



8

ESTUDIO MONOGRÁFICO. LA DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Antonio Abellán García
M.ª Dolores Puga González
CSIC



Estudio monográfico. La discapacidad en la población española

El estudio de la discapacidad tiene un gran interés por su impacto potencial en los programas sociales y sanitarios de atención y por los costes derivados para los individuos, sus familias y las Administraciones públicas. Todo análisis de la discapacidad tiene como finalidad contribuir al diseño de medidas de políticas sociales, de cuidados de larga duración y de políticas sanitarias y de rehabilitación, que hagan posible un aumento del bienestar de las personas en situación de desventaja. Este capítulo monográfico recoge algunos resultados de la explotación de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999* (EDDES), extraordinaria operación estadística patrocinada por INE, IMSERSO y Fundación ONCE.

La discapacidad es una consecuencia de las limitaciones funcionales, cognitivas y emocionales, que proceden de la enfermedad u otras deficiencias corporales, accidentes u otros problemas de salud. Pero este concepto ha estado envuelto en un amplio debate. La EDDES se basa en el marco conceptual de la 1.^a Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, OMS 1980, que presenta un desarrollo causal (la discapacidad es consecuencia de la deficiencia que a su vez procede de un problema de salud, accidente o problema congénito). Los problemas en el modelo teórico y el desarrollo de más literatura científica sobre el marco conceptual ha llevado a la OMS a desarrollar una nueva clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, 2001, en que se abandonan el modelo lineal de causalidad y adopta otro modelo en los que los factores contextuales adquieren más importancia; dejan el mo-

delo excesivamente médico de la discapacidad, y se acercan a uno de enfoque más social; renuncia incluso al término minusvalía, cuya aceptación no ha sido generalizada ni adecuada.

La discapacidad es la dificultad para desempeñar papeles y actividades socialmente aceptadas, habituales para las personas de similar edad y condición sociocultural. En este sentido, no es únicamente un concepto médico, sino más bien social. Por tanto, el término discapacidad no es inherente a la persona, no está determinado exclusivamente por factores biomédicos. El etiquetado de discapacidad como fenómeno médico ignora la complejidad de factores que (sumados a los médicos) conducen a una limitación para desarrollar actividades cotidianas.

Este capítulo pretende dar una visión general de la presencia de discapacidades en la población española. Se entiende por discapacidad, en este análisis, la limitación o dificultad para realizar actividades o papeles, limitación que sea grave y duradera (más de un año) y que tenga su origen en una deficiencia, además de las ocasionadas por procesos degenerativos propios de la edad. La encuesta mide la situación de *discapacidad percibida*, autodeclarada por los entrevistados.

8.1. PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD

De las 39.247.010 personas que constituían la población española en el momento de la encuesta, 3.528.222 declararon algún tipo de disca-



pacidad o limitación, es decir, un 9,0% de la misma (Tabla 8.1; Gráfico 8.1). La *tasa de prevalencia* de discapacidad es el número de individuos que sufren esta circunstancia sobre el conjunto de la población. Se reservó el término discapacidad en la EDDDES para hablar de las dificultades de la población de 6 y más años para realizar actividades (36 posibles tipos de discapacidad), y el de limitaciones para los niños de 0-5 (14 tipos de limitaciones). Este umbral divisorio de los 6 años, que también se empleó en la encuesta de 1986, se utiliza por la dificultad de aplicar los conceptos de discapacidad y los tipos de actividad a los niños pequeños, aunque las deficiencias y los problemas que las causan sean similares. Además no se incluye la población institucionalizada, donde posiblemente se encuentren los casos más graves de discapacidad, al menos entre la población de edad.

La discapacidad está asociada estrechamente con la edad y también con el sexo. Las personas con discapacidad tienen una edad media más elevada que el resto de la población: 62,7 años contra 36,4. De hecho, la mayor parte de las personas con discapacidad son personas de edad (2.072.652 personas afectadas de 65 y más años, 1.338.843 mujeres y 733.809 varones); suponen un 58,8% de todas las personas que declaran encontrarse en esa situación; un 23,1% son adultos maduros de 45-64 años (818.213, de los que 438.561 son mujeres), y el resto (18,1%) adultos, jóvenes y niños.

