

Epidemiología de la discapacidad en Gran Bretaña (*)

Alicia Sarabia Sánchez y Carlos Egea García (**)

Por encargo del Real Patronato sobre Discapacidad, en el año 2001 realizamos un estudio cuyo objetivo era dar una visión introductoria a la epidemiología de la discapacidad en España. En tal sentido, los autores nos planteamos la oportunidad de realizar un análisis sobre las fuentes epidemiológicas de la discapacidad en otro país europeo, con la finalidad de establecer las bases para el desarrollo de un sistema universal de enfoque que permita la comparación de datos de forma transnacional.

Entre los posibles países candidatos, se seleccionó Gran Bretaña por los siguientes motivos:

- La existencia de un informe comparativo sobre la legislación en cuatro países europeos (Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia), elaborado por el SIIS y publicado por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía (1), que facilitaba de forma inmediata datos básicos que permitirían centrar el tema.
- El interés por realizar la comparación con un sistema de prestaciones diferente del

vigente en España, lo cual nos hizo optar por el análisis de un modelo de corte anglosajón.

- Y por último, de forma decisiva, el hecho de que Gran Bretaña comparte con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el idioma, lo cual permite una comparación entre la aplicación de la CIDDM (2) (como marco conceptual) en su versión original y las posibles modificaciones que haya podido provocar el uso de la versión traducida al castellano en sus sucesivas reediciones y revisiones parciales.

De hecho, y en el marco de esta última razón, hemos encontrado, como hallazgo significativo, el uso de la palabra «disablement» (que se podría traducir por algo así como «discapacitación» o «discapacitamiento») en la versión original de la CIDDM, como «término paraguas» que engloba y se refiere a todo el proceso objeto de la Clasificación, esto es, las deficiencias, las discapacidades y las minusvalías. Este término no halló traducción en la versión castellana, por lo que la misma quedó sin un término global que comprendiera todo el proceso. Este término sí ha sido, sin embargo, utilizado en la bibliografía británica, diferenciándolo de «disability», con lo cual quedan claras las diferencias conceptuales entre ambos términos. En los países de habla hispana no sucedió lo mismo, y al carecerse de un «término paraguas» se generalizó el uso de

(*) Este artículo ha sido extraído del «**Estudio introductorio a la epidemiología de la discapacidad en España**» realizado por Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez por encargo del Real Patronato sobre Discapacidad, entregado en noviembre de 2001. El texto ha sido revisado para esta publicación.

(**) Alicia Sarabia Sánchez es trabajadora social y Carlos Egea García es pedagogo. Para mantener correspondencia con los autores: carlosyalicia@ono.com.

¹ SIIS Centro de Documentación y Estudios. «**Legislación relativa a la política para la discapacidad. Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia**», Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Colección Documentos 51/99, Madrid 1999.

² OMS. «**Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías**», versión en castellano publicada por IMSERSO, 1983 (última edición revisada, 1997).

«discapacidad» con ese objetivo, lo cual dio origen a la confusión entre el proceso global en sí y el segundo estadio de la Clasificación, confusión que no tuvo lugar en los países de habla inglesa.

Así, el estudio «Disability in Great Britain: Results from the 1996/97 Disability follow-up to the Family Resources Survey» (3), tal y como explica en su introducción, tiene como objeto de su análisis la «discapacidad» («disability»), esto es, «cualquier restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad en la forma considerada normal para un ser humano» (4). Como tal, no entra a analizar la deficiencia ni la minusvalía, si bien algunos de estos datos se recogen en esta encuesta del 96/97, así como en su predecesora de 1985 (5). Con ello se establece una diferencia fundamental entre esta fuente de datos británica y su homóloga, la Encuesta española sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 1986, en la que se tuvieron en cuenta los tres ámbitos que engloba el proceso «discapacitante».

Si bien esta situación de confusión terminológica cambiará con la nueva CIF (6), que establece «discapacidad» («disability») como término genérico y global, el hecho es que la comparación internacional de resultados entre estudios basados en la anterior CIDDM se encontrará con este problema terminológico.

Respecto a la situación británica en lo que se refiere a la discapacidad (como término genérico, en el sentido global que le da la CIF) nos encontramos, en primer lugar, con lo que atañe al propio concepto en sí. ¿Qué se considera «discapacidad» en este país?

La Ley sobre Discriminación por razón de la Discapacidad de 1995 (Disability Discrimination Act 1995, conocida como DDA) la define en su primer artículo como «una deficiencia física o mental que tiene un efecto adverso sustancial a largo plazo para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria».

Esta definición es ampliada en la propia Ley

³ Grundy, E. et al. «Disability in Great Britain: results from the 1996/97 disability follow-up to the Family Resources Survey». Department of Social Security research report n. 94.

⁴ Op. cit. página 7.

⁵ Op. cit. página 9.

⁶ OMS. «Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud», versión en castellano publicada por IMSERSO, 2002.

y en la Guía gubernamental de 1996 («Guidance on matters to be taken into account in determining questions relating to the definition of disability»). DfEE 1996-a. «Guía sobre las cuestiones a tener en cuenta para determinar los aspectos relacionados con la definición de discapacidad», que especifican que:

- Las deficiencias sensoriales están incluidas en las deficiencias físicas.
- Las deficiencias mentales incluyen tanto las discapacidades del aprendizaje (anteriormente denominadas minusvalías mentales) como las enfermedades mentales (siempre que se incluyan dentro de patologías clínicamente reconocidas).
- No se tiene en cuenta el origen o causa de la deficiencia.
- Puesto que en los niños menores de 6 años puede resultar difícil percibir los efectos de una deficiencia sobre las actividades de la vida diaria, se considera que existe discapacidad cuando la deficiencia que padezca el niño cause discapacidad a las personas mayores de 6 años.

Las Regulaciones sobre Significado de la Discapacidad de 1996 («Disability Discrimination [Meaning of Disability] Regulations» 1996) establecen que:

- No se consideran discapacidades la adicción al alcohol, la nicotina u otras sustancias, a menos que la adicción sea el resultado de la administración de drogas prescritas médicamente u otro tratamiento médico.
- Tampoco se consideran incluidas dentro de esta Ley la piromanía, la cleptomanía, el exhibicionismo, el voyeurismo o la tendencia al abuso físico o sexual.
- De igual manera, excluye las rinitis alérgicas estacionales, si bien éstas podrán ser tenidas en cuenta si agravan el efecto de otra condición.
- No se estiman como desfiguraciones severas los tatuajes ni los «piercing» de objeto puramente decorativo sin finalidad médica.

Se consideran automáticamente incluidas en la definición de la Ley:

- Las personas registradas como discapacitadas en virtud de la Ley de Empleo para las Personas con Discapacidad de 1994

(Disabled Persons [Employment] Act 1994) hasta la fecha de entrada en vigor de la Ley citada de 1995. Éstas se considerarán automáticamente como discapacitadas por un período de tres años. Posteriormente, serán consideradas como que han tenido una discapacidad en el pasado (y por tanto le serán aplicables los beneficios que la Ley establece en materias de empleo, bienes, ayudas, servicios y accesibilidad al medio físico, en las partes II y III de la misma).

- Se considera que las desfiguraciones graves tienen un efecto sustancial adverso en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria.

En marzo del año 2001 el Gobierno británico anunció a la prensa que las personas que habían sido inscritas como ciegas o parcialmente ciegas en los registros municipales existentes a tal efecto, se consideraban automáticamente incluídas como discapacitadas (7).

