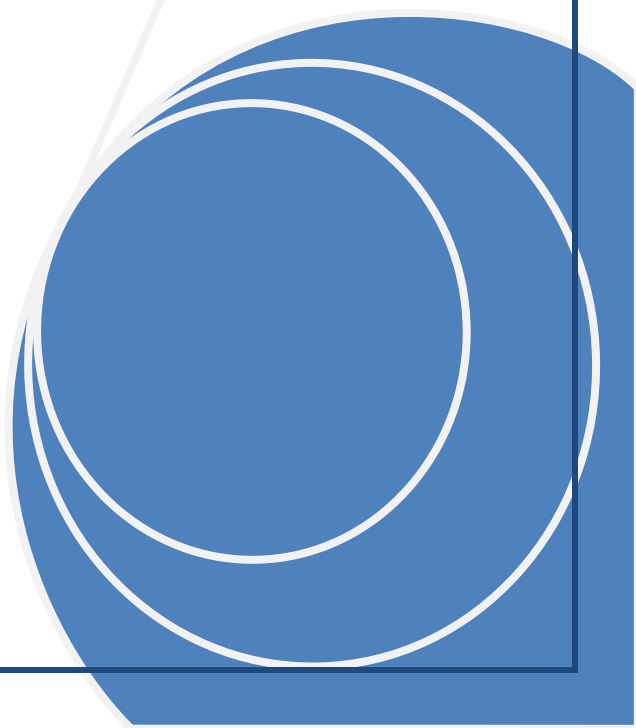


2

CONCEPTO DE DISCAPACIDAD



ÍNDICE

2.1 EL COMPONENTE SOCIAL DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD **Página 2**

2.2 EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD **Página 4**

2.3 TIPOS DE DISCAPACIDAD **Página**

2.3.1 Discapacidad física **Página**

2.3.2 Discapacidad sensorial **Página**

2.3.3 Discapacidad psíquica **Página**

2.4 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD **Página**

2.5 LA DISCAPACIDAD EN NÚMEROS **Página**

2.1. EL COMPONENTE SOCIAL DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD: EVOLUCIÓN

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia. Durante los últimos años, hemos visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades.

Esta evolución se ha visto acompañada de avances paralelos tanto en el tratamiento médico como en la inserción social de este colectivo. En el [siguiente esquema¹](#) presentamos un breve recorrido histórico, que muestra cómo las personas con discapacidad han pasado de ser rechazadas y perseguidas, hasta el reconocimiento de la importancia y de la necesidad de su inserción social como medio integrador y rehabilitador para el individuo y enriquecedor para la sociedad.

Fue a principios del S. XV cuando se crearon los primeros psiquiátricos, cuya finalidad era la de rehabilitar las personas con discapacidad psíquica desde una perspectiva puramente médica. Sin embargo, ello llevó a un internamiento masivo y cronificado de estas personas. Como decía Foucault “*Se abandonó la concepción religiosa de la enfermedad pero se fabricó la locura*”. Otras tipologías de discapacidad, como la física o la sensorial, se consideraban como punición de Dios, como una vergüenza, y por tanto ni se trataban ni se deseaba su inserción social. Simplemente se escondían.

A principios del S. XX, la evolución del tratamiento médico a un enfoque más asistencial, generó la estigmatización de las personas con discapacidad que aún persiste en nuestra sociedad. Seguramente, habremos oído frases como “pobrecito”, “es que no sabrá hacerlo solo”, “es mejor que esté en un centro más protegido”..., cuando se habla de una persona con discapacidad.

¹ “*Les desigualtats socials entre la població catalana amb discapacitats*”. Colectivo Ioé. 2004.

GUÍA PARA CONSEGUIR UNA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES INCLUSIVA EN LAS ORGANIZACIONES



¿QUÉ DEBEMOS SABER SOBRE DISCAPACIDAD?

