

Jóvenes con discapacidad

Características y Necesidades

Antonio Jiménez Lara

Sociólogo

Debido a los inapropiados criterios de desagregación por edades utilizados en su publicación, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, que sigue siendo, a más de diez años de su realización, la principal fuente de datos cuantitativos sobre la población con discapacidad en España, no permite abordar con un mínimo detalle la caracterización de la población joven con discapacidades. Por ello, el artículo se centra en dos aspectos que, aunque parciales, son especialmente importantes para profundizar en el estudio de los jóvenes con discapacidad. El primero es el de la situación laboral de este grupo de población, que constituye, dadas las bajas tasas de actividad de las personas afectadas por situaciones de discapacidad, el más importante problema social del colectivo. El segundo, la necesidad de una reconceptualización de la discapacidad, que permita ofrecer una perspectiva coherente de sus diferentes dimensiones, tanto en el plano biológico y psicológico como en el social, y de un uso adecuado de los términos que contribuya a transmitir mensajes positivos y a reforzar las prácticas sociales normalizadoras.

1. Las fuentes de datos

La principal fuente de información cuantitativa sobre la población con discapacidad en España es la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM) realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1986 (1). A pesar de tener ya más de diez años de antigüedad, los datos de la EDDM siguen siendo la principal referencia para analizar las características y necesidades de las personas con discapacidad y estimar la demanda potencial de servicios para el colectivo (2).

La EDDM siguió el diseño muestral de la Encuesta General de la Población, en el que están basadas todas las encuestas a hogares que realiza el INE. Su unidad de análisis fue la vivienda familiar, con exclusión de los hogares colectivos (hospitales, centros residenciales, cárceles, cuarteles, conventos...), aunque sí se incluyeron las familias que, formando un grupo independiente, residían en ellos, como los directores de los centros, conserjes y porteros (3).

La EDDM utilizó para delimitar la población objeto de estudio el sistema de clasificación propuesto en

1980 por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1) (4). La

(1) Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. INE, Madrid 1987. 2 volúmenes. La EDDM, con una muestra de 256.337 personas encuestadas en más de 74.000 hogares, supuso una verdadera revolución en el conocimiento cuantitativo de las discapacidades en España.

(2) No se han realizado, con posterioridad, investigaciones con una base cuantitativa suficiente que permitan actualizar la información, ya bastante desfasada, proporcionada por la EDDM. Aunque el INE había incluido en su programación para 1996 la realización de una segunda encuesta sobre las discapacidades de la población española, esa intención se vio frustrada por dificultades de orden económico. Recientemente se ha retomado la idea, y se ha comenzado a trabajar en la preparación de una nueva encuesta, cuya fase de campo podría llevarse a cabo, si se cumplen las previsiones, durante el primer trimestre de 1999.

(3) Dados los objetivos perseguidos por la EDDM se consideraron incluidas en la respectiva vivienda familiar las personas que llevaban menos de un año en centros sanitarios o internados, y los que, aun llevando más de un año, conservaban algún vínculo con la vivienda familiar, como pasar en ella los fines de semana o los períodos de vacaciones.

(4) En junio de 1997, la Organización Mundial de la Salud ha dado a conocer, con carácter experimental, una nueva versión de la CIDDM, que, aunque mantiene las siglas originales, ha pasado a denominarse Clasificación Internacional de deficiencias, actividades y participación (CIDDM-2). La razón de este cambio ha sido evitar las connotaciones negativas de algunos de los términos que venían utilizándose: así el término "discapacidad" se ha sustituido por un término neutral ("actividad"), y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como "limitaciones de la actividad". Puede consultarse en la dirección de Internet <http://www.who.ch/icidad/>.

CIDDM-1 distingue tres niveles diferenciados de clasificación de las consecuencias permanentes de la enfermedad:

- *Deficiencia*: Se entiende por deficiencia, dentro del área de la salud, toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. El concepto de deficiencia se refiere, por tanto, a las consecuencias permanentes a nivel orgánico de las enfermedades y accidentes.
- *Discapacidad*: Se entiende por discapacidad toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. El concepto de discapacidad se refiere a las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes a nivel personal.
- *Minusvalía*: Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales concurrentes. El concepto de minusvalía se refiere a las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes a nivel social.