En mayo de ese mismo año, se anunció que algunas enfermedades degenerativas (como el cáncer), así como el caso de las personas afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia adquirida Humana (VIH), tendrían la consideración de discapacidades desde el momento de su diagnóstico, aunque los efectos en ese momento no fueran sustanciales (como requiere la definición de discapacidad anteriormente citada), para facilitar el tratamiento inmediato. Otras enfermedades degenerativas (esclerosis múltiple, distrofia muscular,...) no se consideran discapacidades hasta que no tienen alguna secuela (aunque ésta no sea sustancial), y el mero diagnóstico no es suficiente para englobarlas en esta legislación antidiscriminación.

Ambos anuncios gubernamentales todavía carecen de fecha de entrada en vigor.

A los efectos de la definición, se consideran *efectos sustanciales* aquellos que son más que «menores» o «triviales». No obstante, si una deficiencia tiene efectos «menores» en más de una actividad, se podría considerar la existen-

cia de efectos sustanciales en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Para valorar esto, se tiene en cuenta el tiempo tardado en desarrollar una actividad, en comparación con lo que sería esperable de una persona sin la deficiencia. Las actividades que se tienen en cuenta están expresamente listadas, como veremos posteriormente.

Por otra parte, cuando una persona tiene más de una deficiencia, lo que se mide es la repercusión global en el desempeño de las actividades de la vida diaria. También se tiene en cuenta si la persona ha adquirido estrategias para afrontar la situación, de forma que los efectos no son sustanciales, pero esas estrategias no son válidas bajo determinadas condiciones (por ejemplo, estrés). Igualmente, se contempla la posible variación de los efectos según las condiciones ambientales. Del mismo modo, aunque los efectos puedan ser (y de hecho estén) corregidos o tratados, se considera la existencia de la discapacidad (con la sola excepción del uso de gafas o lentes de contacto, que se considera que elimina los efectos adversos).

En lo que se refiere al *efecto a largo plazo*, se considera tal cuando:

- Ha durado al menos 12 meses;
- Tiene la perspectiva de durar al menos 12 meses desde su instauración;
- Tiene la perspectiva de durar para el resto de la vida de la persona afectada.

A este respecto, en los casos de enfermedades cuya severidad varía por épocas, se considera que, demostrado que la deficiencia tiene la perspectiva de abarcar todo el periodo, el efecto es a largo plazo. En los casos de enfermedades recurrentes o por brotes, se estima que tienen efectos a largo plazo si la probabilidad de que haya recurrencia o recaída es mayor que la posibilidad de que no la haya.

Ahora bien, ¿qué se consideran *actividades de la vida diaria* (elemento fundamental de la definición)?

Estas son consideradas como «aquellas que la mayoría de la gente lleva a cabo a diario, frecuentemente o de forma regular». Como acabamos de mencionar, la evaluación de la capacidad para realizarlas se lleva a cabo a través de una lista cerrada de actividades. La deficiencia debe afectar a una de las siguientes áreas:

- Movilidad;
- Destreza manual;

⁷ La información contenida en este párrafo y los siguientes ha sido extraída de los informes aportados por la Dra. Doria Pilling, del Centro de Recursos de Rehabilitación de la Universidad de Londres, quien amablemente nos hizo llegar parte de la información del Proyecto sobre definiciones de la discapacidad en varios países europeos que está coordinando dicha Universidad y aún se encuentra en proceso de elaboración.

- Coordinación física;
- Continencia;
- Habilidad para levantar, transportar o mover de otra manera los objetos cotidianos;
- Habla, oído o vista;
- Memoria y capacidades de concentración, aprendizaje y comprensión;
- Percepción del riesgo de daño físico.

No obstante, y como efectos indirectos para la realización de las actividades usuales de la vida diaria, se considera que existen limitaciones cuando:

- La persona no puede (o está limitada) para desarrollar estas actividades por prescripción facultativa.
- La deficiencia provoca dolor o fatiga inusual al realizar estas actividades.

Como podemos ver, la Ley se refiere en todo momento a actividades de la vida diaria, en un listado restringido de las mismas, lo cual estrecha considerablemente el ámbito de actuación de esta Ley Antidiscriminación y por ello no se ajusta a la definición de la OMS (que hablaba de «una actividad», y no solamente de las actividades de la vida diaria). De hecho, esta restricción de la legislación británica provoca constantemente apelaciones en los tribunales que ven las causas judiciales laborales, ya que muchas de las tareas propias del ámbito laboral no son consideradas actividades de la vida diaria, y por tanto no son incluidas en esta Ley, aunque exista un efecto adverso sustancial a largo plazo en el desarrollo de dichas actividades.

Por otra parte, no existe en Gran Bretaña una normativa unificada para el diagnóstico y valoración de las discapacidades, sino que cada área de actuación tiene su propia normativa (8). Así, la Seguridad Social aplica diferentes tests de valoración según la prestación solicitada, si bien los más comunes son los dirigidos a determinar la incapacidad para el trabajo, que también sirven de referencia para el acceso a otras prestaciones (9). En el ámbito educativo, el diagnóstico se realiza mediante una acreditación formal de la existencia de necesidades

educativas especiales, proceso llevado a cabo por las autoridades educativas locales, a través de diversos tests que evalúan los problemas de aprendizaje (10). En el aspecto del acceso al empleo, se aplica la normativa antidiscriminación analizada en el apartado anterior, con las limitaciones antes expuestas que tiene para el ámbito laboral. En lo referido a la vivienda y el transporte, los servicios sociales de ámbito local son los que establecen los criterios para calificar los niveles de necesidad que permiten acceder a ayudas en estos aspectos; estos criterios suelen responder a las necesidades propias de las actividades de la vida diaria (11). Para la obtención de prestaciones de los servicios sociales específicas para personas con discapacidad, los criterios suelen ser los mismos que para el acceso a determinadas prestaciones de la Seguridad Social (12).

FUENTES EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE DISCAPACIDAD EN GRAN BRETAÑA

Una vez visto el concepto (los conceptos, en realidad) de la discapacidad, pasamos a analizar algunas de las posibles fuentes de información epidemiológica sobre esta materia en este país, haciendo referencia, cuando sea posible, a las fuentes epidemiológicas españolas de contenido similar que hayamos podido encontrar.

Datos en fuentes generales:

Labour Force Survey.

Homóloga a la española Encuesta de Población Activa. Es la fuente estadística más completa hallada, si bien no incluye ni a los menores de 16 años ni a las personas que han sobrepasado la edad de jubilación (la cual se sitúa en los 60 años para las mujeres y en los 65 años para los varones).

Como muestra de la información que es posible obtener de esta fuente, se incluyen los datos pertenecientes al periodo invernal 1999/2000 de esta encuesta británica (13):

⁸ SIIS Centro de Documentación y Estudios. «**Legislación relativa a la política para la discapacidad. Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia**». Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Colección Documentos 51/99. Madrid 1999.

⁹ Op. cit. página 51.

¹⁰ Op. cit página 53.

¹¹ Op. cit página 57.

¹² Op. cit página 57.

¹³ Datos extraídos de las Páginas Web de la Disability Rights Comisión:
<http://www.drc-gb.org/drc/InformationAndLegislation/>.

