

TESI DOCTORAL

Estudi de les disminucions avaluades en els Centres d'Atenció a Disminuïts

Anton López Bastida

Departament de Medicina i Cirurgia

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Universitat Rovira i Virgili

Dedicat als meus pares.

A la Pilar, a la Marta i a l'Anna

AGRAÏMENTS

Aquest treball ha estat realitzat gràcies a l'ajut de tot un grup de persones, a les quals dec el meu agraïment:

A l'Enriqueta Lloret i Cubells, metge psiquiatra i directora del Centre d'Atenció a Disminuïts de Tarragona, de la qual al llarg d'aquests últims catorze anys he rebut tot el suport científic i humà. De ben segur que sense ella no hagués fet el primer pas en aquest treball.

A la Dra. Dolors Riba i Lloret, Catedràtica de Metodologia de les Ciències del Comportament de la Universitat Autònoma de Barcelona, per l'ajut inestimable en el tractament estadístic de les dades.

Al Dr. Rodrigo Miralles i Marrero per tot el suport i entusiasme en iniciar la tesi, tot just acabat el Mestratge de Valoració del Dany Corporal.

Al Dr. Joan Fernàndez i Ballart pel seu oportú assessorament estadístic

A Montserrat Cervera i Macià, Directora General de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, per la seva confiança i pel seu suport en l'obtenció de les dades.

A Immaculada Asensio i Ruiz, Cap del Servei de Suport a la Gestió de l'ICASS, pel seu recolzament i per l'obtenció de les dades.

A las Secció d'Informàtica del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, i concretament a Carles Arauzo i Palacios, a Montserrat Martí i Ynglès i a David Sanabria i Torres per la seva paciència i per l'ajut tècnic indispensable per a l'obtenció de les dades.

Als meus companys de l'Equip de Valoració d'Adults de Barcelona i dels Centres d'Atenció a Disminuïts de Catalunya, i especialment als del Centre Atenció a Disminuïts de Tarragona. El meu agraïment més sincer pel suport moral i la seva amistat.

Al Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya per haver confiat en mi en aquest projecte.

Cal esmentar també l'inestimable ajut d'en Joan Sala i Barbany que m'ha esperonat des del punt de vista mèdic, estadístic i humà.

Abreviatures emprades en el present treball

AMA	Associació Mèdica Americana
AVC	Accident Vascular Cerebral
AVD	Activitats de la Vida Diària
BDE	Base de Dades Estatal
BOE	Butlletí Oficial de l'Estat
CAD	Centre d'Atenció a Disminuïts
CATREG	Regressió Categòrica per escalament òptim
CERMI	Comité Español de Representantes de Minusválidos
CIF	Classificació Internacional del Funcionament, de la discapacitat i de la salut
DM	Diabetis Mellitus
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
ECHP	European Community Household Panel
EE	Extremitats
EEII	Extremitats Inferiors
EESS	Extremitats Superiors
EI	Extremitat Inferior
ES	Extremitat Superior
IBAS	Institut Balear d'Afers Socials
ICASS	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
INE	Institut Nacional d'Estadística

INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
LISMI	Llei d'Integració Social dels Minusvàlids
MPOC	Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONCE	Organització Nacional de Cecs d'Espanya
ORL	Oto-Rino-Laringològic
RD	Reial Decret
SN	Sistema Nerviós
SNA	Sistema Nerviós Autònom
SNC	Sistema Nerviós Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCE	Traumatisme CraniEncefàlic
VIH	Virus de la Immunodeficiència Humana

ÍNDEX

ÍNDEX	1
INTRODUCCIÓ	11
1. Antecedents històrics	18
1.1. <i>Primeres civilitzacions.....</i>	18
1.2. <i>Grècia i Roma.....</i>	20
1.3. <i>Edat Mitjana.....</i>	21
1.4. <i>Renaixement.....</i>	22
1.5. <i>Segles XVIII i XIX.....</i>	23
1.6. <i>Segle XX.....</i>	24
2. Marc conceptual	25
2.1. <i>La deficiència, la discapacitat i la disminució.....</i>	25
2.2. <i>La definició administrativa de la situació de discapacitat.....</i>	28
3. La valoració en els Centres d'Atenció a Disminuïts (CADs)	29
3.1. <i>Els tècnics.....</i>	29
3.2. <i>La disminució.....</i>	32
3.3. <i>La codificació.....</i>	36
OBJECTIUS.....	39
MATERIAL I MÈTODES	42
1. Marc poblacional	43
2. Període d'estudi	43
3. Selecció de mostra.....	43
4. Unitat de mesura	44
5. Procediment per a l'obtenció del grau de disminució.....	44
6. Metodologia del registre.....	45

6.1. Codificació de la deficiència.....	46
6.2. Codificació del diagnòstic	48
7. Característiques dels indicadors utilitzats	50
7.1. Dades demogràfiques.....	50
7.1.1. Data de naixement - Data de valoració	50
7.1.2. Gènere	52
7.1.3. Codi de municipi.....	52
7.1.4. Nom del municipi.....	52
7.1.5. Codi de comarca i nom de comarca.....	52
7.1.6. Regió comarcal	54
7.2. Dades d'identificació.....	55
7.2.1. Número d'expedient	55
7.3. Dades de valoració	55
7.3.1. Codis	56
7.3.2. Grau de discapacitat	56
7.3.3. Factors socials	57
7.3.4. Grau de disminució	57
7.3.5. Barem de tercera persona.....	58
7.3.6. Barem de mobilitat	58
7.3.7. Reconeixement de disminució.....	59
7.3.8. Data primera visita	60
7.3.9. Data última visita	60
7.3.10. Data de valoració en relació al RD 1971/1999	60
7.3.11. Comorbiditat	60
8. Depuració de dades i tractament informàtic	61
9. Tractament estadístic	64
RESULTATS	69
Estudi descriptiu de les persones avaluades als CADs de Catalunya	70
1. Gènere i edat.....	71
2. Grau de disminució – Reconeixement de disminució (Rdis).....	72
2.1. Gènere i edat	74
3. Valoracions per comarques i regions comarcals	75
3.1. Freqüències	75

3.1. <i>Reconeixement de disminució (Rdis)</i>	76
4. <i>Evolució de les valoracions</i>	78
4.1. <i>Prevalença</i>	78
4.2. <i>Primera visita</i>	80
4.3. <i>Última visita</i>	82
4.4. <i>Evolució del gènere per anys</i>	84
4.5. <i>Evolució de l'edat per anys</i>	87
4.6. <i>Evolució del reconeixement de disminució per anys</i>	90
4.7. <i>Evolució per comarques i per regions comarcals</i>	93
Estudi descriptiu de les persones amb certificat de disminució valorades als CADs de Catalunya	95
1. <i>Gènere i edat</i>	95
2. <i>Grau de disminució – Reconeixement de disminució (Rdis)</i>	97
2.1. <i>Gènere i edat</i>	98
3. <i>Valoracions per comarques i regions comarcals</i>	103
3.1. <i>Prevalença</i>	103
3.2. <i>Grau de disminució</i>	104
4. <i>Evolució de les valoracions</i>	105
4.1. <i>Evolució del gènere per anys</i>	105
4.2. <i>Evolució de l'edat per anys</i>	108
4.3. <i>Evolució del grau de disminució per anys</i>	111
5. <i>Barem de mobilitat</i>	114
5.1. <i>Grau de disminució</i>	115
5.2. <i>Valoracions per comarques i regions comarcals</i>	116
5.3. <i>Evolució per anys</i>	119
6. <i>Barem de tercera persona</i>	120
6.1. <i>Grau de disminució</i>	121
6.2. <i>Valoracions per comarques i regions comarcals</i>	122
6.3. <i>Evolució per anys</i>	125
Estudi descriptiu de les deficiències de les persones amb certificat de disminució a Catalunya	127
1. <i>Freqüències</i>	127
2. <i>Deficiències segons gènere</i>	130
3. <i>Deficiències segons edat</i>	131
4. <i>Deficiències per grau de disminució</i>	135
5. <i>Deficiències per regions comarcals</i>	137

6. Evolució de les deficiències per anys	145
--	-----

Estudi descriptiu dels diagnòstics de les persones amb certificat de disminució a Catalunya 148

1. Freqüències	148
2. Diagnòstics segons gènere	150
3. Diagnòstics segons edat.....	151
4. Diagnòstics segons grau de disminució.....	157
5. Estudi de les comorbiditats.....	159
6. Diagnòstics més freqüents	160
6.1. Diagnòstics desconeguts	161
6.1.1. Diagnòstic desconegut segons gènere	163
6.1.2. Diagnòstic desconegut segons edat	164
6.1.3. Diagnòstic desconegut segons grau de disminució ..	165
6.1.4. Diagnòstic desconegut segons comarca i regions comarcals	165
6.1.5. Prevalença dels diagnòstics desconeguts segons regions comarcals.....	166
6.2. Sistema Nerviós Central (SNC) i Sistema Nerviós Autònom (SNA)	166
6.2.1. Diagnòstics de SNC i SNA segons gènere	168
6.2.2. Diagnòstic de SNC i SNA segons edat.....	168
6.2.3. Diagnòstic de SNC i SNA segons grau de disminució	169
6.2.4. Diagnòstic de SNC i SNA segons comarca i regions comarcals	170
6.2.5. Prevalença segons regions comarcals	170
6.3. Artrosi.....	171
6.3.1. Diagnòstic d'artrosi segons gènere	172
6.3.2. Diagnòstic d'artrosi segons edat.....	173
6.3.3. Diagnòstic d'artrosi segons grau de disminució	173
6.3.4. Diagnòstic d'artrosi segons comarca i regions comarcals	174
6.3.5. Prevalença segons regions comarcals	174
6.4. Oftalmològic	175
6.4.1. Diagnòstics oftalmològics segons gènere	176
6.4.2. Diagnòstics oftalmològics segons edat	177
6.4.3. Diagnòstics oftalmològics segons grau de disminució	178
6.4.4. Diagnòstics oftalmològics segons comarca i regions comarcals	179
6.4.5. Prevalença segons regions comarcals	179

6.5. Otològic.....	180
6.5.1. Diagnòstics otològics segons gènere.....	180
6.5.2. Diagnòstics otològics segons edat.....	181
6.5.3. Diagnòstics otològics segons grau de disminució.....	182
6.5.4. Diagnòstics otològics segons comarca i regions comarcals	182
6.5.5. Prevalença segons regions comarcals	183
6.6. Cardíac	184
6.6.1. Diagnòstics cardíacs segons gènere	184
6.6.2. Diagnòstics cardíacs segons edat	185
6.6.3. Diagnòstics cardíacs segons grau de disminució	186
6.6.4. Diagnòstics cardíacs segons comarca i regions comarcals	187
6.6.5. Prevalença segons regions comarcals	187
6.7. Esquizofrènia	188
6.7.1. Diagnòstics d'esquizofrènia segons gènere.....	188
6.7.2. Diagnòstics d'esquizofrènia segons edat.....	189
6.7.3. Diagnòstics d'esquizofrènia segons grau de disminució	190
6.7.4. Diagnòstics d'esquizofrènia segons comarca i regions comarcals	190
6.7.5. Prevalença segons regions comarcals	190
6.8. Depressió i trastorn bipolar	191
6.8.1. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons gènere	192
6.8.2. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons edat	193
6.8.3. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons grau de disminució.....	193
6.8.4. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons comarca i regions comarcals.....	194
6.8.5. Prevalença segons regions comarcals	194
6.9. Columna.....	195
6.9.1. Diagnòstics de columna segons gènere	196
6.9.2. Diagnòstics de columna segons edat	197
6.9.3. Diagnòstics de columna segons grau de disminució	197
6.9.4. Diagnòstics de columna segons comarca i regions comarcals	198
6.9.5. Prevalença segons regions comarcals	198
6.10. Alteracions de la immunitat.....	199
6.10.1. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons gènere	200

6.10.2. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons edat	201
6.10.3. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons grau de disminució	201
6.10.4. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons comarca i regions comarcals	202
6.10.5. Prevalença segons regions comarcals	202

Estudi descriptiu de les etiologies de les persones amb certificat de disminució a Catalunya 204

1. Freqüències	204
2. Etiologies segons gènere	206
3. Etiologies segons edat	208
4. Etiologies segons grau de disminució	213
5. Etiologia per comarques	214
5. Evolució per anys	219

Valoració abans i després de l'aplicació del Reial Decret 1971/1999 223

1. Diagnòstics desconeguts	224
1.1. Freqüència	224
1.2. Grau de disminució	225
2. Sistema nerviós central – sistema nerviós autònom	228
2.1. Freqüència	228
2.2. Grau de disminució	229
3. Artrosi	230
3.1. Freqüència	230
3.2. Grau de disminució	231
4. Oftalmològics	232
4.1. Freqüència	232
4.2. Grau de disminució	233
5. Otològics	234
5.1. Freqüència	234
5.2. Grau de disminució	235
6. Cardíacs	236
6.1. Freqüència	236
6.2. Grau de disminució	237
7. Esquizofrènia	238
7.1 Freqüència	238

7.2 Grau de disminució	239
8. Depressió i trastorn bipolar	240
8.1. Freqüència	240
8.2. Grau de disminució	241
9. Columna	242
9.1. Freqüència	242
9.2. Grau de disminució	243
10. Alteracions de la immunitat	244
10.1. Freqüència	244
10.2. Grau de disminució	245

El grau de disminució: exemple d'un model explicatiu 247

1. Regressió categòrica (CATREG)	247
1.1. Ajust del model	248
1.2. Variables predictives	249
1.3. Estudi de les quantificacions	250
1.3.1. Deficiències	251
1.3.2. Diagnòstics	252
1.3.3. Etiologies	259

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS 260

1. Aspectes demogràfics	264
2. Aspectes del grau de disminució, mobilitat i autonomia personal	267
3. Aspectes de la deficiència	269
4. Aspectes del diagnòstic	272
4.1 Diagnòstic desconegut	273
4.2 Sistema Nerviós Central i Sistema Nerviós Autònom ...	274
4.3 Artrosi	275
4.4 Oftalmològic	275
4.5 Otològic	275
4.6 Cardíac	276
4.7 Esquizofrènia	276
4.8 Depressió i trastorn bipolar	277
4.9 Columna	277
4.10 Alteracions de la immunitat	278

5. Aspectes relatius als diagnòstics més freqüents abans i després del RD 1971/1999.....	278
5.1 <i>Diagnòstics desconeguts</i>	279
5.2 <i>Sistema Nerviós Central i Sistema Nerviós Autònom</i> ...	279
5.3 <i>Artrosi</i>	280
5.4 <i>Oftalmològics</i>	280
5.5 <i>Otològics</i>	280
5.6 <i>Cardíacs</i>	281
5.7 <i>Esquizofrènia</i>	281
5.8 <i>Depressió i trastorn bipolar</i>	281
5.9 <i>Columna</i>	282
5.10 <i>Alteracions de la immunitat</i>	282
6. Aspectes de l'etiologia	282
7. El grau de disminució: exemple d'un model explicatiu.....	283
BIBLIOGRAFIA.....	276

INTRODUCCIÓ

El Programa d'Acció Mundial per a les Persones amb Discapacitat¹ va ser aprovat per l'Assemblea de les Nacions Unides en el seu trenta-setè període de sessions, per resolució 37/52, de 3 de desembre de 1982. El Programa va establir propostes que feien referència a l'associacionisme i voluntariat, instrumentalització del Programa d'Acció Mundial, participació, prevenció, rehabilitació, equiparació d'oportunitats, acció comunitària, formació de personal, informació i educació de la població, investigació i control i avaluació.

Va ser en els apartats 45, 46 i 47 on es varen proposar programes d'investigació sobre les causes, tipus i incidència de les deficiències i discapacitats i l'eficàcia dels recursos existents per afrontar les diferents propostes.

Es va refermar la necessitat d'estimular la investigació amb l'objectiu de desenvolupar millors ajudes i equips per a les persones amb discapacitat.

Per últim es recordava la necessitat que es portés a terme una avaluació periòdica de la situació, en allò relatiu a les persones amb discapacitat, i que s'establís un model per analitzar els esdeveniments.

Sobre la base de l'experiència adquirida durant el "Decenni de les Nacions Unides per a les Persones amb Discapacitat (1983 – 1992)", es van elaborar les normes uniformes sobre l'equiparació d'oportunitats de les persones amb discapacitat. El Pacte Internacional de Drets Humans, que comprèn la Declaració Universal de Drets Humans, el Pacte Internacional

de Drets Econòmics, Socials i Culturals, i el Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics, així com el Programa d'Acció Mundial per a les Persones amb Discapacitat, constitueixen el fonament polític i moral d'aquestes normes.

En l'apartat d'informació i investigació, punt 108, se'ns diu: "Els estats han de reunir estadístiques, desglossades per gèneres, i altres informacions a intervals regulars sobre les condicions de vida de les persones amb discapacitats. Aquestes activitats de reunió de dades poden realitzar-se en conjunció amb els censos nacionals i les enquestes per llars, i poden efectuar-se amb estreta col·laboració amb universitats, instituts d'investigació i organitzacions de persones amb discapacitats".

En el punt 111, segueix: "Els estats han d'iniciar i fomentar programes d'investigació sobre les qüestions socials, econòmiques i de participació que influeixin en la vida de les persones amb discapacitats i de les seves famílies. Aquestes investigacions han d'incloure les causes, els tipus i la freqüència de les discapacitats i la disponibilitat i eficàcia de les estructures existents".

Així doncs una de les conseqüències de la consolidació de les polítiques destinades a les persones amb disminució, ha estat, com acabem de dir, la necessitat de disposar de les dades estadístiques el màxim actualitzades i fiables, sobre la dimensió, les característiques tipològiques, la distribució geogràfica i l'evolució temporal d'aquesta població.

En la tesi *Aportación al estudio de la minusvalía en base a los dictámenes de los Centros Base - año 1983* es descriuen diferents aspectes demogràfics i de tipus de disminució durant l'any 1983, sense poder aportar dades, però, de Catalunya².

Disposem també de l'estudi de les poblacions de Palència³ fins l'any 1996 i del Principat d'Astúries⁴ fins l'any 1995.

El Pla Estadístic de Catalunya 1997-2000 va preveure amb una periodicitat anual la publicació de les dades de la població amb disminució a Catalunya. No va ser fins el Juliol de 2000 que es va publicar el primer volum *d'Estadística de Persones amb Disminució 1999*⁵. Posteriorment la Llei 8/2001, de 14 de juny de 2001, del Pla estadístic de Catalunya 2001–2004 (DOGC núm. 3418, de data 27 de juny de 2001), permet la publicació d'un segon volum l'any 2001 i un tercer l'any 2002^a.

Anteriorment a l'any 1999 no s'han trobat publicades dades fiables i concretes que permetin valorar els paràmetres esmentats a nivell de Catalunya.

L'any 1987 l'Institut Nacional d'Estadística publica una primera enquesta sobre “discapacidades, deficiencias y minusvalías”⁶.

Posteriorment apareix una segona enquesta, molt més completa, realitzada per la *Fundació ONCE*, el *Ministerio de Trabajo* i el *Instituto Nacional de Estadística (INE)*, durant el segon trimestre de 1999^{b,7,8}.

Sense entrar en crítica, ambdós estudis, es basen parcialment en la Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Disminucions (CIDDM) publicada per l'Organització Mundial de la Salut el 1980^{c,9}. Classifiquen els resultats per edat, gènere, tipologia de la disminució, interferència en les activitats de la vida diària (AVD), nivell d'estudis i dificultats de mobilitat, entre d'altres. Valoren els nivells d'afectació des del punt de vista del subjecte afectat, sense tenir en compte els barems

^a Disponible a URL: <http://www.gencat.net/benestar/depdif1.htm>.

^b Disponible a URL <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>.

^c Posteriorment ha sortit publicada una nova revisió d'aquesta classificació a “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: C.I.F.*”. Madrid. Organització Mundial de la Salut; 2001.

establerts legalment per a aquest efecte. No s'han recollit tampoc als residents en establiments col·lectius.

Un altre estudi, *Les persones amb minusvalidesa a les Illes Balears*, descriu la població valorada al Centre Base de l'Institut Balear d'Afers Socials (IBAS) fins l'abril de 1999. Presenta una anàlisi de les discapacitats i els seus aspectes sociodemogràfics generals¹⁰.

La *Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad*¹¹ presenta l'estadística de les persones amb disminució fins a juny de 1999, a partir de la informació dels centres de valoració de tot l'Estat. És potser, el primer estudi que aporta una visió general i recent de la població amb disminució. En el seu apartat "Estructura de l'estudi", recomana una ampliació estadística profunda i l'aplicació d'altres mètodes d'investigació.

A nivell Europeu trobem que l'Oficina Estadística de la Unió Europea (Eurostat), va publicar l'any 2001 *Disability and social participation in Europe*¹². Un estudi basat en una enquesta de salut (*European Community Household Panel - ECHP*)¹³ a 130.000 persones en edat laboral (16 a 64 anys).

El Butlletí de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) publica l'any 2001 un estudi amb les prevalences descrites, en diferents articles, de les deficiències, discapacitats i disminucions obtingudes mitjançant recerca bibliogràfica MEDLINE entre l'any 1990 i el 1998¹⁴.

L'Oficina Estadística de les Nacions Unides en la seva pàgina web^a mostra la informació continguda a la base de dades internacional sobre discapacitats (DISTAT), on hi trobem dades de més de seixanta països. En la mateixa adreça s'hi adverteix que degut als diferents conceptes i

^a Disponible a URL: <http://esa.un.org/unsd/disability>

mètodes utilitzats en els estudis, les dades de prevalença no són comparables entre països.

Per últim l'OMS, presenta *l'European Health for All - Database (HFA-DB)* (Base de dades Europea Salut per a Tots) ^a, on s'hi poden consultar múltiples aspectes socio-sanitaris relatius a cinquanta països de tot el món, des de l'any 1970 a 2002.

El fet que aquests estudis no hagin adoptat una definició homogènia de la discapacitat, minva de manera important el poder comparar els resultats.

A finals de l'any 1999 es publica al Butlletí Oficial de l'Estat el Reial Decret 1971/1999, de 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de disminució¹⁵. Aquesta disposició té per objecte la regulació del reconeixement del grau de disminució, l'establiment de nous barems aplicables, la determinació dels òrgans competents per a realitzar l'esmentat reconeixement i el procediment a seguir, tot plegat, amb la finalitat que la valoració i qualificació del grau de disminució que afecti la persona sigui uniforme a tot el territori estatal, garantint la igualtat de condicions per a l'accés dels ciutadans als beneficis, drets econòmics i serveis que els organismes públics atorguin.

Aquest Reial Decret (RD) ha suposat un profund canvi en la complexa metodologia de la valoració, afegint de manera important nous criteris tècnics que faciliten l'objectivitat del procediment.

La implementació d'aquesta normativa ha provocat diverses reaccions per part dels col·lectius afectats: malalts de celiàquia, de diabetis, pel virus de la immunodeficiència humana, de fibrosi quística,

d'escoliosi, entre d'altres^{16,17,18}. Es produeixen valoracions de més o menys grau en comparació amb l'anterior normativa¹⁹, amb la pèrdua, en alguns casos, dels ajuts i les prestacions establertes.

Tot i que aquest RD s'ha vist ampliat en diferents aspectes de la valoració del dany corporal, continua basant-se en gran part en les *Guies per a l'avaluació de les deficiències permanents de l'Associació Mèdica Americana*²⁰.

Aquestes taules de valoració han estat llargament criticades per la manca de validació dels seus nivells de mesura^{21,22}. Malgrat tot, durant l'any 1999 s'han utilitzat a quaranta estats dels Estats Units com a normativa per a la valoració d'incapacitat laborals²³.

Tot i el nombre de discapacitats estudiades, el més significatiu és la tendència d'aquestes dades, sobretot en les més recents. Una tendència a l'alça, fruit d'una taxa més alta de supervivència en països desenvolupats. Sobreviuen més infants al néixer, però és ben cert que presenten més malalties i malformacions congènites. Els avenços en medicina han comportat que els accidentats visquin amb seqüeles i que la població envelleixi amb malalties cròniques.

Així doncs, ens trobem amb una població que genera una demanda medicopsicològica i de prestació social creixent, es plantegen canvis en el tractament assistencial de la població en general per a reforçar cada vegada més l'atenció a la morbiditat crònica i a la disminució permanent²⁴.

^a Disponible a URL: <http://www.euro.who.int/hfadb>

1. Antecedents històrics²⁵

Podem dir que no ha estat agradable ni just el tracte que han rebut les persones amb disminució al llarg de la història.

Fins fa ben poc se'ls negava tota possibilitat d'integració en la societat. Ha estat una evolució molt lenta fins als nostres dies, en què el "problema", sembla ser "gairebé" superat.

Aquesta evolució en el pensament i en el fer de les diferents cultures ha donat a les persones amb disminució, i sobretot durant els últims decennis, el tret de sortida d'una cursa per a la defensa dels seus drets com a ciutadans.

L'exponent que millor valora el grau d'evolució de l'ésser humà és la seva capacitat de reconèixer i impulsar els drets aliens. Aquesta és una prova de maduresa que solament posseeixen aquells individus o societats que en llur evolució han assolit un alt grau de civilització i de cultura.

1.1. Primeres civilitzacions

Fins a cert punt, resulta lògic que l'home primitiu, obligat a vèncer tota classe de perills, i amb la finalitat de seguir sobrevivint, es desfeia de tot el que li suposava una càrrega²⁶. Malgrat tot, alguns fets fan pensar que, a vegades s'intentava algun procediment curatiu. Així ho demostren les troballes de fractures òssies consolidades (Homo Neanderthalensis), d'una forma gairebé perfecta.

Durant el període Neolític, s'ha provat l'existència d'amputacions de mans i dits (zona de La Terre, a França), probablement causades per rituals.

Les cultures primitives presenten unes característiques comunes envers la persona amb disminució: menyspreu i aïllament.

Aquest fet ve donat tant per la creença que la força física era la màxima virtut de l'home, com la idea que les deformitats i les deficiències físiques i mentals eren un càstig diví per pecats comesos o un signe extern de malignitat. Les cultures orientals abandonaven a la selva o al desert els nens amb deformitats, on morien de fam o eren devorats per animals. A l'Índia eren llençats al Ganges i a Babilònia se'ls exclouïa de la cort²⁷.

A Egipte sembla ser que s'acceptava a la persona amb disminució. Si més no les que estaven més properes al poder. A Copenhaguen es troba un baix-relleu que representa un príncep de la divuitena dinastia (1400 anys abans de Crist), amb una extremitat inferior atròfica, segurament secundària a una poliomièlitis, i recolzat en un bastó. La representació més habitual del déu Horus era en forma de nen dèbil i poc desenvolupat, i situat en els genolls d'Isis, la seva mare.

El poble jueu considerava als seus disminuïts com a veritables homes, fets a imatge del seu déu. Tot i que els preceptes bíblics els exclouïen del sacerdoci²⁸.

1.2. Grècia i Roma

A Atenes comencen a trobar-se llocs de repòs per a malalts i convalescents. Ja sigui pel clima o les aigües, s'inicien pràctiques fisioteràpiques (hidroteràpia, climatoteràpia) degut sobretot al seu concepte de curació per la natura, segons el qual, els agents terapèutics servien per a orientar la pròpia naturalesa del malalt per a vèncer la malaltia²⁹.

És aquí quan apareix la *Primera Organització d'Assistència al Disminuït* a càrrec del conjunt de la comunitat³⁰:

- Es considera disminuït a aquell que no pot treballar i que té un salari inferior a tres mines d'or.
- L'Estat paga una quantitat depenent de la incapacitat per al treball, de la quantitat d'ingressos, de les propietats de la víctima i de la categoria que tenia.

A Esparta les Lleis de Licurgo, que pretenien la millora de la raça i la possessió per part de l'estat de tots els individus, obligaven a tot aquell que al néixer presentés una deformitat física, fos sacrificat en el turó de Taigelo.

Els romans, a partir de la Llei de les Dotze Taules (540 anys abans de Crist), concedeixen al pare tots els drets sobre els seus fills, fins i tot la mort. En general la mort del nen amb disminució no era un fet habitual, si no que se l'abandonava al carrer o se'l deixava anar riu avall (el Tíber) dins d'un cistell, fins que era recollit per a fer d'esclau o captaire. És a Roma on es comença l'exercici de captaire com a ofici.

Tot i que la medicina romana no va ser brillant des del punt de vista científic (els escrits estaven en grec i no en llatí), sí que s'assoleixen cotes altes en el capítol d'higiene pública i organització d'hospitals. A Roma se segueix amb un sistema de retribució per a persones amb disminució. Si bé, només per a mutilats de guerra. Se'ls feia donació de terres per a garantir llur subsistència. Aquest sistema serà el que precedirà a les agrupacions anomenades "Collegia", antecedent directe de les agrupacions gremials de l'Edat Mitjana.

L'aparició del cristianisme va suposar un canvi radical en el tractament vers les persones amb disminució. El reconeixement de la dignitat de l'home, així com la doctrina d'amor i caritat, van promoure un sentiment d'auxili fraternal cap a tota persona amb necessitat.

Durant l'Imperi de Constantí i amb l'ajut de l'església, es van fundar diverses institucions (*nosocomios*) per a l'atenció de malalts i disminuïts.

1.3. Edat Mitjana

Al llarg de l'Edat Mitjana hi ha molts pocs avenços en el terreny científic i social per a la millora de les persones discapacitades. Es va generalitzar el menyspreu i la persecució. Les deformitats adquireixen un significat religiós, són un càstig diví i la malaltia és obra del dimoni. A més, el nombre d'afectats augmenta degut a les invasions (àrabs, croades) i a les epidèmies (pesta), entre d'altres. S'inicia aquí una llarga història per a les persones amb disminució. Es creen els asils (*Cases de Déu*) en centres i comunitats religioses.

Un fet important a l'Edat Mitjana és l'agrupament dels artesans en *gremis i confraries*. Neix per primer cop la idea "d'ajut pel i per al treball". Aquest sistema es manté fins al segle divuit, en què apareixen les Germandats Laborals, que donaran lloc a les associacions obreres sindicals. Les persones amb disminució entren a formar part de l'ensenyament i dels centres de formació professional de nens i adolescents.

A Espanya apareix el *Fuero Viejo de Castilla* (any 1250) que estableix el primer barem espanyol d'indemnització de lesions³⁰.

1.4. Renaixement

És el Renaixement el pròleg de la civilització moderna. Joan Lluís Vives (1492-1540), considerat un dels precursors de la Medicina Social, ens diu en el seu llibre *De subventionem pauperum* (1526): "*Ni als cecs se'ls ha de permetre estar o caminar desenfeinats; hi ha moltes coses en les quals poden exercitar-se. La mandra és la fluixesa i no el defecte del cos que és el motiu per a dir que res poden*³¹". Defensa la necessitat d'una revisió de les estructures socials basada en l'organització estatal, fet que afecta directament a la persona amb disminució. No va ser fins al segle divuit amb Felip V en que es comencen a aplicar les seves idees al decretar-se que l'Estat i l'Església intervinguin junts en aspectes de beneficència.

Malgrat tot, funciona a Espanya l'any 1550 una ensenyança professional per a sords en el convent de Sant Salvador d'Onya. El seu fundador Pedro Ponce de León és considerat el primer que va ensenyar a parlar i a escriure als sord-muts mitjançant un sistema alfabètic³².

En el Renaixement marca també una fita històrica la *Constitutio Criminalis Carolina* promulgada per l'emperador Carles l'any 1532, i que assigna al metge la intervenció en l'avaluació de les lesions. Principi aquest, recollit ja anteriorment per Godofredo de Bullon en el Codi de Jerusalem l'any 1100.

Per tota Europa s'estenen dos aspectes mèdics fonamentals per a les persones amb disminució: la cirurgia ortopèdica, impulsada sobretot pel francès Ambròs Paré (1510-1590) i la fabricació de pròtesis i aparells ortopèdics, molt desenvolupada a Alemanya.

1.5. Segles XVIII i XIX

S'accepta d'una forma universal que el discapacitat necessita ajuda. És el moment de les *Mutualitats i les Germandats* com a defensors i ordenadors dels drets del treballador. No és fins el regnat de Carles III i durant el mandat de Floridablanca (1728-1808) en que es reordena tot el sistema de beneficència. Es creen les *Cases de Misericòrdia*, on s'ensenya als nens arts i oficis. Quan això no era possible, s'oferia l'aprenent a pagesos o artesans per a que els ensenyessin llur ofici.

El segle XIX, és el segle de *l'assegurança social*, destaquem tres figures:

En primer lloc Bismarck, que al 1884 decreta la primera llei de protecció per als accidentats de la indústria. Aquesta llei servirà de base per a posteriors normatives indemnitzadores per accidents laborals.

En segon lloc Karl Marx, que defensa la dictadura del proletariat, donant lloc a les diferents formes del socialisme.

I en tercer lloc, el Papa Lleó XIII que, en la seva encíclica *Rerum Novarum*, trenca amb els sistemes arcaics, assentant les bases de la política social cristiana³³.

1.6. Segle XX

Diferents aspectes fan que aquest segle hagi estat el període en què s'han produït grans esdeveniments per a les persones amb disminució, destaquem així:

- El desenvolupament de la medicina i l'adquisició més àmplia de cultura per part de tots els pobles.
- L'envelliment progressiu de la població, amb l'augment desproporcionat de persones amb disminució.
- Les Guerres Mundials que van deixar una important seqüela d'invàlids civils i militars.

L'any 1917 es crea als Estats Units, la *Smith-Highest Act*, una ajuda federal per a la readaptació dels discapacitats. Sent un precedent per a les futures normatives dirigides a programes de rehabilitació i inserció laboral. Es formen tallers protegits per aquells treballadors discapacitats que no poden obtenir un rendiment "normal" en una empresa ordinària.

Apareix l'especialitat mèdica anomenada Rehabilitació que s'ocupa directament de les diferents etapes que condueixen al discapacitat a una reintegració sociolaboral correcta. S'assoleixen avenços tècnics considerables en ortopèdia i s'afronta d'una manera directa el problema dels nens discapacitats.

La rehabilitació laboral dels disminuïts, última etapa de la rehabilitació en un sentit més ampli, ha començat. En primer lloc pels mutilats, després pels lesionats per accident de treball, pels deficients físics en general i en últim lloc pels deficients mentals, en la mesura que aquests també són capaços d'inserir-se laboralment.

2. Marc conceptual

2.1. La deficiència, la discapacitat i la disminució

Una de les primeres dificultats que es plantegen a l'hora d'iniciar una recerca en l'àmbit de la disminució és la definició dels conceptes de deficiència, discapacitat i minusvalidesa. L'any 1980 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va fer el primer intent de promoure un ús internacional d'aquests termes i les seves definicions. Aleshores es va redactar la *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*^{9,34}. Una classificació completa que abasta àmpliament tots els conceptes medicopsicològics, en la deficiència i la discapacitat, i sociològics en la minusvalidesa. Una classificació, però, poc pràctica, doncs no hem trobat cap estament oficial que l'hagi utilitzada per a codificació documental de la disminució^{35,36}. A nivell espanyol, tan sols s'ha fet una adaptació a nivell hospitalari³⁷, una altra per a l'ingrés en residències geriàtriques³⁸ i s'ha utilitzat en el *Estudio*

de las Incapacidades Permanentes por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional^a.

Actualment s'ha aprovat i publicat la ICIDH2^{b,c}, també anomenada *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*³⁹. Ha passat a ser una classificació de "conseqüència de malalties" (versió 1980) a una classificació de "components de salut". Sembla ser, doncs, molt més dinàmica, tot i que precisa d'un ensinistrament dirigit, i que ha començat a tenir acceptació en diferents col·lectius de valoració del dany corporal^d.

En termes generals s'estableix que:

- Deficiència és tota pèrdua o anormalitat d'una estructura o funció psicològica, fisiològica o anatòmica.

La deficiència representa la desviació d'alguna norma en l'estat biomèdic de la persona. És una anormalitat en l'estructura i aparença corporal, en el funcionament d'un òrgan o sistema, com a conseqüència d'alguna causa. Les deficiències representen perturbacions a nivell d'un òrgan. La utilització del terme no indica necessàriament que hi hagi una malaltia o que s'hagi de considerar que l'individu està malalt.

^a Els resultats d'aquest estudi varen ser presentats en la tercera taula rodona del primer Seminari Iberoamericano sobre aplicació de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, "Horizontes de la CIDDM". Madrid. 1995, per la Dra. Josefa Ruiz Figueroa, Tècnica Superior de Prevenció del Centro Nacional de Medios de Protección del Instituto Nacional e Higiene en el Trabajo de Sevilla.

^b Organització Mundial de la Salut. Resolució 54.21 de 22 de maig de 2001

^c Disponible a URL: <http://www3.who.int/icf/>

^d Disponible a URL: <http://www.la-plaza.com/vdc/lista/index.html>

- Discapacitat és tota restricció o absència (deguda a una deficiència) de la capacitat de realitzar una activitat en la forma o dins el marge que es considera normal per a un ésser humà.

La discapacitat fa referència a activitats complexes o integrades que s'esperen de la persona o del cos en conjunt, com poden ser les representades per tasques, aptituds i conductes. La discapacitat representa una desviació de la norma des del punt de vista de l'actuació com a individu.

- Minusvalidesa o disminució és una situació de desavantatge per a un individu determinat, conseqüència d'una deficiència o d'una discapacitat, que limita o impedeix el desenvolupament d'un rol que és normal en el seu cas (en funció de la seva edat, gènere, factors socials i culturals). Aquest concepte traspassa l'enfoc organicomedicalista, atès que inclou la influència decisiva que té el context social en la inclusió o exclusió del subjecte afectat per discapacitats.

Cal tenir molt en compte com s'utilitzen aquests termes, doncs és freqüent veure articles on s'apliquen com si fossin sinònims^{14,40}.

Utilitzarem així els termes deficiència, discapacitat i, per criteris semàntics, disminució seguint les directrius de l'OMS.

2.2. La definició administrativa de la situació de discapacitat

El primer antecedent d'una definició administrativa de la situació de discapacitat és el Decret 2421/1968, de 20 de setembre, pel qual s'estableix el Servei Social d'assistència als menors "subnormals", amb caràcter de Servei Social de la Seguretat Social. D'acord amb aquest decret les persones que sol·licitaven una prestació per aquest concepte havien de ser valorades pels serveis mèdics dels centres dependents de la Direcció General de Sanitat.

El Decret 1076/1970 de 9 d'abril modifica el règim de protecció dels menors "subnormals" i amplia el quadre de patologies objecte de prestació econòmica.

El Decret 2531/1970, de 22 d'agost, sobre el treball de les persones amb disminució, defineix al treballador amb disminució com "*las personas comprendidas en edad laboral que estén afectadas por una disminución de su capacidad física o psíquica en el grado que reglamentariamente se determine, sin que en ningún caso pueda ser inferior al treinta y tres por ciento, que les impida obtener o conservar empleo adecuado, precisamente a causa de su limitada capacidad laboral*". Posteriorment l'Ordre de 24 de novembre de 1971 desenvolupa el aquest Decret i designa a les Unitats Provincials de Valoració el reconeixement de la condició de disminuït.

La definició administrativa actual de la situació de disminució ve establerta per l'article 7.1 de la Llei d'Integració Social del Minusvàlid⁴¹, que estableix que "*A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales*".

En el Reial Decret 383/1984 de 1 de febrer s'estableix el sistema de prestacions socials i econòmiques previst per la LLISMI, i mitjançant el Decret 8 de març de 1984 es ratifica, amb el 33%, el grau de disminució exigida per a ser beneficiari de les prestacions establertes a la LLISMI.

El Reial Decret 1971/1999, de 23 de desembre, determina el procediment actual de reconeixement, declaració i qualificació del grau de disminució, establint-se uns nous barems basats en la dificultat per a realitzar les activitats de la vida diària.

3. La valoració en els Centres d'Atenció a Disminuïts (CADs)

3.1. Els tècnics

Els CADs, *Centros Base* a la resta de l'Estat, tenen la funció de diagnosticar, avaluar i orientar en l'àmbit de la disminució, a qualsevol ciutadà que així ho sol·liciti.

La sol·licitud del certificat de disminució no requereix cap situació d'incapacitat laboral prèvia, per tant, qualsevol ciutadà sense límit d'edat, condicionament social o laboral, pot demanar la valoració.

Després d'una anàlisi de la sol·licitud, és citat pel professional corresponent: metge/ssa, psiquiatre/a, psicòleg/oga i treballador/a social.

El/la metge/ssa avalua les discapacitats físiques i sensorials. Es basa principalment en informes d'altres especialistes i es valora tot l'historial mèdic del pacient. Això es reforça amb un acte mèdic que inclou una història clínica i una exploració física, i si cal, aplica o sol·licita proves complementàries.

El/la metge/ssa:

- Avalua el diagnòstic, l'etiologia i descriu la discapacitat, ajustant-se a la normativa vigent.
- Avalua els efectes i les possibilitats de recuperació, orienta i descriu ajudes tècniques, d'inserció i tractament.
- Qualifica, classifica i codifica la deficiència, el diagnòstic i l'etiologia.
- Barema les dificultats de mobilitat (annex 10).
- Avalua les necessitats d'una tercera persona (annex 11).
- Estableix la temporalitat de la qualificació.

El/la metge/ssa psiquiatre/a segueix el mateix protocol que el/la metge/ssa, pel que fa referència a les discapacitats psiquiàtriques.

El/la psicòleg/oga avalua les discapacitats derivades de malalties mentals i deficiències intel·lectuals. Es basa en l'exploració

del pacient, l'historial medicopsicològic i informes d'altres professionals. Si cal, aplica proves psicomètriques.

El/la psicòleg/oga:

- Valora el diagnòstic, l'etiologia i descriu la discapacitat, ajustant-se a la normativa vigent.
- Valora el nivell d'intel·ligència, llenguatge, rendiment escolar, descripció de la personalitat, adaptació familiar, social, escolar, laboral, grau d'autonomia personal, medicació actual i intervencions terapèutiques.
- Avalua els efectes i les possibilitats de recuperació, orienta i descriu ajudes tècniques, d'inserció i tractament.
- Barema les dificultats de mobilitat.
- Avalua les necessitats d'una tercera persona.
- Estableix la temporalitat de la qualificació.

Els tres professionals descrits emeten un dictamen que es basa en l'aplicació dels barems legals establerts, determinant en primer terme el que s'anomena grau de discapacitat.

El treballador/a social avalua els factors socials complementaris, basant-se en una entrevista personal. La informació obtinguda es fonamenta en les respostes dels usuaris, malgrat tot, moltes vegades no és

possible verificar l'autenticitat de les dades. Cal pensar que, en alguns casos, aquests tendeixen a empitjorar la seva situació i, per tant, en part, es pot posar en dubte la credibilitat d'aquestes.

El treballador/a social

- Avalua el nivell cultural, l'experiència professional i el grau d'autonomia personal.
- Descriu dades de l'entorn social (família, salut, treball, marginació, economia).
- Efectua una qualificació i una orientació social.

3.2. La disminució

Posteriorment és l'Equip de Valoració i Orientació (EVO) – format per metge/ssa, psicòleg/oga, treballador/a social, director/a del centre i secretari/a - que en sessió conjunta emet el grau de disminució (en altres contextos, grau de minusvalidesa). Aquest grau ve definit per la combinació, segons les taules de valors combinats publicades en la normativa vigent, de la discapacitat valorada pel metge/ssa i/o la discapacitat valorada pel psicòleg/oga, i si es dóna el cas, la suma del dictamen social.

El grau de discapacitat pot ser físic, psíquic, psiquiàtric o sensorial, i s'expressa en tant per cent. Altrament pot ser de caràcter definitiu o provisional, en funció de la patologia valorada. Es considera provisional quan a criteri del tècnic/a avaluador/a hi ha indicis d'una probable

intervenció terapèutica a llarg termini (generalment dos anys o més) que pot variar (normalment disminuir, per millora) el grau atorgat.

S'ha de dir, però, que la valoració s'hauria d'efectuar sempre en fase de seqüeles; així doncs quan el tècnic valorador es troba davant d'una disminució amb una evolució dubtosa i a llarg termini, es pot qualificar la disminució com a provisional, determinant la temporalitat en funció de les possibles mesures de tractament diferit a aplicar.

En la base de dades que treballarem, la valoració del grau de disminució ha estat sotmesa a diferents canvis normatius al llarg de més de trenta anys:

- BOE de 14 de juny de 1969. Ordre de 8 de maig de 1969 pel que es regula el procediment aplicable a les actuacions de les *Comisiones Técnicas Calificadoras*.
- BOE de 20 de juny de 1970. Ordre de 10 de juny de 1970 pel que es dicten les normes d'aplicació i desenvolupament del *Texto Refundido del Servicio Social de Asistencia a Subnormales*.
- BOE de 1 de desembre de 1971. Ordre de 24 de novembre de 1971 pel que es desenvolupa el Decret 2531/1970 en matèria de reconeixement de la condició de disminuït.
- BOE de 6 de maig de 1972. Normes de constitució i funcionament de les Unitats Provincials de Valoració.
- BOE de 20 de març de 1974. Decret 731/1974 de 21 de febrer. Creació del *Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos*.

- BOE de 18 d'abril de 1974. Ordre de 5 d'abril de 1974 pel que s'actualitza el barem de lesions, mutilacions i deformitats amb caràcter definitiu i no invalidant.
- BOE de 31 de juliol de 1979. Ordre de 24 de febrer de 1979 pel que es regula el procediment a seguir en els expedients per quadres de lesions i malalties.
- BOE de 30 d'abril de 1982. Llei 13/1982 de 7 d'abril d'Integració Social del Minusvàlid (LLISMI).
- BOE número 65 i 66 de 16 i 17 de març de 1984. Ordre de 8 de març de 1984. Pel que s'estableix el Manual d'Instruccions per a l'aplicació del sistema de valoració i barems del grau de disminuït.
- BOE número 22, de 26 de gener de 2000, amb la correcció d'errors al BOE número 62 de 13 de març de 2000. Reial Decret 1971/1999, de 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de disminució.
- Com ja s'ha dit, aquesta última disposició és la que actualment està vigent. Té per objecte la regulació del reconeixement del grau de disminució, l'establiment de nous barems aplicables, la determinació dels òrgans competents per a realitzar l'esmentat reconeixement i el procediment a seguir, tot plegat amb la finalitat que la valoració i qualificació del grau de disminució que afecti la persona sigui uniforme a tot el territori estatal, garantint la igualtat de condicions per a l'accés dels ciutadans als beneficis, drets econòmics i serveis que els organismes públics atorguin.

L'ordre de 8 de març de 1984 prenia com a marc de referència les "Tablas de Evaluación del Menoscabo Permanente", elaborades per l'Associació Mèdica Americana, en la seva segona edició⁴².

El RD 1971/1999 adapta, en part, la quarta edició d'aquestes taules²⁰ i amplia alguns dels seus criteris de valoració.

Aquestes normatives han proporcionat, progressivament, criteris i mètodes per a la valoració del grau de discapacitat d'una persona, ocasionada per qualsevol tipus d'alteració anatòmica o funcional.

El RD 1971/1999 consta de setze capítols que abasten, en més o menys mesura, tots els camps de la medicina, i d'unes taules de valors combinats. La discapacitat ve expressada en termes percentuals de menyscapte global de la persona.

La valoració inicial pot estar entre el 0% i el 100% de discapacitat. Si l'aplicació del RD determina una discapacitat igual o superior al 25%, llavors és precís complementar la puntuació mitjançant el dictamen social que podrà sumar de 0 a 15 punts, determinant finalment el tant per cent de disminució. Si la valoració del grau de discapacitat està per sota, no se sumarà.

Per tant, podem deduir que el grau de disminució s'obté, segons normativa, sumant el grau de discapacitat i els factors socials corresponents.

L'Estat reconeix a la persona sol·licitant com a disminuïda sempre i quan el valor sigui igual o superior al 33% de disminució. Atorgant-li una sèrie de drets i avantatges amb la finalitat de facilitar la seva integració social i laboral.

Si el valor del grau de disminució és de 65% o 75%, i es compleixen els requisits establerts, els avantatges augmenten i es poden sol·licitar certes prestacions periòdiques.

Amb la finalitat de poder avaluar millor el grau d'afectació i de dependència personal, el RD determina un barem de mobilitat i un barem de tercera persona (annexos 10 i 11). Ambdós poden ser avaluats, en els seus respectius camps, tant pel metge/ssa com pel psicòleg/oga.

Per a obtenir el barem de mobilitat és necessari tenir com a mínim el 33% de disminució i superar en set punts els apartats descrits a l'annex 10.

Per a obtenir el barem de tercera persona és imprescindible tenir com a mínim el 75% de disminució i superar en quinze punts els apartats descrits a l'annex 11.

No tots els graus de disminució iguals o superiors a 33% superen el barem de mobilitat i no tots els graus de disminució superiors o iguals a 75% passen el barem de tercera persona. Així, un deficient visual pot presentar un grau de disminució superior a 75% i en canvi ser autònom pel que fa a la mobilitat i a l'autonomia personal.

3.3. La codificació

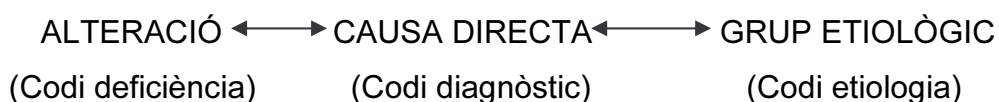
A nivell estatal, al llarg de l'any 1991, s'implementà una nova forma de classificar les deficiències, la qual ha donat lloc al "Programa informàtic, per a la gestió de valoracions de situacions de minusvalidesa".

Des de l'any 1992 aquest programa informàtic s'aplica de forma homogènia a tots els centres base de les Comunitats Autònomes. El nucli central de la valoració de la discapacitat recull tres nivells (deficiència,

diagnòstic i etiologia) que permeten aprofundir en el component orgànic i funcional de la discapacitat i deixa en un segon pla la consideració dels factors socials agreujants.

El contingut d'aquests codis es va fonamentar, en part, en la Classificació Internacional de Malalties (CIE-9)⁴³ i en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM 3-R)⁴⁴.

Amb això, el programa informàtic en l'elaboració dels codis, ha seguit el criteri taxonòmic de registrar, per una part, les alteracions –tant morfològiques com funcionals- que poden ser avaluades segons el grau de severitat (codi de deficiència), i per altre, les causes immediates d'aquestes alteracions (codi de diagnòstic). Finalment hi ha un tercer codi (etiologia) que recull els grans grups etiològics amb la finalitat de poder disposar de dades sobre l'origen de les deficiències valorades⁴⁵. Aquestes tres seccions formen, per tant, una sèrie continua que relaciona:



El concepte de deficiència és el mateix amb el qual la Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Disminucions defineix el primer nivell de conseqüències de la malaltia, si bé va ser necessari adaptar l'estructura de l'OMS a la informació continguda en els dictàmens. Per tant no és una classificació alternativa, sinó que ha estat una forma d'adaptar un sistema d'informació ajustada a la que contenen els expedients dels EVO.

Tots els treballs consultats fan referència als grans grups de deficiència i etiologia, però en cap d'ells s'avaluen detalladament totes les diferents deficiències, diagnòstics i etiologies codificades, generant, doncs unes conclusions molt globals des del punt de vista medicopsicològic.

Així, hem observat en les diferents sèries, com s'agrupen les deficiències del sistema osteoarticular, del sistema nerviós i muscular, del retard mental, de la malaltia mental, de la visió, de l'audició, de la parla i de les malalties cròniques, com tampoc es fa esment, enlloc, de l'estudi desglossat dels diferents diagnòstics codificats, tot i ser dades informatitzades a l'abast dels diferents centres avaluadors de tot l'Estat. Només en el llibre "Base de datos de personas con discapacidad"¹¹, es fa referència a les deficiències i als diagnòstics, sense fugir de grans agrupacions dels diferents codis, ja sigui per facilitar la interpretació o la lectura dels resultats.

Hem de dir que, no s'han trobat en cap altra publicació dades que aprofundeixin en l'estudi dels codis de deficiència, diagnòstic i etiologia seguint el Programa Informàtic Estatal per a la gestió de valoracions de situacions de disminució.

Amb la base de dades que disposem hem cregut adient analitzar les diferents deficiències, diagnòstics i etiologies codificades, amb un intent d'aprofundir i veure quins resultats en podem obtenir.

Hem de tenir en compte que el camp a investigar és molt ampli, pel que som conscients que aquest treball és un inici que ens permet plantejar projectes d'investigació a curt i llarg termini.

OBJECTIUS

El treball que es presenta a continuació aporta els resultats de la investigació iniciada durant la tardor de l'any 2000.

En primer terme l'objectiu ha estat explorar i descriure les característiques de la població amb disminució valorada des de l'any 1970 fins el 9 de gener de 2002 en els Centres d'Atenció a Disminuïts (CADs) de Catalunya dependents del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

La finalitat és bàsicament exploratòria i descriptiva. Es pretén reconstruir la realitat a les comarques catalanes i l'evolució en el temps de les valoracions efectuades en els centres esmentats.

La descripció de les característiques en el nostre treball permetrà conèixer la demanda, contrastar i comparar quina ha estat l'evolució mèdica, psicològica i social de la població descrita, comparar-la amb els resultats d'aquests estudis, matisant, però, en alguns casos, la metodologia emprada en les fonts consultades.

L'estructura del treball s'ha basat inicialment en una anàlisi general, definint la incidència de les diferents disminucions, l'anàlisi dels tipus de deficiències, diagnòstics i etiologies, els criteris de dependència en mobilitat i autonomia personal, la distribució per edat, gènere i grau de disminució i la distribució geogràfica de la població amb disminució.

En segon lloc la publicació a finals de l'any 1999 al Butlletí Oficial de l'Estat del RD 1971/1999, de 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de disminució (BOE número 22, de 26 de gener de 2000, amb la correcció d'errors al BOE número 62 de 13 de març de 2000) ens dóna un punt de partida per a investigar com pot haver influït en el perfil de les persones amb disminució.

En un tercer terme es planteja la possibilitat d'estudiar quines són les variables predictores del grau de disminució, amb la finalitat de poder establir una relació entre les diferents variables estudiades.

Per tant, valorarem quina ha estat la influència abans i després d'aquest RD en les valoracions. Finalment relacionarem la informació disponible de cada persona avaluada amb el grau de disminució assignat. Aquests objectius generals es poden explicitar en uns objectius específics que es detallen tot seguit.

- Descriure l'estructura demogràfica de les persones valorades en els CADs de Catalunya al llarg de més de trenta anys.
- Analitzar el nombre de valoracions i la seva evolució.
- Descriure els aspectes medicopsicològics (deficiències, diagnòstics, etiologies, dificultats de mobilitat i necessitat d'una tercera persona) dels demandants dels serveis dels CADs de Catalunya, fent especial èmfasi als que han obtingut el reconeixement legal de la condició de disminuït. Analitzar quina ha estat l'evolució des de l'any 1970 fins l'any 2002.

- Descriure quines són les discapacitats més freqüents i quina ha estat la seva evolució.
- Avaluar quina influència ha tingut l'aplicació del RD 1971/1999, abans i després de la seva entrada en vigor (14 de març de 2000), en la certificació del grau de disminució i aportar, en la mesura que puguem, criteris contrastats a la Comissió Tècnica de seguiment establerta en el RD esmentat.
- Descriure quines característiques avaluades (diagnòstic, deficiència, etiologia, barem de mobilitat, barem de tercera persona, comorbiditat, edat, gènere, data d'aplicació del RD, comarca), s'associen amb els diferents nivells de disminució assignats.

MATERIAL I MÈTODES

1. Marc poblacional

La població avaluada correspon a tota la població resident a Catalunya, sense límit d'edat, que lliurement i sense cap condicionament social ni laboral previ ha presentat una sol·licitud de valoració de reconeixement del grau de disminució.

2. Període d'estudi

S'han obtingut les dades des de l'any 1970 fins al 9 de gener de l'any 2002.

3. Selecció de mostra

Les dades estadístiques de la població amb disminució a estudiar, constitueixen el resultat dels treballs d'explotació de la base de dades de persones amb disminució. Aquesta base de dades es nodreix de la informació dels equips de valoració de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, on es redacten els dictàmens tecnicofacultatius que serveixen de fonament per a emetre les valoracions oficials de la disminució, altrament anomenats *certificats de disminució*⁴⁶. Durant aquest període s'han obtingut un total de 305943 avaluacions.

4. Unitat de mesura

S'estudien totes i cadascuna de les valoracions efectuades en els CADs de Catalunya.

5. Procediment per a l'obtenció del grau de disminució

Tal com hem descrit a l'apartat d'introducció, els CADs com a equips de valoració interdisciplinars, estan formats per metge/ssa, psicòleg/oga i treballador/a social. Els dos primers avaluen, qualifiquen, classifiquen i apliquen la normativa vigent pel que fa a les alteracions físiques, sensorials, psiquiàtriques i psíquiques. La seva puntuació pot oscil·lar entre 0 i 100 punts. El treballador/a social avalua els factors socials complementaris. La seva puntuació pot oscil·lar entre 0 i 15 punts.

La valoració del metge/ssa i/o psicòleg/oga constitueix el grau de discapacitat. Al sumar la valoració social es determina el grau de disminució, segons els barems establerts.

El grau de disminució ve expressat en percentatge de 0 a 100, i pot ser de caràcter definitiu o provisional si hi ha indicis d'una probable recuperació a llarg plaç (normalment uns dos anys).

En les normatives aplicades durant tot el període d'estudi es determina que, només quan el grau de discapacitat és igual o superior a 25 s'ha de sumar la valoració del treballador social.

Es considera que s'ha obtingut la condició legal de persona amb disminució quan el grau de disminució és igual o superior al 33%.

