

DEFICIENCIAS Y MINUSVALIAS EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA

La publicación que aquí reseñamos aporta los primeros resultados de la investigación iniciada en 1983 por el Gobierno Vasco y el SMS sobre la población con deficiencias y minusvalías en Euskadi.

La publicación no pretende agotar todas las posibilidades contenidas en la investigación. Por el contrario, constituye una primera entrega, estructurada en torno a dos cuestiones fundamentales: la metodología de obtención y racionalización de los datos, por un lado; los principales resultados de la investigación, por otro. Queda, por ello, lugar a ulteriores profundizaciones, tanto desde la perspectiva del análisis de colectivos específicos de deficientes como desde la aproximación al conocimiento de algunas cuestiones sociales de especial importancia, tales como el empleo, la integración en el modo de vida, etc..

1. LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Las implicaciones metodológicas del estudio son tratadas con detalle a lo largo de los capítulos 1 y 5. En el primero de ellos, se presenta el marco conceptual y operativo de la investigación, insistiéndose en el segundo en algunos resultados comparativos relativos a la eficacia diferencial de algunas vías tradicionales para el estudio de las deficiencias.

Desde la perspectiva metodológica, la investigación se inicia con la elaboración de un Censo Unificado de Deficientes. Se utiliza, para ello, una aproximación de nuevo tipo. Por primera vez, en efecto, el Padrón Municipal de Habitantes de 1981, al introducir una pregunta relativa a enfermedades y minusvalías, abre la posibilidad de ir

más allá de las metodologías tradicionales, basadas en censos de usuarios de servicios de diagnóstico, unificando los datos procedentes de ambas fuentes y obteniendo así un Censo de mayor alcance cuantitativo y cualitativo.

La utilización directa de los datos del Censo Unificado no es, sin embargo, posible. En ese sentido, se comprueba en el estudio que los diagnósticos clínicos realizados en los distintos servicios de orientación no siempre se ajustan a criterios estrictamente técnicos y que, en cualquier caso, nunca son directamente comparables más allá de los límites de cada servicio. La inexactitud del diagnóstico es aún mayor en aquellos casos en que únicamente disponemos de la auto-evaluación contenida en el Padrón, opinión necesariamente limitada e imprecisa, distorsionada además en este documento administrativo por una deficiente categorización terminológica de las enfermedades y deficiencias a analizar. El estudio acaba concluyendo, por ello, la absoluta inconveniencia de utilizar directamente las cifras derivadas de la elaboración del Censo Unificado sin realizar previamente un proceso de control y corrección de errores y sesgos.

La solución adoptada en la investigación para superar estos problemas consiste en la aplicación de un cuestionario de control a una muestra de deficientes contenidos en el Censo. La aplicación de este cuestionario tiene varios objetivos. En primer lugar, lógicamente, se busca validar la información del Censo. En esta línea, el estudio introduce una serie de tests específicos, destinados a delimitar objetivamente la existencia o no de una deficiencia y, una vez comprobada su presencia, a medir-

la con una mínima precisión. En segundo lugar, se pretende profundizar, a través de los incrementos correspondientes, en el conocimiento de la relación entre deficiencias y minusvalías, circunstancia generalmente descuidada en los estudios sobre deficiencias.

Los tests definidos en la investigación, basados en respuestas subjetivas de los encuestados o de sus familiares, resultan ser de suficiente utilidad y operatividad para cumplir los objetivos descritos. Se derivan todos ellos de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, adaptándose los resultados a las indicaciones establecidas por ésta.

El método de unificación de datos de servicios de diagnóstico y del Padrón defendido en el estudio supera con creces los límites de otros procedimientos. Presenta mayor rigor analítico en relación a estudios exclusivamente basados en auto-definiciones subjetivas —por ejemplo, el reciente estudio del INE en este campo—; resulta menos caro y más operativo que encuestas generales a la población, encuestas que deberían ser de enorme magnitud para permitir llegar a contactar con un número suficiente de deficientes; por último, resulta incomparablemente más seguro que los métodos tradicionales basados en la recogida de datos en servicios de diagnóstico.

