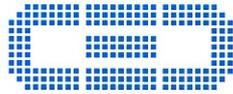


**LA POBLACIÓN MAYOR CON DISCAPACIDAD A  
TRAVÉS DE LA ENCUESTA SOBRE  
DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y  
ESTADO DE SALUD DE 1999.  
APLICACIÓN EN EL PAÍS VASCO**

Ainhoa Alustiza

**283**



Centre d'Estudis Demogràfics

**LA POBLACIÓN MAYOR CON DISCAPACIDAD A  
TRAVÉS DE LA ENCUESTA SOBRE  
DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y  
ESTADO DE SALUD DE 1999.  
APLICACIÓN EN EL PAÍS VASCO**

Ainhoa Alustiza

283

L'article va ser presentat com a comunicació en el *48º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* i en el *2ª Congreso de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología*. Pamplona, 14-17 de juny de 2006.

L'autora ha gaudit d'una *Beca de Formació d' Investigadors del Govern Basc*.

Centre d'Estudis Demogràfics

2006



**ALUSTIZA, Ainhoa.- La població d'edat avançada amb discapacitat a partir de la “Enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut de 1999). Aplicació al País Basc**

**Resum.-** Les fonts estadístiques referents a l'estat de salut en general i als efectes de les seves deficiències en particular han estat desenvolupades de forma recent. La llar constitueix el lloc escollit per la gran majoria de les persones que pateixen problemes funcionals i la família segueix essent la institució que proporciona, en un major grau, l'atenció i la cura requerides per les persones que presenten problemes de salut i de minusvalidesa (incapacitat). En aquest sentit, la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES) duta a terme per l'INE l'any 1999 constitueix una de les primeres operacions d'estadística de gran envergadura que estudia la relació entre els problemes de salut i les funcions que afecten. És, a més, l'única font de dades que proporciona informació sobre l'estat de la població que conviu a la pròpia llar i sobre les cures i atencions que s'hi proporcionen. Tenint en compte aquestes consideracions, el present treball té com a objectiu mostrar el potencial de la citada enquesta com a font d'informació per a realitzar-ne valoracions així com alguns resultats obtinguts pel País Basc.

**Paraules clau.-** Incapacitat, persones grans, EDDES, País Basc.

**ALUSTIZA, Ainhoa.- La población mayor con discapacidad a través de la “Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999”. Aplicación al País Vasco**

**Resumen.-** Las fuentes estadísticas relativas al estado de salud en general y de los efectos de sus deficiencias en particular han sido desarrollados recientemente. El hogar constituye el lugar elegido por la gran mayoría de las personas que presentan problemas funcionales y la familia sigue siendo la institución que proporciona en mayor medida la atención y los cuidados requeridos por las personas que presentan problemas de salud y de discapacidad. En este sentido, la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES) realizada por el INE en 1999 constituye una de las primeras operaciones de estadística de gran envergadura que estudia la relación entre los problemas de salud y las funciones a las que afectan. Es además la única fuente de datos que proporciona información sobre el estado de la población que convive en su propio hogar y sobre los cuidados que se proporcionan en él. Teniendo en cuenta estas consideraciones, el presente trabajo tiene como objetivo mostrar el potencial de dicha Encuesta como fuente de información para realizar valoraciones al respecto así como algunos de los resultados obtenidos para el País Vasco.

**Palabras Clave.-** Discapacidad, mayores, EDDES, País Vasco.

**ALUSTIZA, Ainhoa.- The elderly population with disability across the " Survey on disabilities, deficiencies and state of health of 1999 ". Application to the Basque Country**

**Abstract.-** Statistical sources about general health state and about its negatives effects (deficiencies) in particular had been developed only recently. The household is the chosen place by most of the people with functional problems and the family continues supplying, to a great extent, people with health and disability problems most of the required attention and personal care. In this sense, the Disabilities, Deficiencies and Health Survey carried out by the National Statistics Institute in 1999 represents one of the first statistical source with such a great significance that studies the relation between health problems and the function on which those problems affects. It is the only data source that provides information about people living together with the disabled person and the health care provided inside the household. Taking into account those considerations, the objective of the present article is to show the potential of this Survey as an important information source to study this topic. At the same time, we will show some examples of its possible applications on the area of the Basque Country.

**Keywords.-** Disability, elderly, EDDES, Basque Country.

# LA POBLACIÓN MAYOR CON DISCAPACIDAD A TRAVÉS DE LA “ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADO DE SALUD DE 1999”. APLICACIÓN EN EL PAÍS VASCO

**Ainhoa Alustiza**

## **1.- Presentación**

En este trabajo se presenta una fuente de datos, una macro-encuesta, que muchos de ustedes ya conocerán, llevada a cabo en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) con el nombre de Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) y que constituye una fuente de información sin precedentes para el estudio del estado de salud en general y otros problemas más concretos (discapacidad, dependencia) que surgen de ella.

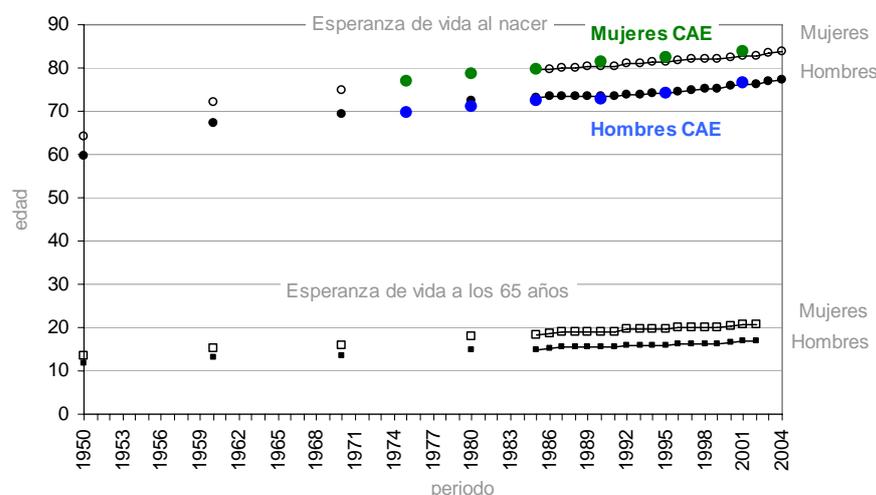
El trabajo desarrollado con esta fuente de datos lleva a considerar la EDDES como una herramienta útil y práctica para llevar a cabo una primera valoración del estado de salud en general y, más concretamente, de la discapacidad y dependencia, ya sea para el conjunto de la población como para el caso de la población mayor. En mi opinión, una buena evaluación de la situación general de la población mayor constituye un punto de partida imprescindible y precisa para contextualizar y proporcionar sentido a cualquier estudio de casos particulares que se realice posteriormente.