Per a assolir el barem de mobilitat és necessari tenir com a mínim el 33% de disminució i superar en set punts els apartats descrits a l'annex 10.

Per assolir el barem de tercera persona és imprescindible tenir com a mínim el 75% de disminució i superar en quinze punts els apartats descrits a l'annex 11.

6. Metodologia del registre

La valoració consta almenys d'un codi de deficiència, un codi de diagnòstic i un codi d'etiologia. En la base de dades estudiada es poden arribar a trobar fins a cinc tríades de codis.

Quan s'ha avaluat la incidència en els diferents codis, hem observat que en alguns no ha aparegut cap valoració, si a més hi afegim la similitud en molts d'ells, se'ns ha plantejat, per a simplificar l'estudi, la recodificació dels codis en subgrups (annexos 8 i 9), seguint criteris anatòmics i de nivell de deficiència o diagnòstic. Hem intentat, però, no agrupar-los excessivament, a fi d'evitar grups que siguin poc específics i homogenis. S'han modificat les codificacions originals en les deficiències i en els diagnòstics.

Hem conservat tota la informació codificada, així a l'hora d'estudiar les dades, si ens trobem amb valors significatius podem consultar la deficiència o el diagnòstic més concret. Com veurem posteriorment, al fer l'anàlisi dels grups diagnòstics més freqüents estudiarem els codis simplificats.

Abans però, hem de fer una sèrie de consideracions.

6.1. Codificació de la deficiència

Segons la codificació del Programa Informàtic Estatal per a la gestió de valoracions de situacions de disminució:

1. Disposem de cent-sis codis de deficiència (annex 8) dividits en sis grans grups:

1. Alteracions motòriques

Sistema osteoarticular

Sistema nerviós i muscular

2. Trastorns mentals

3. Alteracions sensorials

Sistema visual

Sistema auditiu

4. Expressives

5. Mixtes

6. Malalties cròniques

Tal com queda especificat a l'annex 8, els grups 1, 2, 3 i 4 contenen un llistat de deficiències que, degut a la baixa incidència en alguns casos, permeten ser simplificades i agrupades. Hem creat, finalment, trenta-sis subgrups (annex 9), això ens permetrà evitar tenir categories sense o amb molts pocs casos. En altres, degut a la similitud

de les alteracions codificades ha estat aconsellable col·lapsar les categories d'alguns d'ells. Per exemple a nivell del sistema osteoarticular s'han agrupat els següents:

- 1104 Absència de dits o falanges
- 1105 Absència d'extremitat superior dreta o de les seves parts essencials
- 1106 Absència d'extremitat superior esquerra o de les seves parts essencials
- 1108 Limitació funcional de mà dreta
- 1109 Limitació funcional de mà esquerra
- 1110 Limitació funcional d'ambdues mans
- 1111 Limitació funcional d'extremitat superior dreta
- 1112 Limitació funcional d'extremitat superior esquerra
- 1113 Limitació funcional d'ambdues extremitats superiors

Hem creat un nou grup que es codifica '10002 Deficiència d'extremitats superiors' (annex 9).

6.2. Codificació del diagnòstic

Com que a cada deficiència li correspon un diagnòstic, aquest serà el que ens donarà la informació complementària. Al fer l'agrupament dels diagnòstics, aquesta nova codificació precisa de més dígits per a facilitar la identificació en el programa estadístic.

2. Disposem de sis-cents vuitanta-set codis de diagnòstic dividits en els següents grups (veure annex 8):
 1. Malalties musculesquelètiques i del teixit connectiu.
 2. Malalties del sistema nerviós central i sistema nerviós perifèric.
 3. Malalties dels òrgans dels sentits.
 4. Malalties respiratòries.
 5. Malalties cardiovasculars.
 6. Malalties de l'aparell digestiu.
 7. Malalties genitourinàries.
 8. Malalties endocrines, nutritives i metabòliques.
 9. Trastorns de la immunitat, sang i òrgans hematopoètics. Neoplàsies.
 10. Malalties de la pell i teixit subcutani.

11. Trastorns mentals.

12. Cromosomopaties i embriopaties.

En aquest cas, degut també a la baixa incidència en alguns casos i per similitud de diagnòstic, hem agrupat per localització, per òrgans, per aparells o sistemes, per tipus d'afectació psiquiàtrica o per alteració comuna en la funció. Hem creat cinquanta-nou subgrups (annex 9).

Per exemple hem agrupat els codis:

- 489 Hemofília
- 490 Defecte de coagulació (altres)
- 491 Púrpura
- 492 Trastorn hemorràgic

I hem creat un nou grup que hem anomenat '0094 Diagnòstic d'alteració en la coagulació '.

Hem agrupat els codis:

- 638 Esquizofrènia paranoide
- 639 Esquizofrènia hebefrènica
- 640 Esquizofrènia catatònica
- 641 Esquizofrènia indiferenciada
- 642 Esquizofrènia residual
- 643 Trastorn paranoide crònic
- 644 Trastorn paranoide agut
- 656 Trastorn paranoide de la personalitat
- 657 Trastorn esquizoide de la personalitat
- 712 Trastorn esquizotípic de la personalitat

I hem creat un nou grup que hem anomenat '0114 Diagnòstic d'esquizofrènia. Trastorn paranoide'. (Annex 9).

Respecte a les etiologies no ha estat necessari agrupar-les, doncs només es disposen de quinze codis d'identificació.

Tot i que inicialment el Programa Informàtic Estatal per a la gestió de valoracions de situacions de disminució es va configurar per a tres grups de codificació, a Catalunya es va ampliar fins a cinc; cinc codis de deficiència, cinc més per als codis de diagnòstic i cinc més per als codis d'etiologia, ordenats de més a menys segons el tant per cent de valoració obtinguda. No tenim coneixement que a la resta de comunitats autònomes se'n disposi de més de tres. Això ens permetrà obtenir una informació més àmplia quan fem l'estudi de comorbiditat.

7. Característiques dels indicadors utilitzats

7.1. Dades demogràfiques

7.1.1. Data de naixement - Data de valoració

Ens ha permès calcular l'edat que tenia la persona sol·licitant en el moment de la valoració de la disminució.

L'edat de la disminució s'ha distribuït en sis grans grups tenint en compte els criteris següents:

- De 0 a 4 anys: en aquestes edats incideixen els serveis d'atenció precoç dirigits a infants que presenten o poden presentar determinats trastorns o disharmonies en el desenvolupament de les àrees motriu i mental.
- De 5 a 16 anys: es realitza l'ensenyament obligatori, que coincideix amb l'inici de l'edat laboral.
- De 17 a 44 anys: s'inicia l'edat per a treballar i la possible incorporació al món laboral; aquesta categoria agruparia un col·lectiu susceptible de ser usuari de determinats serveis d'atenció a persones amb disminució en l'àmbit del treball protegit o de suport al treball a l'empresa ordinària.
- De 45 a 64 anys: en aquestes edats es produeix la consolidació de la integració laboral - ja sigui a l'àmbit protegit o a l'empresa ordinària – es correspon amb la definició més acurada del perfil d'usuaris de serveis especialitzats.
- De 65 a 75 anys: s'inicia l'etapa de jubilació.
- De 75 anys i més: constitueix, lògicament, el grup de població d'edat més avançada.

S'ha etiquetat la nova variable com *edat6* i a cada grup s'ha atorgat una numeració, de 1 fins a 6

Grup 1:	edats de 0 a 4 anys
Grup 2	edats de 5 a 16 anys
Grup 3	edats de 17 a 44 anys
Grup 4	edats de 45 a 64 anys
Grup 5	edats de 65 a 74 anys

Grup 6 edats de 75 anys i més

La data de valoració fa referència a la data de l'última valoració i ve expressada en dia-mes-any. No ha estat possible obtenir informació de les visites efectuades entre la primera i l'última valoració, per tant no ens ha permès calcular l'índex de càrrega assistencial.

7.1.2. Gènere

S'ha obtingut com a variable categòrica nominal (D/H).
L'hem convertida en numèrica (1/2).

7.1.3. Codi de municipi

Codi oficial d'identificació del municipi de residència.

7.1.4. Nom del municipi

Nom del municipi de residència

7.1.5. Codi de comarca i nom de comarca

Codi alfabètic d'identificació de les comarques catalanes i nom de la comarca

1 = Alt Camp	12 = Baix Penedès	23 = Noguera
2 = Alt Empordà	13 = Barcelonès	24 = Osona
3 = Alt Penedès	14 = Berguedà	25 = Pallars Jussà
4 = Alt Urgell	15 = Cerdanya	26 = Pallars Sobirà
5 = Alta Ribagorça	16 = Conca de Barberà	27 = Pla d'Urgell
6 = Anoia	17 = Garraf	28 = Pla de l'Estany
7 = Bages	18 = Garrigues	29 = Priorat
8 = Baix Camp	19 = Garrotxa	38 = Urgell
9 = Baix Ebre	20 = Gironès	39 = Vall d'Aran
10 = Baix Empordà	21 = Maresme	40 = Vallès Occidental
11 = Baix Llobregat	22 = Montsià	41 = Vallès Oriental

7.1.6. Regió comarcal

La composició comarcal de les regions de serveis socials és la següent:

Regió 1. Metropolità: Alt Penedès, Baix Llobregat, Barcelonès, Garraf, Maresme, Vallès Occidental i Vallès Oriental.

Regió 2. Comarques de Girona: Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès, Pla de l'Estany, Ripollès i Selva.

Regió 3. Camp de Tarragona: Alt Camp, Baix Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat i Tarragonès.

Regió 4. Terres de l'Ebre: Baix Ebre, Ribera d'Ebre, Montsià i Terra Alta.

Regió 5. Ponent: Alta Ribagorça, Alt Urgell, Garrigues, Noguera, Pallars Jussà, Pallars Sobirà, Pla d'Urgell, Segarra, Segrià, Urgell i Vall d'Aran.

Regió 6. Comarques centrals: Anoia, Bages, Berguedà, Cerdanya, Osona i Solsonès.

Per tant les categories i les seves etiquetes queden com:

Grup 1	Metropolità
Grup 2	Comarques de Girona
Grup 3	Camp de Tarragona
Grup 4	Terres de l'Ebre
Grup 5	Ponent
Grup 6	Comarques centrals

7.2. Dades d'identificació

7.2.1. Número d'expedient

En el registre s'ha cregut oportú incloure el número d'expedient amb la finalitat de poder consultar l'arxiu dels expedients. S'han efectuat diverses consultes per contrastar i depurar la informació dels fitxers informàtics.

La numeració s'atorga automàticament al fer la introducció de les dades en el sistema informàtic a nivell de tot Catalunya. Consten de deu dígitos que no permeten obtenir per ells mateixos cap mena d'identificació del sol·licitant.

Per exemple:

1001636885

El primer fa referència a l'àmbit territorial:

1 Barcelona 2 Girona 3 Lleida 4 Tarragona

Els últims dos dígitos corresponen a la data, en anys, de la primera sol·licitud. En el cas de demanar altres revisions, es manté el mateix número d'expedient.

7.3. Dades de valoració

7.3.1. Codis

Tal com ja s'ha dit, degut al gran nombre de codis de deficiència i diagnòstic, s'ha fet una nova classificació més simple que permet agrupar per deficiències i diagnòstics més genèrics (annexos 8 i 9). Si es dona el cas, el programa informàtic ens permet desglossar i analitzar més acuradament els resultats observats.

En cada registre hi podem trobar fins a cinc codis de deficiència amb els corresponents cinc codis de diagnòstic i cinc codis d'etiologia, ordenats de més a menys grau d'afectació. Cada registre consta almenys d'un codi de deficiència, un codi de diagnòstic i un codi d'etiologia (pe: Deficiència1: limitació funcional d'una extremitat inferior. Diagnòstic1: seqüeles fractura. Etiologia1: traumàtica).

Per a fer l'estudi hem escollit el codi principal. És a dir, el que s'ha codificat en primer lloc com a deficiència¹, diagnòstic¹ i etiologia¹.

7.3.2. Grau de discapacitat

És el grau que determina el/la metge/ssa, el/la psiquiatre/a i/o el/la psicòleg/oga quan aplica la normativa vigent^a. Pot estar entre el 0 i el 100.

7.3.3. Factors socials

És el grau que determina el treballador/a social quan aplica la normativa vigent. Se suma al grau discapacitat quan aquesta assoleix com a mínim el 25%. El seu valor pot ser de 0 fins a 15 punts.

7.3.4. Grau de disminució

És la suma de la discapacitat i els factors socials.

Hem establert quatre grans grups:

El primer abasta graus de disminucions d'entre el 0 i el 32%, i en el qual s'inclouen a totes les persones

^a El RD 1971/1999 disposa cinc graus de discapacitat que són els següents: nul·la, lleu, moderada, greu i molt greu, sempre referits a la capacitat de dur a terme les activitats de la vida diària (AVD). Així mateix, per a la determinació del percentatge de discapacitat, el RD estableix cinc categories.

avaluades que presenten una disminució, però que no han assolit la condició legal per a ser reconegudes com a disminuïdes, com veurem més endavant aquestes seran excloses.

El segon grup comprèn a totes les persones amb un grau reconegut entre el 33% i el 64%, en aquest s'hi inclou a les que tenen un grau d'autonomia prou important com per a inserir-se socialment i laboralment, si més no en un sistema de treball protegit⁴⁷.

El tercer grup comprèn graus de disminucions d'entre el 64% i el 74%; en aquest bloc s'hi compten persones que, en termes generals, poden tenir més dificultats per aconseguir una plena integració laboral i social.

El tercer grup amb graus de disminució superiors al 75%, registra persones molt afectades que són susceptibles de requerir instruments molt especialitzats per a la seva integració social.

S'ha etiquetat la nova variable com a *gradim4* i a cada grup hem atorgat una numeració de 1 fins a 4:

Grup 1	disminució de 0 a 32%
Grup 2	disminució de 33 a 64%
Grup 3	disminució de 65 a 74%
Grup 4	disminució de 75% o més

En alguns casos utilitzarem els conceptes disminució moderada, greu o molt greu, per als grups 2, 3 i 4 respectivament, per a facilitar la lectura.

7.3.5. Barem de tercera persona

S'ha obtingut com a variable categòrica nominal (Sí/No) segons la necessitat o no de tercera persona. L'hem etiquetat com a *bartp*.

7.3.6. Barem de mobilitat

S'ha obtingut com a variable categòrica nominal (Sí/No), segons la dificultat o no de mobilitat. L'hem etiquetat com a *barmob*.

7.3.7. Reconeixement de disminució

S'ha creat a partir de la variable *gradim4*.

Si *gradim4* = 1 → no disminuït (1)

Si *gradim4* = 2, 3 o 4 → disminuït (2)

Això ens permetrà fer l'estudi de la població amb certificat de disminució.

7.3.8. Data primera visita

S'ha obtingut a partir de les dues últimes xifres del número d'expedient. Ve representada per l'any en què es va fer la primera sol·licitud de valoració.

7.3.9. Data última visita

Ve donada per la data en dia-mes-any.

7.3.10. Data de valoració en relació al RD 1971/1999

S'ha creat aquesta nova variable introduint com a data l'entrada en vigor del RD 1971/1999 i les seves correccions. Sent aquesta el 14 de març de 2000.

- 1 Valoració abans del RD
- 2 Valoració després del RD

7.3.11. Comorbiditat

S'ha creat la variable comorbiditat a partir del registre d'un, dos, tres, quatre o cinc codis de deficiència, diagnòstic i etiologia.

- Comorbiditat 0 —————> 1 deficiència, 1 diagnòstic, 1 etiologia.
- Comorbiditat 1 —————> 2 deficiències, 2 diagnòstics, 2 etiologies.
- Comorbiditat 2 —————> 3 deficiències, 3 diagnòstics, 3 etiologies.
- Comorbiditat 3 —————> 4 deficiències, 4 diagnòstics, 4 etiologies.
- Comorbiditat 4 —————> 5 deficiències, 5 diagnòstics, 5 etiologies.

8. Depuració de dades i tractament informàtic

En l'elaboració d'aquest treball s'ha consultat l'arxiu informàtic del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, obtenint informació de totes les persones valorades en els CADs de Catalunya durant el període 1.1.1970-9.1.2002. El tractament i depuració inicial de la base de dades original ha estat mitjançant el programa Microsoft Acces 2000.

Cal tenir en compte, però, una sèrie de consideracions:

- El fet de sol·licitar la valoració de disminució és un acte lliure i per tant no inclou a les persones que pel fet de tenir una disminució o minusvalidesa han decidit no demanar la valoració.
- Qualsevol persona inscrita en els arxius del Departament de Benestar i Família pot sol·licitar revisió del seu expedient, generant llavors una nova data de valoració sense anular la primera. En aquest cas hem escollit, i mentre no es digui el contrari, la data de l'última valoració.
- Segons normativa⁴⁸, totes les declaracions d'invalidesa permanent emeses per l'*Instituto Nacional de la Seguridad Social* havien de ser homologades a un 33% de disminució fins el 13 de març de 2000. A molts d'aquests usuaris si s'haguessin aplicat les taules de valoració vigents no haurien superat per discapacitat el grau mínim exigít. Això ha generat un nombre d'expedients amb un 33% de disminució per homologació d'invalidesa. Aquests tenen d'una codificació

específica (7000 800 80) que els diferencia dels que han estat realment avaluats. Malgrat tot a efectes legals queden inclosos com persones amb disminució. Per aquest motiu els descriurem a part.

- Dels cinc codis possibles que es poden assignar a cada deficiència, diagnòstic i etiologia, hem escollit el principal. Malgrat tot hem fet un estudi de la comorbiditat, a partir de la creació de la variable comorbiditat hem analitzat en el registre els casos que presentaven fins a quatre comorbiditats. Queda per a propers treballs l'anàlisi més detallada de la resta de codis de cada valoració.
- Dels 305943 casos registrats s'han trobat 17802 casos amb dades incompletes o errònies, això correspon a un 5,8% de tota la població estudiada. S'ha pogut consultar directament l'arxiu informàtic i en alguns casos l'arxiu físic. S'han completat 435 casos on la variable errònia o incompleta era la data de naixement. S'han completat 327 casos on la variable errònia o incompleta era la data de valoració. S'han completat 88 casos on la data de la primera visita era errònia i 12 casos on no estava codificada la disminució. Queden 16950 casos (5,5%) on alguna de les variables és incompleta. Com es veurà més endavant, corresponen a les variables barem de mobilitat i barem de tercera persona.
- Inicialment la variable barem de mobilitat, del total de la població, presenta 19141 (6,3%) casos en blanc i la variable barem de tercera persona 29050 (9,5%). Cal dir que, per normativa, les valoracions inferiors al 33% no superen el barem de mobilitat i les valoracions inferiors al 75% no superen el barem de tercera persona, per tant, un cop fet el

filtre la xifra final de valors incomplets és, com hem dit, de 16950.

- Quan s'estudia l'evolució de les valoracions, mentre no es digui el contrari, s'utilitza la data de l'última visita. Això vol dir, per exemple, que d'una primera visita l'any 1970, d'una segona visita l'any 1985 i d'una tercera visita l'any 1999 ens queda constància de la data de la primera i de totes les dades de l'última. Per tant, quan analitzem l'evolució temporal hem de ser molt prudents, doncs tot i que pugui augmentar el nombre de valoracions a mesura que passen els anys, també deixen de quedar registrades com a data de visita quan es repeteixen demandes successives de valoració. És per això, que a partir de la variable número d'expedient s'ha plantejat l'estudi de les valoracions en funció de la data de la primera visita i la data de l'última visita. Aquest fet ens permet estudiar parcialment l'índex de càrrega assistencial.
- Així mateix per tal d'interpretar millor els resultats de l'evolució de les visites, hem separat els casos valorats en dues sèries temporals, seguint l'entrada en vigor de la Llei d'Integració Social del Minusvàlid (LLISMI) el 1982. La primera des de 1970 a 1981 i la segona de 1982 a 2002.
- Referent als diagnòstics hem triat els vuit grups més freqüents i els hem estudiat de forma desglossada. A més hem escollit el grup diagnòstic que codifica als diagnosticats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), per la importància que ha tingut en el seu moment a l'hora d'establir la valoració abans i després de l'aplicació del RD 1971/1999¹⁵.

- Degut al recent canvi legislatiu, hem fet l'estudi comparatiu abans i després de l'entrada en vigor del RD 1971/1999. Ens hem limitat a estudiar els diagnòstics més freqüents. Hem comparat la freqüència de valoracions del grau disminució en cada període. No s'han efectuat estudis comparats en relació a l'etiologia o la deficiència. Deixem per a treballs posteriors l'ampliació d'aquestes dades.

9. Tractament estadístic

Hem fet primer la descripció de totes les persones valorades en els CADs de Catalunya. S'han estudiat els aspectes demogràfics (gènere, edat, comarques i regions comarcals) i el grau de disminució. S'han descrit tant en el moment de la valoració, com l'evolució al llarg de més de trenta anys.

En segon lloc s'han estudiat totes les persones que han obtingut el certificat de disminució. S'han descrit els aspectes demogràfics i els aspectes de valoració (grau de disminució, barem de mobilitat, barem de tercera persona, deficiències, diagnòstics i etiologies), tant en el moment de la valoració com al llarg de més de trenta anys.

En tercer lloc hem descrit els diagnòstics agrupats i hem desglossat els més freqüents. S'han estudiat segons gènere, edat, grau de disminució, comarca i regions comarcals.

Després hem fet l'estudi de les etiologies segons gènere, edat, grau de disminució i comarques. Per últim hem descrit la seva evolució.

Hem fet l'estudi comparatiu dels diagnòstics més freqüents de les valoracions abans i després de l'entrada en vigor del Reial Decret 1971/1999. Establint comparances amb la freqüència de les valoracions i llur grau de disminució.

Per a estudiar l'associació entre variables qualitatives s'ha aplicat la prova de Xi quadrat i s'ha escollit el nivell de significació $p < 0,05^{49}$.

S'ha utilitzat també per a l'estudi de la normalitat de les variables la prova de Kolmogorov-Smirnov.

En fer l'estudi per regions comarcals hem calculat la prevalença per a cada regió a partir del registre del cens de població des de l'any 1975 a l'any 2002^a, entenent aquesta com⁵⁰:

$$\text{Prevalença} = \frac{\text{Nombre de casos existents en el moment } t_0 + \text{nombre de nous casos entre } t_0 \text{ i } t}{\text{Població a la meitat de l'interval } (t_0; t)}$$

De la mateixa manera podem estudiar la prevalença anual mitjançant el nombre de casos existents en un moment donat.

$$\text{Prevalença} = \frac{\text{Nombre de casos existents en moment } (t)}{\text{Total de la població en moment } (t)}$$

anual

^a Disponible a URL: <http://www.idescat.es>

A l'anàlisi tradicional, les taules de doble classificació contenen recomptes en caselles amb els seus percentatges. Si les dades de les taules representen una mostra, es pot calcular l'estadístic de Xi quadrat, a més d'una o més mesures d'associació⁵¹.

En aquest estudi les variables de codificació diagnòstica (deficiència, diagnòstic i etiologia) pressuposen un gran nombre de categories. Aquest fet fa que les taules de contingència que relacionen aquestes variables amb la resta, siguin com a mínim difícils d'analitzar. Això ens obliga a buscar tècniques estadístiques que ens permetin tractar variables categòriques amb múltiples categories.

En aquest treball es pretén veure quines variables es relacionen amb el grau de disminució.

El model a analitzar respon al criteri variable dependent vers variables independents.

El model clàssic de regressió lineal múltiple estudia les associacions entre una variable dependent i múltiples variables independents. Aquest model parteix de variables quantitatives i n'estableix llurs relacions lineals.

Tal com hem dit, en el nostre cas les variables són categòriques, i les relacions, es pressuposa, que no són lineals. Una solució per a poder aplicar aquest mètode estadístic són les tècniques d'escalament òptim.

Les tècniques d'escalament òptim amplien les anàlisis loglineals tradicionals incorporant variables en nivells mixts de mesura. Les relacions no lineals es descriuen mitjançant la relaxació dels suposats mètrics de les variables. Aquestes tècniques permeten calcular

quantificacions, dels valors de les variables i els individus, més adequades per al tractament d'aquestes dades⁵².

D'aquestes, la que millor s'ajusta al nostre model, és el procediment de regressió categòrica per escalament òptim (a partir d'ara CATREG). El CATREG calcula uns valors òptims que ens permeten fer un tractament multivariable, mitjançant un escalament simultani de les variables nominals, ordinals i numèriques i les seves categories. Aquesta tècnica ens permet predir una variable resposta a partir d'un conjunt de variables predictores. A partir de les variables qualitatives s'obtenen variables quantitatives. Aquest procediment quantifica les variables categòriques de forma que les quantificacions reflecteixen les característiques de les categories originals. El resultat és una equació de regressió lineal òptima per a les variables transformades. És a dir, és possible pronosticar la resposta per a qualsevol combinació de valors predictors^{53,54,55}.

Les nostres dades són qualitatives, i per tant, les tècniques d'escalament òptim ens permeten quantificar-les.

La variable de resposta o dependent i el seu nivell d'escalament és el grau de disminució –ordinal- i les variables predictores o independents i el seu nivell d'escalament són deficiència –nominal-, diagnòstic –nominal-, etiologia –nominal-, barem de mobilitat –ordinal-, barem de tercera persona –ordinal-, edat –ordinal-, gènere –nominal-, data d'aplicació del Reial Decret 1971/1999 –nominal- i comorbiditat –ordinal-.

En la variable comorbiditat, les dues últimes categories (comorbiditat 3 i comorbiditat 4) s'han agrupat. El motiu és perquè la combinació de variables amb valors perduts (bartp i barmob) i la

categoria de comorbiditat 4, ens deix la categoria edat6=2 sense efectius vàlids per a l'anàlisi de regressió.

L'objectiu que es persegueix, és determinar quin és el conjunt de variables independents que optimitzen la predicció de la variable dependent. De manera paral·lela aquesta tècnica permet calcular uns valors òptims per cada una de les categories de les variables escalades, que anomenem quantificacions, i que a diferència dels valors originals presenten característiques mètriques. Es tracta de variables estandarditzades de mitjana zero i desviació típica 1, que ens permeten comparar la importància relativa de les categories de cada variable en l'explicació de la variable resultat.

En l'estudi s'ha utilitzat el programa estadístic SPSS for Windows⁵⁶, per a l'escalament multidimensional s'ha utilitzat el mòdul *Categories* corresponent a la versió 11.05.

RESULTATS

El present treball s'ha realitzat amb la idea d'estudiar tots els casos valorats als Centres d'Atenció a Disminuïts de Catalunya (CAD) des de l'any 1970 fins el dia 9 de gener de 2002.

En primer terme hem fet una descripció de totes les persones valorades, per a posteriorment analitzar les que han obtingut el certificat de disminució. Entenem que en alguns aspectes, segurament, no variaran els conceptes estudiats, si més no, hem considerat aquest fet i hem preferit aportar tota la informació que disposàvem.

Posteriorment hem estudiat la població valorada abans i després de l'entrada en vigor del RD 1971/1999.

Finalment hem fet l'estudi de les variables predictorres del grau de disminució.

Estudi descriptiu de les persones avaluades als CADs de Catalunya^a

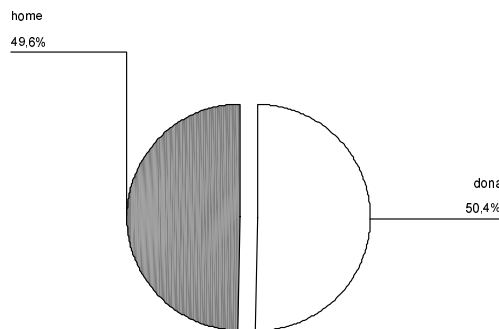
S'han registrat als CAD de Catalunya des del 9.2.70 fins al 9.1.02 un total de 305943 persones.

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 1.

1. Gènere i edat

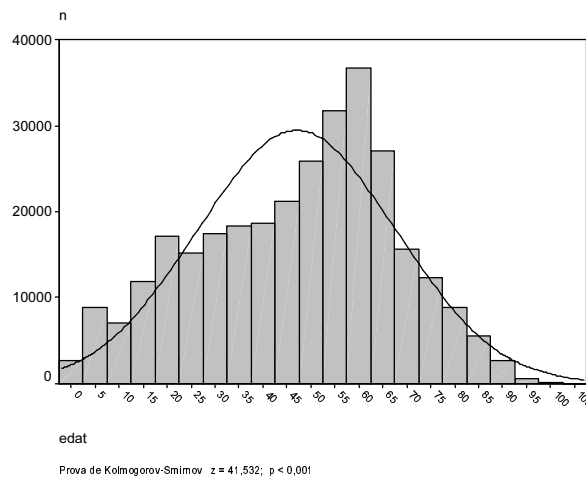
La distribució, segons gènere, presenta un 50,4% (n=154220) de dones i un 49,6% (n=151723) d'homes (taula 1.1 i gràfic 1.1).

Gràfic 1.1. Distribució per gèneres.



La distribució, segons edat, presenta una mitjana de 47,07 anys, una mediana de 50 (rang 0–107 anys) i una asimetria negativa (taula 1.2 i gràfic 1.2).

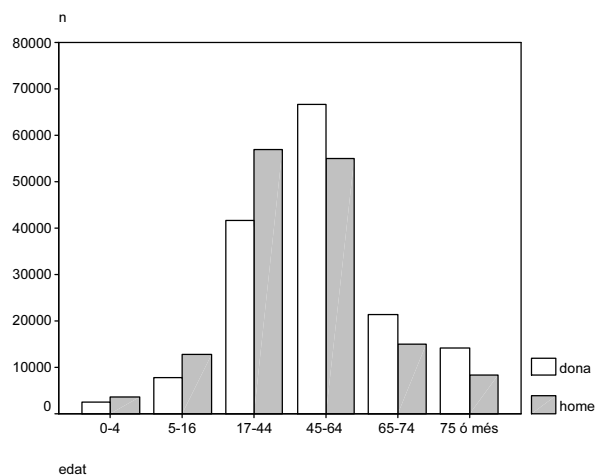
Gràfic 1.2. Distribució de l'edat.



En el cas de l'estudi de les variables la distribució és no normal. S'observa una presència més important de població més gran que jove. (Prova de Kolmogorov-Smirnov).

En els diferents grups d'edat per gènere predomina el gènere masculí des dels 0 anys fins als 44 anys amb un percentatge que oscil·la entre el 60% i el 57,7%. A partir dels 45 anys predominen el gènere femení amb un 54,8%, augmentant fins a un 63% en el grup d'edat de 75 anys o més (taula 1.3 i gràfic 1.3).

Gràfic 1.3. Distribució de l'edat, segons gènere.



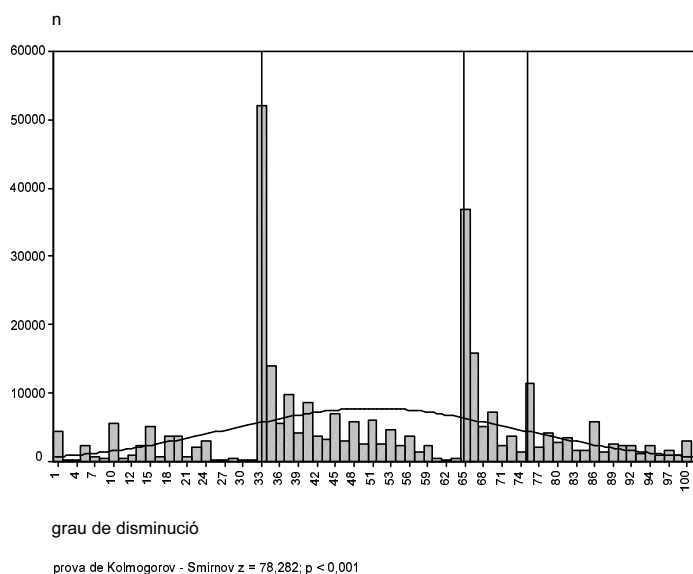
2. Grau de disminució – Reconeixement de disminució (Rdis)

La distribució del grau de disminució presenta una mitjana 50,62 i una mediana de 48 en una escala de 0 a 100 (taula 1.4).

S'observa una distribució bimodal amb una alta freqüència de casos en el grau de disminució 33 (n=52158) i en el grau de disminució 65 (n=36805). En el rang de disminució igual o superior a 75, trobem

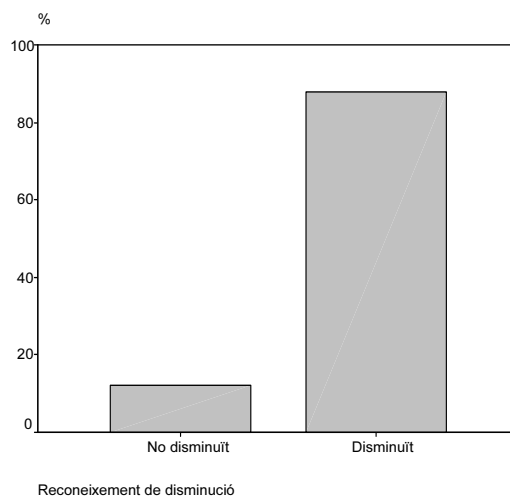
que el grau de 75 és el que presenta més casos ($n=8535$) (gràfic 1.4). S'ha practicat la prova de Kolmogorov-Smirnov i és significativa, fet que indica la no normalitat de la distribució.

Gràfic 1.4. Distribució per grau de disminució.



De les 305943 persones valorades en els CAD de tota Catalunya destaca que un 12,2% (37466) no han obtingut el reconeixement de disminució (Rdis). I un 87,8% (268477) han obtingut el Rdis (taula 1.5 i gràfic 1.5). Aquest últim grup serà el que descriurem després amb més detall.

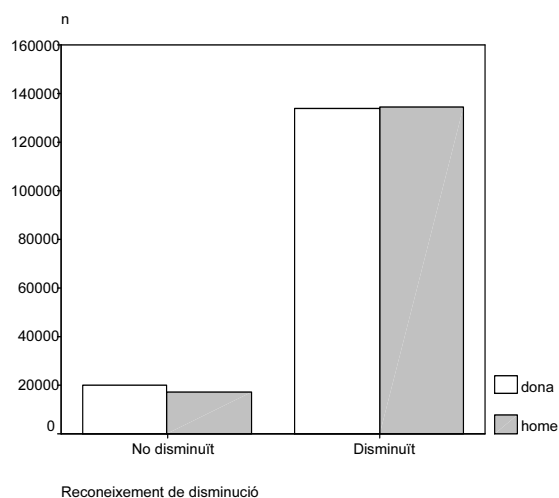
Gràfic 1.5. Distribució per reconeixement de disminució.



2.1. Gènere i edat

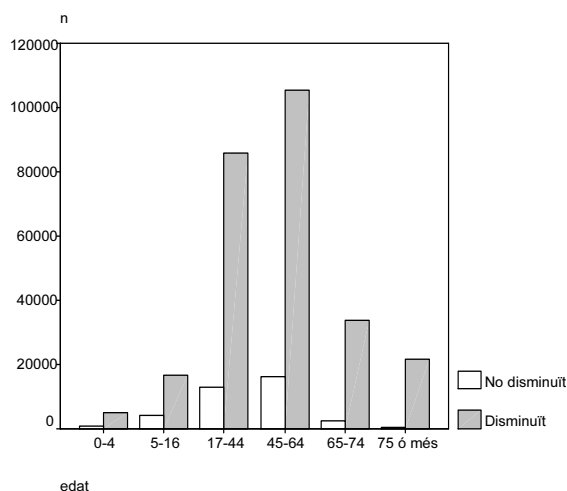
Segons gènere un 13% de dones i un 11,5% d'homes no han obtingut el Rdis. Un 87% de dones i un 88,5% d'homes han obtingut el Rdis (taula 1.6 i gràfic 1.6). La diferència és significativa ($X^2 = 168,584$, p bilateral $< 0,001$). El Rdis és més gran en el gènere masculí que en el femení, tot i que la diferència és d'un 1'5% entre ambdues variables. Si tenim en compte, però, el nombre de casos, ens trobem que aquest 1'5% representen 562 casos més en el gènere femení / no disminuït i 4027 casos més en el gènere masculí / disminuït.

Gràfic 1.6. Distribució del reconeixement de disminució, segons gènere.



El Rdis segons edat ens mostra que el grup d'edat de 45 a 64 anys es presenta com el grup més nombrós que ha obtingut tant el Rdis com el que no ha obtingut el Rdis (39,3% i 43,3% respectivament en la seva categoria en relació a tots els grups d'edat). Seguit del grup d'edat de 17 a 44 anys (32% i 34,6% respectivament en la seva categoria en relació a tots els grups d'edat) (taula 1.7 i gràfic 1.7).

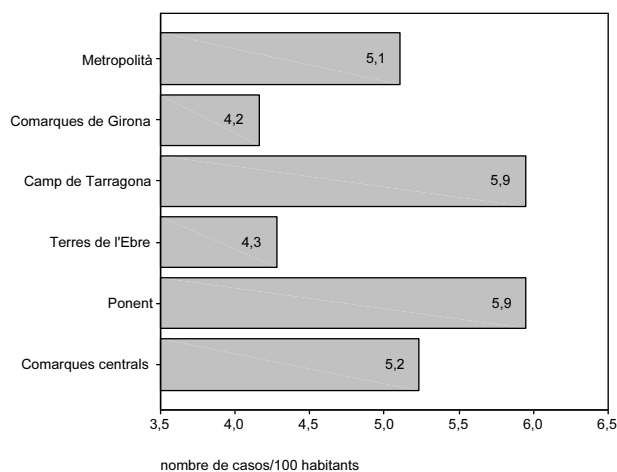
Gràfic 1.7. Distribució del reconeixement de disminució, segons edat.



3. Valoracions per comarques i regions comarcals

3.1. Freqüències

A la taula 1.8 de l'annex 1 s'observa que les valoracions més nombroses han estat a les comarques més poblades (àrea Metropolitana). Per ordre: Barcelonès (40%), Baix Llobregat (10,7%) i Vallès Occidental (10,3%). Però el que realment ens interessa és conèixer la prevalença. Hem estudiat la prevalença a partir del cens de les regions comarcals (taula 1.9 i gràfic 1.9).

Gràfic 1.9. Prevalença de la població valorada per regions comarcals.

Veiem així que, tot i que la regió Metropolitana és la que mostra més freqüència de consultes, la prevalença ens diu que les comarques de Ponent i les del Camp de Tarragona són les que presenten, en relació al nombre d'habitants, una demanda més important de visites (5'9 casos per cent habitants). I les comarques de les Terres de l'Ebre i les de Girona i les que menys (4,3 i 4,2 casos per cent habitants respectivament).

3.1. Reconeixement de disminució (Rdis)

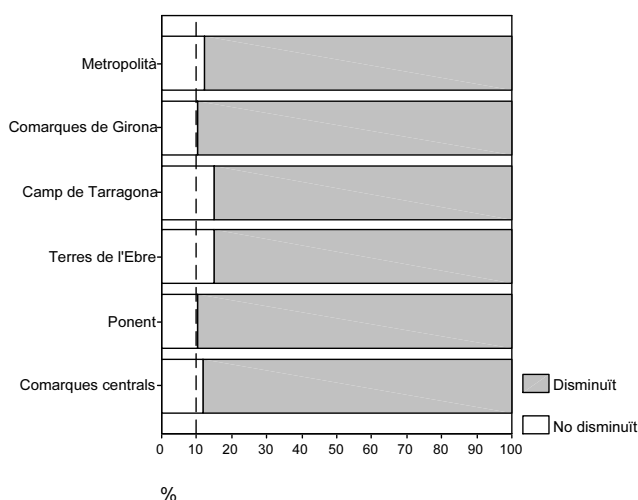
A la taula 1.10a podem observar que les comarques que presenten més d'un 90% de població valorada amb Rdis, són: Alta Ribagorça (98,7%), Cerdanya (94,1%), Pla de l'Estany (92,8%), Ripollès (92,5%), Garrigues (91,9%), Urgell (90,5%), Pla d'Urgell (90,5%), Selva (90,4%), Noguera (90,4%), Alt Urgell (90,3%), Garrotxa

(90,2%), Alt Penedès (90,1%). Predominen les comarques més allunyades de l'àrea Metropolitana. Passa el mateix amb les comarques que presenten una població amb Rdis per sota del 85%: Vall d'Aran i Baix Ebre (84,1% ambdues), Baix Penedès (84,6%), Baix Camp (84,7%), Montsià i Tarragonès (84,8% ambdues).

Aquest concepte no queda reflectit quan observem la taula 1.10b i el gràfic 1.10 de Rdis segons regions comarcals, on els percentatges de Rdis baixen tots per sota del 90%, amb poques diferències.

Destaquen les regions comarcals del Camp de Tarragona i de les Terres de l'Ebre, que depenen del mateix equip de valoració, les que presenten un Rdis més baix (85,2% i 84,8% respectivament)^a. Altrament, les comarques de Girona i les de Ponent són les que presenten un Rdis més alt (89,6%).

Gràfic 1.10. Reconeixement de disminució, segons regions comarcals.



^a Amb la nova creació de la Delegació Territorial de Benestar i Família a les Terres de l'Ebre, a partir del mes de juliol de 2002 es forma un nou equip de valoració.

4. Evolució de les valoracions

4.1. Prevalença

A partir de les dades del cens podem calcular la prevalença des de l'any 1970 al 2002. Tant a la taula 1.11 com al gràfic 1.11 veiem que la prevalença de les valoracions ha augmentat d'una manera molt important, més encara si tenim en compte que la base de dades amb la que hem treballat només té registrada la primera i l'última visita, pel que en molts casos es poden haver produït més visites de les que hem estudiat. Per tant, tot i no ser un índex directe de la càrrega assistencial, sí que ens permet tenir una idea aproximada de l'augment en el nombre de demandes.

Els percentatges expressen l'increment de valoracions respecte l'any anterior. Els períodes on l'increment és negatiu, en cap cas pressuposen que hi ha hagut una davallada en el nombre de valoracions globals, sinó que, tal com ja s'ha comentat, quan se sol·licita una nova valoració deix de registrar-se la data de valoració anterior. Per a conèixer l'increment real de visites necessitaríem el nombre total de valoracions efectuades.

Tot i això, observem que:

De l'any 1970 a l'any 1980 s'ha produït un augment de valoracions d'almenys el 8915,38%.

Per biennis

- 1970/71.....-12,5%
- 1971/72.....387,5%
- 1972/73.....1046,15%

- 1973/74.....108,28%
- 1974/75.....22,45%
- 1975/76.....0,88%
- 1976/77.....-33,72%
- 1977/78.....28,49%
- 1978/79.....-55,63%
- 1979/80.....-40,04%

De l'any 1980 a l'any 1990 s'ha produït un augment de valoracions d'almenys el 2709,46%.

Per biennis

- 1980/81.....39,05%
- 1981/82.....-20,31%
- 1982/83.....67,06%
- 1983/84.....33,60%
- 1984/85.....106,12%
- 1985/86.....45,10%
- 1986/87.....43,53%
- 1987/88.....60,82%
- 1988/89.....-1,98%
- 1989/90.....60,86%

De l'any 1990 a l'any 2001 s'ha produït un augment de valoracions d'almenys 152,69%.

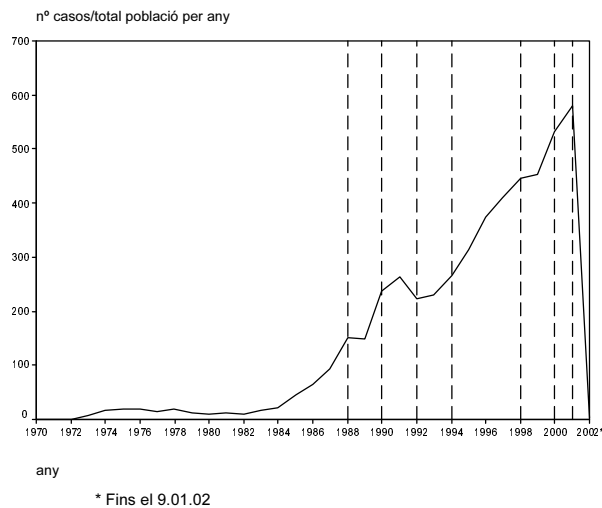
Per biennis

- 1990/91.....11,82%
- 1991/92.....-17,99%
- 1992/93.....3,80%
- 1993/94.....14,67%
- 1994/95.....18,79%

- 1995/96.....19,13%
- 1996/97.....9,92%
- 1997/98.....9,53%
- 1998/99.....2,92%
- 1999/00.....17,27%
- 2000/01.....8,92%

Gràfic 1.11. Evolució de la prevalença anual per 100.000 habitants.

(Nombre de casos existents en moment/Total de la població en moment)



4.2. Primera visita

Com ja s'ha dit, a partir del número d'expedient s'ha pogut obtenir l'any de la primera visita. Així doncs, hem fet l'estudi evolutiu de la demanda de primeres visites efectuades des de l'any 1970 fins als primers dies de l'any 2002.

Per tal d'interpretar millor els resultats, hem separat els 305943 casos valorats en dos sèries temporals, seguint l'entrada en vigor de la Llei d'Integració Social del Minusvàlid (LLISMI) el 1982. La primera des de 1970 a 1981 i la segona de 1982 a 2002.

Durant el període 1970-1981 s'efectuen 11107 primeres visites amb una distribució força irregular (taula 1.12 i gràfic 1.12).

En els primers anys, és quan es creen les *Comisiones Técnicas Calificadoras*⁵⁷, la demanda és gairebé inexistent. Amb un augment important entre els anys 1972 i 1974, seguit d'un descens.

Gràfic 1.12. Nombre de valoracions, segons data de la primera visita. Període 1970-1981.

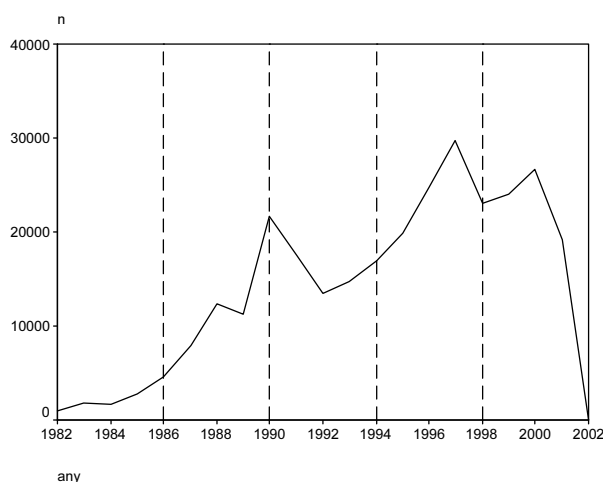


En el període 1982-2002 s'efectuen un total de 294836 primeres visites (taula 1.13 i gràfic 1.13).

Tal i com ja hem comentat en l'evolució de la prevalença anual, és en aquest període quan s'experimenta un augment molt important en el nombre de visites^{41,58,59,60,61,62,63,64,65}. Veiem que a partir de l'any

1982 hi ha un creixement significatiu fins l'any 1990, en que per raons que es desconeixen es produeix un lleuger descens fins el 1992. El mateix succeeix durant el bienni 1997/98 on també s'experimenta un lleu descens.

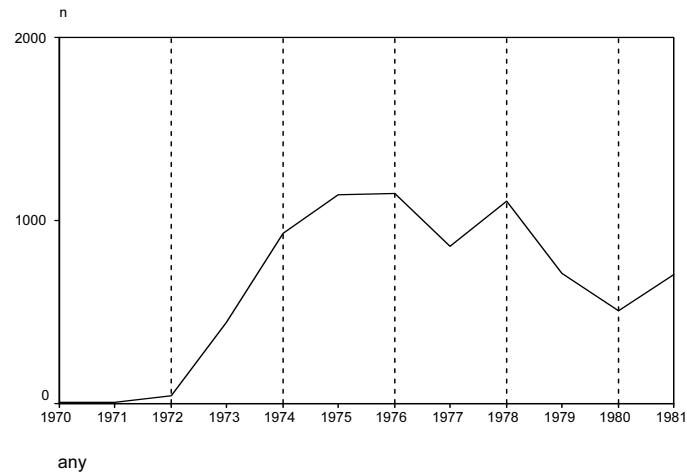
Gràfic 1.13. Nombre de valoracions, segons data de la primera visita. Període 1982-2002.



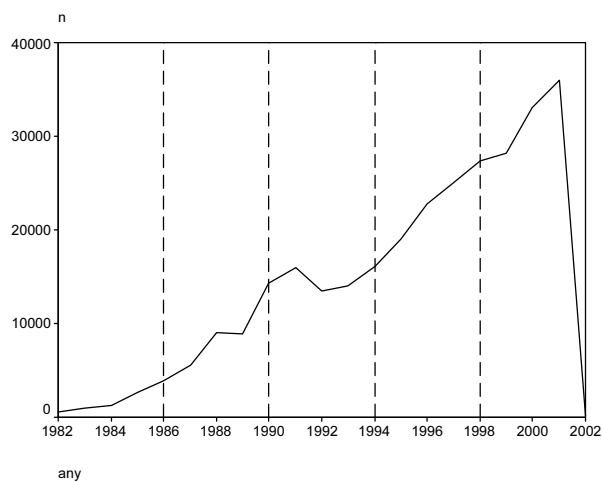
El concepte de primera visita no el podem valorar aïlladament sense tenir en compte l'evolució en el temps de l'última valoració.

4.3. Última visita

Així doncs a la taula 1.14 i al gràfic 1.14. ens trobem que en el període 1970-1981 s'efectuen 7611 últimes visites amb una incidència menor que les primeres visites. Segueix un curs ascendent fins el bienni 1976/77, per augmentar durant el 1978 i patint una forta davallada de revisions fins el 1980.

Gràfic 1.14. Nombre de valoracions segons data de l'última visita. Període 1970-1981.

És a partir de l'any 1990 (taula 1.15, gràfic 1.15) quan hi ha un augment molt important d'últimes visites, només amb una petita baixada, a l'igual que les primeres visites, en el bienni 1991/1992.

Gràfic 1.15. Nombre de valoracions, segons data de l'última visita. Període 1982-2002.

La visió en conjunt dels conceptes primera i última visita ens fa pensar que tant unes com les altres, majoritàriament han seguit un curs ascendent en el temps amb pics importants que poden ser explicats per l'entrada en vigor de normatives relacionades amb aspectes d'inserció laboral i de prestacions. Crida l'atenció el fet que apareixen en les últimes visites una tendència ascendent des de l'any 1992, duplicant el percentatge de les primeres visites i triplicant el percentatge de les últimes.

Repetim, però, que caldria obtenir les dades de totes les visites efectuades per a poder valorar realment la càrrega assistencial.

A partir d'aquí prendrem com a referència la data de l'última visita, que és la que ens permetrà valorar quina ha estat l'evolució en els anys del gènere, l'edat i el reconeixement de disminució de les persones en la seva última valoració. Sabem que aquestes dades necessitarien complementar-se amb totes les visites fetes.

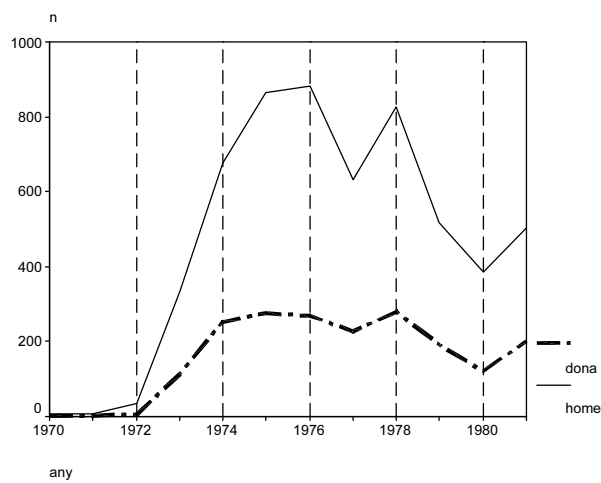
4.4. Evolució del gènere per anys

Un cop avaluades les primeres i últimes visites al llarg dels anys, podem fer una aproximació a com s'ha comportat aquesta evolució en funció del gènere.

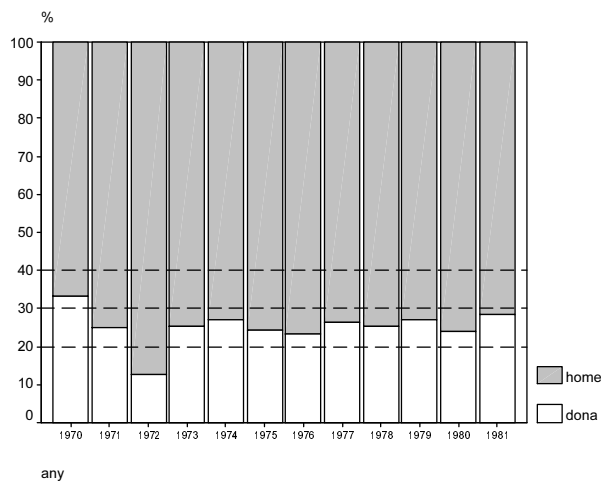
Si seguim la mateixa metodologia emprada fins ara, veiem que durant el període 1970-1981 (taula 1.16, gràfic 1.16a i 1.16b) el nombre de visites efectuades és molt més alt en homes que en dones. Un

74,5% d'homes per un 25,5% de dones, amb petites oscil·lacions que afecten a ambdós gèneres.

Gràfic 1.16a. Nombre de valoracions, segons gènere. Període 1970-1981.

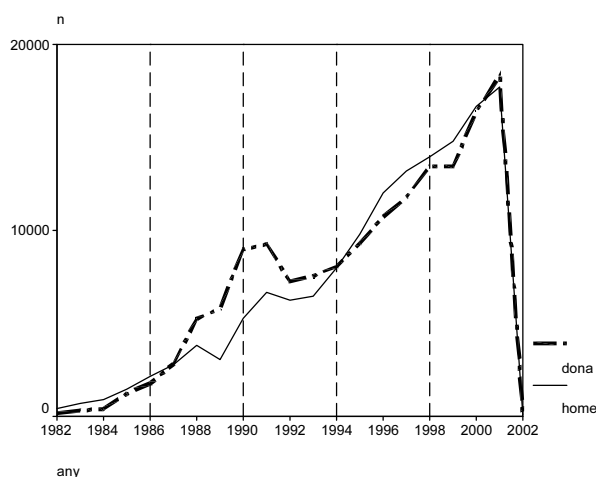


Gràfic 1.16b. Percentatge de valoracions, segons gènere. Període 1970-1981.

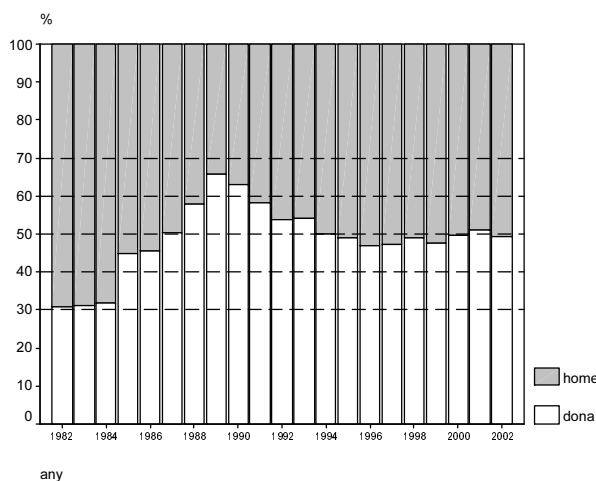


En canvi si observem el període 1982-2002 (taula 1.17, gràfic 1.17a i 1.17b) observem que aquests percentatges es van apropant amb un percentatge global de 51% de dones per un 49% d'homes. L'any 1989 el gènere femení es converteix en el grup més important de consultes (65,6% dones per 34,4% homes). No serà fins al 1994 en que el nombre de visites del gènere masculí torna a predominar, però, d'una manera poc important. Els gràfics ens mostren dues línies/barres amb una tendència gairebé paral·lela fins l'any 2001 on veiem que el gènere femení comença a assolir un percentatge discretament més alt.

Gràfic 1.17a. Nombre de valoracions, segons gènere. Període 1982-2002.



Gràfic 1.17b. Percentatge de valoracions, segons gènere. Període 1982-2002.



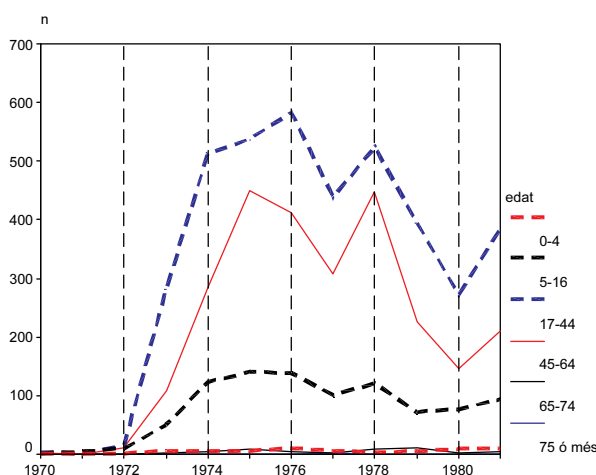
4.5. Evolució de l'edat per anys

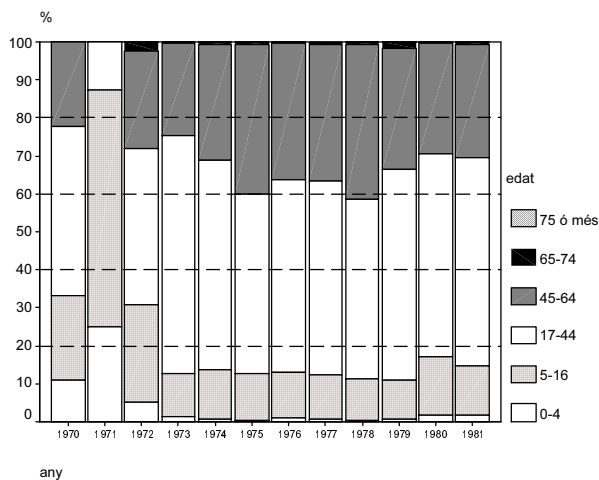
L'evolució de l'edat ens diu que en el primer període (1970–1981) (taula 1.18, gràfics 1.18a i 1.18b) el grup d'edat més valorat és el de 17 a 44 anys amb percentatges que arriben al 62,9%, seguit pel de 45 a 64 amb percentatges entre el 22,2% i el 39,4%. Ambdós segueixen un curs paral·lel.