Aspectos relevantes:

- Hay cerca de 6'6 millones de personas con discapacidad en edad laboral en Gran Bretaña. Ello supone cerca de una quinta parte de la población en edad laboral (tabla 1).
- El nivel de discapacidad aumenta con la edad: sólo un 10% de los que tienen 16/24 años tiene una discapacidad actual de larga duración, comparado con el 33% de los que están entre los 50 años y la edad de jubilación (tabla 2).
- La población pakistani y de Bangladesh, así como las personas mayores pertenecientes a minorías étnicas, tienen generalmente mayores tasas de discapacidad que la población blanca (tabla 2).
- Hay variaciones regionales en la incidencia de la discapacidad, que pueden deberse en parte a las diferencias en los perfiles etarios de esas poblaciones. Las proporciones de personas con discapacidad más altas que la media se encuentran en el nordeste y en Gales, y las más bajas en el sudeste de Inglaterra y en las afueras de Londres (tabla 5).
- Las personas con discapacidad son siete veces más propensas que las personas sin discapacidad a estar sin trabajo y a solicitar ayudas. Hay cerca de 2'6 millones de personas discapacitadas sin trabajo y percibiendo ayudas; de ellas, cerca de un millón quieren trabajar. No obstante, muchos no podrían comenzar a trabajar

TABLA 1. Personas con discapacidad en el mercado laboral. Cifras absolutas y porcentajes

	Sólo las discapacidades de larga duración actuales			
	Discapacitados de larga duración [1] a) o b)	a) Discapacidad recogida en la DDA	b) Discapacidad que limita la capacidad de trabajar	No discapacitados de larga duración
Todas las personas en edad laboral	6.449.000	5.144.000	5.299.000	28.815.000
Porcentaje sobre el total de la población (hombres 16-64, mujeres 16-59)	18	15	15	82
Porcentaje de minorías étnicas	7	7	7	7
Porcentaje de mujeres [2]	48	49	47	48
Porcentaje de carencia de cualificación	30	33	33	13
Trabajando	2.996.000	2.144.000	2.076.000	23.187.000
Porcentaje de la población	46	42	39	80
Tiempo medio, en años, de permanencia en el trabajo actual	8.8	9.2	8.5	7.5
Media de ingresos brutos por hora (en £)	7.65	7.70	7.42	8.59
Desempleados OMT	358.000	252.000	312.000	1.261.000
Porcentaje de la población	6	5	6	4
Tasa de desempleo OMT [3]	10.7	10.5	13.1	5.2
Inactivos [4]	3.095.000	2.748.000	2.911.000	4.367.000
Porcentaje de la población	48	53	55	15

Fuente: Labour Force Survey de Reino Unido, 2000.

[1] Esta categoría incluye a aquellos que tienen una discapacidad con un impacto sustancial adverso en sus actividades de la vida diaria (las recogidas en la Disability Discrimination Act), o que limita el tipo o la cantidad de trabajo, así como a aquellos con una enfermedad progresiva. Puede excluir a algunas personas que padezcan enfermedades progresivas o desfiguraciones severas pero que no sientan que las mismas les limite el trabajo o tenga un impacto adverso sustancial en las actividades de la vida diaria.

[2] La inferioridad de las cifras refleja el hecho de que las mujeres entre 60 y 64 años no están incluidas entre la población activa.

[3] La tasa de desempleo es el número de desempleados, según la Organización Mundial del Trabajo OMT (desempleados, preparados para comenzar a trabajar en el plazo de una quincena y que hayan estado buscando empleo en las últimas cuatro semanas), como porcentaje de la población activa total (la suma de todas las personas activas y de los desempleados OMT).

[4] Sin empleo que no buscan trabajo o no están disponibles para trabajar.

inmediatamente, básicamente por problemas de salud. También son más propicias a percibir apoyos laborales (tabla 6).

- Las personas con discapacidad son dos veces más propensas a carecer de cualificación profesional que las personas sin discapacidad. Esta diferencia se mantiene en todos los grupos de edad (tabla 3).
- Las tasas de empleo varían considerablemente en función del tipo de discapacidad. Las tasas más bajas corresponden a

las personas con enfermedades mentales y dificultades del aprendizaje (tabla 4).

- Existe poca diferencia entre las personas con discapacidad y las no discapacitadas en lo que se refiere a la estabilidad en el empleo. La media de tiempo de permanencia en un empleo es ligeramente mayor para las personas con discapacidad, lo cual puede reflejar pautas de mayor estabilidad en el empleo (tabla 1).

TABLA 2. Tasas de discapacidad por edades y origen étnico [1]. Proporción de discapacitados de larga duración por grupos de edad (totales y en porcentaje)

	Todos entre 16-59/64 años [2]	16-24 años	25-34 años	35-49 años	50-59/64 años
Todos los discapacitados de larga duración en Gran Bretaña	6.449.000 18	616.000 10	995.000 12	2.099.000 17	2.738.000 33
Blancos	6.005.000 18	568.000 10	922.000 12	1.916.000 17	2.599.000 32
Negros	115.000 18	17.000 13	21.000 12	42.000 17	36.000 46
Hindúes	115.000 18	* *	12.000 8	51.000 20	46.000 46
Pakistaníes/Blangladesh	127.000 24	13.000 8	23.000 16	53.000 33	38.000 66
Mezcla-otros orígenes	83.000 15	12.000 9	16.000 10	36.000 18	20.000 30

Fuente: Labour Force Survey de Reino Unido, 2000.

Base: Todas las personas en edad laboral (hombres 16-64, mujeres 16-59).

[1] Está basado en el estándar de la clasificación por origen étnico del censo de población.

[2] Los números parciales de esta columna no suman el total puesto que hay una pequeña proporción de personas con discapacidad cuyo origen étnico es desconocido.

* Las cifras inferiores a 10.000 o a un 0'5 % no se muestran.

TABLA 3. Proporción de falta de cualificación, por discapacidades y por edades (total y en porcentajes)

	Todos entre 16-59/64 años [2]	16-24 años	25-34 años	35-49 años	50-59/64 años
Discapacitados en edad laboral en Gran Bretaña con falta de cualificación.	5.629.000 16	697.000 11	761.000 9	1.873.000 15	2.298.000 28
Discapacitados de larga duración	1.947.000 30	128.000 21	195.000 20	564.000 27	1.060.000 39
Discapacitados de no larga duración	3.682.000 13	569.000 10	566.000 8	1.309.000 13	1.238.000 22

Fuente: Labour Force Survey de Reino Unido, 2000.

Base: Todas las personas en edad laboral (hombres 16-64, mujeres 16-59).

TABLA 4. Tasas de empleo y desempleo según el tipo de discapacidad principal (totales y en porcentaje). [1]

	Número [2] con está como discapacidad principal (% de todos los discapacitados)	Número de empleados y tasa de empleo (% del total)	Número de beneficiarios de ayudas estatales [3] que no trabajan (% del total)
Todos los discapacitados de larga duración en Gran Bretaña.	6.449.000 18	2.996.000 46	2.626.000 41
Problemas con... brazos, manos.	409.000 6	192.000 47	164.000 40
...piernas, pies.	706.000 11	295.000 42	328.000 46
...espalda, cuello.	1.225.000 19	572.000 47	524.000 43
Dificultades visuales.	113.000 2	57.000 51	47.000 42
Dificultades auditivas.	123.000 2	80.000 62	27.000 25
Impedimentos del habla.	10.000 *	* *	* *
Condiciones de la piel, alergias.	123.000 2	76.000 62	30.000 25
Bronquios, problemas respiratorios.	926.000 14	554.000 60	225.000 24
Corazón, tensión sanguínea.	738.000 11	335.000 45	292.000 40
Estómago, hígado, riñón, digestión.	310.000 5	150.000 48	111.000 36
Diabetes.	279.000 4	182.000 65	61.000 22
Enfermedad mental.	502.000 8	81.000 16	369.000 73
Epilepsia.	135.000 2	57.000 42	63.000 47
Dificultades del aprendizaje.	143.000 2	41.000 29	90.000 63
Enfermedades progresivas.	244.000 4	86.000 35	131.000 54
Otros problemas o discapacidades.	443.000 7	227.000 51	149.000 34

Fuente: Labour Force Survey de Reino Unido, 2000.