La EDDM ofrece datos ampliamente detallados sobre la población con *discapacidades* (segundo nivel de clasificación de la CIDDM-1), sobre las *deficiencias* que han ocasionado las discapacidades y sobre las *minusvalías* que afectan a esa población (primer y tercer nivel de clasificación de la CIDDM-1, respectivamente). Debido a la propia estrategia de captación de datos de la encuesta, que parte de la identificación de personas con discapacidad, no puede extraerse de ella información sobre el número global de personas con deficiencias (en tanto que no considera aquellos casos en los que la deficiencia no ha dado lugar a una discapacidad), aunque sí permite clasificar a las personas en situación de discapacidad según el tipo de deficiencias que causaron esa situación.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) amplió esta información mediante la

realización, en 1989, de una tabulación adicional de los datos de la EDDM (5), centrada en el análisis de la población con minusvalías.

Asimismo, el INSERSO realizó otra encuesta en 1988 (6) que ofrece datos que permiten completar el análisis y enriquecer el conocimiento de la situación social de las personas con discapacidad. Sin embargo, sus resultados se deben interpretar con cautela, ya que se realizó sobre una muestra de 2.500 personas con minusvalía potenciales usuarios de los centros y servicios del INSERSO, y no es, por tanto, representativa de la población con discapacidades en su conjunto.

2. Estimaciones globales acerca de la población con discapacidad

La distinción conceptual que establecía la CIDDM-1 entre el nivel de discapacidad y el de minusvalía se tradujo, a efectos de cuantificación de la población con discapacidades, en la definición de dos colectivos de dimensiones marcadamente diferentes: el de las personas con discapacidad, que suponen el quince por cien de la población española, y el colectivo más reducido de las personas con minusvalía, constituido por alrededor del seis por cien de la población. La tasa de prevalencia global de las situaciones de discapacidad en España, que, como se ha indicado, puede cifrarse en un quince por cien, es el resultado de tasas específicas por edad muy diferentes: la prevalencia de las situaciones de discapacidad crece con la edad, pasando de valores en torno al dos por cien en los primeros años de la vida a superar el setenta y cinco por cien por encima de los ochenta años. Así, más de la mitad de las personas con discapacidad estimadas por la EDDM superaban los sesenta y

(5) Las personas con minusvalía en España. Aspectos cuantitativos. Colección Servicios Sociales. Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO, Madrid, 1989.

(6) Los resultados de esta encuesta se han publicado, dentro de la Colección Servicios Sociales del Instituto Nacional de Servicios Sociales, con el título "Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas" (Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO, Madrid, 1988).

Población con discapacidad en España, 1986

	Personas con discapacidades (*)			Personas con minusvalías (**)		
	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL
0-5 años	26.183	16.864	43.047	10.633	5.146	15.779
6-14 años	95.799	62.037	157.836	44.717	25.873	70.590
Subtotal 0-14 años	121.982	78.901	200.883	55.350	31.019	86.369
15-24 años	131.096	83.977	215.073	63.796	43.204	107.000
25-34 años	115.094	96.000	211.094	64.710	44.448	109.158
35-44 años	134.883	147.799	282.682	66.533	64.910	131.443
45-54 años	295.025	352.815	647.840	144.337	131.002	275.339
55-64 años	606.634	683.678	1.290.312	289.088	235.735	524.823
Subtotal 15-64 años	1.282.732	1.364.269	2.647.001	628.464	519.299	1.147.763
65 años y más	1.093.207	1.802.200	2.895.407	380.928	697.064	1.077.992
Total	2.497.921	3.245.370	5.743.291	1.064.742	1.247.382	2.312.124

(*) Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, Madrid, 1987.

(**) Fuente: INSERSO. Las personas con minusvalía en España. Aspectos Cuantitativos, Madrid, 1989.

cinco años. Las tasas de prevalencia de las situaciones de discapacidad experimentan un incremento constante pero moderado hasta los cuarenta y cinco años de edad para, a partir de ahí, crecer de forma más acusada. Por esta razón, al analizar la situación social de las personas con discapacidad es necesario tener en cuenta que su estructura por edades es muy diferente a la de la población general.