Amb una freqüència i amb percentatges més baixos (majoria per sota del 20%) sobresurt el grup d'edat de 5 a 16 anys. A excepció de l'any 1971 en que es presenta amb un 62,5% (n=8). Els grups d'edat de 65 a 74, els de més de 75 anys i els inferiors a 4 anys obtenen uns registres en la majoria del període estudiat, per sota de l'1%.

Recordem que en aquest decenni el nombre de visites és molt baix comparat amb els altres períodes.

Gràfic 1.18a. Nombre de valoracions, segons edat. Període 1970-1981.



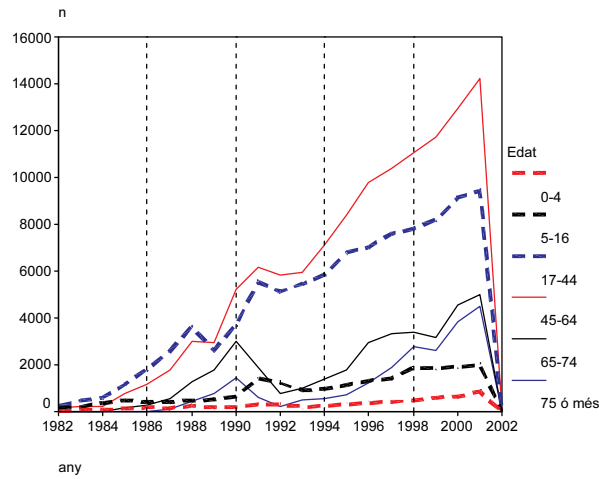
Gràfic 1.18b. Percentatge de valoracions, segons edat. Període 1970-1981.

En el segon període (1982 – 2002) (taula 1.19, gràfics 1.19a i 1.19b) observem així, que la població de 45 a 64 anys passa a ser globalment la més valorada, sobretot a partir de l'any 1989, mantenint-se en percentatges per sobre del 40%.

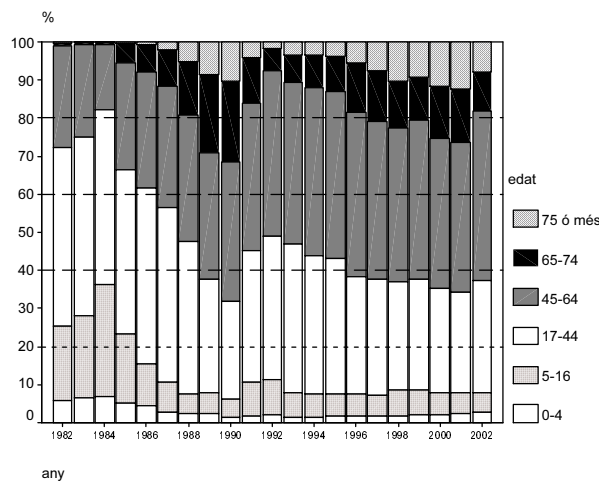
La població de 17 a 44 anys passa a un segon lloc. Destaca l'augment molt important de la població de 65 a 74 anys i els de més de 75 anys, que a partir de l'any 1987, tot i que pateixen una davallada durant el trienni 1991-93, es mostra com un grup de població en demanda creixent. Aquest últim fet pot explicar-se per la progressiva aplicació d'avantatges de tipus socials en aquests col·lectius d'edat.

Els grups d'edat de 5 a 16 i de 0 a 4 anys augmenten respecte el primer període, però passen a ser els grups d'edat amb menys demanda.

Gràfic 1.19a. Nombre de valoracions, segons edat. Període 1982-2002.



Gràfic 1.19b. Percentatge de valoracions, segons edat. Període 1982-2002.



Adjuntem la taula comparativa dels grups d'edat en ambdós períodes:

	Període 1970-1981	%	Període 1982-2002	%
Grups	17 a 44	51,9	45 a 64	39,9
	45 a 64	34,3	17 a 44	31,8
d'edat	5 a 16	12,3	65 a 74	12,2
	0 a 4	0,9	75 o més	7,5
	65 a 74	0,6	5 a 16	6,6
	75 o més	0,1	0 a 4	2

4.6. Evolució del reconeixement de disminució per anys

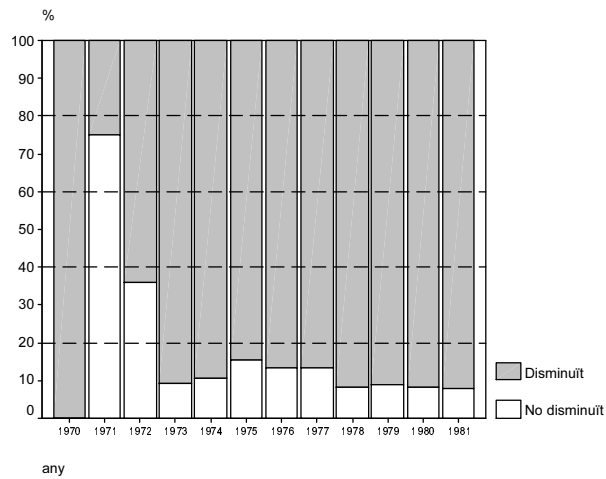
El comportament del reconeixement de disminució (taula 1.20 i gràfics 1.20a, 1.20b, 1.20c i 1.20d) ens mostra que en el primer període augmenten el nombre de casos de persones amb disminució fins a mantenir-se amb percentatges per sobre del 80%.

Durant el segon període, tot i augmentar d'una forma important el nombre de visites, els reconeixements de disminució continuen per sobre del 90%. Malgrat tot, hem de mirar els percentatges que ens mostren xifres al voltant del 90% de persones amb Rdis. Trobem tres intervals amb valors inferiors al 90%. De l'any 1974 a l'any 1977, de l'any 1982 a l'any 1986 i de l'any 1992 a l'any 2001.

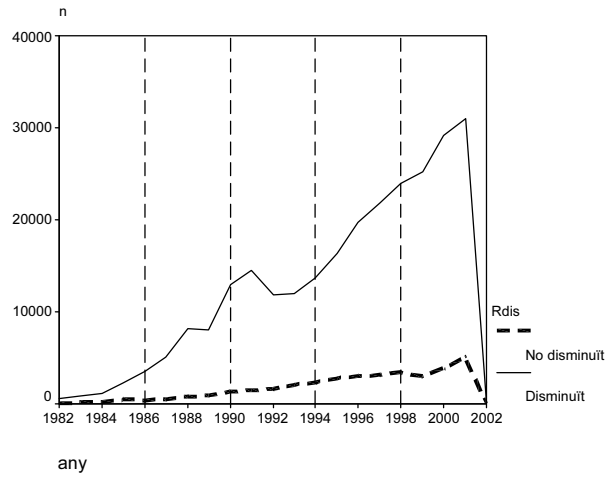
**Gràfic 1.20a. Nombre de valoracions, segons reconeixement de disminució.
Període 1970-1981.**



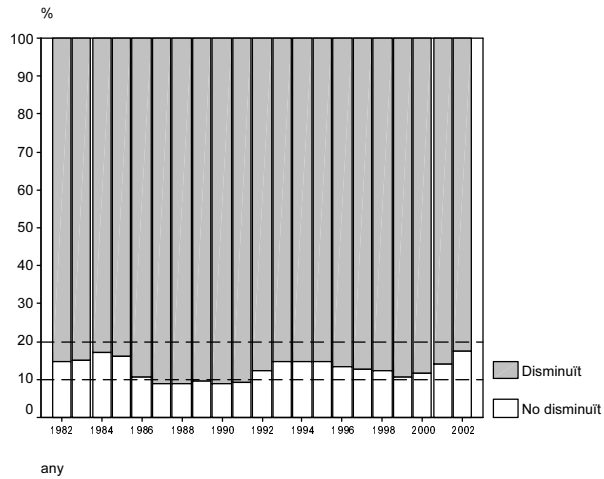
**Gràfic 1.20b. Percentatge de valoracions, segons reconeixement de disminució.
Període 1970-1981.**



**Gràfic 1.20c. Nombre de valoracions, segons reconeixement de disminució.
Període 1982-2002.**



**Gràfic 1.20d. Percentatge de valoracions, segons reconeixement de disminució.
Període 1982-2002.**



4.7. Evolució per comarques i per regions comarcals

A les taules 1.21, 1.22, 1.23, 1.24, 1.25, 1.26 i 1.27 es mostra l'evolució per comarques i per regions comarcals. Per comarques s'ha fet la selecció en períodes de cinc anys per tal de facilitar la consulta. La distribució de les valoracions identifica en alguns casos fets concrets que han tingut lloc en el seu àmbit d'influència, com pot ser: l'obertura de centres especials de treball, residències per a disminuïts o fins i tot pot anar condicionat pel grau d'informació des dels serveis d'atenció primària. No entrarem a detallar aquests aspectes, doncs ultrapassarien la finalitat d'aquest estudi. Creiem, però, que és molt més gràfic estudiar la prevalença dels casos valorats durant aquests anys per regions comarcals (gràfic 1.21).

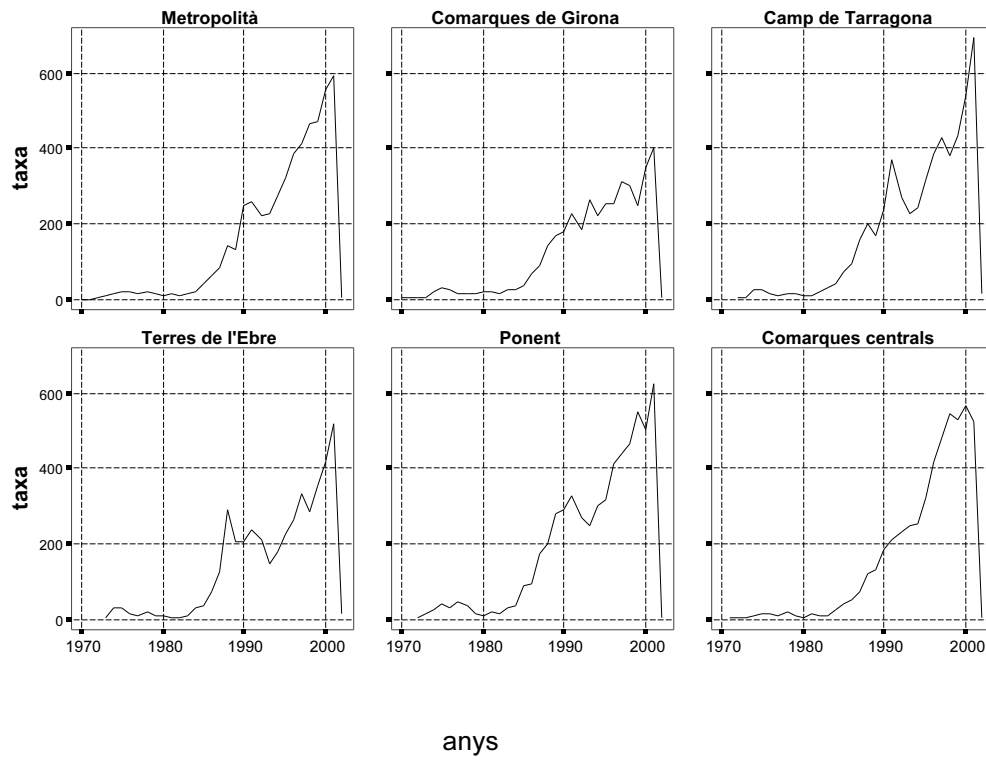
La prevalença dels casos valorats al llarg dels anys manté un comportament diferent depenent de la regió comarcal estudiada. Si observem el gràfic observarem que les Terres de l'Ebre i les Comarques de Tarragona van presentar dos pics importants (1987 i 1992 respectivament). Després d'aquest període les comarques de l'Ebre passen a ocupar el darrer lloc. Les comarques de Tarragona durant els anys 2000 i 2001 tornen a presentar un segon pic de prevalença. Les comarques centrals sempre han estat en darrer lloc i a partir de l'any 1992 assoleixen prevalences per sobre de la resta de comarques gairebé fins l'any 2000.

Les comarques de Girona gairebé en tots aquests anys s'han mantingut a la part baixa. Les comarques de Ponent sempre han mantingut prevalences altes, sobretot en el període 1996-98.

La regió Metropolitana ha seguit un creixement regular en el grup mitjà.

Gràfic 1.21. Evolució de la prevalença anual per regions comarcals.

Nombre de casos/100.000 habitants.



Estudi descriptiu de les persones amb certificat de disminució valorades als CADs de Catalunya^a

Un cop feta la descripció de totes les persones valorades en els CADs de Catalunya, prendrem com a referència a partir d'ara la població valorada i que ha obtingut el certificat de disminució, o sigui el 33% de grau de disminució.

De les 305943 persones valorades, 268477 han obtingut el certificat de disminució, això representa el 87,7% del total valorat. Amb una prevalença per la població de Catalunya de 4,4 casos per 100 habitants.

La Base de Dades Estatal presenta una prevalença de 3,16 casos per cent habitants i a les Illes Balears 3,3 casos per cent habitants.

Com hem dit la resta d'estudis consultats es basen en enquestes de salut o altres barems, això fa que trobem percentatges molt diferenciats. L'enquesta de l'INE observa una prevalença del 9% i l'Eurostat¹² presenta prevalences de 4,5% en discapacitats severes i del 10% en discapacitats greus.

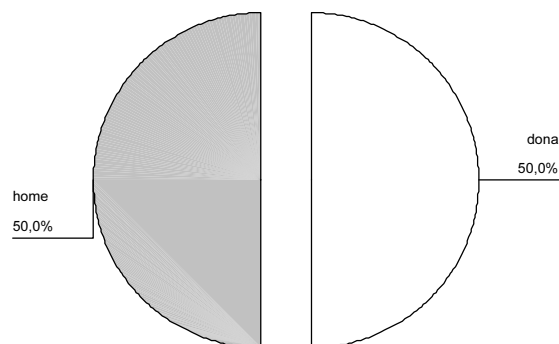
1. Gènere i edat

La distribució per gèneres de les persones amb disminució és d'un 50% per a ambdós grups (134157 dones i 134320 homes) (taula

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 2.

2.1 i gràfic 2.1). Com es pot comprovar pràcticament no varia respecte la població total valorada.

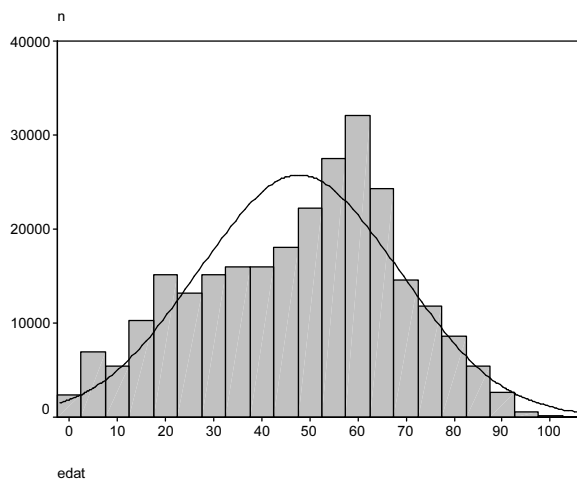
Gràfic 2.1. Distribució per gènere.



La distribució, segons edat presenta una mitjana de 47,76 anys, una mediana de 51 (rang 0 – 107 anys) i una asimetria negativa (taula 2.2 i gràfic 2.2).

No s'observen diferències amb els altres estudis consultats.

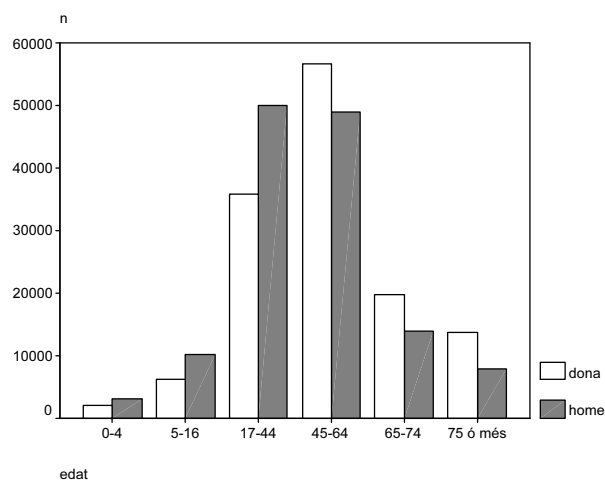
Gràfic 2.2. Distribució per edat.



En els diferents grups d'edat per gènere continua predominant el gènere masculí des dels 0 anys fins als 44 anys amb un percentatge una mica més alt que en la població global i que oscil·la entre el 61,8% i el 58,3%. A partir dels 45 anys predominen el gènere femení amb un 53,6%, augmentant fins a un 63,1% en el grup d'edat de 75 anys o més. Tot i aquestes petites diferències, la distribució és molt similar a la de la població total valorada (taula 2.3 i gràfic 2.3).

No s'observen diferències amb els altres estudis consultats.

Gràfic 2.3. Distribució de l'edat, segons gènere.

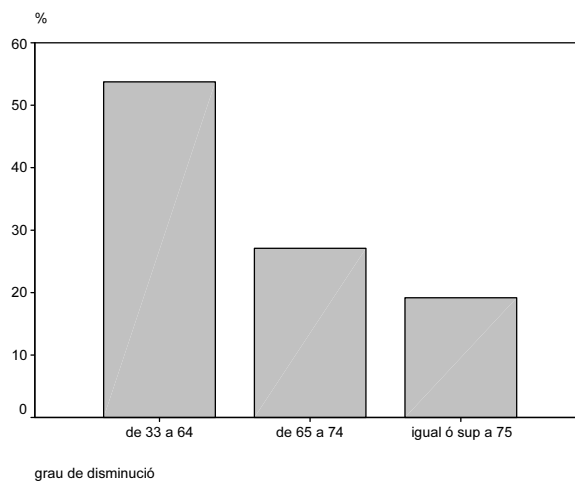


2. Grau de disminució – Reconeixement de disminució (Rdis)

La distribució del grau de disminució d'aquesta població ens permet estudiar, com ja hem definit, tres intervals de grau de disminució: de 33 a 64, de 65 a 74 i igual o superior a 75 per cent de grau de disminució. Com ja s'ha dit, en alguns casos utilitzarem els conceptes moderada, greu o molt greu per a facilitar la lectura. A la taula 2.4 i al gràfic 2.4, observem que més de la meitat de la població

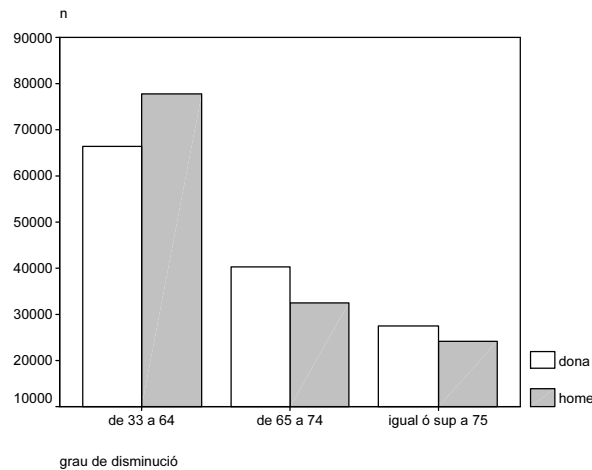
(53,7%) amb Rdis presenta entre un 33 i un 64 de disminució, un 27,1% presenta de 65 a 74 i un 19,2% té una disminució igual o superior a 75. A més disminució menys població afectada.

Gràfic 2.4. Distribució del grau de disminució.



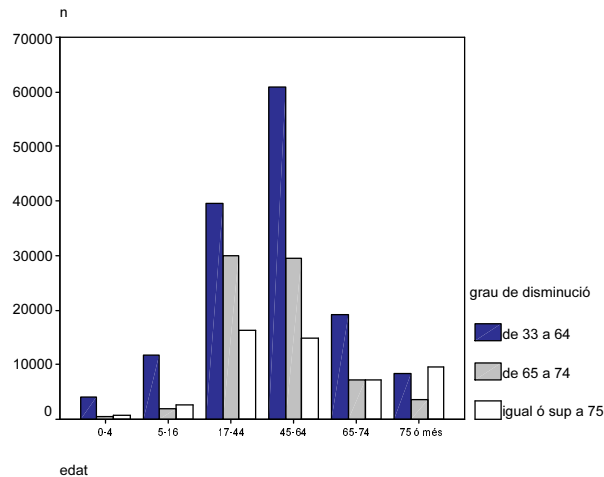
2.1. Gènere i edat

Segons gènere, ens trobem que el gènere femení predomina en disminucions greus i molt greus, i el gènere masculí en disminucions moderades. Tot i que les diferències no són molt àmplies (10,4% en disminucions greus), hem de pensar sempre que estem treballant amb una mostra molt gran. (taula 2.5 i gràfic 2.5)

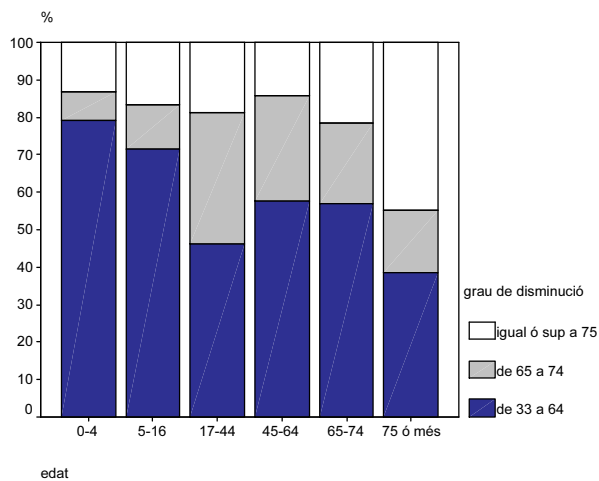
Gràfic 2.5. Distribució del grau de disminució, segons gènere.

Per grups d'edat veiem que, de 0 a 4 anys i de 5 a 16 anys es presenten més disminucions moderades, amb un percentatge més alt (79,3% i 71,6% respectivament). En els grups d'edat de 17 a 44 i de 45 a 64 augmenten les disminucions greus, però continuen predominant les moderades. És en el grup d'edat de 75 anys o més on es presenten més casos en els graus de disminució més greu. Això ens permet deduir que els infants i adolescents presenten percentatges de disminució més baixos i a mesura que augmenta l'edat, proporcionalment va augmentant el grau de disminució (taula 2.6, gràfic 2.6a i gràfic 2.6b).

Gràfic 2.6a. Distribució del grau de disminució, segons edat.



Gràfic 2.6b. Distribució del grau de disminució, segons edat. Percentatge.

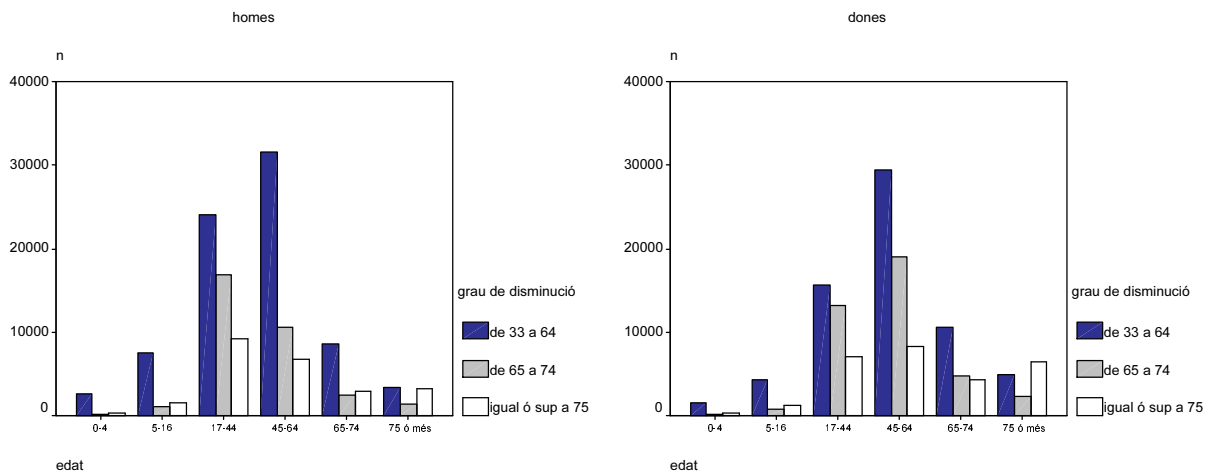


Si fins ara hem analitzat separatament la distribució del grau de disminució per edat i per gènere, hem cregut adient presentar la taula i el gràfic de la distribució del grau de disminució, segons edat, en els homes i la distribució del grau de disminució, segons edat, en les dones, amb la finalitat d'obtenir una visió comparada dels tres

conceptes: edat, gènere i grau de disminució (taules 2.7 i 2.8 i gràfics 2.7 i 2.8).

Observem que a l'edat de 17-44 anys els homes presenten un percentatge més alt de disminucions moderades en relació a les dones (48% respecte a 43,6%). Aquest fet s'accentua més en l'interval d'edat de 45-64 (64,6% en els homes i 51,9% en les dones).

Gràfic 2.7 i 2.8. Distribució del grau de disminució, segons edat en ambdós gèneres.



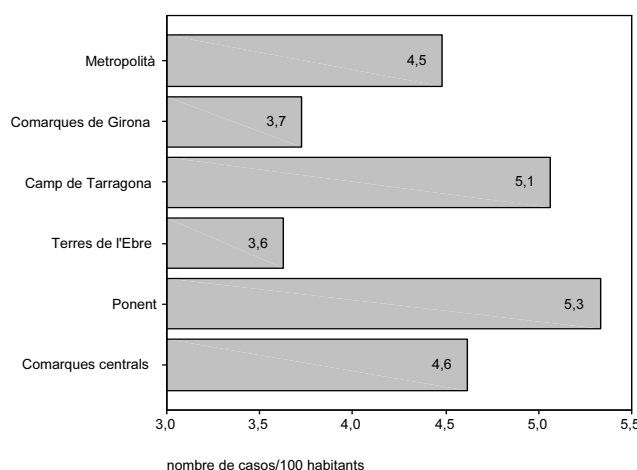
3. Valoracions per comarques i regions comarcals

A l'igual com hem fet en la descripció de tots els usuaris valorats, presentem a la taula 2.9a el nombre de valoracions per comarques de les persones amb certificat de disminució. La població amb més certificats de disminució correspon a les comarques més poblades (àrea Metropolitana). Per ordre: Barcelonès (40%), Baix Llobregat (10,6%) i Vallès Occidental (10,4%).

3.1. Prevalença

L'estudi de la prevalença ens diu que les comarques de Ponent són les que tenen més disminuïts per cent habitants (5,3 casos per cent habitants), seguides de les del Camp de Tarragona (5,1 casos per cent habitants) i les comarques Centrals (4,6 casos per cent habitants). Finalment, la regió Metropolitana (4,5 casos per cent habitants), comarques de Girona (3,7 casos per cent habitants) i les Terres de l'Ebre (3,6 casos per cent habitants), són les que presenten menys registres (taula 2.9b i gràfic 2.9).

Gràfic 2.9. Prevalença de la població valorada per regions comarcals.



3.2. Grau de disminució

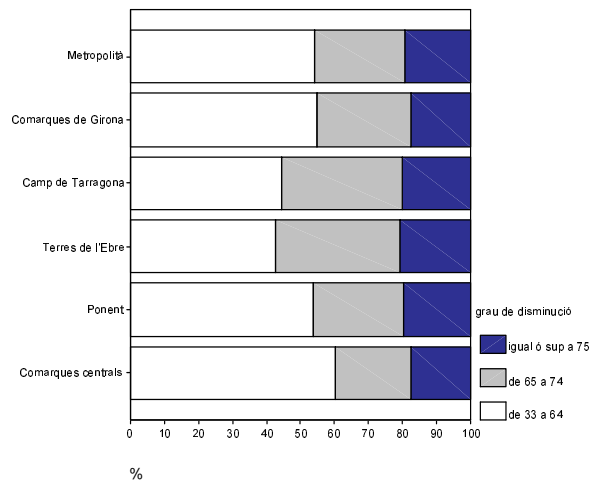
A la taula 2.10a presentem el grau de disminució per comarques. Ens permet tenir una visió global de la distribució de la disminució a Catalunya. Les comarques amb disminució més greu valorada són: Garrigues (24,6%), Conca de Barberà (24,3%), Ribera d'Ebre (24,0%), Segarra i Alt Penedès (23,2%) i Terra Alta (23,1%).

Les comarques que presenten més disminucions greus són: Montsià (39,7%), Conca de Barberà (37,6%), Alt Camp (36,8%), Priorat (35,8%) i Tarragonès (35,2%).

Les comarques amb més disminucions moderades són: Berguedà (75,6%), Vall d' Aran (59,2%), Bages (58,5%), Osona (57,2%), Vallès Occidental (56,8%) i Baix Llobregat (56,6%).

Per regions comarcals (taula 2.10b i gràfic 2.10) trobem que les comarques de Girona i les comarques Centrals són les que presenten menys percentatge de disminucions més greus. El Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre són les que presenten més percentatge de disminució greu i les comarques Centrals, les de Girona i l'àrea Metropolitana són les que presenten més percentatge de disminucions moderades.

Gràfic 2.10. Grau de disminució per regions comarcals.



4. Evolució de les valoracions

4.1. Evolució del gènere per anys

En el primer període (1970-1981) obtenim uns percentatges totals amb

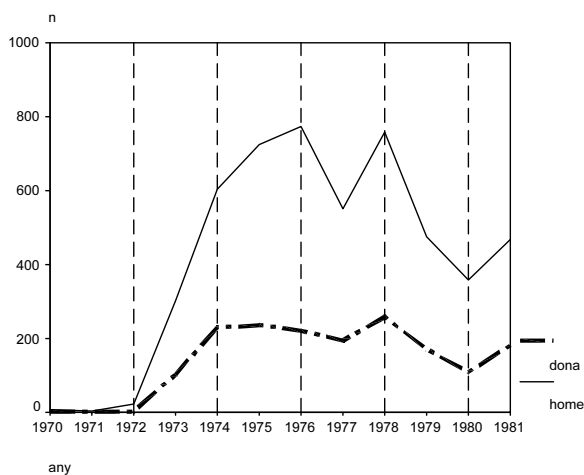
74,7% per al gènere masculí

25,3% per al gènere femení

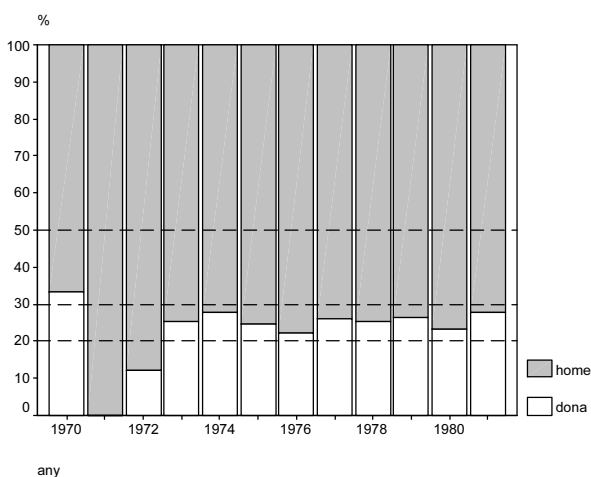
A l'anàlisi de l'evolució de les valoracions per gènere en el període 1970–1981 (taula 2.11 i gràfics 2.11a i 2.11b) hem observat que els resultats pràcticament no varien dels de la població global. Així tenim que, el gènere masculí predomina durant tot el període, amb

percentatges que van del 100% al 66,7%. El primer gràfic ens permet analitzar el nombre de valoracions segons gènere. El segon gràfic ens permet veure el percentatge de valoració segons gènere.

Gràfic 2.11a. Nombre de valoracions, segons gènere. Període 1970–1981.



Gràfic 2.11b. Nombre de valoracions, segons gènere. Període 1970–1981.



En el segon període (1982-2002) obtenim uns percentatges totals amb

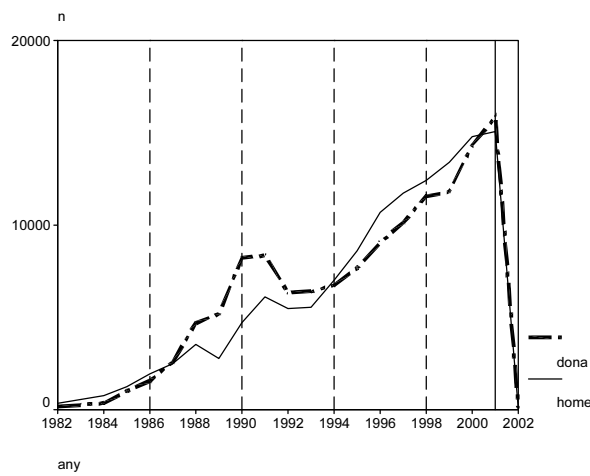
50,6% per al gènere femení

49,4% per al gènere masculí

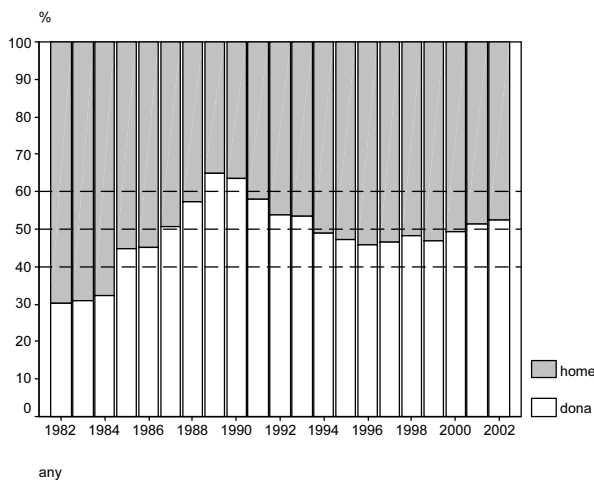
En el segon període (1982-2002) (Taula 2.12 i gràfics 2.12a i 2.12b) a partir de l'any 1987 el gènere femení amb certificat de

disminució torna a ser el grup més important de consulta fins l'any 1993. Les diferències no són tant importants com en la població global atesa, però arriben a ser l'any 1989 de 65,1% de dones per 34,9% d'homes.

Gràfic 2.12a. Nombre de valoracions, segons gènere. Període 1982–2002.



Gràfic 2.12b. Percentatge de valoracions, segons gènere. Període 1982–2002.

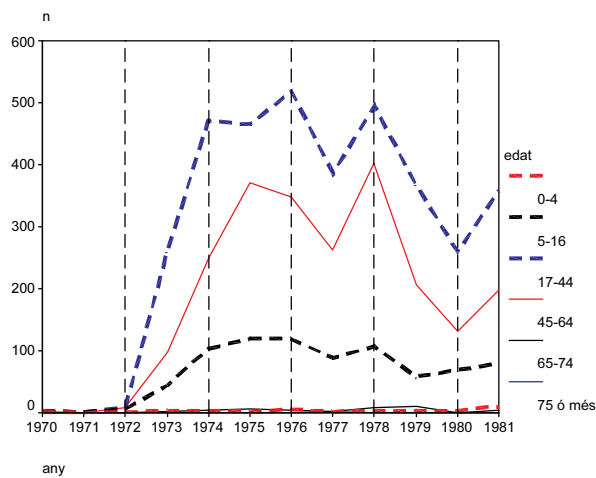


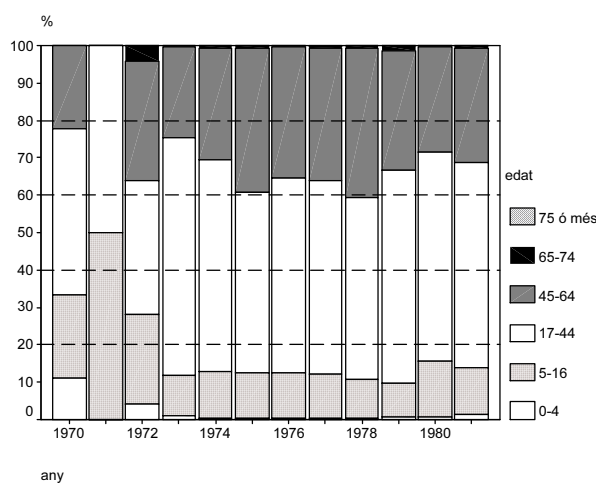
4.2. Evolució de l'edat per anys

Un fet semblant passa amb l'evolució per edat. Durant el primer període (1979-1981) el grup d'edat més valorat és el de 17 a 44 anys amb percentatges que oscil·len entre el 36% i el 63.5% seguit pel de 45 a 64 anys (22,2 a 39,7%) seguint un curs paral·lel i amb una freqüència més baixa apareix el grup d'edat de 5 a 16 anys amb un percentatge mitjà de l'11,8%.

Els grups d'edat 0-4, 65-74 i 75 o més obtenen percentatges per sota de l'1% (taula 2.13 i gràfics 2.13a i 2.13b).

Gràfic 2.13a. Nombre de valoracions, segons edat. Període 1970-1981.

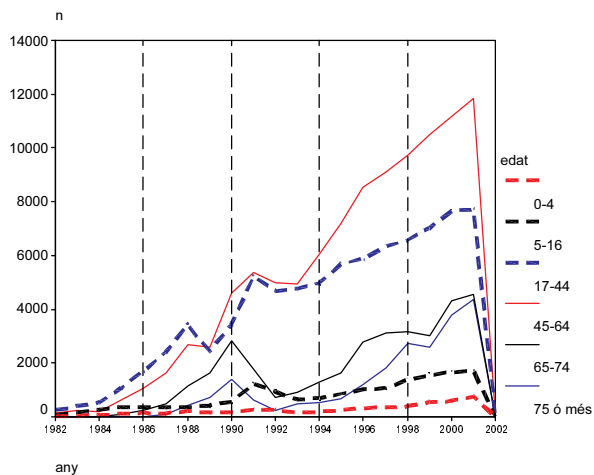


Gràfic 2.13b. Percentatge de valoracions, segons edat. Període 1970–1981.

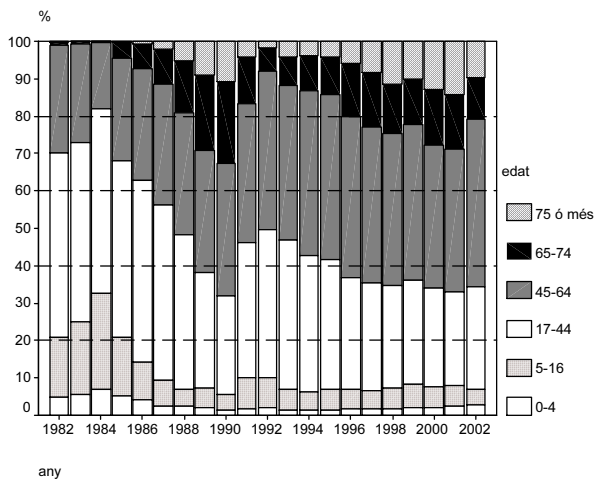
En el segon període (1982–2002) (taula 2.14 i gràfics 2.14a i 2.14b) observem que la població de 45 a 64 anys progressivament va augmentant fins a assolir un percentatge del 44,1% l'any 1994. És important comparar els gràfics de nombre i percentatge, conjuntament amb la taula, doncs com es pot veure, el gràfic de nombre ens dóna un ascens important, que en realitat no és tant al fer la comparació amb el percentatge.

La població de 17 a 44 anys predomina fins l'any 1988 amb percentatges que van del 49,4% al 41,5%, després ja queda com a segon grup d'edat fins al 2002. Remarquem l'augment molt important de la població de 65 a 74 anys i els de més de 75 anys, que a partir de l'any 1987 augmenten fins a presentar l'any 1990 percentatges del 21,7% i 10,9% respectivament. El grup de població de més de 75 anys presenta un pic màxim al 2001 amb un 14,1%. Ambdues poblacions es mostren com un grup d'edat amb reconeixement de disminució en demanda creixent.

Gràfic 2.14a. Nombre de valoracions, segons edat. Període 1981–2002.



Gràfic 2.14b. Percentatge de valoracions, segons edat. Període 1981–2002.



Adjuntem la taula comparativa dels grups d'edat en ambdós períodes:

	Període 1970-1981	%	Període 1982-2002	%
Grups	17 a 44	53,2	45 a 64	39,5
	45 a 64	33,7	17 a 44	31,4
	5 a 16	11,8	65 a 74	12,9
d'edat	65 a 74	0,7	75 o més	8,3
	0 a 4	0,6	5 a 16	6
	75 o més	0	0 a 4	2

4.3. Evolució del grau de disminució per anys

Com ja s'ha dit, si en la població total hem descrit l'evolució de les valoracions en funció del reconeixement de disminució, en aquest apartat hem desglossat els diferents graus de disminució superiors al 33 i n'hem estudiat l'evolució al llarg dels anys.

Globalment al llarg de tots aquests anys la distribució del percentatge ha estat

53,7% per al grup de 33 a 64

27,1% per al grup de 65 a 74

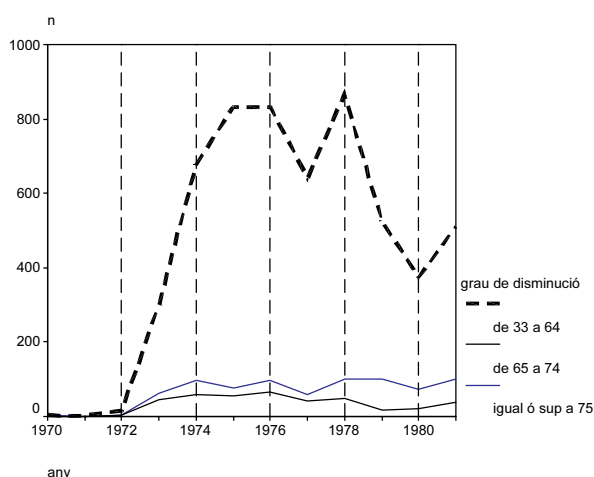
19,2% per al grup igual o superior a 75

Així doncs durant el primer període (1970-1981) en l'evolució dels diferents intervals del grau de disminució han predominat clarament les valoracions entre 33 i 64 amb percentatges superiors al

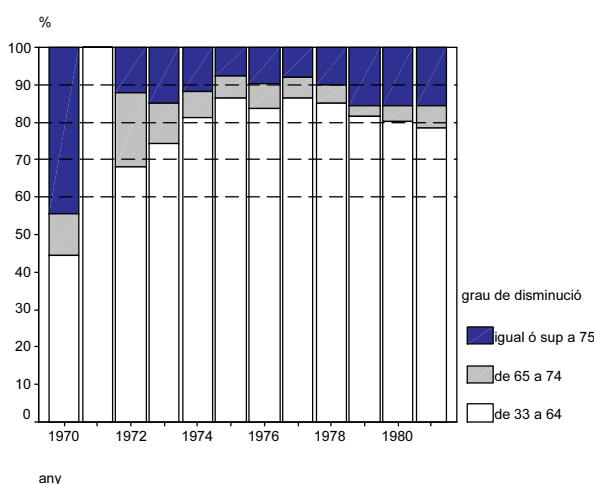
80% en relació als altres graus de disminució (taula 2.15 i gràfic 2.15a i 2.15b). Aquest fet pot explicar-se per què en molts casos, i sobretot en infants i adolescents, es tendia a valorar amb el grau mínim (33%) per a obtenir les prestacions que per edat li corresponien.

El grau de disminució greu (65 a 74) presenta, la major part del període, uns percentatges per sota del 6–7%. Aquesta dada crida molt l'atenció, doncs el grau igual o superior a 75 presenta percentatges superiors, entre 7,8% i el 15,7%. No hem trobat explicació per aquest fet.

Gràfic 2.15a. Nombre de valoracions, segons grau de disminució. Període 1970–1981.



Gràfic 2.15b. Percentatge de valoracions, segons grau de disminució. Període 1970–1981.

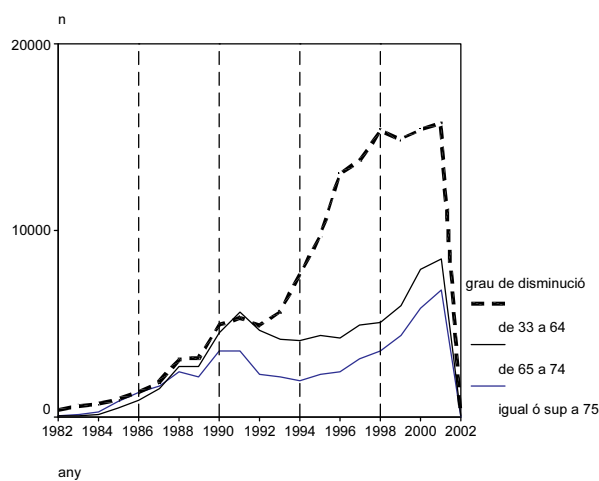


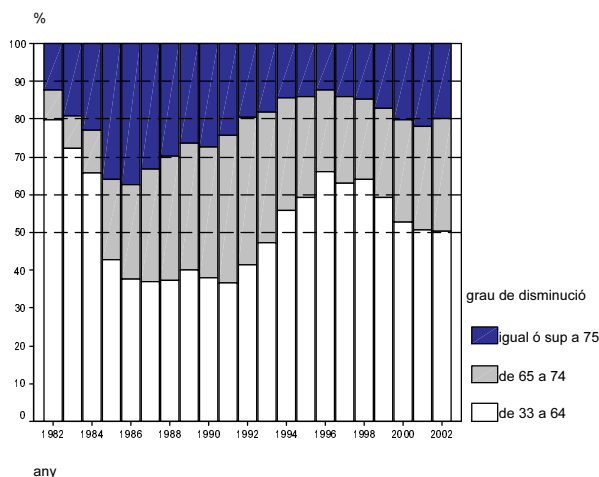
Durant el segon període (1982–2002) trobem que els graus de disminució moderada (33 a 64) presenten una davallada important fins l'any 1987, baixa de 79,8% a 36,9% (taula 2.15 i gràfics 2.15c i 2.15d). En els següents anys augmenta fins al 66% durant el 1996 i es manté al 50% al llarg de l'any 2001.

El grau de disminució greu (65 a 74), presenta un comportament invers. Augmenta ja des de l'any 1979 fins al 1992, passant d'un 2,8% a un 39,1%. Després es manté en el 27,3% durant l'any 2001.

El grau de disminució superior a 75 presenta un augment fins al 37% l'any 1986, després s'estabilitza entre el 12% i el 20%.

Gràfic 2.15c. Nombre de valoracions, segons grau de disminució. Període 1982–2002.



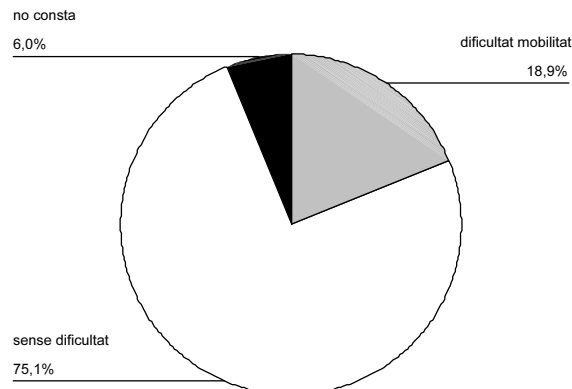
Gràfic 2.15d. Percentatge de valoracions, segons grau de disminució. Període 1982–2002.

5. Barem de mobilitat

La distribució del barem de mobilitat ens diu que de les persones que han obtingut el certificat de disminució, un 75,1% no presenten problemes de mobilitat, un 18,9% presenten dificultats de mobilitat i en un 6% no hi consta el barem (taula 2.16 i gràfic 2.16). Això representa una prevalença per a la població catalana de 0,85% per a les persones que presenten dificultats de mobilitat i d'ús per al transport col·lectiu.

A l'estudi de les Illes Balears s'observa que un 7,1% de les persones valorades presenta dificultats en la mobilitat amb una prevalença per les Illes del 0,23%. A la Base de Dades Estatal no es faciliten aquests dades. No hem trobat altres treballs que facin referència a aquests resultats.

Gràfic 2.16. Distribució del barem de mobilitat.

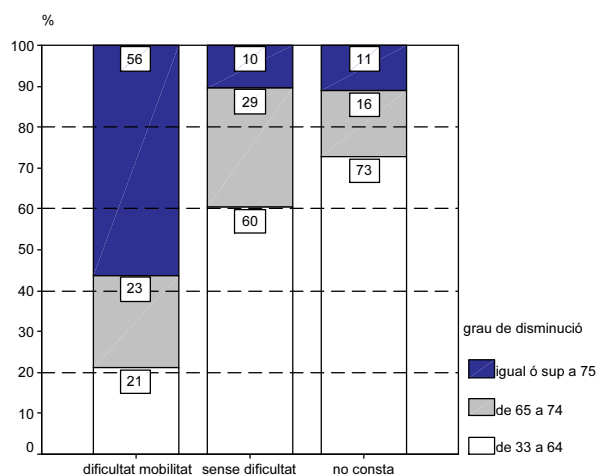


5.1. Grau de disminució

Si ho comparem amb el grau de disminució (taula 2.17 i gràfic 2.17), trobem que les persones que tenen dificultats de mobilitat, presenten majoritàriament disminucions més greus. Les persones que no presenten dificultats de mobilitat i en les que no hi consta cap registre presenten disminucions més moderades.

Gràfic 2.17. Distribució del barem de mobilitat, segons grau de disminució.

Percentatge.



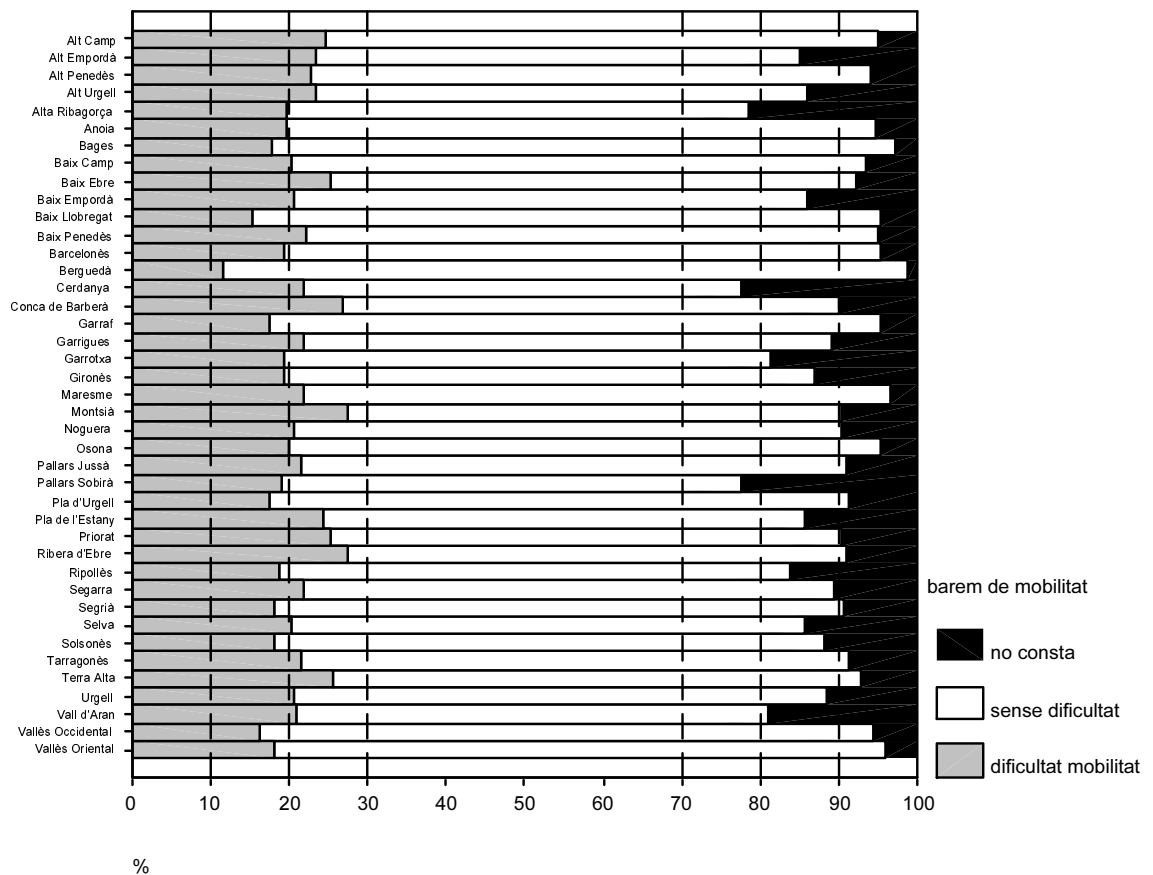
5.2. Valoracions per comarques i regions comarcals

Presentem a la taula 2.18 la distribució del barem de mobilitat per comarques. Observem que les comarques que presenten més persones amb dificultat de mobilitat són: Barcelonès (41,0%), Vallès Occidental (8,9%), Baix Llobregat (8,6%), Maresme (4,2%), Segrià (3,8%), Tarragonès (3,3%). En principi aquests percentatges van lligats al nombre de valoracions. Quan parlem de les regions comarcals utilitzarem les prevalences.

Presentem també a la mateixa taula i al gràfic 2.18a, quin ha estat el comportament del barem de mobilitat en cada comarca, així podem comparar com s'ha distribuït en cada una d'elles.

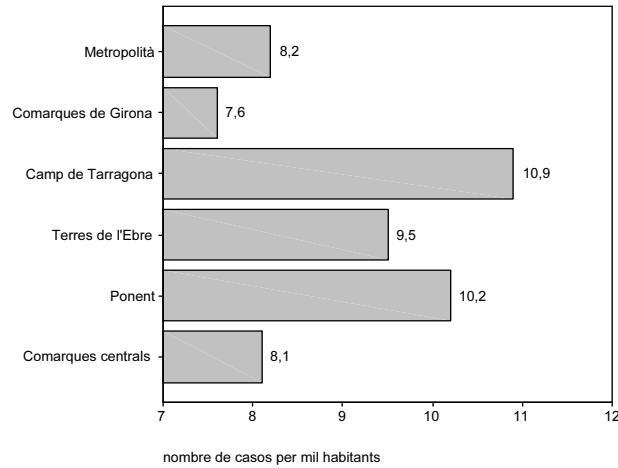
Els que tenen un percentatge més alt de dificultat de mobilitat són: Ribera d'Ebre (27,5%), Montsià (27,4%), Conca de Barberà (26,7%), Terra Alta (25,4%), Priorat (25,2%), Baix Ebre (25,2%), Alt Camp (24,7%).

Gràfic 2.18a. Distribució del barem de mobilitat en cada comarca. Percentatge.



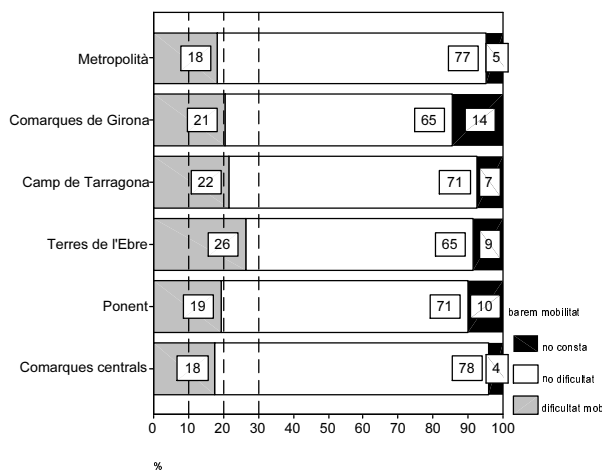
Si ho observem des del punt de vista de les regions comarcals (gràfic 2.18b), al disposar de les dades de població, podem calcular la prevalença. Veiem, doncs, que aquesta és una dada més fiable a l'hora de comparar la taxa entre regions comarcals. Així doncs, tenim al gràfic que el Camp de Tarragona és l'àrea més afectada amb una prevalença de 10,9 casos per mil habitants. Seguit de les comarques de Ponent amb un 10,2 casos per mil habitants.

Gràfic 2.18b. Prevalença de la dificultat de mobilitat per regions comarcals.



A la taula 2.19 i al gràfic 2.19. hem volgut presentar els valors del barem de mobilitat en cada regió comarcal. Així tenim, que se segueix la mateixa tendència per comarques. Les Terres de l'Ebre són les que presenten un percentatge més alt de dificultat del barem de mobilitat (26%), seguit del Camp de Tarragona (22%).

Gràfic 2.19. Distribució del barem de mobilitat en cada regió comarcal. Percentatge.