Base: Todas las personas en edad laboral (hombres 16-64, mujeres 16-59).

[1] Esta categoría incluye a aquellos con una discapacidad con un impacto sustancial adverso en sus actividades de la vida diaria (las recogidas en la Disability Discrimination Act), o que limita el tipo o la cantidad de trabajo, así como a aquellos con una enfermedad progresiva. Puede excluir a algunas personas que padezcan enfermedades progresivas o desfiguraciones severas pero que no sientan que las mismas les limite el trabajo o tenga un impacto adverso sustancial en las actividades de la vida diaria.

[2] Los números parciales de esta columna no suman el total puesto que hay una pequeña proporción de personas con discapacidad de las que se desconoce la discapacidad principal.

[3] Incluye las pensiones estatales, los subsidios y créditos del Seguro Nacional y excluye las prestaciones por hijo a cargo.

* Las cifras inferiores a 10.000 o a un 0'5 % no se muestran.

TABLA 5. Tasas de empleo y desempleo por regiones (totales y en porcentaje).

	Número total de discapacitados de larga duración [1] por regiones (% de la población local)	Número de empleados y tasa de empleo (% del número total)	Número de perceptores de ayudas [2] que no trabajan (% del número total)
Todos los discapacitados de larga duración en Gran Bretaña.	6.449.000 18	2.996.000 46	2.626.000 41
Noroeste	363.000 23	124.000 34	191.000 53
Noroeste y Merseyside	821.000 20	324.000 39	406.000 49
Yorkshire y los Humber	594.000 19	272.000 46	243.000 41
East Midlands	430.000 17	220.000 51	150.000 35
West midlands	661.000 20	315.000 48	261.000 39
Este de Inglaterra	546.000 17	294.000 54	174.000 32
Londres	749.000 16	340.000 45	302.000 40
Centro de Londres	324.000 18	126.000 39	156.000 48
Afuera de Londres	425.000 15	214.000 50	146.000 34
Sureste	751.000 15	456.000 61	200.000 27
Suroeste	523.000 18	287.000 55	166.000 32
Gales	394.000 23	137.000 35	210.000 53
Escocia	616.000 20	225.000 37	323.000 52

Fuente: Labour Force Survey de Reino Unido, 2000.

Base: Todas las personas en edad laboral (hombres 16-64, mujeres 16-59).

[1] Esta categoría incluye a aquellos con una discapacidad con un impacto sustancial adverso en sus actividades de la vida diaria (las recogidas en la Disability Discrimination Act), o que limita el tipo o la cantidad de trabajo, así como a aquellos con una enfermedad progresiva. Puede excluir a algunas personas que padezcan enfermedades progresivas o desfiguraciones severas pero que no sientan que las mismas les limite el trabajo o tenga un impacto adverso sustancial en las actividades de la vida diaria.

[2] Incluye las pensiones estatales, los subsidios y créditos del Seguro Nacional y excluye las prestaciones por hijo a cargo.

TABLA 6. Situación en el mercado laboral y recepción de ayudas.

	Discapacitados de larga duración [1]		Discapacitados de no larga duración	
	Número	% de la población total	Número	% de la población total
Número total	6.449.000	100	29.815.000	100
	TRABAJANDO			
Número total	2.996.000	46	23.187.000	80
No perceptores de beneficios estatales [2]	2.611.000	40	22.186.000	77
Perceptores de subsidios por enfermedad o discapacidad	202.000	3	125.000	*
Receptores del Beneficio por Incapacidad (IB)	50.000	1	12.000	*
	SIN TRABAJO			
Número total	3.453.000	54	5.628.000	20
No perceptores de beneficios estatales	826.000	13	3.885.000	13
Perceptores de beneficios estatales	2.626.000	41	1.743.000	6
...y querrían trabajar	1.128.000	17	1.170.000	4
...y están disponibles para trabajar	404.000	6	851.000	3
...y no les gustaría trabajar	1.499.000	23	573.000	2
Receptores de subsidios por enfermedad o discapacidad	1.903.000	30	215.000	1
...y querrían trabajar	695.000	11	91.000	*
...y están disponibles para trabajar	137.000	2	33.000	*
...y no les gustaría trabajar	1.208.000	19	124.000	*
Receptores del Beneficio por Incapacidad (IB)	1.327.000	21	49.000	*
...y querrían trabajar	490.000	8	24.000	*
...y están disponibles para trabajar	84.000	1	*	*
...y no les gustaría trabajar	838.000	13	25.000	*

Fuente: Labour Force Survey de Reino Unido, 2000.

Base: Todas las personas en edad laboral (hombres 16-64, mujeres 16-59).

[1] Esta categoría incluye a aquellos con una discapacidad con un impacto sustancial adverso en sus actividades de la vida diaria (las recogidas en la Disability Discrimination Act), o que limita el tipo o la cantidad de trabajo, así como a aquellos con una enfermedad progresiva. Puede excluir a algunas personas que padezcan enfermedades progresivas o desfiguraciones severas pero que no sientan que las mismas les limite el trabajo o tenga un impacto adverso sustancial en las actividades de la vida diaria.

[2] Incluye a los que no declararon si habían solicitado ayudas.

[3] Incluye las pensiones estatales, los subsidios y créditos del Seguro Nacional y excluye las prestaciones por hijo a cargo.

* Las cifras inferiores a 10.000 o a un 0'5 % no se muestran.

Como vemos, y si bien va referida exclusivamente al ámbito laboral, esta fuente proporciona una información bastante amplia, e indica la existencia de sustanciales datos brutos que permitirían explotaciones sectoriales más profundas. No obstante, y como ha quedado

dicho, la diferente forma de evaluación de la discapacidad según se utilicen los criterios de la DDA o los criterios laborales, impide la homogeneidad de la información y, por tanto, su utilización directa para la comparación internacional.

Health Survey for England
(Encuesta de Salud de Inglaterra).

Consiste en un conjunto de encuestas anuales acerca de la salud de los habitantes de Inglaterra. La primera de estas encuestas comenzó en 1990, llevada a cabo por la, entonces recién creada, Central Health Monitoring Unit (Unidad Central de Seguimiento de la Salud), perteneciente al Departamento de Salud, con el objetivo de sustentar y mejorar las políticas de salud nacionales.

Desde 1991 hasta 1993, la Encuesta fue realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas, y desde 1994 ha estado a cargo de la Joint Survey Unit of the National Centre of Social Research (Unidad Conjunta de Encuestas del Centro Nacional de Investigación Social), y del Department of Epidemiology and Public Health (Departamento de Epidemiología y Salud Pública) del Colegio Universitario de Londres.

Entre sus finalidades destacan:

- Proporcionar datos anuales sobre la salud nacional.
- Estimar la proporción de población con condiciones específicas de salud.
- Estimar la prevalencia de factores de riesgo asociados a esas condiciones de salud.
- Valorar la frecuencia de combinación de factores de riesgo.
- Examinar las diferencias entre los subgrupos de población.