Las tasas de discapacidad aumentan con la edad, conforme las diferentes cohortes van siendo expuestas a nuevos riesgos y problemas que pueden afectar a sus condiciones de salud (accidentes, enfermedades, trastornos, envejecimiento). Por ello el peso de los problemas congénitos, gestacionales o de parto va disminuyendo desde una mayor importancia en el inicio de la vida, hasta casi desaparecer en las edades avanzadas (por desaparición biológica de los propios afectados o por su menor peso proporcional al iniciarse discapacidades adquiridas en otras personas), edades en las que tienen mayor incidencia los problemas derivados de accidentes, y sobre todo de enfermedad común, especialmente las de tipo degenerativo. En las edades infantiles y juveniles las tasas de discapacidad se sitúan en torno al 2% de la población, crecen algo entre

los adultos jóvenes de 20-44 años (3,1%), y alcanzan el 9,4% en las edades maduras. Pero en el conjunto de mayores la discapacidad afecta ya a casi uno de cada tres (32,2%), y dos de cada tres entre los de 85 y más años (63,6%).

La discapacidad es ante todo femenina. La cifra absoluta de mujeres de todas las edades con discapacidad (2.055.250) es muy superior a la de varones (1.472.972), de forma que el 58,3% de las personas con discapacidad son mujeres. Esta composición se explica, en primer término, porque también existen más mujeres que varones en el cómputo total de población, pero especialmente porque a partir de la madurez y, sobre todo, en las edades avanzadas hay más mujeres que hombres debido a una sobremortalidad masculina.

No sólo las tasas globales son superiores entre las mujeres (10,3%) que entre los varones (7,7%), sino que también es más acentuado el aumento con la edad. Lo cierto es que con anterioridad a los 50 años las mujeres tienen menos probabilidad que los varones de tener discapacidad, pero en las edades superiores las tasas femeninas superan ampliamente a las masculinas, de forma que a los 85 y más años el 65,7% de las mujeres tienen alguna discapacidad, frente al 59,2% de los varones. Esta es la primera foto de la discapacidad en España: mayor presencia entre las personas de edad y entre las mujeres, rasgos que quedan recogidos en la pirámide de edades (Gráfico 8.2).

Comparación de resultados de las encuestas de discapacidad, 1986-1999

La primera gran encuesta sobre discapacidad se realizó en 1986 (INE: *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*). En 1999 se llevó a cabo la EDDDES, la otra gran operación estadística. A pesar de que ambas encuestas siguen un mismo marco teórico y similar metodología de campo, los resultados no son completamente comparables pues se modificaron algunas preguntas sobre tipos de discapacidad. Ello impide conocer si la discapacidad avanza al ritmo que lo hace la esperanza de vida, se estabiliza o bien se comprime en las edades superiores.



En cifras absolutas, ha habido un descenso significativo de la discapacidad, pues la actividad «correr» –para la que 4.022.093 personas presentaban dificultades en 1986– ha desaparecido. Sin embargo, en aquellos grupos de discapacidad que son comparables se observa un aumento de las tasas de discapacidad (Tabla 8.2). Esto es debido fundamentalmente, y a falta de estudios de detalle por cohortes, al proceso de envejecimiento general de la estructura por edades de la población española, pues la discapacidad guarda estrecha relación con la edad. Destaca el crecimiento de la discapacidad en aquellas que afectan sobre todo a la población muy mayor, como la realización de tareas domésticas y el cuidado personal.

También han aumentado las discapacidades relativas a funciones cognitivas. En 1986 se recogían, en parte, bajo el epígrafe «conducta con uno mismo» y se refería a dificultad para identificar, comprender, evitar riesgos. En 1999 se recogen de forma explícita las dificultades para entender, aprender, reconocer y orientarse. Aunque no son totalmente comparables, denota un incremento de la discapacidad de tipo intelectual, compatible con el envejecimiento de la propia vejez, y el aumento de las demencias en esas edades. Otras habilidades similares, las de relación con los demás, han aumentado también entre 1986 y 1999.