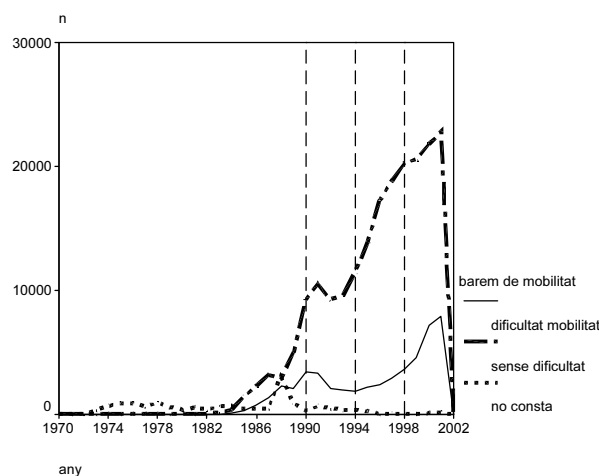


5.3. Evolució per anys

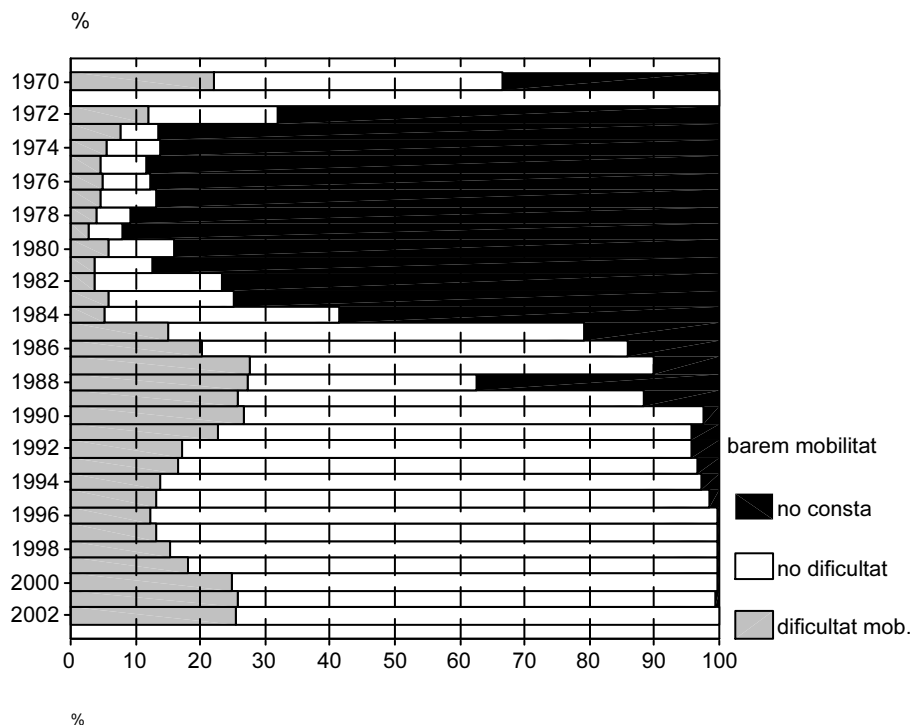
És evident que si volem concretar tots aquests conceptes, se'n fa molt útil fer l'anàlisi del barem de mobilitat per anys. Així, a la taula 2.20 i als gràfics 2.20a i 2.20b de freqüència i percentatge, respectivament, veiem que des de l'any 1972 al 1984 s'obté un alt percentatge de valoracions on no hi consta el grau de dificultat de mobilitat. Aquest fet pot explicar-se per què la valoració del barem de mobilitat no es desenvolupa fins l'abril de 1982, data de publicació de la LLISMI^a. A partir d'aquí, els casos no registrats, baixen d'una manera important. Només l'any 1988 augmenten, sense haver-hi trobat una explicació. Els últims anys s'arriba a percentatges inferiors a l'1%.

El reconeixement de la dificultat de mobilitat ha tingut un comportament oscil·lant en cada any. El que sí és evident, és que ha patit un augment progressiu no només degut a l'augment del nombre de valoracions, si no que també ha augmentat el percentatge de casos. Cal destacar l'augment en el període 1985/1992, seguit d'una davallada fins el 1996 en que torna a pujar.

Gràfic 2.20a. Distribució del barem de mobilitat per anys. Freqüència.



^a Llei 13/1982 de 7 d'abril d'Integració Social dels Minusvàlids. (LLISMI). BOE nº 103, de 30 d'abril de 1982.

Gràfic 2.20b. Distribució del barem de mobilitat en cada any. Percentatge.

6. Barem de tercera persona

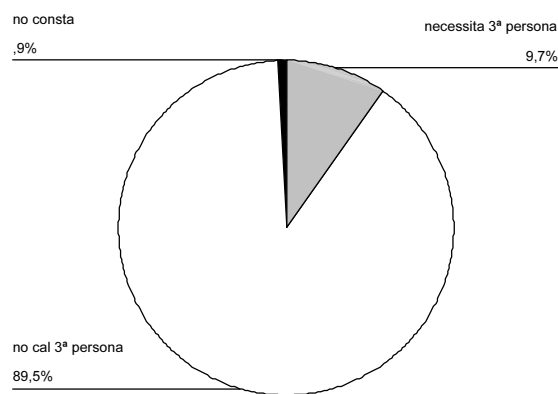
La distribució del barem de tercera persona ens diu que de les persones que han obtingut el certificat de disminució, un 89,5% no els cal ajut per a l'autonomia personal, altrament un 9,7% precisen d'ajut per a l'autonomia personal i en un 0,9% no hi consta el barem (taula 2.21 i gràfic 2.21).

Això representa una prevalença en la població catalana de 4,3 casos per mil habitants per a les persones que presenten dificultats en l'autonomia personal.

A l'estudi de les Illes Balears s'observa que un 10,6% de les persones valorades presenta necessitat d'una tercera persona. A la

Base de Dades Estatal no es faciliten aquests resultats. Aquí tampoc hem trobat treballs relatius a aquest aspecte.

Gràfic 2.21. Distribució del barem de tercera persona.

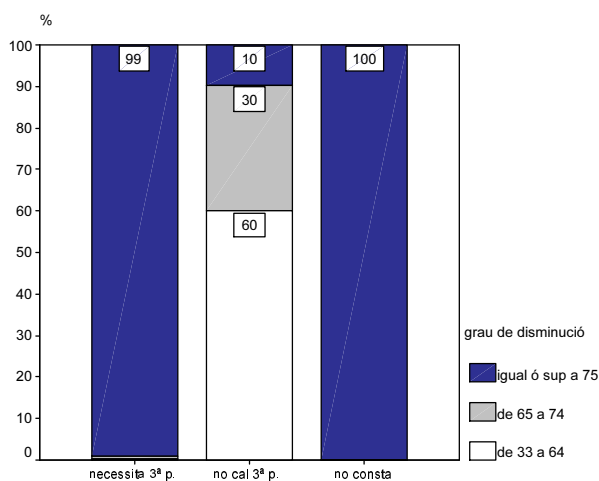


6.1. Grau de disminució

Tot i que segons les diferents normatives aplicades al llarg de tots aquests anys, refereixen que el barem de tercera persona només serà d'aplicació en valoracions iguals o superiors a 75, hem volgut saber quina era la seva distribució.

Seguint la mateixa metodologia que amb el barem de mobilitat, si ho comparem amb el grau de disminució (taula 2.22 i gràfic 2.22), veiem que apareixen un 0,09% (n=243) de casos en que el barem està aplicat per sota dels 75 i d'aquests, un 0,02% (n=61) per sota de 65. També observem que, dels que no en consta cap dada, tots (0,88%, n=2352), pertanyen al grup d'igual o superior a 75.

Gràfic 2.22. Distribució del barem de tercera persona, segons grau de disminució. Percentatge.



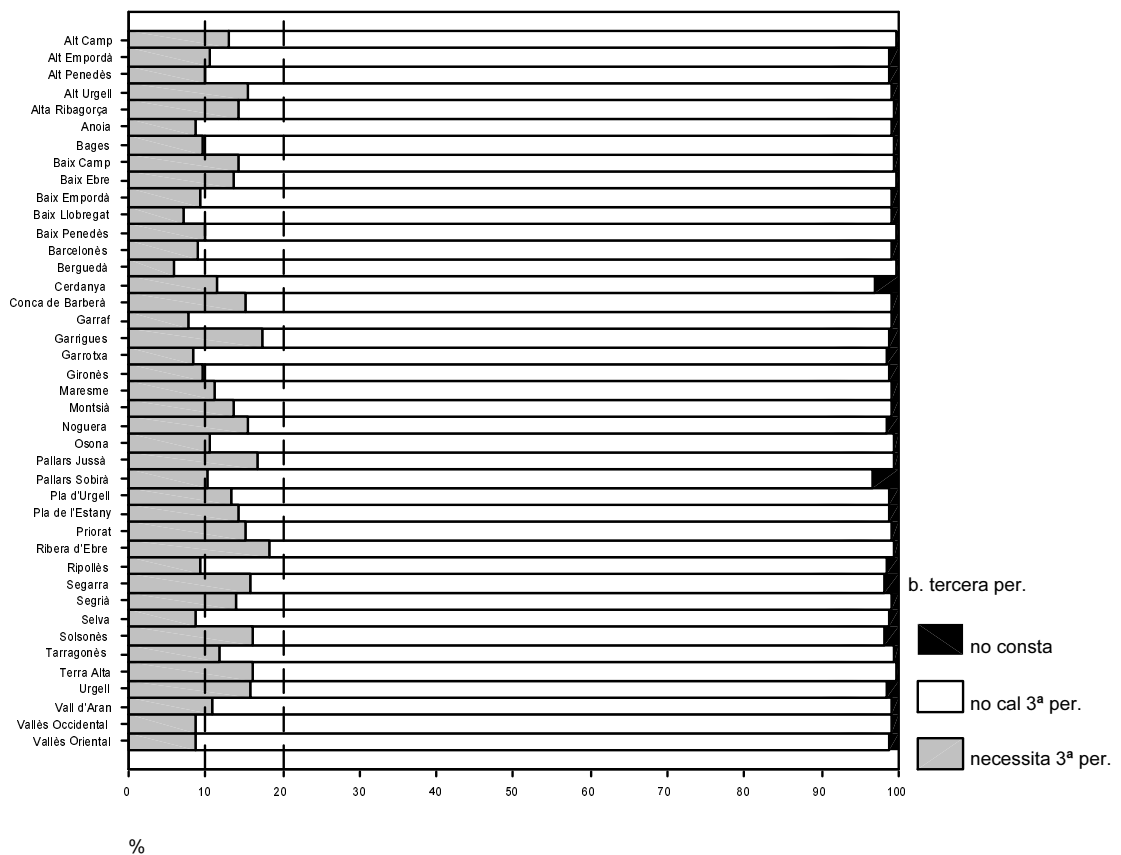
6.2. Valoracions per comarques i regions comarcals

Presentem a la taula 2.23 la distribució del barem de tercera persona per comarques. Observem que les comarques que presenten més població valorada amb dificultat per a l'autonomia personal són: Barcelonès (37,7%), Vallès Occidental (9,3%), Baix Llobregat (7,9%), Segrià (5,6%), Maresme (4,3%), Tarragonès (3,6%), Baix Camp (3,5%). Aquests valors són semblants als que hem observat en el cas del barem de mobilitat. Tal com ja hem comentat abans aquests percentatges van lligats al nombre de valoracions, per tant i per saber l'abast real del nivell d'afectació, quan parlem de les regions comarcals utilitzarem les prevalences.

Anem a descriure també la taula 2.23 i el gràfic 2.23a com es distribueix el perfil de barem de tercera persona en cada comarca. S'observa que les comarques que presenten una distribució on el percentatge de dependència per a l'autonomia personal és més alt són:

Ribera d'Ebre (18,2%), Garrigues (17,3%), Pallars Jussà (16,8%), Solsonès (16,1%), Terra Alta (16,0%), Urgell (15,9%), Segarra (15,8%), Alt Urgell (15,5%).

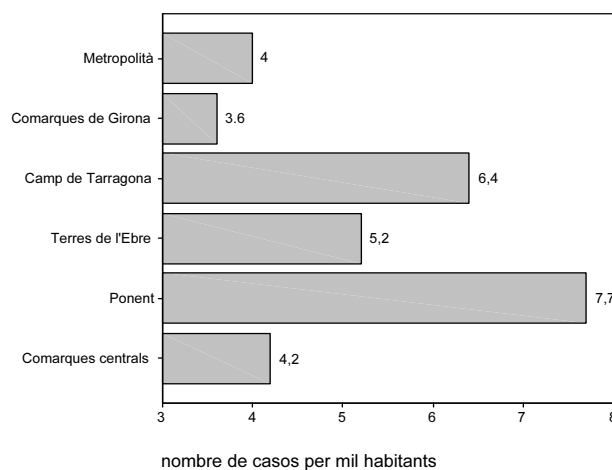
Gràfic 2.23a. Distribució del barem de tercera persona en cada comarca.
Percentatge.



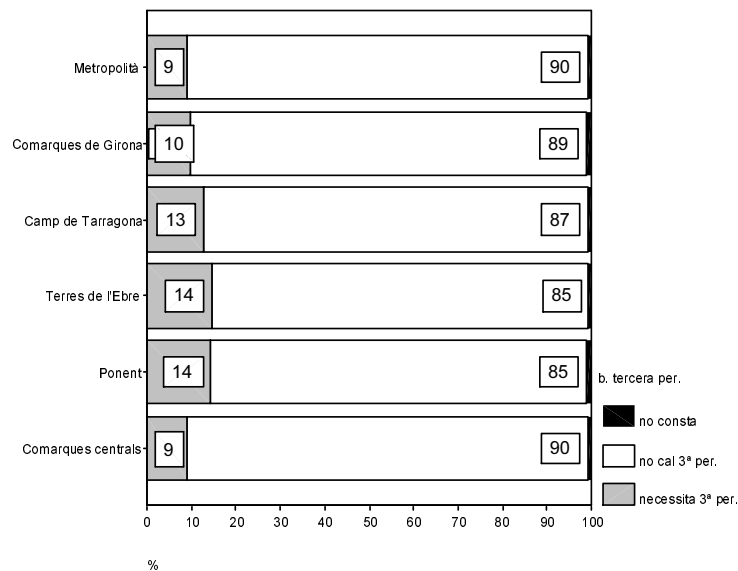
Si mirem el gràfic 2.23b de regions comarcals, al fer el càlcul de la prevalença, veurem que les comarques de Ponent són les que presenten una prevalença més alta amb 7,7 casos per mil habitants. En segon lloc les comarques del Camp de Tarragona amb 6,4 casos per mil habitants. Les comarques de Girona són les que presenten una

prevalença mes baixa amb 3,6 casos per mil habitants i les comarques de l'àrea Metropolitana amb 4 casos per mil habitants.

Gràfic 2.23b. Prevalença de la necessitat de tercera persona per regions comarcals.



A la taula 2.24 i al gràfic 2.24 hem representat la distribució del barem de tercera persona en cada regió comarcal. A l'igual que en el barem de mobilitat no es representen les regions que tenen més percentatge en l'autonomia personal, si no que se'ns mostra la distribució del barem dins de cada regió. Així tenim que se segueix la mateixa tendència per comarques. Les Terres de l'Ebre i les comarques de Ponent són les que presenten un percentatge més alt en la dificultat en l'autonomia personal (14%). Les que menys, comarques Centrals i àrea Metropolitana (9%).

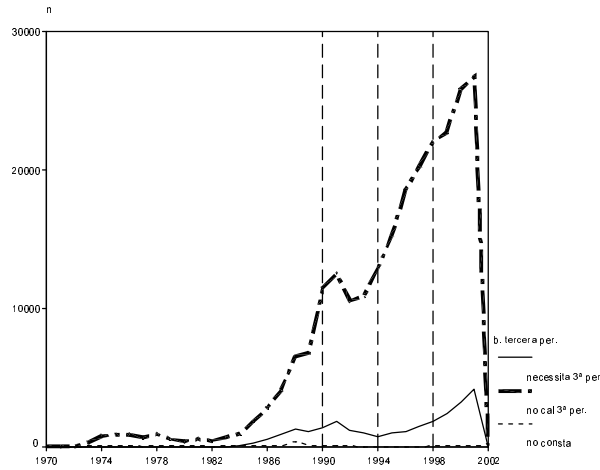
Gràfic 2.24. Distribució del barem de tercera persona en cada regió comarcal.**Percentatge.**

6.3. Evolució per anys

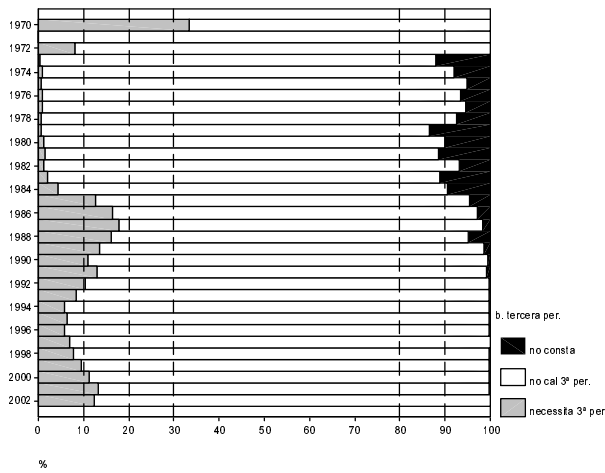
L'estudi del barem de tercera persona al llarg dels anys ens permetrà definir quina ha estat llur evolució. Així, mitjançant la taula 2.25 i els gràfics 2.25a i 2.25b de freqüència i percentatge, podem veure que, progressivament, any rera any, i paral·lelament a l'augment del nombre de valoracions, ha anat augmentat el nombre de població amb dificultat per a l'autonomia personal. De la mateixa manera el percentatge de distribució del barem en cada any també ha patit algunes oscil·lacions. Així durant els primers deu anys els percentatges de valoració que superen aquest barem, es troben la majoria per sota de l'1%. Des de l'any 1985 a l'any 1992 s'assoleixen percentatges superiors al 10%. Posteriorment i amb petites variacions es va estabilitzant. Durant els primers quinze anys, trobem percentatges importants amb casos on no s'ha registrat el barem, probablement per una manca de legislació que completés aquest registre. Tot i que el

nombre de casos on no hi consta no és tant alt com amb el barem de mobilitat.

Gràfic 2.25a. Distribució del barem de tercera persona per anys.



Gràfic 2.25b. Distribució del barem de tercera persona per anys.



Estudi descriptiu de les deficiències de les persones amb certificat de disminució a Catalunya^a

Descriurem a partir d'ara les diferents deficiències, diagnòstics i etiologies. Com ja hem dit anteriorment, degut a la baixa incidència i a l'homogeneïtat en algunes de les deficiències i diagnòstics, els hem agrupat i recodificat seguint un criteri d'afectació ja sigui anatòmic o orgànic.

L'anàlisi del tipus de deficiència ens permet fer una primera aproximació a la disminució avaluada. Al ser una classificació molt genèrica en algunes d'elles, haurem de completar els resultats amb l'anàlisi del diagnòstic i l'etiologia.

1. Freqüències

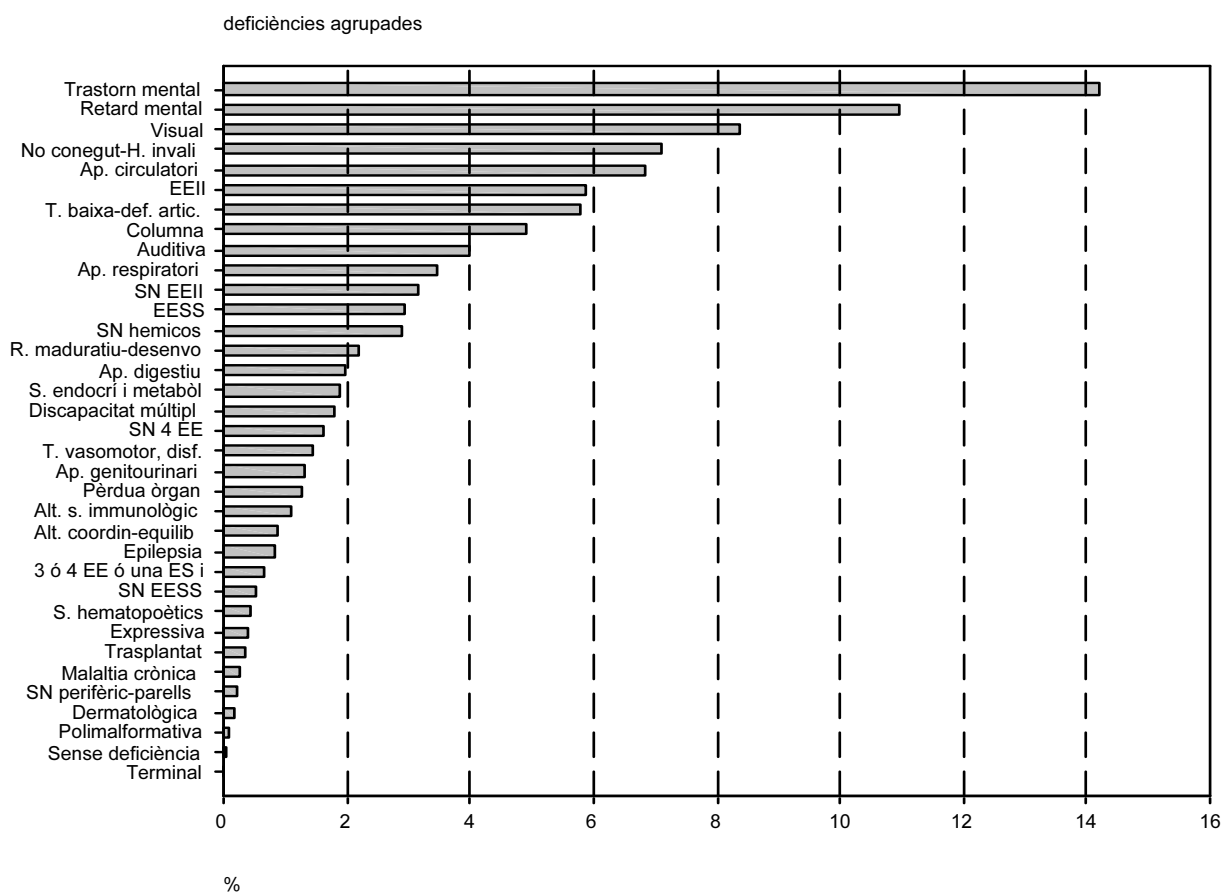
Ens centrarem en la incidència de les diferents deficiències tenint en compte el gènere, l'edat, el grau de disminució, la distribució geogràfica i l'evolució al llarg d'aquests trenta-dos anys.

En la valoració de la freqüència de les deficiències destaquem en primer lloc el *trastorn mental* amb un 14,2% (n=38187), seguit del grup codificat com a *retard mental* amb un 10,9% (n=29387), la *deficiència visual* amb un 8,4% (n=22493), les deficiències codificades com *No conegut-homologació d'invalidesa permanent* que correspon a un 7,1% (n=19115), les deficiències de *l'aparell circulatori* amb un 6,8%

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 3.

(n=18312) i les deficiències de les extremitats inferiors (*eeii*) amb un 5,9% (n=15734). Dins de les diferents patologies que afecten als altres aparells i sistemes els percentatges van minvant (taula 3.1 i gràfic 3.1).

Gràfic 3.1. Distribució de les deficiències.



És important ressaltar el nombre de valoracions que corresponen al *No conegut-homologació d'invalidesa*, doncs fins que no va entrar en vigor el Reial Decret 1971/1999 no va deixar de ser una valoració tècnica per ella mateixa.

Aquests resultats difereixen dels trobats en l'estudi de les Illes Balears, on predominen les deficiències osteoarticulars (27%) seguides de les malalties cròniques, la malaltia mental amb un 11,3% i la

deficiència mental i la deficiència del sistema nerviós i muscular amb un 10,1% cada una.

Pel que fa al registre de les persones amb disminució a nivell estatal els percentatges de trastorn mental són inferiors (10,1%) als trobats en el nostre treball i superiors pel que fa al retard mental (11,5%). Hi ha un gran grup de deficiència osteoarticular amb un 25,9%. No es fa referència en cap cas als *No conegut-Homologació d'invalidesa*.

Adjuntem una taula comparativa, pel que fa als diferents treballs consultats, amb el retard mental i el trastorn mental:

	Catalunya 1970-2003	Estudi IBAS 1970-1999	Dades Estatals 1970-1999	INE 1999
Trastorn mental	14,2*	11,3	10,1	
Retard mental	10,9	10,1	11,5	16,8

% de disminuïts

En l'estudi de l'INE, recordem que no s'aplica la normativa vigent, descriu en el primer grup a les deficiències osteoarticulares amb un 32,8%. Les deficiències mentals amb un 16,8%. Les deficiències d'audició en un 16,2% i les de la visió amb un 15,3%.

Si agrupéssim els resultats que fan referència a la deficiència osteoarticular obtindríem un percentatge del 20,2%, molt inferior als ja esmentats.

Hem de recordar que molts dels afectats poden tenir altres deficiències associades (fins a cinc en la nostra comunitat autònoma) que podrien permetre una descripció més acurada. La complexitat d'aquest estudi supera la intenció d'aquest treball.

2. Deficiències segons gènere

En la descripció de les freqüències de les deficiències agrupades per gènere (taula 3.2 i gràfic 3.2) ens trobem que en el gènere femení predominen les deficiències del *sistema osteoarticular-talla baixa* (77,8%), *pèrdua total o parcial d'un òrgan* (73,2%), (la majoria de vegades fa referència a mastectomies o histerectomies), deficiències *d'extremitats i columna* (66,9% i 61% respectivament), deficiències del *sistema endocrí i metabòlic* (66,1%), deficiències derivades de *malaltia crònica* (64,8%), *deficiències visuals* (55,9%) i *trastorn mental* (54%), entre altres.

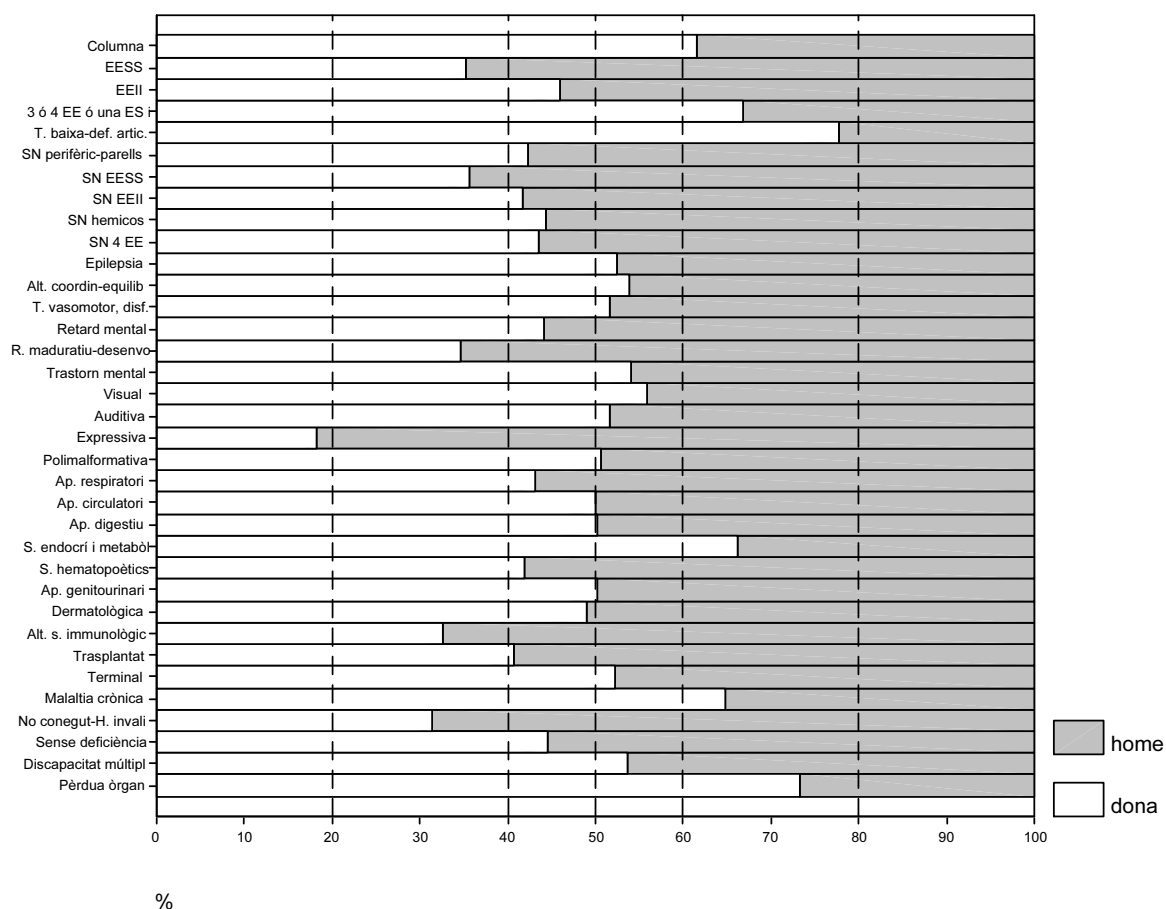
En el gènere masculí predominen les *deficiències expressives* (81,8%), *No conegut-homologació d'invalidesa* (68,5%), *alteracions del sistema immunològic* (67,4%), *retard maduratiu i/o del desenvolupament* (65,5%), *deficiències d'extremitats superiors (aparell locomotor)* (64,7%), *deficiències d'extremitats superiors (sistema nerviós)* (64,3%), *trasplantats* (59,4%), *alteracions del sistema hematopoètic* (58,2%), entre altres.

En l'estudi de les Balears no es desglossen les deficiències osteoarticulares, predominant globalment més en el gènere femení amb un 58,2%. Igualment passa amb les deficiències del sistema nerviós i muscular, predominant aquest en el gènere masculí (59,8%). El retard mental i la malaltia mental predominen més en els homes (59,2% i

51,4%). La deficiència expressiva predomina també més en els homes (83,8%).

No s'observen diferències amb la Base de Dades Estatal.

Gràfic 3.2. Distribució de les deficiències, segons gènere.



3. Deficiències segons edat

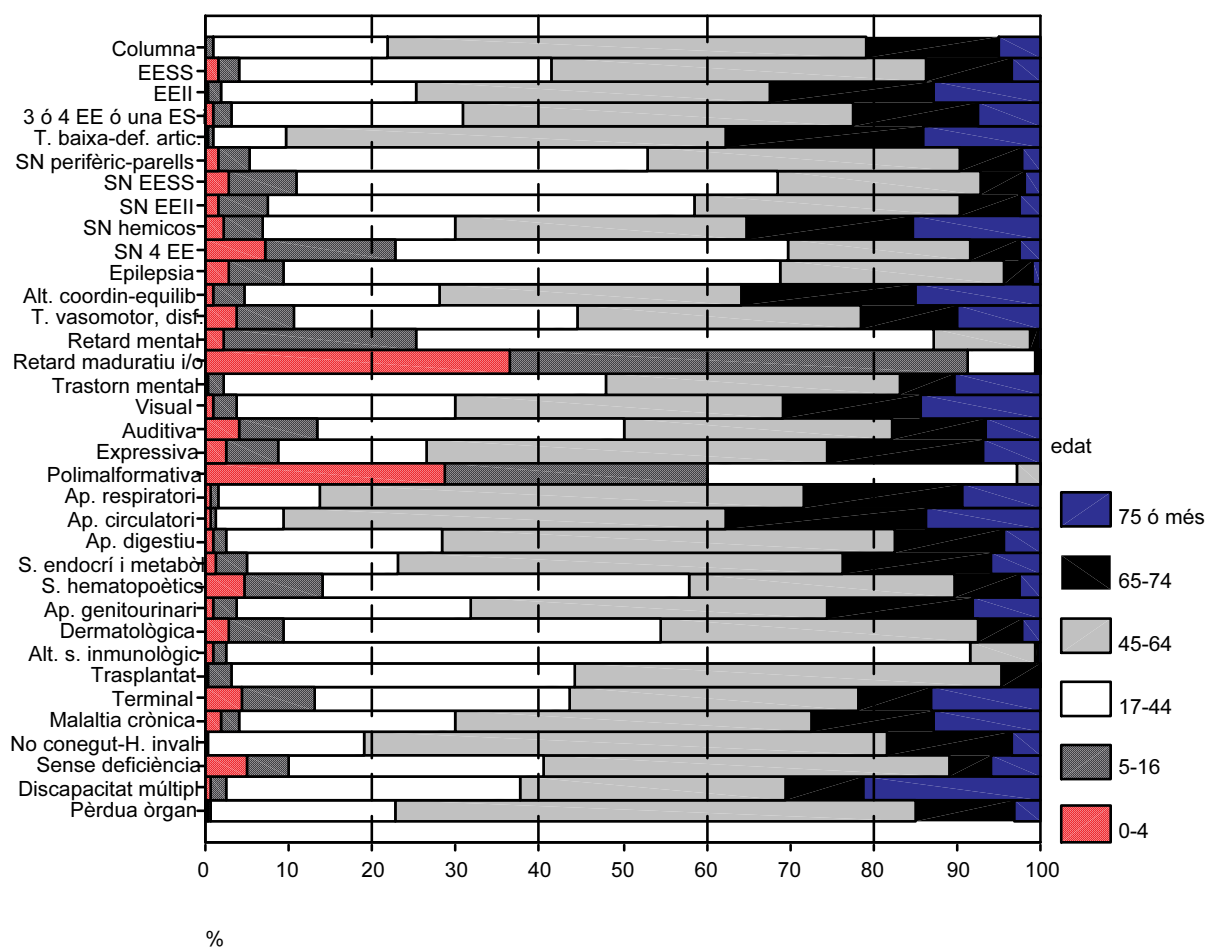
A la taula 3.3 i al gràfic 3.3 de deficiències per edats, s'observa que el grup d'edat de 45 a 64 anys presenta una afectació més important de *pèrdua total o parcial d'un òrgan, deficiències d'aparell respiratori, circulatori, digestiu, endocrí-metabòlic, genitourinari,*

columna, extremitats, sistema osteoarticular en general i deficiència visual.

El grup d'edat de 17 a 44 anys presenta una afectació més important d'alteració de sistema immunològic, retard mental, sistema nerviós (SN) perifèric-parells cranials, SN extremitats, epilèpsia, trastorn mental i deficiència auditiva, entre altres.

En el grup d'edat de 5 a 16 anys predomina el retard maduratiu i/o del desenvolupament.

Gràfic 3.3. Distribució de les deficiències, segons edat.



Observem doncs, que a mesura que augmenta l'edat, s'incrementen els processos degeneratius. Destaquem el grup d'alteració del sistema immunològic a l'edat de 17 a 44 anys. No hem pogut obtenir dades més concretes en els altres estudis per a poder comparar-ho.

Troblem que a les Illes Balears el grup d'edat més afectat per deficiències osteoarticulares és el de més grans de 65 anys amb un 40,3%, mentre que en la nostra sèrie aquest grup representa un 20,1%. En l'estudi de l'INE el grup inferior a 65 anys representa un 35%.

En la resta de deficiències no s'observen diferències.

Hem analitzat també si la distribució de les deficiències segons edat presentava diferències entre gèneres. Així hem pogut comprovar a les taules 3.4 i 3.5 i als gràfics 3.4 i 3.5, com a dades més rellevants, en edats de 45 a 64 anys^a:

- *Les alteracions de l'aparell locomotor que afecten a extremitats (49,8% ♀ per 42,1,% ♂).*
- *Les alteracions del SN perifèric i parells cranials (49,8% ♀ per 28% ♂).*
- *Els trastorns vasomotors i disfuncions neurovegetatives (38,2% ♀ per 29,8% ♂).*
- *El trastorn mental (42,9% ♀ per 26,7% ♂).*
- *La deficiència auditiva (35% ♀ per 28,8% ♂).*

^a Els valors expressen el percentatge en el seu grup d'edat.

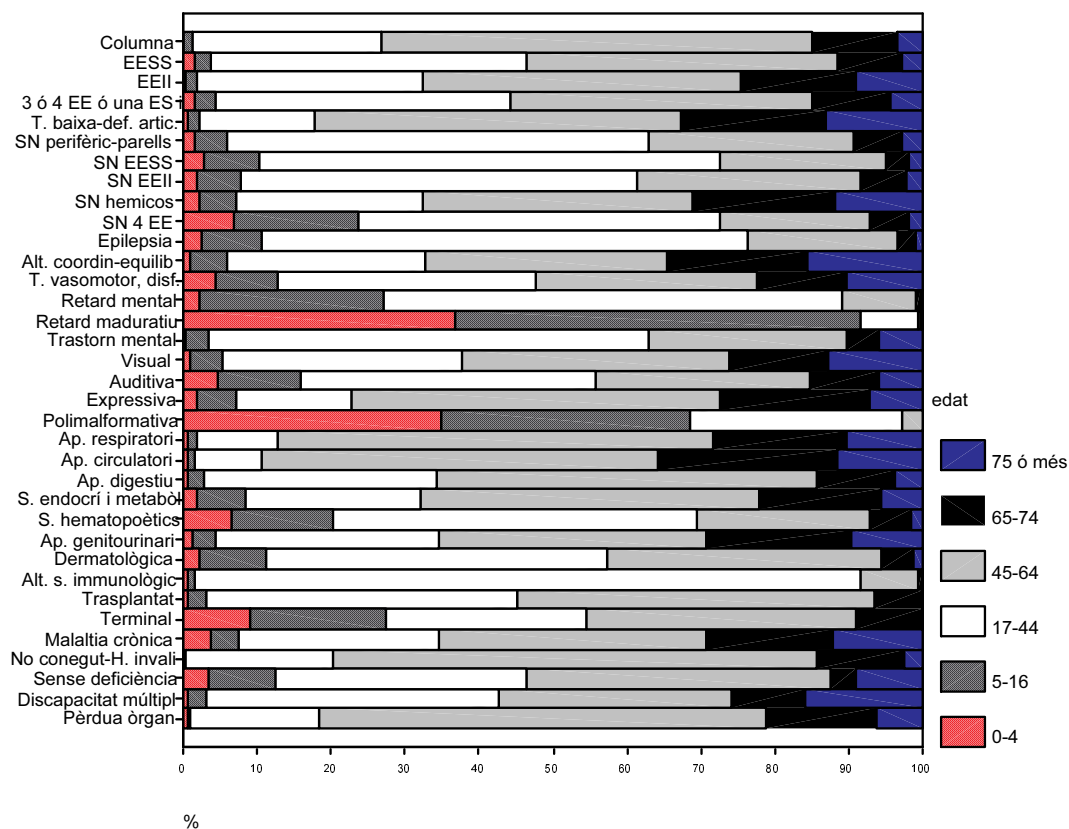
- La deficiència del sistema hematopoètic (43,5% ♀ per 23,3% ♂).

En canvi en el grup d'edat de 17 a 44 anys, totes les deficiències esmentades són més freqüents en el gènere masculí.

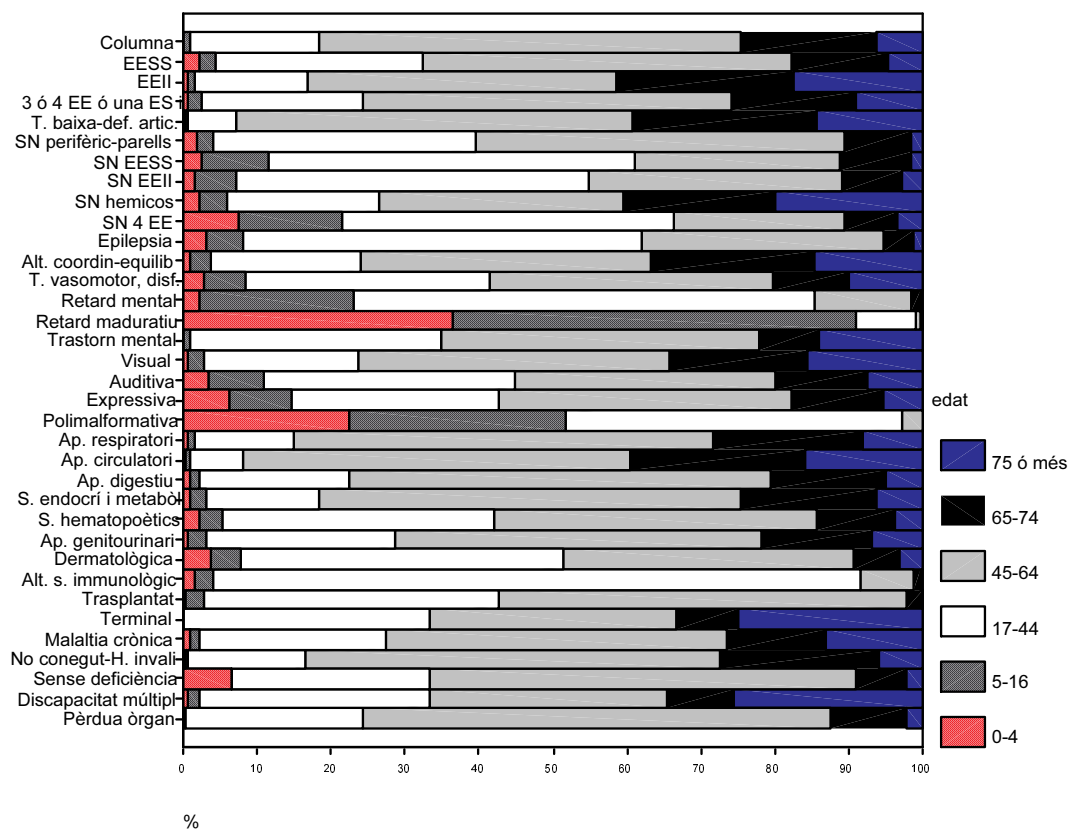
Sobresurt també, la *síndrome* polimalformativa que en la dona s'ha valorat més en edats de 17 a 44 anys (45,6%♀ per 28,7% ♂) i a l'home en edats de 0 a 4 anys (22,4%♀ per 35% ♂).

Aquests aspectes difereixen de la base estatal, doncs els grups *retard mental* i *auditiu* s'han observat més en edats més avançades.

Gràfic 3.4. Distribució de les deficiències, segons edat en els homes.



Gràfic 3.5. Distribució de les deficiències, segons edat en les dones.



4. Deficiències per grau de disminució

La distribució de les deficiències per grau de disminució a nivell del *sistema osteoarticular* presenta una afectació baixa, entre el 33% i el 64% de disminució. A nivell del *sistema nerviós* la freqüència de casos augmenta en els nivells d'afectació més alts. Així, normalment acostuma a tenir més valoració una afectació d'un hemicòs i de les quatre extremitats que una afectació d'un parell cranial. En el *retard mental* trobem una afectació moderada i greu per igual. En el *trastorn mental* predomina l'afectació greu. La deficiència visual demostra que les afectacions acostumen a ser molt greus.

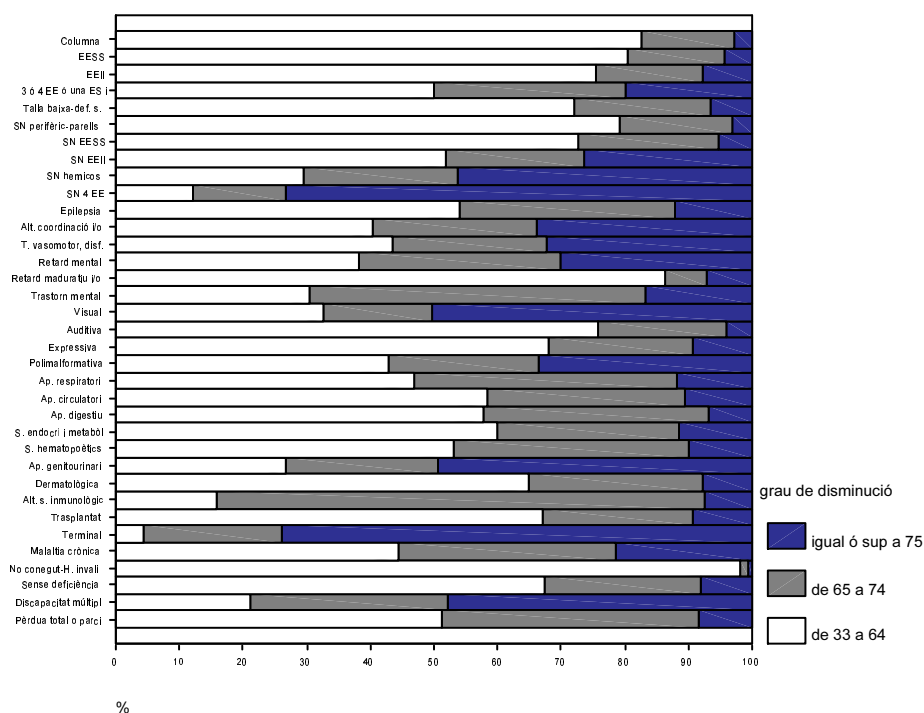
La *deficiència expressiva i l'auditiva*, segons la normativa, per elles mateixes, no poden superar el 35% o el 40% de discapacitat^a, per tant, valors que estan en el grup d'afectació moderada poden considerar-se ja com a molt greus. Els valors més alts corresponen a deficiències associades, molts cops responsables de la deficiència sensorial o expressiva.

Destaquen el percentatge d'alteracions del *sistema immunològic* que com veurem més endavant fa referència a molts pacients afectats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH). Aquests pacients presenten una deficiència greu (taula 3.6).

Les valoracions representades con *No conegut-Homologació d'invalidesa*, per normativa estan la majoria representades amb un 33%.

No s'observen diferències amb els altres estudis.

Gràfic 3.6. Distribució de les deficiències, segons grau de disminució.

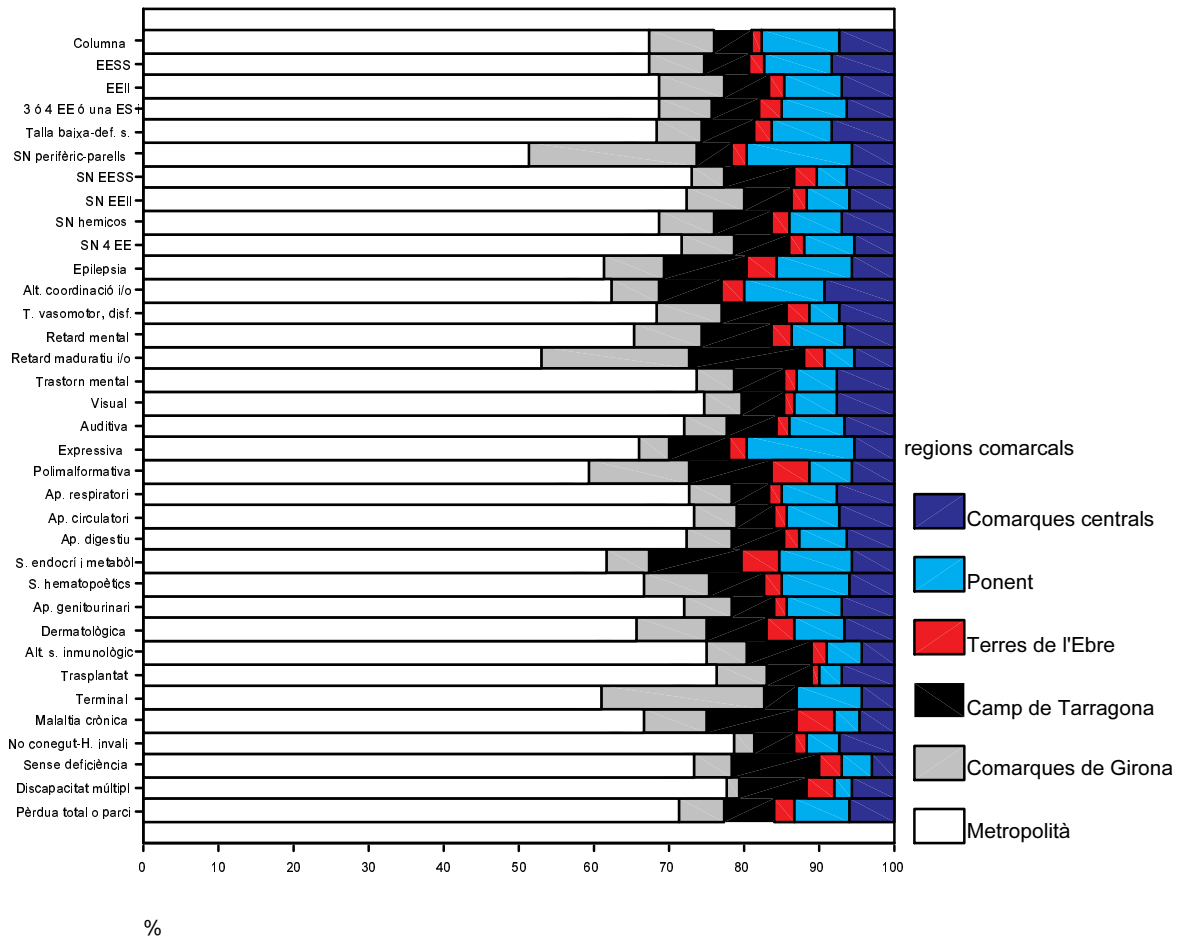


^a35% en l'Ordre Ministerial de 8 de març de 1984 i 40% en el Reial Decret 1971/1999.

5. Deficiències per regions comarcals

La distribució per regions comarcals de les diferents deficiències estudiades ens mostra que, en nombre absolut la regió Metropolitana presenta el nombre més elevat de casos en totes les deficiències (taula 3.7 i gràfic 3.7).

Gràfic 3.7. Distribució de les deficiències per regions comarcals.