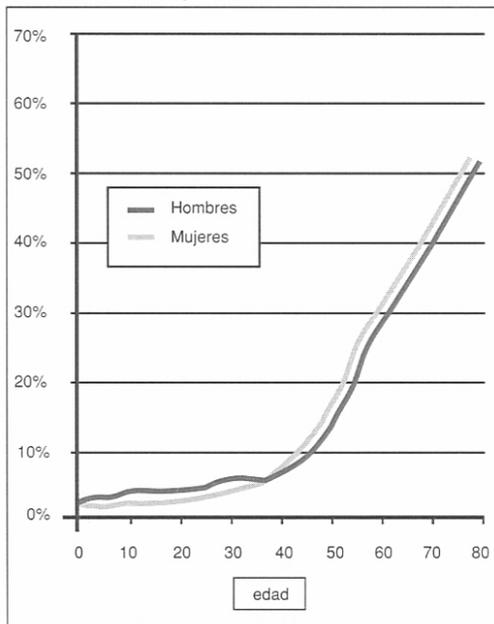
Las mujeres presentan, en conjunto, una tasa de prevalencia más elevada que los varones (16,5 frente a 13,3 por cien). Sin embargo, al desagregar los datos por sexo y edad se observa que las tasas de prevalencia son sistemáticamente más altas para los varones hasta los treinta y cinco años, edad a partir de la cual se invierte la tendencia. A falta de un análisis detallado de las causas de este fenómeno, pueden aventurarse tres hipótesis complementarias: una de ellas ligada a factores culturales (subdetección temprana de discapacidades en las mujeres, que sugiere la existencia de expectativas sociales diferentes por

sexo), otra a factores socioeconómicos (mayor exposición de los varones a riesgos que, en lugar de generar discapacidad, pueden derivar en muerte, como los accidentes laborales y de tráfico) y la tercera a factores biológicos (mortalidad diferencial por sexos, con un mayor índice de supervivencia entre las mujeres afectadas por discapacidades).

Como queda recogido en el cuadro anterior, la prevalencia de las situaciones de discapacidad en las edades jóvenes (tomamos como referencia el grupo de entre 15 y 24 años de edad) se sitúa en torno al 3 por cien (1,5 por cien si se adopta el criterio, más restrictivo, de minusvalía). Traducido a términos absolutos, teniendo en cuenta la dimensión actual de la población española y desde la hipótesis de que las tasas de prevalencia no hubiesen cambiado significativamente en los últimos años, esto vendría a suponer que existen, en España, unos 215.000 jóvenes con discapacidad, de los cuales alrededor de 110.000 podrían clasificarse, de acuerdo con los criterios de

Prevalencia por sexo y edad de las situaciones de discapacidad, 1986

Grupo de edad	Tasas de prevalencia		
	Hombres	Mujeres	Total
0-5 años	2,2%	1,5%	1,8%
6-14 años	3,3%	2,2%	2,8%
Subtotal 0-14 años	3,0%	2,0%	2,5%
15-24 años	3,7%	2,5%	3,1%
25-34 años	5,1%	4,2%	4,6%
35-44 años	6,2%	6,5%	6,4%
45-54 años	13,1%	14,8%	14,0%
55-64 años	27,1%	28,5%	27,8%
Subtotal 15-64 años	10,3%	10,7%	10,5%
65 años y más	50,8%	60,2%	56,3%
Total	13,3%	16,5%	15,0%



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. INE, 1987.

la CIDDM-1, como personas con minusvalía. Más de la mitad de estos jóvenes con minusvalía presentan deficiencias psíquicas (especialmente retraso mental), cerca de un 30 por cien deficiencias físicas (sobre todo, motóricas) y alrededor de un 20 por cien deficiencias sensoriales.

Llegados a este punto, y dada la casi total ausencia de criterios de desagregación por edades en la publicación de los datos de la EDDM, he de reconocer que me resulta imposible abordar con un mínimo detalle la caracterización global de la población joven con discapacidades. Por ello, y a la espera de que la segunda edición de la encuesta proporcione nuevos datos, he preferido centrar esta disertación en dos aspectos que, aunque parciales, son, sin duda, importantes desde la perspectiva temática que en este foro nos ocupa. El primero de ellos es el de la *situación de empleo de los jóvenes con discapacidad*. El segundo, el de la necesaria *reconceptualización de la discapacidad misma*, tal y como está siendo

impulsada por la nueva propuesta de clasificación de las dimensiones y consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional que ha formulado la Organización Mundial de la Salud al poner en circulación el borrador de la CIDDM-2, al que al comienzo de esta exposición he hecho referencia.