Un esfuerzo estadístico regular –que mantenga una metodología y un cuestionario estable que permitan estudios evolutivos– posibilitaría conocer si la esperanza de vida ganada se disfruta en mejor estado de salud o se están ganando años para la discapacidad, es decir, si estamos cambiando mortalidad por discapacidad.

El crecimiento de la discapacidad por edad también queda plasmado en el cálculo de las tasas por edad (Gráfico 8.3). En la *infancia* (0-5 años) las tasas femeninas superan de forma imperceptible a las masculinas. En la etapa escolar (hasta los 16 años), las tasas entre niños son más altas que entre las niñas, quizá como consecuencia de comportamientos «más activos» y de mayor riesgo, como ya ha sido señalado (Jiménez Lara, A. y Huete García, A.: *Las discapacidades en España: datos estadísticos*. Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad, 2003), una combinación de

diferencias fisiológicas, de desarrollo madurativo, de comportamiento y sociales. De hecho, los accidentes (en colegio, casa o calle) son más frecuentes entre niños varones.

Las diferencias en discapacidad entre varones y mujeres en los siguientes grupos de edad son mínimas, con los varones siempre con tasas algo superiores. Destaca el período comprendido entre los 17-39 años, con comportamientos menos saludables, más violentos y con una mayor accidentalidad en éstos, por lo que en estas edades los varones superan a las mujeres en tasas de prevalencia. Es la diferente exposición de unos y otras a situaciones de riesgo lo que ayuda a explicar estas diferencias.

En las *edades intermedias* y con la llegada de la madurez se modera el crecimiento de las tasas de discapacidad entre los varones (van adquiriendo conductas menos violentas, hábitos más saludables, menor accidentalidad, etc.), mientras que la mayor supervivencia de las mujeres (debido a una mayor mortalidad entre los varones) y los cambios en sus condiciones biológicas y otras razones (cohortes con menor nivel de instrucción, por ejemplo) hacen aumentar en mayor medida entre ellas las situaciones de discapacidad.

A partir de los 65 años las tasas crecen fuertemente hasta alcanzar a más de la mitad de la población con 85 y más años (59,2%). Puede apuntarse una pequeña anomalía en la curva de la prevalencia de la discapacidad por edad, más acusada en los varones en torno a los 60-64 años, y visible también en la pirámide de población (ver Gráfico 8.2). Es posible que la razón haya que buscarla en que esa anomalía corresponde con las cohortes nacidas durante la guerra civil y la posguerra (años de dificultades en materia de salud y alimentación para la población en general y los niños en particular), pero no aparecen en ambos sexos. Por otra parte, este aumento de la tasa o aparente anomalía coincide con la edad media de jubilación para estas generaciones de varones. Son necesarios estudios de detalle para determinar la influencia que la jubilación, que algunas personas sufren como un trauma, puede tener sobre su fortaleza o vulnerabilidad frente a la enfermedad o la discapacidad; así como los efectos a largo plazo de las condiciones de vida en la infancia.



Otros factores socioeconómicos influyen en el aumento de las tasas a edades avanzadas, como la soledad y viudez, o el descenso de ingresos, que afectan más a las mujeres mayores. La soledad a que conduce muchas veces la viudez y la emancipación de los hijos, afecta más a las mujeres, supervivientes hasta edades más avanzadas. Así, por ejemplo, en el año 2001, casi el 70% de los varones de edad morían estando casados, mientras que casi 70% de las mujeres estaban viudas en el momento de su muerte. Los varones tienen menos probabilidad de morir solos y también de envejecer solos.