El que realment ens interessa és saber la prevalença de les deficiències en cada regió comarcal (taula 3.8), i així trobem que el nombre més important de deficiències per deu mil habitants és (gràfics des de 3.8a fins 3.8i):

Per la regió Metropolitana (casos/10000 habitants) (gràfic 3.8a):

<i>Trastorn mental</i>	66,37
<i>Retard mental</i>	45,31
<i>Deficiència visual</i>	39,73
<i>No conegut–homologació d'invalidesa</i>	35,50
<i>Ap. Circulatori</i>	31,72

Per les comarques de Girona (casos/10000 habitants) (gràfic 3.8b):

<i>Retard mental</i>	56,97
<i>Trastorn mental</i>	40,44

Pel Camp de Tarragona (casos/10000 habitants) (gràfic 3.8c):

<i>Retard mental</i>	72,71
<i>Trastorn mental</i>	69,43
<i>Visual</i>	33,69

Per les Terres de l'Ebre (casos/10000 habitants) (gràfic 3.8d):

<i>Retard mental</i>	48,66
<i>Trastorn mental</i>	42,17

Per la regió de Ponent (casos/10000 habitants) (gràfic 3.8e):

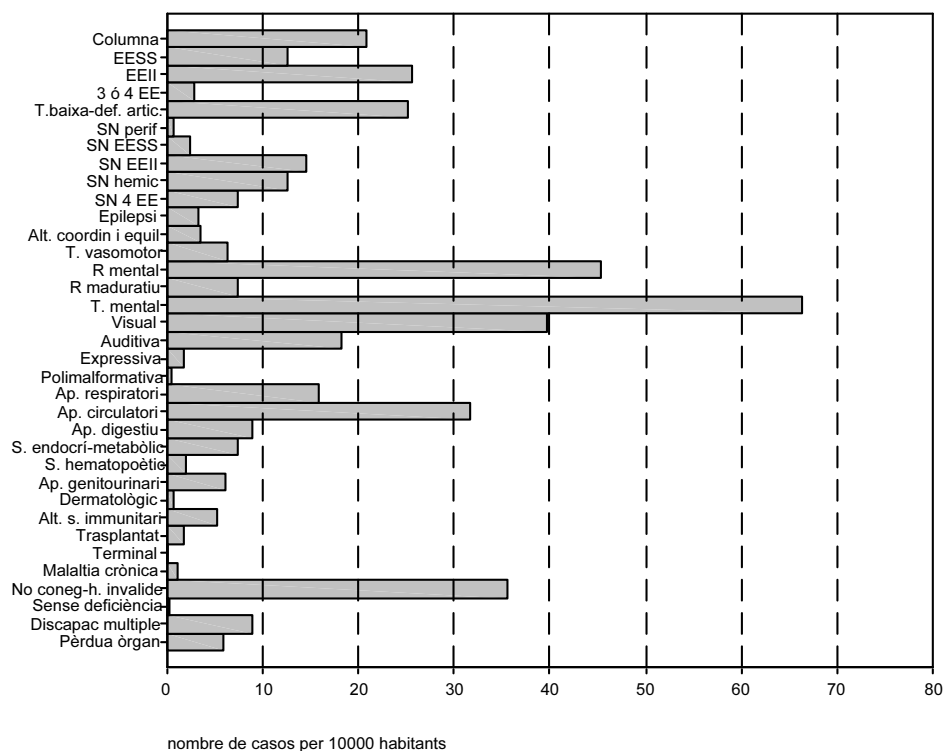
<i>Retard mental</i>	63,26
<i>Trastorn mental</i>	62,25

<i>Columna</i>	40,59
<i>Ap. Circulatori</i>	37,84
<i>Visual</i>	37,28
<i>Deficiència s. osteoarticular</i>	36
<i>Extremitats inferiors</i>	35,47

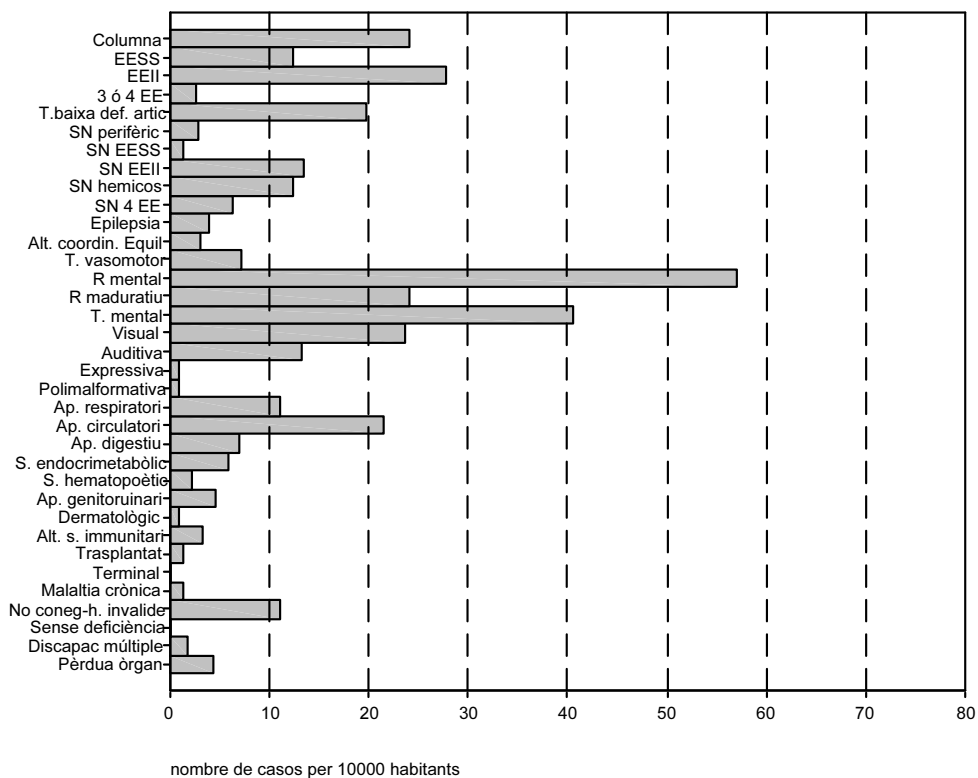
Per les comarques Centrals (casos/10000 habitants) (gràfic 3.8f):

<i>Trastorn mental</i>	70,06
<i>Retard mental</i>	47,07
<i>Visual</i>	41,84
<i>No conegut-Homologació d'invalidesa</i>	34,33
<i>Ap. circulatori</i>	32,60
<i>Deficiència s. osteoarticular</i>	32,33

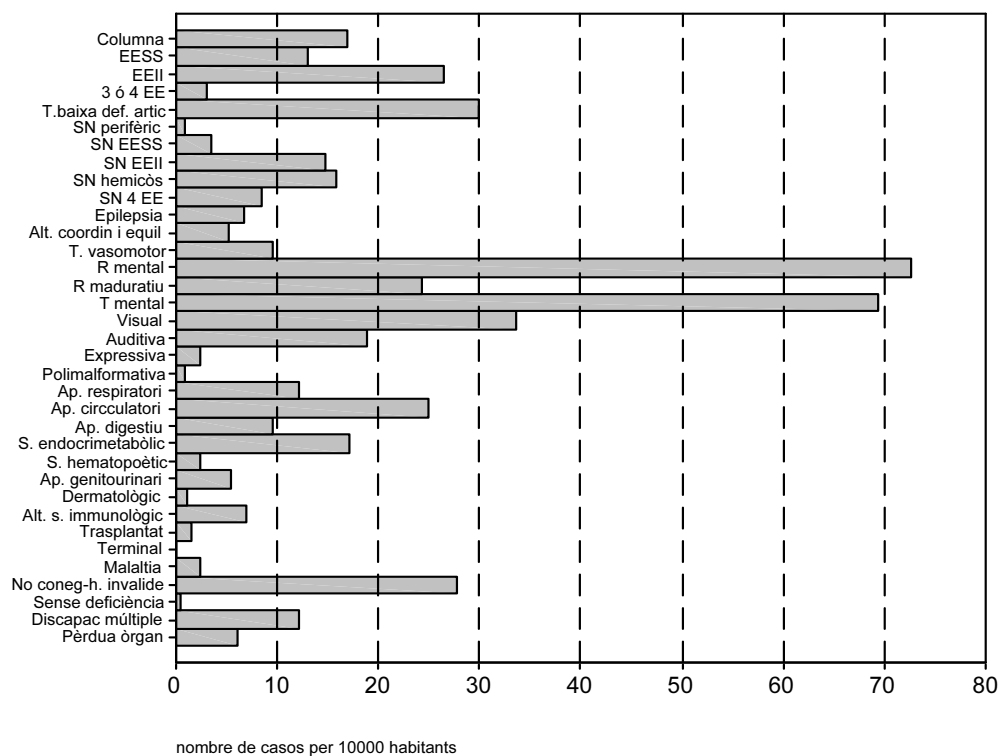
Gràfic 3.8a. Prevalença de les deficiències a la regió Metropolitana



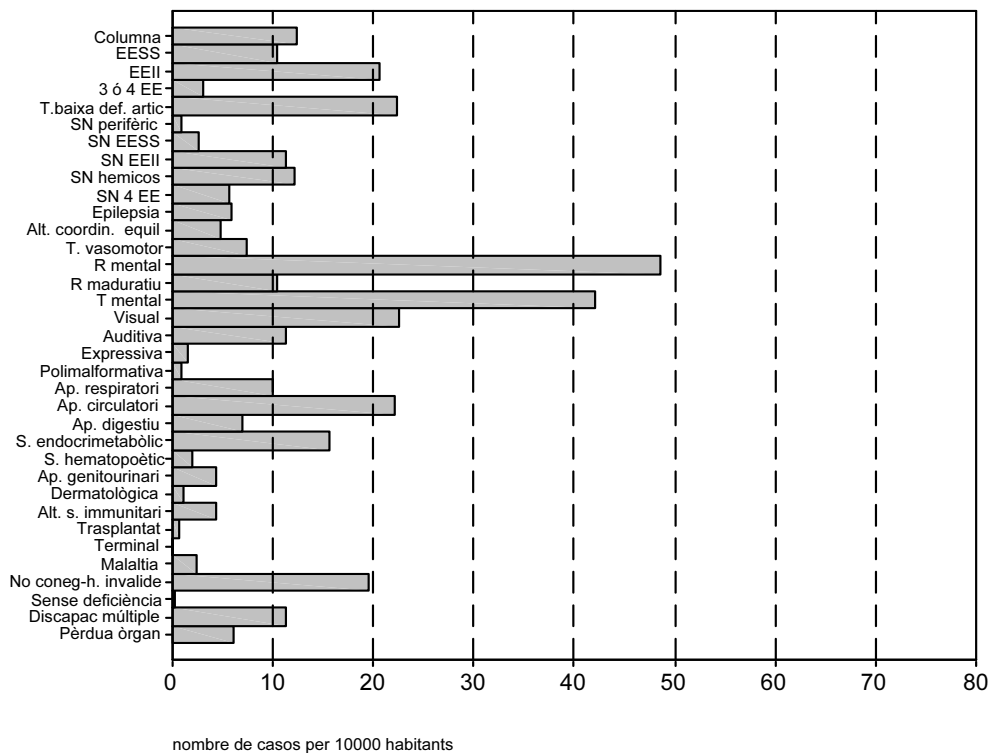
Gràfic 3.8b. Prevalença de les deficiències a les comarques de Girona



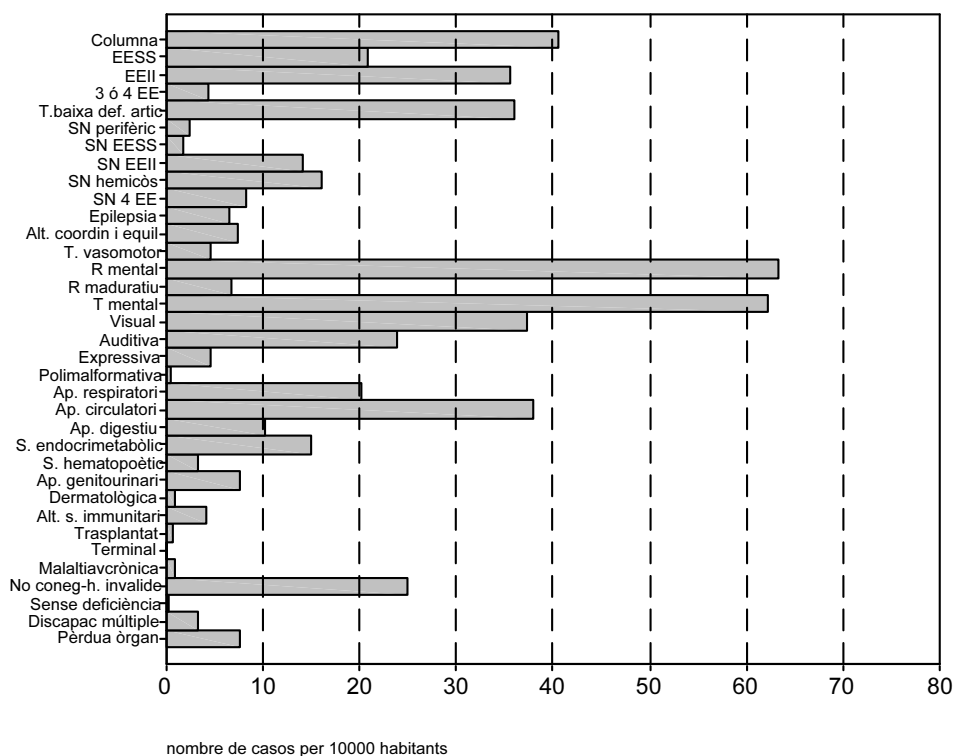
Gràfic 3.8c. Prevalença de les deficiències al Camp de Tarragona



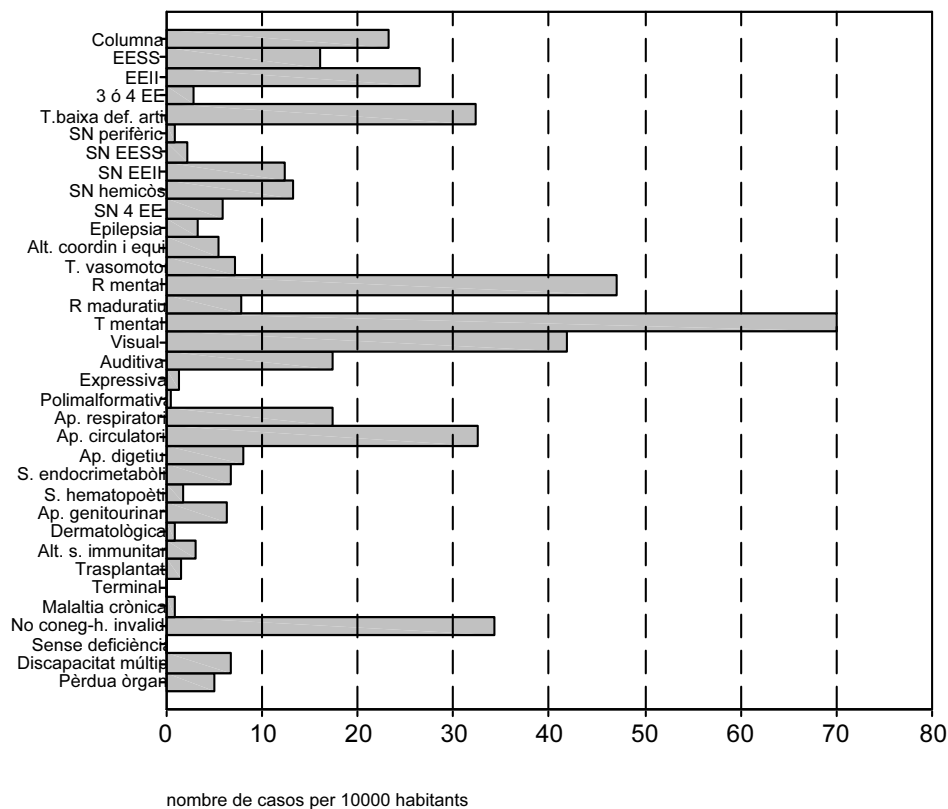
Gràfic 3.8d. Prevalença de les deficiències a les Terres de l'Ebre



Gràfic 3.8e. Prevalença de les deficiències a la regió de Ponent



Gràfic 3.8f. Prevalença de les deficiències a les Comarques Centrals



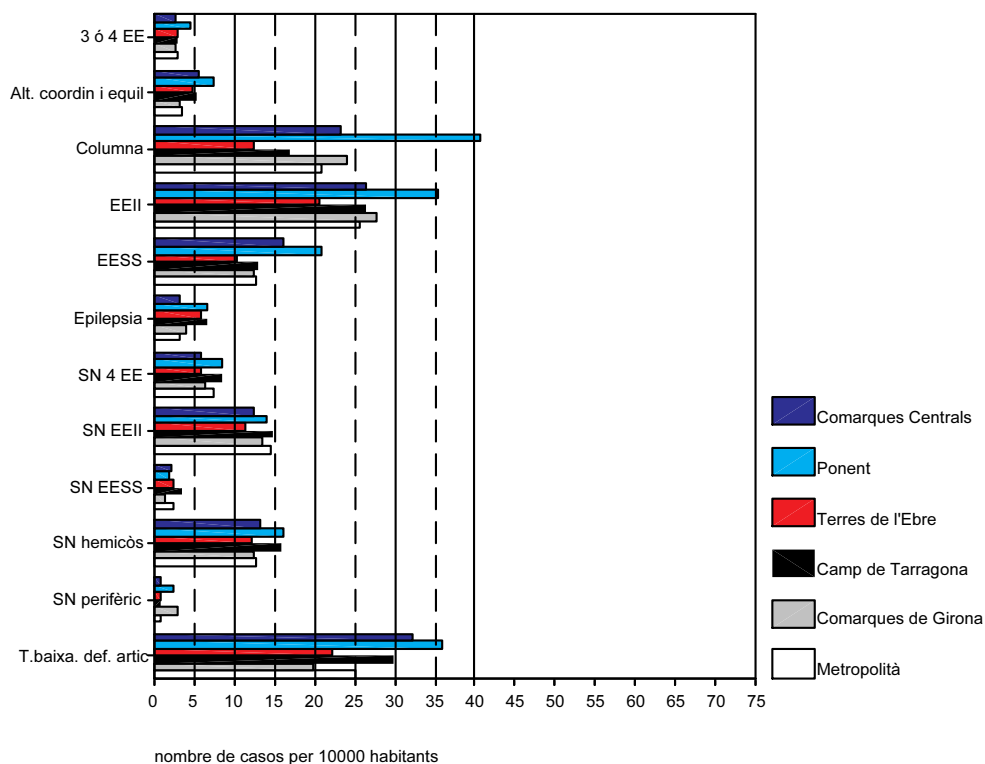
També presentem els gràfics de prevalença de les deficiències agrupant les regions comarcals amb l'objectiu de poder-les interpretar millor.

Anteriorment hem descrit que el retard mental i el trastorn mental són les deficiències més freqüents. Per regions comarcals observem que presenten una distribució molt homogènia en tot el territori, amb algunes diferències.

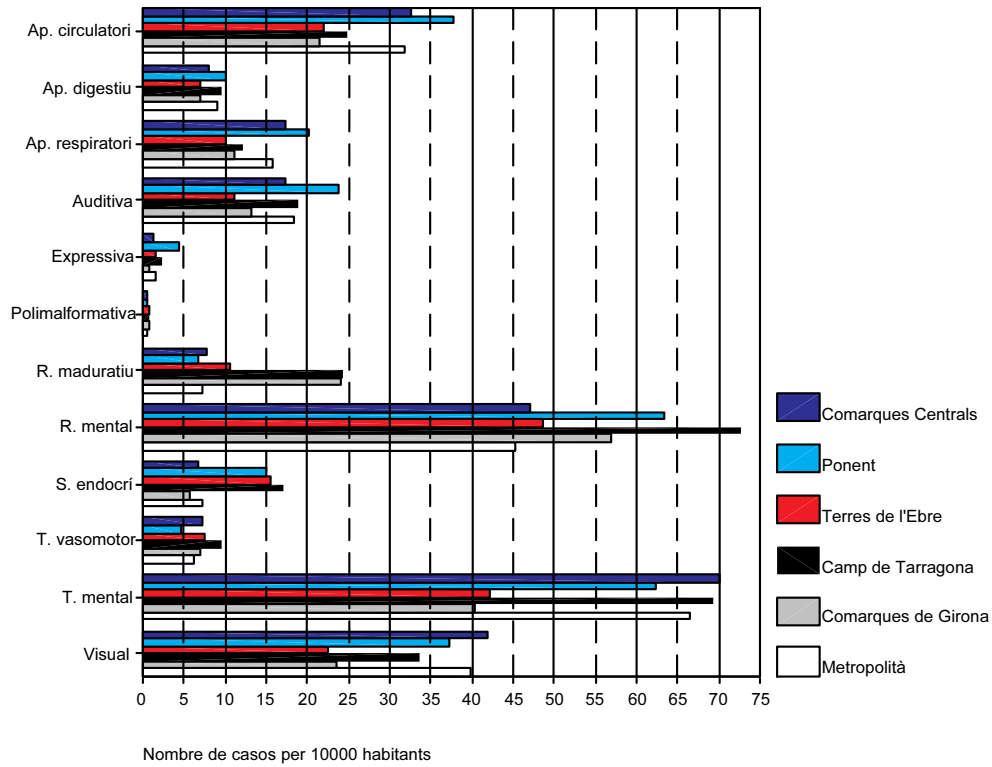
A part de les deficiències esmentades, veiem que les comarques Centrals són les que obtenen més prevalença per deficiència *visual*, *No conegut-Homologació d'invalidesa*, *aparell circulatori* i *deficiència del sistema osteoarticular*. Les comarques de Ponent presenten més prevalença en *deficiències de columna*, *d'aparell circulatori*, *visual*,

deficiència del sistema osteoarticular i extremitats inferiors. Al Camp de Tarragona destaca la prevalença en deficiència visual. La regió Metropolitana sobresurt en prevalença per a les valoracions de deficiència visual, No conegut-Homologació d'invalidesa i aparell circulatori. Les Terres de l'Ebre i les comarques de Girona destaquen per presentar prevalències baixes en la majoria de deficiències, excepte, com hem dit, pel retard mental i el trastorn mental.

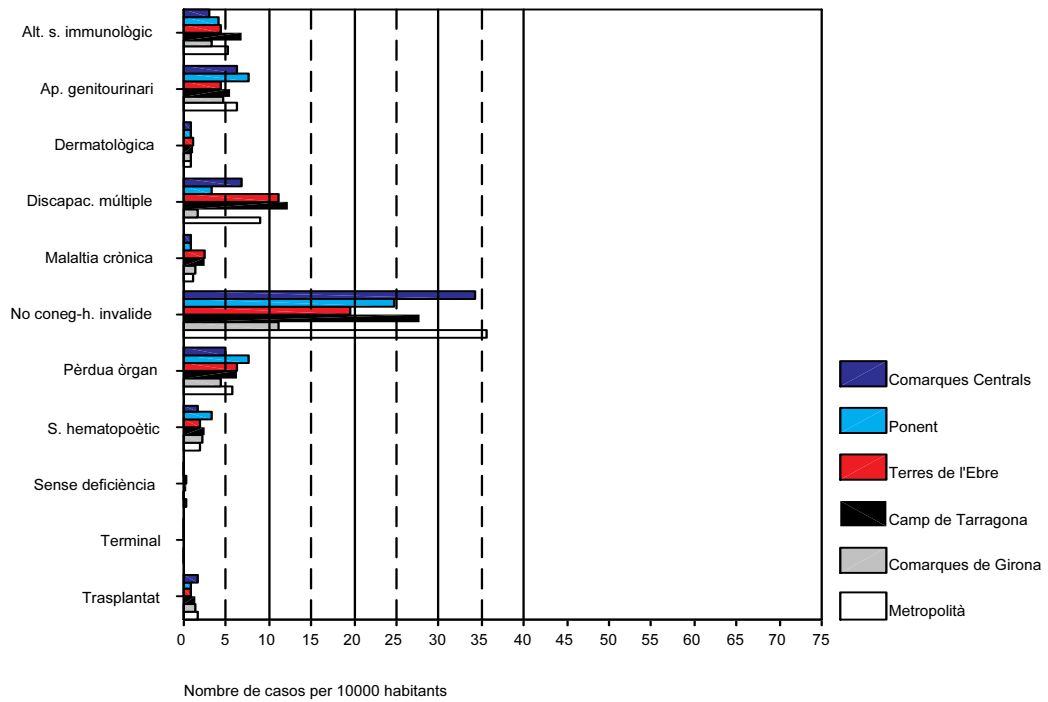
Gràfic 3.8g. Prevalença de les deficiències per regions comarcals



Gràfic 3.8h. Prevalença de les deficiències per regions comarcals



Gràfic 3.8i. Prevalença de les deficiències per regions comarcals



Estudi descriptiu dels diagnòstics de les persones amb certificat de disminució a Catalunya^a

Com ja s'ha dit prèviament disposem de sis-cents vuitanta-set codis de diagnòstic, els quals prèvia recodificació, hem reagrupat en cinquanta-nou codis (annex 9).

L'anàlisi diagnòstica ens permet determinar d'una forma més precisa la disminució. Ens centrarem en la incidència dels diferents diagnòstics tenint en compte el gènere, l'edat i el grau de disminució. Després analitzarem els diagnòstics més freqüents.

Presentarem inicialment els gràfics i les taules de tots els grups diagnòstics i, sense estendre'ns més, analitzarem i desglossarem els diagnòstics més freqüents en el capítol 6.

1. Freqüències

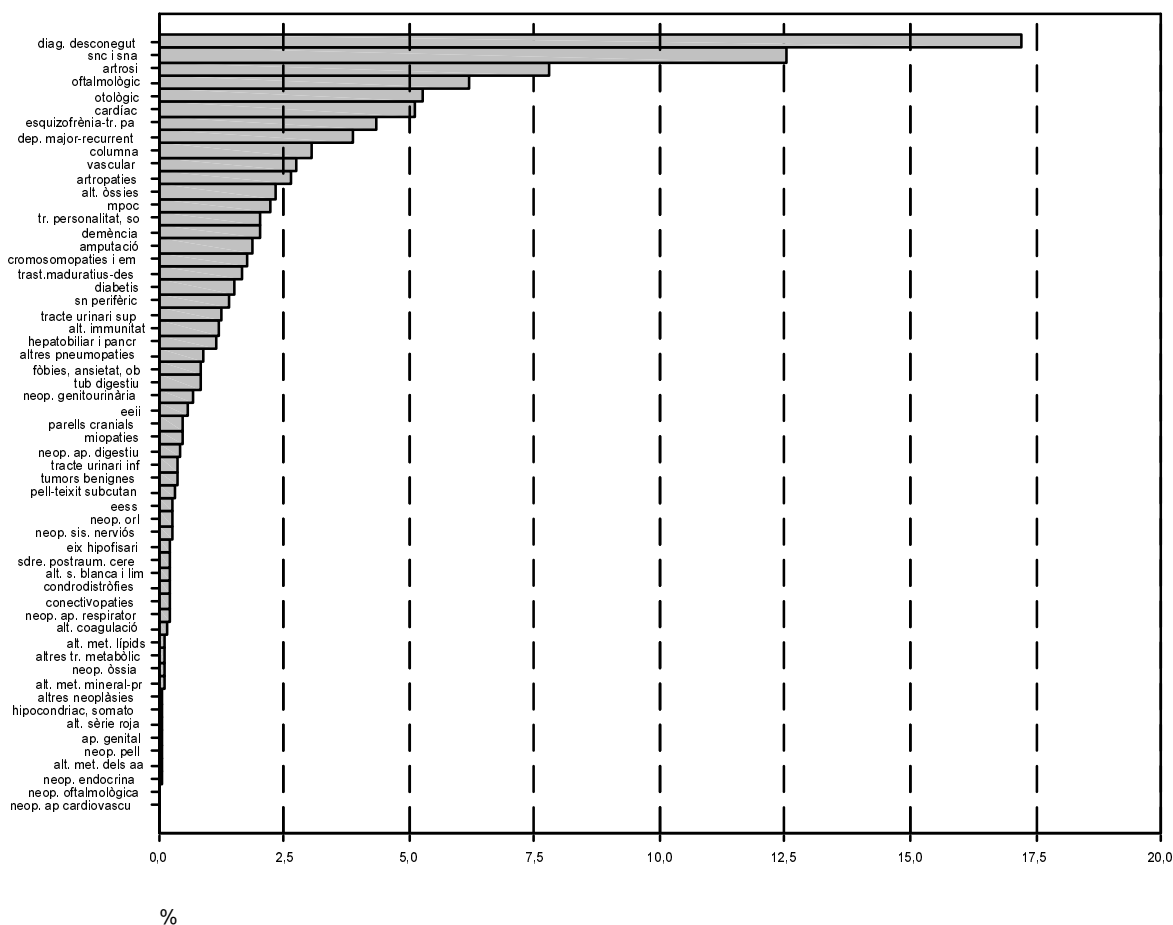
En la freqüència dels diferents diagnòstics (taula 4.1 i gràfic 4.1) ens trobem que dels 268477 disminuïts un 17,2% presenten el codi de *diagnòstic desconegut*. Un 12,5% pateixen *alteracions del sistema nerviós central i del sistema nerviós autònom*, un 7,8% es troben en el grup *diagnòstic d'artrosi*. Un 6,2% presenten *diagnòstic oftalmològic*. Un 5,2% *diagnòstic otològic*. Un 5,1% *diagnòstic cardíac*. Un 4,3% el grup *d'esquizofrènia-trastorn paranoide*, un 3,9% de *depressió-psicosi-distímia-trastorn bipolar i maníac*, un 3,1% amb el *diagnòstic de columna* i un 2,7% *diagnòstic vascular*.

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 4.

A l'estudi estatal es parla del *diagnòstic desconegut* amb percentatges que oscil·len entre el 27% i el 5,8% segons el grup diagnòstic.

En la nostra sèrie el *diagnòstic desconegut* és el diagnòstic més freqüent amb un 17,2%, tot i haver agrupat alguns codis diagnòstics.

Gràfic 4.1. Distribució dels diagnòstics.



2. Diagnòstics segons gènere

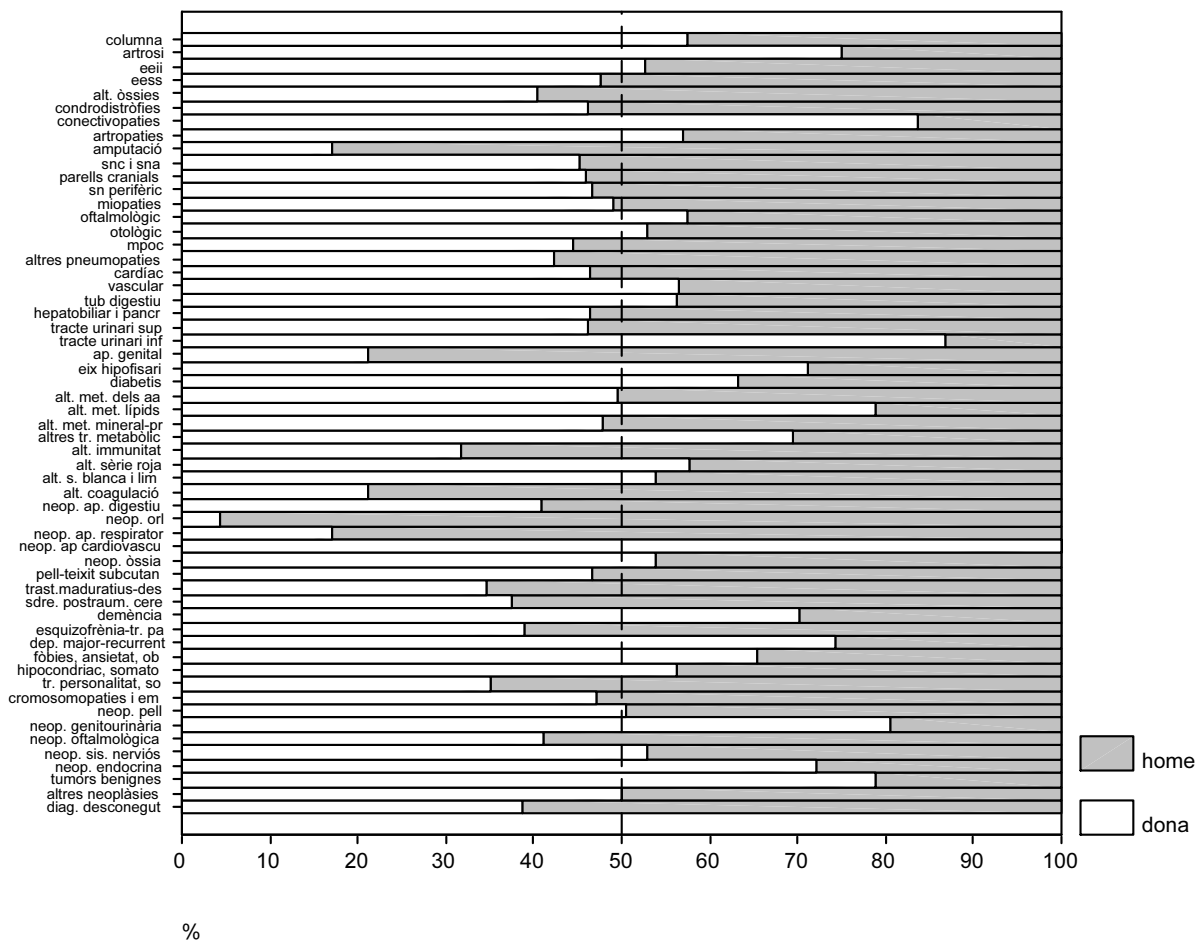
A la taula 4.2 i al gràfic 4.2 de diagnòstics segons gènere, observem que els diagnòstics que predominen més en el gènere femení són %(n):

<i>Neoplàsies d'aparell cardiovascular</i>	100(4)
<i>Alteracions del tracte urinari inferior</i>	86,7(797)
<i>Connectivopaties</i>	83,7(468)
<i>Neoplàsies genitourinàries</i>	80,6% (1496)
<i>Alteracions del metabolisme dels lípids</i>	78,8(267)
<i>Tumors benignes</i>	78,8(722)
<i>Artrosi</i>	75(15616)
<i>Depressió–psicosi–tr. bipolar</i>	74,3(7762)
<i>Neoplàsia endocrina</i>	72,2(57)
<i>Alteracions de l'eix hipofisari</i>	71,1(425)
<i>Demència</i>	70,3(3762)

I en el gènere masculí:

<i>Neoplàsia orl.</i>	95,6(714)
<i>Amputació</i>	82,8(4170)
<i>Neoplàsia aparell respiratori</i>	83(404)
<i>Alteracions de l'aparell genital</i>	78,9(71)
<i>Alteració de la coagulació</i>	78,7(274)
<i>Alteració de la immunitat</i>	68,2(2163)

Gràfic 4.2. Distribució dels diagnòstics, segons gènere.



3. Diagnòstics segons edat

Seguint amb la mateixa metodologia anem a veure com es distribueixen els diagnòstics segons l'edat. Adjuntem la taula 4.3 a l'annex 4 i el gràfic 4.3.

Hem d'observar no només els percentatges més importants en cada interval d'edat, sinó també les diferències entre els percentatges en intervals d'edat seguits i el nombre de casos en cada diagnòstic.

Hem de tenir en compte també quina distribució té un mateix diagnòstic en tots els grups d'edat. Descriurem aquí les dades més rellevants.

En primer lloc observem que en el grup d'edat de 0 a 4 anys predomina:

Alteracions del metabolisme mineral i proteic 20,9%

En el grup d'edat de 5 a 16 anys predomina:

Trastorn maduratiu i del desenvolupament 43,5%

En el grup d'edat de 17 a 44 anys predominen:

Trastorns de la immunitat 90%

Esquizofrènia – trastorn paranoide 72,3%

Trastorn de la personalitat 67,1%

Cromosomopaties i embriopaties 55,3%

Alteracions de la coagulació 52%

Condrodistròfies 51,7%

Miopaties 49,5%

Extremitats superiors 49,3%

Connectivopaties 49%

Sistema nerviós perifèric 45,7%

Eix hipofisari 45,2%

SN Central i SN Autònom 43,3%

En el grup d'edat de 45 a 64 anys predominen:

Neoplàsia aparell respiratori 66,5%

Neoplàsia genitourinària 63,7%

Neoplàsia aparell digestiu 63,6%

Neoplàsia orl 62,9%

Alteració metabolisme dels lípids 61,1%

Tr. hipocondríac–somatoforme 60,7%

Depressió–psicosi–tr. bipolar 60,4%

*Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica(MPOC)*59,3%

<i>Hepatobiliar i pancreàtic</i>	58,7%
<i>Altres neoplàsies</i>	58,2%
<i>Tumors benignes</i>	57,1%

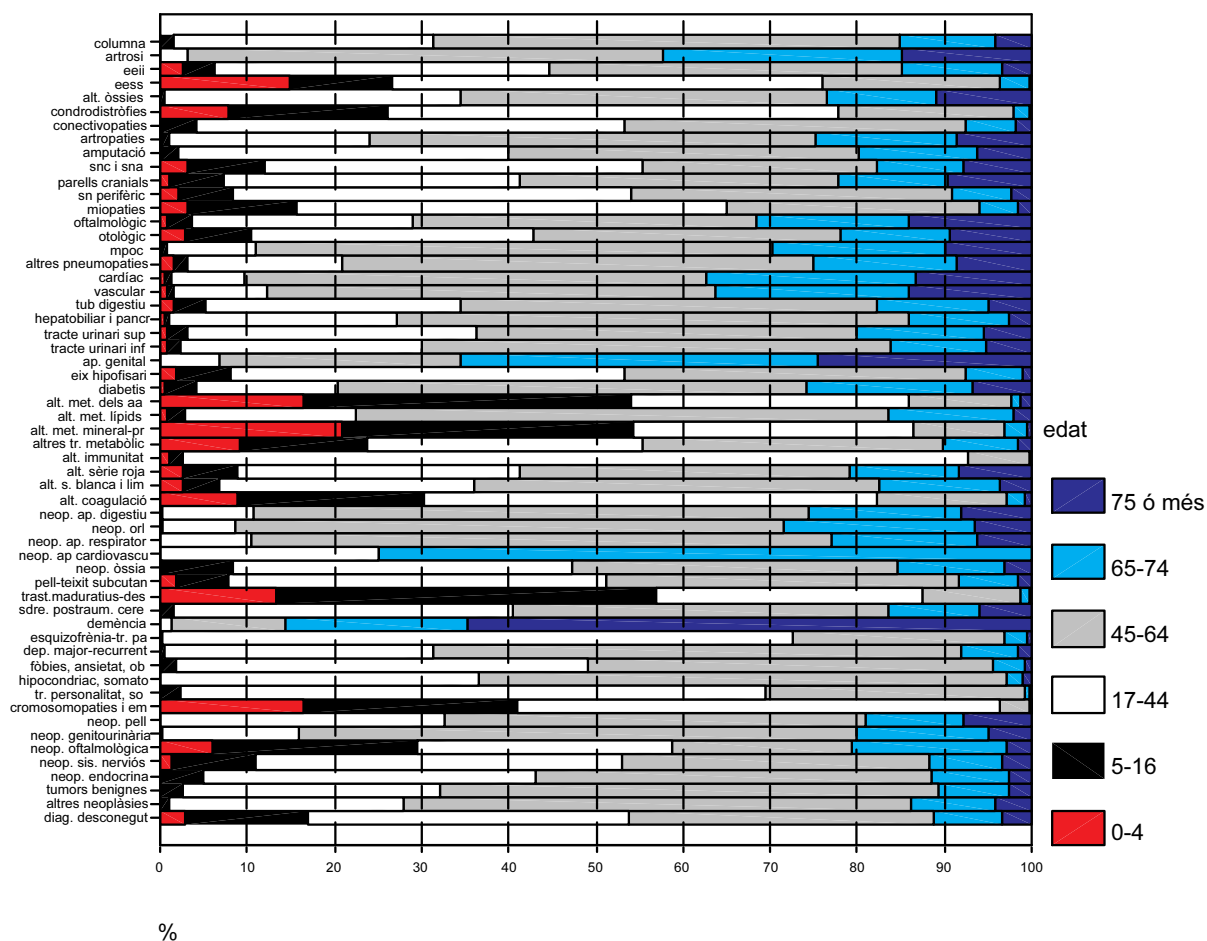
En el grup d'edat de 65 a 74 anys predominen:

<i>Diagnòstics de l'aparell genital</i>	41,1%
---	-------

En el grup d'edat de 75 anys o més predominen:

<i>Demències</i>	64,8%
------------------	-------

Gràfic 4.3. Distribució dels diagnòstics, segons edat.



Hem analitzat també si la distribució dels diagnòstics segons edat presentava diferències entre gèneres. En cada grup d'edat hem

observat algunes diferències importants. Així amb les taules 4.4 i 4.5 i els gràfics 4.4 i 4.5 trobem diferències segons gèneres en els següents (els percentatges expressen el tant per cent de casos per cada grup diagnòstic, segons gènere):

En el grup d'edat de 0 a 4 anys:

Alteracions de la coagulació (1,4% ♂ per 10,9% ♀)

En el grup d'edat de 5 a 16 anys:

Miopaties (7% ♂ per 17,6% ♀)

Alteració del metabolisme dels aminoàcids (28,6% ♂ per 46,5% ♀)

Altres trastorns metabòlics (7,6% ♂ per 30,6% ♀)

Alteracions de la coagulació (5,4% ♂ per 25,5% ♀)

Neoplàsia oftalmològica (14,3% ♂ per 30% ♀)

En el grup d'edat de 17 a 44 anys:

Alteracions òssies (18,3% ♂ per 44,2% ♀)

Alteració hepatobiliar i pancreàtica (16,7% ♂ per 34% ♀)

Alteració de l'aparell genital (26,3% ♂ per 1,4% ♀)

Neoplàsia orl (30,3% ♂ per 7,3% ♀)

Neoplàsia cardiovascular (25% ♂ per 0% ♀)

Neoplàsia aparell respiratori (21,7% ♂ per 8,2% ♀)

Sdre. postraumàtica cerebral–tr. mental orgànic (28,7% ♂ per 45,2% ♀)

Esquizofrènia–tr. paranoide (59,5% ♂ per 80,4% ♀)

Depressió–psicosi–tr. bipolar (25,8% ♂ per 45,2% ♀)

Neoplàsia del sistema nerviós (34,7% ♂ per 50,3% ♀)

Neoplàsia endocrina (29,8% ♂ per 59,1% ♀)

En el grup d'edat de 45 a 64 anys:

Alteracions de parells cranials (28,4% ♂ per 38,9% ♀)

Alteracions de sistema nerviós perifèric (37,7% ♂ per 52,6% ♀)

Alteracions oftalmològiques (20,3% ♂ per 32,2% ♀)

Alteració hepatobiliar i pancreàtic (16,7% ♂ per 34% ♀)
Alteracions de l'aparell genital (26,3% ♂ per 1,4% ♀)
Alteracions de l'eix hipofisari (39,8% ♂ per 58,4% ♀)
Diabetis (13,1% ♂ per 21,2% ♀)
Neoplàsies orl (30,3% ♂ per 7,3% ♀)
Neoplàsies aparell respiratori (21,7% ♂ per 8,2% ♀)
Sdre. postraumàtica cerebral – tr. mental orgànic (28,7% ♂ per 45,2% ♀)
Esquizofrènia – tr. paranoide (59,5% ♂ per 80,4% ♀)
Depressió – psicosi – trastorn bipolar (25,8% ♂ per 45,2% ♀)

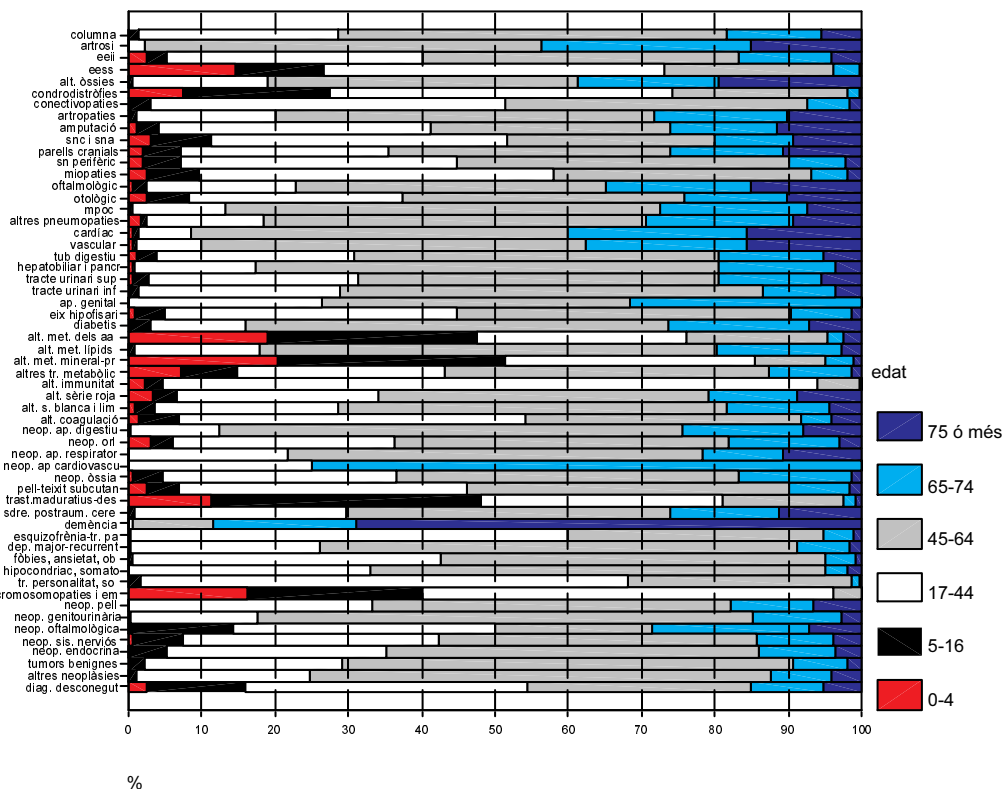
En el grup d'edat de 65 a 74 anys:

Condrodistròfies (19,3% ♂ per 7,9% ♀)
Alteració del metabolisme dels lípids (17,2% ♂ per 4,2% ♀)
Neoplàsia aparell cardiovascular (75% ♂ per 0% ♀)
Neoplàsia genitourinària (12% ♂ per 28,6% ♀)

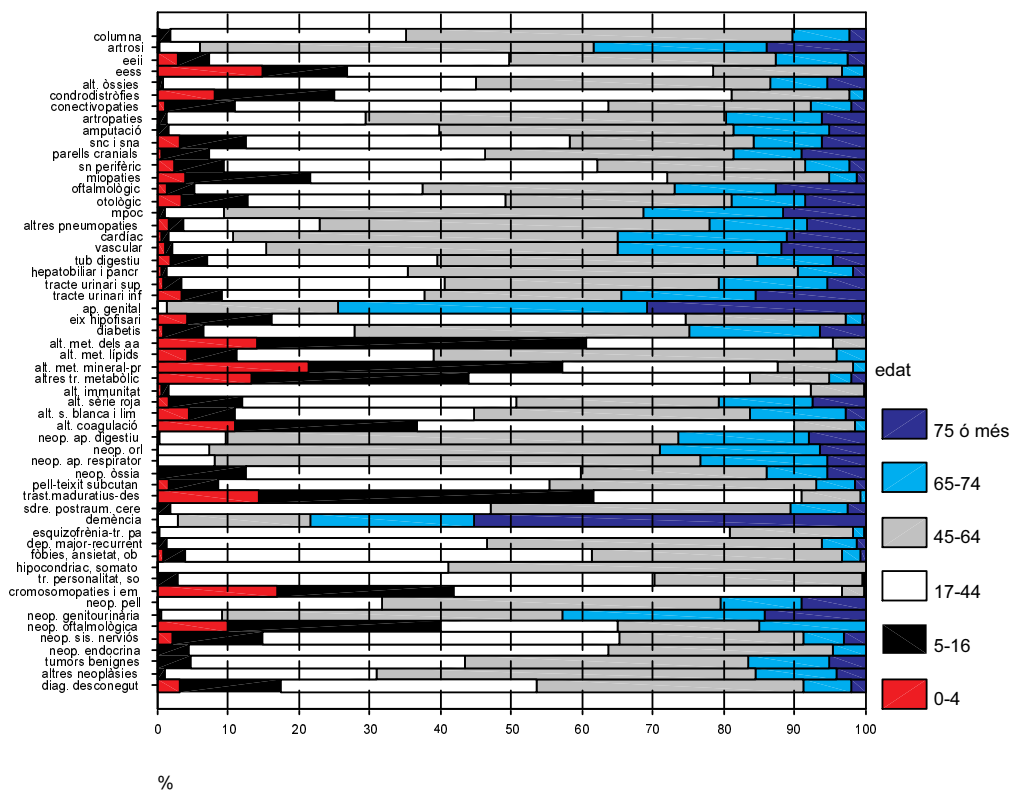
En el grup d'edat de 75 anys o més:

Alteracions òssies (19,4% ♂ per 5,5% ♀)
Alteracions del tracte urinari inferior (3,5% ♂ per 15,6% ♀)
Alteracions aparell genital (0% ♂ per 31% ♀)
Demència (68,8% ♂ per 55,3% ♀)
Neoplàsia genitourinària (2,7% ♂ per 14,2% ♀)

Gràfic 4.4. Distribució de diagnòstic, segons edat, en els homes.



Gràfic 4.5. Distribució dels diagnòstics, segons edat, en les dones.



4. Diagnòstics segons grau de disminució

La distribució dels diagnòstics respecte el grau de disminució és una dada difícil d'analitzar, doncs com ja s'ha dit la valoració ve condicionada per les diferents deficiències. La normativa a aplicar en la valoració, no contempla els diagnòstics com fet a mesurar, si no que descriu les diferents deficiències amb la seva graduació. El diagnòstic recolza a la deficiència, però no dona informació, per ell mateix, del grau assignat. Per exemple una hemiplègia és una deficiència que porta associada com a diagnòstic l'accident vascular cerebral. És evident que la deficiència dona idea del grau i el diagnòstic només informació de la causa. Per tant en l'estudi dels diagnòstics respecte el grau de disminució serem prudents a l'hora d'analitzar els resultats i treure'n conclusions.

A la taula 4.6 i al gràfic 4.6 trobem la distribució dels diagnòstics segons grau de disminució.

La majoria dels diagnòstics es troben en l'interval de les disminucions moderades (de 33 a 64% de grau de disminució). Tenim però, que:

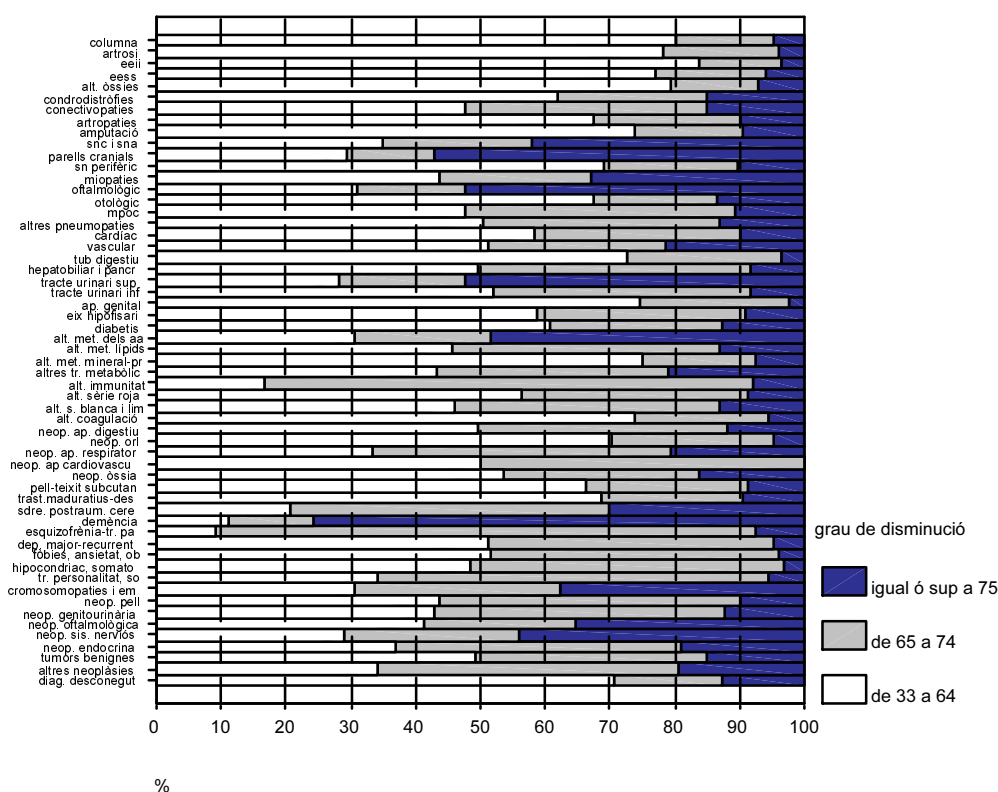
Presenten grau de disminució greu (de 65 a 74):

<i>Alteracions de la immunitat</i>	75,5%
<i>Neoplàsies de l'aparell respiratori</i>	46,2%
<i>Sdre. postraumàtica cerebral i tr. mental orgànic</i>	49,2%
<i>Esquizofrènia i trastorn paranoide</i>	83,1%
<i>Trastorn de la personalitat</i>	60%
<i>Neoplàsia de pell</i>	46,1%
<i>Neoplàsia genitourinària</i>	44,9%
<i>Neoplàsia endocrina</i>	44,3%
<i>Altres neoplàsies</i>	46,4%

Presenten disminució molt greu (de 75 o més):

<i>Alteracions del SN Central–SN Autònom</i>	41,9%
<i>Alteracions dels parells cranials</i>	57,3%
<i>Alteració oftalmològica</i>	52,3%
<i>Alteració del tracte urinari superior</i>	52,2%
<i>Alteració del metabolisme dels aminoàcids</i>	48,2%
<i>Demència</i>	75,8%
<i>Cromosomopaties i embriopaties</i>	37,6%
<i>Neoplàsia de sistema nerviós</i>	44%

Gràfic 4.6. Distribució dels diagnòstics, segons grau de disminució.



5. Estudi de les comorbiditats

Com ja s'ha comentat al principi, per a estudiar els casos hem escollit el primer codi de deficiència, el primer codi de diagnòstic i el primer codi d'etiologia, com a codis que presenten més grau d'afectació.

La presència de més codis ens pot donar una idea de quina és la comorbiditat de les persones valorades (taula 4.7 i gràfic 4.7).

La nostra base de dades permet registrar fins a cinc codis de deficiència, cinc codis de diagnòstic i cinc codis d'etiologia.

Observem que:

Un 38,8% de casos presenten un sol codi de valoració de deficiència, diagnòstic i etiologia.

Un 23% de casos presenten dos codis.

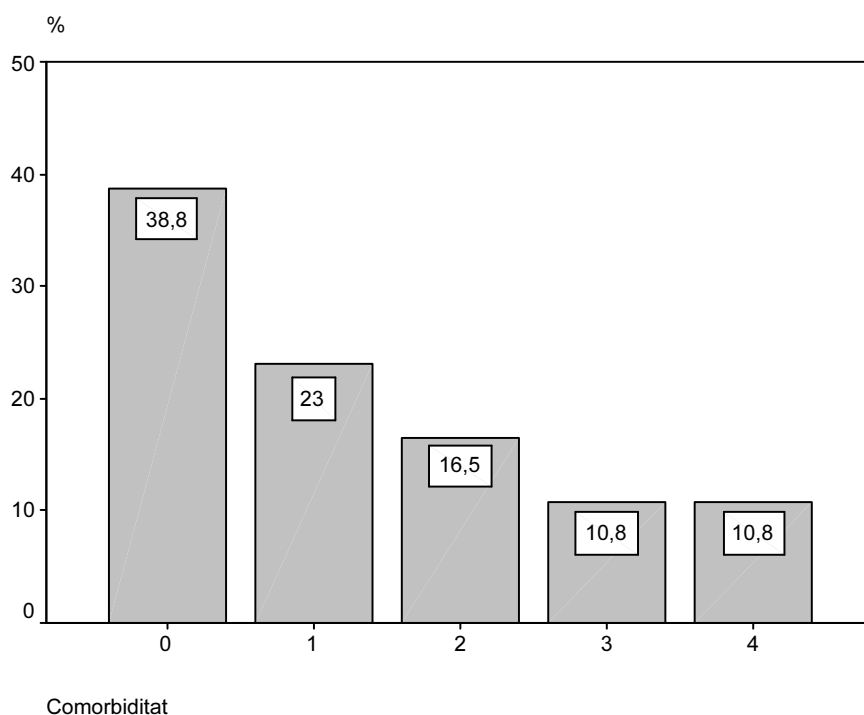
Un 16,5% de casos presenten tres codis.

Un 10,8% de casos presenten quatre codis.

Un 10,8% de casos presenten cinc codis.

La Base de Dades Estatal presenta una distribució de les comorbiditats un tant irregular, amb un 40% de casos amb un sol codi, 27% de casos amb dos codis i 33% de casos amb tres codis.

Gràfic 4.7 Estudi de les comorbiditats.



6. Diagnòstics més freqüents

Com ja s'ha dit en un principi, fins aquí hem mostrat l'agrupació diagnòstica per tal de facilitar la lectura i la interpretació dels resultats. Hem volgut però, estudiar els vuit diagnòstics més freqüents, i a més, hem escollit el grup diagnòstic que codifica als diagnosticats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Els vuit diagnòstics agrupats més freqüents són: *diagnòstic desconegut* (17,2%), *sistema nerviós central/sistema nerviós autònom* (12,5%), *artrosi* (7,8%), *oftalmològic* (6,2%), *otològic* (5,2%), *cardíac* (5,1%), *esquizofrènia-trastorn paranoide* (4,3%), *depressió major-depressió recurrent-trastorn bipolar* (3,9%). L'alteració de la immunitat (que engloba, com es veurà, en gran part el diagnòstic de la immunodeficiència per VIH) representa l'1,2%.

6.1. Diagnòstics desconeguts^a

S'observen un total de 46162 casos de *diagnòstics desconeguts*, això representa un 17,19% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució.

D'aquests, hem estudiat quines deficiències i quines etiologies els corresponien (taules 5.0.1 i 5.0.2 i gràfics 5.0.1 i 5.0.2).

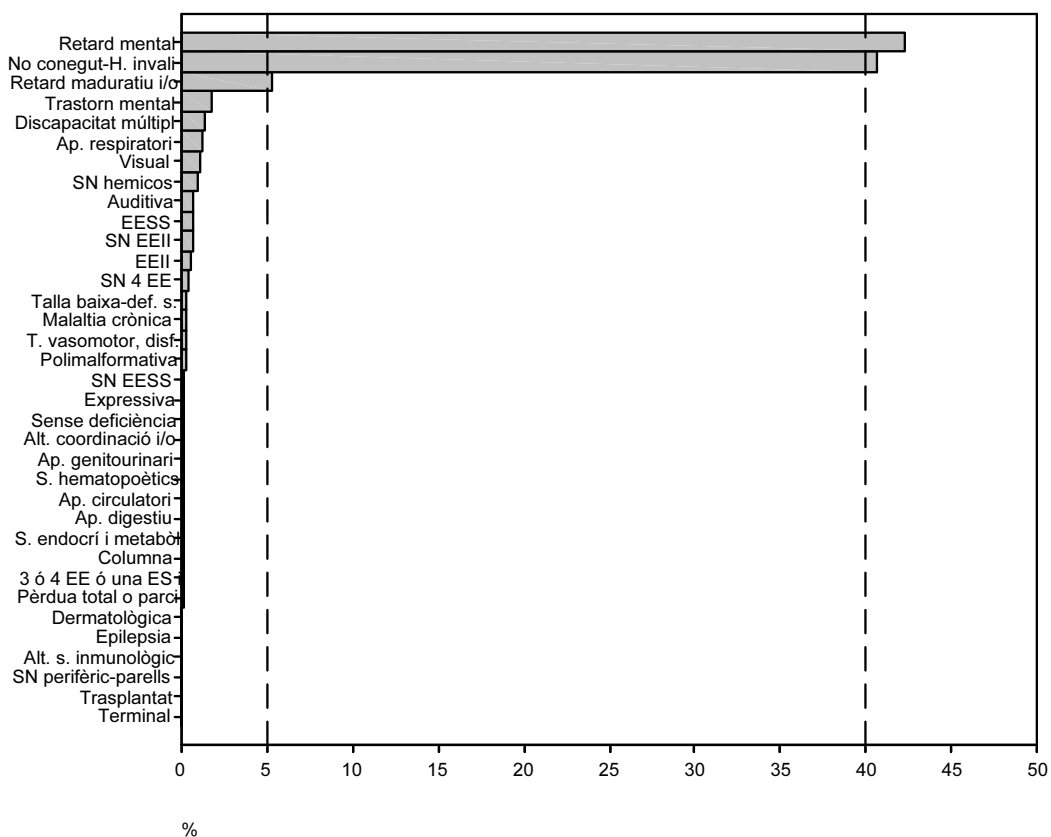
Les deficiències més importants que s'associen a un *diagnòstic desconegut*, són:

<i>Retard mental</i>	42,3%
<i>No conegut–Homologació d'invalidesa</i>	40,7%
<i>Retard maduratiu i/o del desenvolupament</i>	5,3%
<i>Trastorn mental</i>	1,8%
<i>Discapacitat múltiple</i>	1,4%
<i>Ap. respiratori</i>	1,2%
<i>Visual</i>	1,1%
<i>SN hemicòs</i>	1%

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.0.

El retard mental amb diagnòstic desconegut representa el 7,3% de la població estudiada. La base de dades estatal mostra un percentatge similar (7,2%).

Gràfic 5.0.1. Distribució de les deficiències amb diagnòstic desconegut.



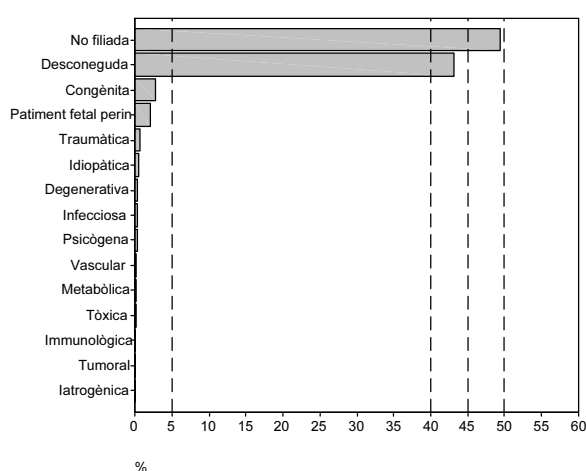
Les etiologies més importants que s'associen a un *diagnòstic desconegut*, són:

<i>No filiada</i>	49,3%
<i>Desconeguda</i>	43,1%

Congènita 2,7%

Patiment fetal perinatal 2,1%

Gràfic 5.0.2. Distribució de les etiologies amb diagnòstic desconegut.

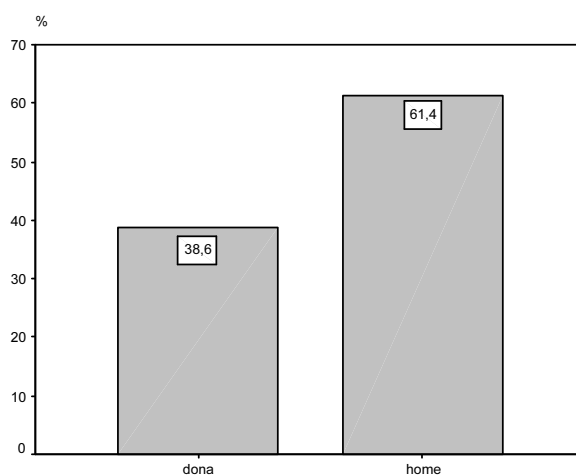


6.1.1. Diagnòstic desconegut segons gènere

Un 61,4% dels *diagnòstics desconeguts* corresponen al gènere masculí i un 38,6% al gènere femení (taula 5.0.3 i gràfic 5.0.3).

Quan hem estudiat les deficiències segons gènere hem vist que el *retard mental* i les *homologacions d'invalidesa* predominen més en el gènere masculí (55,9% i 68,5%). Aquest últim aspecte ve determinat per les *homologacions d'invalidesa* de l'INSS que estadísticament són més freqüents en el gènere masculí^a.

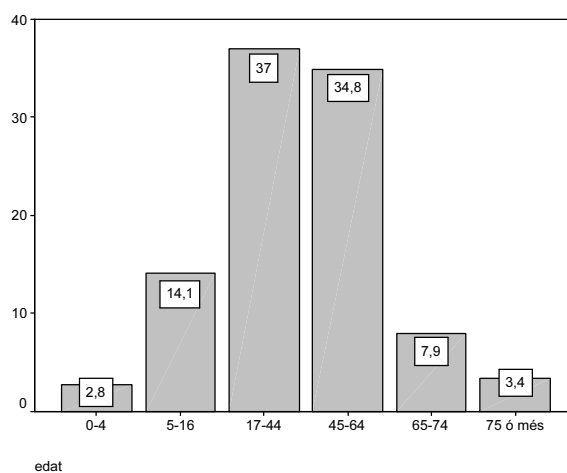
^a Disponible a URL: <http://www.seg-social.es/inicio/>

Gràfic 5.0.3. Distribució dels diagnòstics desconeguts, segons gènere.

6.1.2. Diagnòstic desconegut segons edat

Els *diagnòstics desconeguts* predominen sobretot en edat laboral, entre els 17 i els 44 anys (37%) i els 45 i els 64 anys (34,8%) (taula 5.0.4 i gràfic 5.0.4).

La Base de Dades Estatal presenta uns valors similars.