Para ello, esta Encuesta de Salud combina la respuesta a un cuestionario con la medición de parámetros físicos, incluyendo la toma de muestras de sangre, electrocardiogramas, test de funcionamiento pulmonar, etc.

Los datos obtenidos permiten igualmente realizar comparaciones interanuales para la estimación de la evolución de los parámetros de salud. Así, por ejemplo, la tabla 7 (14) muestra la evolución sobre el estado general de salud autopercebido, las enfermedades de larga duración y las enfermedades agudas entre los años 1993 y 1999.

TABLA 7. Tendencias en la salud general, enfermedades de larga duración y enfermedades agudas (en porcentaje) 1993-1999

Estado de salud autopercebido	Año de la encuesta						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Varones							
Salud buena / muy buena	77	78	77	77	76	75	75
Salud mala / muy mala	5	5	5	6	6	7	7
Al menos una enfermedad de larga duración	40	39	42	43	44	44	44
Enfermedad aguda	12	12	13	15	15	15	15
Mujeres							
Salud buena / muy buena	76	75	76	75	73	73	75
Salud mala / muy mala	4	5	5	5	7	7	7
Al menos una enfermedad de larga duración	40	40	41	43	44	44	44
Enfermedad aguda	14	15	17	19	19	19	18
Bases para cada año							
Varones	7.680	7.176	7.332	7.485	3.895	7.186	3.558
Mujeres	8.856	8.626	8.719	8.956	4.682	8.712	4.240

Fuente: Health Survey for England, 2000.

¹⁴ Fuente: Página Web <http://doh.gov.uk/stats/tables/atrends9812.xls>.

No se aprecian diferencias significativas entre género sobre el estado de salud autopercebido. Sólo podemos apreciar ligeras variaciones en la percepción de una mejor salud por parte de los hombres y un porcentaje ligeramente mayor de mujeres que han atravesado por una enfermedad aguda. De forma general, para ambos sexos, se observa un ligero incremento (del 2% al 3%) en la percepción de mala salud y en el porcentaje de individuos que han atravesado por una enfermedad de larga duración (del 4%) o una enfermedad aguda (del 3% al 4%).

La encuesta contiene un núcleo que se repite cada año, junto con cuestiones específicas que varían anualmente para centrarse en un tema relevante marcado para ese año. El núcleo de la encuesta contiene preguntas y tests sobre:

- Salud general e indicadores psico-sociales.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Indicadores demográficos y socio-económicos.
- Utilización de servicios y consumo de medicamentos prescritos.
- Así como medición de la altura, peso y tensión arterial.

Algunas de las cuestiones específicas tratadas a lo largo de los diversos años han sido las enfermedades cardiovasculares, el asma y salud infantil y juvenil, entre otros.

En el año 1995, esta Encuesta centró sus cuestiones específicas en los accidentes y la discapacidad. Los contenidos de la Encuesta para ese año 1995 fueron los que se recogen en la tabla 8 (15).

Respecto a los resultados sobre el tema de la discapacidad, hemos encontrado las siguientes conclusiones, en la página Web del Departamento de Salud (16):

Como consideraciones previas:

La de 1995 es la primera Encuesta de Salud en la que se introduce como tema específico la discapacidad, si bien en las encuestas anteriores ya se hacían algunas preguntas sobre la prevalencia de enfermedades de larga duración.

La información fue recogida utilizando una adaptación del cuestionario recomendado por la OMS para determinar los niveles de discapacidad, que permite hacer distinciones entre discapacidades moderadas y severas.

Los tipos de discapacidades incluidos en la Encuesta de Salud fueron:

- discapacidad locomotriz;
- discapacidad para el cuidado personal;
- discapacidad visual;
- discapacidad auditiva y
- discapacidad de la comunicación.

Las preguntas sobre continencia, que están incluidas en el cuestionario de la OMS, no se incluyeron en el módulo sobre discapacidad sino en el cuestionario auto-administrado. A causa de la amplitud de la cuestión «problemas urológicos», la existencia de los mismos no se clasificó automáticamente como causante de discapacidad, y su prevalencia se estudia separadamente.

Los principales resultados fueron:

- El 18% de la población (hombres y mujeres) presentaba discapacidad, y el 4% de los hombres y el 5% de las mujeres presentaban discapacidad severa.
- La prevalencia de la discapacidad aumentaba con la edad; el 73% de los varones y el 75% de las mujeres mayores de 85 años presentaban discapacidad. El 20% de las personas con discapacidad eran menores de 45 años.
- Para ambos sexos, el tipo de discapacidad más frecuente es la discapacidad motora, presente en un 10% de los varones y en un 12% de las mujeres.

A los informantes que tenían discapacidad se les pidió que especificaran la causa de la misma. Las respuestas fueron codificadas según un esquema muy similar al utilizado en la Encuesta de Discapacidad de 1985 (la cual analizaremos posteriormente), que era una modificación de la Clasificación Internacional de las Enfermedades - CIE - de la OMS.

- Las etiologías más alegadas fueron las del sistema músculo-esquelético y del sistema conjuntivo (con un 34% de prevalencia), seguidas por los procesos de oído y mastoides (24%), enfermedades del sistema circulatorio (16%), del sistema respiratorio (10%) y deficiencias visuales (8%).
- Se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de la discapacidad entre las clases sociales. Los operarios manuales (cualificados, semicualificados y sin cualificación) presentaban tasas de discapacidad marcadamente superiores a las de los

¹⁵ Esta tabla ha sido obtenida del sitio Web <http://www.doh.gov.uk/public/tables/content95.htm>

¹⁶ <http://www.doh.gov.uk/public/sum95.htm>

TABLA 8. Contenidos de la encuesta de salud de Inglaterra 1995

Datos del hogar:

- Tamaño y composición del hogar.
- Ocupación del alojamiento y número de dormitorios.
- Aparatos domésticos de cocina y calefacción.
- Animales domésticos.
- Fumar en la casa.
- Propiedad de coche y teléfono.
- Ayudas estatales.
- Tipo de vivienda y área.

Datos individuales.	Edad								
	2-4	5-6	7	8-9	10	11-12	13-15	16-64	65 +
Salud general, enfermedades de larga duración, enfermedades agudas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Problemas respiratorios que impliquen el uso de medicación / servicios sanitarios.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fiebre del heno.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Eccemas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Discapacidad y problemas en (las actividades de) la vida diaria.					✓	✓	✓	✓	✓
Incontinencia.								✓ ^a	✓ ^a
Accidentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Consumo de tabaco y alcohol.				✓ ^a	✓ ^a	✓ ^a	✓ ^a	✓ ^b	✓
GHQ 12.							✓ ^a	✓ ^a	✓ ^a
Apoyo social								✓ ^a	✓ ^a
Uso de píldora anticonceptiva.								✓ ^a	✓ ^a
Medición de altura y peso.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Peso al nacer.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estatus económico/ocupación								✓	✓
Nivel educativo.								✓	✓
Grupo étnico.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Visita de enfermería.									
Medicación y suplementos vitamínicos prescritos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diámetro de la parte superior del brazo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Semi-envergadura.									✓
Presión sanguínea.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Función pulmonar.			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Muestra de sangre - IgE/HDM IgE						✓	✓	✓	✓
Muestra de sangre: hemoglobina y ferritina.						✓	✓		

Fuente: Departamento de Salud de Inglaterra, 1998.

Las casillas marcadas con (✓) indican los datos que fueron recogidos para cada grupo de edad.

Los módulos señalados con una (a) fueron auto-administrados por los entrevistados.

