabajo específicos*, destacan los Centros Ocupacionales, los Centros Especiales de Empleo y los empleos generados en torno a la venta del cupón de la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE). En conjunto, suman alrededor de 75.000 puestos de trabajo en todo el estado, aunque son “de carácter especial” y en muchos aspectos no se homologan con los empleos ordinarios.

Los *Centros Ocupacionales* que hay en España son más de 500 y acogen a unas 40.000 personas con discapacidad. Surgidos por iniciativa privada en los años sesenta y setenta, fueron regulados en 1982 por la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) con el fin de “asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social de los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impide su integración en una Empresa o en un Centro Especial de Empleo”<sup>43</sup>. En su origen, estos centros dieron sus primeros pasos con una perspectiva docente ya que el apoyo principal les llegó de los maestros de Educación Especial. Sin embargo, a medida que pasaban los años se afianzó la orientación “ocupacional” y en 1978 surgió la Coordinadora Nacional de Talleres cuya filosofía era favorecer la “integración laboral” del deficiente mental adulto. Aunque las actividades laborales suelen ocupar la mayor parte del tiempo y se procuran realizar del modo más parecido al régimen ordinario de trabajo, la productividad es limitada y aproximadamente la cuarta parte de la jornada se dedica a actividades complementarias no laborales. Desde el punto de vista jurídico *la ocupación en estos centros no se establece como relación laboral y, en lugar de salarios, se otorgan “gratificaciones” de muy baja cuantía* (inferiores al 37% del Salario Mínimo Interprofesional).

Los *Centros Especiales de Empleo* surgieron como desdoblamiento de los Centros Ocupacionales con la finalidad de otorgar una relación laboral a los trabajadores más eficientes. La LISMI (1982) y su reglamento (1985) terminaron de regular este tipo de centros, cuya gestión ha sido transferida desde el INEM a las comunidades autónomas. Al igual que en los Centros Ocupacionales la mayoría de los trabajadores son hombres con deficiencias psíquicas de origen congénito o infantil, debido a la mayor dificultad que encuentran estas personas para hallar empleo en el mercado ordinario. El número de plazas ha pasado de unas 5.000 en 1988 a más de 15.000 en el año 2000, lo que supone un ritmo de crecimiento importante, que ha sido

<sup>43</sup> Art. 53 de la LISMI (1982.), que fue desarrollado por Real Decreto en 1985.

possible gracias a la conjunción de esfuerzos entre las administraciones públicas, la Fundación ONCE y otras entidades privadas que apoyan a las personas con discapacidades y a sus asociaciones. Sin embargo, pocas veces se consigue el objetivo fundacional de que el paso por los Centros Especiales de Empleo sirva de trampolín para acceder al mercado ordinario de trabajo; más bien, lo que se produce es un *efecto "campana de cristal"*, que proporciona a los trabajadores y trabajadoras de estos centros un mayor sentimiento de seguridad pero en un marco de sobreprotección que limita sus expectativas y eventuales posibilidades de promoción laboral autónoma.

La venta del cupón de la ONCE, que origina directa o indirectamente más de 25.000 empleos, es la tercera fórmula de empleo protegido, en este caso gracias a un monopolio otorgado por el Estado. El decreto fundacional de la ONCE (1938) y el posterior reglamento (1939) planteaban el cupón como un medio para estimular el acceso al empleo ordinario por parte de aquellas personas ciegas que tenían mayores problemas de incorporación al mercado de trabajo. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de los ciegos de origen congénito e infantil, y también una parte de los sobrevenidos en edad laboral, se estabilizan como vendedores del cupón y no se proponen otros perfiles profesionales en el mercado ordinario de trabajo. Al efecto "campana de cristal" se añade ahora una situación de privilegio relativo en relación a otros colectivos con discapacidades, en términos de acceso a un empleo remunerado, estabilidad, ingresos y prestaciones varias. La confrontación de otros colectivos de personas con discapacidad, que exigían su derecho a promover un juego de azar similar al de los ciegos, y la defensa corporativa del monopolio por parte de la ONCE, dio origen en 1988 a la absorción empresarial de PRODIECU, por lo que casi un tercio de los vendedores del cupón son ahora personas con deficiencias físicas.

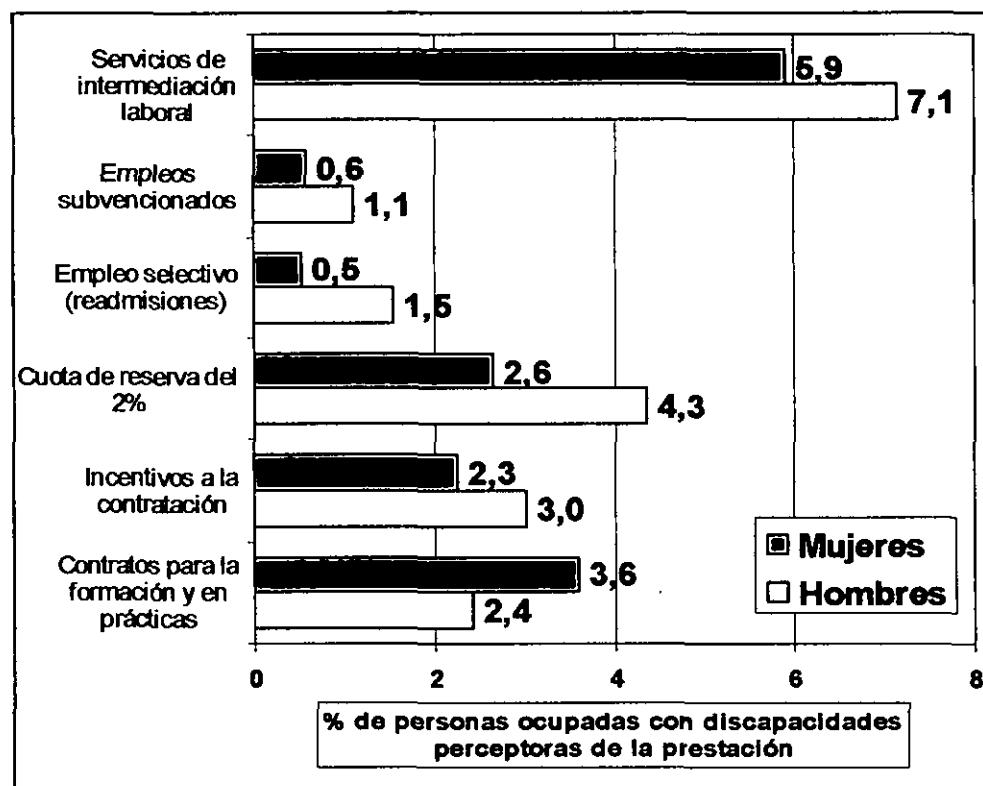
Estos modelos de empleo protegido conllevan un *efecto segregador* inevitable en aquellos casos en que recluyen a las personas con discapacidad en "nichos" laborales específicos y limitan sus posibilidades de promoción laboral. Sin embargo, es más difícil que esto ocurra con otras medidas de protección laboral que tratan de favorecer la inserción de las personas con discapacidades en el mercado ordinario de trabajo. Entre ellas, la EDD recoge información sobre las seis siguientes (ver Gráfico 6.12):

- Cerca de 1.800 beneficiarios de *contratos para la formación y en prácticas*, que representan el 3% de las personas con discapacidad que están ocupadas. Pese a que la finalidad de estos contratos se orienta a la formación inicial en el puesto de trabajo, la mayoría de los beneficiarios tiene entre 30 y 50 años. Por provincias, sólo se registra este tipo de ocupación en Tarragona (12%) y Barcelona (3%).
- Perceptores de *incentivos a la contratación* en el momento de acceder a su actual puesto de trabajo. Son unos 1.400, con una leve mayoría masculina; en este caso la mayoría tiene menos de 30 años. Es la única modalidad que se da en todas las provincias catalanas; el valor máximo corresponde a Girona (9% de los ocupados) y el mínimo a Lleida (2%).
- 2.500 beneficiarios de la "cuota de reserva" para personas con discapacidad, la gran mayoría (90%) en empresas privadas y el resto en el sector público. Llama la atención el escaso número de mujeres que se acogen a esta modalidad (menos del 1% vs. 7% entre los varones). En conjunto, sólo el 4% de los empleos ocupados por personas con discapacidades han sido conseguidos gracias a la "cuota de reserva" establecida por la legislación, que exige que el 2% de las

plantillas de las empresas con más de 50 empleados sean personas con certificado de minusvalía. Sólo encontramos estos casos en Barcelona (5%) y Tarragona (7%, todos en el sector privado).

- Acceso por *empleo selectivo* (readmisión de los trabajadores con discapacidad). Sólo se han registrado 600 beneficiarios, todos de sexo masculino, mayores de 30 años y residentes en la provincia de Barcelona.
- Acceso al empleo gracias a *subvenciones*. Han utilizado esta vía unas 700 personas con discapacidad; en este caso resultan algo más beneficiadas las mujeres (2% de las ocupadas) que los hombres (1%). Los casos se reparten entre Lleida (3% del empleo) y Barcelona (1%).
- Acceso al empleo actual mediante algún *servicio de intermediación especializado en trabajadores con discapacidad y/o de orientación profesional*. Es la vía más utilizada, aunque se trata apenas de 2.600 personas que representan el 5% de los ocupados. Proporcionalmente incluye a más mujeres que varones (6% vs. 4%), y a los grupos de edad más jóvenes (8% entre los menores de 30 años). La encuesta no encontró ningún caso en Tarragona; el impacto mayor de estas formas de empleo se registra en Girona (15%) y Barcelona (5%).

**Gráfico 6.12**  
**PROPORCIÓN DE PERSONAS OCUPADAS CON DISCAPACIDADES**  
**QUE SE HAN APROVECHADO DE MEDIDAS DE FOMENTO DEL EMPLEO**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

Si sumamos todos los beneficiarios de las anteriores medidas de fomento del empleo (algunas de ellas duplicadas en las mismas personas), encontramos que han facilitado la inserción laboral de aproximadamente el 16% de las 60.000 personas que

estaban ocupadas en 1999, o un más modesto 4% si la comparación la establecemos con el conjunto de personas con discapacidades en edad laboral (225.000).

### **8. Escaso acceso al empleo a través de la cuota de reserva del 2%. La postura del empresariado**

Una forma de discriminación positiva a favor de las personas con discapacidad que buscan empleo es la obligación legal que tienen las empresas, públicas y privadas, con más de 50 empleados fijos de reservar el 2% de los puestos de trabajo para dicho colectivo. Sin embargo, según estimaciones del Consejo Económico y Social del estado, dada la estructura del mercado de trabajo español la efectiva aplicación de esta medida sólo garantizaría alrededor de 80.000 empleos en toda España ya que los trabajadores asalariados en establecimientos con más de 50 trabajadores no llegan a 4 millones<sup>44</sup>. Aún así, según la EDD sólo 11.500 trabajadores han accedido al empleo por esa vía en todo el país, lo que indica que la reserva de plazas es sistemáticamente incumplida, tanto por las empresas privadas como por la administración.

En relación al sector privado, disponemos de una encuesta aplicada en Barcelona a 734 empresas con más de 50 trabajadores que señala las opiniones del sector de medianas y grandes empresas de hábitat urbano<sup>45</sup>. Los principales resultados son los siguientes:

- Una gran mayoría de empresarios reconoce tanto el derecho a la igualdad que tienen las personas con minusvalía como el hecho de que son tratados socialmente de forma discriminatoria.
- Dos terceras partes piensan que la mejor vía de inserción laboral es la integración en empresas ordinarias, mientras un 22% considera preferible orientarles a talleres y centros especiales de empleo y un 15% opina que la solución debe variar en función del tipo y grado de discapacidad.
- Estos planteamientos chocan abiertamente con la práctica llevada a cabo en las empresas puesto que el 80% no tenía contratado ningún trabajador con minusvalía (el 74% no lo había tenido nunca) y más de la mitad ni siquiera conocía la prescripción legal de cubrir al menos un 2% de la plantilla con trabajadores afectados por minusvalías.
- En parte, la explicación de esta incongruencia radica en la opinión de que las personas con minusvalía presentan desventajas específicas en relación a otros trabajadores: "son difíciles de tratar" (34%), "su imagen física representa un hándicap" (50%), "no han recibido la misma formación que los demás trabajadores" (49%), "la idea que socialmente se tiene sobre ellos representa un problema" (51%), etc.

<sup>44</sup> Según este organismo, una reserva del 4% aplicada a empresas de 25 o más trabajadores garantizaría 200.000 empleos y si la reserva fuera del 5% a empresas de 20 o más trabajadores se asegurarían 250.000. Ver "Estimación de la repercusión de la cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad", en CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid, 1995, Anexo 5, págs. 66-69.

<sup>45</sup> MORENO, E. y VALERA, S. (1992): *Actitud de l'Empresa Privada davant la integració laboral de persones amb disminució*, Institut Municipal de Disminuïts, Barcelona.

No existe un estudio similar referido al sector público, pero el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía viene realizando desde 1985 un seguimiento sistemático, aunque no exhaustivo, del acceso al empleo de personas con discapacidad a través de las cuotas de reserva. Según el mismo las plazas obtenidas por dichas personas en el ámbito de la administración central han sido todos los años inferiores al cupo establecido<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (varios años), *Acceso de las Personas con Discapacidad al Empleo Público*, Real Patronato, Madrid.

## VII. PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE BUSCAN EMPLEO

Este capítulo está dedicado monográficamente a analizar el desempleo de las personas con discapacidad. Comenzamos analizando las definiciones oficiales de actividad y desempleo, para comprender las vinculaciones entre ambas. Continuamos analizando el nivel del desempleo y la influencia de diversas variables. Seguimos por la duración del desempleo, los métodos utilizados para buscar empleo y las razones aducidas para no encontrarlo. Para finalizar, estudiamos las expectativas laborales de los parados.