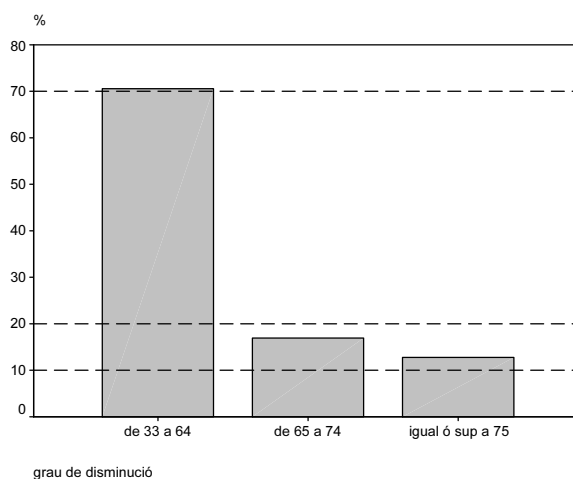
Gràfic 5.0.4. Distribució dels diagnòstics desconeguts, segons edat.

6.1.3. Diagnòstic desconegut segons grau de disminució

Els *diagnòstics desconeguts* predominen amb un grau de 33 a 64 (70,5%) (taula 5.0.5 i gràfic 5.0.5). Segons normativa les *homologacions d'invalidesa* i com diu el seu nom, s'havien d'homologar a un 33% de disminució⁶⁶.

No s'han trobat estudis que valorin aquests aspectes.

Gràfic 5.0.5. Distribució dels diagnòstics desconeguts, segons grau de disminució.



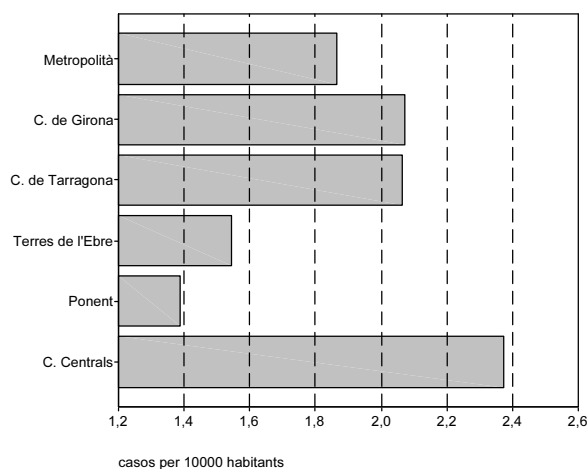
6.1.4. Diagnòstic desconegut segons comarca i regions comarcals

A les taules 5.0.6a i 5.0.6b observem la distribució dels *diagnòstics desconeguts* segons comarca i regions comarcals. La primera, tot i que no disposem de les taxes de prevalença per comarques, no deix de ser una taula orientativa i que va en funció del nombre de valoracions de cada comarca i regió comarcal. Dominen les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. La resta de comarques i regions mantenen percentatges molt inferiors.

6.1.5. Prevalença dels diagnòstics desconeguts segons regions comarcals

Com hem anat repetint la prevalença ens dóna una idea més exacte de quina ha estat l'afectació del nivell diagnòstic en cada regió. Així a la taula 5.0.7 i al gràfic 5.0.7 observem que les comarques Centrals són les que presenten una taxa més alta de *diagnòstics desconeguts* (2,37 casos per 10000 habitants), seguit de les comarques de Girona i les de Tarragona.

Gràfic 5.0.7. Prevalença dels diagnòstics desconeguts, segons regions comarcals.



6.2. Sistema Nervios Central (SNC) i Sistema Nervios Autònom (SNA)^a

Apareixen un total de 33594 casos de diagnòstics del SNC i SNA, distribuïts en setanta-vuit diagnòstics diferents, això representa

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.1.

un 12,5% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.1.1a).

D'aquests, hem estudiat els sis diagnòstics més importants (taula 5.1.1b i gràfic 5.1.1), que per ordre són^a:

Accident vascular cerebral 17,1%

Poliomielitis 15,9%

Paràlisi cerebral mixta 7,2%

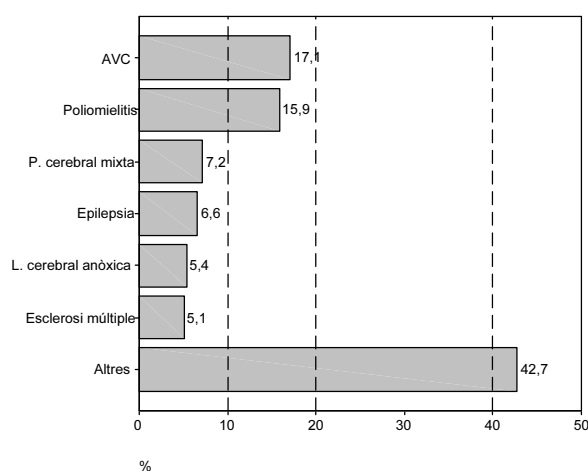
Epilèpsia 6,6%

Lesió cerebral anòxica 5,4%

Esclerosi múltiple 5,1%

La Base de Dades Estatal destaca com a més freqüents i per ordre: la *poliomielitis*, les *seqüeles de meningoencefalopaties*, la *paràlisi cerebral*, l'*accident vascular cerebral* i les *crisis neurològiques*.

Gràfic 5.1.1. Distribució dels diagnòstics de SNC i SNA més freqüents.

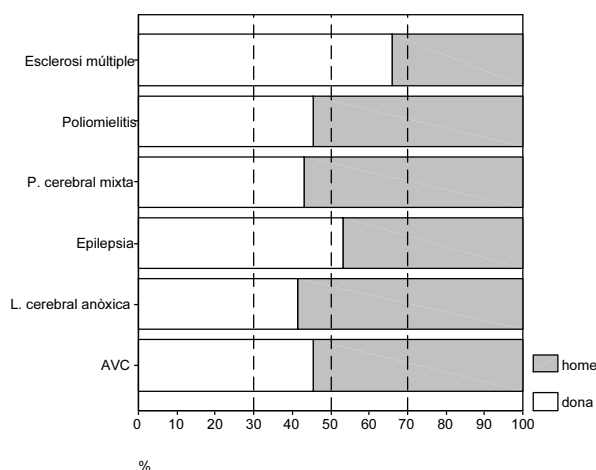


^a Percentatge de casos de SNC i SNA.

6.2.1. Diagnòstics de SNC i SNA segons gènere

L'*esclerosi múltiple* predomina més en el gènere femení amb un 66,2%. L'*epilèpsia* es presenta en un 53,2% en el gènere femení. La resta de diagnòstics predominen en el gènere masculí (taula 5.1.2 i gràfic 5.1.2).

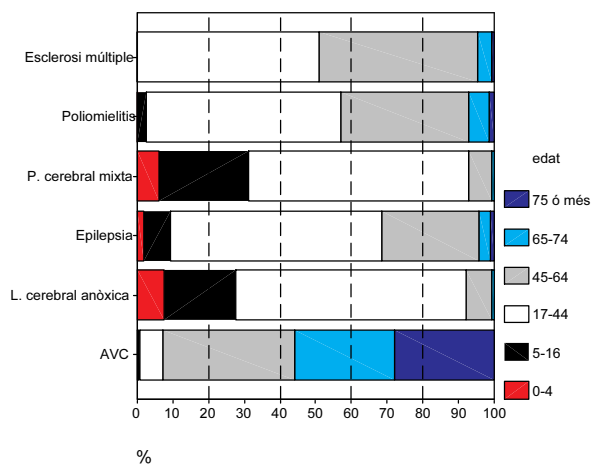
Gràfic 5.1.2. Distribució dels diagnòstics de sistema nerviós, segons gènere.



6.2.2. Diagnòstic de SNC i SNA segons edat

Tots els diagnòstics, excepte l'*accident vascular cerebral*, predominen entre els 17 i els 44 anys. Trobem diferències en la *paràlisi cerebral mixta* i la *lesió cerebral anòxica*, que presenten percentatges elevats a l'edat de 5 a 16 anys i l'*esclerosi múltiple* que es presenta també amb percentatges alts a l'edat de 45 i 64 anys. L'*accident vascular cerebral* predomina amb percentatges alts a partir dels 45 anys i fins els 75 anys o més (taula 5.1.3 i gràfic 5.1.3).

Gràfic 5.1.3. Distribució dels diagnòstics de sistema nerviós, segons edat.

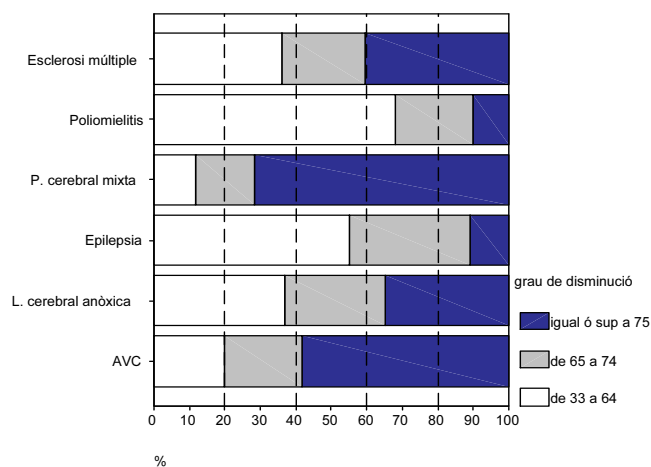


6.2.3. Diagnòstic de SNC i SNA segons grau de disminució

La distribució del grau de disminució dels diagnòstics més freqüents de SNC i SNA, dependrà de quin diagnòstic es tracti. Així *l'esclerosi múltiple*, *la paràlisi cerebral mixta* i *l'accident vascular cerebral* presenten un grau de disminució elevat, amb percentatges alts en disminucions superiors a 75 (40,6%, 71,7% i 58,4% respectivament) (taula 5.1.4 i gràfic 5.1.4). La poliomièlitis presenta un grau de disminució menor, amb un 67,8% de disminucions moderades.

No s'han trobat estudis que valorin aquests aspectes.

Gràfic 5.1.4. Distribució dels diagnòstics de sistema nerviós, segons grau de disminució.



6.2.4. Diagnòstic de SNC i SNA segons comarca i regions comarcals

Seguint la mateixa metodologia, a les taules 5.1.5a i 5.1.5b observem la distribució dels diagnòstics més freqüents de SNC i SNA segons comarca i regions comarcals. Continuen predominant les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. La resta de comarques i regions mantenen percentatges molt inferiors.

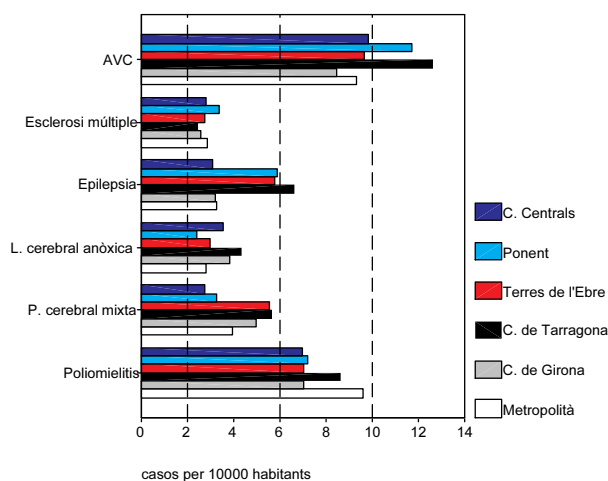
6.2.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.1.6. i al gràfic 5.1.6. observem que l'àrea Metropolitana és la que presenta una prevalença més alta de *poliomielitis*.

El Camp de Tarragona és la que presenta una prevalença més alta de casos d'*AVC*, *epilèpsia*, *lesió cerebral anòxica* i *paràlisi cerebral mixta*.

I les comarques de Ponent són les que presenten una prevalença més alta d'esclerosi múltiple.

Gràfic 5.1.6. Prevalença dels diagnòstics de sistema nerviós, segons regions comarcals.



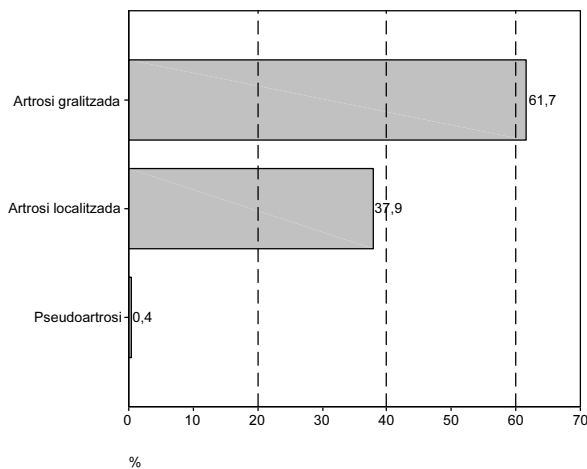
6.3. Artrosi^a

Apareixen un total de 20834 casos de diagnòstics d'artrosi. Això representa un 7,7% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.2.1)

Un 61,7% corresponen a diagnòstics d'artrosi generalitzada i gairebé tota la resta a artrosi localitzada (gràfic 5.2.1).

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.2.

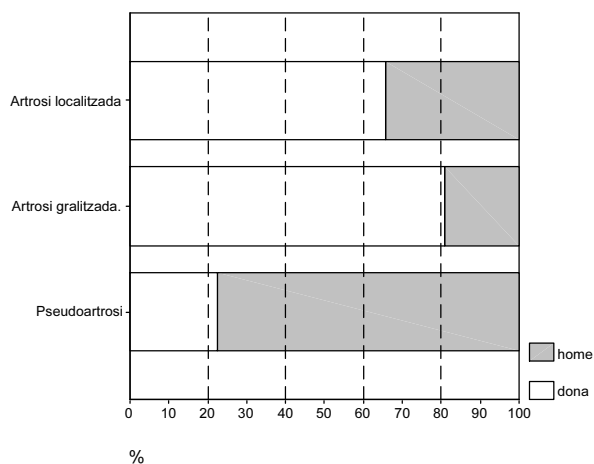
Gràfic 5.2.1. Distribució dels diagnòstics d'artrosi.



6.3.1. Diagnòstic d'artrosi segons gènere

Majoritàriament *l'artrosi generalitzada*, i en menys percentatge *la localitzada*, predominen en el gènere femení. *La pseudoartrosi* predomina en el masculí tot i tenir molt pocs registres (85 casos) (taula 5.2.2 i gràfic 5.2.2).

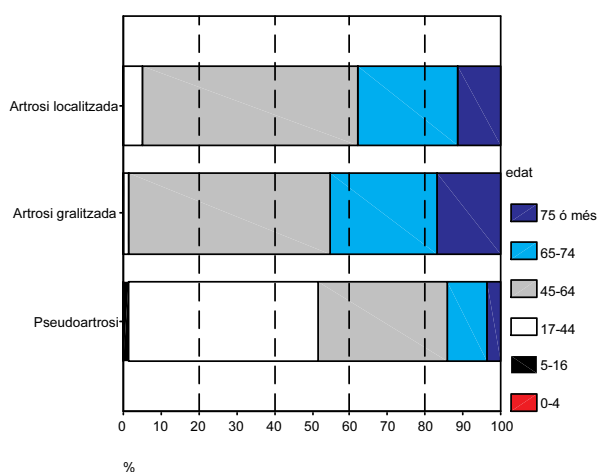
Gràfic 5.2.2. Distribució dels diagnòstics d'artrosi, segons gènere.



6.3.2. Diagnòstic d'artrosi segons edat

L'artrosi localitzada i l'artrosi generalitzada predominen en el grup d'edat de 45 a 64 anys (57,2% i 53% respectivament). La pseudoartrosi predomina en el grup de 17 a 44 anys (taula 5.2.3 i gràfic 5.2.3).

Gràfic 5.2.3. Distribució dels diagnòstics d'artrosi, segons edat.

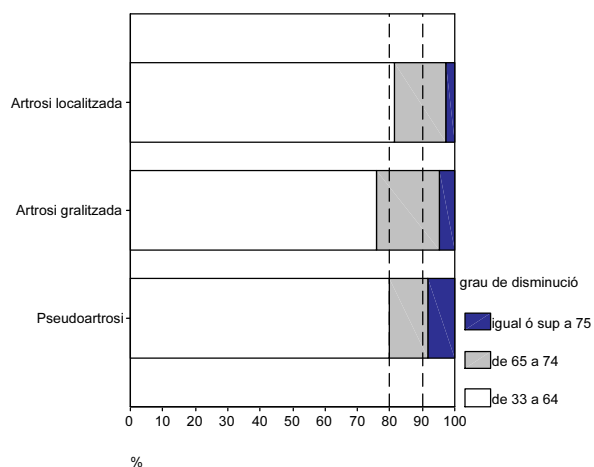


6.3.3. Diagnòstic d'artrosi segons grau de disminució

Tots els diagnòstics d'artrosi es presenten en els graus de disminució més moderats (33 a 64) (taula 5.2.4 i gràfic 5.2.4).

No hem trobat estudis que valorin aquests aspectes.

Gràfic 5.2.4. Distribució dels diagnòstics d'artrosi, segons grau de disminució.



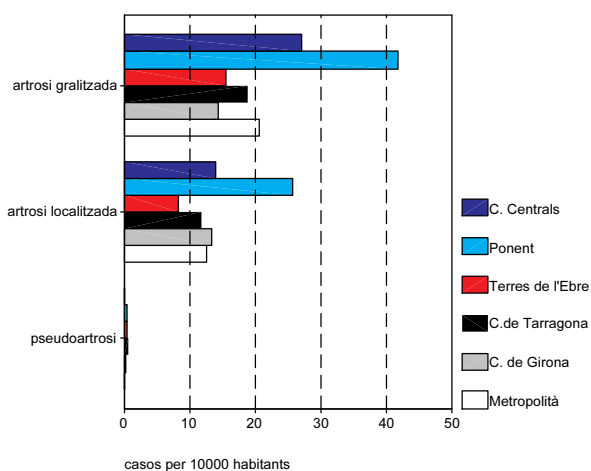
6.3.4. Diagnòstic d'artrosi segons comarca i regions comarcals

A les taules 5.2.5a i 5.2.5b observem la distribució dels diagnòstics d'artrosi segons comarca i regions comarcals. Sobresurten les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. La resta de comarques i regions mantenen percentatges inferiors.

6.3.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.2.6 i al gràfic 5.2.6 observem que l'àrea de Ponent és la que presenta una prevalença més alta d'artrosi generalitzada i localitzada (41,86 i 25,63 casos per deu mil habitants, respectivament).

Gràfic 5.2.6. Prevalença dels diagnòstics d'artrosi, segons regions comarcals.



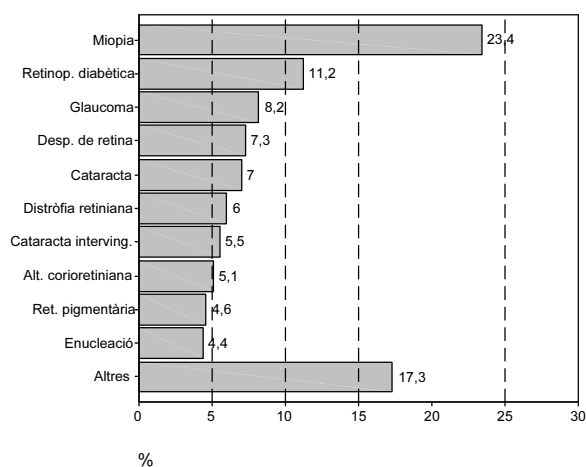
6.4. Oftalmològic^a

Apareixen un total de 16570 casos de diagnòstics oftalmològics, distribuïts en trenta-vuit diagnòstics diferents, això representa un 6,2% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.3.1a).

D'aquests, hem estudiat els deu diagnòstics més importants, els quals es podrien agrupar en menys, doncs dos fan referència al diagnòstic *cataracta (cataracta i cataracta intervinguda)*. Tot i això hem preferit mantenir la codificació original (taula 5.3.1b i gràfic 5.3.1).

Destaca el diagnòstic *miopia* amb un 23,4% i la *retinopatia diabètica* amb un 11,2%.

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.3.

Gràfic 5.3.1. Distribució dels diagnòstics oftalmològics més freqüents.

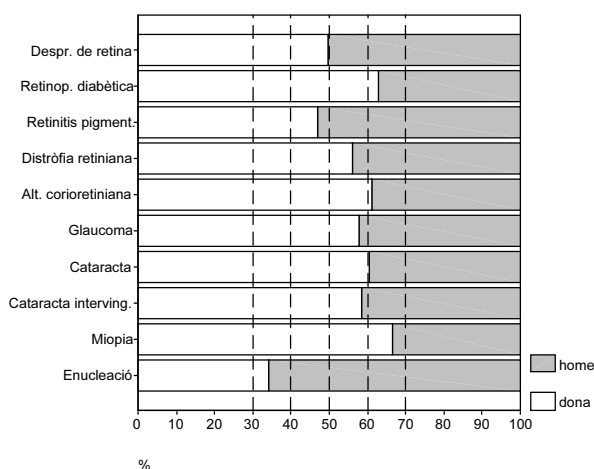
6.4.1. Diagnòstics oftalmològics segons gènere

En el gènere femení predomina la *retinopatia diabètica*, la *distròfia retiniana*, l'*alteració corioretiniana*, el *glaucoma*, la *cataracta*, la *cataracta intervinguda* i la *miopia* (taula 5.3.2 i gràfic 5.3.2).

Tan sols l'*enucleació* i amb menys mesura la *retinitis pigmentària* predominen en el gènere masculí.

Aquestes dades no difereixen de manera important de la Base de Dades Estatal.

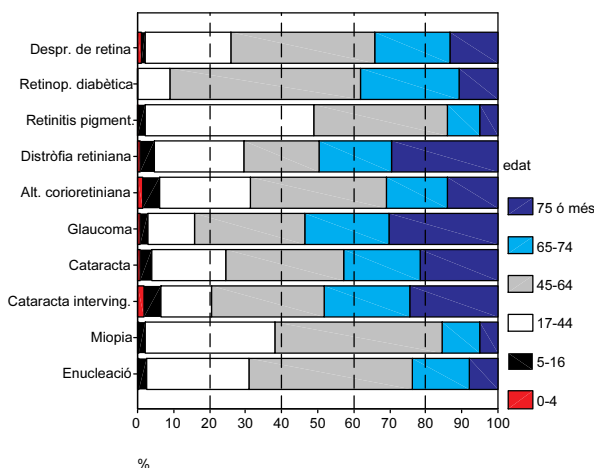
Gràfic 5.3.2. Distribució dels diagnòstics oftalmològics, segons gènere.



6.4.2. Diagnòstics oftalmològics segons edat

La majoria dels diagnòstics oftalmològics es presenten en el grup d'edat de 45 a 64 anys, solament hem de destacar la *retinitis pigmentària* i la *distròfia retiniana* en el grup de 17 a 44 anys. Esmentem també el *glaucoma* que es presenta per igual en el grup de 45 a 64 anys i el de 75 anys o més (taula 5.3.3 i gràfic 5.3.3).

Gràfic 5.3.3. Distribució dels diagnòstics oftalmològics, segons edat.



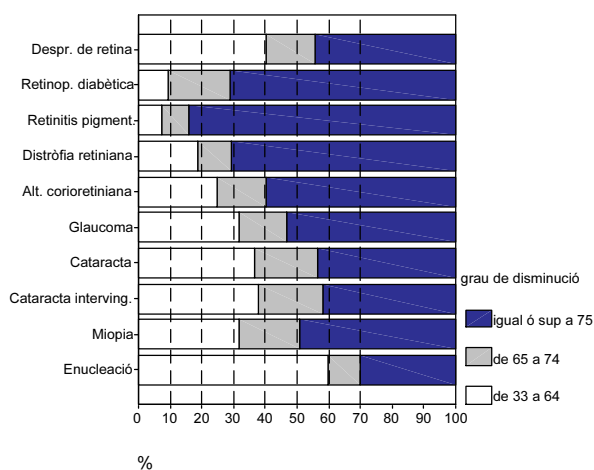
6.4.3. Diagnòstics oftalmològics segons grau de disminució

A la taula 5.3.4 i el gràfic 5.3.4 observem que la majoria dels diagnòstics oftalmològics presenten disminucions molt greus.

L'enucleació, al presentar, segons normativa^a, menys percentatge de valoració, tendeix a situar-se en el grau de disminució més moderat, el fet de que es trobi amb el grup de persones amb disminució, implica que porta associada altres disminucions. Observem també que la majoria dels diagnòstics presenten percentatges relativament alts en les disminucions moderades i molt greus i en canvi presenten percentatges més baixos en disminucions greus.

No hem trobat estudis que valorin aquests aspectes.

Gràfic 5.3.4. Distribució dels diagnòstics oftalmològics, segons grau de disminució.



^a 24% segons barem de l'Ordre Ministerial de 8 de març de 1984 i 14% segons barem del Reial Decret 1971/1999.

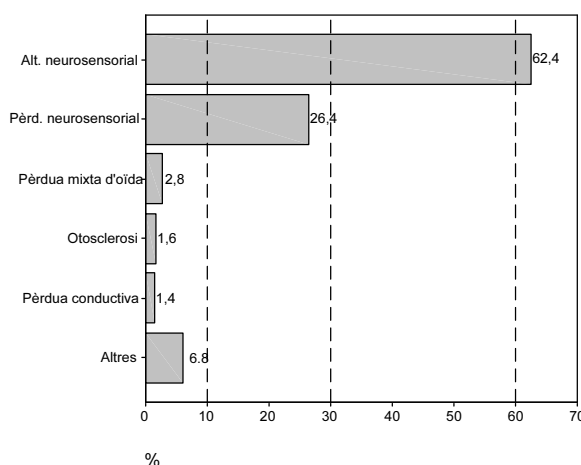
6.5. Otològic^a

Es registren un total de 14074 casos de diagnòstics otològics, distribuïts en divuit diagnòstics diferents, això representa un 5,2% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.4.1a).

D'aquests, hem estudiat els cinc diagnòstics més importants (taula 5.4.1b i gràfic 5.4.1).

Sobresurt el diagnòstic *d'alteració neurosensorial (altres)* amb un 62,4% i *la pèrdua neurosensorial d'oïda* amb un 26,4%.

Gràfic 5.4.1. Distribució dels diagnòstics otològics més freqüents.

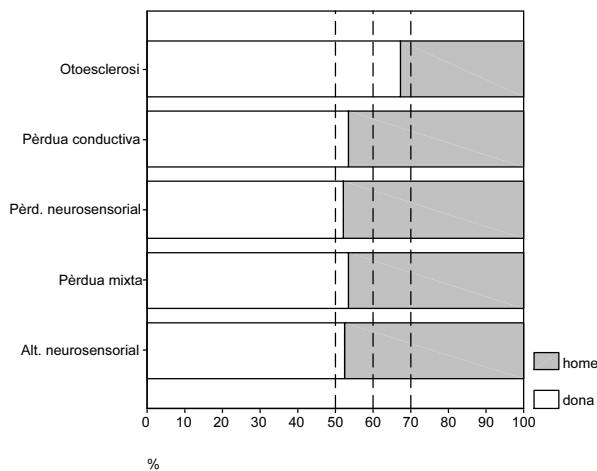


6.5.1. Diagnòstics otològics segons gènere

Tots els diagnòstics otològics predominen més en el gènere femení, essent el més important *l'otosclerosi* amb un 67,3% (taula 5.4.2 i gràfic 5.4.2).

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.4.

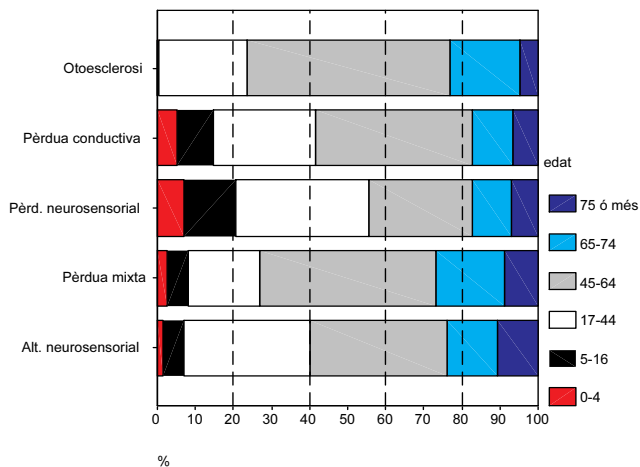
Gràfic 5.4.2. Distribució dels diagnòstics otològics, segons gènere.



6.5.2. Diagnòstics otològics segons edat

La majoria dels diagnòstics otològics es registren en el grup d'edat de 45 a 64 anys, només *la pèrdua neurosensorial d'oïda* predomina en el grup de 17 a 44 anys (35%) (taula 5.4.3 i gràfic 5.4.3).

Gràfic 5.4.3. Distribució dels diagnòstics otològics, segons edat.

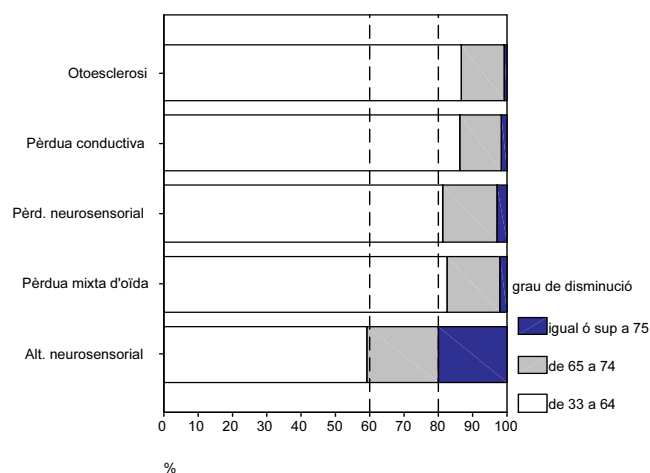


6.5.3. Diagnòstics otològics segons grau de disminució

Hem de tenir en compte que la valoració de la hipoacúsia/sordesa pot presentar com a màxim el 35% o el 40% de disminució, segons normatives. Valors més alts impliquen que hi ha hagut una disminució sobreafegida. A la taula 5.4.4 i al gràfic 5.4.4 veiem que la majoria dels diagnòstics otològics presenten una disminució moderada pel valor atorgat (inferior o igual a 40% de grau de disminució), però en canvi representa una disminució molt greu pel fet d'assolir valors màxims.

No s'han trobat estudis que valorin aquests aspectes.

Gràfic 5.4.4. Distribució dels diagnòstics otològics, segons grau de disminució.



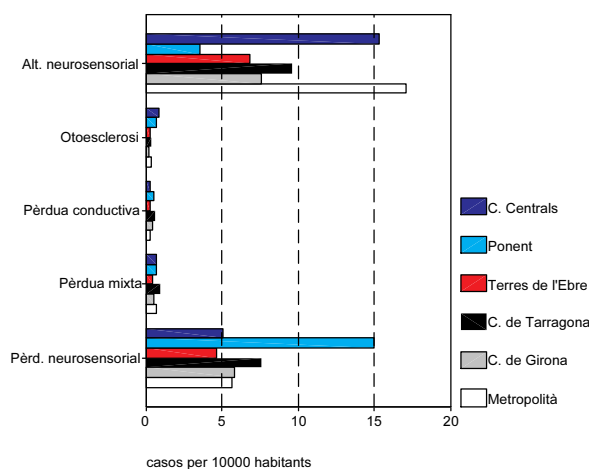
6.5.4. Diagnòstics otològics segons comarca i regions comarcals

A les taules 5.4.5a i 5.4.5b trobem la distribució dels diagnòstics otològics segons comarca i regions comarcals. Predominen les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. La comarca del Segrià sobresurt de la resta.

6.5.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.4.6 i al gràfic 5.4.6 observem que l'àrea Metropolitana és la que presenta una prevalença més alta d'*alteració neurosensorial* (17,06 casos per 10000 habitants). Les comarques del Camp de Tarragona són les que presenten una prevalença més alta de *pèrdua conductiva d'oïda i pèrdua mixta d'oïda* (0,60 i 0,95 casos per 10000 habitants). Les comarques de Ponent presenten més prevalença de *pèrdua neurosensorial* (14,96 casos per 10000 habitants). Les comarques Centrals presenten una prevalença més alta d'*otosclerosi* (0,81 casos per 10000 habitants).

Gràfic 5.4.6. Distribució dels diagnòstics otològics, segons regions comarcals.

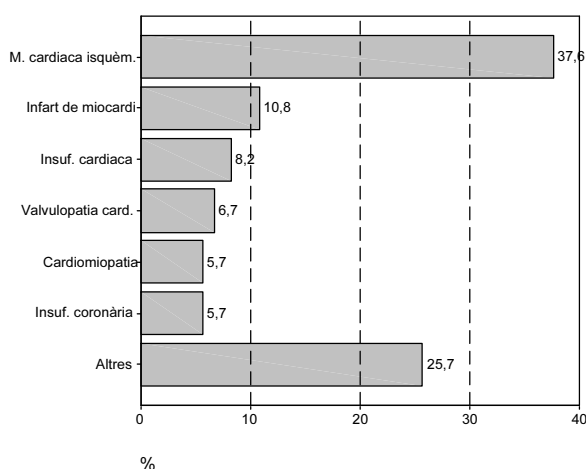


6.6. Cardíac^a

S'han valorat un total de 13150 casos de diagnòstics cardíacs, distribuïts en vint-i-set diagnòstics diferents, això representa un 4,9% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.5.1a).

Hem estudiat els sis diagnòstics més importants (taula 5.5.1b i gràfic 5.5.1). Destaquen els diagnòstics de *malaltia cardíaca isquèmica (altres)* (37,6%) i *l'infart de miocardi* (10,8%). De fet ambdós podrien anar junts, però hem preferit mantenir la codificació original.

Gràfic 5.5.1. Distribució dels diagnòstics cardíacs més freqüents.



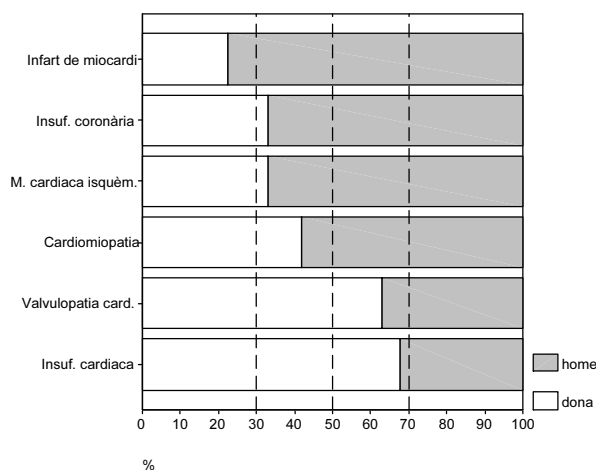
6.6.1. Diagnòstics cardíacs segons gènere

Tots els diagnòstics que fan referència a *trastorns isquèmics* i a *la cardiomiopatia* són més freqüents en el gènere masculí. *La valvulopatia cardíaca intervinguda* i *la insuficiència cardíaca*

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.5.

predominen en el gènere femení. (63,1% i 67,7% respectivament) (taula 5.5.2 i gràfic 5.5.2).

Gràfic 5.5.2. Distribució dels diagnòstics cardíacs, segons gènere.

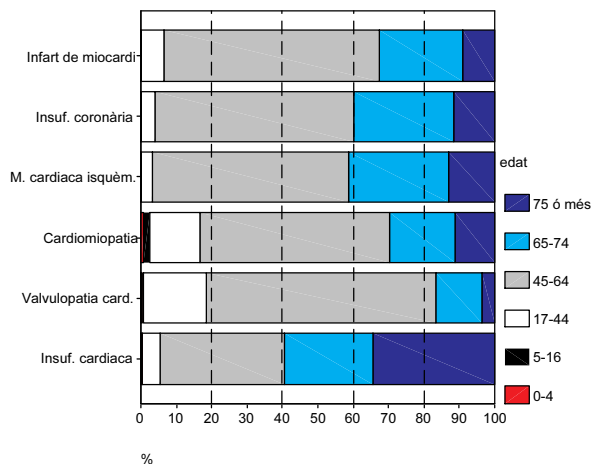


6.6.2. Diagnòstics cardíacs segons edat

La majoria dels diagnòstics cardíacs es presenten amb més freqüència en el grup d'edat de 45 a 64 anys, només la *insuficiència cardíaca* manté percentatges elevats a l'edat de 75 o més (taula 5.5.3 i gràfic 5.5.3).

No s'han trobat estudis que valorin aquests aspectes.

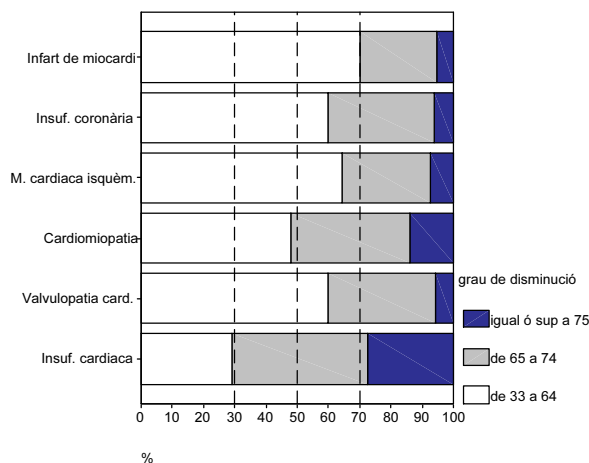
Gràfic 5.5.3. Distribució dels diagnòstics cardíacs, segons edat.



6.6.3. Diagnòstics cardíacs segons grau de disminució

Tots els diagnòstics cardíacs presenten graus de disminució entre 33 i 64. Només la *insuficiència cardíaca* presenta valors de disminució entre 65 i 74 (taula 5.5.4 i gràfic 5.5.4).

Gràfic 5.5.4. Distribució dels diagnòstics cardíacs, segons grau de disminució.



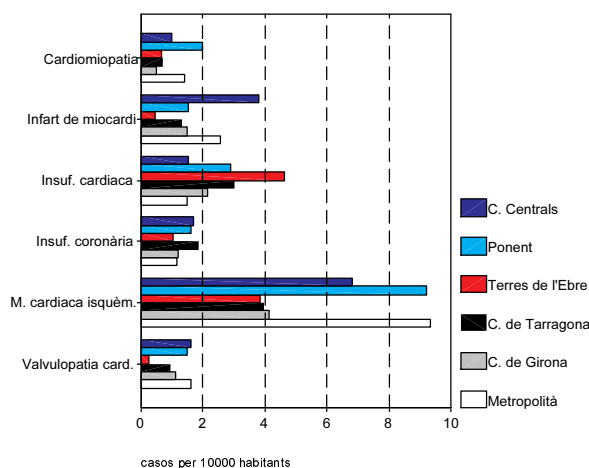
6.6.4. Diagnòstics cardíacs segons comarca i regions comarcals

A les taules 5.5.5a i 5.5.5b representem la distribució dels diagnòstics cardíacs segons comarca i regions comarcals. Predominen les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. La comarca del Bages sobresurt de la resta.

6.6.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.5.6 i al gràfic 5.5.6 observem que l'àrea Metropolitana és la que presenta una prevalença més alta de *malaltia cardíaca isquèmica* (9,34 casos per 10000 habitants). Les comarques del Camp de Tarragona són les que presenten una prevalença més alta d'*insuficiència coronària* (1,85 casos per 10000 habitants). Les Terres de l'Ebre són les que presenten una prevalença més alta d'*insuficiència cardíaca* (4,63 casos per 10000 habitants). Les comarques de Ponent presenten més prevalença de *cardiomiopatia* (1,98 casos per 10000 habitants). Les comarques Centrals presenten una prevalença més alta d'*infart de miocardi* i de *valvulopatia cardíaca intervinguda* (3,79 i 1,61 casos per 10000 habitants).

Gràfic 5.5.6. Distribució dels diagnòstics cardíacs, segons regions comarcals.



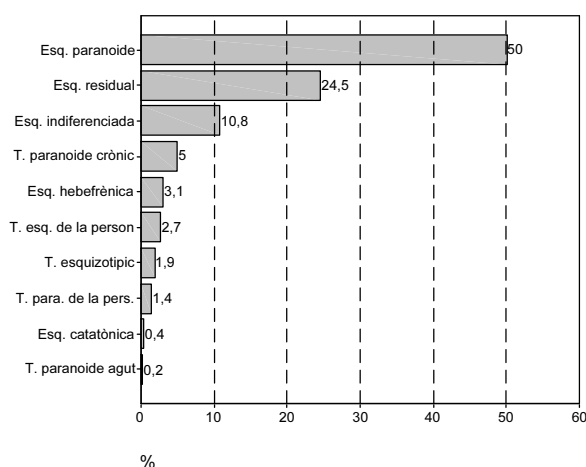
6.7. Esquizofrènia^a

S'han valorat un total de 11593 casos de diagnòstics d'esquizofrènia, distribuïts en deu diagnòstics diferents, això representa un 4,3% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.6.1).

No s'han trobat estudis on es desglossin aquests diagnòstics.

El més freqüent és el diagnòstic *d'esquizofrènia paranoide* amb un 50% seguit de *l'esquizofrènia residual* (24,5%) i *l'esquizofrènia indiferenciada* (10,8%).

Gràfic 5.6.1. Distribució dels trastorns esquizofrènics més freqüents.

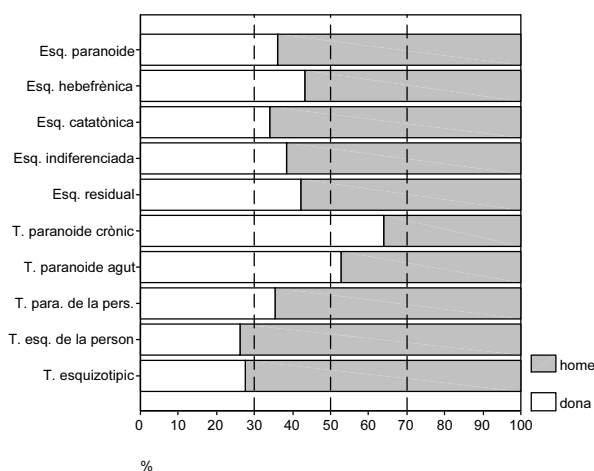


6.7.1. Diagnòstics d'esquizofrènia segons gènere

Tots els diagnòstics d'esquizofrènia predominen en el gènere masculí. Només el *trastorn paranoide crònic* i el *trastorn paranoide agut* predominen en el gènere femení (64% i 52,6%) (taula 5.6.2 i gràfic 5.6.2).

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.6.

Gràfic 5.6.2. Distribució dels trastorns esquizofrènics, segons gènere.

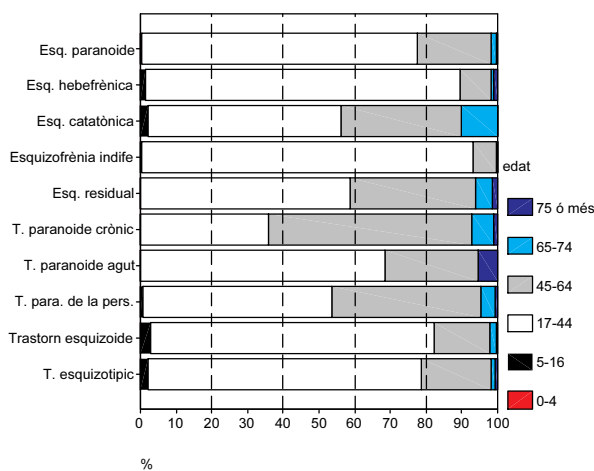


6.7.2. Diagnòstics d'esquizofrènia segons edat

La majoria dels diagnòstics d'esquizofrènia es registren en el grup d'edat de 17 a 44 anys, només *el trastorn paranoide crònic* és més freqüent a l'edat de 45 a 64 anys (taula 5.6.3 i gràfic 5.6.3).

La Base de Dades Estatal obté el grup esquizofrènic més freqüent a edats més avançades (35 a 64 anys).

Gràfic 5.6.3. Distribució dels diagnòstics d'esquizofrènia, segons edat.

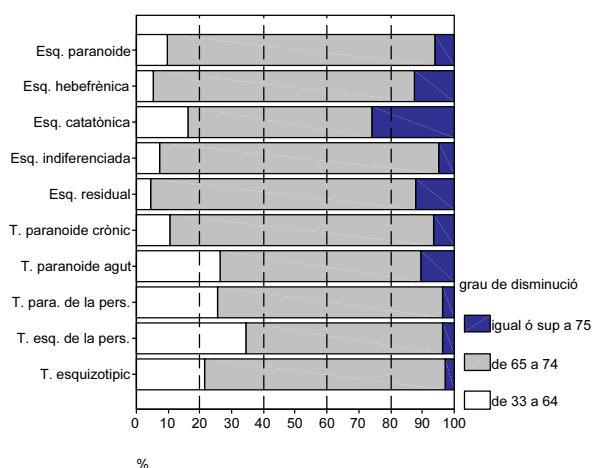


6.7.3. Diagnòstics d'esquizofrènia segons grau de disminució

La majoria dels diagnòstics d'esquizofrènia presenten graus de disminució greu (entre 65 i 74) (taula 5.6.4 i gràfic 5.6.4).

No s'han trobat estudis que valorin aquests aspectes.

Gràfic 5.6.4. Distribució dels trastorns esquizofrènics, segons grau de disminució.



6.7.4. Diagnòstics d'esquizofrènia segons comarca i regions comarcals

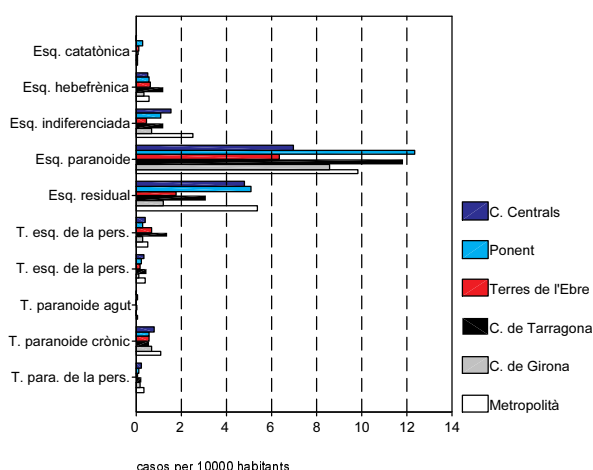
A les taules 5.6.5a i 5.6.5b representem la distribució dels diagnòstics d'esquizofrènia segons comarca i regions comarcals. Predominen les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. Les comarques del Baix Camp, Tarragonès i Maresme també presenten una incidència més alta que la resta.

6.7.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.6.6 i al gràfic 5.6.6 observem que l'àrea Metropolitana és la que presenta una prevalença més alta

d'esquizofrènia paranoide (9,82 casos per 10000 habitants), esquizofrènia residual (5,37), esquizofrènia indiferenciada (2,52), trastorn paranoide crònic (1,10) i trastorn paranoide de la personalitat (0,32). Les comarques del Camp de Tarragona són les que presenten una prevalença més alta d'esquizofrènia hebefrènica (1,22), trastorn esquizoide de la personalitat (1,38), trastorn esquizotípic de la personalitat (0,43) i trastorn paranoide agut (0,05). Les comarques de Ponent presenten més prevalença d'esquizofrènia paranoide (12,36) i d'esquizofrènia catatònica (0,30).

Gràfic 5.6.6. Distribució dels trastorns esquizofrènics, segons regions comarcals.



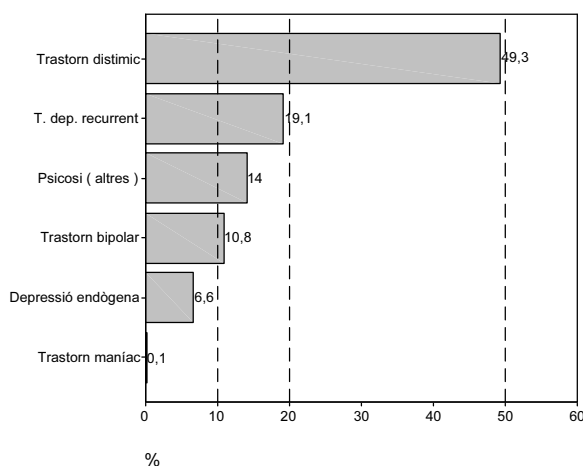
6.8. Depressió i trastorn bipolar^a

S'han valorat un total de 10442 casos de diagnòstics de depressió i trastorn bipolar, distribuïts en sis diagnòstics diferents, això representa un 3,9% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.7.1).

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.7.

Sobresurt el diagnòstic de *trastorn distímic* amb un 49,3% i amb menys percentatge de *trastorn depressiu recurrent* (19,1%).

Gràfic 5.7.1. Distribució dels diagnòstics depressió i trastorn bipolar

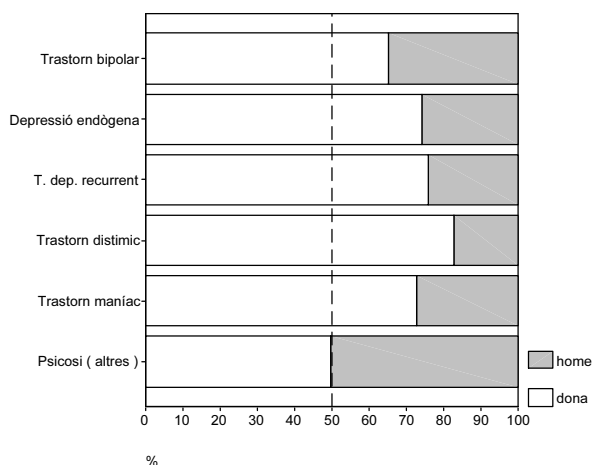


6.8.1. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons gènere

La majoria els diagnòstics de *depressió* i *trastorn bipolar* són més freqüents en el gènere femení. Només *la psicosi* (altres) és un xic més freqüent en el gènere masculí, però poc significatiu (50,4%) (taula 5.7.2 i gràfic 5.7.2).

Aquestes dades no difereixen de la Base de Dades Estatal.

Gràfic 5.7.2. Distribució dels diagnòstics depressió i trastorn bipolar, segons gènere

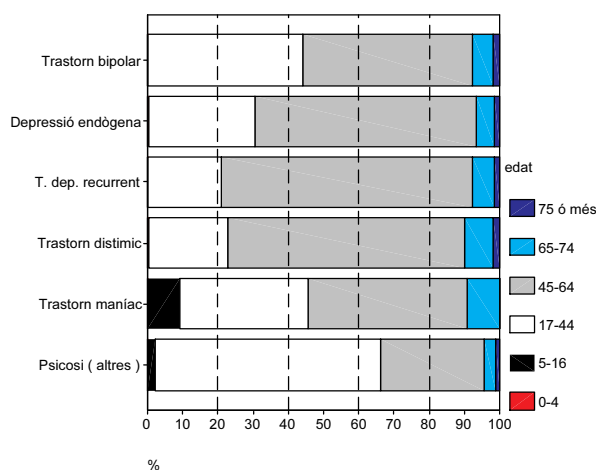


6.8.2. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons edat

La majoria dels diagnòstics de *depressió* i *trastorn bipolar* es presenten en el grup d'edat de 45 a 64 anys, només la *psicosi (altres)* es presenta en edats inferiors (de 17 a 44 anys) (taula 5.7.3 i gràfic 5.7.3).

Aquests resultats coincideixen amb la Base de Dades Estatal.

Gràfic 5.7.3. Distribució dels diagnòstics depressió i trastorn bipolar, segons edat

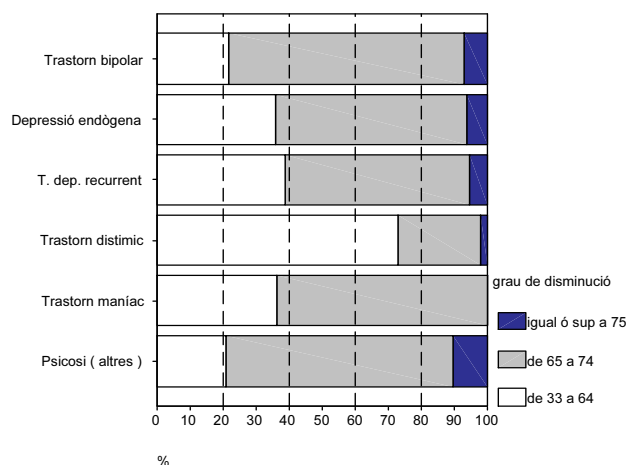


6.8.3. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons grau de disminució

Tots els diagnòstics d'aquest grup presenten percentatges més alts en graus de disminució greu (entre 65 i 74), tant sols el *trastorn distímic* registra una alta freqüència de disminucions moderades (33 a 64) (taula 5.7.4 i gràfic 5.7.4).

No s'han trobat estudis que valorin aquest aspecte.

Gràfic 5.7.4. Distribució dels diagnòstics esquizofrènics, segons grau de disminució.



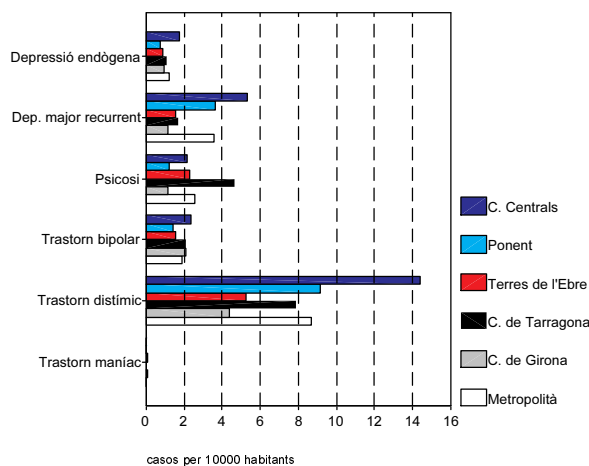
6.8.4. Diagnòstics depressió i trastorn bipolar segons comarca i regions comarcals

A les taules 5.7.5a i 5.7.5b observem la distribució dels diagnòstics de *depressió i trastorn bipolar* segons comarca i regions comarcals. Les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana són les que presenten més valoracions. Les comarques del Bages i del Baix Camp també presenten una incidència més alta que la resta.

6.8.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.7.6 i al gràfic 5.7.6 observem que les comarques Centrals són les que obtenen una prevalença més alta de *depressió endògena* (1,76 casos per 10000 habitants), *depressió major recurrent* (5,31), *trastorn bipolar* (2,37) i *trastorn distímic* (14,38). Les comarques del Camp de Tarragona són les que presenten una prevalença més alta de *psicosi* (4,64). Les Terres de l'Ebre presenten més prevalença de *trastorn maníac* (0,06).

Gràfic 5.7.6. Distribució dels diagnòstics depressió i trastorn bipolar, segons regions comarcals.



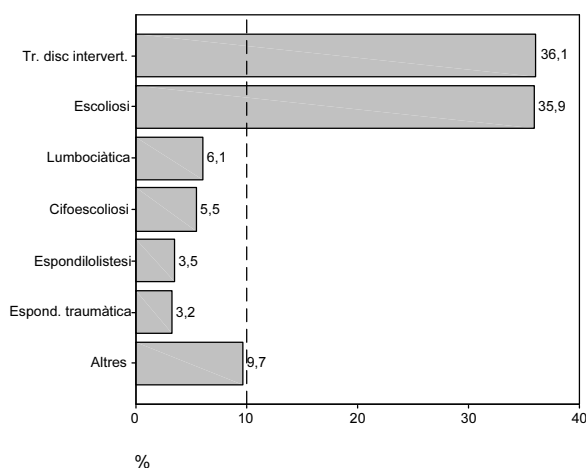
6.9. Columna^a

S'han avaluat un total de 8205 casos de diagnòstics de columna, distribuïts en divuit diagnòstics diferents. Això representa un 3,1% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual a 33% (taula 5.8.1a).

Hem estudiat els sis diagnòstics més importants (taula 5.8.1b i gràfic 5.8.1).

Destaquen els diagnòstics de *trastorn del disc intervertebral* i *escoliosi* amb un 36,1% i un 35,9% respectivament.

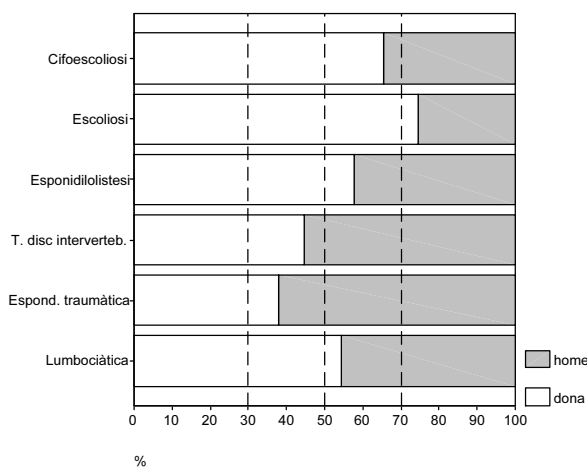
^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.8.

Gràfic 5.8.1. Distribució dels diagnòstics de columna més freqüents.

6.9.1. Diagnòstics de columna segons gènere

La *cifoescoliosi*, l'*escoliosi*, l'*espondilolistesi* i la *lumbociàtica* predominen en el gènere femení. El *trastorn del disc intervertebral* i l'*espondilopatia traumàtica* predominen en el gènere masculí (taula 5.8.2 i gràfic 5.8.2).

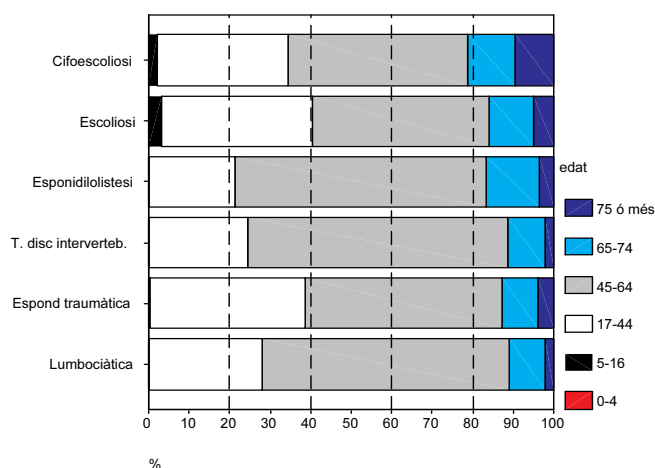
No s'han trobat estudis que desglossin la patologia específica de la columna vertebral.