El módulo señalado con una (b) fue auto-administrado por los entrevistados del grupo 16-17 años y por algunos del grupo de 18-19 años.

profesionales, directivos y técnicos y operarios no manuales cualificados.

- Entre los niños de 10 a 15 años el 5% presentaba discapacidad, un 1% en grado severo.

También se analizaron en esta encuesta los accidentes no mortales sufridos por los encuestados en los 12 meses anteriores (si se trataba de accidentes que hubieran precisado atención médica), y en las últimas cuatro semanas (si no habían precisado atención médica pero habían causado dolor o molestias durante al menos 24 horas). Si bien los datos obtenidos de estas cuestiones han sido analizados únicamente en función de la tasa de accidentes y su distribución por edades, sexo y otras variables, sería también una fuente epidemiológica de gran interés por las secuelas causantes de discapacidad que pueden provocar los accidentes graves.

Esta Encuesta de Salud está diseñada para que sea representativa de la situación nacional para diferentes edades, sexos, área geográfica y circunstancias socio-demográficas. Las encuestas de 1991 y 1992 tenían una muestra limitada de 3.000 y 4.000 adultos, respectivamente. Desde 1993 hasta 1996 la muestra de adultos se amplió a 16.000 sujetos para permitir el análisis de las características socio-económicas y por áreas geográficas. En 1995 se introdujo, por primera vez, una muestra de 4.000 niños.

El fichero completo de datos anonimizados de la Encuesta de Salud está disponible en el Fichero de Datos de la Universidad de Essex, la cual es el mayor centro de recursos del Reino Unido de copias informatizadas de datos de ciencias sociales y humanidades.

Family Resources Survey - FRS
(Encuesta de Recursos Familiares).

Es similar a la española Encuesta de Presupuestos Familiares de nuestro Instituto Nacional de Estadística (aunque en el caso de la encuesta española se centra más en los gastos que en los ingresos).

Se trata de una amplia encuesta (17), llevada a cabo por la Oficina Nacional de Estadísticas británica (con la colaboración de la Agen-

cia de Estadísticas e Investigación de Irlanda del Norte), de ámbito nacional sobre los adultos que residen en viviendas. Fue iniciada en 1992 para obtener información detallada de los ingresos y recursos, con el objetivo de hacer proyecciones sobre los gastos de la Seguridad Social. Esta encuesta incluye preguntas sobre enfermedades limitantes de larga duración, sobre restricciones en la capacidad para el trabajo y sobre la percepción de ayudas, incluidas las ayudas por discapacidad, así como un amplio campo de preguntas sobre los ingresos y las características socio-demográficas de los encuestados. La encuesta se lleva a cabo anualmente en 24.000 hogares, con entrevistas a 47.000 adultos, a través de entrevistas personales informatizadas (Computer Assisted Personal Interviews - CAPI). Esta encuesta ha servido de base para estudios más profundos en el área de la discapacidad, como veremos posteriormente.

Census of Population
(Censos de población).

Esta fuente estadística se instauró en Gran Bretaña hace 200 años (el primer censo se inició el 10 de marzo de 1801) y comenzó como un simple recuento del número de personas, con un acercamiento muy genérico a sus ocupaciones (trabajador, rentista, empresario...). Este censo ha ido variando y ampliando su contenido con el paso de los años con el fin de proporcionar a los gobiernos información que permitiera la distribución adecuada de los recursos.

En el tema que nos afecta, la primera referencia (18) a cuestiones relacionadas con la discapacidad la encontramos en el censo de 1851, en el cual, y respondiendo al interés de algunas sociedades filantrópicas por el bienestar de los ciegos, sordos y mudos, se incluyeron preguntas sobre dichos aspectos. En el censo de 1871 se añadieron cuestiones sobre «imbéciles o idiotas» y «lunáticos». No obstante, las respuestas no se consideraron fiables, pues, como admitió el Registrador General del Censo de aquella época «*No puede esperarse, por ejemplo, que una madre informe de que su hijo es idiota, por mucho que su corazón crea o tema que éste es el caso; reconocerlo como tal sería haber abandonado toda esperanza*». En 1891 se sustituyó

¹⁷ Información obtenida en la página Web: http://www.natcen.ac.uk/research/surveys/research_surveys_frs.htm

¹⁸ Nissel, M. «200 years of the Census of Population». Social Trends n.31, páginas 15 a 25. Office of National Statistics. The Stationery Office. Londres. 2001.

el término «idiota» por «débil mental». A principios del siglo XX, una Comisión Real para el Cuidado y Control de los Débiles Mentales informó que el censo no era un medio adecuado para obtener dicha información. Por ello, este tema de la presencia de personas con discapacidad en los hogares no se volvió a tratar hasta el Censo de 1991. Ese año se introdujeron algunas preguntas sobre enfermedades de larga duración y en el Censo del año 2001 se añaden algunas cuestiones referentes a salud general.

Al igual que la Encuesta sobre Ingresos Familiares, el Censo también ha sido usado como punto de partida para investigaciones específicas en el campo de la discapacidad.

Social Trends (Tendencias sociales).

Se trata de una publicación de la Oficina Nacional de Estadísticas británica que agrupa estadísticas procedentes de departamentos gubernamentales y otras organizaciones, con el objetivo de proporcionar una amplia visión acerca de la sociedad británica actual y de su evolución. La edición de 2001 hace la número treinta y uno de esta publicación. Cada uno de sus trece capítulos describe un área diferente de la política social, con textos, gráficos y tablas. Su fuente son los diversos organismos gubernamentales encargados de cada área, por lo que los criterios de medición son muy diversos; ello hace difícil la comparación entre las diversas informaciones aportadas por esta publicación, si bien resulta un referente fundamental a la hora de localizar otras fuentes de información, ya que en cada tabla viene indicado el origen de la información que contiene.

Existe en España un proyecto similar del INE, denominado «Indicadores sociales», disponible en la página Web:

<http://www.ine.es/daco/daco42/analisci/indisoci/indisoci.htm>.

Datos en fuentes específicas:

Survey of Disability in Private Household Population 1985/88

(Encuesta sobre Discapacidad en la Población residente en Viviendas 1985/88).

Por encargo del entonces Departamento de Salud y Seguridad Social, la Oficina de Censos y Encuestas de Población (Office of Population Censuses and Surveys - OPCS), actualmente

parte de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONS), llevó a cabo en el período 1985–1988 cuatro encuestas vinculadas entre sí sobre los adultos y niños que residían en viviendas o en establecimientos comunitarios.

Estas encuestas supusieron la apertura de nuevos campos y proporcionaron valiosa información sobre la prevalencia de la discapacidad. Los resultados de la parte referente a adultos residentes en viviendas (la encuesta específica a la que nos referimos en este apartado) fueron publicados en los años siguientes (Martin, Meltzer and Elliot 1988; Martin and White 1988; Martin, White and Meltzer 1989).

Los resultados de estas encuestas fueron utilizados en las revisiones que se llevaron a cabo posteriormente sobre políticas de provisión de ayudas y, en particular, fueron la base para la introducción de dos tipos de prestaciones, la Prestación de Incapacidad Laboral (Disability Working Allowance - DWA) - que comprende dos modalidades: por Enfermedad (Statutory Sick Pay) y de Incapacidad (Incapacity Benefit) - y la Prestación por Discapacidad (Disability Living Allowance - DLA).