Este desequilibrio de las tasas de discapacidad entre varones y mujeres se debe también, además de a los factores socioeconómicos apuntados, a que los varones a estas edades sufren una mayor letalidad en problemas que, de no ser mortales, serían muy discapacitantes, por lo que habría menos varones con discapacidad. Por ejemplo, en 1998 entre 65-74 años los varones tenían tasas de mortalidad que casi triplicaban las de mujeres en isquemia cardiaca, y muy superiores en enfermedades cerebrovasculares y otras del corazón, episodios discapacitantes para los supervivientes a los mismos (*Boletín Epidemiológico*, 2001). Las mujeres sufren más de enfermedades discapacitantes no letales como artritis reumatoide; por ejemplo, en la EDDDES, 773.892 personas con discapacidad la declaran como enfermedad diagnosticada, de las que 576.738 son mujeres, tres veces más que varones.

El *envejecimiento de la vejez*, es decir, el aumento de la proporción de efectivos de mucha edad respecto del resto de las personas de edad, tiene, por tanto, un fuerte impacto en la prevalencia de la discapacidad. A más edad más discapacidad, por lo que es razonable plantear un escenario en el que el número de personas con discapacidad seguirá creciendo, dada la tendencia demográfica de una creciente esperanza de vida a partir de los 65 años, crecimiento cuyo cese aún no se adivina.

8.2. LA DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN

Los 36 tipos de discapacidad recogidos en la encuesta, se han reunido a efectos de clasificación, ordenación y tabulación en diez grupos

(Tablas 8.3, 8.4 y 8.5; Gráfico 8.4). En conjunto, todos los tipos y grupos de discapacidad presentan un mismo modelo de mayor cifra absoluta de mujeres, mayores tasas femeninas y fuerte crecimiento con la edad. La cifra global de personas con discapacidad se reduce a 3.478.645 si se elimina de ella a los niños de 0-5 años, cuyas discapacidades ofrecen una particularidad respecto al resto de la población.

8.2.1. Los tipos de discapacidad

Problemas de movilidad.— Las discapacidades más frecuentes entre la población española de 6 y más años son las referidas a la movilidad. Más de dos millones de personas, un 60% de todos los que declaran discapacidad tienen dificultades para desplazarse fuera del hogar, lo que incluye básicamente poder utilizar el transporte público (1.666.586 de esos dos millones) y deambular sin medio de transporte (1.530.093). Las mujeres declaran en mayor proporción que los varones este tipo de problemas, en especial los relativos al desplazamiento en transportes públicos.

Casi dos de cada tres individuos con esta discapacidad son personas de edad —en la media del conjunto de todos los que tienen alguna discapacidad, pues es el problema que mayor relevancia tiene en el panorama de la discapacidad—. Las tasas de prevalencia de los problemas de discapacidad para la movilidad exterior en su conjunto, y de cada uno de los tipos en detalle son las más altas de todos los tipos considerados y grupos observados. Hasta un 38,5% de los octogenarios dicen no poder coger transporte público, y un 35,1% confiesa tener dificultades para andar.

Las dificultades para desplazarse dentro del hogar afectan a 1.225.144 españoles, e incluyen acciones de movilidad como cambiar y mantener las posiciones del cuerpo (680.359 personas afectadas), levantarse y acostarse (1.017.440 personas) o desplazarse dentro del hogar (762.519 personas). La discapacidad para levantarse y acostarse, situación que normalmente expresa gravedad y que generalmente afecta a un número reducido de personas, parece más extendida dado que en la misma cuestión se ha incluido la capacidad para permanecer de pie, en la que se ven afectados muchos más mayores, y además a edades más tempranas.



Las discapacidades de movilidad intra o extradoméstica impiden a las personas un pleno acceso o beneficio de las ventajas de vivir en sociedad, se pierden oportunidades sociales al no poder acceder a una parte del espacio físico en el que se desarrolla la vida en comunidad. La movilidad reducida limita el espacio vivido por las personas que la sufren. Sus necesidades no sólo son de integración y participación social sino también de integración en el entorno.