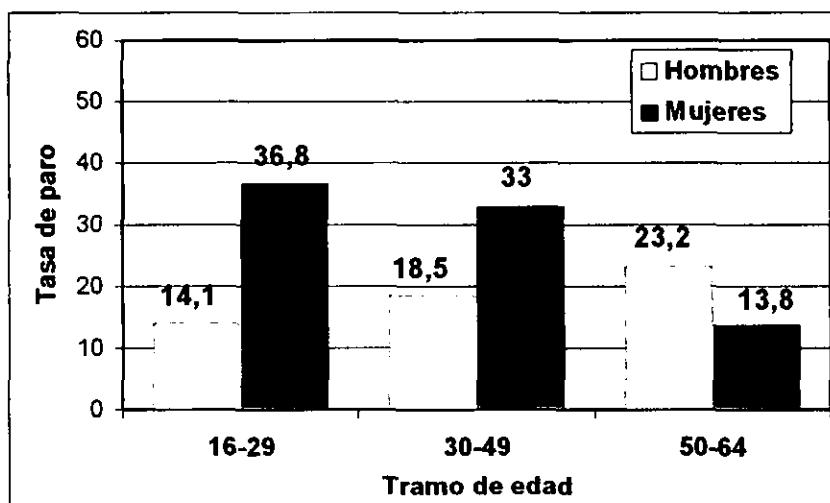
### 1. La tasa de paro y sus variaciones

El concepto de "paro" en las estadísticas españolas oficiales se refiere a personas que no tienen empleo y *que lo buscan activamente*; por tanto, no incluye a quienes no trabajan, pudiendo hacerlo, y han desistido de buscar empleo. En suma, el concepto oficial –utilizado por las estadísticas- no se refiere a todos los desempleados sino sólo a la parte que se dedica activamente a buscar un puesto de trabajo. Por tanto, una gran parte de los "desempleados de hecho" (parados que no buscan empleo) son contabilizados como "inactivos". Esto nos obliga a analizar las tasas de paro en relación con la tasa de actividad (o inactividad) de la población estudiada. Entre las personas residentes en Cataluña que sufren discapacidades y están en edad laboral el 63% es "inactiva"; por tanto, sólo el 37% restante es susceptible de entrar en la categoría "desempleado", una vez descontados los que tiene un empleo.

Contando con esta restricción conceptual la tasa de paro de la población con discapacidades (23,5%) resulta sensiblemente más elevada que la correspondiente al conjunto de la población de Cataluña que tiene entre 16 y 64 años (7%).

El desempleo tiene un alcance diferente según el sexo de la persona: afecta más a las mujeres (27%) que a los hombres (21%). La edad es otro factor que marca diferencias cuando se analiza al conjunto de la población; sin embargo, no ocurre lo mismo entre quienes sufren discapacidades. La tasa de paro de los menores de 30 años (24%) es algo menor que a la del grupo entre 30 y 49 años (25%); por tanto, hasta los 50 años no puede decirse que la tasa de paro disminuya con la edad, cosa que sí ocurre a partir de los 50 (tasa del 14%). En este terreno encontramos una situación opuesta en función del sexo: entre las mujeres el desempleo disminuye con la edad, mientras que entre los hombres se incrementa (ver gráfico 7.1). Un primer vistazo a estos datos parece sugerir que existen mejores expectativas de empleo de las mujeres a medida que adquieren más conocimientos o experiencia; sin embargo, el descenso del desempleo femenino parece estar más relacionado con la brusca caída de la tasa de "actividad" a partir de los 50 años (del 50% al 25%), es decir: el desempleo desciende porque las desocupadas se desaniman y dejan de buscar empleo.

**Gráfico 7.1**  
**TASA DE PARO POR TRAMOS DE EDAD Y SEXO**  
**DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES**



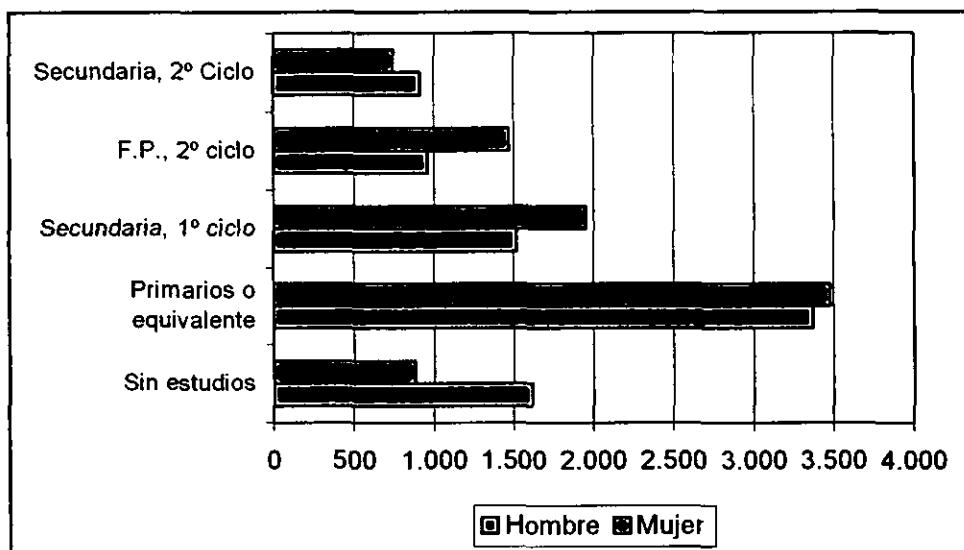
*Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.*

La distribución provincial del desempleo muestra diferencias importantes. Los valores más elevados se registran en Girona (30%) y Barcelona (24%); la tasa con valores inferiores se registra en Lleida (9%), seguida por Tarragona (18%). También varía mucho el nivel de paro en función del sexo: en Lleida sólo afecta a hombres, en Tarragona es mayor la masculina (20% vs. 15%), en cambio, en Barcelona la tasa femenina casi duplica a la de los varones (31% vs. 19%), mientras que en Girona es similar para ambos sexos. Aquí nos encontramos con varias circunstancias que no nos permiten atribuir las diferencias existentes a las variaciones de la tasa de actividad: por ejemplo, en Lleida encontramos la cifra de paro más baja junto a la de actividad más elevada; el valor de la tasa de actividad es mayor en Tarragona que en Barcelona y Girona, sin embargo, la tasa de desempleo sigue la pauta inversa (mayor en Girona, menor en Tarragona). Por tanto, las diferencias deben buscarse en otras variables como las dinámicas provinciales de los mercados de trabajo, las políticas y recursos institucionales y la prevalencia de las distintas discapacidades (por ejemplo, en Lleida tienen menor prevalencia, entre la población en edad laboral, discapacidades más invalidantes -como las que impiden salir de casa, cuidar de sí mismo o a otras personas, aprender y utilizar conocimientos- lo que explicaría sus tasas de actividad y ocupación elevadas). En el contexto español las tasas de desempleo más elevadas entre las personas con discapacidades se producen en Extremadura (45%) y Andalucía (37%) y las menores en Baleares (9%) y La Rioja (11%). Catalunya (23%) se sitúa por debajo de la media nacional (26%), aunque ocupando el sexto lugar en el ranking de regiones con mayor desempleo. En el ranking provincial sólo Girona supera la tasa media de desempleo española, aunque bastante lejos de las cifras de Cáceres o Córdoba (más de 50%); en el otro extremo, Lleida es la sexta provincia con menor porcentaje de parados entre la población con discapacidades en edad laboral.

La relación entre el desempleo y el nivel de estudios de las personas con discapacidad no es del todo clara, puesto que quienes cuentan con estudios primarios están mucho más abocados al paro que las personas analfabetas o sin estudios (ver gráfico 7.2). A partir del nivel primario sí se detecta una relación estable: a mayor nivel

de estudios menor el índice de desempleo. La anomalía, por tanto, la constituye el desempleo relativamente bajo del segmento sin estudios; además, éste es el único en que la tasa femenina es inferior a la masculina. Por otra parte, sabemos que la tasa de actividad es mayor entre las personas con más estudios; por tanto, cabe concluir que éstas son las que encuentran mejores opciones para encontrar empleo, puesto que combinan tasas más elevadas de actividad y ocupación.

**Gráfico 7.2**  
**TASAS DE DESEMPLEO SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

## 2. Duración del desempleo y métodos utilizados para buscar empleo

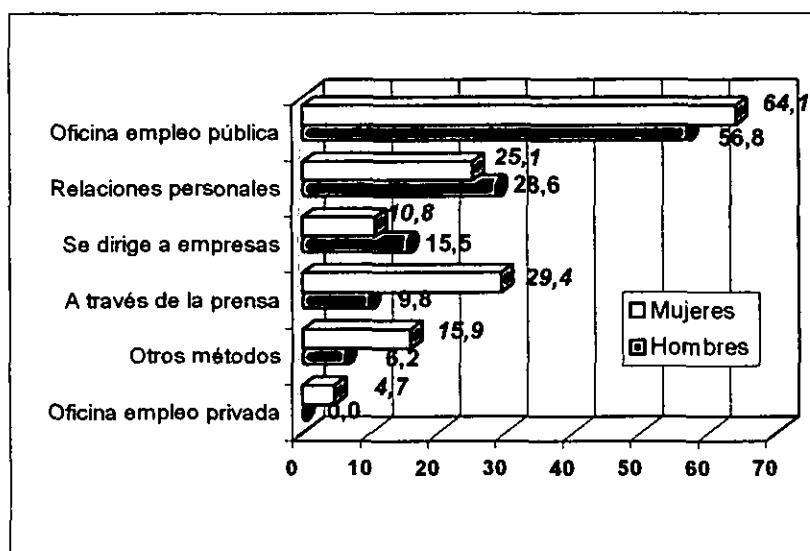
El 90% de las personas con discapacidades desempleadas tiene experiencia laboral; en otras palabras, sólo el 10% no ha tenido ningún empleo. Estas proporciones difieren bastante de las que se registran entre el conjunto de los desempleados en Cataluña (80% y 20%, respectivamente), circunstancia que debe atribuirse a la menor proporción de jóvenes entre los discapacitados (que son los más afectados por el paro en el conjunto de la población) y a la existencia de discapacidades sobrevenidas a personas que se encontraban empleadas.

Sin embargo, la duración del desempleo es bastante mayor entre las personas con discapacidad que entre la población general. Si entendemos por “parados de larga duración” los que llevan más de dos años sin trabajo, se encuentran en esa situación un tercio de todos parados y casi la mitad de quienes tienen discapacidades (el 50% de los hombres y el 40% de las mujeres). Por tanto, el hecho de contar con experiencia laboral no resulta ser un factor que facilite la vuelta a la situación de ocupados. Esta mayor duración del período de desempleo puede ser el origen del desánimo de otras personas que, más aun si reciben una pensión de “incapacidad”, acaban abandonando la búsqueda activa de empleo, pasando a la condición de “inactivas”.

Los métodos utilizados por las personas con discapacidades para buscar empleo presentan algunas modulaciones en función del sexo. La vía más utilizada –por más de

la mitad de los desempleados- es la *inscripción en oficinas públicas de empleo*, a las que recurren más frecuentemente las mujeres que los hombres. En segundo lugar, se recurre a la red de *relaciones personales* (alrededor de la cuarta parte de los parados), vía que es algo más utilizada por los varones. El tercer lugar varía en función del sexo: para las mujeres son los *anuncios de prensa* (29%) y para los hombres el *acudir personalmente a las empresas* (16%). El recurso a oficinas de empleo privadas (ETT y otras) es muy poco utilizado, apenas recurren a él el 5% de las mujeres. El Gráfico 7.3 recoge por orden de frecuencia los métodos más utilizados por ambos sexos.

**Gráfico 7.3**  
**MÉTODOS MÁS UTILIZADOS PARA BUSCAR EMPLEO**  
(Multirrespuesta, hasta 3 opciones, en %)



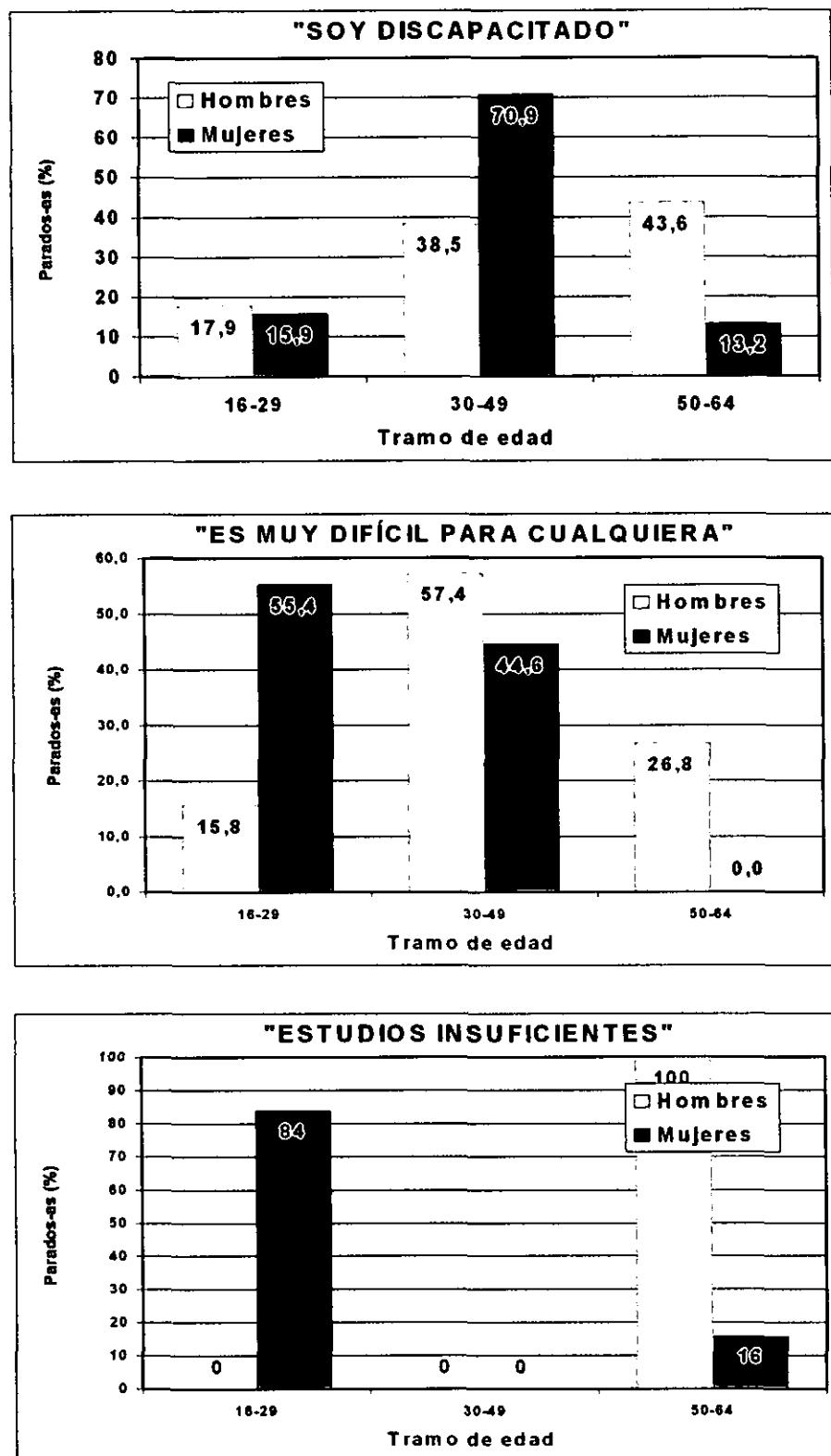
Fuente: elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

### 3. Razones por las que no se encuentra trabajo. Reticencias del sector empresarial

La EDD incluía una pregunta sobre cuál era la principal razón para no encontrar empleo y ofrecía cuatro opciones alternativas y una opción abierta (“otra respuesta”). De las posibilidades planteadas en el cuestionario, hay dos que sobresalen claramente: “Soy discapacitado” (28%) y “Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera” (15%); las otras dos se quedan a mucha distancia: “No tengo estudios o los que tengo no me sirven para encontrar trabajo”<sup>47</sup> (8%) y “No tengo experiencia” (3%). Estas son las características de los desempleados que escogieron cada uno de los motivos mencionados (ver Gráfico 7.4):

<sup>47</sup> Hemos agrupado aquí dos razones, referidas a la *falta de estudios*, que el cuestionario planteaba por separado: “No tengo estudios” (7% de respuestas) y “Los estudios que tengo no me sirven para encontrar trabajo” (1%).