Para la elección de la muestra se utilizó un diseño estratificado y de conjunto que obtuvo un grupo de 100.000 direcciones postales a las que se remitió una encuesta para identificar hogares en los que hubiera individuos susceptibles de participar en estos estudios. Una vez identificados, tenían que cumplimentar un cuestionario complementario acerca de las dificultades o problemas de salud mencionados.

Como podemos observar, se trata de una selección aleatoria de la muestra, que está basada en la propia percepción del sujeto acerca de su situación de salud, así como en la voluntad de respuesta a un cuestionario postal. No obstante, el índice de respuesta en estas encuestas de 1985 fue del 81%.

Uno de los frutos de estas encuestas fue la decisión de desarrollar escalas de medición, tanto de discapacidades específicas como de la severidad conjunta de la discapacidad, así como la adopción de un umbral de determinación de la presencia de discapacidad más bajo que el existente. Para ello, la OPCS desarrolló escalas de medición de la discapacidad, basadas en la adaptación de la Clasificación de la OMS (CIDDM). Se construyeron escalas diferentes para las siguientes diez áreas de la discapacidad:

1. Locomoción;
2. Alcanzar y estirarse;

3. Destreza;
4. Vista;
5. Oído;
6. Continencia;
7. Comunicación;
8. Cuidado personal;
9. Comportamiento;
10. Funcionamiento intelectual.

La severidad de las limitaciones específicas en cada una de estas áreas se baremó de 1 a 10, no sólo para cada una de ellas por separado, sino de forma global para todas. Además de la información sobre «discapacidades», en el sentido de que le da la CIDDM, también se desarrollaron cuestiones sobre deficiencias y minusvalías.

Desde su desarrollo, estas escalas han sido utilizadas en otras encuestas gubernamentales, como la Encuesta sobre Jubilación, y también tuvo influencia en el desarrollo de los tests para la prestación de incapacidad y para la de discapacidad, anteriormente mencionados.

La elaboración de estas escalas se basó en un amplio trabajo conceptual y metodológico, y las mismas han sido calificadas por diversos autores como «lo más próximo al estándar ideal».

Los datos de esta encuesta están depositados en la Universidad de Essex, y disponibles para la realización de investigaciones.

Disability in Great Britain: Results from the 1996/97 Disability Follow-up to the Family Resources Survey (Discapacidad en Gran Bretaña: Resultados del seguimiento sobre la Discapacidad de la Encuesta de Recursos Familiares 1996/97).

Con el objetivo de actualizar los datos obtenidos de la Encuesta de 1985, el Departamento de Seguridad Social (SSD) encargó a la Oficina Nacional de Estadísticas (ONS) la dirección de una encuesta nacional sobre discapacidad (19).

¹⁹ Los resultados de esta Encuesta están publicados por el Departamento de Seguridad Social de Gran Bretaña en el documento «Disability in Great Britain: results from the 1996/97 Disability Follow-up to the Family Resources Survey» («Discapacidad en Gran Bretaña: resultados del seguimiento sobre la discapacidad en la Encuesta de Recursos Familiares 1996/97»), publicación que ha servido de base para la redacción de este apartado y como guía y fuente de información para otros apartados del presente trabajo. Todas las tablas citadas en este apartado están extraídas de esta publicación.

En esta ocasión no se estudiaron ni los niños (menores de 16 años) ni los residentes en centros comunitarios, y se limitó a los adultos que residían en viviendas particulares.

A diferencia de su predecesora, la elección de la muestra se fundamentó en la ya mencionada Encuesta de Recursos Familiares (Family Resources Survey - FRS) de 1996/97, si bien se utilizó el mismo diseño estratificado y de conjunto que en 1985 para determinar los sujetos participantes.

El proceso de la encuesta abarcó dos cuestionarios; uno general para todos aquellos que participaron durante el período establecido (de julio de 1996 a marzo de 1997) en la FRS y que cumplían los criterios de elegibilidad establecidos; este cuestionario contenía las preguntas consideradas necesarias para valorar el grado y tipo de discapacidad, de acuerdo con la escala desarrollada para el estudio de 1985 (derivada, como ya hemos dicho, de la CIDDM de la OMS), así como otras preguntas sobre cuidado personal.

En segundo lugar, otro cuestionario más detallado para aquellos que alcanzaban en dicha escala más de un determinado grado. En éste se preguntaban aspectos como:

- fuentes de apoyo,
- uso de servicios y ayudas técnicas,
- gastos añadidos que suponía la discapacidad y
- nivel educativo, así como sobre
- participación en actividades y salidas y las dificultades para participar en ellas.

Una cuarta parte de los participantes en la Family Resources Survey cumplían los criterios para ser introducidos en la muestra para el primer cuestionario, y se halló un índice de conformidad para la participación del 83%. De los 7.100 participantes en esta primera encuesta, 5.600 cumplieron los criterios para acceder a la segunda fase (es decir, eran «discapacitados» según los criterios de la escala utilizada). Así, estas 5.600 personas componen la muestra de esta Encuesta.

Resultan significativos los siguientes hallazgos:

- Se estimó que un 20% de la población de Gran Bretaña presentaba alguna discapacidad, de acuerdo con los criterios establecidos (que, como hemos repetido, se basaban en la CIDDM de la OMS).
- De ellos, un 34% presentaba discapacidad leve, un 45% discapacidad moderada y un 21% discapacidad severa (estos últimos suponen un 4% de la población total adulta de Gran Bretaña).

- Se percibieron diferencias en la distribución geográfica de la población con discapacidades. Así, las tasas de población con discapacidad más altas se sitúan en Gales y en el norte. La prevalencia de discapacidades más severas era dos veces mayor en Gales y en el Sureste.
- La prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad. En este sentido, alrededor de un 84% de las personas mayores de 85 años presentaban discapacidad, en tanto que para el grupo de edad de 16-19 años era del 5'6% y para los del grupo 45-49 años era del 14% (tabla 9).

TABLA 9. Distribución de la población con discapacidad por grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO DE CASOS	ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	PREVALENCIA (%)
16-19	54	80.000	5'6
20-24	129	194.000	5'3
25-29	145	218.000	5'3
30-34	234	350.000	7'8
35-39	256	383.000	9'4
40-44	273	408.000	11'5
45-49	382	572.000	14'0
50-54	451	675.000	19'2
55-59	584	879.000	29'1
60-64	497	742.000	26'1
65-69	514	774.000	29'6
70-74	537	804.000	33'8
75-79	759	1.139.000	65'0
80-84	537	802.000	70'9
85 y más	375	563.000	83'8
TOTAL	5.726	8.582.000	19'8

Fuente: Disability in Great Britain: results from the 1996/97 Disability Follow-up to the Family Resources Survey. Departamento de Seguridad Social de Gran Bretaña, 1998.

- Respecto a las diferencias por género, si bien se ha hallado una mayor prevalencia de la discapacidad en la mujeres en general (20'7% frente al 18'9% en los varones), las diferencias no son sustanciales hasta los grupos de edades más avanzadas (a partir de los 80 años). Esto puede ser debido a la mayor esperanza de vida femenina (tabla 10).
- Se encontraron diferencias en la prevalencia en función del grupo étnico de pertenencia. En especial, las tasas de prevalencia de discapacidad eran inferiores entre los grupos étnicos procedentes del Sur de Asia.

En el estudio «Disability in Great Britain» (20) también se realizan algunas comparacio-

nes entre los resultados de las encuestas de 1985 y de 1996/97, como los que aparecen en la tabla 11 (21).