La única operación estadística realizada con antelación a la EDDES en este tema y comparable por su trascendencia fue la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, elaborada en 1986 también por el INE en colaboración con el IMSERSO. Fue la primera encuesta de gran envergadura a través de la cual se pudo estudiar la interrelación entre los problemas de salud y las estructuras y funciones corporales a las que afectaban. Así mismo, se elaboraron indicadores tales como la Esperanza de Vida en Salud o Libre de Discapacidad, que fueron calculados directamente por primera vez, permitiendo así llevar a cabo comparaciones a nivel internacional y establecer las bases para la construcción de series históricas en el futuro.

El estudio de la salud en general y de los problemas en los que se concreta esta, las deficiencias y las discapacidades, es muy reciente. Las fuentes estadísticas sobre este tema fueron creadas, en comparación con otras como las series de defunciones o de nacimientos, muy tarde, tanto en España como en el resto de países más desarrollados. Tanto aquí como en dichos países existe un contexto histórico y socioeconómico que sólo muy recientemente ha acentuado el interés público y la necesidad técnica de obtener información estadística sobre la discapacidad.

Existen diferentes fenómenos históricos puntuales compartidos por la mayor parte de los países más desarrollados que han intensificado dicho interés, como por ejemplo el aumento de la supervivencia y de la proporción de personas de 65 y más años, el aumento de los accidentes de tráfico y sus secuelas o el cambio en el grado de exigencia de la calidad de vida.

**Figura 1.- Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años. España, 1950-2004**



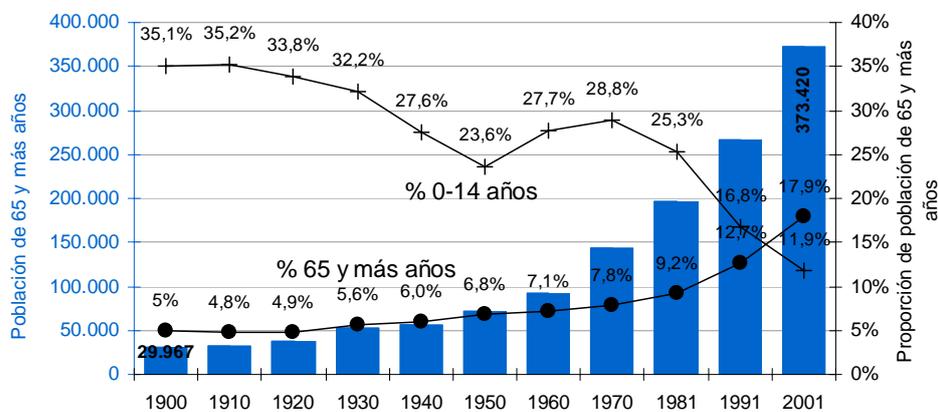
Fuente: Eurostat y Eustat.

A pesar de que hacia los años 80' se preveía que las mejoras que se estaban obteniendo en relación a la esperanza de vida iban a concluir, estas, y contra todos los pronósticos, han continuado sucediéndose. La esperanza de vida en los países desarrollados actualmente es cercana e incluso superior a los 80 años, con una tendencia ascendente y sostenida.

Paralelamente al retroceso de la mortalidad en las edades maduras y avanzadas que comenzó a ser notable a partir de los años 70' y 80', el descenso de la natalidad hizo que la

relación de las edades del conjunto de la población comenzara a dar un giro y que la proporción de personas mayores comenzara a ser más abundante que el de la población joven. Este fenómeno es conocido como envejecimiento demográfico y está alcanzando en los últimos años umbrales significativos. En 1994, por primera vez en la historia, el peso relativo de los mayores de 65 y más años supera a la de los jóvenes menores de 15 años. La tendencia ascendente de los primeros y a la baja de los segundos persiste hasta la actualidad, aunque parece que desde los años 2000 y 2001 las proporciones se mantienen estables.

**Figura 2.- Población de 65 y más años. Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) (valores absolutos y porcentajes)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE): Censos, varios años.

Así mismo, el grado de exigencia por la calidad de vida está aumentado notablemente y la evolución tecnológica del entorno hace que el contraste entre las situaciones de deficiencias resueltas o sin resolver sea cada vez más dramático.

Conviene insistir en que estamos ante un cambio sin precedentes. El aumento de la supervivencia constituye una revolución que, lógicamente, está afectando a nuestra estructura socioeconómica. Pero también está cambiando la significación de las distintas edades e incluso de nuestros cuerpos. Y es precisamente por eso, por la mejora de la vida media y el estado físico colectivo por lo que las situaciones individuales de impedimento para realizar las mismas cosas que hacen nuestros semejantes reclaman hoy mucha más atención que antaño. La discapacidad, resulta un asunto de creciente importancia social. En el pasado sus efectos eran considerados una fatalidad inevitable pero ahora lo han dejado de ser para convertirse en motivo de investigación y políticas de apoyo y tratamiento.

Un cambio, del que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han hecho eco, sobre todo, desde de finales de los 70' y principios de los 80'. A partir de este momento se comienzan a plantear los aspectos cualitativos de la mejora de la esperanza de vida. Si hasta entonces el objetivo primordial era el de ganar 'años a la vida', a partir de aquí se comenzará a cuestionar el tipo y las condiciones de los años que se están ganando. Esta reflexión lleva a priorizar la ganancia de 'vida a los años' tanto o más que la obtención de 'años a la vida'. De esta forma se pone encima de la mesa el debate sobre las implicaciones que podría estar generando el progresivo aumento de la esperanza de vida sobre la calidad de vida en edades avanzadas.

*“Increased longevity without quality of life is an empty prize,  
i.e. health expectancy is more important than life expectancy”  
(Dr. Nakajima, en OMS, 1997).*

Es aquí, ante un nuevo contexto socioeconómico del mundo desarrollado 'postindustrial' que viene perfilándose desde los años ochenta donde se enmarca esa primera Encuesta de 1986 sobre discapacidades, y posteriormente, en 1999, la segunda.

## **2.- Objetivos y aspectos ventajosos de la EDDES**

El principal objetivo de dicha encuesta consistía en obtener información sobre el número de personas que perciben alguna discapacidad, las características de éstas y la situación de las personas con discapacidades. Pero dada la magnitud que alcanza a través de cuatro diferentes cuestionarios el potencial que se deriva de la información recopilada no sólo se limita a contabilizar las personas que padecen alguna discapacidad o sus características.

Existen múltiples motivos que hacen que, dentro de este contexto al que hacemos referencia, el valor de la EDDES como herramienta de trabajo sea sumamente importante.