**Gráfico 7.4**  
**MOTIVOS POR LOS QUE NO ENCUENTRAN EMPLEO,**  
**SEGÚN SEXO Y EDAD**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE, EDD 1999.

1. **“Soy discapacitado”**: con esta expresión se alude a las mayores barreras que se encuentran las personas con discapacidades para acceder al mercado ordinario de trabajo. El 28% de los parados (unas 4.300 personas) aduce este motivo, que pone el énfasis se pone en la *limitación o estigma social* producido por la discapacidad. Es mencionado por todos los grupos de edad, pero especialmente entre el tramo que supera los 50 años. Es un argumento mucho más utilizado por los hombres (44%) que por las mujeres (14%). Es lógico que quienes más se inclinen por esta respuesta sean quienes poseen certificado de minusvalía (37%) o deficiencias más graves, tales como el retraso mental, la ceguera total, la sordera prelocutiva (el 100% de los parados con estas discapacidades) o la imposibilidad de desplazarse (83%); en cambio sólo se consideran discriminados en razón de su discapacidad el 25% de los que no poseen certificado de minusvalía, el 7% de los que tienen problemas menos graves de visión o el 17% de los que no pueden mover objetos pesados.
2. **“Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera”**: este motivo remite a la existencia de un mercado de trabajo competitivo, con importantes tasas de desempleo y de precariedad. En esa situación no es fácil encontrar un puesto de trabajo, sobre todo para ciertos segmentos de población, como los jóvenes o las personas poco cualificadas. Este es el argumento esgrimido por un 15% de los discapacitados en paro (algo más 2.000 personas). Esto explica que los jóvenes parados de ambos sexos sean los que más insistan en esta razón (28% vs. un 8% de los mayores de 50 años), independientemente de su nivel de estudios.
3. **“No tengo estudios o los que tengo no me sirven”**: este motivo refiere a la falta de cualificación de los parados para aspirar a determinados empleos. La opinión “no tengo estudios” es formulada por personas que no han superado el nivel primario; en cambio, el argumento de “estudios insuficientes o inadecuados” lo utilizan parados que han acabado el primer ciclo de secundaria. Las mujeres en paro consideran que la falta de estudios es la principal razón de no encontrar empleo con mucha más frecuencia que los hombres (12% y 3%, respectivamente). El argumento es utilizado en los segmentos de edad extremos: entre los menores de 30 años es una problemática exclusivamente femenina, mientras que los hombres sólo se preocupan por este motivo pasados los 50 años. En parte, estas diferencias entre géneros podrían atribuirse a causas similares a las existentes en el conjunto de la sociedad: en un contexto competitivo en el que encuentran mayores dificultades para acceder a un empleo, las jóvenes prestan más atención a una estrategia basada en la formación y el reciclaje en los estudios que los varones de su misma edad.
4. **“No tengo experiencia”**: este argumento es esgrimido apenas por el 3% de los parados; se trata de mujeres menores de 30 años, que sólo tienen estudios primarios y sufren de discapacidades visuales.
5. **“Otras razones”**: lamentablemente, el Instituto Nacional de Estadística no ha tabulado el 46% de “otras respuestas”, circunstancia que nos priva de conocer la opinión de una gran parte de los discapacitados que están desempleados y buscando empleo. Sobre ellos sabemos que se trata de personas mayores de 30 años (especialmente las que tienen entre 30 y 49), y que son más frecuentemente mujeres (es el motivo aducido por el 55% de las desempleadas) que hombres (36%). Además, son personas que sufren más frecuentemente discapacidades sensoriales (vista y oído) o físicas (problemas para desplazarse) de carácter leve.

En esta cuestión la situación de los discapacitados en paro de Cataluña difiere de la existente en el conjunto de España. En el conjunto del estado se enfatiza el argumento de las dificultades generales para conseguir empleo ("es difícil para cualquiera"), especialmente en las regiones en las que la tasa de paro es más elevada. En cambio, en Cataluña el énfasis se traslada a las dificultades que acarrea la situación de discapacidad (sean de la propia persona o por parte del empresariado). Las respuestas obtenidas en el resto del estado coinciden con las de una encuesta aplicada del Observatorio Ocupacional del INEM a una muestra de demandantes de empleo con minusvalía (oficial reconocida), según la cual más de dos tercios de los entrevistados aludían al paro estructural existente en la sociedad española como causa principal del desempleo<sup>48</sup>. Las obtenidas por la EDD en Cataluña reflejan la opinión de que, sea cual sea el grado de dificultad de toda la población para acceder al mercado de trabajo, para los discapacitados en paro el hándicap principal es su propia condición personal, no tanto porque se consideren incapacitados para trabajar sino porque "la situación actual de la economía dificulta gravemente la integración laboral de cualquier colectivo que, desde su punto de vista [el empresarial], no se adapte con todo detalle al perfil ideal del trabajador"<sup>49</sup>.

Los estudios existentes coinciden en que muchos empresarios tienen importantes estereotipos y prejuicios negativos hacia las personas con discapacidad. "Por un lado, el empresario les atribuye ciertas limitaciones: escasa polivalencia, difícil reciclaje, indefensión ante el cambio tecnológico y, por otro lado, apela a los altos costes que suponen las adaptaciones técnicas: poner rampas, adecuar aseos, etc. Además de esto, el empresario ignora e incumple sistemáticamente la obligación legal de tener en sus plantillas un 2% de trabajadores minusválidos. Este desconocimiento está provocado por el desinterés, cuando no directamente por el rechazo, del empresario hacia este tipo de trabajadores. Por otro lado, una vez conocida la obligación legal, cualquier intento de hacerla efectiva sufre un rechazo absoluto por parte del colectivo empresarial. En un momento en el que la tendencia es a desregularizar el mercado de trabajo, la posibilidad de que alguien les imponga este tipo de contrataciones les parece intolerable"<sup>50</sup>.

#### 4. Expectativas laborales

Además de las características personales y las dificultades que encuentran las personas desempleadas, es interesante conocer sus expectativas respecto al empleo que desean. La encuesta incluía una pregunta a los buscadores y buscadoras de empleo sobre el tipo de actividad en que les gustaría trabajar, ofreciendo cinco opciones cerradas. La que más adhesiones tuvo fue la opción "*en cualquier actividad*", escogida por el 41% de los desempleados. La respuesta no permite conocer preferencias concretas pero es indicativa de su *necesidad y disponibilidad para trabajar*. En este grupo están más representadas las mujeres que los hombres (42% y 35%, respectivamente). La respuesta obtiene adhesiones decrecientes a medida que aumenta la edad de los parados, esto indica que los jóvenes son los que se sienten menos a menudo en condiciones de aspirar

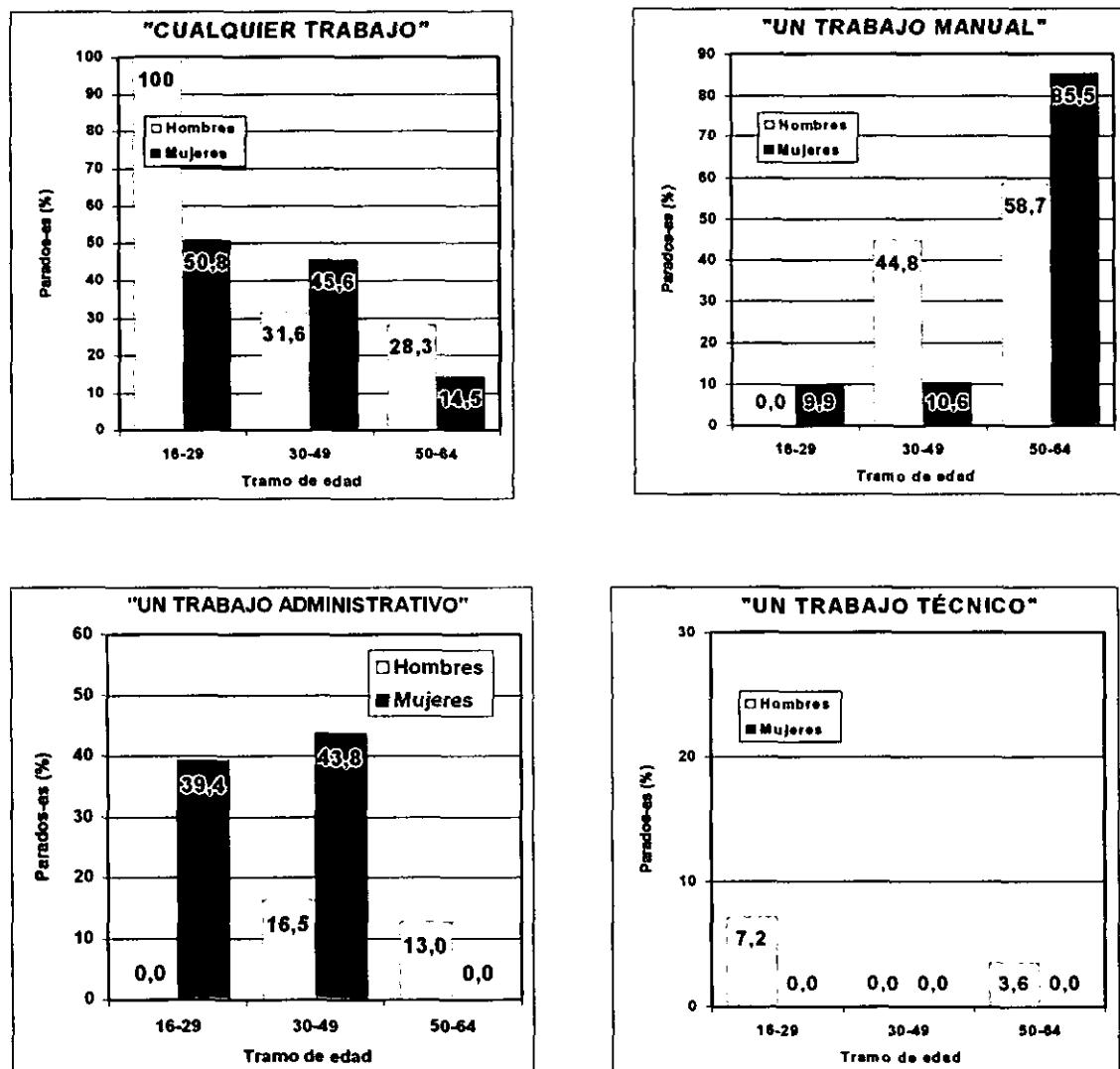
<sup>48</sup> INEM (Observatorio Ocupacional) (1997): *Formación y mercado laboral de los minusválidos*, Instituto Nacional de Empleo, Madrid.

<sup>49</sup> CALEIDOSCOPIA (1997): *Factores personales y sociales de la integración laboral de las personas con discapacidades*, Real Patronato de prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.

<sup>50</sup> ALBOR, J. (Dir.) (1995): *Minusvalía e inserción social en la Comunidad de Madrid*, Instituto para la Formación, Madrid, pág. 49. Ver también, en el mismo sentido, SORIA, R.J. (1995): *La percepción que tienen los empresarios de los discapacitados psíquicos como trabajadores*, Fundación ANDE, Madrid.

a un empleo "a su gusto". La situación económica de la familia, medida por su nivel de ingresos mensuales, no genera diferencias importantes; esto significaría que el deseo o necesidad de obtener un empleo va más allá de la pura necesidad económica, y tendría que ver con la importancia de "integrarse" en uno de los principales ámbitos de identidad ciudadana en nuestra sociedad. De todos modos, conviene recordar que nos estamos refiriendo a las expectativas de quienes son buscadores activos de empleo, un grupo minoritario entre la población discapacitada no ocupada.

**Gráfico 7.5**  
**EXPECTATIVAS LABORALES**  
**DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN PARO**



Fuente: elaboración propia a partir de INE, *EDD 1999*.

Respecto al resto de preferencias, la más mencionada son los empleos que implican actividades relacionadas con un trabajo manual (32%), opción por la que se inclinan mucho más los hombres (45%) que las mujeres (20%). A continuación son mencionados los trabajos de tipo administrativo (26%), para los cuales las preferencias femeninas (37%) casi triplican a las masculinas (13%). Finalmente, las actividades relacionadas con trabajos técnicos apenas son mencionadas por el 4% de los varones. El Gráfico 7.5 muestra cómo se distribuyen estas expectativas laborales en función del sexo y los tramos de edad.

## VIII. ASOCIACIONISMO Y DISCAPACIDADES

A lo largo de este trabajo hemos afirmado que el concepto "discapacidad" no es necesariamente sinónimo de "incapacidad". Precisamente, la tesis de la divergencia entre ambos conceptos (salvo en determinados casos extremos) nos ha llevado a analizar la "actividad" de este sector de población, intentando conocer en qué medida se cumplen las proclamas oficiales de "integración". Precisamente porque se trata de ciudadanos con capacidad de obrar como tales, es interesante conocer en qué medida existen entidades que expresan sus necesidades y reivindican sus derechos. Puesto que no se trata solamente de personas susceptibles de recibir protección social, en este capítulo vamos a indagar acerca de las características, potencialidades y limitaciones de las asociaciones del sector —promovidas y protagonizadas por las propias personas con discapacidad y/o por sus familiares, según el tipo de deficiencia—, así como su implantación entre la población afectada.

### 1. Las asociaciones de afectados e España

En todos los países de la Unión Europea las asociaciones de afectados han tenido un protagonismo creciente en las últimas décadas como vía de expresión, organización e intervención de las personas con problemas de discapacidad. En el caso español este proceso se produjo tarde, sólo a partir de la segunda mitad de los años cincuenta se produjo una expansión del movimiento asociativo que fue la base del desarrollo legislativo e institucional posterior. La mayoría de asociaciones surgió a nivel local, promovidas por los propios afectados o por sus familiares más próximos, en torno a objetivos asistenciales muy concretos o bien para asegurar el contacto y mutuo apoyo entre las personas afectadas. Según una encuesta a asociaciones realizada en 1984, su principal motivación fue "organizar un servicio o centro de atención a minusválidos" (38%) y, en segundo lugar, "la relación entre personas minusválidas que pretendían ayudarse mutuamente" (26%)<sup>51</sup>.