Gràfic 5.8.2. Distribució dels diagnòstics de columna, segons gènere.

6.9.2. Diagnòstics de columna segons edat

Tots els diagnòstics de columna s'han valorat, en gran part, en el grup d'edat de 45 a 64 anys (taula 5.8.3 i gràfic 5.8.3). L'escoliosi i l'espondilopatia traumàtica destaquen també en el grup d'edat de 17 a 44 anys.

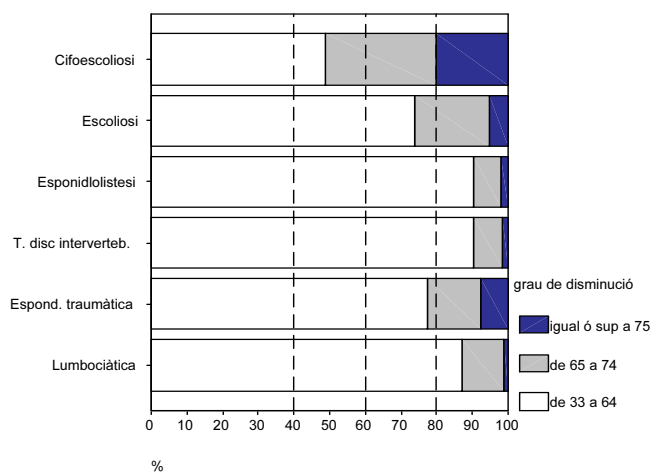
Gràfic 5.8.3. Distribució dels diagnòstics de columna, segons edat.



6.9.3. Diagnòstics de columna segons grau de disminució

La majoria dels diagnòstics de columna presenten graus de disminució moderada (entre 33 i 64) (taula 5.8.4 i gràfic 5.8.4). Només la *cifoescoliosi* presenta un percentatge més alt en disminucions greus.

Gràfic 5.8.4. Distribució dels diagnòstics de columna, segons grau de disminució.



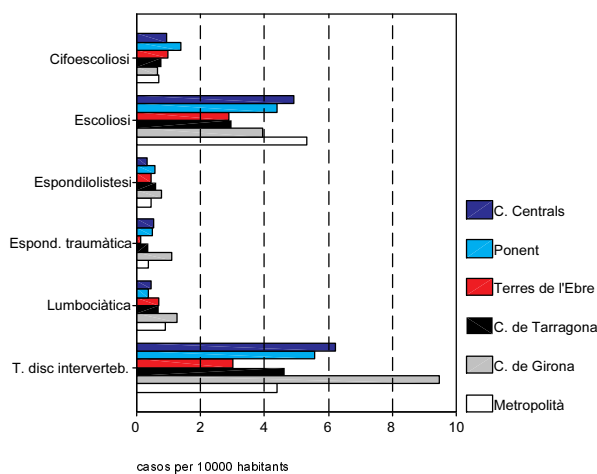
6.9.4. Diagnòstics de columna segons comarca i regions comarcals

A les taules 5.8.5a i 5.8.5b trobem la distribució dels diagnòstics de columna segons comarca i regions comarcals. Predominen les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut. Les comarques del Bages, Baix Camp, Gironès, Maresme i Segrià obtenen més nombre de valoracions que la resta.

6.9.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.8.6 i al gràfic 5.8.6 observem que l'àrea Metropolitana és la que presenta una prevalença més alta d'*escoliosi* (5,32 casos per 10000 habitants). Les comarques de Girona són les que presenten una prevalença més alta d'*espondilolistesi* (0,77), *espondilopatia traumàtica* (1,09), *lumbociàtica* (1,28) i *trastorn del disc intervertebral* (9,46). Les comarques de Ponent presenten més prevalença de *cifoescoliosi* (1,39).

Gràfic 5.8.6. Distribució dels diagnòstics de columna.



6.10. Alteracions de la immunitat^a

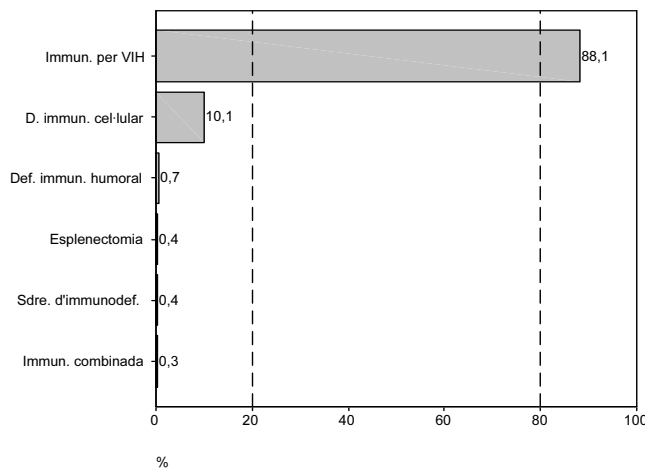
S'han valorat un total de 3170 casos de diagnòstics d'alteració de la immunitat, distribuïts en sis diagnòstics diferents. Això representa un 1,2% dels diagnòstics amb reconeixement de disminució superior o igual al 33% (taula 5.9.1).

Destaquen els diagnòstics *d'immunodeficiència per VIH* (88,1%) i *de deficiència de la immunitat cel·lular* (10,1%).

Aquestes dades no difereixen de la Base de Dades Estatal.

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 5.9.

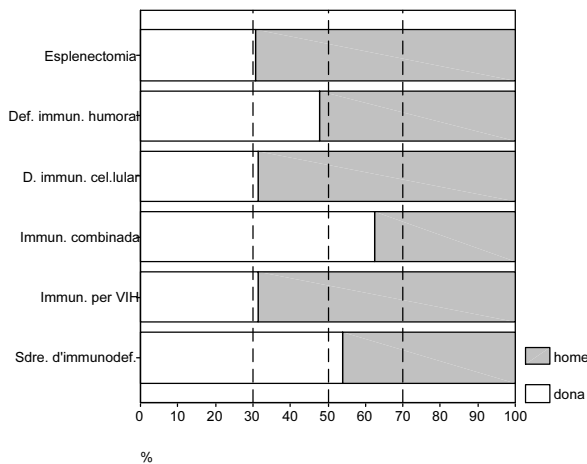
Gràfic 5.9.1. Distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat.



6.10.1. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons gènere

L'esplenectomia, la deficiència de la immunitat humoral, la deficiència de la immunitat cel·lular i la immunodeficiència per VIH és més freqüent en l'home. La immunodeficiència combinada i la síndrome d'immunodeficiència és més freqüent en la dona (taula 5.9.2 i gràfic 5.9.2).

Gràfic 5.9.2. Distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat, segons gènere.

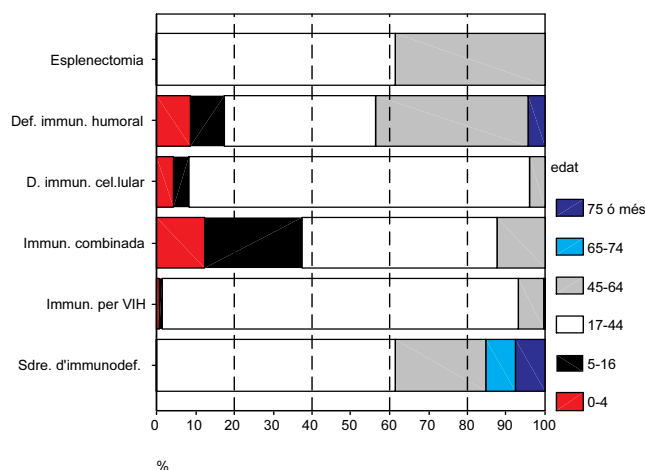


6.10.2. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons edat

Tots els diagnòstics d'alteració de la immunitat, i sobretot els que fan referència al VIH, s'han valorat en el grup d'edat de 17 a 44 anys. Tan sols es registra un percentatge equivalent en la *deficiència de la immunitat humoral* en el grup d'edat de 45 a 64 anys (taula 5.9.3 i gràfic 5.9.3).

Respecte al VIH les dades no difereixen de la Base de Dades Estatal. De la resta d'estudis no ha estat possible obtenir la informació.

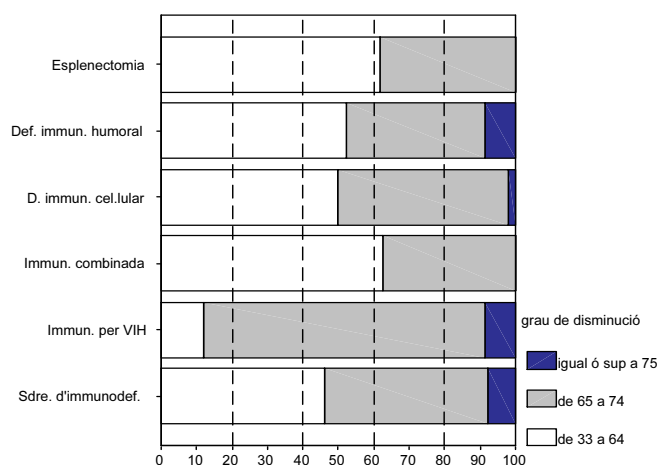
Gràfic 5.9.3. Distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat, segons edat.



6.10.3. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons grau de disminució

Els diagnòstics *d'esplenectomia*, *deficiència de la immunitat humoral*, *deficiència de la immunitat cel·lular* i *immunodeficiència combinada* presenten disminucions moderades (de 33 a 64). La *immunodeficiència per VIH* presenta disminucions greus (de 65 a 74). La *síndrome d'immunodeficiència* presenta la mateixa distribució entre els grups de disminució moderada i greu (taula 5.9.4 i gràfic 5.9.4).

Gràfic 5.9.4. Distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat, segons grau de disminució.



6.10.4. Diagnòstics d'alteració de la immunitat segons comarca i regions comarcals

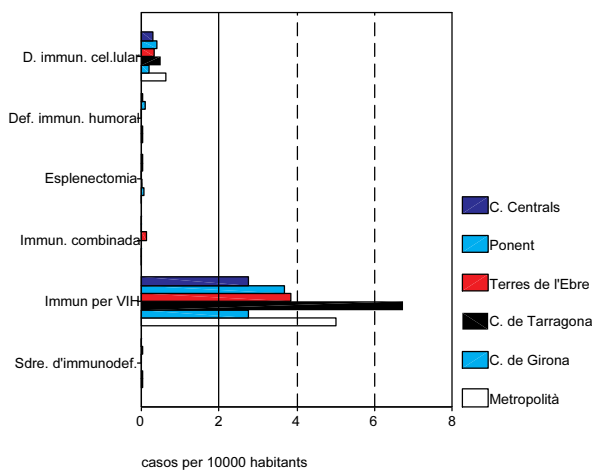
A les taules 5.9.5a i 5.9.5b trobem la distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat segons comarca i regions comarcals. Predominen les comarques de l'àrea i la regió Metropolitana en nombre absolut.

6.10.5. Prevalença segons regions comarcals

A la taula 5.9.6 i al gràfic 5.9.6 observem que l'àrea Metropolitana és la que presenta una prevalença més alta de *deficiència de la immunitat cel·lular* (0,62 casos per 10000 habitants) i *síndrome d'immunodeficiència* (0,03). Les comarques de Girona són les que presenten una prevalença més alta d'*esplenectomia* (0,06). Les comarques del Camp de Tarragona presenten més prevalença d'*immunodeficiència per VIH* (6,73). Les comarques de les Terres de l'Ebre presenten més prevalença d'*immunodeficiència combinada* (0,13) i les comarques de Ponent obtenen més prevalença de

deficiència de la immunitat humoral (0,09) i síndrome d'immunodeficiència (0,03).

Gràfic 5.9.6. Distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat.



Estudi descriptiu de les etiologies de les persones amb certificat de disminució a Catalunya^a

Hem de saber que en molts casos l'obtenció de dades mitjançant la història clínica o els informes aportats per la persona valorada no ens permeten precisar amb exactitud l'origen de les deficiències descrites. Igualment com passava amb els diagnòstics, les etiologies no estan descrites en la normativa de valoració, ni tampoc ens informen sobre el grau de valoració. Sí ens permeten, però, obtenir informació de quina ha estat la causa de la deficiència.

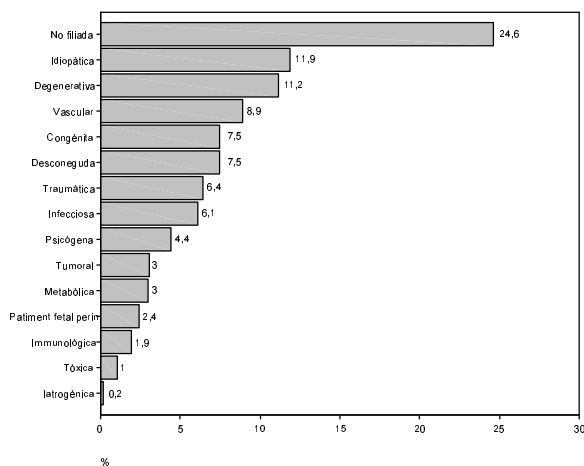
A les etiologies podrem comparar la Base de Dades Estatal i l'estudi de les Illes Balears.

1. Freqüències

Hem de destacar a la taula 6.1 i al gràfic 6.1 l'alt percentatge d'etiologia *no filiada* (24,6%), l'etiologia *idiopàtica* representa un 11,9% dels casos i la *degenerativa* 11,2%. L'etiologia *vascular* representa el 8,9%, i la *congenita* i la *desconeguda* un 7,5% cadascuna. La *traumàtica* un 6,4%, la *infecciosa* un 6,1%, la *psicògena* un 4,4%, la *tumoral* i la *metabòlica* un 3% cadascuna, el *patiment fetal perinatal* un 2,4%, la *immunològica* un 1,9%, la *tòxica* un 1% i la *iatrogènica* un 0,2%.

^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 6.

Gràfic 6.1. Distribució de les etiologies.



A l'estudi de les Illes Balears ens trobem en primer terme amb un 25,1% d'etiologies *no filiades* – *desconegudes*. Un 15,9% d'etiologies les *degeneratives*. Un 13,3% d'etiologies *idiopàtiques* i un 10,6% d'etiologies *congènites*. Un 8,1% en les *traumàtiques*. Un 6,8% en les *infeccioses*. 6% en les *vasculars*. Un 3,2% en les *psicògenes*. Un 3,1% en les *metabòliques*. Un 3% en les *tumorals*. Un 2,3% en el *patiment fetal perinatal*. Un 1,5% en les *immunològiques*. Un 0,8% en les *tòxiques* i un 0,3% en la *iatrogèniques*.

A la Base de Dades Estatal destaca principalment, en primer lloc la *degenerativa* (18,4%), la *no filiada* 17,8%, la *vascular* (9,1%), la *idiopàtica* (8,5%), la *congènita* (8,5%), la *traumàtica* (7,2%), la *infecciosa* (7%) i la *desconeguda* (6,6%).

Adjuntem la següent taula per a facilitar la comparació amb els diferents estudis:

	Catalunya	%	Estudi IBAS	%	Dades Estatals	%
	1970-2003		1970-1999		1970-1999	
E T I O L O G I E S	No filiada	24,6	No filiada	25,1	Degenerativa	18,4
	Idiopàtica	11,9	Desconeguda		No filiada	17,8
	Degenerativa	11,2	Degenerativa	15,9	Vascular	9,1
	Vascular	8,9	Idiopàtica	13,3	Idiopàtica	8,5
	Congènita	7,5	Congènita	10,6	Congènita	8,5
	Desconeguda	7,5	Traumàtica	8,1	Traumàtica	7,2
	Traumàtica	6,4	Infeciosa	6,8	Infeciosa	7
	Infeciosa	6,1	Vascular	6	Desconeguda	6,6
	Psicògena	4,4	Psicògena	3,2	Psicògena	3,9
	Tumoral	3	Metabòlica	3,1	Tumoral	3,4
	Metabòlica	3	Tumoral	3	Metabòlica	3,4
	Patiment fetal perinatal	2,4	Patiment fetal perinatal	2,3	Patiment fetal perinatal	2,6
	Immunològica	1,9	Immunològica	1,5	Immunològica	1,8
Tòxica	1	Tòxica	0,8	Tòxica	1,5	
Iatrogènica	0,2	Iatrogènica	0,3	Iatrogènica	0,4	

2. Etiologies segons gènere

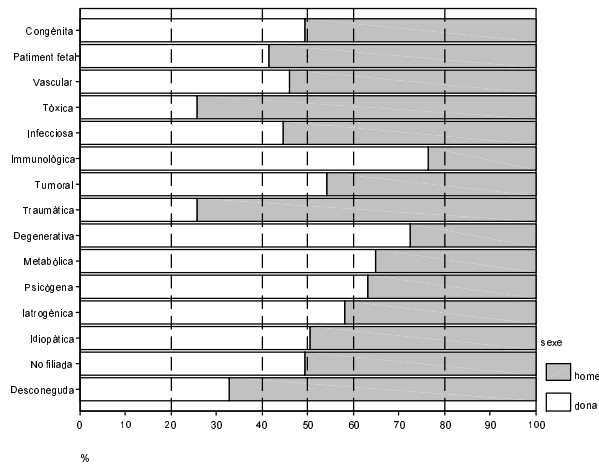
Pel que fa a la distribució dels gèneres en les diferents etiologies (taula 6.2 i gràfic 6.2), ens trobem que en el gènere femení són més freqüents les etiologies:

<i>Immunològica</i>	76,4%
<i>Degenerativa</i>	72,4%
<i>Metabòlica</i>	64,7%
<i>Psicògena</i>	63,1%
<i>Iatrogènica</i>	58,2%
<i>Tumoral</i>	54%
<i>Idiopàtica</i>	50,5%

En el gènere masculí es presenten amb més freqüència les etiologies:

<i>Tòxica</i>	74,4%
<i>Traumàtica</i>	74,4%
<i>Desconeguda</i>	67,3%
<i>Patiment fetal perinatal</i>	58,5%
<i>Infeciosa</i>	55,6%
<i>Vascular</i>	54,2%
<i>No filiada</i>	50,7%
<i>Congènita</i>	50,6%

Gràfic 6.2. Distribució de les etiologies, segons gènere.



Aquestes dades no difereixen significativament de la Base de Dades Estatal.

3. Etiologies segons edat

A la taula 6.3 i al gràfic 6.3 observem la distribució de les etiologies segons l'edat. Recordem que l'edat va en funció de la data de l'última valoració i no fa referència a la data d'instauració de la disminució.

Així tenim que a l'edat de 0 a 4 anys predominen les etiologies:

<i>Congènita</i>	10,3%
<i>Patiment fetal perinatal</i>	8,3%

A l'edat de 5 a 16 anys predominen les etiologies:

<i>Patiment fetal perinatal</i>	23,2%
<i>Congènita</i>	18,8%

A l'edat de 17 a 44 anys predominen les etiologies:

<i>Patiment fetal perinatal</i>	60,3%
<i>Infeciosa</i>	53%
<i>Congènita</i>	49,6%
<i>Traumàtica</i>	46,7%
<i>Idiopàtica</i>	45,4%

A l'edat de 45 a 64 anys predominen les etiologies:

<i>Desconeguda</i>	59,9%
<i>Tumoral</i>	55%
<i>Immunològica</i>	54,3%
<i>Metabòlica</i>	53%
<i>Tòxica</i>	51,3%

A l'edat de 65 a 74 anys predominen les etiologies:

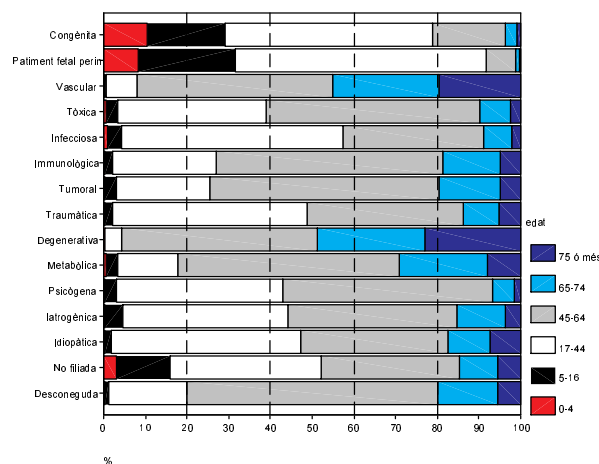
<i>Degenerativa</i>	25,6%
<i>Vascular</i>	25,5%

A l'edat de 75 o més anys predominen les etiologies:

<i>Degenerativa</i>	23,1%
<i>Vascular</i>	19,6%

A la Base de Dades Estatal les etiologies *infecciosa* i *traumàtica* tendeixen a aparèixer a edats més avançades (45 a 64 anys).

Gràfic 6.3. Distribució de les etiologies, segons edat.



En el cas de les etiologies, hem analitzat també si la distribució segons edat presentava diferències entre gèneres. En cada grup d'edat hem observat algunes diferències importants. Així amb les taules 6.4 i 6.5 i els gràfics 6.4 i 6.5, trobem diferències segons gèneres en els següents^a:

^a Els percentatges expressen el tant per cent de casos per cada grup d'etiologia, segons gènere.

En el grup d'edat de 0 a 4 anys:

<i>Congènita</i>	(9,6% ♀ per 11% ♂)
<i>Tòxica</i>	(1,3% ♀ per 0,4% ♂)
<i>No filiada</i>	(2% ♀ per 4% ♂)

En el grup d'edat de 5 a 16 anys:

<i>Congènita</i>	(16,2% ♀ per 21,4% ♂)
<i>Tòxica</i>	(4,1% ♀ per 2,3% ♂)
<i>Immunològica</i>	(1,1% ♀ per 3,6% ♂)
<i>Metabòlica</i>	(2,1% ♀ per 4,3% ♂)
<i>Psicògena</i>	(1,1% ♀ per 5,3% ♂)
<i>Iatrogènica</i>	(2,7% ♀ per 5,9% ♂)
<i>Idiopàtica</i>	(1% ♀ per 2,1% ♂)
<i>No filiada</i>	(9,6% ♀ per 16,2% ♂)

En el grup d'edat de 17 a 44 anys:

<i>Congènita</i>	(47,3% ♀ per 51,7% ♂)
<i>Tòxica</i>	(43,3% ♀ per 32,9% ♂)
<i>Infeciosa</i>	(46,2% ♀ per 58,5% ♂)
<i>Traumàtica</i>	(36,7% ♀ per 50,2% ♂)
<i>Metabòlica</i>	(11,6% ♀ per 19,9% ♂)
<i>Psicògena</i>	(31,% ♀ per 55,1% ♂)
<i>Iatrogènica</i>	(35% ♀ per 46,5% ♂)
<i>Idiopàtica</i>	(36,9% ♀ per 54,1% ♂)

En el grup d'edat de 45 a 64 anys:

<i>Congènita</i>	(21,7% ♀ per 13,4% ♂)
------------------	-----------------------

<i>Tòxica</i>	(44,1% ♀ per 53,8% ♂)
<i>Infeciosa</i>	(39,1% ♀ per 29,9% ♂)
<i>Psicògena</i>	(59,1% ♀ per 35,6% ♂)
<i>Iatrogènica</i>	(47,3% ♀ per 31% ♂)
<i>Idiopàtica</i>	(41,8% ♀ per 28,5% ♂)
<i>Desconeguda</i>	(52,1% ♀ per 63,7% ♂)

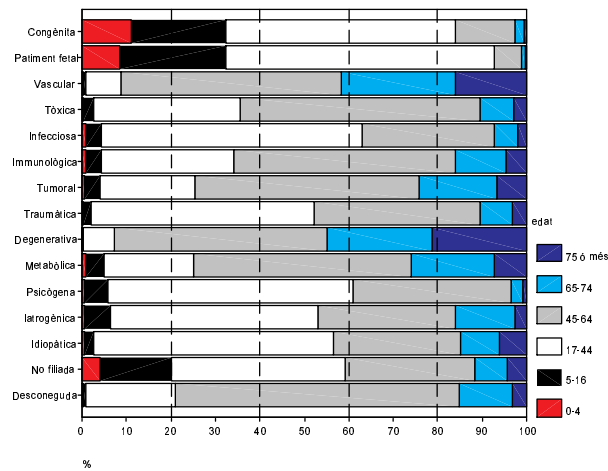
En el grup d'edat de 65 a 74 anys:

<i>Congènita</i>	(3,6% ♀ per 1,9% ♂)
<i>Psicògena</i>	(6,7% ♀ per 2,7% ♂)
<i>Desconeguda</i>	(20,3% ♀ per 11,9% ♂)

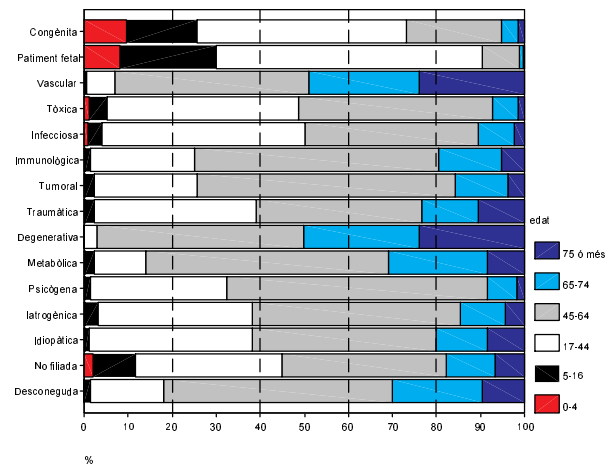
En el grup d'edat de 75 anys o més:

<i>Congènita</i>	(1,5% ♀ per 0,6% ♂)
<i>Vascular</i>	(23,9% ♀ per 15,9% ♂)
<i>Tòxica</i>	(1,5% ♀ per 2,9% ♂)
<i>Tumoral</i>	(3,7% ♀ per 6,7% ♂)
<i>Traumàtica</i>	(10,6% ♀ per 3,3% ♂)
<i>Psicògena</i>	(1,9% ♀ per 0,7% ♂)
<i>Desconeguda</i>	(9,6% ♀ per 3,3% ♂)

Gràfic 6.4. Distribució de les etiologies, segons edat, en els homes.



Gràfic 6.5. Distribució de les etiologies, segons edat, en les dones.



A la Base de Dades Estatal l'etiologia tòxica segons gènere es troba en un 50% en ambdós gèneres a l'edat de 45 a 64 anys, mentre que els nostres resultats presenten una proporció diferent. La resta de dades no presenten diferències.

4. Etiologies segons grau de disminució

A l'igual com passava amb els diagnòstics, la distribució de les etiologies respecte al grau de disminució és també una dada difícil d'analitzar. Segons normativa la valoració ve condicionada per les diferents deficiències valorades. No es tenen en compte les etiologies a l'hora de graduar la disminució, si no que, com ja hem dit, es descriuen les diferents deficiències amb la seva puntuació. L'etiologia i el diagnòstic recolzen a la deficiència, però no donen informació per elles mateixes del grau valorat. Així doncs i repetint conceptes, la deficiència dóna idea del grau, el diagnòstic i l'etiologia informació de la causa.

A la taula 6.6 i al gràfic 6.6 trobem la distribució de l'etiologia, segons grau de disminució.

A l'igual com passava amb les deficiències i els diagnòstics, la majoria de les etiologies es troben en l'interval de les disminucions moderades (de 33 a 64 de grau de disminució). Observem, però, que:

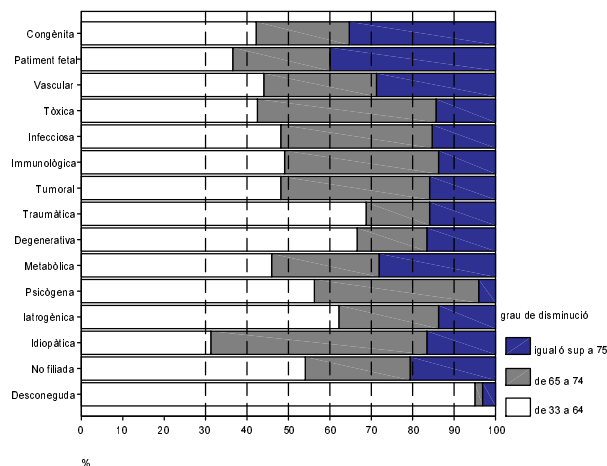
Presenten disminució greu (entre 65 a 74) les etiologies:

<i>Tòxiques</i>	43%
<i>Idiopàtiques</i>	52,2%

Presenten disminució molt greu (de 75 o més), les etiologies:

<i>Patiment fetal perinatal</i>	40%
---------------------------------	-----

Gràfic 6.6. Distribució de les etiologies, segons grau de disminució.



5. Etiologia per comarques

Dins de la distribució de l'etiologia per comarques, destacarem les que tenen un percentatge més elevat en relació a la resta, si més no, podem consultar la taula 6.7a per a buscar les dades més detalladament. Al no poder disposar del cens comarcal de la meitat del període 1975–2002, no ens ha estat possible calcular la prevalença per comarques. Per tant hem descrit els percentatges d'etiologia en cada comarca, així podem veure quina distribució presenten en cada àrea comarcal. Destacarem, però, els trets més importants:

Les comarques que presenten un percentatge *d'etiologia congènita* més alta són:

Solsonès	15,7%
Garrotxa	11,7%

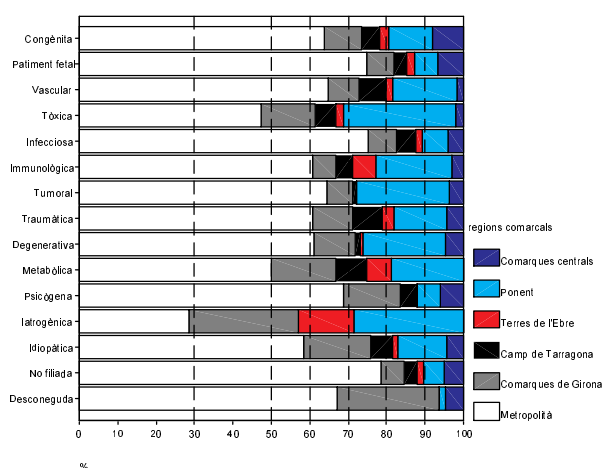
	Segarra	11,5%
	Vall d'Aran	11,4%
	Pallars Sobirà	11,2%
<i>De patiment fetal perinatal:</i>		
	Garrotxa	5%
	Ripollès	4,4%
<i>Vascular:</i>		
	Berguedà	2,2%
	Pallars Jussà	11,9%
	Priorat	10,6%
	Garrigues	10,1%
<i>Tòxica:</i>		
	Alta Ribagorça	9,5%
<i>Infeciosa</i>		
	Cerdanya	7,3%
	Alt Urgell	7%
	Alt Camp	6,8%
<i>Immunològica:</i>		
	Segarra	3,1%
	Alt Urgell	2,7%
<i>Tumoral</i>		
	Pla d'Urgell	4,9%
	Garrigues	4,8%
	Urgell	4,2%
	Segrià	4,1%

	Alt Urgell	3,9%
<i>Traumàtica</i>		
	Alta Ribagorça	14,2%
	Vall d'Aran	12,4%
	Pallars Jussà	11,3%
	Pla de l'Estany	11%
<i>Degenerativa</i>		
	Pallars Sobirà	23,4%
	Berguedà	21,3%
	Pallars Jussà	19%
	Pla d'Urgell	18,4%
<i>Metabòlica</i>		
	Montsià	5,7%
	Baix Ebre	5,2%
	Conca de Barberà	5,1%
	Alt Camp	4,8%
<i>Psicògena</i>		
	Bages	6,8%
	Berguedà	6,4%
	Alt Camp	5%
	Baix Penedès	5%
<i>Iatrogènica</i>		
	Cap comarca a destacar.	
<i>Idiopàtica</i>		
	Barcelonès	13,7%
	Terra Alta	13,1%

	Garrigues	12,5%
	Maresme	12,4%
<i>No filiada</i>	Baix Camp	33%
	Pla de l'Estany	31%
	Garrotxa	28,7%
	Baix Empordà	28,2%
<i>Desconeguda</i>	Anoia	12,6%
	Baix Llobregat	12%
	Vallès Occidental	9,2%

Un cop revisades les comarques anem a veure les etiologies per regions comarcals. En nombre absolut, la incidència més alta en totes les etiologies correspon a la regió Metropolitana (taula 6.7b i gràfic 6.7).

Gràfic 6.7. Distribució de les etiologies, segons regions comarcals.



En aquest cas, igual com hem fet a les deficiències, sí podem calcular la prevalença en el període 1975–2002 (taula 6.8 i gràfics 6.8a i 6.8b).

Observem que les comarques de Ponent presenten una prevalença més alta respecte les altres regions en les següents etiologies (nombre de casos per 10000 habitants):

<i>Congènita</i>	49,4
<i>Degenerativa</i>	92,85
<i>Iatrogènica</i>	1,57
<i>Immunològica</i>	11,74
<i>Infecçiosa</i>	30,60
<i>Traumàtica</i>	43,93
<i>Tumoral</i>	21,17
<i>Vascular</i>	48,72

Les comarques del Camp de Tarragona presenten una prevalença més alta en etiologia:

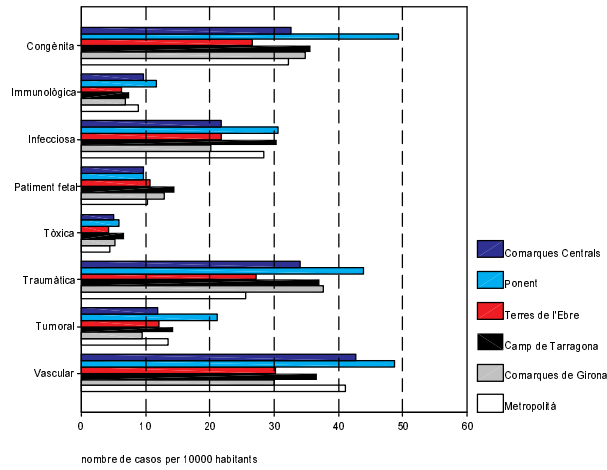
<i>No filiada</i>	147,27
<i>Patiment fetal perinatal</i>	14,53

Les comarques Centrals presenten una prevalença més alta en etiologia:

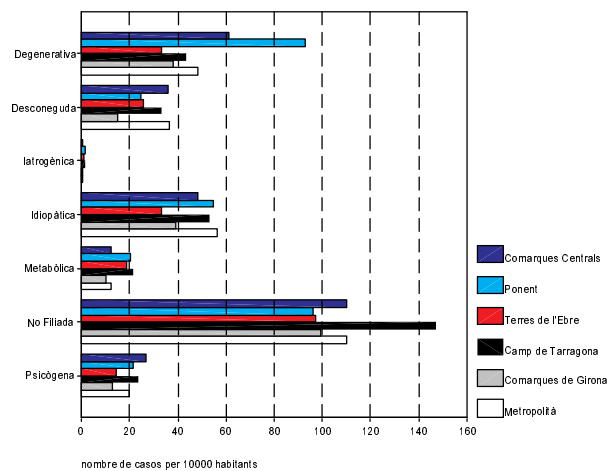
<i>Psicògena</i>	26,58
------------------	-------

La resta d'etiologies presenten una prevalença molt similar.

Gràfic 6.8a. Prevalença de les etiologies per regions comarcals.



Gràfic 6.8b. Prevalença de les etiologies per regions comarcals.



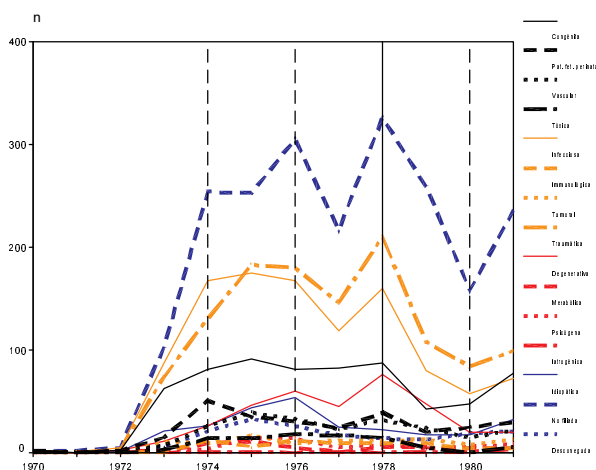
5. Evolució per anys

Seguint amb la mateixa estructura que amb les deficiències, volem conèixer quina ha estat l'evolució de les etiologies durant aquests anys. Hem dividit la població valorada en els mateixos tres

períodes. Com ja hem dit, durant el període 1970–1981 el registre i codificació pot tenir algunes mancances. Hem de tenir en compte una altra vegada que el nombre d'etiologies deficiències valorades és més baix en aquest interval d'anys ($n=6754$), es produeixen, aquí també, diferències importants en els percentatges. Per més detalls podem consultar la taula 6.9 i el gràfic 6.9 En aquest últim hem representat el nombre d'etiologies valorades.

Observem que l'etiologia *no filiada* és la que predomina al llarg de tot aquest període amb un percentatge mitjà de 31,4%, seguida de l'etiologia *traumàtica* amb un 18% i la *infecciosa* amb un 16,1%. El nombre de valoracions pot augmentar o baixar puntualment, això fa que en el gràfic s'observin alguns pics que sí afecten d'una forma important al nombre de casos, però no al percentatge.

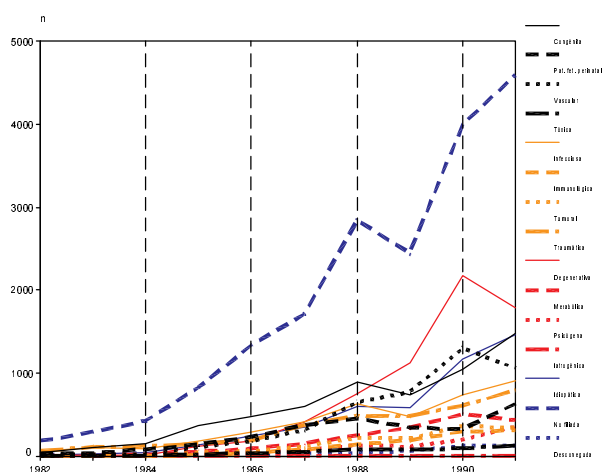
Gràfic 6.9. Distribució de les etiologies per anys. Període 1970-1981.



En el període 1982–1991 ($n=56931$), observem que l'etiologia *no filiada* es manté amb un 32,8% de mitja, però amb una tendència percentual que va disminuint (de 38% a 31,8%), en segon lloc l'etiologia *degenerativa* amb un 11,6% de mitja amb un increment important a

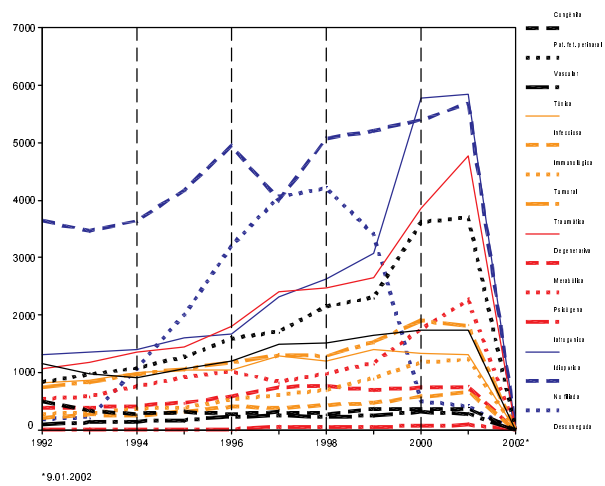
partir de l'any 1985 (passa d'un 2,2 a un 12,4%). L'etiologia *congenita* presenta un percentatge mitjà del 10,4% amb un augment important fins l'any 1986, estabilitzant-se posteriorment. L'etiologia *traumàtica* passa d'un 13,6% a un 5,5% i la *infecciosa* passa d'un 12,8% a un 6,3%. Les etiologies *vascular* i *idiopàtica* presenten un augment percentual important en tot el període. Es passa d'un 2% a un 7,4% en la *vascular*, i d'un 3,4% a un 10,1% en la *idiopàtica* (taula 6.10 i gràfic 6.10).

Gràfic 6.10. Distribució de les etiologies per anys. Període 1982-1991.



En el període 1992–2002 ($n=204792$) observem que l'etiologia *no filiada* continua baixant, passa d'un 30,7% a un 13,1% (percentatge mitjà del 22,1%), en segon lloc l'etiologia *idiopàtica* que ja havia augmentat en el darrer període, ara passa de l'11,1% al 20,7% (13,2% de mitja). L'etiologia *degenerativa* es manté amb alguna oscil·lació amb un 11,2% de mitjana. L'etiologia *congenita* tendeix a disminuir amb un percentatge mitjà del 6,6%. L'etiologia *infecciosa* d'un 7% a un 2,8%. L'etiologia *vascular* tendeix a augmentar, com ja venia fent en el període anterior. Es passa d'un 7,1% a un 14,5% (percentatge mitjà del 9,4%) (taula 6.11 i gràfic 6.11).

Gràfic 6.11. Distribució de les etiologies per anys. Període 1992-2002.



Valoració abans i després de l'aplicació del Reial Decret 1971/1999^a

Després d'haver fet la descripció de les deficiències, els diagnòstics i les etiologies al llarg de tot el període 1970–2002. Hem avaluat l'aplicació del Reial Decret 1971/1999. S'ha de ser molt prudent a l'hora de comparar els resultats abans i després de la data d'aplicació del decret. Hem de tenir en compte que no és el mateix grup de població en els dos períodes, per tant les diferències trobades poden respondre a un perfil diferent de persona amb disminució. D'altra banda, però, estem valorant un volum de població molt alt en cada període, recordem: 243815 casos abans de l'entrada en vigor del RD i 62128 casos després. Per tot això no podem descartar del tot que les diferències observades poden correspondre a variacions provocades pel canvi de normativa respecte a la valoració de la disminució.

Per tal de limitar aquest treball hem escollit els grups diagnòstics més freqüents i més rellevants per a estudiar la incidència en cada període: *diagnòstics desconeguts, sistema nerviós central / sistema nerviós autònom, artrosi, oftalmològic, otològic, cardíac, esquizofrènia–trastorn paranoide, depressió major–depressió recurrent-trastorn bipolar, columna i alteració de la immunitat.*

Hem comparat el percentatge de freqüència i el percentatge del grau disminució en cada període.

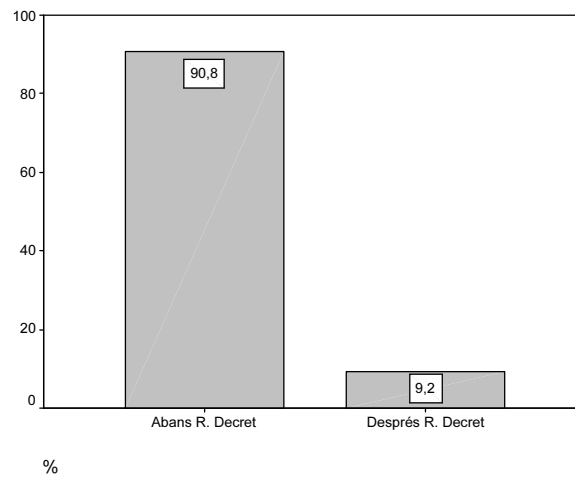
^a Totes les taules a les que es fa referència en aquest apartat es troben a l'annex 7.

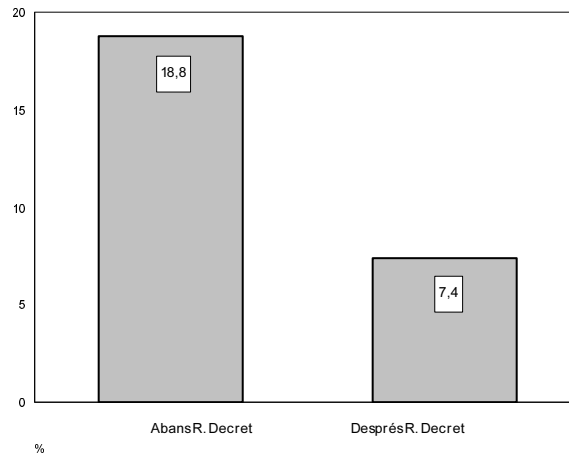
1. Diagnòstics desconeguts

1.1. Freqüència

Abans de l'entrada en vigor del RD es registren 45748 casos amb el codi de *diagnòstic desconegut*, després del RD en tenim 4612. Això representa un 90,8% i un 9,2%, respectivament, de tota la base de dades (taula i gràfic 7.1a). Cal però, comparar el percentatge de valoracions en cada període, i ens trobem que, entre l'1 de gener de 1970 i abans del 14 de març de 2000 representa el 18,8% de casos i entre el 14 de març de 2000 i el 9 de gener de 2003 un 7,4% de casos, respecte a cada grup (gràfic 7.1a). Això representa una millora molt important en l'obtenció de les dades per part dels equips de valoració.

Gràfic 7.1. Percentatge global de diagnòstics desconeguts.



Gràfic 7.1a. Percentatge de diagnòstics desconeguts en cada període.

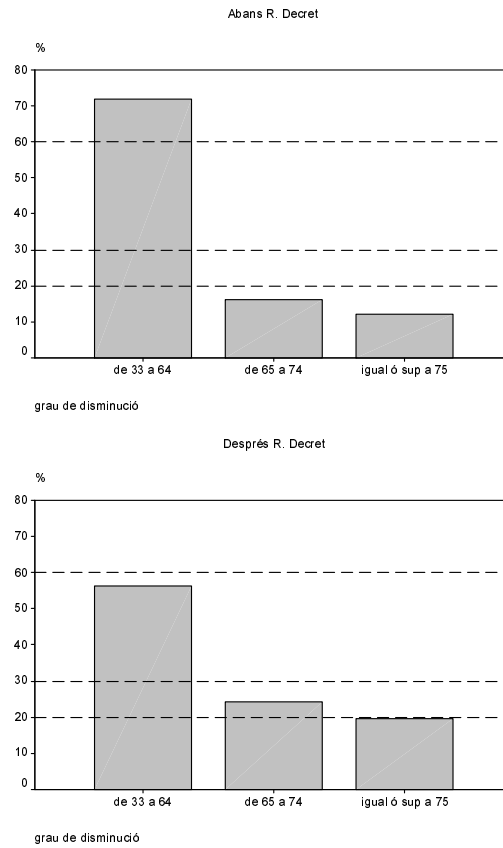
1.2. Grau de disminució

Tot i que els *diagnòstics desconeguts* no queden reflectits a nivell de la normativa aplicada, els hem volgut estudiar per ser el grup de diagnòstics més freqüent. Ja hem vist anteriorment quina ha estat la seva evolució al llarg de tots els anys. Ara mostrem les diferències en els graus de disminució entre els dos períodes.

Abans de l'aplicació del RD, els *diagnòstics desconeguts* predominen en graus de disminució baixos (71,9%).

Després de l'aplicació del RD el percentatge en graus de disminució moderada disminueix (56,2%) i augmenta en els graus de disminució greu i molt greu (24,3% i 19,5% respectivament) (taules i gràfics 5.7.2).

Gràfic 7.2. Distribució dels diagnòstics desconeguts, segons grau de disminució.

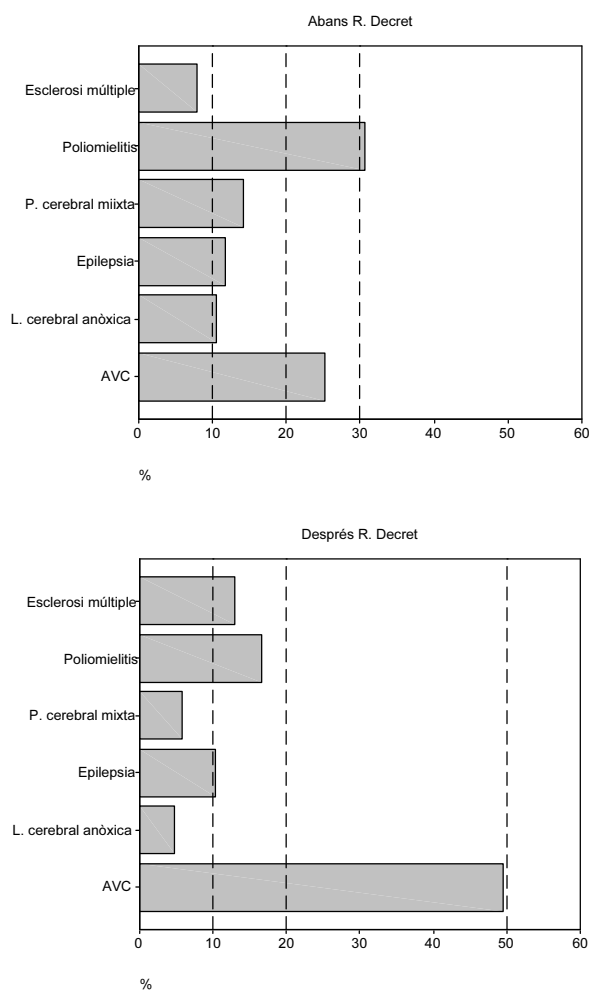


2. Sistema nerviós central – sistema nerviós autònom

2.1. Freqüència

La distribució dels percentatges de freqüència abans i després de cada període presenta diferències importants. Els diagnòstics d'*esclerosi múltiple* augmenten un 5,1%. La *poliomielitis* disminueix un 13,3%. La *paràlisi cerebral mixta* disminueix un 8,5%. L'*epilèpsia* disminueix un 1,6%. La *lesió cerebral anòxica* disminueix un 5,7% i l'*accident vascular cerebral* augmenta un 24,5% (taules i gràfics 7.3).

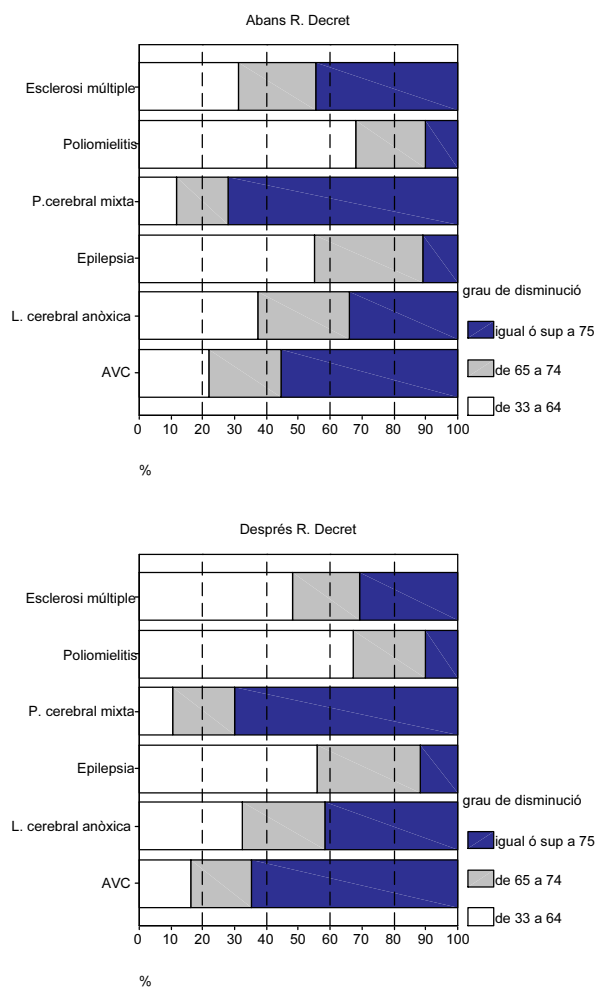
Gràfic 7.3. Percentatge de diagnòstics de SNC i SNA.



2.2. Grau de disminució

Després de l'aplicació del RD, l'*esclerosi múltiple* presenta més valoracions en graus de disminució moderada (passa de 31% a 48,4%). La *poliomielitis*, la *paràlisi cerebral mixta* i l'*epilèpsia* pràcticament no varien. La *lesió cerebral anòxica* i l'*accident vascular cerebral* augmenten discretament (7,7% i 9,1%) en graus de disminució alts. Globalment observem que augmenten les disminucions molt greus després del RD (es passa d'un 35,6% a un 44,9%) (taules i gràfics 7.4).

Gràfic 7.4. Distribució dels diagnòstics snc-sna, segons grau de disminució.

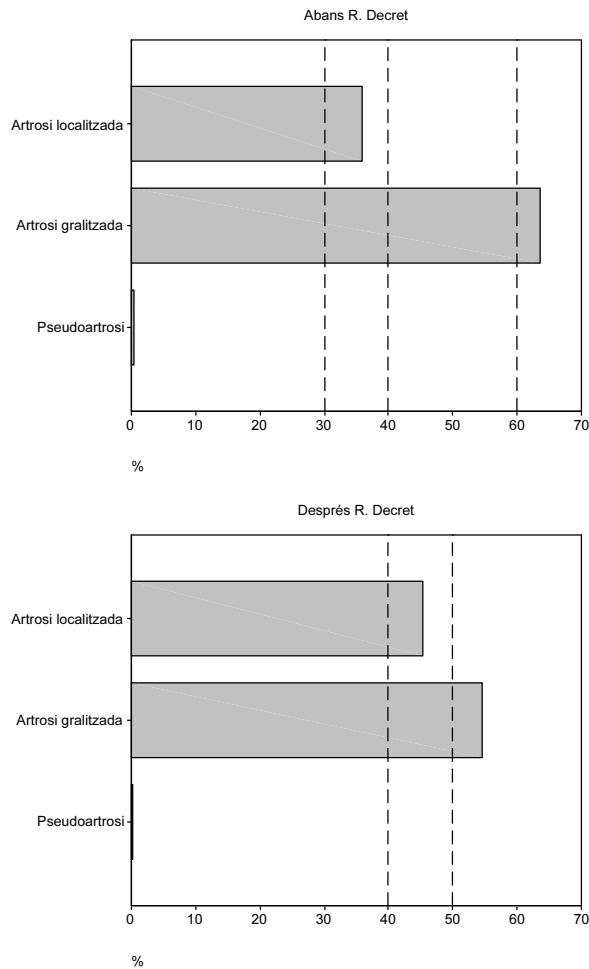


3. Artrosi

3.1. Freqüència

No trobem diferències importants abans i després de l'aplicació del RD. En el segon període augmenta discretament l'*artrosi localitzada* i disminueix l'*artrosi generalitzada* (taules i gràfics 7.5).

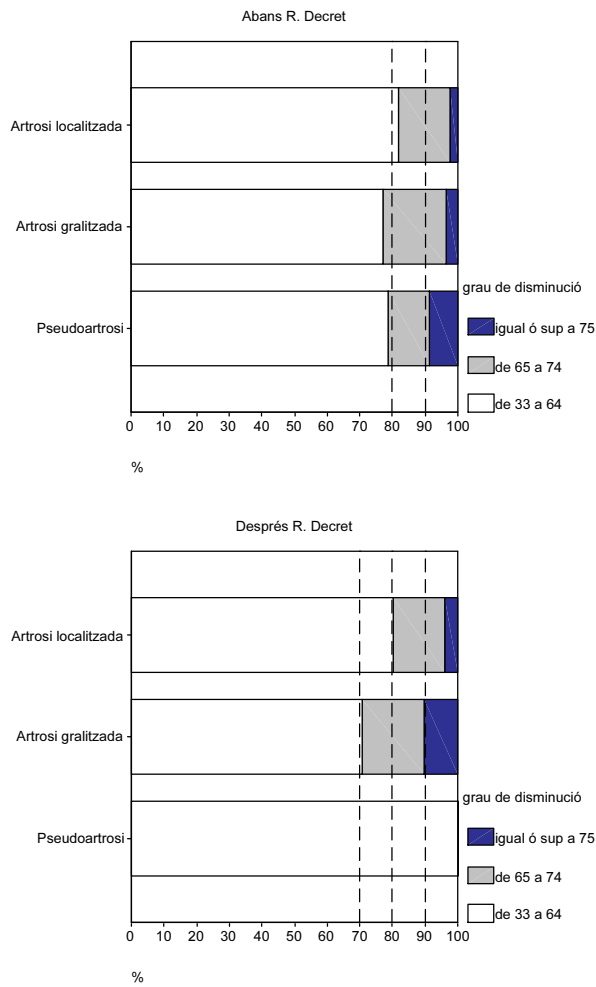
Gràfic 7.5. Percentatge de diagnòstics d'artrosi.



3.2. Grau de disminució

Tampoc es troben grans variacions en el perfil de distribució del grau de disminució (taules i gràfics 7.6).

Gràfic 7.6. Distribució dels diagnòstics d'artrosi, segons grau de disminució.