- Universo:

Por un lado, la importancia de esta operación estadística proviene del amplio universo sobre el que se basa la encuesta. Los datos recopilados pertenecen a las respuestas obtenidas de 207.701 entrevistas personales realizadas en 70.500 hogares españoles (incluidos Ceuta y Melilla), lo que supone alrededor del 0'54% del total de la población. En el caso del conjunto de las tres provincias vascas se realizaron 10.261 entrevistas en 3.526 hogares, manteniéndose la proporción de entrevistados (0'51%).

- **Ámbito poblacional:**

Otro de los aspectos que proporciona un valor añadido a la EDDES99 es el del ámbito poblacional al que se refiere, ya que se lleva a cabo a personas que viven en hogares familiares. Aunque este punto también constituye el punto flaco de la encuesta, ya que deja fuera de su ámbito de estudio a todas las personas que viven en viviendas colectivas, tales como residencias para ancianos, que a su vez, constituyen el colectivo que más problemas presentan, tenemos que tener en cuenta que el hogar es el lugar donde reside el mayor número absoluto de personas (sobre todo mayores) que presenta problemas o limitaciones funcionales.

El estudio de las personas que viven en sus hogares abre un abanico de opciones para la obtención de información relacionada a la persona afectada, como por ejemplo, las características sobre el tipo y la composición del hogar o los ingresos del mismo. La encuesta nos permite contemplar el estado de salud, en general, y la discapacidad, en particular, dentro del contexto familiar y no de forma aislada. Este es un aspecto que hasta ahora ha sido poco explotado y que no se recoge en fuentes de otro tipo.

- **Opinión del entrevistado:**

Otra de las características de la EDDES es que las respuestas de los entrevistados recogen la opinión subjetiva de la propia persona. Los casos en los que se responde afirmativamente a la pregunta de si el sujeto padece algún tipo de discapacidad se basan en la percepción subjetiva del entrevistado mismo y no en valoraciones de profesionales multidisciplinares.

Este tipo de valoraciones son llevadas a cabo, en general, para conseguir documentos, como el Certificado de Minusvalía, a través del cual se obtienen diversos beneficios sociales y económicos. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la existencia de problemas o limitaciones en algunas actividades no implica que dichas personas posean una evaluación médica o psicológica oficial de su situación. Aunque una explicación profesional ayuda a entender ciertos aspectos de la salud propia, se entiende que cada entrevistado (o en su caso, la persona que responde por él) conoce las actividades en las que se encuentra limitado o presenta algún tipo de problema.

- Cuatro cuestionarios y alto grado de detalle:

El grado de detalle de los cuatro cuestionarios que componen la EDDES constituye otro de los puntos clave. La encuesta abarca una cantidad de información considerablemente superior a su predecesora y profundiza en cuestiones tan significativas como la severidad de cada una de las discapacidades.

Como se ha señalado la EDDES cuenta con cuatro cuestionarios distintos.

- El cuestionario de HOGARES, que permite conocer datos sobre los miembros del hogar así como la composición y el tipo de hogares en los que conviven;
- El cuestionario de DISCAPACIDADES y DEFICIENCIAS, a través del cual se recoge información sobre la persona objeto de estudio así como de las características de las deficiencias y discapacidades que padece.
- Para los menores de 6 años se diseñó el cuestionario de LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS.
- El cuarto cuestionario, el de SALUD, recopila información sobre cuestiones relacionadas con la salud, hábitos, características antropométricas... a una persona seleccionada aleatoriamente en el hogar. De esta forma, la EDDES abarca un abanico de temas y materias que abren múltiples posibilidades en el estudio de la discapacidad y la salud en general.

- Conceptos acordes a recomendaciones OMS:

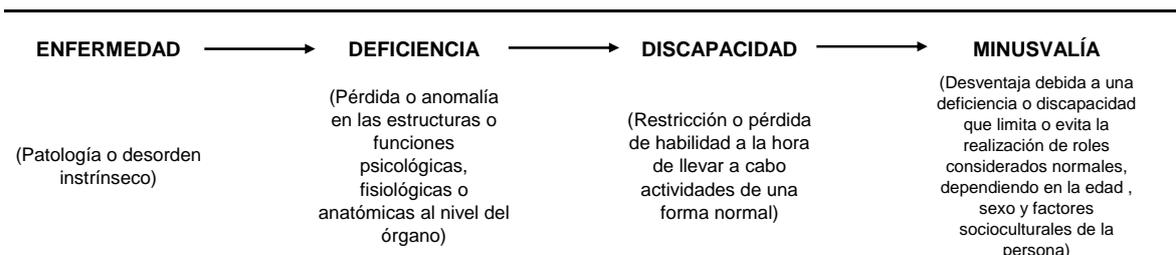
Las definiciones adoptadas por la EDDES se acoplan a las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que permitiría, en un principio, comparaciones a nivel internacional.

No obstante, la EDDES se basa en la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-80) de 1980 y existe otra versión posterior revisada y presentada justo a dos años de la realización de la misma, en mayo de 2001. A partir del momento de la nueva publicación, ésta se convierte en la base y referencia de la gran mayoría de trabajos de las distintas disciplinas que se realizan en el campo de la salud y la discapacidad. La nueva clasificación toma el nombre de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” y es conocida como “CIF”.

¿Cuáles son las grandes diferencias que presentan estas dos clasificaciones?

Ambas clasificaciones tienen como uno de los objetivos principales la misión de “brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”.

**Tabla 1.- Modelo de Discapacidad de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980**



Fuente: OMS, 1983.

**Tabla 2.- Modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001**

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras / Obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

Fuente: OMS, 2001.

La clasificación de 1980 fue presentada por la OMS como un manual para el estudio de las consecuencias de enfermedades y la de 2001, sin embargo, pretendía ser una herramienta útil para el estudio de los componentes de la salud (no solo las consecuencias de las enfermedades) en el que se incluye el proceso de discapacidad.

Por otro lado presentan diferencias en cuanto a los términos conceptuales que emplean. En el primero de ellos emplea cuatro conceptos claves para explicar el proceso de

discapacidad: el de enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía, definidos de la forma en la que aparece en la diapositiva de la pantalla.

El CIF incorpora para el 2001 varios cambios en cuanto a los términos centrales de su nuevo modelo, en el que destaca la desaparición del término ‘minusvalía’. El título de la propia clasificación revela la importancia que se otorga al término de funcionamiento, que engloba las funciones corporales, los componentes de participación y actividad y otros factores contextuales, como los del entorno y los personales. De esta forma, el funcionamiento y la discapacidad de las personas son concebidos por la CIF como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales.