2

Ante este panorama de desconocimiento, prejuicio y miedo a la diferencia, no es hasta mitades del S. XX cuando se reconoce que el contexto social es uno de los factores determinantes en el nivel de las limitaciones que la persona presenta, pudiendo potenciarlas o mitigarlas.

Fases de la evolución del concepto de discapacidad, así como de su consideración y tratamiento social:

Época	Enfoque	Tratamiento	Actitud a nivel social
En las culturas antiguas	Enfoque mágico-religioso: la locura y los grandes trastornos físicos o sensoriales son debido a la intervención de poderes sobrehumanos que ponen a prueba o castigan a las personas por algún mal cometido.	Remedios: magia e intervención de brujos y Chamanes, masajes, baños, hierbas...	Objeto de rechazo y a veces causa de muerte. Postración pasiva y culpabilizada.
Desde el s.XV	Enfoque técnico y secularizado: la discapacidad como resultado de fenómenos naturales (accidentes) que requieren una terapia adecuada, igual que otras enfermedades.	Instituciones manicomiales orientadas a la rehabilitación con tratamientos que persiguen la inserción social de los pacientes.	Internamiento masivo , las tareas terapéuticas fueron sustituidas por la custodia y cronificación de los atendidos.
Finales s.XIX y II Guerra Mundial	Enfoque médico y asistencial: Identificación y explicación de muchos trastornos, relacionados con factores físicos (bioquímicos, traumáticos o perinatales) como psíquicos (formas de aprendizaje o socialización infantil).	Atención educativa y asistencial. Implicación del estado. Creación de "Centros especiales" de educación y ocupación.	Efecto estigmatizador: Prevalen las etiquetas y una política paternalista que refuerza la dependencia respecto a las instituciones y el desarrollo de nuevas formas de discriminación social y laboral.
2ª Mitad del s.XX	Se pone acento en el origen social de la discapacidad, prevención, rehabilitación e inserción comunitaria.	Se favorecen centros de salud y servicios comunitarios. Se defiende la inclusión y normalización escolar y laboral con el soporte que sea necesario.	Movimiento social, a través de asociaciones , formadas por personas con discapacidad y familiares, que defienden los derechos de las persona con discapacidad.

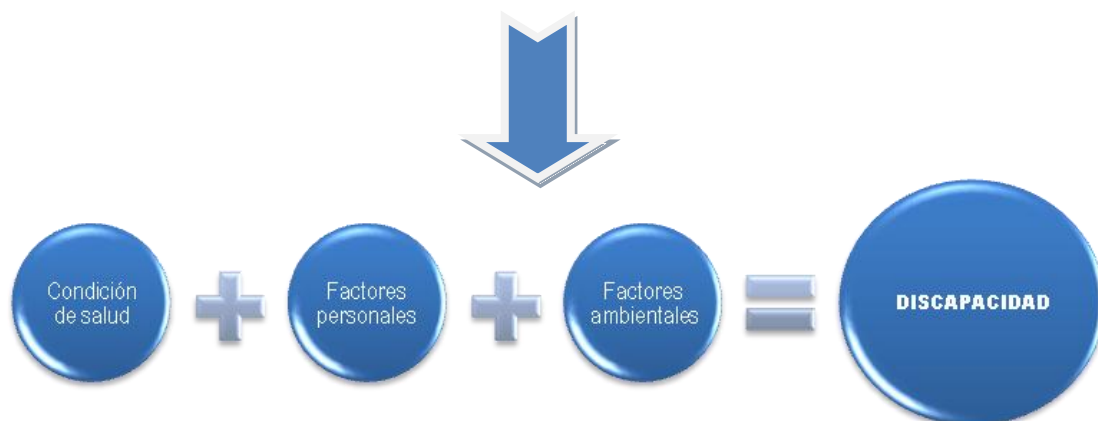
LOS CIUDADANOS DEL SIGLO XXI DEBEMOS PRESTAR ATENCIÓN A LA PERSONA Y NO A LA DISCAPACIDAD Y SER CONSCIENTES QUE TODO EL MUNDO ESTÁ, EN ALGÚN MOMENTO, DISCAPACITADO

2.2. EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

En la actualidad es posible hallar concurrencia de diferentes perspectivas y enfoques sobre discapacidad en cada país. Ello es debido no sólo a las diferentes culturas, sino también a los diferentes niveles de compromiso de entidades, ciudadanos y gobiernos para crear entornos accesibles y para garantizar la inserción socio-laboral de este colectivo, entre otras razones.