La ley de asociaciones de 1964 dio cobertura legal a las organizaciones surgidas a partir de la iniciativa de los ciudadanos, reforzando su emancipación de la tutela estatal o eclesiástica. De ese modo, el régimen franquista trataba de abrirse en alguna medida al fuerte impulso internacional que el *movimiento de los derechos civiles* tuvo en los años sesenta. A mediados de los años 70, coincidiendo con el final del franquismo y el inicio del régimen democrático, las asociaciones progresaron en su vertebración y presionaron con más fuerza que antes a la administración. La articulación del nuevo estado de las autonomías en la constitución democrática de 1978 y la promulgación de la LISMI (1982), que reconocía el importante papel que correspondía a las asociaciones de afectados, impulsaron la coordinación de las asociaciones —en función del tipo de deficiencia— a nivel autonómico y estatal. Las principales federaciones de asociaciones participan con carácter consultivo en la aplicación y evaluación de las políticas estatales relacionadas con las minusvalías, integrándose en el Consejo Español de Representantes de Minusválidos (CERMI). Este organismo asesoró al gobierno central en la elaboración del *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (1997-2002)* y trata de influir en el desarrollo legislativo y en la

<sup>51</sup> DÍAZ, M., (1985): *El asociacionismo de los minusválidos. Entre organización y movimiento social*, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, pág. 167.

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

## 2. Evolución y características del movimiento asociativo en Cataluña

La historia del movimiento asociativo de personas con discapacidad en Cataluña ha seguido, en general, las mismas que en el resto de España, pero mostrando rasgos más innovadores y una mayor expansión, lo que lo ha convertido en un referente importante para el resto del país. Además de algunos libros que recogen ampliamente la historia de las asociaciones organizadas por personas con discapacidad física o sensorial<sup>52</sup> y *pro* personas con disminución psíquica<sup>53</sup>, existen diversas monografías<sup>54</sup> y revistas especializadas<sup>55</sup> que ofrecen un panorama de la situación actual y las principales tendencias del movimiento asociativo en Cataluña.

En general los libros y monografías promovidos por las propias asociaciones tienden a adoptar un enfoque más bien triunfalista acerca de su función, al menos en dos puntos que nos parecen fundamentales: la coordinación del movimiento asociativo y el papel jugado para promover la inserción laboral de las personas afectadas.

Ciertamente el tejido asociativo que se ha creado en torno a las personas que tienen alguna discapacidad es bastante amplio<sup>56</sup>, pero ello no se traduce en movimiento fuerte debido a su fragmentación y falta de coordinación. Proliferan las asociaciones demasiado pequeñas y centradas en sus problemas específicos, con poca tendencia a propiciar la coordinación y la unidad de acción ante el resto de la sociedad y, en especial, ante la administración. La expresión “reinos de taifas” ha sido utilizada para referirse a esta situación, que no sólo afecta a la división entre asociaciones por tipos de discapacidad (los “psíquicos” se contraponen a los “físicos”; los “sordos” o los “ciegos” se entienden como problemáticas diferenciales, etc.) sino a la existencia de divergencias de fondo dentro de las propias asociaciones que a veces han generado escisiones y enfrentamientos.

Si bien la integración laboral de las personas con discapacidad se plantea como un objetivo central para lograr la inserción social del colectivo, el apoyo que brindan las

<sup>52</sup> VILA, Antoni (coord.), *Crónica de una lucha por la igualdad. Apuntes para la historia del movimiento asociativo de las personas con discapacidades física y sensorial en Catalunya*, Fundación Guttmann, Barcelona, 1994.

<sup>53</sup> COROMINAS, Andreu y SABATER, Pere (coord.), *Les associacions pro Persones amb disminució psíquica a Catalunya. Història oberta*, APPS, Barcelona, 1995.

<sup>54</sup> Ver AA.VV., *MIFAS, 10 anys d'història*, MIFAS, Barcelona, 1990; FEDERACIÓN ECOM, *Memoria 1972-1992*, ECOM, Barcelona, 1993; FEDERACIÓ DE SORDS DE CATALUNYA, *Dossier informatiu*, Barcelona, 1996; y HERNÁNDEZ, Víctor, “De la formació ocupacional al contracte laboral. Una experiència d'integració amb persones que pateixen trastorns mentals severs (Fundació Tallers de Catalunya)”, en *Revista Forum*, N° 3, 1995, págs. 83-93.

<sup>55</sup> Ver, entre otras, *Sobre ruedas*, editada por la Fundación Instituto Guttmann, e *InfoSord*, de la Federación de Sordos de Cataluña

<sup>56</sup> Por citar sólo algunos casos, la Federación Catalana pro Personas con Disminución Psíquica (APPS) agrupa a 91 Asociaciones de Padres, 19 APAS de escuelas de Educación Especial, 23 Cooperativas y otras 27 entidades; la Federación de Sordos de Cataluña (FESOCA) cuenta con 28 Asociaciones y unos 500 socios; la Federación de Entidades Colaboradoras con el Minusválido (ECOM) agrupa en el conjunto de España a 54 asociaciones, de ellas una parte importante en Cataluña (donde se creó en 1972), etc.

asociaciones en ese punto es bastante limitado aunque tiende a incrementarse en los últimos años. En la mayoría de los casos priman otros objetivos como la rehabilitación de la salud, la información sobre ayudas y pensiones o los servicios asistenciales. A veces existe una "comisión para temas laborales" o se dispone de una "bolsa de trabajo", pero sin contar con la infraestructura y los profesionales imprescindibles. Sólo en algunos casos, que cada vez son menos excepcionales, la asociación pone en marcha mecanismos eficaces para facilitar la inserción laboral en el mercado de trabajo protegido (C.E.E. y C.O.) o en empresas ordinarias. Ocasionalmente surgen experiencias-piloto de gran interés, pero debido a la falta de recursos económicos no se generalizan, por lo que están abocadas a extinguirse o a perpetuarse como experiencia-piloto. Por otra parte, en las asociaciones existen diferentes puntos de vista acerca de las vías más adecuadas para propiciar inserción laboral: apoyar o criticar el empleo protegido, aceptar o no las condiciones de trabajo precarias que se imponen en el mercado de trabajo poco cualificado, etc. Todas estas divergencias dificultan la confluencia en reivindicaciones y estrategias compartidas.

La relación de las asociaciones con la administración se ha caracterizado por un proceso de institucionalización y burocratización, en el sentido de que se ha pasado de la confrontación inicial (reclamo de derechos), a la negociación y gestión de servicios (más o menos estandarizados y acordados con las administraciones). La asunción de competencias en esta materia por parte de la Generalitat supuso un aumento de recursos para algunos capítulos importantes relacionados con la inserción laboral; sin embargo, la mayoría de las asociaciones expresan preocupación ante el futuro, debido a posibles recortes presupuestarios en la materia. Los líderes más críticos de las asociaciones plantean que, más allá de la cuantía de los recursos, no existe una opción clara de política social a largo plazo para promover la inserción laboral de las personas con discapacidad.

### 3. La participación en asociaciones según la Encuesta de Discapacidades

Una gran mayoría de las personas en edad laboral afectada por discapacidades (el 93%) no pertenece a ninguna asociación del sector, lo que no significa que no puedan utilizar sus servicios o participar en otras organizaciones. Este bajo índice de afiliación se puede deber, para algunos, al expreso deseo de evitar entrar en el círculo de los designados socialmente como "minusválidos"; otras veces puede ocurrir que no se disponga de información o contactos suficientes con aquellas asociaciones que, eventualmente, podrían interesar; también es posible que la vivencia "invalidante" de la discapacidad retraiga a los afectados de toda participación en asociaciones. La primera situación es más frecuente entre personas con deficiencias poco discapacitantes y/o con elevada cualificación profesional a quienes les resultan suficientes las vías y estrategias "normales" de inserción social y laboral (si se asocian, lo hacen en organizaciones que nuclear a la población en general). La segunda situación es más propia de áreas rurales y familias de bajo nivel económico y cultural, que se encuentran con más dificultades para conectar con las asociaciones.

*La escasa implicación de la mayor parte de personas con discapacidad en las organizaciones del sector* relativiza la importancia del asociacionismo específico como recurso para la inserción social y laboral del colectivo. Aunque las actividades y recursos de determinadas asociaciones constituyen un factor importante de integración

social para sus afiliados y usuarios, no hay que olvidar que la afiliación y participación activa en entidades voluntarias es una cuestión de minorías en nuestra sociedad. Las expectativas de participación social que apuntaron con bastante fuerza a mediados de los años setenta, momento en que se produjo una notable movilización social, dio paso después a un proceso de elitización y mercantilización de las organizaciones sociales que también afecta al movimiento asociativo de las personas con discapacidades.

En cuanto a la minoría que es miembro de alguna asociación del sector, se trata de unas 14.000 personas entre 16 y 64 años, cuya foto robot más habitual podría ser *un varón joven, con elevado nivel de estudios, de familia con ingresos superiores a la media, que ha obtenido el certificado de minusvalía y vive en una gran ciudad, en la provincia de Girona o Barcelona*. Esta foto robot se obtiene de la correlación con las siguientes variables:

- **Sexo y edad:** los hombres se afilan más (9%) que las mujeres (5%) y los jóvenes menores de 30 años mucho más (15%) que los mayores de 50 (3%), quedando en una posición intermedia los situados entre 30 y 50 años (9%).
- **Nivel de estudios:** las personas que han superado estudios secundarios están afiliadas en mucha mayor proporción (25%) que las demás (por debajo del 10%).
- **Nivel económico familiar:** existe una clara correlación entre porcentajes de afiliación y nivel de renta de las familias: alcanza el 13% entre las familias con mayores ingresos (más de 195.000 pesetas mensuales en 1999) para descender continuamente en función del volumen de ingresos: 5% en el tramo que baja hasta 95.000 pesetas; 4% en el tramo siguiente hasta 65.000; y de tan sólo el 2% en el tramo de menores ingresos (por debajo de 65.000 pesetas mensuales).
- **Certificado de minusvalía:** puede decirse que el asociacionismo es casi exclusivo de quienes tienen certificado oficial de minusvalía, puesto que se asocian están afiliados a organizaciones del sector en una proporción diez veces mayor (19%) que las personas con discapacidades que no lo tienen (2%). Como ya hemos indicado, este último grupo de población puede estar vinculado en mayor proporción a asociaciones no centradas en los discapacitados.
- **Tamaño de la ciudad donde viven:** la afiliación es claramente mayor (24%) en las ciudades mayores de 500.000 habitantes; en los demás ámbitos las cifras oscilan entre 5% y 6%.
- **Provincia de residencia:** el índice de asociacionismo es claramente mayor en Girona (19%), seguida a distancia por las personas que viven en Barcelona (7%); en cambio, en Lleida y Tarragona las cifras son mucho más modestas (2%).
- **Relación con la actividad económica:** más de la mitad de los asociados son personas económicamente activas, sea con empleo (51%) o en paro (13%). El resto se reparte entre incapacitados para el trabajo (13%), pensionistas (10%) y amas de casa (6%). Todos los empleados trabajan por cuenta ajena; es decir que no hay afiliación entre empresarios, autónomos y ayudas familiares.

La EDD recoge también las asociaciones a las que están afiliadas las personas entrevistadas que tienen entre 16 y 64 años, aunque sólo se registra el nombre de grandes entidades de ámbito supra-regional. La que registra más afiliaciones, con gran diferencia sobre las demás, es la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), con 6.100 afiliados, que representan el 43% del total de personas asociadas. Aparecen

después con unos 300 miembros cada una la Federación Española de Instituciones para el Síndrome de Down (todas mujeres) y la Confederación Nacional de Sordos de España (CNSE, todos hombres). Pero más de la mitad de los asociados pertenecen a organizaciones de menor tamaño y de ámbito local o autonómico, cuya denominación no quedó registrada en la encuesta. Por tanto, el análisis del asociacionismo de las personas con discapacidad en Cataluña no puede rastrearse en profundidad mediante esta información. Podemos, en cambio, consignar algunas reflexiones de tipo general en cuanto a las diversas modalidades de pertenencia que, a su vez, definen modelos de asociaciones diferenciados.

#### 4. Distintos tipos de asociaciones

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

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

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

1. Asociaciones donde *el afiliado es sujeto protagonista y gestor de las actividades* que se llevan a cabo, ya sea hacia el interior (liderazgo sobre los otros socios, aspecto presente en todas las asociaciones) o hacia el exterior (trabajo social voluntario volcado hacia la prevención y atención de personas con una determinada deficiencia).
2. Asociaciones que son, sobre todo, *espacios de amistad y de relaciones interpersonales con "otros iguales"* que se convierten en la principal referencia cotidiana (como ocurre con algunas asociaciones de sordos partidarios del sistema de signos, que defienden su identidad social diferenciada como minoría lingüística).
3. Asociaciones que constituyen una especie de *institución total o pequeña sociedad* en cuya gestión directa no participan habitualmente los socios pero que, sin embargo, influye decisivamente en su forma de inserción social cotidiana y marca su identidad social de manera permanente (caso de la ONCE y algunas otras grandes organizaciones con perfil societario).
4. Asociaciones que brindan un *espacio laboral protegido*, caso relativamente frecuente en personas con discapacidad psíquica (retraso mental) que trabajan en

Centros Ocupacionales y Especiales de Empleo. Son usuarios que no participan activamente en la gestión de la asociación (los afiliados más activos suelen ser sus padres) pero sobre quienes la acción asociativa -a través de esos centros de trabajo- configura decisivamente sus coordenadas de inclusión o exclusión social, ya sea como plataforma o trampolín para la emancipación laboral y familiar o como repliegue crónico en instituciones especiales.

## IX. BALANCE FINAL

Los datos que hemos presentado a lo largo de este trabajo, producto de una explotación específica de la *Encuesta sobre Discapacidades y Deficiencias* realizada por el INE 1999, cifran en 564.500 el número de personas con discapacidades en Cataluña. Esta cifra equivale al 9,8% de la población catalana en el año de realización de la encuesta y es algo superior a la que corresponde al conjunto de España (9,4%). Esta población se constituye, en función de su volumen, en uno de los colectivos cuantitativamente más importantes a los que se dirige la política social en sus diversas vertientes (sanitaria, educativa, laboral y asistencial).