Tareas del hogar.— El segundo grupo en importancia se refiere a las dificultades para realizar tareas del hogar: 1.568.598 personas declaran este tipo de problemas. Es la discapacidad que tiene mayor sesgo por género; las mujeres las declaran en doble proporción que los varones, lo que no ocurre en ninguna otra discapacidad —1.086.943 mujeres, por sólo 481.655 varones, confiesan problemas en este grupo de discapacidad—. Puede tratarse de un problema metodológico: en el formulario de la EDDES se preguntó «¿puede usted hacer...?» (es capaz de...) y no «¿hace usted...?», es decir, se optó por preguntas de competencia en vez del modelo de ejecución. El sesgo procede de que muchos varones de estas generaciones se consideran «capaces» de realizar ciertas actividades, aunque en la realidad no las realizan. Tras esta medición de discapacidad subyace un problema cultural y social.

Discapacidades sensoriales.— Existen 1.002.289 personas con discapacidad para ver, un 2,7% de la población española de seis y más años, que incluye personas que tienen problemas para percibir cualquier imagen (ceguera), o para tareas visuales de conjunto o de detalle y otros problemas de visión. A diferencia de los demás casos de discapacidad, este grupo sólo recoge aquellas limitaciones importantes que no han sido superadas mediante el uso de ayudas técnicas (gafas o lentillas). Las discapacidades auditivas afectan a 961.489 personas, con menor desequilibrio entre sexos que en el caso de las visuales. La mayor concentración de personas con discapacidad visual y auditiva se localiza entre los mayores, que son más del 69% de todos los españoles con este tipo de problemas.

Otros problemas funcionales.— El cuarto dominio en importancia es el que se refiere a la dificultad para utilización de brazos y manos (1.092.518

personas) e incluye trasladar objetos, utilizar utensilios o manipular objetos pequeños. Estos problemas, que pueden causar discapacidad para realizar tareas del hogar (como comprar, cuidar la ropa o cocinar), e incluso para autocuidados (vestirse), se encuentran en la media del patrón por edad y sexo de todas las discapacidades.

Autocuidados.— Las discapacidades que afectan a menos españoles suelen ser las más graves y las que mayor dependencia causan. Cuando un individuo tiene dificultades para cuidar de sí mismo (777.058 casos), la ayuda de una tercera persona se hace imprescindible. Casi todos los afectados de esta categoría son personas de edad; es la que presenta un perfil más envejecido de todos los tipos de discapacidad.

Los problemas para comunicarse, relacionarse con otras personas y las *limitaciones cognitivas* (aprender, reconocer, aplicar conocimientos, etc.) suelen proceder de deficiencias sensoriales, o de deficiencias mentales y problemas neurodegenerativos. Medio millón de personas tienen problemas para reconocer, orientarse, de memoria o comprensión (571.706), una cifra similar confiesa problemas para comunicarse, que a su vez conducen a nuevas discapacidades, como las de relación (566.751 afectados), incluso con miembros de la propia familia.

8.3. LA ENTRADA EN DISCAPACIDAD

La discapacidad aumenta a lo largo del curso de vida como se ha visto. La tasa de prevalencia es una foto de la situación actual y ofrece la imagen del alcance de la discapacidad en el escenario de la población española actual. La incidencia, en cambio, indica el proceso de entrada o comienzo de la discapacidad. Permite conocer el momento, o calendario de inicio de la discapacidad, mostrando las edades de mayor riesgo de entrada en discapacidad. En la incidencia sólo se contabilizan casos nuevos de discapacidad sobre población aún no discapacitada en cada período temporal observado (edad).

La probabilidad acumulada de caer en discapacidad insiste, en primer lugar, en el mismo argumento que ya mostraban las tasas de preva-



lencia: el aumento con la edad –guarda un estrecho parecido con la curva de prevalencia, dado que se trata de situaciones crónicas–. Se produce un crecimiento suave hasta los 45 años aproximadamente, ascenso moderado hasta los 65, fuerte incremento hasta los 85 y ralentización del proceso de entrada en años posteriores (Gráfico 8.5). A los 50 años, el 9% de los que acabarán con discapacidad ya ha entrado en ella; a los 65, el 23%; a los 85 años, la mitad de la población ya ha iniciado alguna discapacidad. Las discapacidades se van sumando a la primera según se siguen cumpliendo años.