Sin embargo, en 2001, la **Organización Mundial de la Salud**, con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece una 2ª Clasificación Internacional, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud, en la que ofrece la siguiente definición:

“TÉRMINO GENÉRICO QUE INCLUYE DÉFICIT, LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN. INDICA LOS ASPECTOS NEGATIVOS DE LA INTERACCIÓN ENTRE UN INDIVIDUO (CON UNA CONDICIÓN DE SALUD) Y SUS FACTORES CONTEXTUALES (FACTORES AMBIENTALES Y PERSONALES)”



Esta definición aporta un gran cambio al concepto de discapacidad: se pasa de una concepción estática, en la que sólo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, a una concepción dinámica, en la que también los factores ambientales y personales jugarán un rol esencial.

De esta forma, la discapacidad no es sólo una condición de salud propia de la persona, sino el **resultado de la interacción entre las limitaciones humanas y el medio en el que nos desenvolvemos**. Se reconoce el **contexto social como factor determinante en la discapacidad de una persona**.

EJEMPLO

- Podemos encontrar con 2 personas que presentan una misma condición de salud (paraplejía en ambas extremidades inferiores llevándolos a ser usuarios de silla de ruedas), y en cambio, presentan diferentes capacidades, y, en consecuencia, diferentes dificultades en el desempeño de actividades sociales, laborales o personales.
- Y es que a pesar de presentar una misma condición de salud, los factores personales y contextuales de cada uno de ellos son diferentes, lo que hace variar su discapacidad. Podríamos encontrar que el primero de ellos, dispone de formación universitaria (factores personales) y vive en una ciudad con buena accesibilidad urbana y con políticas de integración (factores contextuales). Estos factores actuarán como facilitadores en el desarrollo de la persona. En cambio, podría darse el caso, que el segundo viva en un país en vías de desarrollo, carente de políticas de integración y accesibilidad urbana (factores contextuales), y con baja calificación formativa (factores personales). En este caso, los factores actuarán obstaculizando su participación social.

2.3. TIPOS DE DISCAPACIDAD

Para la clasificación de la discapacidad nos basaremos en el *Real Decreto 1972/1999, de 23 de diciembre, por el que se determina el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.*

Las discapacidades pueden clasificarse en 3 grandes grupos diferenciados entre sí:



2.3.1 Discapacidad Física

La discapacidad física es una deficiencia de tipo motórico y/o visceral. En el siguiente cuadro presentamos una breve clasificación:

- **Sistema músculo esquelético** (deficiencias articulares, amputaciones...)
- **Sistema nervioso** (epilepsia, tetraplegia, paraplegia...)
- **Aparato respiratorio** (asma, trasplante de pulmón, fibrosis quística...)
- **Sistema cardiovascular** (cardiopatías, arritmias...)
- **Sistema hematopoyético y sistema inmunitario** (anemias, Inmunodeficiencias no secundarias a infección por VIH...)
- **Aparato digestivo** (enfermedad del hígado, incontinencia...)
- **Aparato genitourinario** (deficiencias del riñón, incontinencia urinaria...)
- **Sistema endocrino** (hipertiroidismo, diabetes...)
- **Piel y anejos** (soriasis...)
- **Neoplasias** (tumor)

2.3.2 Discapacidad Sensorial

2.3.2.1 Discapacidad Sensorial auditiva

La discapacidad auditiva es un término amplio que se refiere a la carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva total o parcial.