En todo caso, la EDDES incorpora los conceptos de deficiencia y discapacidad propuestos por la OMS en 1980 y clasificadas de acuerdo a los criterios de dicho documento.

Además, la encuesta evita incluir en su cuestionario el término ‘minusvalía’ y aborda las desventajas que se han podido originar estudiando diferentes ámbitos del entorno social del afectado.

### **3.- Algunos ejemplos de los resultados obtenidos a través de la EDDES**

La elaboración de una macroencuesta como la EDDES responde a múltiples inquietudes, a necesidades implícitas y a propósitos por satisfacer. Los datos que se recopilan en una operación de estas características obedecen a una necesidad por obtener información de carácter social que refleje la situación actual de las personas que padecen alguna discapacidad y las consecuencias que produce dicha situación, así como de la salud de la población en general. Todo ello, con el objetivo de planificar y proyectar políticas sociales dirigidas a prevenir en la medida de lo posible el inicio de cualquier problema que sea susceptible de prevención, de paliar y eliminar las desventajas originadas y de planificar la ayuda necesaria a todos aquellos que así lo requieran.

De acuerdo a los múltiples objetivos que se plantean a la hora de diseñar la EDDES, la cantidad de datos obtenidos a través de sus cuestionarios y la aplicabilidad de los mismos es muy amplia. A continuación mostraré algunos de los objetivos concretos que persigue despejar la encuesta, así como ejemplos de los resultados obtenidos de acuerdo a dichos propósitos para el caso particular del País Vasco.

- Estimación del número de personas que padecen discapacidad y las características de las mismas:

El primer objetivo de la EDDDES es realizar una estimación del número de personas residentes en viviendas familiares y que padecen alguna discapacidad, así como determinar sus causas. Para cada discapacidad se pretende identificar los diferentes tipos de deficiencias que las originan y, a partir de dichas deficiencias, se busca conocer las causas que las han podido determinar. También se pretende conocer el grado de severidad y pronóstico evolutivo de cada una de las discapacidades con el objeto conseguir una información útil en la elaboración de políticas sociales encaminadas al tratamiento de aquellas deficiencias que resulten previsibles y susceptibles de prevención así como de prever las necesidades de servicios sociales y sanitarios futuras. Las siguientes tablas muestran algunas aplicaciones y varios de los resultados que se pueden obtener a través de la explotación de la encuesta:

**Tabla 3.- Población de 65 y más años, según el tipo de discapacidad. CAE, 1999**

	N		%	
Población sin discapacidad	1.803.382		92,6%	
Población con alguna discapacidad	143.601		7,4%	
Población total	1.946.984		100%	
<i>Alguna discapacidad en</i>				
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	47.396		2,4%	
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	78.078		4,0%	
Actividades de la vida diaria (AVD)	85.899		4,4%	
Discapacidad severa o total en alguna ABVD	24.632		1,3%	
Discapacidad severa o total en alguna AIVD	52.821		2,7%	
Discapacidad severa o total en alguna AVD	56.565		2,9%	

	Valores absolutos				Total	%				Total
	Sin dificultad alguna	Con dificultad moderada	Con dificultad grave	No puede realizar la actividad		Sin dificultad alguna	Con dificultad moderada	Con dificultad grave	No puede realizar la actividad	
Ver	1268	24282	18881	11821	35.282	20,6%	26,4%	26,2%	24,6%	24,6%
Oír	3040	27280	18998	10649	42.924	49,5%	29,6%	26,4%	22,2%	29,9%
Comunicarse	360	7841	9397	11488	13.195	5,9%	8,5%	13,0%	24,0%	9,2%
Actividades cognitivas	502	12534	11643	15156	17.720	8,2%	13,6%	16,1%	31,6%	12,3%
Desplazarse	1086	26142	25212	16499	38.090	17,7%	28,4%	35,0%	34,4%	26,5%
Utilizar brazos y manos	1042	26386	22486	20004	38.012	17,0%	28,7%	31,2%	41,7%	26,5%
Desplazarse fuera del hogar	3441	49743	49141	43258	76.802	56,0%	54,0%	68,2%	90,2%	53,5%
Cuidar de sí mismo	1794	15325	19754	15979	25.153	29,2%	16,6%	27,4%	33,3%	17,5%
Realizar las tareas del hogar	1919	37639	40601	35307	58.820	31,2%	40,9%	56,3%	73,6%	41,0%
Relacionarse con otras personas	502	11063	12524	12020	15.445	8,2%	12,0%	17,4%	25,1%	10,8%
Total	6145	92058	72095	47963	143.601	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES.

**Tabla 4.- Población de 65 y más años, según la deficiencia de origen de la discapacidad y el problema causante de las deficiencias. CAE, 1999**

	N	%
Retraso madurativo	0	0%
Retraso mental profundo y severo	3.825	3%
Retraso mental moderado	27.337	19%
Retraso mental leve y límite	13.675	10%
Demencias	51.533	36%
Otros trastornos mentales	37.735	26%
Ceguera total	5.593	4%
Mala visión	50.550	35%
Sordera prelocutiva	2.584	2%
Sordera postlocutiva	2.916	2%
Mala audición	43.398	30%
Trastornos del equilibrio	1.704	1%
Mudez	0	0%
Habla dificultosa o incomprensible	1.044	1%
Cabeza	0	0%
Columna vertebral	61.040	43%
Extremidades superiores	24.864	17%
Extremidades inferiores	87.232	61%
Parálisis de una extremidad superior	2.569	2%
Parálisis de una extremidad inferior	1.162	1%
Paraplejía	7.210	5%
Tetraplejía	2.840	2%
Trastornos de coordinación de movimientos y/o tono	46.255	32%
Otras deficiencias del sistema nervioso	31.620	22%
Aparato respiratorio	12.421	9%
Aparato cardiovascular	13.622	9%
Aparato digestivo	4.532	3%
Aparato genitourinario	2.263	2%
Sistema endocrino-metabólico	18.202	13%
Sistema hematopoyético	2.716	2%
Piel	0	0%
Deficiencias múltiples	98.690	69%
Deficiencias no clasificadas en otra parte	1.296	1%
Total	143.601	100%

	N	%
Alguna deficiencia debida a causa congénita	15845	11,0%
Alguna deficiencia debida problemas en el parto	1606	1,1%
Alguna deficiencia debida a accidente de tráfico	1837	1,3%
Alguna deficiencia debida a accidente doméstico	2865	2,0%
Alguna deficiencia debida a accidente de ocio	2352	1,6%
Alguna deficiencia debida a accidente laboral	7162	5,0%
Alguna deficiencia debida a otro tipo de accidente	3024	2,1%
Alguna deficiencia debida a enfermedad común	82041	57,1%
Alguna deficiencia debida a enfermedad profesional	5898	4,1%
Alguna deficiencia debida a otras causas	27414	19,1%
Total	143.601	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES.