8.3.1. Calendario de entrada

El calendario de entrada en discapacidad viene recogido en el gráfico 8.6. Los varones tienen un riesgo menor de entrar en discapacidad en su conjunto, aunque el perfil de entrada es común para varones y mujeres. En el momento de nacer (debido a problemas congénitos, de desarrollo o de parto) la probabilidad de entrar en discapacidad es algo más alta que en el resto de las edades infantiles (0-5 años). La diferencia entre varones y mujeres es apenas destacable. En las edades infantiles, juveniles y entre adultos jóvenes, las tasas de incidencia son bajas.

Hacia los 50 años, en el inicio de la madurez, las tasas empiezan a crecer y las mujeres presentan mayores incidencias. A los 75 años, la entrada es muy fuerte; coincide justamente con las edades en que más supervivencia se está consiguiendo (ver Gráfico 2.4 del capítulo segundo). La mayor probabilidad de entrar en discapacidad para toda la población se concentra entre los 80 y 85 años.

A partir de los 85 años se *ralentiza* el calendario de entrada en la primera discapacidad (no es incompatible con que se acelere la entrada en la segunda y resto de discapacidades), existiendo un contingente de personas que fallece sin haber sufrido períodos de discapacidad. Esta caída del ritmo de entrada puede deberse a un tamaño muestral reducido, debido a una salida de observación de muchos individuos de las cohortes consideradas, por mortalidad, o por abultada entrada previa en dicha discapacidad, durante las edades de máximo riesgo, produciéndose de esta forma un efecto de selección de la pobla-

ción que alcanza edades avanzadas sin discapacidad. A este efecto se suma la posibilidad de que algunos ancianos, quizá los que estén en peores condiciones de fragilidad, hayan pasado a alojamientos colectivos (residencias), que no han sido incluidos en la EDDDES; también a que no responden con la misma disposición las personas más mayores, de 90 y más años, pues tienen más asumido que es una situación normal, una fragilidad adquirida, lo que con 60 años sería una discapacidad clara.

8.3.2. La entrada en discapacidad según el tiempo de duración del proceso

El proceso de entrada en discapacidad tiene un ritmo o una intensidad que depende de varios factores, como por ejemplo, el problema (repentino o paulatino) que generó la deficiencia, el número de discapacidades iniciales, la edad de entrada, o el tipo de discapacidad inicial. Existe una estrecha relación entre la duración entre el inicio de la primera y la última, la edad del individuo cuando aparece la primera discapacidad, y el tipo de discapacidad de que se trate.

El proceso, o progresión, por la que se van acumulando las discapacidades depende fuertemente de la edad a que se empieza a padecer la primera, y a su vez con el origen del proceso. En las edades jóvenes e infantiles, por debajo de 20 años, el sujeto suele iniciar su proceso de discapacidad con un número superior a cinco discapacidades; en edades posteriores, el inicio es menos brusco, hasta llegar a la vejez en la que de nuevo aumenta (Gráfico 8.7).

Existen dos patrones básicos respecto a la aparición de un proceso de discapacidad: el progresivo y el catastrófico, es decir, el que se establece paulatinamente añadiendo discapacidades según van pasando los años, o el que se instaura de forma rápida y con varias discapacidades, pero suele mantener similar número durante bastante tiempo. El primero es más frecuente entre la población de edad, mientras el segundo se produce en mayor medida entre los más jóvenes.