Dependiendo del momento en el que se produzca la discapacidad, y en función de factores como la adecuación del proceso educativo y/o rehabilitador, podemos encontrar personas que realicen lectura labio-facial y que se comuniquen oralmente, y otras que se comuniquen a través del lenguaje de signos.

- **Sordera prelocutiva:** anterior a la adquisición del lenguaje
- **Sordera postlocutiva:** posterior a la adquisición de lenguaje (sobre los 3 años)

Existen diversos criterios para clasificar las diferentes tipologías de pérdida auditiva o sordera, según: la localización de la lesión, de las causas de la pérdida auditiva, del grado de pérdida auditiva o de la edad del comienzo de la sordera.

En este manual proponemos la clasificación por los niveles de pérdida auditiva basada en la medición de la unidad “decibelio (dB)” (BIAP, Bureau International d’Audiophonologie) que nombramos a continuación:

- Hipoacusia leve (20-40 dB.)
- Hipoacusia moderada (40-70 dB.)
- Hipoacusia severa (70-90 dB.)
- Sordera (+ 90 dB.)

Con el objetivo de entender mejor algunas limitaciones de la discapacidad sensorial puede ayudarnos conocer las diferentes **variantes de las características de la pérdida auditiva**, que son:

- **Debilidad auditiva superficial:** Implica la pérdida de algunos sonidos, sin llegar a ser tan profunda como para afectar a la mayoría de los usos de la audición.
- **Debilidad auditiva media:** Implica que muchos sonidos no son escuchados (como sonidos ambientales o sonidos del lenguaje).
- **Pérdida bilateral significativa:** Implica una pérdida auditiva en ambos oídos; por lo que hay dificultades para escuchar y comprender el lenguaje (se escucha la voz, pero no se discrimina el mensaje).
- **Pérdida auditiva severa:** Implica que muchos sonidos no son escuchados, no se discriminan las palabras.
- **Pérdida profunda:** Implica que la mayoría de los sonidos no son escuchados.

2.3.2.2 Discapacidad Sensorial visual

La discapacidad visual es la carencia o afectación del canal visual de adquisición de la información.

La ONCE considera como persona ciega la persona que, desde ninguno de los dos ojos, puede contar los dedos de una mano a 4,50 metros de distancia, con gafas correctamente graduadas.

Se consideran **diferentes grados de limitación**:

- **Ceguera:**
 - **Ceguera total:** ausencia total de visión o como máximo percepción luminosa
 - **Ceguera parcial:** Visión reducida, que permite la orientación en la luz y percepción de masas uniformes. Estas restas visuales facilitan el desplazamiento y la aprehensión del mundo externo.
- **Baja visión:**
 - **Baja visión severa:** visión reducida que permite distinguir volúmenes, escribir y leer muy de cerca y distinguir algunos colores.
 - **Baja visión moderada:** Permite una lectoescritura si se adaptan unas ayudas pedagógicas y/o ópticas adecuadas.

2.3.3 Discapacidad Psíquica

2.3.3.1 Discapacidad Intelectual

La Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo ofrece en el año 2002, la siguiente definición:

“LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL SE CARACTERIZA POR LIMITACIONES SIGNIFICATIVAS EN EL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y EN LA CONDUCTA ADAPTATIVA, EXPRESADA EN HABILIDADES CONCEPTUALES, SOCIALES Y PRÁCTICAS. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL SE ORIGINA ANTES DE LOS 18 AÑOS”.

Dicha definición evalúa a la persona utilizando un enfoque multidimensional (capacidad intelectual, conducta adaptativa, participación, interacción y red social, salud y contexto), superando las dificultades de la evaluación única de las habilidades adaptativas.