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

### 1. Características generales de la población con discapacidades

- El conjunto de los afectados por deficiencias que se traducen en limitaciones severas de alguna función puede estructurarse en bloques diferenciados: por un lado la población menor de 6 años, afectada por limitaciones (6.800 niños y niñas), por otro los que tienen 6 o más años y sufren una o varias discapacidades (564.500 personas) que, a su vez, se dividen entre la población menor de edad (11.500), en edad laboral (213.500) y mayor de 64 años (339.500). En este trabajo hemos excluido a los menores de 6 años y hemos centrado nuestro interés en el segmento de población en edad laboral.
- La prevalencia de las discapacidades se incrementa con la edad: hasta los 44 años hay alrededor de 3,5 afectados por cada cien personas, entre los 45 y 54 años se pasa a 6,6%, entre 55 y 64 a 13,6% y a partir de los 65 asciende hasta un 33%. Hasta los 34 años la mayoría de los afectados son hombres (en parte porque sufren más accidentes laborales y de tráfico), a partir de los 45 predominan las mujeres (debido a su mayor morbilidad y menor mortalidad).
- El porcentaje de personas con discapacidad en España se sitúa por debajo de la media de la Unión Europea en el segmento de edad joven (tres veces inferior para los menores de 30 años), adquiere índices similares en el período de madurez y lo supera claramente a partir de los 60 años. Por tanto, partiendo de una población joven más sana *las condiciones de vida y de trabajo en España son más nocivas para la salud y producen más accidentes graves que en el resto de la Unión Europea*. Esta afirmación se verifica también para Cataluña, que presenta porcentajes similares –o superiores- a los de la media española.

Estos perfiles generales presentan modulaciones diferenciales en las cuatro provincias catalanas. En Girona encontramos el menor índice de prevalencia (inferior a la media española), las más afectadas son las mujeres y la población rural. En Lleida la prevalencia es máxima, especialmente entre la población mayor de 65 años, radicada en medio rural y de sexo masculino. En Barcelona y Tarragona la prevalencia es menor que en Lleida pero superior a la media española; en ambos casos se ven más afectadas las mujeres; en Barcelona es típicamente urbano y en Tarragona incide más en el medio rural.

## 2. La población en edad laboral con discapacidades

- En el conjunto del territorio catalán se observa una correlación clara entre situación económica de la familia y prevalencia de las discapacidades que puede sintetizarse en la siguiente expresión: cuanto menor es el nivel de ingresos, mayor la prevalencia de discapacidades. A partir de esta constatación se hace necesario indagar en qué medida las personas son “discapacitadas por ser pobres” y/o son “pobres por ser discapacitadas”.
- La mayor parte de esta población está casada (61%). El 37% son el sustentador principal del hogar (unos 78.000 personas, el 80% hombres); un grupo algo menor (72.000, casi todas mujeres) son cónyuges del sustentador principal; otros 44.000 son hijos que permanecen en el hogar paterno (el 71% varones).
- El nivel de educación de las personas con discapacidades es claramente inferior al del conjunto de la población: una gran parte (71%) sólo tiene estudios primarios o carece de estudios; apenas el 4% ha superado el nivel secundario.
- Entre la población en edad laboral más de la mitad de las discapacidades (53%) se origina en las *enfermedades* que se contraen a lo largo de la vida; el segundo tipo de causas son *trastornos congénitos o durante el embarazo o el parto* (19%); el tercero los *accidentes* (laborales, de tráfico, domésticos, de ocio, etc., 15%).
- Bajo el concepto de discapacidad se incluyen 36 limitaciones diversas, que afectan en mayor o menor grado a las facultades habituales para desenvolverse en la vida diaria. Las discapacidades más frecuentes (algo más de la mitad) son las que tienen su origen en *deficiencias físicas*, que afectan fundamentalmente al esqueleto, al sistema nervioso y a las visceras; en segundo lugar (alrededor de un tercio de los casos), las *deficiencias sensoriales*, que afectan a la vista, al oído y al habla; en tercer lugar (19% de las discapacidades), las *deficiencias psíquicas*, que incluyen el retraso mental, las demencias y otros trastornos psicológicos.
- Los tipos de discapacidad más frecuentes entre la población en edad laboral son los que impiden desplazarse fuera del hogar (entre 60.000 y 80.000 personas, según discapacidad específica), realizar tareas domésticas (en torno a 55.000), dificultad para utilizar manos y brazos (entre 30.000 y 50.000), desplazarse dentro del hogar (24.000 a 55.000) y dificultades para relacionarse con otras personas (entre 10.000 y 30.000). Los que tienen menor incidencia son los que suponen dificultad para comunicarse (2.000 a 8.000), trastornos de audición (6.000 a 35.000), incapacidad de cuidarse por sí mismos (10.000 a 20.000).

## 3. Discapacidad y actividad

- Las discapacidades no son sinónimo de “incapacidad”. Cada persona afectada padece una media de 6 discapacidades, pero ello significa que puede desarrollar sin limitaciones la mayoría de sus facultades para la vida cotidiana (otras 30 incluidas en el estudio). Además, sólo en algunos casos se trata de la anulación total de la función correspondiente (no ver nada, no oír nada, no tener ninguna capacidad de relacionarse con los demás...); en el resto se trata de limitaciones parciales. Incluso cuando se trata de una discapacidad total (el 27% de los afectados en edad laboral), cabe la posibilidad de suplir o compensar la limitación mediante el uso de otras facultades y con las ayudas externas

oportunas. Por tanto, la relación entre discapacidad, actividad e inactividad económica es el resultado de una combinación de factores (psicofísicos, laborales, de política social, de estrategias familiares, etc.).

- De los más de 210.000 discapacitados en edad laboral que residen en territorio de Cataluña, unos 66.000 se definen como “incapacitados para el trabajo” (aunque sabemos que no en todos los casos se trata de una incapacidad absoluta). Además, hay unos 20.000 jubilados y perceptores de pensiones no contributivas cuya situación es incompatible con la actividad económica. Por tanto, quedan unas 125.000 que están en condiciones de insertarse activamente en la vida económica. Sin embargo, sólo lo hacen unas 75.000 (el 36% del total de personas con discapacidad), cifra muy inferior al 73% correspondiente al conjunto de la población catalana en edad laboral. Existen 37.000 personas (el 22% del total) “desanimadas para buscar trabajo”, la mayor parte de ellas considera que su situación de minusvalía les hace muy difícil conseguir un empleo.
- Según EUROSTAT la tasa de ocupación en España es la más baja de la Unión Europea para las personas con discapacidad *severa* y la segunda más baja en los casos de discapacidad *moderada*, después de Irlanda. Además España registra, junto con Italia, la mayor discriminación de género en el acceso al empleo, con una tasa masculina que duplica a la femenina en los casos de discapacidad severa. Entre las personas con discapacidad de Cataluña que tienen edad laboral se registran importantes diferencias en la tasa de actividad es de 41% para los hombres y 30% para las mujeres.
- Casi 67.000 de las personas con discapacidades que tienen edad laboral son perceptoras de algún tipo de pensión: 37.000 de tipo contributivo (mayoría hombres), 17.000 no contributivas (mayoría mujeres) y 13.000 de jubilación anticipada (mayoría hombres). Las pensiones de invalidez de tipo contributivo no son incompatibles con el desempeño de un empleo remunerado, aunque esta posibilidad es poco conocida socialmente (unas 3.500 personas compatibilizan pensión y empleo).
- En el contexto europeo la población discapacitada en edad laboral de España es la que tiene mayor cobertura por pensiones de invalidez, después de Dinamarca. En el conjunto del estado es mayor el número de pensionistas que el de personas económicamente activas (ocupados y parados). En cambio, en Cataluña la relación se invierte (78.000 activos y 67.000 pensionistas); circunstancia que podría deberse a dos factores: menor cobertura del sistema de pensiones o mayores oportunidades laborales para los discapacitados.
- Casi un tercio de la población estudiada tuvo que modificar su relación con la actividad al sobrevenir una discapacidad: la gran mayoría abandonó un empleo remunerado. El “antes” y el “después” de la aparición de las discapacidades tuvo como consecuencia una pérdida de empleo (-53%) y del número de estudiantes (-16%) junto a un incremento del desempleo (15%) y, sobre todo, del número de pensionistas (96%). Así, la discapacidad tiende a ser sinónimo de incremento del número de pensionistas y reducción de la ocupación. Además, quienes permanecen ocupados suelen pasar a empleos de menor cualificación.
- 50.000 mujeres afectadas por discapacidades se ocupan de la realización de tareas domésticas. El 20% de ellas es económicamente activa y otro segmento de magnitud similar es pensionista; sin embargo para la mayoría, unas 30.000, el papel de “ama de casa” constituye el eje exclusivo de su identidad social. Sólo 4.000 hombres en edad laboral afectados por discapacidades dedican parte de su

tiempo al trabajo doméstico. Esta división del trabajo en función del género – que no sólo afecta a la población con discapacidades- explica las diferencias existentes en las tasas de actividad (a más dedicación doméstica, menor actividad económica extradoméstica).

- La tasa de actividad en Cataluña es relativamente alta (sólo en otras dos comunidades autónomas es superior). Pero esta afirmación es cierta si nos limitamos a la población con discapacidades. En cambio, respecto al conjunto de la población catalana en edad laboral, la tasa de actividad de los discapacitados es sensiblemente más baja (aproximadamente la mitad). Y la de las mujeres discapacitadas más baja que la de los varones.
- Por provincias, Lleida presenta las tasas más altas de actividad y ocupación y Girona las más bajas. En esta última provincia destacan –por encima de la media catalana- pensionistas, personas dedicadas al trabajo doméstico y desempleados. En Tarragona pensionistas y ocupados. En Barcelona los incapacitados que no perciben pensiones y los desempleados; en esta provincia se registra la cifra más reducida de personas dedicadas principalmente a las labores domésticas.

#### **4. Discapacidad y empleo**

- Las personas con empleo son alrededor de 60.000 (36.500 hombres y 23.500 mujeres). La tasa de ocupación de las personas con discapacidades es muy inferior (67%) a la del conjunto de la población de Cataluña que tiene edad laboral (90%). Por tanto, los discapacitados se vuelcan menos a la actividad económica y, además, tienen más dificultades para encontrar empleo.
- La distribución por sectores de actividad es similar a la del conjunto de la población ocupada en Cataluña: predominan los empleos en los servicios (60%) y la industria (28%) sobre los de la construcción (9%) y la agricultura (3%). Esta distribución varía en forma importante según la provincia: en Lleida el 26% trabaja en la agricultura, en Barcelona tiene un peso destacado el empleo industrial (32%) y en Tarragona y Lleida es muy alto el porcentaje de empleo en los servicios (70%).
- La mayoría de los empleos se registran en el sector servicios. Las diferencias entre sexos indican que los hombres se dedican más que las mujeres a las funciones de empleador, asalariado del sector privado y ayuda familiar, mientras que éstas destacan como autónomas y asalariadas del sector público. Las ayudas familiares sólo tienen presencia en Lleida y Barcelona. Los trabajadores por cuenta propia, tanto los que emplean como los que no utilizan mano de obra asalariada, destacan en Lleida (30% de los ocupados del sector) y Girona (20%). El empleo asalariado público presenta los valores más altos en Lleida y Barcelona, mientras que los asalariados privados son mayoría destacada en Tarragona.
- El empleo industrial está desempeñado casi siempre por asalariados del sector privado (más del 90% de los trabajadores de ambos sexos); el resto son trabajadores autónomos que no contratan mano de obra. Mientras en Girona y Lleida las personas con discapacidad sólo se emplean por cuenta ajena, el trabajo autónomo es muy importante en Tarragona (un tercio del total) y tiene alguna presencia en Barcelona.
- Las ocupaciones en la construcción incluyen sólo a hombres: alrededor de la décima parte son trabajadores autónomos y el resto asalariados, la gran mayoría

(85%) en el sector privado. En ese sector la situación en Tarragona y Girona es radicalmente diferente: en la primera sólo hay trabajadores asalariados mientras que en la segunda el 40% son trabajadores autónomos.

- El empleo agrícola corresponde en su mayor parte a propietarios de explotaciones (alrededor de dos tercios del total). Estas proporciones son similares para ambos sexos. Por provincias, la agricultura no tiene presencia en Barcelona, en Girona sólo existen propietarios mientras que únicamente encontramos asalariados en Lleida (un tercio de los ocupados) y Tarragona. Además, sólo en Lleida existen empresarios que contratan mano de obra. Por tanto, el grueso de las personas con discapacidad que trabajan en el campo son pequeños propietarios de explotaciones familiares.
- Según el tipo de ocupación desempeñado, la población con discapacidades está menos presente en empleos que requieren mayor cualificación (directivos y profesionales) o tienen más prestigio social (administrativos y obreros cualificados) y más en los que requieren niveles de preparación más bajos (hostelería, comercio y servicios personales, obreros no cualificados), aunque también destacan en los empleos manuales cualificados.
- La precariedad laboral que se deriva de la contratación temporal afecta de manera mucho más acusada a las mujeres con discapacidad (40% de las ocupadas) que a los hombres (17%). Ambos sexos se ven más afectados en el tramo de edad juvenil (menores de 30 años), a partir del cual descienden los porcentajes de temporalidad; sin embargo, el descenso es mucho más acusado entre los hombres que en el caso de las mujeres. La diferencia entre géneros es meridiana: alrededor de la mitad de las asalariadas menores de 50 años tiene contrato de duración temporal, o carece de contrato.
- Algo más de 9.000 personas (el 16% de los ocupados, el 4% de los discapacitados en edad laboral) accedió al empleo utilizando alguna forma de empleo protegido (centros ocupacionales, centros especiales de empleo y puestos de trabajo ligados a la venta del cupón de la ONCE) o bien las diversas medidas de fomento del empleo en el mercado ordinario (cuota de reserva del 2%, contratos para la formación y en prácticas, incentivos a la contratación, empleos subvencionados, servicios de intermediación laboral, etc.). En Cataluña –y en el resto de España- tienen más peso las primeras que las segundas (los empleos “protegidos” que los “normales”). La “cuota de reserva del 2%” (de empleos para discapacitados), establecida por ley para las empresas con más de 50 empleados, sólo ha generado 2.500 empleos en Cataluña (el 4% de las personas ocupadas con discapacidades).
- Contrariamente a lo que podría esperarse, conocidas las proclamas de los responsables políticos a favor de la “integración”, las personas con discapacidad no encuentran –en la práctica- facilidades especiales para emplearse en el sector público, puesto que se distribuyen entre éste y las empresas privadas de forma idéntica al resto de la población ocupada.

##### **5. Discapacidad y desempleo**

- A pesar de que su tasa de actividad es muy inferior a la del conjunto de la población, la tasa de desempleo de los discapacitados (24%) supera con creces a la del total de activos (10%). Además, la situación de las mujeres es peor que la de los hombres (27% vs. 21%, respectivamente).