Survey of the Needs and Lifestyles of Visually Impaired Adults
(Encuesta sobre las necesidades y estilos de vida de las personas adultas con deficiencias visuales).

Esta encuesta, encargada por el Real Instituto Nacional para los Ciegos y ejecutada por la Oficina Nacional de Estadísticas, con la colaboración de la Unidad Central de Investigación de la Agencia de Estadísticas e Investigación de Irlanda del Norte, se llevó a cabo en 1998, con el objetivo de proporcionar un cuadro sobre las necesidades y estilos de vida de las personas

²⁰ Grundy, E. et al. «Disability in Great Britain: results from the 1996/97 disability follow-up to the Family Resources Survey». Department of Social Security research report n. 94.

²¹ Op. cit. página 27.

TABLA 10. Distribución de la población con discapacidad por género y grupo de edad

GRUPOS DE EDAD	VARONES			MUJERES		
	NÚMERO DE CASOS	ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	PREVALENCIA (%)	NÚMERO DE CASOS	ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	PREVALENCIA (%)
16-19	25	37.000	4'5	29	43.000	6'9
20-24	60	90.000	4'8	69	104.000	6'0
25-29	68	102.000	5'0	77	115.000	5'5
30-34	123	184.000	8'2	110	166.000	7'4
35-39	122	182.000	9'1	135	201.000	9'8
40-44	132	197.000	11'4	141	211.000	11'6
45-49	183	276.000	13'6	199	295.000	14'3
50-54	221	331.000	18'7	230	343.000	19'6
55-59	308	463.000	30'1	276	416.000	28'0
60-64	316	470.000	32'4	182	272.000	19'5
65-69	254	383.000	31'6	260	392.000	27'8
70-74	232	347.000	33'7	306	457.000	33'9
75-79	308	462.000	65'2	451	677.000	64'8
80-84	191	286.000	69'1	346	517.000	71'9
85 y más	111	168.000	83'0	264	395.000	84'1
TOTAL	2.653	3.978.000	18'9	3.074	4.604.000	20'7

Fuente: Disability in Great Britain: results from the 1996/97 Disability Follow-up to the Family Resources Survey. Departamento de Seguridad Social de Gran Bretaña, 1998.

con limitaciones visuales en Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Para ello, se realizaron 1.260 entrevistas, con una tasa de respuesta del 70%. La muestra se obtuvo de la Encuesta de Recursos Familiares de 1996, de los registros municipales de personas ciegas y parcialmente ciegas y de una selección de minorías étnicas obtenida del Censo de población. Las preguntas se centraron en:

- causas de la deficiencia visual;
- tareas de la vida diaria;
- uso de medios alternativos de comunicación (Braille, ordenadores, casetes...);
- movilidad;
- compras;
- utilización y conocimiento de los Servicios Sociales;
- test de visión.

TABLA 11. Comparación de datos entre las encuestas de 1985 y 1996/97.

EDAD	1985		1996/97	
	% sobre la población total	Población con discapacidad	% sobre la población total	Población total discapacidad
16-34	36	9	30	10
35-49	24	11	28	16
50-64	21	24	21	27
65-74	11	25	12	18
75 y más	8	32	9	29
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Disability in Great Britain: results from the 1996/97 Disability Follow-up to the Family Resources Survey. Departamento de Seguridad Social de Gran Bretaña, 1998.

Los datos de esta encuesta son propiedad del Real Instituto Nacional para los Ciegos, el cual publicó los resultados obtenidos (22).

Survey of Health & Well-Being of Adults.
(Encuesta de salud y bienestar de los adultos).

Esta encuesta, encargada por el Departamento de Salud de Inglaterra, el Gobierno de Escocia y la Oficina de la Asamblea Nacional de Gales, es parte de un programa de investigación sobre la salud y el bienestar de la nación, que comenzó en 1993. Esta encuesta, que se llevó a cabo entre marzo y septiembre de 2000, es la actualización de otra anterior que se realizó en 1994. La muestra estuvo compuesta por 15.550 personas, y se llevó a cabo a través de entrevistas personales.

Sus objetivos principales fueron conocer:

- cuántas personas experimentan problemas mentales, nerviosos o emocionales a causa del estrés y las tensiones de la vida diaria;
- qué cosas hacen que las personas se sientan nerviosas, ansiosas o deprimidas;
- cómo recaba la gente apoyo o ayuda cuando lo necesita.

Todo ello, con el objetivo de establecer políticas de desarrollo de servicios de ayuda y soporte para los que lo necesiten.

La muestra se seleccionó aleatoriamente entre todas las direcciones postales de Gran Bretaña, y en cada hogar se seleccionó, también aleatoriamente, una persona para responder a esta encuesta.

Las entrevistas cubrían un amplio muestrario de problemas de salud mental, tales como la depresión y la ansiedad, el consumo de alcohol y drogas, la psicosis y los desórdenes de la personalidad. También se hicieron preguntas sobre problemas generales de salud, el uso de servicios sanitarios y el apoyo social disponible. También se recogía información como nivel educativo, ingresos, condiciones de la vivienda y sucesos claves en la vida. La publicación de los resultados de esta encuesta está prevista para finales del año 2001.

²² «Blind and partially sighted adults/children in Britain: the RNIB survey», Vols. 1 y 2. Londres, HMSO, 1991 y 1992.

CONCLUSIONES

Como hemos podido observar a lo largo de este artículo, las fuentes de información para la epidemiología de la discapacidad en Gran Bretaña se presentan muy variadas y, en gran parte, similares a las fuentes disponibles en España.

Partiendo de la situación de que no existe un solo criterio para la consideración de la existencia de una discapacidad, sino que el reconocimiento de la misma corresponde a un departamento gubernamental determinado en función de la prestación, recurso o apoyo solicitados, nos encontramos con que cada sujeto será considerado o no con discapacidad según para qué cuestión se trate, sin que exista un criterio que parta de un modelo único de evaluación. Por ello, las fuentes epidemiológicas de cada uno de los departamentos gubernamentales que tienen alguna relación con la discapacidad, habrán de ser analizadas con el conocimiento de la escala utilizada para valorar la existencia y el grado de la misma. Ello permite únicamente estudios parciales sobre áreas determinadas (laboral, educativa, de utilización de recursos sociales, de situación de salud...) que no pueden aportar una visión completa de la situación de la discapacidad en Gran Bretaña, salvo que las tomemos en su conjunto.

Por otra parte, hemos hallado dos estudios específicos sobre discapacidad, la Encuesta de 1985 y la de 1996/97 anteriormente mencionadas, que sí proporcionan una visión más amplia sobre una serie de áreas:

- Población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad en la población;
- Tipos y severidad de las discapacidades;
- Características socio-demográficas de la población discapacitada;
- Participación en el mercado laboral;
- Situación económica;
- Utilización de servicios sanitarios y sociales y necesidades de asistencia;
- Participación social y en actividades de ocio.

Igualmente, hemos hallado algunas fuentes de información epidemiológica para discapacidades concretas que pueden resultar de interés, pero que no han podido ser analizadas con detalle ya que no se encuentran disponibles en la actualidad.

Todo ello proporciona una visión de conjunto sobre la situación de la discapacidad en

Gran Bretaña que puede resultar de utilidad epidemiológica, máxime teniendo en cuenta que probablemente, al igual que ocurrió con los datos de la encuesta de 1985, es muy posible que los resultados brutos de la

encuesta de 1996/97 se pongan a disposición de los investigadores a través de alguna Universidad, lo cual permitirá explotaciones parciales con profundidad, si se estima conveniente.