Por lo tanto, **la discapacidad intelectual** se diagnostica a partir de la consideración del:

- **Funcionamiento intelectual.** Se entiende por INTELIGENCIA la capacidad mental general.
 - Las personas con discapacidad intelectual (PcDI) presentan especial dificultad en la comprensión de ideas complejas, así como en la capacidad de razonar (formulación hipótesis y resolución de problemas).
 - Asimismo, suelen presentar un proceso de aprendizaje lento.
- **Funcionamiento de conducta adaptativa:** Por comportamiento adaptativo nos referimos al conjunto de habilidades que las personas han aprendido para desenvolverse en su vida diaria; de esta forma no es suficiente tener un funcionamiento intelectual significativamente bajo, sino que también debe sustentarse la conducta adaptativa significativamente baja.

- Finalmente, el último criterio diagnóstico sería el origen de la discapacidad intelectual (DI) antes de los 18 años. El origen más frecuentes de la DI es antes del nacimiento como el Síndrome de Down, el Síndrome X frágil, afecciones genéticas, etc. También encontramos que algunas de las causas se originan durante el parto o después de nacer, por alguna lesión cerebral; en niños mayores se pueden deber a lesiones graves en la cabeza, accidentes cerebro-vasculares o ciertas infecciones.

En la DI, a parte de la capacidad intelectual, hay otras áreas que pueden verse afectadas, como:

- La psicomotricidad
- Labilidad emocional
- La atención-concentración
- Orientación espacial
- Conciencia de la propia discapacidad

La clasificación de la DI utilizada en España para el reconocimiento del certificado de minusvalía distingue los siguientes niveles:

- **Inteligencia Límite**
- **Retraso Mental Leve**
- **Retraso Mental Moderado**
- **Retraso Mental Grave y/o profundo**

2.3.3.2 Trastorno Mental

El concepto de *enfermedad mental* resulta difícil de definir de forma unificada, debido a que presenta un alto número de patologías de muy diferente índole, con mayor o menor gravedad, por lo que se debería hablar de cada enfermedad o trastorno de forma individual porque afecta de forma diferente a cada persona.

Acercándonos a la definición de trastorno mental (en el que se basa la CIE-10 de la OMS y la DSM-NITR Asociación Psiquiátrica Americana), decimos que se trata de:

“UNA ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS COGNITIVOS Y AFECTIVOS DEL DESARROLLO QUE SE TRADUCE EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, DEL RAZONAMIENTO, DE LA ADAPTACIÓN A LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE LA COMPRENSIÓN DE LA REALIDAD”

La CIE-10 establecida por la OMS, es una clasificación muy amplia de trastornos (de la personalidad, del sueño, adaptativos, de la ansiedad, del control de impulsos, amnésicos, etc.), entre los cuales señalamos aquellos que tienen mayor incidencia en la población, como son:

- **DEPRESIÓN:** Está caracterizada por la pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, y la disminución de la vitalidad, llevando a la reducción del nivel de actividad y al cansancio exagerado.

Dentro de episodios depresivos, pueden también manifestarse síntomas como:

- ✓ disminución de la concentración y la atención,
- ✓ la pérdida de confianza de uno mismo,
- ✓ sentimientos de inferioridad,
- ✓ ideas de culpa y de no ser útil,
- ✓ perspectiva sombría del futuro,
- ✓ pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones,
- ✓ trastornos de sueño y la pérdida de apetito.

- **TRASTORNO BIPOLAR:** Definido por la CIE-10 como: “trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en:
 - ✓ una exageración del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hopomanía),
 - ✓ y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).”

- **ESQUIZOFRENIA:** Según la CIE-10: “se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas.”
 - ✓ En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.
 - ✓ El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