- La distribución provincial del desempleo muestra diferencias importantes. Los valores más elevados se registran en Girona (30%) y Barcelona (24%); la tasa con valores inferiores se registra en Lleida (9%), seguida por Tarragona (18%). También varía mucho el nivel de paro en función del sexo: en Lleida sólo afecta a hombres, en Tarragona es mayor la masculina (20% vs. 15%), en cambio, en Barcelona la tasa femenina casi duplica a la de los varones (31% vs. 19%), mientras que en Girona es similar para ambos sexos. El origen de estas diferencias debe buscarse en las dinámicas provinciales de los mercados de trabajo, las políticas y recursos institucionales y la prevalencia de las distintas discapacidades.
- La tasa de desempleo de Cataluña (23%) se sitúa por debajo de la media nacional (26%), aunque ocupando el sexto lugar en el ranking de regiones con mayor desempleo. En el ranking provincial sólo Girona supera la tasa media de España, aunque bastante lejos de las cifras de Cáceres o Córdoba (más de 50%); en el otro extremo, Lleida es la sexta provincia con menor porcentaje de parados entre la población con discapacidades en edad laboral.
- Los desempleados sin experiencia laboral son el 10% entre los discapacitados y el 20% entre el total de los activos en Cataluña. La mayor experiencia laboral de las personas con discapacidad se debe a la menor proporción de jóvenes entre los discapacitados (que son los más afectados por el paro en el conjunto de la población) y a la existencia de discapacidades sobrevenidas a personas que se encontraban empleadas.
- La duración del desempleo es bastante mayor entre las personas con discapacidad que entre la población general. Los "parados de larga duración" (más de dos años sin trabajo) suponen un tercio de todos los desempleados catalanes y casi la mitad de los que tienen discapacidades (el 50% de los hombres y el 40% de las mujeres). La mayor duración del período de desempleo puede ser el origen del desánimo de otras personas que, más aun si reciben una pensión de "incapacidad", acaban abandonando la búsqueda activa de empleo, pasando a la condición de "inactivas".
- Entre las razones que los afectados señalan para no encontrar empleo destacan dos: "soy discapacitado" (el 28% de los parados) y "encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera" (15%). El primero remite a las dificultades específicas que acarrea la discapacidad (entre las que sobresalen los prejuicios y discriminación por parte de las empresas) y el segundo a la situación general del mercado de trabajo (en este caso ser discapacitado no añadiría una dificultad extra).
- Las expectativas laborales de los desempleados son escasas, por ello una gran parte (43% de las mujeres y 38% de los hombres) está dispuesta a trabajar "en cualquier actividad", especialmente los más jóvenes. Los hombres se inclinan, además, por trabajos manuales y las mujeres por los de tipo administrativo.

\* \* \*

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUADO, A. L. (1995): *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial, Madrid.
- ALBOR, J. (dir.) (1995): *Minusvalía e inserción social en la Comunidad de Madrid, Instituto para la Formación*, Madrid.
- AA.VV. (1990): *MIFAS, 10 anys d'història*, MIFAS, Barcelona.
- BILBAO, A. (1997): *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*, Siglo XXI, Madrid.
- CALEIDOSCOPIA (1997): *Factores personales y sociales de la integración laboral de las personas con discapacidades*, Real Patronato de prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid.
- COLECTIVO IOÉ (2003), *Discapacidades y empleo en España*, Fundación “La Caixa”, Colección Estudios Sociales Nº 14, Barcelona.
- COLECTIVO IOÉ (2001): *Mujer, inmigración y trabajo*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
- COLECTIVO IOÉ y CIMOP (1998): *Discapacidad y trabajo en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), Madrid.
- COLECTIVO IOÉ (1996): *Tiempo social contra reloj*. Instituto de la Mujer, Madrid.
- COMISIÓN EUROPEA (2000): *Towards a barrier free Europe for people with disabilities*, Comunicación 284.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (1995): *Informe sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, CES, Madrid.
- COROMINAS, Andreu y SABATER, Pere (coord.) (1995): *Les associacions pro Persones amb disminució psíquica a Catalunya. Història oberta*, APPS, Barcelona.
- CRUZ, P. y COBO, R. (1991): *Las mujeres españolas: lo privado y lo público*, CIS, Madrid.
- DÍAZ, M., (1985): *El asociacionismo de los minusválidos. Entre organización y movimiento social*, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO (2002): *Anuario estadístico de Accidentes 2001*, Ministerio del Interior, Madrid.
- DUBAR, C. (1996): *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, París.

DUPRÉ, D., *Les accidents du travail dans l'UE 1998-1999* (2001): Communautés Européennes, EUROSTAT.

EUROSTAT (1999): *Vue statistique sur l'Europe. Données 1987-1997*, Comission Européenne, Luxembourg, pág. 38.

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

EUROSTAT (2001): *Disability and social participation in Europe*, EUROPEAN COMISSION, Luxembourg.

FEDERACIÓN ECOM (1993), *Memoria 1972-1992*, ECOM, Barcelona.

FEDERACIÓ DE SORDS DE CATALUNYA (1996): *Dossier informatiu*, Barcelona.

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

FUNDACIÓN BBV (1999): *Renta nacional de España y su distribución provincial*, Bilbao.

FUNDACIÓN "LA CAIXA" (2001): *Anuario Social de España 2001*, Barcelona.

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

GENERALITAT DE CATALUNYA (1990) *Pla Interdepartamental d'integració laboral de les persones amb disminució*, Departament de Benestar Social, Barcelona.

GOFFMAN, E. (1970): *Estigma* (Amorrortu, Buenos Aires.

GUTIÉRREZ, M.J. (1997): *Compatibilidad entre trabajo y pensiones*, COCEMFE de Castilla-La Mancha, Toledo.

HERNÁNDEZ, Víctor (1995): "De la formació ocupacional al contracte laboral. Una experiència d'integració amb persones que pateixen trastorns mentals severs (Fundació Tallers de Catalunya)", en Revista *Forum*, Nº 3, págs. 83-93.

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2001): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Metodología*, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2002): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados detallados*, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1976): *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad, 1997-2002*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO (2002): *Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio. Resultados España 2001*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

JIMÉNEZ, A. y CASADO, D. (2001): "Estadísticas epidemiológicas de la discapacidad", en *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidades*, Nº 50, Madrid.

LÓPEZ, G. Y ORTÚN, V. (1998): *Economía y salud. Fundamentos y políticas*, Ed. Encuentro, Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

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

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (1999): *Encuesta nacional de salud de España 1997*, Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2002): *Accidentes de trabajo*, Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales, Madrid.

MORENO, E. y VALERA, S. (1992): *Actitud de l'Empresa Privada davant la integració laboral de persones amb disminució*, Institut Municipal de Disminuïts, Barcelona.

MUÑOZ, S. Y DE LORENZO, R. (Dir.) (1996): *Código europeo de las minusvalías*, Escuela Libre Editorial, Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA (varios años), *Acceso de las Personas con Discapacidad al Empleo Público*, Real Patronato, Madrid.

SECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES (1994): *Necesidades sociales de las personas con minusvalía física en Álava*, Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava, Vitoria.

SORIA, R.J. (1995): *La percepción que tienen los empresarios de los discapacitados psíquicos como trabajadores*, Fundación ANDE, Madrid.

VILA, Antoni (coord.) (1994): *Crónica de una lucha por la igualdad, Apuntes para la historia del movimiento asociativo de las personas con discapacidades física y sensorial en Catalunya*, Fundación Guttmann, Barcelona.

VILA, Antoni (1993): "Trets bàsics de la situació actual de les persones amb disminució a Catalunya després de 10 anys de vigència de la LISMI", en GENERALITAT DE CATALUNYA, *10 anys de la Llei d'integració social des minusvàlids (LISMI) a Catalunya: present i futur*, Departament de Benestar Social, Barcelona.

## *ÍNDICE DE TABLAS*

	<b>Página</b>
<b>Tabla 2.1.</b> Personas con discapacidad en Catalunya y España (en número y % sobre la población total).	18
<b>Tabla 2.2.</b> Personas con discapacidad en Catalunya, según sexo, grupo de edad y provincia de residencia (en N° y % sobre la población total)	23
<b>Tabla 2.3.</b> Población española de 6 o más años, prevalencia de discapacidades por provincia.	35
<b>Tabla 3.1.</b> Causas de las deficiencias entre las personas discapacitadas en edad Laboral.	42
<b>Tabla 6.1.</b> Tasas de actividad, ocupación y paro por tipos de discapacidad (una misma persona puede tener más de una discapacidad).	67
<b>Tabla 6.2.</b> Población con discapacidades ocupada. Situación profesional y Sector de actividad, según sexo y provincia de residencia (en %).	74

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

	<b>Página</b>
<b>Gráfico 2.1.</b> Población con discapacidades en Catalunya, según sexo, grupo de edad y residencia.	19
<b>Gráfico 2.2.</b> Porcentaje de personas con discapacidades respecto a la población en edad laboral, según sexo.	20
<b>Gráfico 2.3.</b> Estado civil de los hombres y mujeres en edad laboral con Discapacidades.	21
<b>Gráfico 2.4.</b> Hombres y mujeres en edad laboral con discapacidades, según el Estado civil y relación con el cabeza de familia.	22
<b>Gráfico 2.5.</b> Personas discapacitadas en Catalunya (6 o más años), según sexo, Provincia y tamaño del municipio de residencia.	24
<b>Gráfico 2.6.</b> Población discapacitada en edad laboral, según tramos de ingreso Mensual del hogar y provincia.	25
<b>Gráfico 2.7.</b> Número medio de discapacidades por persona en edad laboral, según sexo y provincia.	32
<b>Gráfico 2.8.</b> Población con discapacidades en edad laboral. Relación con el empleo remunerado, según sexo.	34
<b>Gráfico 3.1.</b> Población con discapacidades en edad laboral. Número medio de deficiencias y discapacidades, por provincias.	36
<b>Gráfico 3.2.</b> Proporción de hombres y mujeres con discapacidades según el tipo de deficiencia que las ha provocado.	40
<b>Gráfico 3.3.</b> Edad de aparición de las deficiencias en las personas en edad laboral con discapacidades, según sexo.	41
<b>Gráfico 3.4.</b> Principales causas de las deficiencias de las personas en edad laboral con discapacidades, según provincia de residencia.	42
<b>Gráfico 4.1.</b> Personas con discapacidades que no han recibido los servicios de rehabilitación que necesitaban.	47
<b>Gráfico 4.2.</b> Personas con discapacidades que han seguido cursos de FPO en los últimos 5 años y opinión sobre su utilidad para encontrar trabajo.	48
<b>Gráfico 4.3.</b> Personas en edad laboral con discapacidades que perciben pensiones, por sexo y tipo de pensión.	50
<b>Gráfico 4.4.</b> Personas en edad laboral con discapacidades que perciben Prestaciones específicas.	50
<b>Gráfico 4.5.</b> Parentesco y sexo de los cuidadores de personas en edad laboral con discapacidades.	51
<b>Gráfico 4.6.</b> Horas semanales empleadas en el cuidado de las personas en edad laboral con discapacidades.	52
<b>Gráfico 5.1.</b> Personas con discapacidad en edad laboral que perciben Pensiones, según tipo de prestación.	57
<b>Gráfico 5.2.</b> Mujeres en edad laboral con discapacidades que se encargan de las tareas domésticas.	58
<b>Gráfico 5.3.</b> Población discapacitada en edad laboral, según tramo de edad y estudios terminados.	60
<b>Gráfico 5.4.</b> Sistemas de inserción social de las personas con discapacidad en edad laboral.	61
<b>Gráfico 6.1.</b> Tasas de actividad de la población con discapacidades y de la población total en Cataluña (16-64 años).	62

<b>Gráfico 6.2.</b> Motivos aducidos por las personas inactivas en edad laboral con discapacidades para no buscar empleo.	64
<b>Gráfico 6.3.</b> Población con discapacidades en Cataluña, actividad, ocupación y desempleo, según sexo.	65
<b>Gráfico 6.4.</b> Tasas de ocupación y paro de la población con discapacidades por sexo y tramos de edad.	66
<b>Gráfico 6.5.</b> Personas con discapacidad en edad laboral. Relación con la actividad económica según niveles de ingreso.	68
<b>Gráfico 6.6.</b> Tasas de actividad, ocupación y paro por provincia de residencia (Personas con discapacidades entre 16 y 64 años).	70
<b>Gráfico 6.7.</b> Cambios de actividad al sobrevenir la discapacidad (saldo resultante por tipo de actividad).	71
<b>Gráfico 6.8.</b> Cambios en la estructura ocupacional al sobrevenir las discapacidades (Ambos sexos, entre 16 y 64 años).	72
<b>Gráfico 6.9.</b> Sector de actividad de las personas ocupadas, según sexo y existencia o no de discapacidades.	73
<b>Gráfico 6.10.</b> Ocupación de las personas con discapacidad y de la población española en general.	77
<b>Gráfico 6.11.</b> Temporalidad en el empleo de las personas asalariadas con discapacidades, por sexo y tramos de edad.	78
<b>Gráfico 6.12.</b> Proporción de personas ocupadas con discapacidades que se han aprovechado de medidas de fomento del empleo.	81
<b>Gráfico 7.1.</b> Tasa de paro por tramos de edad y sexo de las personas en edad laboral con discapacidades	85
<b>Gráfico 7.2.</b> Tasas de desempleo según nivel de estudios.	86
<b>Gráfico 7.3.</b> Métodos más utilizados para buscar empleo. (Multirrespuesta, hasta 3 opciones, en %).	87
<b>Gráfico 7.4.</b> Motivos por los que no encuentran empleo, según sexo y edad.	88
<b>Gráfico 7.5.</b> Expectativas laborales de las personas con discapacidades en paro	91

**ÍNDICE DE CUADROS****Página**

<b>Cuadro 1.</b> Esquema conceptual de la OMS para clasificar las discapacidades (1980).	9
<b>Cuadro 2.</b> Clasificación internacional del funcionamiento de la salud (CIF) establecido por la OMS en 2001.	11

## ANEXO ESTADÍSTICO<sup>57</sup>

### 1. PERSONAS DISCAPACITADAS EN CATALUNYA (6 O MÁS AÑOS), SEGÚN SEXO, PROVINCIA Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA

<b>Hombres</b>	<b>Catalunya</b>	<b>Barcelona</b>	<b>Girona</b>	<b>Lleida</b>	<b>Tarragona</b>
<10.000 habitantes	50.381	21.310	7.839	10.998	10.234
10.001-50.000 hab.	53.817	39.560	6.783	2.451	5.023
50.001-500.000 hab.	67.084	53.563	2.076	5.351	6.094
+ de 500.000 hab.	60.561	60.561	0	0	0
Total hombres	231.843	174.994	16698	18800	21.351
<b>Mujeres</b>					
<10.000 habitantes	86.892	42.538	11.463	16.223	16.668
10.001-50.000 hab.	64.064	47.398	9.160	1.965	5.541
50.001-500.000 hab.	91.069	73.402	2.676	5.733	9.258
+ de 500.000 hab.	90.647	90.647	0	0	0
Total mujeres	332.672	253.985	23.299	23.921	31.467
		%			
<b>Hombres</b>					
<10.000 habitantes	21,7	12,2	46,9	58,5	47,9
10.001-50.000 hab.	23,2	22,6	40,6	13,0	23,5
50.001-500.000 hab.	28,9	30,6	12,4	28,5	28,5
+ de 500.000 hab.	26,1	34,6	0,0	0,0	0,0
Total hombres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Mujeres</b>					
<10.000 habitantes	26,1	16,7	49,2	67,8	53,0
10.001-50.000 hab.	19,3	18,7	39,3	8,2	17,6
50.001-500.000 hab.	27,4	28,9	11,5	24,0	29,4
+ de 500.000 hab.	27,2	35,7	0,0	0,0	0,0
Total mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### 2. PERSONAS DISCAPACITADAS, EN EDAD LABORAL, SEGÚN SEXO Y NIVEL DE ESTUDIOS

<i>Nivel de estudios</i>	<i>Nº de personas</i>			<i>%</i>		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Varón	Mujer
Analfabeto (probl. físicos-psíquicos)	10.378	7.010	3.368	5,1	6,9	3,3
Analfabeto (otras razones)	3.569	1.607	1.962	1,7	1,6	1,9
Sin estudios	39.439	17.799	21.640	19,3	17,6	21,0
Primarios o equivalente	88.220	41.947	46.273	43,2	41,5	44,9
Secundaria, 1er. ciclo	30.690	16.127	14.563	15,0	15,9	14,1
Profesional de 2º grado, 2º ciclo	9.166	5.013	4.153	4,5	5,0	4,0
Secundaria, 2º ciclo	14.078	8.067	6.011	6,9	8,0	5,8
Profesionales superiores	3.285	1.423	1.862	1,6	1,4	1,8
Universitarios o equivalentes	5.402	2.119	3.283	2,6	2,1	3,2
<b>Total</b>	<b>204.227</b>	<b>101.112</b>	<b>103.115</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

<sup>57</sup> En ocasiones las cifras totales de una tabla son inferiores al total de encuestados, debido a la existencia de casos para los que no se ha obtenido información (falta de respuesta o "no contesta").

## 3. PERSONAS EN EDAD LABORAL, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y SEXO

<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Personas afectadas</i>			<i>%</i>	
	Total	Varón	Mujer	Varón	Mujer
<b>VER</b>	<b>248.064</b>	<b>101.164</b>	<b>146.900</b>	<b>40,8</b>	<b>59,2</b>
Recibir imágenes	10.973	4.158	6.815	37,9	62,1
Tareas visuales de conjunto	79.221	32.959	46.262	41,6	58,4
Tareas visuales de detalle	97.585	38.590	58.995	39,5	60,5
Otras de la visión	60.285	25.457	34.828	42,2	57,8
<b>OIR</b>	<b>187.896</b>	<b>86.067</b>	<b>101.829</b>	<b>45,8</b>	<b>54,2</b>
Recibir cualquier sonido	17.353	8.739	8.614	50,4	49,6
Oír sonidos fuertes	33.602	16.780	16.822	49,9	50,1
Para oír el habla	136.941	60.548	76.393	44,2	55,8
<b>COMUNICARSE</b>	<b>104.206</b>	<b>50.866</b>	<b>53.340</b>	<b>48,8</b>	<b>51,2</b>
Hablar	23.093	11.905	11.188	51,6	48,4
Lenguajes alternativos	12.355	6.994	5.361	56,6	43,4
Gestos no signados	7.012	3.638	3.374	51,9	48,1
Escritura-lectura convencional	61.746	28.329	33.417	45,9	54,1
<b>APRENDER, APLICAR</b>					
<b>CONOCIMIENTOS, DESARR. TAREAS</b>	<b>198.803</b>	<b>79.409</b>	<b>119.394</b>	<b>39,9</b>	<b>60,1</b>
Reconocer y orientarse	37.773	14.874	22.899	39,4	60,6
Recordar informaciones	71.563	25.966	45.597	36,3	63,7
Entender órdenes sencillas	29.007	11.736	17.271	40,5	59,5
Entender órdenes complejas	60.460	26.833	33.627	44,4	55,6
<b>DESPLAZARSE</b>	<b>370.852</b>	<b>130.942</b>	<b>239.910</b>	<b>35,3</b>	<b>64,7</b>
Controlar posiciones del cuerpo	112.349	40.826	71.523	36,3	63,7
Levantarse, acostarse, estar de pie	159.527	57.227	102.300	35,9	64,1
Desplazarse dentro del hogar	98.976	32.889	66.087	33,2	66,8
<b>USAR BRAZOS Y MANOS</b>	<b>320.335</b>	<b>119.343</b>	<b>200.992</b>	<b>37,3</b>	<b>62,7</b>
Mover objetos no pesados	127.946	42.468	85.478	33,2	66,8
Utensilios y herramientas	101.261	40.827	60.434	40,3	59,7
Manipular objetos pequeños	91.128	36.048	55.080	39,6	60,4
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>	<b>625.641</b>	<b>234.564</b>	<b>391.077</b>	<b>37,5</b>	<b>62,5</b>
Moverse sin medio de transporte	234.131	80.646	153.485	34,4	65,6
Usar transportes públicos	262.162	89.568	172.594	34,2	65,8
Conducir vehículo	129.348	64.350	64.998	49,7	50,3
<b>CUIDAR DE SÍ MISMO</b>	<b>262.087</b>	<b>108.089</b>	<b>153.998</b>	<b>41,2</b>	<b>58,8</b>
Asearse solo	95.350	37.624	57.726	39,5	60,5
Usar el servicio solo	51.729	21.271	30.458	41,1	58,9
Vestirse, arreglarse	84.215	35.990	48.225	42,7	57,3
Comer y beber	30.793	13.204	17.589	42,9	57,1
<b>TAREAS DEL HOGAR</b>	<b>777.939</b>	<b>234.164</b>	<b>543.775</b>	<b>30,1</b>	<b>69,9</b>
Compra y suministros	195.827	56.080	139.747	28,6	71,4
Comidas	123.541	43.112	80.429	34,9	65,1
Lavado y planchado	145.538	44.159	101.379	30,3	69,7
Limpieza de la casa	186.276	47.145	139.131	25,3	74,7
Bienestar de la familia	126.757	43.668	83.089	34,5	65,5
<b>RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS</b>	<b>178.068</b>	<b>80.085</b>	<b>97.983</b>	<b>45,0</b>	<b>55,0</b>
Relaciones de cariño c/familiares	25.900	12.274	13.626	47,4	52,6
Mantener amistad	64.057	29.705	34.352	46,4	53,6
Relación c/ comp. trabajo	88.111	38.106	50.005	43,2	56,8

**4. PERSONAS EN EDAD LABORAL, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y PROVINCIA DE RESIDENCIA**

Tipo de discapacidad	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	B.	G.	LI.	T.
<b>VER</b>	<b>55.462</b>	<b>3.324</b>	<b>4.146</b>	<b>9.821</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,2</b>	<b>2,8</b>
Recibir imágenes	2.685	0	171	806	0,1	0,0	0,1	0,2
Tareas visuales de conjunto	15.217	1.065	1.901	4.007	0,5	0,3	1,0	1,1
Tareas visuales de detalle	21.127	1.034	1.316	3.768	0,8	0,3	0,7	1,1
Otras de la visión	16.433	1.225	758	1.240	0,6	0,4	0,4	0,4
<b>OIR</b>	<b>42.804</b>	<b>4.482</b>	<b>3.500</b>	<b>5.830</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>1,7</b>
Recibir cualquier sonido	5.831	494	252	340	0,2	0,2	0,1	0,1
Oír sonidos fuertes	7.705	998	561	1.668	0,3	0,3	0,3	0,5
Para oír el habla	29.268	2.990	2.687	3.822	1,0	0,9	1,4	1,1
<b>COMUNICARSE</b>	<b>41.972</b>	<b>4.237</b>	<b>1.163</b>	<b>4.830</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>0,6</b>	<b>1,4</b>
Hablar	8.009	714	153	866	0,3	0,2	0,1	0,2
Lenguajes alternativos	6.925	741	0	903	0,2	0,2	0,0	0,3
Gestos no signados	2.308	423	0	215	0,1	0,1	0,0	0,1
Escritura-lectura convencional	24.730	2.359	1.010	2.846	0,9	0,7	0,5	0,8
<b>APRENDER, APLICAR CONOCIMIENTOS</b>	<b>53.497</b>	<b>4.450</b>	<b>1.347</b>	<b>8.962</b>	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>	<b>0,7</b>	<b>2,6</b>
Reconocer y orientarse	7.833	709	131	1.818	0,3	0,2	0,1	0,5
Recordar informaciones	15.771	1.232	473	2.542	0,6	0,4	0,3	0,7
Entender órdenes sencillas	6.370	329	0	1.445	0,2	0,1	0,0	0,4
Entender órdenes complejas	23.523	2.180	743	3.157	0,8	0,7	0,4	0,9
<b>DESPLAZARSE</b>	<b>94.875</b>	<b>9.771</b>	<b>7.248</b>	<b>16.069</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>
Controlar posiciones del cuerpo	34.036	3.750	1.943	6.217	1,2	1,2	1,0	1,8
Levantarse, acostarse, estar de pie	43.332	4.195	3.268	6.446	1,5	1,3	1,7	1,8
Desplazarse dentro del hogar	17.507	1.826	2.037	3.406	0,6	0,6	1,1	1,0
<b>USAR MANOS Y BRAZOS</b>	<b>97.350</b>	<b>10.378</b>	<b>4.974</b>	<b>13.020</b>	<b>3,5</b>	<b>3,3</b>	<b>2,7</b>	<b>3,7</b>
Mover objetos no pesados	41.347	3.491	1.518	4.883	1,5	1,1	0,8	1,4
Utensilios y herramientas	29.832	3.578	2.055	4.648	1,1	1,1	1,1	1,3
Manipular objetos pequeños	26.171	3.309	1.401	3.489	0,9	1,0	0,7	1,0
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>	<b>170.273</b>	<b>17.075</b>	<b>10.507</b>	<b>20.879</b>	<b>6,0</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>
Moverse sin medio de transporte	49.038	5.252	3.845	5.973	1,7	1,7	2,1	1,7
Usar transportes públicos	56.080	5.495	3.601	8.126	2,0	1,7	1,9	2,3
Conducir vehículo	65.155	6.328	3.061	6.780	2,3	2,0	1,6	1,9
<b>CUIDAR DE SÍ MISMO</b>	<b>52.450</b>	<b>4.287</b>	<b>4.844</b>	<b>6.657</b>	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>	<b>2,6</b>	<b>1,9</b>
Asearse solo	19.169	1.734	1.841	2.169	0,7	0,5	1,0	0,6
Usar el servicio solo	9.987	458	567	947	0,4	0,1	0,3	0,3
Vestirse, arreglarse	15.805	1.027	1.949	2.431	0,6	0,3	1,0	0,7
Comer y beber	7.489	1.068	487	1.110	0,3	0,3	0,3	0,3
<b>TAREAS DEL HOGAR</b>	<b>169.488</b>	<b>22.400</b>	<b>7.622</b>	<b>20.637</b>	<b>6,0</b>	<b>7,1</b>	<b>4,1</b>	<b>5,9</b>
Compra y suministros	45.099	4.648	1.330	4.960	1,6	1,5	0,7	1,4
Comidas	25.437	3.831	1.386	3.637	0,9	1,2	0,7	1,0
Lavado y planchado	28.070	4.422	1.675	3.876	1,0	1,4	0,9	1,1
Limpieza de la casa	41.431	5.409	1.943	5.145	1,5	1,7	1,0	1,5
Bienestar de la familia	29.451	4.090	1.288	3.019	1,0	1,3	0,7	0,9
<b>RELACIÓN CON OTRAS PERSONAS</b>	<b>60.709</b>	<b>4.506</b>	<b>2.889</b>	<b>7.230</b>	<b>2,2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>2,1</b>
Relaciones de cariño c/fliares.	10.920	343	401	615	0,4	0,1	0,2	0,2
Mantener amistad	22.750	2.125	1.234	3.286	0,8	0,7	0,7	0,9
Relación c/ comp. trabajo	27.039	2.038	1.254	3.329	1,0	0,6	0,7	1,0

**5. CAUSAS DE LAS DEFICIENCIAS DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL, SEGÚN  
PROVINCIA DE RESIDENCIA (Nº y %)**

Causa	Número de personas				% sobre el total provincial			
	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
<b>Trastornos perinatales</b>	<b>38.153</b>	<b>3.455</b>	<b>3.235</b>	<b>4.547</b>	<b>20,8</b>	<b>22,9</b>	<b>18,0</b>	<b>20,8</b>
Congénitos	30.840	3.104	2.946	4.547	18,7	20,9	18,0	18,7
Problemas de parto	7.313	351	289	0	2,1	2,0	0,0	2,1
<b>Accidentes</b>	<b>26.623</b>	<b>2.214</b>	<b>2.608</b>	<b>6.001</b>	<b>13,3</b>	<b>18,5</b>	<b>23,8</b>	<b>13,3</b>
Accidente de tráfico	8.651	643	644	552	3,9	4,6	2,2	3,9
Accidente doméstico	1.574	0	387	618	0,0	2,7	2,4	0,0
Accidente de ocio	3.719	617	0	206	3,7	0,0	0,8	3,7
Accidente laboral	9.861	865	1.452	1.088	5,2	10,3	4,3	5,2
Otro accidente	2.818	89	125	3.537	0,5	0,9	14,0	0,5
<b>Enfermedades</b>	<b>110.096</b>	<b>10.323</b>	<b>6.364</b>	<b>10.992</b>	<b>62,1</b>	<b>45,1</b>	<b>43,5</b>	<b>62,1</b>
Enfermedad común	97.460	9.648	5.720	9.771	58,1	40,5	38,7	58,1
Enfermedad profesional	12.636	675	644	1.221	4,1	4,6	4,8	4,1
<b>Otras causas</b>	<b>27.413</b>	<b>623</b>	<b>1.900</b>	<b>3.724</b>	<b>3,7</b>	<b>13,5</b>	<b>14,7</b>	<b>3,7</b>
<b>Total deficiencias</b>	<b>202.285</b>	<b>16.615</b>	<b>14.107</b>	<b>25.264</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**6. DEFICIENCIAS QUE HAN ORIGINADO LAS DISCAPACIDADES DE LA POBLACIÓN EN EDAD LABORAL, SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA**