3. La situación laboral

Sin duda, el mayor problema de los jóvenes con discapacidad es el acceso al empleo. Aunque son muchos y prometedores los esfuerzos que se vienen haciendo para equiparar las oportunidades laborales de las personas con discapacidad, a nadie se le oculta que es mucho lo que todavía hay que avanzar en este campo. Para los jóvenes afectados por una discapacidad el acceso al trabajo es, a la vez, garantía de subsistencia y desarrollo personal y eslabón fundamental para el reconocimiento pleno de sus derechos ciudadanos. Por otro lado, socialmente

resulta mucho más rentable poner los medios para que los jóvenes con discapacidad puedan trabajar y contribuir activamente al desarrollo de la sociedad, que atender sus necesidades de subsistencia a través de sistemas de ayudas más o menos generosos, que nunca podrán tener los efectos integradores de un puesto de trabajo.

En octubre de 1995, el Pleno del Consejo Económico y Social aprobó un informe, por propia iniciativa, sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad, en el que realizaba un diagnóstico exhaustivo y se formulaba una serie de propuestas para su reactivación.

Basándose en el análisis de los datos existentes, el Consejo Económico y Social llegó a la conclusión de que las tasas de inserción laboral de las personas con discapacidad son netamente inferiores a los del conjunto de la población, y que, por lo tanto, es absolutamente necesario emprender una acción decidida en favor del acceso al empleo de las personas con discapacidad. La situación de empleo de las personas con discapacidad en edad laboral se caracteriza, sobre todo, por su escasa participación en la actividad. En efecto, la mayor parte de las personas con discapacidad o minusvalía en edad laboral no aparece clasificada como activa, porque ni tiene ni busca activamente empleo.

Las causas de las bajas tasas de actividad de las personas afectadas por situaciones de discapacidad son diversas. Existe, sobre todo entre los varones, un grupo relativamente importante de personas incapacitadas para el trabajo o que reciben pensiones de jubilación u otras rentas, pero son también muchos los que, ante la falta de oportunidades laborales, dilatan sus procesos de formación, o, como ocurre sobre todo entre las mujeres, se dedican exclusivamente a las tareas del hogar. La falta de oportunidades ocupacionales es, más que la incapacidad para el trabajo, el factor más importante de exclusión del mercado laboral de las personas con discapacidades. Los datos muestran que los niveles de exclusión del mercado laboral son mayores en el caso de los más severamente afectados, de las mujeres con

discapacidad y de los discapacitados de mayor edad.

Además de esa baja participación, que constituye la dimensión cuantitativa del problema de empleo de las personas con discapacidad, existe también una problemática cualitativa, que los escasos datos disponibles permiten vislumbrar, y que se traduce en que, en muchos casos, los empleos a los que acceden las personas con discapacidad son empleos poco cualificados y mal retribuidos. Las carencias de formación de las personas con discapacidad son uno de los factores que explican estos problemas.

Los niveles cuantitativos y cualitativos de empleo no son uniformes dentro de la población con discapacidades. La información disponible muestra que las personas con discapacidades sensoriales se ven menos afectadas que las personas con discapacidades físicas y psíquicas a la hora de encontrar y conservar un empleo, y que la edad y el sexo condicionan también las posibilidades de inserción laboral de las personas con discapacidad. Aunque no ha sido posible confirmarlo con datos, muchos otros factores, como la edad a la que se ha producido la situación de discapacidad, el nivel cultural y el nivel de ingresos familiares, influyen también en la situación laboral de las personas con discapacidades. Las medidas que se adopten para reactivar el empleo de las personas con discapacidad habrán de tener en cuenta esta diversidad, proporcionando respuestas diferentes a necesidades y circunstancias que también lo son.

La mayor parte de las personas con discapacidad ocupadas lo están en empleos no protegidos, dentro de lo que se puede denominar "mercado de trabajo competitivo". No obstante, el empleo protegido (fundamentalmente a través de los Centros Especiales de Empleo) parece seguir siendo la principal fuente de oportunidades de empleo para las personas con deficiencias psíquicas y es también cualitativamente muy importante en el caso de las personas plurideficientes. Las medidas de reactivación del empleo de las personas con discapacidad han de