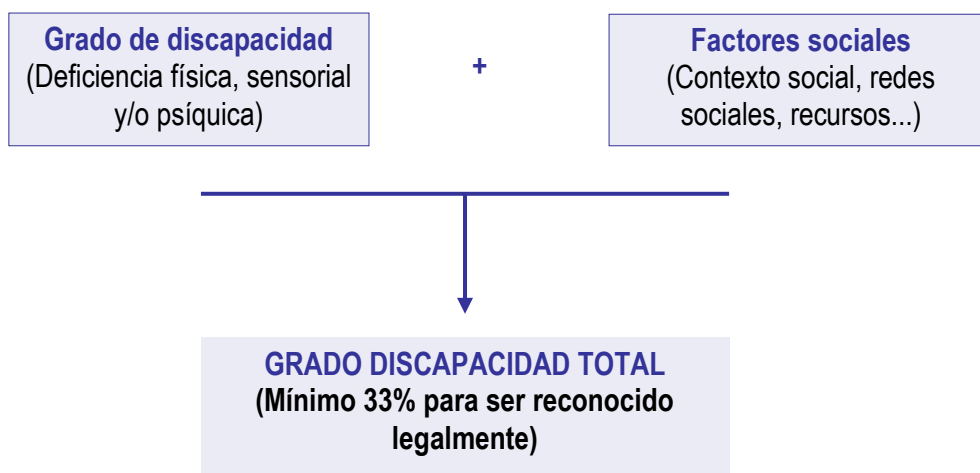
- **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** De la que la CIE-10 dice que: “la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente”. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.”
 - ✓ Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

2.4. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

El certificado de discapacidad es un documento oficial, destinado a personas con discapacidad psíquica, física o sensorial, que acredita la condición de persona con discapacidad. Es necesario tener reconocido un grado mínimo del 33% para que el certificado permita el acceso a ayudas sociales, para la contratación de la persona a través de empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) y para el cómputo de estos trabajadores a efecto de cumplimiento de la LISMI.

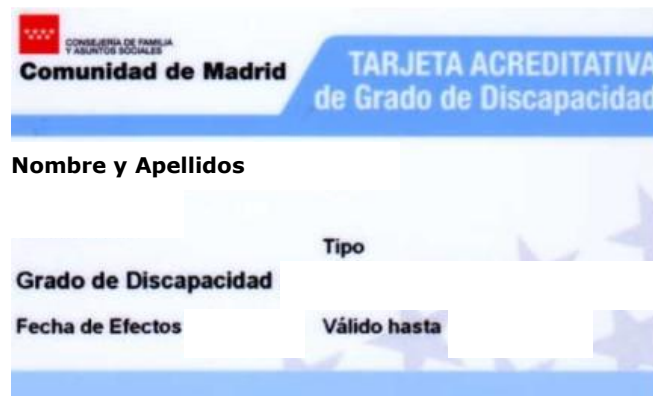
La finalidad de este certificado es compensar las desventajas sociales que la discapacidad implica, proporcionando acceso a derechos y prestaciones, con vistas a equiparar oportunidades.

La valoración se realiza en un tribunal formado por un médico, un psicólogo y un trabajador social. A parte de la propia limitación física, sensorial y/o psíquica, se tienen en cuenta los factores sociales característicos de la persona, que obstaculizan o favorecen su desarrollo.



Con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan acreditarse como tales ante la administración o para el acceso a bienes y servicios en condiciones especiales reservadas para ellas, de forma ágil, práctica, y manteniendo la protección de datos personales, se crea, en 2009, una tarjeta acreditativa de discapacidad.

Las competencias para la calificación del grado de discapacidad se han transferido a cada una de las comunidades autónomas. En la siguiente imagen, presentamos una tarjeta acreditativa de discapacidad y certificado de discapacidad de la Comunidad de Madrid:



GUÍA PARA CONSEGUIR UNA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES INCLUSIVA EN LAS ORGANIZACIONES



¿QUÉ DEBEMOS SABER SOBRE DISCAPACIDAD?