Deficiencia	Catalunya	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
<b>Mentales</b>	<b>43.084</b>	<b>34.716</b>	<b>2.927</b>	<b>1.786</b>	<b>3.996</b>
Retraso madurativo	0	0	0	0	0
Retraso mental severo	3.536	3.306	230	0	0
Retraso mental moderado	8.409	6.826	682	489	412
Retraso mental leve	4.384	2.676	381	487	840
Demencias	339	339	339	0	0
Otros trastornos mentales	26.416	21.569	1.295	810	2.744
<b>Visuales</b>	<b>39.741</b>	<b>30.366</b>	<b>1.153</b>	<b>3.029</b>	<b>5.194</b>
Ceguera	3.238	2.685	0	171	382
Otras de la vista	36.503	27.681	1.153	2.858	4.812
<b>Del oído</b>	<b>42.735</b>	<b>32.730</b>	<b>3.484</b>	<b>2.745</b>	<b>3.777</b>
Sordera prelocutiva	3.432	3.217	0	0	215
Sordera poslocutiva	2.857	1.987	494	252	125
Mala audición	35.862	26.942	2.990	2.493	3.437
Trastornos del equilibrio	584	584	0	0	0
<b>Del lenguaje, habla y voz</b>	<b>464</b>	<b>0</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>361</b>
Mudez	0	0	0	0	0
Dificultades del habla	464	0	103	0	361
<b>Osteoarticulares</b>	<b>85.880</b>	<b>67.037</b>	<b>6.055</b>	<b>4.416</b>	<b>8.373</b>
Cabeza	0	0	0	0	0
Columna	36.505	29.410	2.793	1.574	2.728
Extremidades superiores	21.315	16.841	1.439	822	2.213
Extremidades inferiores	28.060	20.786	1.823	2.020	3.432
<b>Del sistema nervioso</b>	<b>21.111</b>	<b>15.985</b>	<b>2.193</b>	<b>1.159</b>	<b>1.773</b>
Parálisis extrem. superiores	666	487	0	0	179
Parálisis extrem. inferiores	886	553	0	65	268
Paraplejias	155	0	155	0	0
Tetraplejias	1.287	1.287	0	0	0
Trastornos de coordinación	9.379	7.695	670	700	314
Otras de tipo nervioso	8.738	5.963	1.368	394	1.012
<b>Viscerales</b>	<b>18.100</b>	<b>14.744</b>	<b>821</b>	<b>602</b>	<b>1.932</b>
Aparato respiratorio	3.089	2.854	235	0	0
Aparato cardiovascular	6.748	5.476	374	0	897
Aparato digestivo	1.449	977	0	99	374
Aparato genitourinario	744	321	0	101	322
Aparato endocrino	3.575	2.833	108	402	232
Aparato hemopoyético	2.495	2.283	104	0	107
<b>Otras</b>	<b>7.386</b>	<b>6.705</b>	<b>221</b>	<b>370</b>	<b>89</b>
Piel	0	0	0	0	0
Múltiples	2.431	1.885	221	235	89
Deficiencias no clasificables	4.955	4.820	0	135	0

**7. PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES QUE RECIBIERON  
TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN**

Tratamiento recibido	Nº	%
<i>En las dos semanas anteriores</i>		
Cuidados médicos	29.614	13,9
Pruebas diagnósticas	25.001	11,7
Asistencia mental	12.100	5,7
Rehabilitación médico-funcional	3.897	1,8
Terapia ocupacional	3.810	1,8
Podología	2.135	1,0
Rehabilitación ortoprotésica	1.658	0,8
Rehabilitación del lenguaje	1.482	0,7
Ayuda a domicilio	1.108	0,5
Actividades de ocio	722	0,3
Servicio de respiro	278	0,1
<i>En el año anterior</i>		
Asistencia hospitalaria	48.363	22,6
Asesoramiento/ valoración	31.086	14,6
Intervenciones quirúrgicas	13.430	6,3
Asesoramiento/ valoración	6.234	2,9
Atención psicosocial	2.360	1,1
Transplantes/ implantes	246	0,1
Estancia en servicios de respiro	119	0,1
<b>Total que recibieron cuidados</b>	<b>102.838</b>	<b>48,2</b>
<b>Total discapacitados</b>	<b>213.535</b>	<b>100,0</b>

**8. PRESTACIONES RECIBIDAS POR LOS DISCAPACITADOS EN EDAD LABORAL,  
SEGÚN SEXO**

<b>Tipo de prestación</b>	<b>Número de personas</b>			<b>% sobre cada sexo</b>		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	H.	Mujer
Pensión contributiva de invalidez-enfermedad	49.024	30.968	18.056	21,8	27,6	16,0
Pensión no contributiva de invalidez-enfermedad	24.749	12.805	11.944	11,0	11,4	10,6
Beneficios fiscales en IRPF	13.095	8.557	4.538	5,8	7,6	4,0
Prestación familiar por hijo a cargo con limitación	5.512	4.091	1.421	2,5	3,6	1,3
Subsidio por ayuda de tercera persona	2.617	975	1.642	1,2	0,9	1,5
Ayudas no periódicas para rehabilitación	2.202	941	1.261	1,0	0,8	1,1
Indemnizaciones por daño corporal	1.166	788	378	0,5	0,7	0,3
Subsidio por movilidad y gastos de transporte	944	828	116	0,4	0,7	0,1
Ayudas no periódicas para educación MEC-CC.AA.	586	255	331	0,3	0,2	0,3
Otras ayudas públicas no periódicas (MUFACE)	341	341	0	0,2	0,3	0,0
Indemnizaciones por responsabilidad civil	325	146	179	0,1	0,1	0,2
Ayudas no periódicas de empresa	128	0	128	0,1	0,0	0,1
<b>Total con prestación económica o beneficio fiscal</b>	<b>86.827</b>	<b>52.809</b>	<b>34.018</b>	<b>38,6</b>	<b>47,0</b>	<b>30,2</b>
<b>Total con discapacidad</b>	<b>224.960</b>	<b>112.346</b>	<b>112.614</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**9. PRESTACIONES RECIBIDAS POR LOS DISCAPACITADOS EN EDAD LABORAL, SEGÚN  
PROVINCIA DE RESIDENCIA**

<b>Tipo de prestación</b>	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
Pensión contributiva de invalidez-enfermedad	38.192	4.145	1.816	4.872
Pensión no contributiva de invalidez-enfermedad	17.313	1.780	1.772	3.884
Beneficios fiscales en IRPF	9.581	2.492	342	679
Prestación familiar por hijo a cargo con limitación	4.294	587	444	187
Subsidio por ayuda de tercera persona	2.452	165	0	0
Ayudas no periódicas para rehabilitación IMSERSO-CC.AA.	2.043	160	0	0
Indemnizaciones por daño corporal	245	310	0	611
Subsidio por movilidad y gastos de transporte	295	322	211	116
Ayudas no periódicas para educación MEC-CC.AA.	586	0	0	0
Otras ayudas públicas no periódicas (MUFACE)	341	0	0	0
Indemnizaciones por responsabilidad civil	0	179	146	0
Ayudas no periódicas de empresa	0	0	0	128
<b>Total con prestación económica o beneficio fiscal</b>	<b>65.892</b>	<b>7.077</b>	<b>4.177</b>	<b>9.681</b>
<b>Total con discapacidad</b>	<b>174.203</b>	<b>15.438</b>	<b>12.761</b>	<b>22.558</b>
		<b>%</b>		
Pensión contributiva de invalidez-enfermedad	21,9	26,8	14,2	21,6
Pensión no contributiva de invalidez-enfermedad	9,9	11,5	13,9	17,2
Beneficios fiscales en IRPF	5,5	16,1	2,7	3,0
Prestación familiar por hijo a cargo con limitación	2,5	3,8	3,5	0,8
Subsidio por ayuda de tercera persona	1,4	1,1	0,0	0,0
Ayudas no periódicas para rehabilitación IMSERSO-CC.AA.	1,2	1,0	0,0	0,0
Indemnizaciones por daño corporal	0,1	2,0	0,0	2,7
Subsidio por movilidad y gastos de transporte	0,2	2,1	1,7	0,5
Ayudas no periódicas para educación MEC-CC.AA.	0,3	0,0	0,0	0,0
Otras ayudas públicas no periódicas (MUFACE)	0,2	0,0	0,0	0,0
Indemnizaciones por responsabilidad civil	0,0	1,2	1,1	0,0
Ayudas no periódicas de empresa	0,0	0,0	0,0	0,6
<b>Total con prestación económica o beneficio fiscal</b>	<b>37,8</b>	<b>45,8</b>	<b>32,7</b>	<b>42,9</b>

**10. PERSONAS DISCAPACITADAS EN EDAD LABORAL QUE NECESITAN CUIDADOS,  
SEGÚN RELACIÓN CON EL CUIDADOR**

Cuidadores	Nº	% s/cuidados	
			s/discapa- citos
<b>Miembros del hogar</b>	<b>56.967</b>	<b>68,8</b>	<b>26,7</b>
Empleados resid. en el hogar	532	0,6	0,2
<b>No residentes en el hogar</b>	<b>25.327</b>	<b>30,6</b>	<b>11,9</b>
Hija/s	3.709	4,5	1,7
Madre	1.879	2,3	0,9
Hijo/s	1.080	1,3	0,5
Nuera/s	641	0,8	0,3
Padre	288	0,3	0,1
Yerno/s	198	0,2	0,1
Otros parientes	4.981	6,0	2,3
Empleados o huéspedes	6.665	8,0	3,1
Servicios sociales públicos	4.589	5,5	2,1
Vecinos	2.513	3,0	1,2
Amigos	2.293	2,8	1,1
Servicios sociales privados	2.183	2,6	1,0
<b>Total con cuidadores</b>	<b>82.826</b>	<b>100</b>	<b>38,8</b>
<i>Total con discapacidad</i>	213.535	—	100,0

**11. PERSONAS CON DISCAPACIDAD OCUPADAS SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD,  
SITUACIÓN PROFESIONAL, OCUPACIÓN Y PROVINCIA**

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Cataluña
<b>Sector de actividad</b>					
Agropecuaria, pesca	0	122	1.493	501	2.116
Industria	14.492	367	776	830	16.465
Construcción	4.206	434	505	588	5.733
Servicios	26.303	2.230	3.018	4.543	36.094
<b>Total</b>	<b>45.001</b>	<b>3.153</b>	<b>5.792</b>	<b>6.462</b>	<b>60.408</b>
<b>Situación profesional</b>					
Empleador	346	122	282	118	868
Empresario sin asalariados	2.396	629	1.693	1.167	5.885
Ayuda familiar	761		119		880
Asalariado sector público	5.698	276	726	209	6.909
Asalariado sector privado	35.778	2.125	2.972	4.969	45.844
<b>Total</b>	<b>44.979</b>	<b>3.152</b>	<b>5.792</b>	<b>6.463</b>	<b>60.386</b>
<b>Ocupación</b>					
Directivos	417	122	258	151	948
Técnicos-profesion. científicos	1.250		614		1.864
Técnicos-profesionales de apoyo	2.668	372	271	209	3.520
Administrativos	5.549	246	554	473	6.822
Hostelería, comercio, serv. pers.	9.398	1.343	935	2.288	13.964
Tr. cualific. agricultura y pesca		122	982	224	1.328
Trab. cualificados industria	12.449	371	946	1.484	15.250
Operadores, montadores	4.938	132	402	247	5.719
Trabajadores no cualificados	8.624	445	829	1.387	11.285
<b>Total</b>	<b>45.293</b>	<b>3.153</b>	<b>5.791</b>	<b>6.463</b>	<b>60.700</b>

**12. TASA DE DESEMPLERO DE LAS PERSONAS EN EDAD LABORAL CON DISCAPACIDADES, POR PROVINCIAS**

Provincia	% paro	Provincia	%
Cáceres	52,2	Asturias	22,8
Córdoba	50,6	Ávila	22,2
Jaén	46,9	Álava	21,9
Badajoz	39,5	Tenerife	21,7
Sevilla	37,9	León	19,2
Vizcaya	36,0	Segovia	18,9
Cádiz	33,7	Tarragona	18,1
Málaga	32,4	Burgos	17,8
Almería	31,6	Alicante	17,6
Guipúzcoa	31,3	Cuenca	17,6
Valencia	31,2	Coruña	17,4
Navarra	31,0	Cantabria	16,9
Huelva	30,6	Albacete	16,3
Girona	30,3	Zaragoza	15,8
Madrid	29,4	Melilla	15,6
Orense	29,3	Castellón	14,8
Pontevedra	26,1	Las Palmas	13,9
<b>ESPAÑA</b>	<b>26,0</b>	Salamanca	12,9
Ceuta	25,2	Valladolid	12,8
Toledo	24,7	La Rioja	11,3
Barcelona	24,5	Lleida	10,0
Ciudad Real	24,2	Baleares	9,1
Lugo	23,9	Palencia	8,8
Granada	23,7	Guadalajara	3,6
Teruel	23,3	Soria	2,7
Zamora	23,2	Huesca	2,7
Murcia	22,9		

**13. DISCAPACITADOS EN EDAD LABORAL QUE NO TRABAJAN NI BUSCAN EMPLEO, SEGÚN MOTIVO PARA NO BUSCAR Y SEXO**

Razón por la que no busca empleo	Total	Hombres	Mujeres
<b>NO PUEDE TRABAJAR</b>	<b>91.072</b>	<b>44.694</b>	<b>46.378</b>
Jubilado	21.705	12.765	8.940
No puede trabajar	66.012	30.102	35.910
Estudiante	3.355	1.827	1.528
<b>DESANIMADOS</b>	<b>37.719</b>	<b>19.949</b>	<b>17.770</b>
Discapacitado, cree que sería difícil	29.427	17.245	12.182
Cree que no lo encontrará, ha buscado	3.446	1.636	1.810
Cree que no lo encontrará, no ha buscado	2.839	592	2.247
No cree que haya uno disponible	1.520	476	1.044
No sabe dónde buscar	487	0	487
<b>OTROS MOTIVOS</b>	<b>40.597</b>	<b>11.298</b>	<b>29.299</b>
No lo necesito	10.252	1.339	8.913
Razones familiares o personales	7.514	630	6.884
Espera resultado de solicitudes anteriores	371	371	0
Otras causas	22.460	8.958	13.502
<b>Total</b>	<b>169.388</b>	<b>75.941</b>	<b>93.447</b>