Conviene insistir brevemente en el último punto señalado. El estudio comprueba, en este sentido, la inconveniencia absoluta de basar análisis relativos a las deficiencias en fuentes procedentes de servicios de diagnóstico —lo que se denomina en el estudio Registro—. Así, los datos con origen en esta fuente, tienen una cobertura muy limitada en relación al número real de deficientes, en especial si lo que se pretende es analizar las deficiencias más graves. Así, sólo identifica al 52,3 % de las deficiencias auditivas graves, al 10,8% de las

deficiencias visuales graves y al 13,1 % de las deficiencias físicas graves.

El Registro resulta especialmente ineficaz de cara al estudio de la población que ha rebasado los 30 años. Así, si un 69,2 % de los menores de 30 años están registrados en servicios de diagnóstico, este porcentaje es únicamente del 14,5 % en los mayores de esa edad. Teniendo en cuenta el tipo de deficiencia, sólo en el caso de la deficiencia mental parece tener cierto sentido el recurso exclusivo a los servicios de orientación y diagnóstico, constando en estos servicios unas tres cuartas partes de los deficientes mentales realmente detectados. La estrategia a desarrollar de cara a estudiar colectivos de deficientes puede pues variar radicalmente en función de las edades o deficiencias que se quiera considerar.

En cualquier caso, el estudio demuestra también la corrección de un análisis alternativo basado en exclusiva en los datos del Padrón. Esta fuente infravalora en un 12 % —25 % en el caso de la deficiencia mental— las cifras reales conseguidas tras la aplicación del estudio.

Aunque los resultados obtenidos resultan suficientemente aceptables, situándose en la línea de lo que resultaría esperable inicialmente y permitiendo aproximarnos con cierta precisión a las prevalencias de las deficiencias y, consiguientemente, de las minusvalías en la Comunidad Autónoma de Euskadi, lo cierto es que el método considerado no resuelve del todo los problemas de infradetección. Este aspecto es particularmente evidente a nivel territorial. El cuadro 1 refleja, en este sentido, unas prevalencias de partida —las que se derivan automáticamente del Censo Unificado— inusualmente inferiores en Guipúzcoa, en especial por lo que se refiere a las deficiencias sensoriales y físicas, diferencias que no pueden ser atribuidas, al menos en exclusiva, a propensiones diferenciales de carácter territorial.

CUADRO 1

PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS EN EL CENSO UNIFICADO POR TERRITORIO HISTÓRICO (en %<,)

Territorio Histórico	Tipo de deficiencia		
	D. Física	D. Sensoriales	D. Mental
Álava	14,63	4,69	7,22
Guipúzcoa	10,67	3,44	6,00
Vizcaya	14,29	5,85	7,57

CUADRO 2

PREVALENCIA DE LAS DEFICIENCIAS POR LUGAR DE ORIGEN (en %>)

	Auditiva	Visual	Física	Mental	Múltiple
Euskadi	1,13	1,35	9,09	7,34	1,43
Resto	1,39	2,03	10,39	3,91	2,39

El origen de esta diferencia está en el fracaso de la operación padronal en Guipúzcoa, al menos en lo que se refiere a la detección de enfermedades y minusvalías. Así, mientras a nivel global, el Padrón refleja, en Álava y en Vizcaya, una tasa de alrededor de 20 deficientes por mil habitantes, en Guipúzcoa la tasa de prevalencia de empadronados se reduce al 1 2,92 por mil.

Los problemas de infradetección también se observan con claridad en lo relativo a la deficiencia mental, en especial en lo relacionado con la población inmigrante. Tal y como puede observarse en el cuadro 2, la prevalencia de problemas es superior entre la población inmigrante para todas las deficiencias, salvo en lo relativo a la deficiencia mental, circunstancia que no resulta naturalmente asumible desde un planteamiento lógico.

Los resultados del estudio deben, por ello, considerarse más como tendencias —eso sí, muy ajustadas— que como resultados absolutamente exactos, siendo la idea a retener la de una algo mayor presencia efectiva de las deficiencias en la Comunidad Autónoma que la que se deriva de los datos directos del estudio.

2. LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los capítulos 2 a 5 están dedicados a presentar los principales resultados de la investigación. Nos centraremos en algunos de ellos.

En el cuadro 3, presentamos los principales resultados absolutos y las prevalencias relativas a las deficiencias en Euskadi (1).

Como puede verse, las deficiencias físicas constituyen las deficiencias con mayor prevalencia entre la población —12,48 %>, seguidas por las deficiencias mentales —6,30 %> y las deficiencias sensoriales —2,99 %> para las visuales y 2,43 %> para las auditivas.

Para pasar de un análisis en términos de deficiencias a un análisis en términos de deficientes, el estudio establece una serie de principios para la consideración de las multi-deficiencias. Estos criterios pueden sintetizarse en tres grandes puntos:

1. En primer lugar, la deficiencia mental es siempre considerada, a efec-

CUADRO 3

PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS DEFICIENCIAS

Tipos y niveles de deficiencia	Datos absolutos	Prevalencias estimadas (%o)
Deficiencias físicas	26.732	12,48
Deficiencias visuales	6.404	2,99
Deficiencias auditivas	5.213	2,43
Deficiencia mental	13.502	6,30

(1) No se consideran, a efectos de cálculo, las deficiencias de tipo leve: debilidad mental, deficiencia física leve o imperceptible, sordera leve, pérdidas de

la agudeza visual inferiores a moderadas en ambos ojos, deficiencias leves y pérdida profunda en un solo ojo.

CUADRO 4

CLASIFICACIÓN DE LOS DEFICIENTES ANALIZADOS EN CATEGORÍAS EXCLUSIVAS DE DEFICIENCIAS O GRUPOS DE RECLASIFICACION

(Datos absolutos, porcentajes verticales y prevalencias por mil habitantes)

	Datos absolutos	Prevalencia (%>)	% verticales
Deficiencias físicas puras	20.306	9,48	46,7
Deficiencias visuales puras	3.321	1,55	7,6
Deficiencias auditivas puras	2.580	1,20	5,9
Deficiencia mental	13.588	6,34	31,3
Deficiencias múltiples	3.679	1,72	8,5
Total deficientes	43.474	20,30	100,0

tos de reclasificación, como deficiencia dominante.

2. En los casos en que no está presente ningún tipo de deficiencia mental, la clasificación distingue entre situaciones puras y situaciones de multideficiencia. Las situaciones puras hacen referencia a situaciones específicas de deficiencia —física, visual o auditiva— sin trastornos asociados de tipo medio, grave o profundo propios de otra deficiencia. Las demás situaciones son consideradas multideficiencias, incluyéndose en el epígrafe de deficiencias múltiples.

3. Las deficiencias leves —debilidad mental, sordera leve, deficiencias físicas leves y pérdidas leves de agudeza visual, inclusive pérdida profunda en un solo ojo— no son consideradas como deficiencias a efectos de reclasificación. Se asimilan, por ello, a todos los efectos, a situaciones de normalidad. Sin embargo, cuando aparecen juntas tres o más deficiencias leves, se consideran como deficiencias múltiples —siempre que no exista deficiencia mental asociada o alguna deficiencia física o sensorial de tipo medio, grave o muy grave.

Aplicando los criterios anteriores, se obtienen finalmente 31 grupos de reclasificación, integrados en cinco grandes bloques de deficiencias: deficiencias físicas puras, deficiencias visuales puras, deficiencias auditivas puras, deficiencia mental y, por último, deficiencias múltiples. Los resultados principales relativos a estas cinco cate-

gorías de deficiencias se presentan en el cuadro 4 (2).

Sintetizando los principales datos del cuadro, destaca en primer lugar que al menos 43.474 personas están afectadas en la Comunidad Autónoma Vasca por alguna de las deficiencias o multi-deficiencias consideradas. Esta cifra supone una tasa de prevalencia del 20,30 %, un porcentaje elevado de la población total de nuestra Comunidad (3). La tasa mencionada recoge exclusivamente situaciones de deficiencias o multi-deficiencias de carácter medio, grave o muy grave; de ahí que un análisis detallado de todas las deficiencias, incluidas las de carácter leve, amén de otras no consideradas en el análisis —deficiencias asociadas a la enfermedad mental, deficiencias viscerales, deficiencias desfiguradoras, etc.—, implique unas tasas mucho más elevadas. El peso de la población deficiente no es, por ello, en absoluto despreciable.