2



Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

06-102707-6308
01/00133872/2010/001/21

GRADO DE MINUSVALÍA

(R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre, ORDEN 710/2000 de 8 de mayo de la
Consejería de Familia y Asuntos Sociales)

LA DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES (En virtud del R.D. 938/95 de 9 de Junio)

En relación con la solicitud de Reconocimiento del Grado de Minusvalía,
visto el Dictamen Técnico emitido por el equipo de Valoración y Orientación
nº 04 del Centro Base nº 01, de la Comunidad de Madrid, donde se expresa
que:

Nombre y Apellidos con D.N.I./N.I.E. nº en la aplicación de baremos vigentes, presenta un

GRADO DE MINUSVALÍA de %

Y a todos los efectos de derechos, beneficios o servicios que conforme a la
legislación vigente puedan corresponderle,

RESUELVE: RECONOCER a D/Dª **Nombre y Apellidos** un

GRADO TOTAL DE MINUSVALÍA DEL %
BAREMO DE MOVILIDAD :
TIPO DE MINUSVALÍA :

Desde el **Fecha**

Validez hasta **Fecha**

Se podrá instar revisión del grado por agravamiento o mejoría transcurrido
un plazo mínimo de 2 años desde la fecha de esta resolución, salvo
circunstancias contempladas en Art. 11.2 del R.D. 1971/1999 y el Art. 8 de
la orden 710/2000.

Contra la presente resolución, el interesado podrá interponer reclamación
previa a la vía jurisdiccional social, de conformidad con el Art. 71 del
texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (R.D.L. 2/1995, de 7 de
Abril, BOE 11/4/95) en el plazo de treinta días hábiles contados a partir
del siguiente al de recepción de la misma, mediante escrito dirigido a la
Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Madrid,
LA DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES
PD: SUBD. GRAL. RECURSOS Y PROG. PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD
Resolucion N°: 3288/06

GUÍA PARA CONSEGUIR UNA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES INCLUSIVA EN LAS ORGANIZACIONES



¿QUÉ DEBEMOS SABER SOBRE DISCAPACIDAD?

2



Dirección General de Servicios Sociales
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

08-432706.5/08
01/003396/2008/CHI/1

DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO

El equipo de valoración y orientación nº 04 del Centro Base nº 01 de la Comunidad de Madrid, en la Junta celebrada el día 21 de OCTUBRE de 2008 a las 09:00 emite el siguiente

DICTAMEN

(**Nombre y Apellidos**) , con D.N.I./N.I.E. nº **470131** , nacido/a el **08**
(**Fecha**) , en el momento del reconocimiento presenta:

(**Deficiencia + Diagnóstico + Etiología**)

correspondiéndole, por estos conceptos y en aplicación de los Baremos de Valoración de Discapacidades aprobados por Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre (B.O.E de 26 de Enero de 2000) y Corrección de Errores del R.D. 1971/199 (B.O.E. de 13/03/2000), un

GRADO DE DISCAPACIDAD GLOBAL DEL 33%

Asimismo, examinadas las circunstancias que concurren y aplicados los Baremos Sociales, se establece una puntuación por

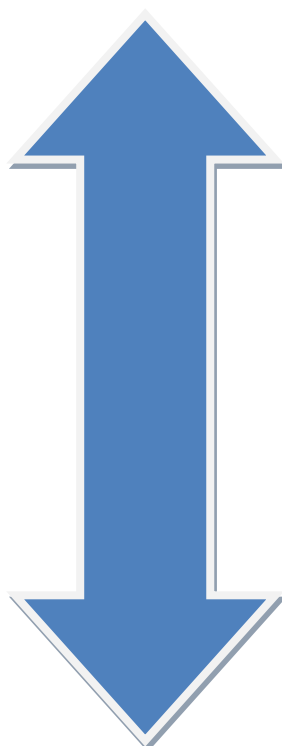
FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS de 4 puntos

por lo que, en conjunto, se reconoce un

GRADO TOTAL DE MINUSVALIA DEL (**%)
BAREMO DE MOVILIDAD :**

(Validez hasta **21/OCTUBRE**)

UN CIERTO CONOCIMIENTO SOBRE DISCAPACIDAD AYUDARÁ A PRL A CONOCER Y ENTENDER LAS LIMITACIONES QUE EL NUEVO TRABAJADOR PODRÍA ENCONTRAR EN SU PUESTO DE TRABAJO, EVITANDO RIESGOS QUE PODRÍAN PERJUDICARLE A ÉL O AL RESTO DE SUS COMPAÑEROS, Y A VALORAR LAS ADAPTACIONES QUE DEBAN REALIZARSE EN SU PUESTO DE TRABAJO.