abordar ambos frentes, sin renunciar a ninguna oportunidad de mejorar las oportunidades ocupacionales, y planteando nuevas fórmulas (como los enclaves productivos en empresas y el empleo de protección parcial) que se están mostrando eficaces en países de nuestro entorno. La falta de datos adecuados no sólo dificulta la elaboración de un diagnóstico preciso de la situación de empleo de las personas con discapacidades, sino que también puede impedir que se realice una adecuada evaluación de los resultados de las medidas de reactivación que puedan adoptarse. Por ello, resulta imprescindible contar con información precisa y detallada, no únicamente a través de esfuerzos localizados en el tiempo (como podría ser la realización de una segunda encuesta sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías, actualmente en preparación), sino integrando, en la medida de lo posible, en las operaciones estadísticas periódicas y continuadas, como la Encuesta de Población Activa, criterios que permitan conocer la evolución de la situación de empleo de las personas con discapacidad. Debe también aprovecharse estadísticamente la información que capta el sistema tributario como resultado de la existencia de determinadas deducciones y ventajas fiscales para las personas con discapacidades que desarrollan una actividad laboral y para las empresas que las emplean.

4. Hacia una reconceptualización de la discapacidad: la nueva propuesta de la OMS

La *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM)* fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 con fines experimentales. Su utilización en todo el mundo ha permitido acumular una experiencia considerable, que ha hecho evidente la necesidad de revisarla, a la vista de las nuevas demandas del sector. La conceptualización de la discapacidad que propone la OMS surge de la dialéctica entre lo que

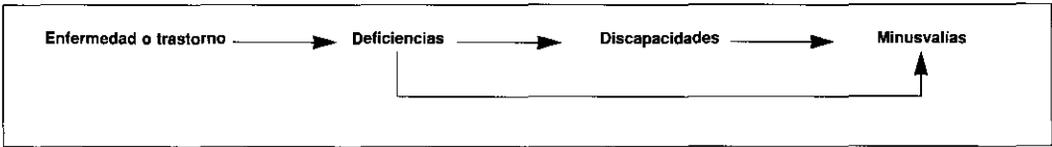
podríamos llamar el "modelo médico" y el "modelo social". El *modelo médico* enfoca las consecuencias de la enfermedad como un problema "personal", causado directamente por una enfermedad, un traumatismo o cualquier otra alteración de la salud, que requiere asistencia médica y rehabilitadora en forma de un tratamiento individualizado, prestado por profesionales. En este modelo, el manejo de las consecuencias de la enfermedad está dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación.

El *modelo social*, por su parte, enfoca la cuestión desde el punto de vista de la integración social de las personas que sufren las consecuencias de una enfermedad, considerando que esas consecuencias no son un atributo de la persona, sino un conjunto de alteraciones en la interacción entre la persona y su medio, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social. Por consiguiente la solución exige la acción social, y la sociedad tiene la responsabilidad colectiva de realizar las modificaciones necesarias en el entorno para facilitar la plena participación en todas las esferas de la vida social de las personas que sufren las consecuencias de la enfermedad.

La síntesis de ambos enfoques puede ofrecer una perspectiva coherente de las diferentes dimensiones de las consecuencias de la enfermedad, tanto en el plano biológico y psicológico como en el plano social. La discapacidad se conceptualizaría, así, como un problema a la vez social y personal, que requiere no sólo atención médica y rehabilitadora, sino también apoyo para la integración social, a la que han de darse respuestas mediante tratamientos individuales y acción social, y cuya superación requiere tanto ajustes personales como cambios en el entorno.

La CIDDM-1 ya partía de ese enfoque, y ello le llevaba a distinguir entre tres niveles de las consecuencias de la enfermedad (el nivel bio-fisiopsicológico, el nivel personal y el nivel social), a los que se correspondían los tres conceptos clave de *deficiencia, discapacidad y minusvalía*. La distinción entre estos tres niveles se representó gráficamente con el siguiente esquema:

Consecuencias de la enfermedad según se representaron en la CIDDM 1980



Esta representación pretendía recoger la siguiente secuencia de manifestación de las consecuencias de la enfermedad:

1. Algo normal ocurre en la persona (cambios patológicos; síntomas)

ALTERACIÓN DE LA SALUD

2. Alguien se da cuenta de lo que ocurre (se exteriorizan los síntomas; puede detectarse la enfermedad clínica).

DEFICIENCIAS (a nivel del cuerpo)

3. Puede alterarse el resultado de las actividades realizadas por las personas (limitación de la actividad, alteración de la conducta)