Otro de los objetivos de la encuesta es el de determinar la estructura de la población afectada por discapacidades que reside en viviendas familiares.

Para ello, se incluyen un importante número de preguntas relativas a características de tipo sociodemográfico, cultural o económico, con las cuales establecer las necesidades de la población discapacitada y de sus familias. Algunos ejemplos de la información que se puede obtener sobre estos aspectos:

Dado que la EDDDES pone el énfasis en la vertiente social de las discapacidades, uno de sus principales objetivos reside en evaluar las dificultades que las discapacidades originan a las

personas en relación a su entorno, las desventajas que puede crear en ámbitos tan cotidianos como el laboral o el educativo. El conocimiento de estas dificultades constituye un primer paso para paliar o eliminar en lo posible las causas que las provocan. Se muestran a continuación algunos de los aspectos, tanto beneficiosos como desventajosos, que pueden llegar a afectar a las personas con discapacidad y que la EDDDES recoge en sus cuestionarios:

### Beneficios

- Certificado de Minusvalía
- Pertenencia a una ONG
- Asistencia personal y técnica
- Asistencia socio-sanitaria (cuidados médicos, de enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional, asistencia psiquiátrica, ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios de respiro, actividades culturales, asesoramiento, acogimiento familiar, transporte sanitario...)
- Pensiones, subsidios, indemnizaciones, beneficios fiscales...
- Medidas de fomento de empleo (servicio de intermediación de búsqueda de empleo especializado en discapacidades)

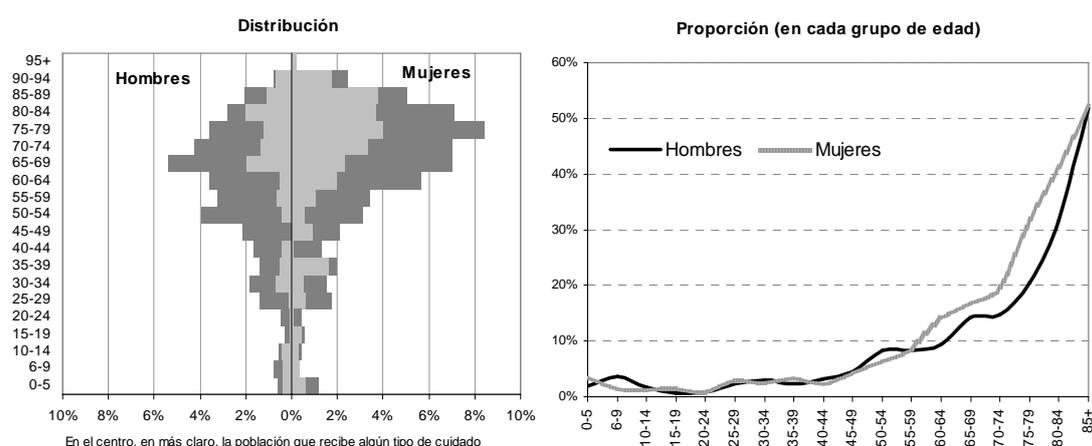
### Desventajas

- Cambió de vivienda o residencia
- Ámbito laboral:
  - Dificultad para encontrar un trabajo
  - Cambio en la relación con la actividad económica o la ocupación
  - Necesidad de realizar cursos de formación ocupacional
- Ámbito educativo:
  - Situación escolar (escolarizado o no; motivos)
  - Faltas a clase
  - Necesidad de un centro educativo especial

La inclusión del módulo sobre estado de salud responde a la necesidad de obtener información sobre problemas que, aunque no conllevan discapacidad, sí afectan a una parte importante de la población. Esta información debe permitir identificar los factores de riesgo y hábitos relacionados. Algunas de las variables con las que se puede trabajar y obtener información relativa al estado de salud en dicho módulo son:

- Variables demográficas:
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil
- Variables sociales y económicas
  - Nivel de instrucción
  - Relación con la actividad (ocupación y situación profesional)
  - Composición del hogar (tamaño y tipo)
  - Ingresos (importe, fuente de ingresos, obtención de prestaciones,
  - Uso de servicios socio-sanitarios
- Factores fisiológicos
  - Índice de Masa Corporal
  - Padecimiento de diferentes enfermedades, accidentes, violencia física, discapacidades, limitaciones
- Hábitos y consumo
  - Alimentación
  - Tabaco
  - Alcohol
  - Medicamentos
- Evaluación de las necesidades asistenciales creadas y de las personas que se hacen cargo de proveer dicha ayuda, su caracterización, los principales rasgos del cuidado prestado:

**Figura 3.- Distribución y proporción de la población, por edad, sexo y estado civil de la población con alguna discapacidad. CAE, 1999**