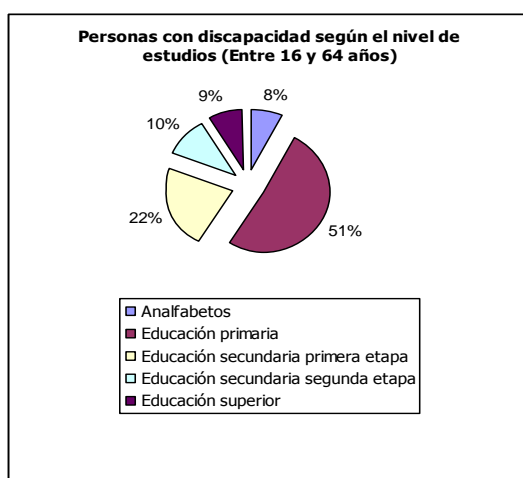
EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD FORMA PARTE DE LOS DATOS CONFIDENCIALES DE LA PERSONA Y, POR LO TANTO, EL TITULAR TIENE DERECHO A NO MENCIONAR QUE DISPONE DE ÉL. EN EL CASO DE QUE SÍ LO HICIERA, LA DOCUMENTACIÓN QUE PUEDE MANEJAR LA EMPRESA, ES EXCLUSIVAMENTE LA HOJA DEL CERTIFICADO QUE DETERMINA LA CONDICIÓN DE PERSONA CON DISCAPACIDAD, BAJO LAS GARANTÍAS DE: CONSENTIMIENTO EXPRESO, CONFIDENCIALIDAD, Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS SEGÚN LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. NUNCA

2.5. LA DISCAPACIDAD EN NÚMEROS

La “Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia” y la “Encuesta sobre las personas con discapacidad y su relación con el empleo” realizadas ambas por el Instituto Nacional de Estadística en 2008 y 2002 –respectivamente- son, en la actualidad, los estudios de referencia sobre las características de las personas con discapacidad más utilizados en España.

Según estos estudios:

- **HAY 3,85 MILLONES DE ESPAÑOLES CON DISCAPACIDAD:** esta cifra supone el 9% de la población.
- **EL 59,8% DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SON MUJERES:** Este porcentaje es debido a una mayor proporción de mujeres con discapacidad mayores de 45, y a una mayor mortalidad masculina en edades avanzadas.
- **LAS DEFICIENCIAS OSTEOARTICULARES (39,3%), AUDITIVAS (23,8%), VISUALES (21%) Y MENTALES (19%) SON RESPONSABLES DE LA MAYORÍA DE DISCAPACIDADES**
- **MÁS DEL 80% DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD NO HA FINALIZADO LA EDUCACIÓN SECUNDARIA**



El motivo de la falta de formación no sólo viene determinado por discapacidades que pueden limitar la capacidad de aprendizaje, sino que se deben tener en cuenta las dificultades presentadas para acceder a la formación reglada y no reglada en entornos adaptados y accesibles.

- **LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES SENSORIALES SON LAS QUE CUENTAN CON UN MAYOR NIVEL DE ESTUDIOS**
- **SÓLO 3 DE CADA 10 PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EN EDAD DE TRABAJAR SE MANTIENE ACTIVO EN EL MUNDO LABORAL**
- **LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN EL PROCESO DE INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SON²:**
 - ✓ Las carencias de formación reglada y la falta de experiencia
 - ✓ El proteccionismo familiar
 - ✓ Los prejuicios y las barreras sociales
 - ✓ La falta de información y sensibilización sobre el fenómeno de la discapacidad
 - ✓ El desconocimiento de las adaptaciones que se pueden realizar en los puestos de trabajo
 - ✓ La falta de accesibilidad al puesto de trabajo