Cuando las discapacidades se originan en el momento de nacer, aparecen de forma conjunta y suelen ser muy graves, están asociadas unas con otras y afectarán a toda la vida del sujeto



(Gráfico 8.8). Cuando la discapacidad aparece entre los 20 y los 29 años es elevado el número de discapacidades iniciales (5,7), y baja la duración del período entre el inicio de la primera y de la última (1,6 años), lo que indica un comienzo brusco, en el que todas o casi todas las discapacidades aparecen de golpe, en muchos casos relacionado con un accidente, y permanecen estabilizadas durante años. Entre la población de 30-39 años, desciende el número medio de discapacidades iniciales, y se expande ligeramente el calendario de entrada. En las edades intermedias, la entrada es diferente. Aparecen menos discapacidades iniciales pero la duración media del proceso de entrada supera ya los dos años entre la primera sufrida y la última.

A edades avanzadas se presenta más claro el patrón de discapacidad progresiva (Gráfico 8.9). Se acentúa también el número de discapacidades medias. Suelen estar generalmente originadas por enfermedad común y el proceso de entrada es más lento; se cae en la primera y han de pasar cinco años aproximadamente para completar el inicio de todas las demás. La gravedad de la situación viene determinada por el proceso y por la perspectiva futura que parece no detener el incremento continuo de la fragilidad.

Las limitaciones cognitivas (entender, reconocer, orientarse, etc.) suelen ser las que llevan la mayor combinación de discapacidades iniciales, lo que además demuestra la gravedad del proceso, y suele mediar poco tiempo entre la consecución de la primera y la última. Junto a ellas, se sitúan las discapacidades de autocuidados, cuya aparición suele demostrar un estadio de fragilidad y dependencia avanzado. La entrada en discapacidad sensorial suele llevar asociado un proceso más paulatino, pudiendo valerse para muchas otras actividades durante más tiempo.

Existe una gradación en la gravedad al considerar la primera discapacidad que se consigue y la codiscapacidad inicial (Gráfico 8.10). Las primeras en llegar, más frecuentes como primeras (coger el autobús, andar, mantenimiento de la casa) suelen ser menos graves; las menos frecuentes como primeras, suelen ser las más graves y suelen estar asociadas a mayor codiscapacidad inicial (comunicarse, comer, beber, continencia), además de algunas sensoriales).

8.3.3. El origen del proceso

El origen del proceso de discapacidad entre la población de edad madura (50-64 años) y entre los mayores (65 y más) señala sobre todo las deficiencias osteoarticulares y otras deficiencias, entre las que se incluyen las deficiencias múltiples debidas a procesos degenerativos asociados a la edad. Es el inicio de la trayectoria que acabará en discapacidad.

Las trayectorias más frecuentes que van desde la patología/enfermedad a la deficiencia, y desde ésta a la discapacidad, se representan en el gráfico 8.11; están referidas a la población madura y de edad. Las trayectorias aumentan la gravedad y la edad en que se inicia según se desciende en el esquema hacia trayectorias inferiores. El origen de la discapacidad suele ser la enfermedad común en la mayoría de los casos, y dentro de ésta se empieza por problemas de tipo osteomuscular, a edades más jóvenes (edad madura, primera vejez), por infarto y accidentes cerebrovasculares y demencias, por ese orden; esas enfermedades dan lugar a deficiencias osteomusculares, procesos degenerativos (deficiencias múltiples), demencias, etc., y todas ellas originan discapacidad para la movilidad exterior.

La discapacidad para movilidad dentro del hogar y para realizar tareas domésticas procede también de deficiencias osteoarticulares, procesos degenerativos, demencias y deficiencias del sistema nervioso. Las de autocuidados (aseo, vestirse) y las de orientación proceden sobre todo de procesos degenerativos (que pasan a primer lugar), demencias y otras. Las discapacidades para actividades básicas de primera magnitud y fuerte dependencia, como comer y beber y continencia, proceden de demencias (ya en primer lugar), procesos degenerativos (deficiencias múltiples generalmente causadas por la elevada edad) y deficiencias del sistema nervioso.

8.4. VARIACIÓN GEOGRÁFICA DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad no se distribuye aleatoriamente en el territorio, sino que está más presente en unas zonas determinadas que en otras, traduciendo diferencias en la estructura demo-



gráfica (zonas más envejecidas) o en las condiciones de salud de su población, reflejo esto a su vez de factores de tipo socioeconómico y sanitario y de políticas aplicadas.