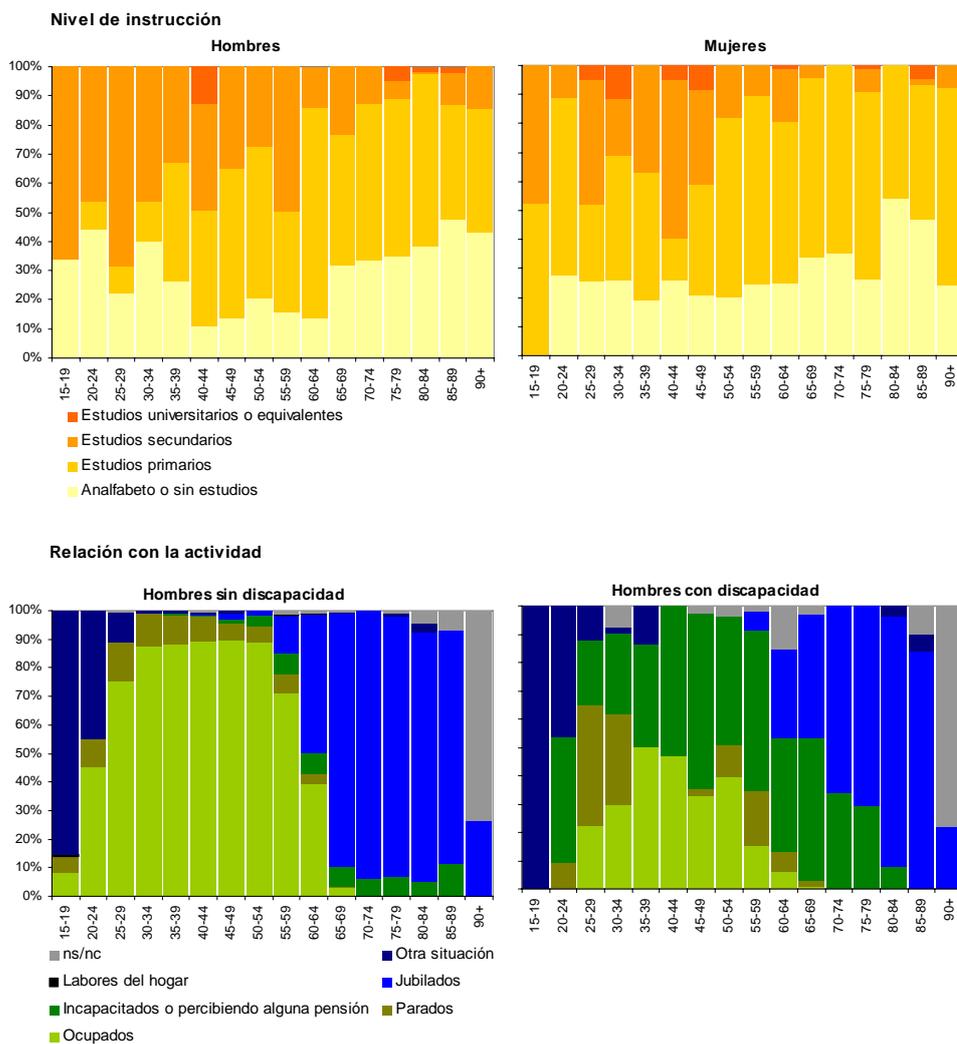


Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDES.

La actual preocupación por el futuro sanitario en un entorno de rápido envejecimiento demográfico se ve reflejada en el diseño de la Encuesta. Por cada discapacidad que declara

padecer el entrevistado se pregunta por la necesidad de ayuda que ésta genera, el tipo de ayuda que se precisa, asistencia técnica (en el que se incluyen aparato, instrumento o sistema técnico que ayuda a paliar o aliviar los efectos de las deficiencias y las limitaciones) o ayuda personal (aquella proporcionada por una persona, ya sea empleada o forme parte del entorno de la persona afectada).

**Figura 4.- Características de la población con discapacidad: el nivel de instrucción y la relación con la actividad. CAE, 1999**



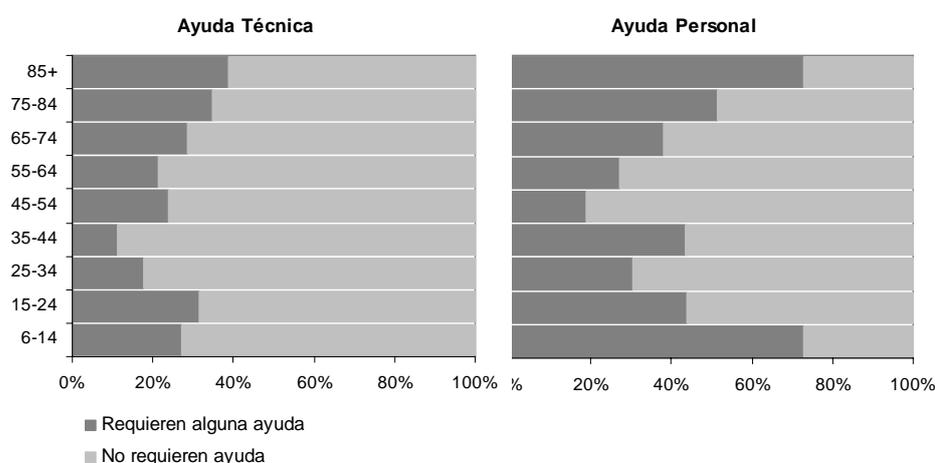
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES.

Las siguientes ilustraciones constituyen algunos de los ejemplos de la información que se puede recabar en este sentido. La EDDDES permite también obtener información sobre los Cuidadores Principales de dichas personas, en los casos en los que convivan en el mismo hogar. Así pues, podemos saber la relación de parentesco que los une, su edad, el sexo, el

nivel de instrucción o la relación con la actividad de la persona que principalmente presta el cuidado (Figura 6).

Por otra parte, la encuesta posibilita indagar a cerca de algunas características de la ayuda personal proporcionada, tales como el número de horas semanales que dedican a esta tarea o los años que llevan prestando dicho cuidado (Figura 7).

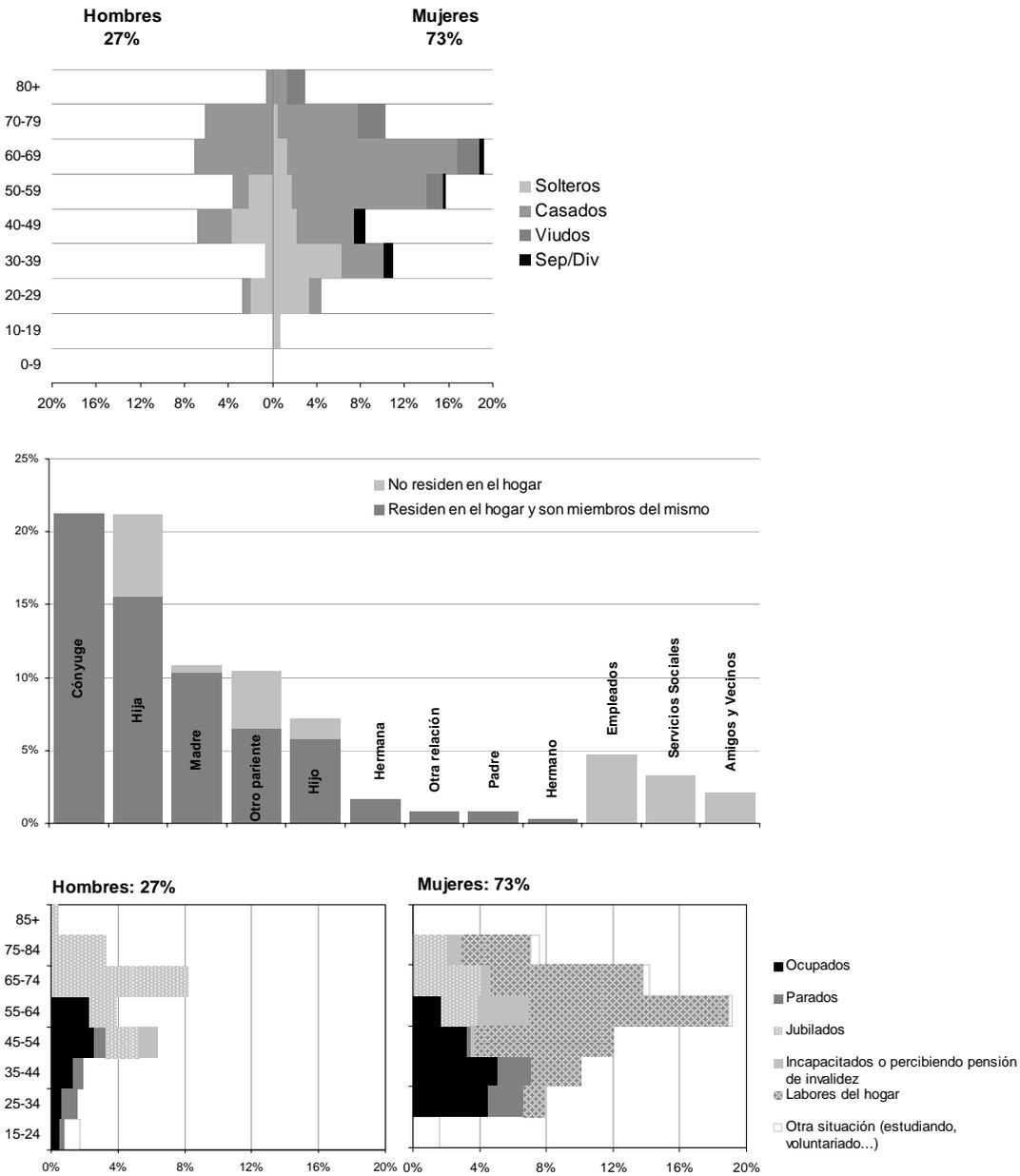
**Figura 5.- Población con discapacidad que requiere algún tipo de ayuda, según la edad de la persona con alguna discapacidad. CAE, 1999**