DISCAPACIDADES (a nivel de la persona)

4. La persona puede encontrarse en una situación de desventaja frente a los demás (respuesta de la

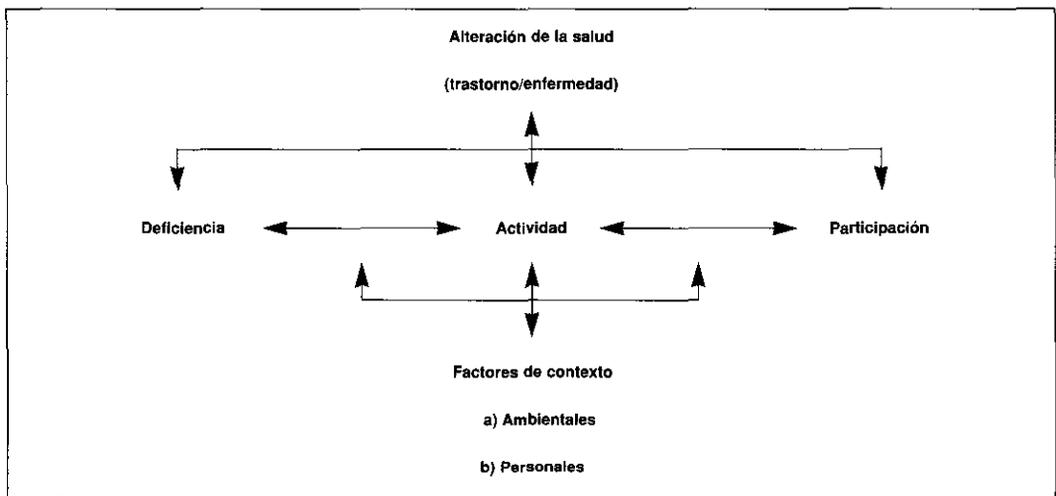
sociedad a la experiencia individual, restricción de la participación)

MINUSVALÍAS (al nivel de la sociedad)

Sin embargo, la representación utilizada, a pesar de su evidente utilidad para distinguir como conceptos diferentes a las deficiencias, discapacidades y minusvalías, no facilita una información adecuada sobre la relación entre los tres conceptos, y se tiende a interpretar, incorrectamente, como un modelo causal y unidireccional. Tampoco refleja adecuadamente la importancia del entorno social y físico en el proceso.

Por todo ello, la CIDDM-2 propone un nuevo esquema para interpretar las interrelaciones entre las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad, que, con todas las limitaciones inherentes a cualquier representación esquemática, podría sintetizarse en el siguiente diagrama:

Interpretación actual de las interacciones entre las dimensiones de la CIDDM-2



Según esta interpretación, las consecuencias de la enfermedad se consideran como una interacción o relación compleja entre la alteración de la salud y los factores de contexto, de manera que las intervenciones sobre un elemento puede inducir modificaciones en los demás elementos relacionados. La interacción entre los distintos elementos es bidireccional y no siempre previsible. Puede darse el caso de personas que presenten deficiencias sin que esto suponga la existencia de limitaciones de la actividad (por ejemplo, una desfiguración causada por la lepra no siempre produce limitaciones funcionales); que presenten limitaciones de la actividad a consecuencia de una determinada alteración de la salud sin que se hayan producido deficiencias evidentes (por ejemplo, un mal rendimiento en las actividades de la vida diaria, frecuente en muchas enfermedades), que presenten problemas de participación causados por alteraciones de la salud sin que existan deficiencias ni limitaciones de actividad (como en el caso de personas seropositivas o de personas que se han recobrado de una

enfermedad mental), e incluso que las consecuencias de la alteración de la salud incidan en la propia alteración (como cuando la inactividad de los músculos causa una atrofia) y que las medidas adoptadas para restablecer la salud incidan sobre las consecuencias de la alteración (como en el caso de una institucionalización prolongada que tiene como resultado la pérdida de destrezas sociales).

La nomenclatura y las definiciones prácticas de las dimensiones contempladas en la clasificación han experimentado algunas variaciones. La más importante es que, en el caso de la segunda y tercera dimensión (que describen el rendimiento funcional a nivel de la persona y de la sociedad) se ha optado por una formulación positiva del término (actividad, participación), y, en las tres dimensiones, los respectivos dominios (funciones y estructuras, actividades y ámbitos de participación) se expresan en términos neutrales. Los aspectos negativos (pérdida o variación significativa), cuando existen, pueden expresarse como limitaciones o restricciones de esos dominios.