La discapacidad afecta a más del 10% de la población de seis y más años en Castilla y León, Murcia, Galicia y Andalucía, mientras que está por debajo del 8% en Navarra, Baleares, País Vasco, Madrid, Canarias y La Rioja, comunidad que ostenta la tasa más baja de España (5,6%) (Tabla 8.6 y Gráfico 8.12). La tendencia observada en 1986 se mantiene en la actualidad, en el caso de Baleares, Navarra y La Rioja, con tasas más bajas que la media nacional, y Andalucía y Castilla-La Mancha se mantienen en la parte alta de la lista de comunidades con mayores tasas. El caso de Murcia es sorprendente pues en pocos años ha pasado de tasas bajas a muy altas sin que su población haya envejecido tanto, ni se conozca circunstancia de salud excepcional.

Puesto que la edad se asocia estrechamente a discapacidad, si se quiere eliminar el efecto de la estructura por edad, conviene estandarizar las tasas para realizar comparaciones territoriales. Entonces aparecen diferencias sólo explicables por la existencia de otros factores de riesgo o predisposición, como el nivel de ingresos o instrucción de la población, u otros factores de dotación, infraestructuras de servicios, etc. El envejecimiento demográfico tan sólo parece intensificar las diferencias debidas a otros factores. Eliminando el efecto de la estructura por edad, Murcia pasa a ser la comunidad autónoma con tasa más alta (12,0%), lo que está indicando quizá peores condiciones de salud o razones de otro tipo socioeconómico, seguida de Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura. La Rioja, País Vasco, Madrid, Navarra y Baleares siguen mostrando tasas de prevalencia bajas, que no se deben únicamente a estructuras menos envejecidas. Pero diferente es el caso de Aragón, Galicia y Asturias, que verían reducirse notablemente sus tasas si tuviesen una estructura demográfica menos envejecida. En el extremo opuesto se encuentra Canarias, con una estructura demográfica muy joven a la que debe sus

bajas tasas de discapacidad, situación que empeoraría si tuviese la estructura media de la población española.

La *distribución provincial* de la discapacidad (tasas estandarizadas) dibuja de forma muy gráfica dos áreas, trazando una diagonal noroeste-sureste (Gráfico 8.13). Eliminado el efecto de estructuras muy envejecidas en algunas provincias con una importante presencia de zonas de montaña (León, Burgos, Soria, Teruel, Guadalajara y Cuenca), sus tasas se reducen de forma muy destacable, sugiriendo la existencia de factores o características positivas para las condiciones de salud de la población. Es posible que en las actuales generaciones de personas mayores existan unos diferentes factores de riesgo, por ejemplo, en nivel educativo, con grado de instrucción más alto. Se precisaría un estudio de detalle que explique esta diferencia.

En una distribución de las tasas según tamaño de hábitat (mapa no presentado), las *zonas rurales* (municipios de menos de 10.000 habitantes) presentan tasas de discapacidad algo más elevadas que las urbanas, y además situaciones de mayor severidad. En torno al 11,5% de la población rural declara alguna discapacidad, mientras esta situación tan sólo afecta al 8,5% de la población urbana. Al factor envejecimiento se añade un posible menor nivel de renta y de instrucción, así como de accesibilidad a los servicios sociosanitarios, lo que también repercute en la percepción de las condiciones de salud del individuo.

La *España meridional*, además, muestra una mayor severidad en los casos de discapacidad. También La Rioja y Navarra, con tasas de prevalencia bajas, presentan en cambio una mayor severidad de las situaciones. La Rioja se encuentra entre las provincias con mayor «codiscapacidad» en todos los grupos de edad; es decir, hay menos personas con discapacidad, pero las personas afectadas declaran mayor severidad y tienen más discapacidades que la media. Ello obliga a una reflexión sobre la precisión en la cumplimentación de los cuestionarios.