	6-24	25-44	45-64	65+	Total
<b>En los últimos 14 días ha recibido</b>					
Cuidados médicos y/o de enfermería (excepto servicio de podología)	5,1%	5,8%	10,3%	13,8%	<b>11,5%</b>
Pruebas Diagnósticas	-	4,3%	9,7%	8,4%	<b>7,9%</b>
Servicio de podología	-	-	0,2%	0,3%	0,2%
Rehabilitación médico-funcional	3,2%	2,8%	3,5%	1,7%	<b>2,4%</b>
Rehabilitación del lenguaje	5,4%	1,1%	-	-	0,4%
Rehabilitación ortoprotésica	3,9%	-	0,5%	0,5%	0,6%
Terapia ocupacional y/o adiestramiento en AVD	6,3%	1,5%	-	-	0,4%
Salud mental y Asistencia psiquiátrica	0,0%	4,5%	1,4%	0,3%	1,1%
Ayuda a Domicilio (SAD)	0,0%	0,8%	0,4%	2,3%	1,5%
Teleasistencia	0,0%	0,8%	0,0%	0,9%	0,6%
Servicios de respiro (por horas y diurnas)	0,0%	1,0%	0,2%	0,3%	0,4%
Actividades culturales, recreativas y ocio/tiempo libre	3,1%	0,8%	-	-	0,2%
<b>En el último año ha recibido</b>					
Información, asesoramiento y/o valoración	15,1%	11,0%	8,2%	8,5%	<b>9,0%</b>
Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario	16,4%	12,5%	19,3%	17,4%	<b>17,2%</b>
Atención psicosocial a familiares	2,1%	-	0,5%	0,0%	0,2%
Trasplantes y/o implantes	-	-	1,5%	0,2%	0,5%
Intervenciones quirúrgicas	1,9%	6,2%	7,4%	6,3%	<b>6,4%</b>
Servicios de Respiro (estancias temporales)	-	-	0,7%	0,1%	0,2%
Transporte Sanitario	4,6%	1,7%	1,5%	2,9%	<b>2,4%</b>

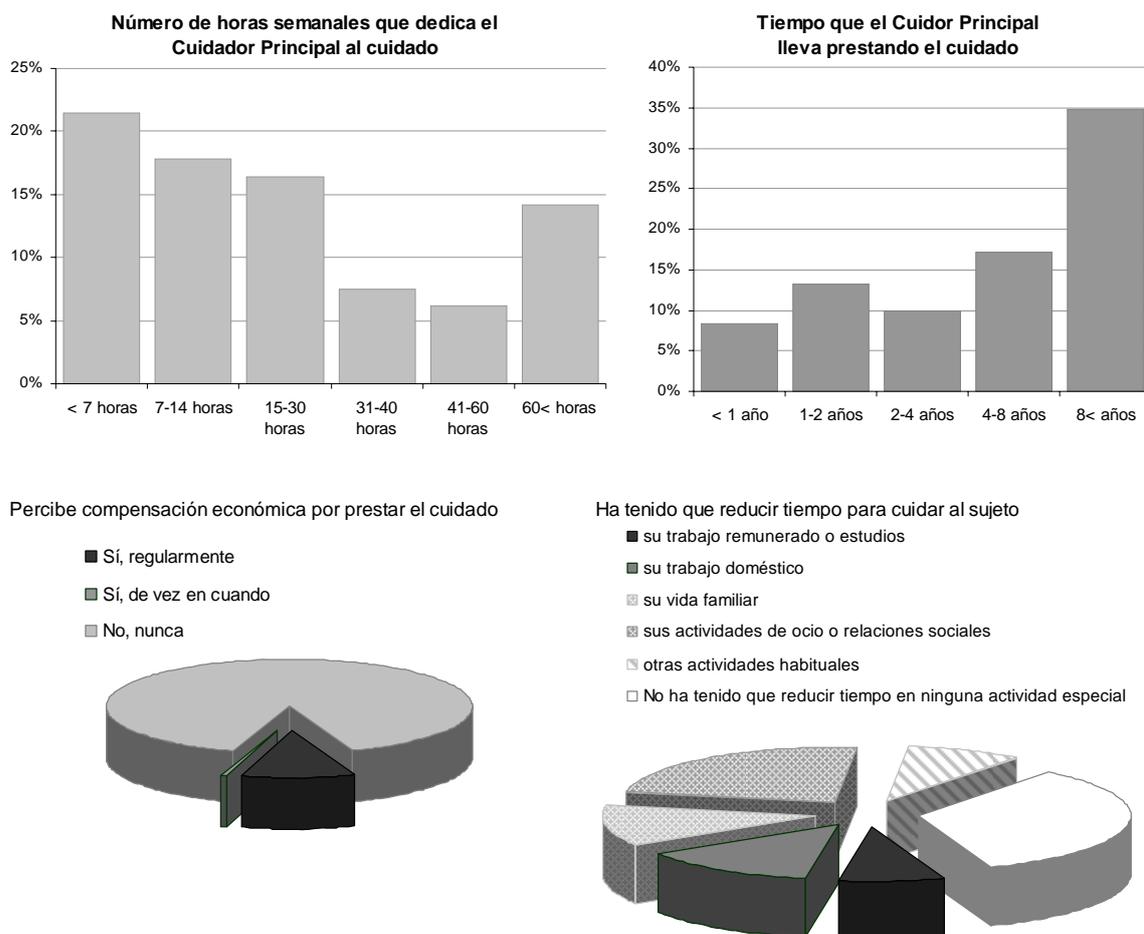
Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES.