Definiciones básicas

CIDDM-1 (1980)	CIDDM-2 (1997)
<p><i>Deficiencia:</i> Se entiende por deficiencia, dentro del área de la salud, toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.</p>	<p><i>Deficiencia:</i> Toda pérdida o anomalía de una estructura anatómica o de una función psicológica o fisiológica.</p>
<p><i>Discapacidad:</i> Se entiende por discapacidad toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.</p>	<p><i>Actividad:</i> Es la naturaleza y el nivel de rendimiento funcional de una persona. Las actividades pueden verse limitadas en naturaleza, duración y calidad.</p> <p>La <i>limitación de actividad</i> (antes discapacidad) es la dificultad que tiene una persona para realizar, lograr o terminar una actividad.</p>
<p><i>Minusvalía:</i> Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales concurrentes.</p>	<p><i>Participación:</i> Es la naturaleza y el grado de intervención de una persona en situaciones de la vida con relación a deficiencias, actividades, alteraciones de la salud y factores de contexto. La participación puede verse restringida en naturaleza, duración y calidad.</p> <p>La <i>restricción de la participación</i> es una desventaja para la persona con deficiencia o discapacidad, que se crea o agrava por las características de los <i>factores de contexto (ambientales y personales)</i>.</p>

Resumen básico de las dimensiones de la CIDDM-2

	Nivel de rendimiento funcional	Características	Aspecto positivo	Aspecto negativo	Calificadores
<i>Deficiencias</i>	Cuerpo (partes del cuerpo)	Función psicológica o fisiológica Estructura anatómica	Integridad funcional y estructural	Deficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad • Localización • Duración
<i>Actividades</i>	Persona (persona en su conjunto)	Actividades de la vida diaria de la persona	Actividad	Limitación de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de dificultad • Ayuda • Duración • Perspectivas
<i>Participación</i>	Sociedad (Relaciones con la sociedad)	Participación en la sociedad	Intervención en la situación	Restricción de la participación	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de participación • Facilitadores u obstáculos en el entorno
Factores de contexto	Factores ambientales (Influencia externa en el rendimiento funcional) Factores personales (Influencia interna en el rendimiento funcional)	Características del mundo físico y social y de las actitudes	Facilitadores	Barreras/ obstáculos	Ninguno

Como se desprende de los cuadros anteriores, en la CIDDM-2 se ha desechado el término *discapacidad*. Esa decisión se ha tomado por razones que tienen que ver con determinadas connotaciones del término, con las dificultades para su traducción y con el hecho de que hace referencia más a la capacidad que a la actividad, pero no supone la adopción de posición alguna respecto a como se debe hacer referencia a las personas afectadas por las consecuencias permanentes de la enfermedad, respetando el principio de que las personas tienen derecho a llamarse como quieran. Por otra parte, la CIDDM no clasifica a las personas, sino tan sólo ciertas características de su salud.

La CIDDM no hace referencia exclusiva a las personas con discapacidades, sino a todas las personas. Cualquiera puede adquirir una discapacidad o sufrir las consecuencias de una enfermedad. El problema de las consecuencias de la enfermedad es una experiencia humana

universal, no un rasgo que caracteriza a un grupo o a una persona frente a otros.

Aunque los términos que se utilizan en la CIDDM-2 se expresan de una manera neutral (lo que sin duda puede contribuir a evitar la estigmatización y otras connotaciones negativas), no se ha hecho por consideraciones eufemísticas y por seguir la moda del lenguaje "políticamente correcto". Los atributos negativos de las alteraciones de la salud y la forma en que las personas reaccionan ante ellos son independientes de los términos utilizados para definir dichas alteraciones, y las consecuencias de la enfermedad seguirán existiendo, reciban el nombre que reciban. El problema no es sólo ni es fundamentalmente una cuestión de lenguaje, sino, sobre todo, de la actitud de las otras personas y de la sociedad ante las consecuencias de la enfermedad. Lo que se necesita no es un lenguaje políticamente correcto, sino un contenido y un uso adecuados, que contribuya a transmitir mensajes positivos y refuerce las prácticas sociales normalizadoras.