(2) Para considerar adecuadamente los datos de dicho cuadro, en especial si se pretende compararlos con los del cuadro 3, es preciso advertir que las cifras que se plantean en el cuadro son las que se derivan automáticamente de los tests y no las que se obtienen tras la aplicación de los mecanismos correctores utilizados en el estudio para eliminar los sesgos en ellos implícitos. De ahí que las cifras del cuadro 3 y las del cuadro 4 no sean totalmente homologables. Esto es atribuible a que, si bien la investigación dispone de instrumentos para corregir globalmente los diagnósticos que surgen inicialmente de los tests, carece de ellos para aplicarlos de forma individual, siendo por tanto imposible aplicar a dicho nivel criterios correctivos. Las distorsiones no son, sin embargo, importantes, al menos a nivel de cifras globales por tipos de deficiencias.

(3) Debemos recordar aquí los problemas de infra-detección observados en Guipúzcoa. En ausencia de éstos, la tasa de prevalencia aumentaría entre un 5 y un 10%.

La mayoría de los deficientes vascos considerados son deficientes físicos puros: 20.306 personas, un 46,7 % del total de deficientes detectados, pertenecen a esta categoría que, por otra parte, supone un 9,48 % de la población total. Los deficientes mentales constituyen el segundo bloque importante, con 13.588 personas — 31,3 % del total de deficientes considerados y 6,34 % de la población total—. En conjunto, estos dos grandes tipos recogen un 78 % del conjunto de personas analizadas, repartiéndose el resto, en proporciones más o menos similares, entre deficientes visuales puros, deficientes auditivos puros y deficientes múltiples.

Descendiendo un poco más en los niveles de desagregación, el estudio delimita finalmente el ranking de las 12 principales categorías o grupos de categorías de deficientes, ordenadas en función de su mayor o menor prevalencia:

1. Deficiencias físicas graves o muy graves puras —implican, al menos, grandes limitaciones en términos de movilidad e independencia física—: 4,97 %.
2. Deficiencias físicas puras que implican una limitación parcial en relación a la movilidad e independencia física del deficiente: 4,51 %.
3. Deficiencia mental de nivel medio, sin trastornos sensoriales o físicos medios, graves o muy graves asociados: 2,22 %.
4. Deficiencia mental leve sin trastornos sensoriales o físicos medios, graves o muy graves asociados: 1,77 %.
5. Deficiencias visuales graves o muy graves puras —implican al menos

una pérdida profunda en un ojo y moderada en el otro—: 1,23 %.

6. Deficiencias múltiples de nivel medio, casi todas ellas vinculadas a problemas físicos: 1,17 %.
7. Deficiencia mental de nivel medio, con trastornos sensoriales y/o físicos de nivel medio o grave: 0,95 %. Resulta probable encontrar en este grupo a numerosos paráliticos cerebrales, dominando de hecho la deficiencia física como deficiencia asociada.
8. Sordera profunda pura: 0,63 %.
9. Deficiencia mental leve, con trastornos sensoriales y/o físicos de nivel medio o grave: 0,60 %. Al igual que sucede con la categoría 7, resulta probable encontrar en este grupo a numerosos paráliticos cerebrales, siendo de nuevo dominante la asociación con la deficiencia física.
10. Deficiencia mental profunda, con o sin trastornos asociados: 0,57 %.
11. Sordera media pura: 0,57 %.
12. Deficiencias múltiples graves, la mayoría de ellas vinculadas a problemas físicos: 0,55 %.

Uno de los capítulos de mayor interés del estudio es el relativo a la asociación entre deficiencia y minusvalía. La complejidad del tema nos impide centrarnos en estos momentos en la cuestión. Recomendamos, por ello, la lectura directa a todos aquellos interesados en la situación de las personas con deficiencias y/o minusvalías.

Luis Sanzo