**Figura 6.- Información relativa a las características de los Cuidadores Principales. CAE, 1999**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES.

**Figura 7.- Información relativa a las características del cuidado prestado. CAE, 1999**



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDES.

#### 4.- Algunos aspectos a mejorar

A pesar de las numerosas ventajas que comporta el trabajar con la EDDES, la encuesta presenta varios puntos por mejorar.

Por el momento, no existe otra encuesta con la que se puedan comparar los resultados obtenidos para 1999 y establecer una serie que nos permita observar la evolución de la incidencia de la discapacidad, sobre todo en las edades más avanzadas. Aunque en 1986 se llevó a cabo la primera Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, las diferencias conceptuales y las clasificaciones empleadas por una y otra, hacen que no puedan ser comparadas entre sí.

No se puede saber qué tipo de ayuda técnica específica (silla de ruedas, bastón...) requieren las personas con discapacidad (aspecto negativo que supondría una gran ayuda para realizar previsiones en este campo).

La EDDES tampoco nos permite saber, en los casos en los que se presta ayuda personal, que tipo de ayuda se requiere del cuidador personal y de los empleados: realización de tareas domésticas, ayuda para actividades de la vida diaria (tales como comer, vestirse, asearse...).

Se hecha en falta información básica que podría incrementar de forma considerable la potencialidad de la EDDES. Preguntas como el número de hijos vivos de la persona con discapacidad o la distancia a la que viven los cuidadores (miembros de la familia) que no conviven con el receptor de la ayuda personal ayudarían a comprender el alcance y la importancia de la red familiar en la provisión de los cuidados asistenciales.

Falta de conexión entre los ficheros de discapacidad y de salud, por lo que resulta complicado, e incluso en algún caso imposible, relacionar las variables de los distintos cuestionarios. Aunque la gran mayoría de los encuestados por el cuestionario de salud también habían implementado el de discapacidades (o limitaciones), quedan casos en los que los entrevistados por uno y otro fichero no constituyen la misma persona. Esto hace que no contemos en el caso de determinadas personas con cierta información (variables) que existe solo en uno de los ficheros (o el de discapacidad o el de salud).

Aunque podemos saber la edad de inicio de las discapacidades e incluso de las deficiencias que los originan, no se puede determinar cuando comenzaron a necesitar y demandar ayudas las personas afectadas.

Uno de los aspectos que se hecha a faltar en la encuesta es el enfoque longitudinal. La EDDES recopila información de un momento concreto, es decir, tiene carácter transversal, por lo que no permite obtener información sobre la evolución y el desarrollo de estos aspectos a lo largo de la vida del sujeto de estudio. Una medida que ayudaría a solucionar, en parte, dicho problema es la elaboración periódica de la EDDES. De esta forma se elaborarían series temporales que posibilitarían el seguimiento de las personas estudiadas en la actual encuesta y la comparación de la población perteneciente a distintas cohortes.

## **5.- Conclusiones**

La información expuesta en este artículo constituye un ejemplo del potencial y de la aplicabilidad que brinda la EDDES en el estudio y la comprensión de la situación de los problemas asociados a la salud de la población en general y, dadas sus características, de la población mayor, en particular.

Siempre que se trabaje con esta encuesta hay que tener muy en cuenta que no ofrece información de la población institucionalizada, cuyo grueso está compuesto, sobre todo por personas mayores dependientes. De todas formas, la gran mayoría de las personas en edades avanzadas, aún teniendo algún tipo limitación funcional, opta por seguir viviendo en una vivienda familiar, por lo que su estudio representa un ejercicio imprescindible para valorar los problemas relacionados con la salud y la discapacidad.

Teniendo en cuenta la preocupación existente actualmente por la gran demanda de ayuda y cuidados de la población mayor y el papel que el entorno familiar cumple tanto en España como en el País Vasco, la EDDES constituye una herramienta eficaz que permite indagar sobre este aspecto. Hay que tener en cuenta que este punto de vista, la discapacidad dentro del contexto familiar y no de forma aislada, es un aspecto que hasta ahora ha sido poco explotado. Indagar y entender lo que ocurre con la discapacidad desde un punto de vista social (y no solo institucional) constituye un objetivo a alcanzar y la EDDES resulta probablemente la mejor herramienta para conseguirlo.

## **Bibliografía**

ALUSTIZA, A.; PÉREZ, J. (2005). "Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999", en *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, nº14, 28 pp.

INE (2001). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Metodología*. Madrid.

NAGI, S.Z. (1965). "Some conceptual issues in disability and rehabilitation", en M.B. Sussman (ed.) *Sociology and rehabilitation*. Washington: American Sociological Association, pp. 100-113.

OMS (1983). *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*. Madrid, INSERSO.

OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid, INSERSO.

## ÍNDICE

1.- Presentación .....	1
2.- Objetivos y aspectos ventajosos de la EDDDES .....	4
3.- Algunos ejemplos de los resultados obtenidos a través de la EDDDES.....	8
4.- Algunos aspectos a mejorar.....	16
5.- Conclusiones .....	18
Bibliografía.....	19

## ÍNDICE DE FIGURAS

1.- Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años. España, 1950-2004.....	2
2.- Población de 65 y más años. Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) valores absolutos y porcentaje.....	3
3.- Distribución y proporción de la población, por edad, sexo y estado civil de la población con alguna discapacidad. CAE, 1999.....	12
4.- Características de la población con discapacidad: el nivel de instrucción y la relación con la actividad. CAE, 1999.....	13
5.- Población con discapacidad que requiere algún tipo de ayuda, según la edad de la persona con alguna discapacidad. CAE, 1999.....	14
6.- Información relativa a las características de los Cuidadores Principales. CAE, 1999...	15
7.- Información relativa a las características del cuidado prestado. CAE, 1999.....	16

## ÍNDICE DE FIGURAS

1.- Modelo de Discapacidad de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de 1980.....	7
2.- Modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001.....	7
3.- Población de 65 y más años, según el tipo de discapacidad. CAE, 1999.....	9
4.- Población de 65 y más años, según la deficiencia de origen de la discapacidad y el problema causante de las deficiencias. CAE, 1999.....	10