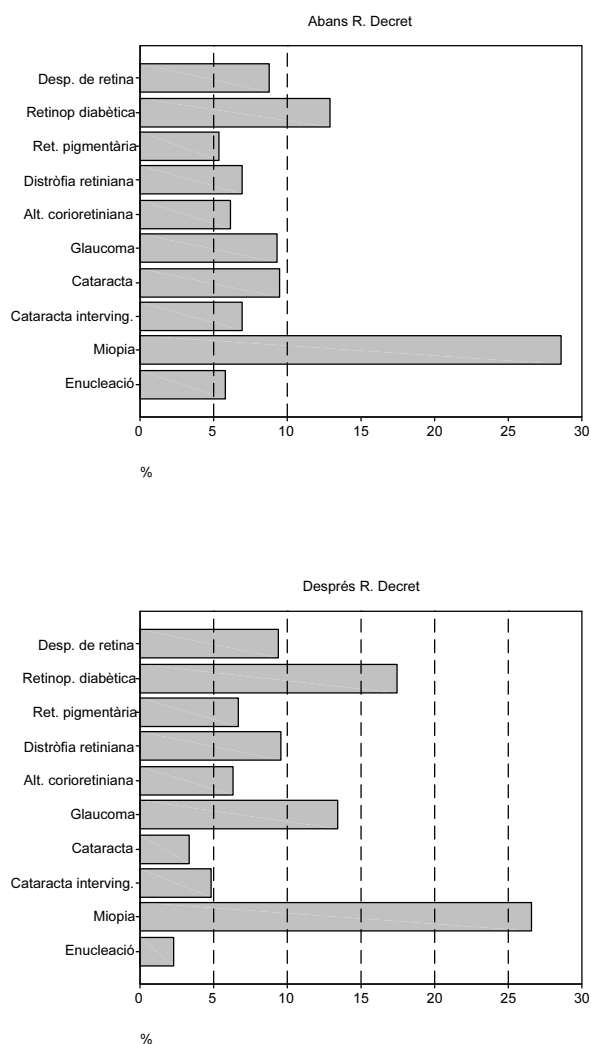


4. Oftalmològics

4.1. Freqüència

Després de l'aplicació del RD augmenten les consultes per *despreniment de retina, retinopatia diabètica, retinitis pigmentària, alteració corioretiniana i glaucoma*. La *miopia* continua sent el diagnòstic més valorat (taules i gràfics 7.7).

Gràfic 7.7. Percentatge de diagnòstics oftalmològics.

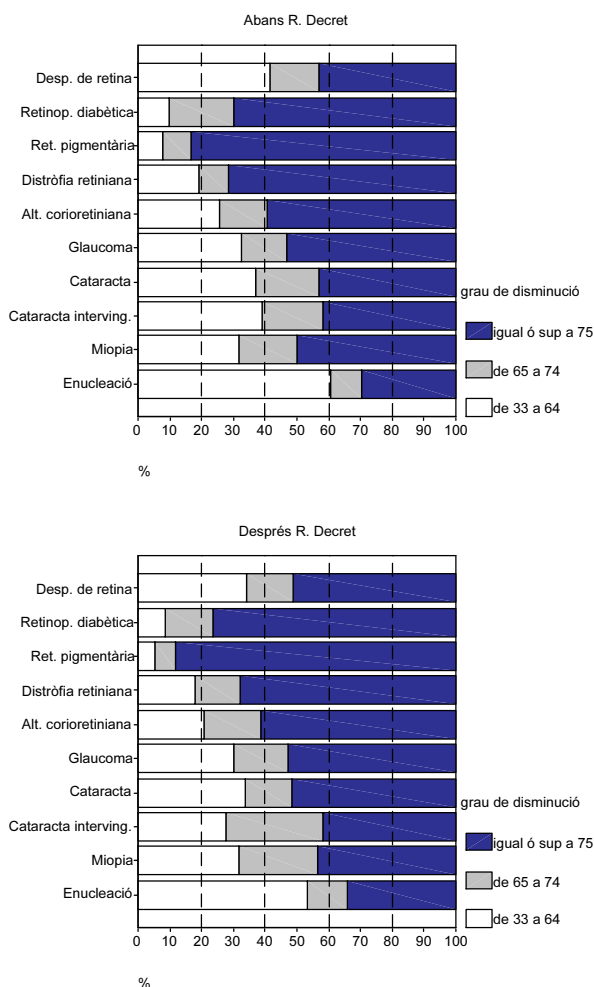


4.2. Grau de disminució

No es troben grans variacions en el perfil de distribució del grau de disminució. Trobem més afectació després de l'aplicació del RD en graus de disminució alts en el *despreniment de retina, retinopatia diabètica i retinitis pigmentària*. Globalment augmenta un 3,2% en disminucions molt greus (taules i gràfics 7.8).

Recordem que, segons normativa, després del RD els percentatges màxims de valoració per disminucions visuals han tingut una reducció de 85 a 75 per cent de grau de disminució. Malgrat això, en els diagnòstics esmentats augmenten.

Gràfic 7.8. Distribució dels diagnòstics oftalmològics, segons grau de disminució.

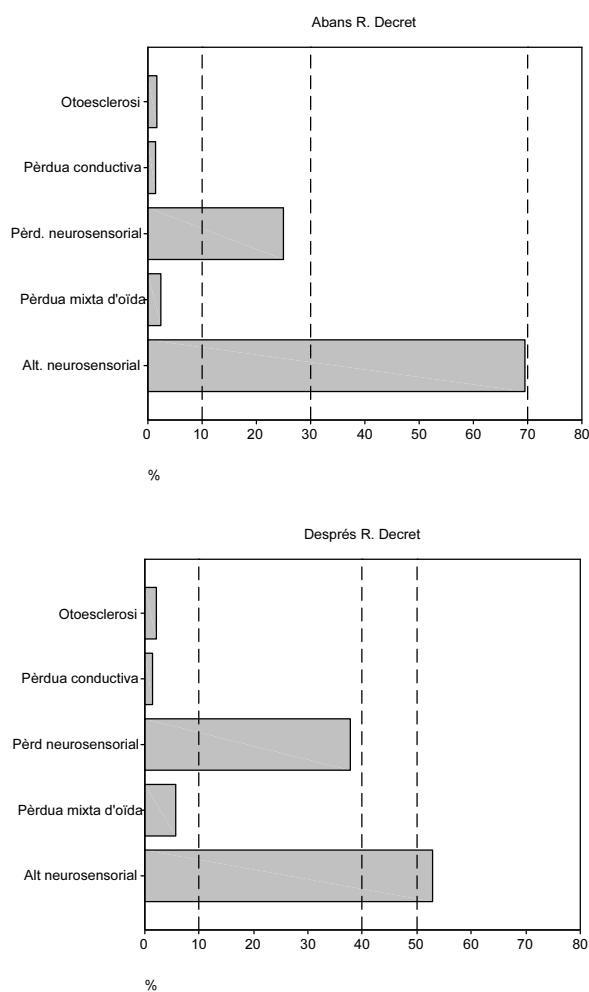


5. Otològics

5.1. Freqüència

Observem que abans i després del RD hi ha diferències amb la *pèrdua neurosensorial d'oïda* i *l'alteració neurosensorial (altres)*. Si agrupéssim ambdós diagnòstics, els valors abans i després del RD seria el mateix. Com ja s'ha dit, però, hem preferit mantenir la codificació diagnòstica original sense agrupaments (taules i gràfics 7.9).

Gràfic 7.9. Percentatge diagnòstics otològics.

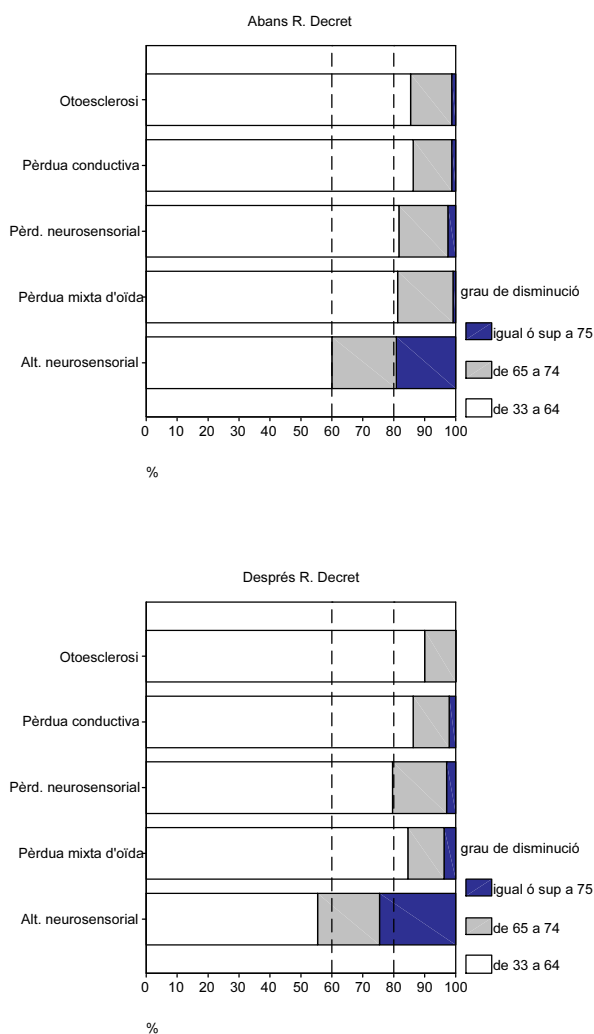


5.2. Grau de disminució

No es troben grans variacions per diagnòstics ni per grups. El fet que apareguin casos amb graus de disminució alts, significa que porten associades altres alteracions, probablement trastorns del llenguatge (taules i gràfics 7.10).

Recordem que després de l'aplicació del RD els percentatges màxims per disminució auditiva han patit un augment de 35 a 40 per cent de grau de disminució. La variació és baixa.

Gràfic 7.10. Distribució dels diagnòstics otològics, segons grau de disminució.

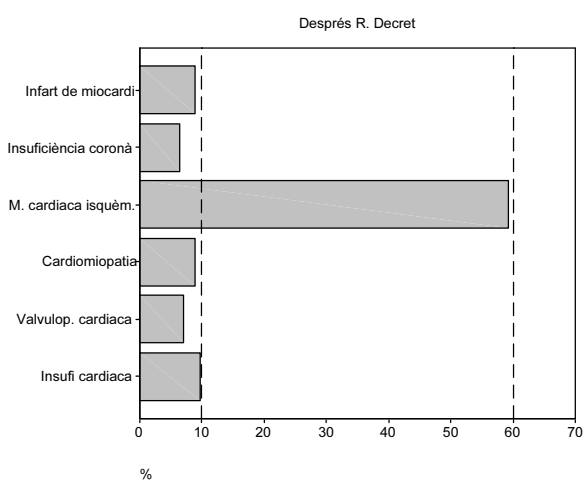
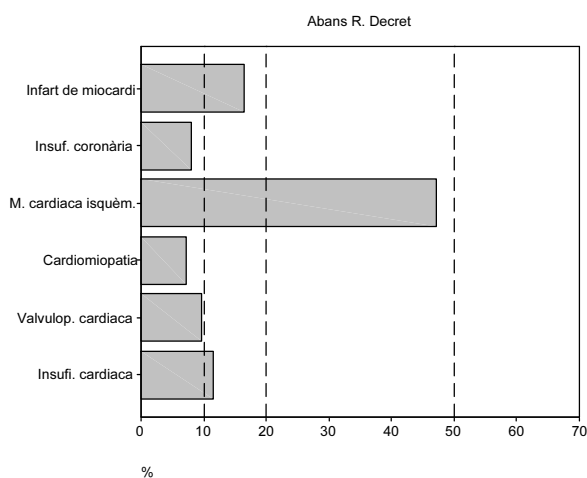


6. Cardíacs

6.1. Freqüència

Dels sis diagnòstics més freqüents veiem que després del RD, *l'infart de miocardi* disminueix gairebé en un 50% el percentatge de consulta. La resta de diagnòstics presenten menys variació. La *malaltia cardíaca isquèmica* continua sent el diagnòstic més freqüent, i a més augmenta, però hem de ser prudents, doncs pot crear confusió per la similitud de diagnòstic amb la *insuficiència coronària*, que baixa (taules i gràfics 7.11).

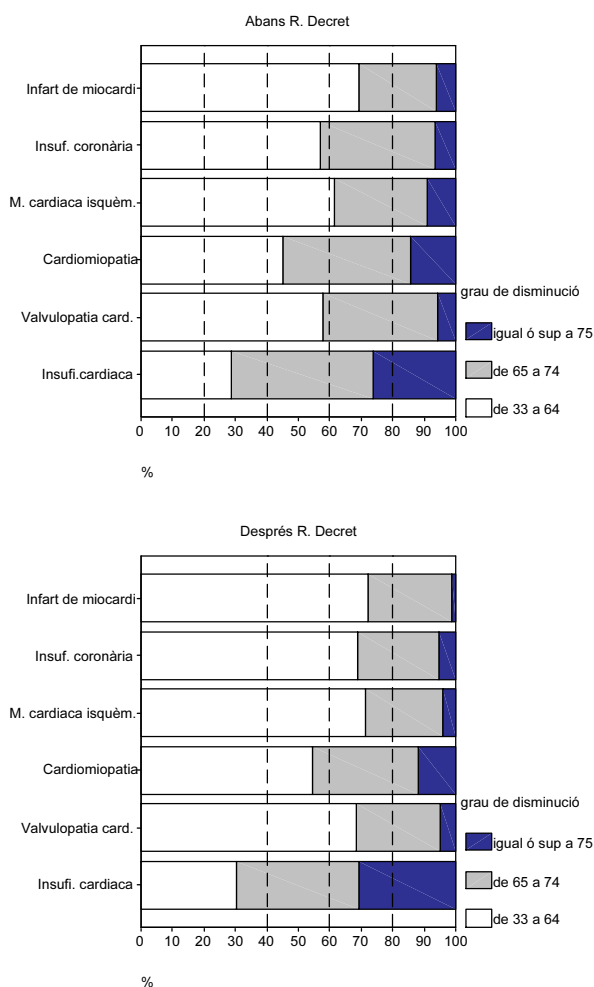
Gràfic 7.11. Percentatge de diagnòstics cardíacs.



6.2. Grau de disminució

Després del RD hi ha una clara tendència, en gairebé tots els diagnòstics, a presentar més disminucions moderades. No és així en la *insuficiència cardíaca* que presenta un discret augment (4,6%) en disminucions molt greus. Globalment augmenta el percentatge de disminucions moderades (es passa de 57,1% a 65,6% (taules i gràfics 7.12)).

Gràfic 7.12. Distribució dels diagnòstics cardíacs, segons grau de disminució.

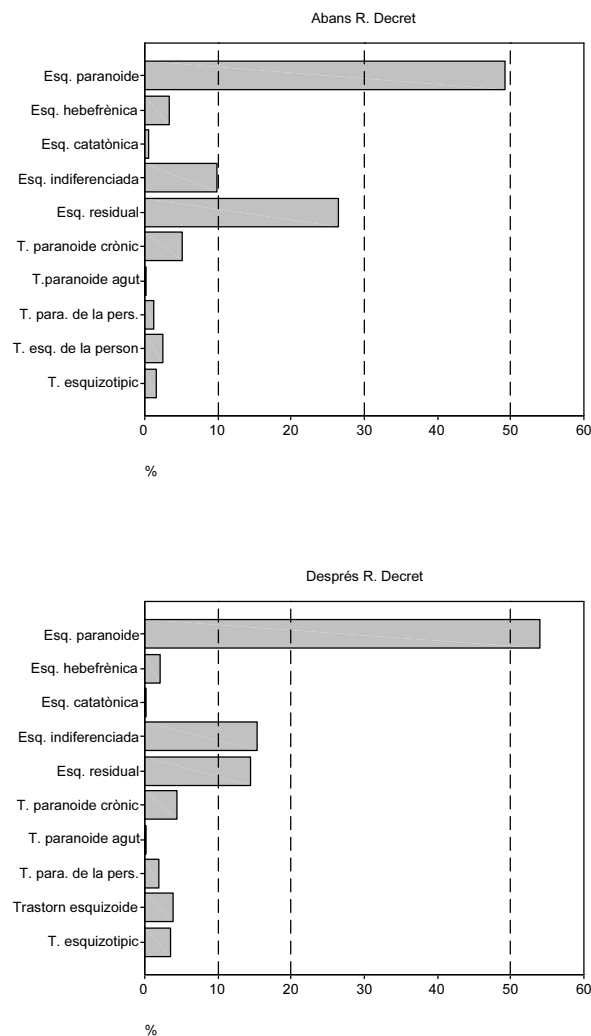


7. Esquizofrènia

7.1 Freqüència

Després de l'aplicació del RD augmenta la consulta per *esquizofrènia paranoide, indiferenciada* i disminueix *l'esquizofrènia residual*. La resta pateixen poques variacions (taules i gràfics 7.13).

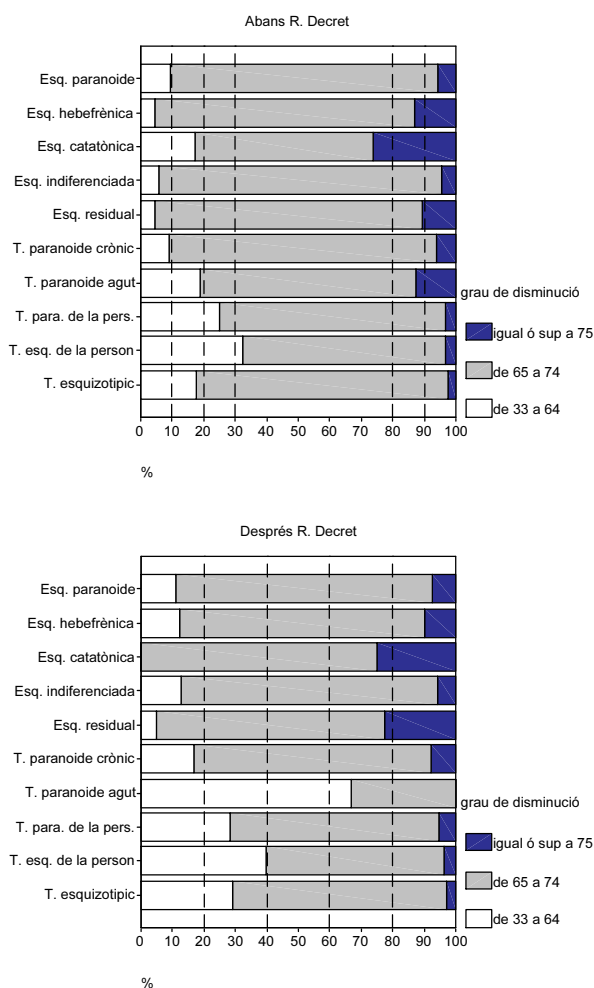
Gràfic 7.13. Percentatge de trastorns esquizofrènics.



7.2 Grau de disminució

A l'igual que l'anterior, després del RD hi ha una tendència en tots els diagnòstics a presentar més disminucions moderades. Sobretot el trastorn *paranoide agut*, l'*esquizofrènia hebefrènica*, el *trastorn paranoide de la personalitat*, el *trastorn esquizoide de la personalitat* i el *trastorn esquizotípic de la personalitat*. Globalment en disminucions moderades es passa d'un 8,5% a un 12,8% (taules i gràfics 7.14).

Gràfic 7.14. Distribució dels diagnòstics d'esquizofrènia, segons grau de disminució.

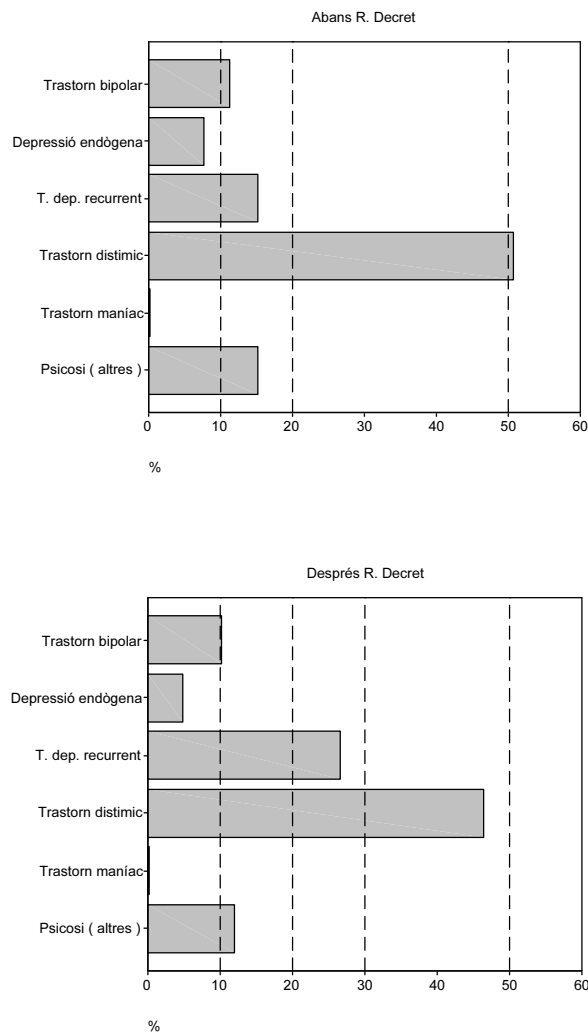


8. Depressió i trastorn bipolar

8.1. Freqüència

Després de l'entrada en vigor del RD augmenta en un 11,4% la consulta per *trastorn depressiu recurrent*. La resta pateixen variacions menors (taules i gràfics 7.15).

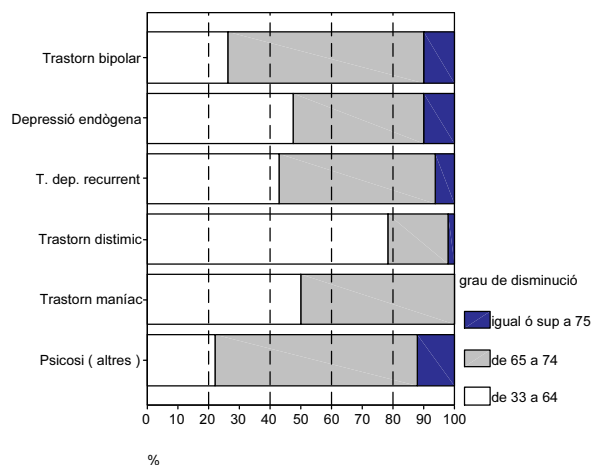
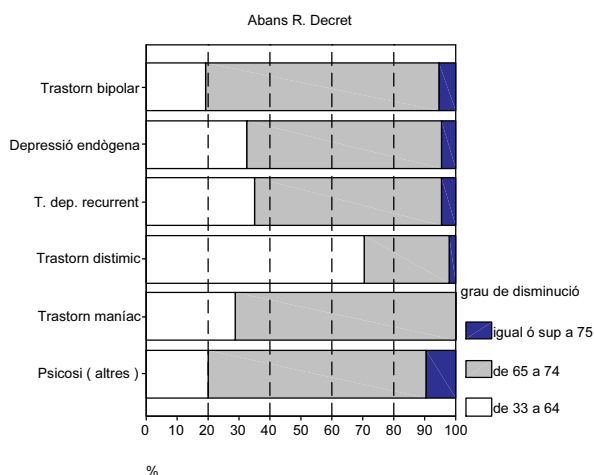
Gràfic 7.15. Percentatge de depressió i trastorn bipolar.



8.2. Grau de disminució

Es mostra clarament una tendència en tots els diagnòstics a presentar graus de disminució menors. Globalment es passa en disminucions moderades d'un 48,7% a un 55,4% (taules i gràfics 7.16).

Gràfic 7.16. Distribució dels diagnòstics depressió i trastorn bipolar, segons grau de disminució.

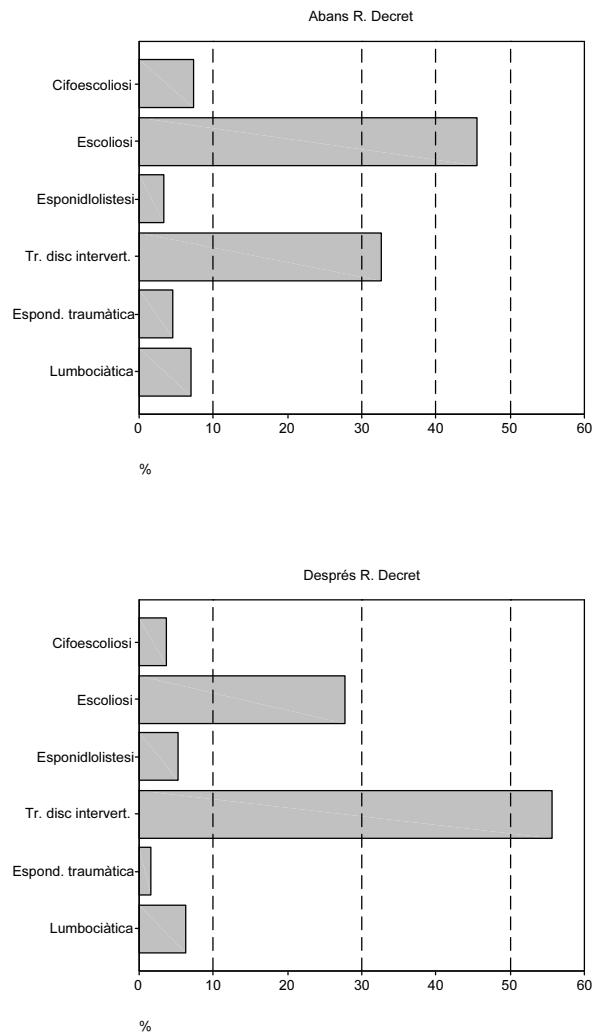


9. Columna

9.1. Freqüència

Després de l'entrada en vigor del RD augmenta en un 23,1% la consulta per *trastorn del disc intervertebral*. L'*escoliosi* disminueix un 17,8% (taules i gràfics 7.17).

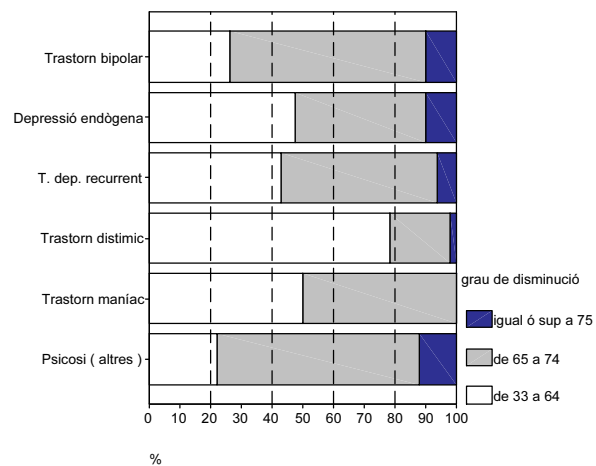
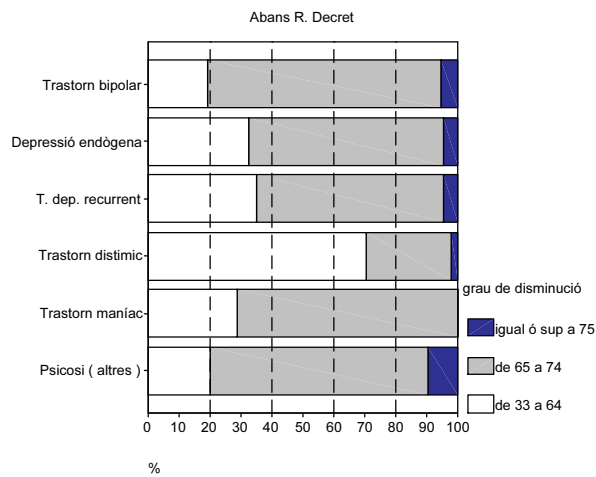
Gràfic 7.17. Percentatge d'alteracions de columna.



9.2. Grau de disminució

Es mostra clarament una tendència a la majoria dels diagnòstics a presentar graus de disminució menors. Globalment es passa en disminucions moderades d'un 77,9% a un 86,1% (taula i gràfic 7.18).

Gràfic 7.18. Distribució dels diagnòstics de columna, segons grau de disminució.

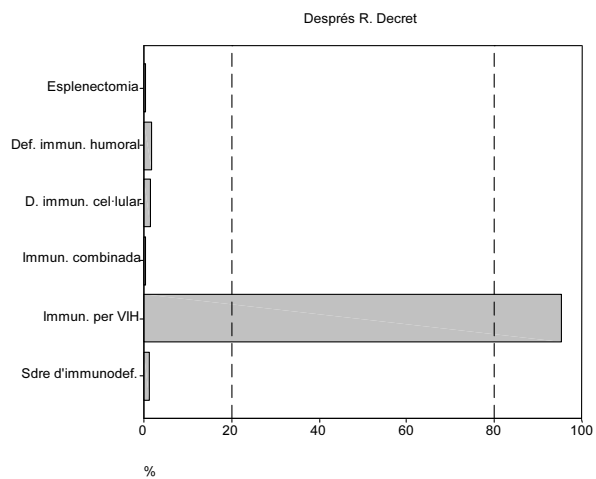
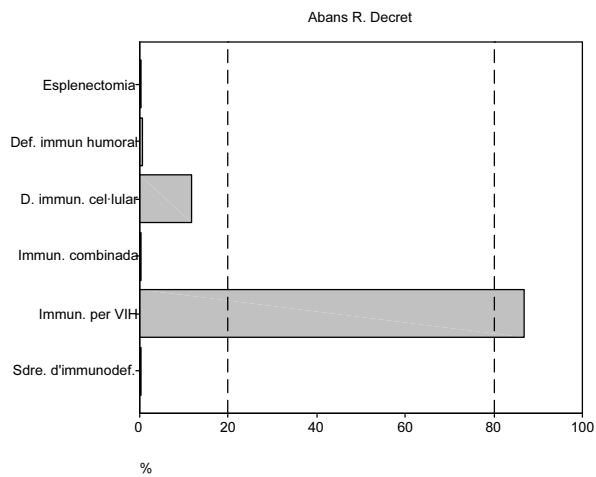


10. Alteracions de la immunitat

10.1. Freqüència

Hem de tenir en compte que la majoria de casos de *deficiència de la immunitat cel·lular* probablement corresponen a casos pre-VIH, pel que deduïm que no hi ha hagut variacions percentuals significatives abans i després del RD (taules i gràfics 7.19).

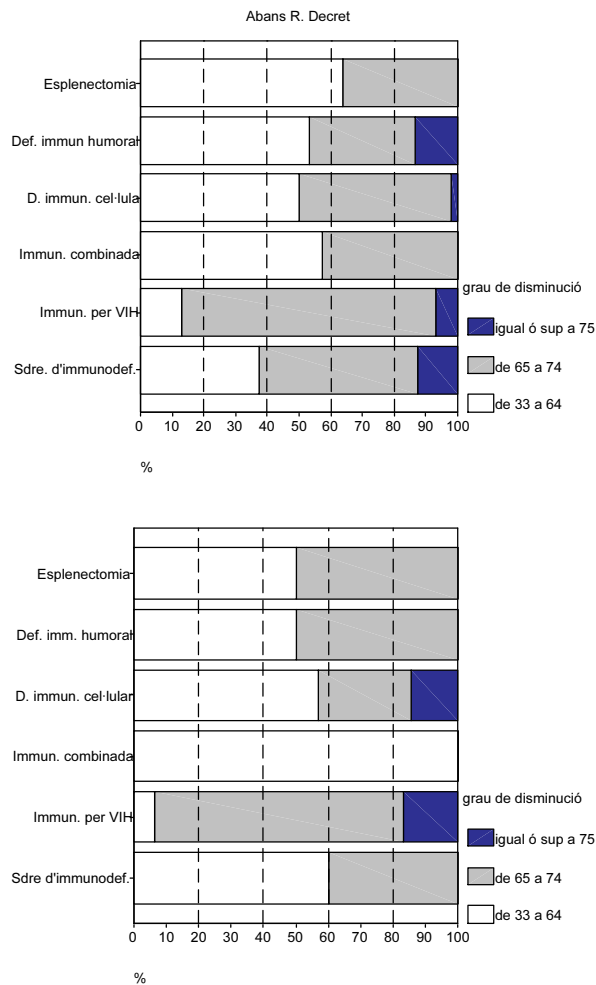
Gràfic 7.19. Percentatge d'alteracions de la immunitat.



10.2. Grau de disminució

S'observa en els casos d'immunodeficiència per VIH una tendència a presentar graus de disminució més importants. Es passa en disminucions molt greus d'un 7% a un 16,7%. Globalment també s'observa aquest increment (taula i gràfic 7.20).

Gràfic 7.20. Distribució dels diagnòstics d'alteració de la immunitat, segons grau de disminució.



El grau de disminució: exemple d'un model explicatiu

1. Regressió categòrica (CATREG)

Com ja s'ha dit anteriorment, hem utilitzat el procediment de regressió categòrica per escalament òptim (CATREG), per a estudiar quines són les variables predictores del grau de disminució.

La variable de resposta o dependent és el grau de disminució tractada com a variable categòrica (gradim4), i les variables predictores o independents són: deficiència (36 categories), diagnòstic (677 categories), etiologia (15 categories), barem de mobilitat (2 categories), barem de tercera persona (2 categories), edat (6 categories), gènere (2 categories), data d'aplicació del Reial Decret 1971/1999 (2 categories) i comorbiditat (4 categories).

1.1. Ajust del model

La mesura del poder de predicció ve donada pel coeficient de determinació R^2 i l'anàlisi de la variança.

El 63,2% de la variància és explicada pel model, fet que indica un ajustament remarcable.

R múltiple	R quadrat	R quadrat corregida
,796	,633	,632

A l'anàlisi de la variància obtenim la següent taula:

ANOVA

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Regressió	182818,341	741	246,718	669,810	,000
Residual	106174,659	288251	,368		
Total	288993,000	288992			

L'anàlisi de la variància ens dona un valor de F significatiu ($F=669,810; 741; 0.0001$) indicant que la variància explicada per la regressió és superior a la residual i la magnitud d'aquest quocient no pot ser explicat per l'atzar.

1.2. Variables predictives

El coeficient beta o coeficient de regressió estandarditzat permet avaluar la contribució de cada variable a l'explicació de la variància de la variable resultat (gradim4). Això, ens permet avaluar l'efecte relatiu de cada variable independent sobre la dependent.

Observem que *el barem de tercera persona* presenta un coeficient beta més alt (0,519) i amb un valor F significatiu ($F=155687,2; 1; 0.0001$), per tant, seria la variable que contribuiria més a explicar el model. *Les deficiències, els diagnòstics i el barem de mobilitat* presenten un coeficient beta relativament més baixos (0,241; 0,221 i 0,192 respectivament) i amb F significatives.

La resta (edat, etiologies, regions comarcals, gènere, data del RD i comorbiditat) presenten coeficients més petits (inferiors a 0,1), malgrat tot aquests coeficients són significatius.

Coeficients

	Coeficients tipificats		gl	F	Sig.
	Beta	Error típ.			
deficiències	,241	,001	35	39234,636	,000
diagnòstics	,221	,001	674	33805,984	,000
etiologies	-,075	,001	15	4070,455	,000
barem de mobilitat	,192	,001	1	21208,220	,000
barem de tercera persona	,519	,001	1	155687,2	,000
edat	,075	,001	5	3896,093	,000
sexe	-,008	,001	1	43,790	,000
data R. Decret	,020	,001	1	305,735	,000
regions comarcals	-,019	,001	5	275,575	,000
comorbiditat	,085	,001	3	4905,669	,000

Variable dependent: grau de disminució

1.3. Estudi de les quantificacions

Com hem dit a material i mètodes, el CATREG calcula uns valors òptims per les diferents categories de les variables que anomenem quantificacions i que a diferència dels valors originals presenten característiques mètriques. Es tracta de variables estandarditzades de mitjana zero i desviació típica 1, que ens permeten comparar la importància relativa de les categories de cada variable en l'explicació de la variable resultat.

Presentem les quantificacions per ordre de magnitud. Hem de tenir en compte el signe i la magnitud assignats a cada variable. El valor negatiu significa que s'associa a un menor grau de disminució i el positiu a un major grau de disminució.

Descriurem les categories de les variables que han presentat més relació amb el grau de disminució.

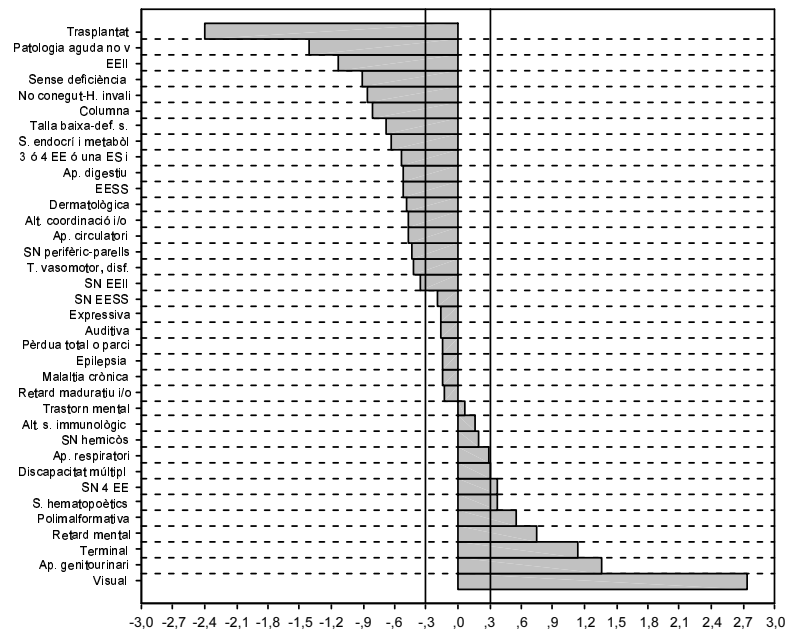
1.3.1. Deficiències

Si observem a la taula i al gràfic els valors extrems, veiem que la *deficiència visual*, la *deficiència de l'aparell genitourinari* i l'*estat terminal* ens prediuen un major grau de disminució. En canvi el *trasplantat*, la *patologia aguda no valorable* i la *deficiència d'extremitats inferiors (ap. locomotor)*, prediuen un menor grau de disminució.

Quantificacions de les deficiències

Trasplantat	-2,407
Patologia aguda no valorable	-1,412
EEII	-1,128
Sense deficiència	-,904
No conegut-H. invalidesa	-,855
Columna	-,808
Talla baixa-def. s. osteoarticular, extrem. i columna	-,675
S. endocrí i metabòlic	-,632
3 ó 4 EE ó una ES i una EI	-,532
Ap. digestiu	-,525
EESS	-,514
Dermatològica	-,483
Alt. coordinació i/o equilibri	-,474
Ap. circulatori	-,466
SN perifèric-parells cranials	-,442
T. vasomotor, disf. neurovegetativa i altres	-,422
SN EEII	-,349
SN EESS	-,197
Expressiva	-,169
Auditiva	-,166
Pèrdua total o parcial d'un òrgan	-,148
Epilepsia	-,142
Malaltia crònica	-,142
Retard maduratiu i/o del desenvolupament	-,126
Trastorn mental	,063
Alt. s. immunològic	,165
SN hemicos	,202
Ap. respiratori	,294
Discapacitat múltiple	,311
SN 4 EE	,374
S. hematopoètics	,380
Polimalfomativa	,549
Retard mental	,750
Terminal	1,130
Ap. genitourinari	1,361
Visual	2,741

Representació gràfica de les quantificacions.



1.3.2. Diagnòstics

Tal com queda reflectit a les taules següents ens trobem *la siringobúlbria, el trastorn de la motilitat ocular, el trastorn de la refracció i acomodació, la presbícia, el trastorn del nervi patètic, la diplopia i l'estrabisme* com alguns dels diagnòstics més importants que ens prediuen un grau de disminució més baix.

La secció medul·lar completa de D1 a D12, la malaltia de Tay-Sachs, la neuromielitis òptica, la fallada renal, la síndrome de Patau i la retinitis pigmentària, entre altres, ens prediuen un grau de disminució més alt.

En aquest cas els valors extrems en mostren que en la *laringotraqueïtis i la cistinúria* no s'ha obtingut cap cas i per això no s'ha quantificat.

Quantificacions dels diagnòstics1

Laringotraqueïtis	,
Cistinúria	,
Siringobúbia	-4,859
Trastorn de la motilitat ocular (altres)	-3,758
Trastorn de refracció i acomodació (altres)	-3,720
Presbícia	-3,699
Trastorn del nervi patètic	-3,687
Diplòpia	-3,540
Estrabisme	-3,107
Nefrolitiasi	-2,781
Tumor benigne de cavitat oral	-2,711
Estenosi o doblegament ureteral	-2,590
Carcinoma ' in situ ' d'aparell urinari	-2,576
Malaltia de pròstata	-2,463
Trastorn de duodé	-2,425
Hipermetropia	-2,393
Trastorn d'urèter	-2,370
Estenosi uretral	-2,358
Astigmatisme	-2,313
Trastorn de tracte urinari inferior	-2,237
Trastorn del nervi motor ocular extern	-2,155
Panoftalmia	-2,146
Ocronosi	-2,081
Policitemia secundària	-1,933
Corea de Sydeham o reumàtica	-1,924
Hiperparatiroidisme	-1,875
Trastorn del nervi motor ocular comú	-1,862
Paràlisi múltiple de nervis cranials	-1,838
Colelitiasi sense colecistitis	-1,838
Tumor benigne de mama	-1,834
Metàstasi a l'aparell urinari	-1,819
Disfunció testicular	-1,773
Alcaptonúria	-1,753
Empiema	-1,748
Trastorn del metabolisme del calci	-1,731
Hidronefrosi	-1,729
Disquinèssia biliar	-1,728
Tumor benigne d'aparell urinari	-1,715
Trastorn de les parpelles	-1,658
Neuropatia perifèrica hereditària (altres)	-1,632
Trastorn de bufeta	-1,604
Síndrome nefrítica	-1,595
Malaltia del timus	-1,586
Pneumoconiosi	-1,575
Tumor benigne d'ull	-1,563
Enucleació	-1,542
Hemofília	-1,538
Disquinèssia orofacial	-1,499
Paraplègia espàstica hereditària	-1,491
Trastorn de glàndula paratiroides (altres)	-1,485
Trombosi venosa	-1,480
Neoplàsia de penis	-1,475
Metàstasi limfàtica	-1,447
Displàsia epifissària múltiple	-1,443
Agenèssia renal	-1,441
Trastorn de l'oida externa	-1,428
Luxació de maluc bilateral intervinguda quirúrgica	-1,417
Poliomielitis	-1,404
Otitis mitja	-1,379
Malaltia de mama	-1,373
Èczema	-1,372
Trastorn d'organ visual anex	-1,363
Queratitis	-1,361
Osteoporosi	-1,358
Otoesclerosi	-1,332
Dermatitis per contacte	-1,312
Malaltia de glàndula sudorífera	-1,305
Anomalia crani-facial	-1,303
Tumor benigne d'aparell respiratori	-1,290
Neoplàsia de pròstata	-1,285
Malaltia de Charcot Marie Tooth	-1,281
Trastorn del nervi espinal	-1,277
Anèmia hemolítica	-1,270
Síndrome de Simmond	-1,260
Malaltia de Kugelberg-Welander	-1,257

Quantificacions dels diagnòstics2

Hipercolesterolèmia	-1,250
Defecte de coagulació (altres)	-1,244
Tumor benigne de laringe	-1,243
Neuropatia perifèrica idiopàtica (altres)	-1,238
Malaltia de les cordes vocals (altres)	-1,222
Alveolitis al·lèrgica extrínseca	-1,213
Polimiàlgia reumàtica	-1,209
Pèrdua conductiva d'oida	-1,204
Trastorn de l'escleròtica	-1,183
Trastorn de la membrana timpànica (altres)	-1,181
Anomalia d'os facial	-1,179
Deficiència de la immunitat cel·lular	-1,165
Trastorn laberíntic (altres)	-1,162
Tumor benigne d'aparell genital masculí (altres)	-1,157
Colesteatoma d'oida mitja i mastoides	-1,148
Pneumotòrax	-1,131
Lipodistròfia	-1,129
Trastorn de la conjuntiva	-1,115
Tiroiditis	-1,105
Tumor benigne d'ovari	-1,104
Hiperlipidèmia mixta	-1,102
Trastorn d'oida mitja i mastoides (altres)	-1,101
Pèrdua mixta d'oida	-1,092
Síndrome de Raynaud	-1,091
Diabetis melitus tipus II no complicada	-1,087
Distròfia escapulohumeral	-1,085
Luxació de maluc unilateral inveterada	-1,083
Malaltia de Meniere	-1,072
Luxació de maluc bilateral inveterada	-1,068
Pectum excavatum	-1,052
Policitemia vera	-1,045
Colelitiasi amb colecistitis	-1,033
Malaltia de la pleura	-1,028
Gota complicada (exclou artropatia gotosa)	-1,025
Mononeuritis de membre (altres)	-1,018
Hipoparatiroidisme	-1,018
Síndrome seca (Síndrome de Sjögren)	-1,011
Vertigen d'origen central	-1,005
Tumor benigne intratoràcic	-1,005
Estenosi del canal lumbar	-1,003
Migranya (Altres)	-998
Luxació de maluc unilateral intervinguda quirúrgica	-996
Trastorn del nervi facial	-996
Pielonefritis crònica	-982
Timpanoesclerosi	-981
Trastorn del nervi trigèmina	-977
Gastritis	-976
Síndrome del tunel carpià	-971
Neoplàsia de timus	-969
Trastorn de la mastoide	-957
Artropatia cristalina	-954
Llavi leporí i/o fisura palatina	-954
Lumbago	-943
Obesitat	-942
Asma	-927
Tromboflebitis	-927
Trast. del transport i metab. de carbohidrats	-927
Sacreileitis	-925
Polineuropatia tòxica	-921
Trastorn del metabolisme de les porfirines	-917
Carcinoma ' in situ ' (altres)	-911
Úlcera duodenal	-910
Artropatia associada a infecció	-907
Deformitat vertebral no especificada	-904
Urticària	-904
Hipotiroidisme	-900
Hèmia engonal	-897
Trastorn distímic	-896
Absorció intestinal defectuosa	-883
Defecte de l'enva interauricular	-881
Retinopatia hipertensiva	-871
Peus talus-valgus	-864
Acalàssia	-856
Síndrome del tunel tarsia	-853
Trastorn de secreció interna pancreàtica (altres)	-853

Quantificacions dels diagnòstics3

Malatia de Paget	-851
Espondilolítisi	-849
Condrocalsinosi	-849
Tortícolis	-846
Trastorn de tiroides (altres)	-844
Síndrome postcolectectomia	-842
Síndrome àlgica	-841
Osteoartrosi localitzada	-840
Trastorn electrolític	-836
Coxa valga	-830
Polimiositis	-828
Osteoartrosi generalitzada	-826
Raquitisme	-822
Venes varicoses (altres localitzacions)	-814
Anèmia (altres)	-813
Deficiència de la immunitat humoral	-807
Capsulitis adhesiva del múscle	-800
Neoplàsia d'òrgan genital masculí	-800
Coxa vara	-791
Paràlisi cerebral en forma monoplègica	-781
Lesió de ciàtic popliti intern	-781
Pèrdua neurosensorial d'oïda	-781
Deformitat dels peus	-769
Mononeuritis de membre superior (altres)	-768
Diabetis melítus tipus I no complicada	-760
Osteomalàcia	-759
Trastorn d'ansietat generalitzada (neurosi d'ansietat)	-759
Artropatia gotosa	-752
Vertigen perifèric (altres)	-747
Trastorn del disc intervertebral	-746
Paràlisi de les cordes vocals	-744
Reticulosarcoma	-726
Endocarditis	-725
Lesió del tron ciàtic	-711
Peus equino-varus	-704
Diverticle de budell	-702
Metatars varus	-700
Esofagitis	-699
Tendinopatia	-694
Hèrnia d'hiatus	-691
Carcinoma ' in situ ' de mama	-690
Síndrome de Reye	-687
Lumbociàtica	-685
Agenèsia o deficiència longitudinal d'ext. inf	-678
Trastorn d'estomac (altres)	-678
Amiotròfia espinal (altres)	-675
Migranya comú	-672
Leucèmia mielòide aguda	-672
Embòlia i trombosi (excloses artèries cerebrals i	-671
Necrosi assèptica òssia	-669
Síndrome de Fanconi	-664
Paràlisi cerebral en forma atàxica	-658
Hipertiroidisme	-658
Trastorn de l'eliminació	-652
Immunodeficiència combinada	-651
Alteració de l'alineació d'extremitats inferiors	-648
Púrpura	-648
Malaltia dels glòbuls blancs (exclou leucèmies)	-648
Síndrome de Klippel-Feil	-647
Osteomielitis	-638
Aneurisma (altres localitzacions)	-638
Trastorn de l'equilibri àcid-base	-638
Neoplàsia de bufeta	-638
Lesió de ciàtic popliti extern	-637
Neoplàsia d'ull	-633
Trastorn de la conducció cardíaca	-623
Úlcera gàstrica	-621
Líquien pla	-619
Disrítmia	-612
Síndrome postflebitica	-610
Úlcera crònica de pell	-610
Agenèsia o deficiència longitudinal d'ext. sup.	-608
Trastorn de plexes i arrels (altres)	-607
Hèrnia de la cavitat abdominal	-601
Abscès de mediastí	-600

Quantificacions dels diagnòstics4

Trastorn de la vessícula biliar (altres)	-594
Trastorn d'ansietat en crisi (trastorn de pànic)	-591
Disfunció poliglandular	-584
Artropatia	-584
Transposició de grans vasos	-582
Colon irritable	-577
Trastorn mioneuronal (altres)	-575
Síndrome vertebrobasilar	-573
Mucoviscidosi	-565
Causàlgia	-561
Petit mal	-558
Disfunció ovàrica	-555
Isquèmia cerebral transitòria	-553
Trastorn psoriasiforme (altres)	-548
Estenosi de budell	-546
Polineuropatia paraneoplàstica	-539
Trastorn de ronyó (altres)	-539
Tumor benigne de glàndula endocrina	-535
Condromalàcia	-527
Estenosi traquial	-527
Neoplàsia d'aparell urinari (altres)	-526
Agenèsia o deficiència transversal d'ext. inf.	-520
Condrodistròfia	-519
Enteritis regional (altres)	-516
Trastorn dels canals limfàtics	-514
Bronquiectàssia	-506
Síndrome de Klinefelter	-506
Neoplàsia d'oïda	-504
Nictalòpia	-503
Contractura de Dupuytren	-500
Miocarditis	-500
Malaltia del sistema nerviós perifèric(altres)	-499
Acondroplàssia	-495
Alteració neurosensorial (altres)	-492
Trastorn intern de genoll	-487
Paràlisi cerebral en forma diplègica	-486
Polineuropatia diabètica	-483
Venes varicoses de les extremitats inferiors	-483
Deformitat de Sprengel	-480
Osteocondrosi	-480
Anomalia dentofacial (Inclou maloclusió) (altre	-476
Agenèsia o deficiència d'extremitat superior	-473
Melanoma	-466
Diverticle esofàgic	-463
Neoplàsia de ronyó	-462
Dermatosi eritematoescamosa	-461
Trastorn endocrí (altres)	-457
Espondilolisi	-456
Dermatitis atòpica	-450
Esplenectomia	-449
Trastorn ansiós-evitatiu de la personalitat	-448
Malaltia de glàndula sebàcia	-444
Paràlisi cerebral en forma hemiplègica	-440
Miopatia (altres)	-439
Úlcera gastroduodenal	-416
Cromosomopatia sexual (altres)	-411
Hipertensió secundària	-391
Polineuropatia carencial	-390
Trastorn funcional postoperatori	-388
Acromegàlia	-387
Síndrome nefròtica	-384
Tumor benigne (altres)	-384
Anèmia carencial	-381
Hiperostosi anquilosant vertebral	-377
Neurofibromatosi	-371
Hepatitis crònica	-370
Trastorn de conversió	-359
Colitis ulcerosa	-356
Anomalia d'os cranial	-348
Neoplàsia de llavi	-348
Malaltia difusa del teixit connectiu	-344
Alteració de la vàlvula pulmonar	-339
Trastorn de les glàndules adrenals (altres)	-330
Trastorn adaptatiu	-328
Malaltia d'Alpers	-320

Quantificacions dels diagnòstics5

Hipertensió arterial	-.309
Eritema (altres)	-.294
Polineuropatia	-.292
Psoriasi	-.290
Amiloidosi	-.289
Trastorn somatoforme (altres)	-.288
Cataracta	-.285
Disquinèssia (altres)	-.281
Trastorn digestiu funcional	-.281
Oclusió de les artèries precerebrals	-.278
Esclerosi múltiple	-.268
Poliartropatia inflamatòria	-.266
Malaltia de Crohn	-.255
Malaltia d'aparell digestiu (altres)	-.250
Alteració de la vàlvula aòrtica	-.245
Infart de miocardi	-.243
Pneumopatia (altres)	-.238
Reflux bufeta-urèter	-.238
Neoplàsia de mediastí	-.222
Malaltia de Refsum	-.221
Trastorn del metabolisme proteic (altres)	-.218
Trastorn dissociatiu	-.218
Miastènia gravis	-.216
Neoplàsia de testicle	-.214
Malaltia de Hodgkin	-.213
Síndrome de Turner	-.213
Trastorn del metabolisme mineral (altres)	-.211
Malaltia cerebrovascular (altres)	-.206
Tuberculosi	-.203
Cardiomegalia	-.200
Síndrome d'Ehlers-Danlos	-.198
Malaltia de Niemann-Pick	-.197
Valvulopatia cardíaca intervinguda	-.195
Encefalopatia necrotitzant	-.191
Complicació de traqueiotomia	-.191
Trastorn del llenguatge	-.190
Malaltia d'aparell genitourinari (altres)	-.189
Distonia de torsió	-.185
Distròfia musc. progressiva hereditària tipus Duchenne	-.183
Duodenitis	-.178
Trastorn maníac	-.178
Leucèmia limfoide aguda	-.176
Trastorn de fetge (altres)	-.169
Trastorns per moviments estereotípics	-.168
Malaltia de Steinert	-.165
Malaltia d'esòfag (altres)	-.165
Artropatia associada a malaltia sistèmica	-.155
Trastorn del cristal·lí	-.149
Bronquitis crònica	-.148
Síndrome d'immunodeficiència	-.143
Neoplàsia d'hipofaringe	-.139
Fenilcetonúria	-.130
Neoplàsia de mama	-.128
Neoplàsia de teixit connectiu	-.125
Espondilitis anquilopoiètica	-.118
Agenèssia o deficiència transversal d'ext. sup.	-.117
Lesió del nervi mitjà	-.114
Malaltia de Cushing	-.112
Trastorn de l'aprenentatge	-.111
Lesió del nervi cubital	-.106
Cifosi	-.097
Atròfia olivopontocerebelosa	-.097
Malaltia extrapiramidal (altres)	-.097
Leucèmia limfoide crònica	-.097
Malaltia cardíaca isquèmica (altres)	-.094
Demència senil simple	-.089
Neoplàsia de peritoneu	-.087
Trastorn hipocondríac	-.086
Lupus eritematós disseminat	-.084
Malaltia desmielinitzant (altres)	-.082
Insuficiència coronària	-.077
Trastorn hemorràgic	-.077
Neoplàsia de laringe	-.063
Demència arterioscleròtica simple	-.062
Diagnòstic desconegut	-.052

Quantificacions dels diagnòstics6

Alteració de la vàlvula mitral	-.050
Atròfia muscular progressiva	-.045
Trastorn del metabolisme (altres)	-.045
Cromosomopatia autònoma (altres)	-.039
Embriopatia	-.038
Artritis reumatoide	-.036
Pectum carinatum	-.034
Síndrome de Sheehan	-.033
Lesió del nervi radial	-.019
Escoliosi	-.015
Trastorn dermatològic (altres)	-.012
Mieloma múltiple	-.011
Pèmfig	-.011
Pericarditis	-.009
Miopatia inflamatòria	-.006
Episodi depressiu major (depressió endògena)	-.001
Malaltia de Fabry	.003
Tumor benigne de cartílag articular	.003
Neoplàsia de budell prim	.006
Febre reumàtica amb complicació cardíaca	.008
Condrodistròfia fetal	.009
Trastorn fòbic	.010
Neoplàsia de pell (altres)	.012
Trastorn dependent de la personalitat	.016
Epilepsia	.019
Trastorn del nervi estato-acústic	.019
Poliartritis crònica juvenil	.023
Aneurisma aòrtic	.024
Insuficiència corticoadrenal (síndrome d'Addison)	.025
Hemorràgia intracranial	.029
Cataracta intervinguda	.031
Trastorn depressiu recurrent o depressió major rec	.036
Malaltia espinocerebelosa (altres)	.037
Tumor benigne ossi	.037
Trastorn adrenogenital	.046
Neoplàsia òssia	.055
Agenèssia o deficiència d'extremitat inferior	.061
Neoplàsia d'úter	.066
Alteració valvular combinada	.068
Trastorn de personalitat (altres)	.080
Malaltia de pàncreas	.082
Neoplàsia de recte	.083
Dermatosi bullosa (altres)	.087
Trastorn de la còmia (altres)	.089
Desprendiment i defectes de retina	.091
Malaltia de Parkinson	.099
Oclusió de les artèries cerebrals	.100
Accident vascular cerebral sense especificar causa	.107
Neoplàsia de teixit limfoide (altres)	.108
Tumor benigne de pell	.108
Trastorn histriònic de la personalitat	.112
Hidrocefàlia	.113
Siringomièlia	.114
Esclerosi lateral amiotròfica	.116
Trastorn vasculo-intestinal	.118
Epidermolisi ampul·losa	.145
Malaltia del fol·licle pilós	.156
Trastorn esquizoide de la personalitat	.163
Poliartritis nodosa	.164
Malaltia de les cèl·lules de la banya anterior	.167
Neoplàsia d'aparell respiratori (altres)	.168
Trastorn del sistema nerviós autònom	.169
Lesió del plexe lumbosacre	.176
Líquen (altres)	.182
Síndrome de West	.195
Trastorn del nervi hipoglòs	.199
Leucèmia mielòide crònica	.201
Algoneurodistròfia	.212
Carcinoma ' in situ ' d'aparell genital	.214
Enfisema	.219
Trastorn de l'iris i cos ciliar	.221
Lesió de plexe braquial	.224
Anèmia aplàstica	.227
Trastorn paranoide agut	.230
Cataracta complicada	.235

Quantificacions dels diagnòstics7

Pseudoartrosi	,236
Carcinoma ' in situ ' de pell	,236
Laberintitis	,242
Mielopatia no especificada	,245
Malaltia hepàtica crònica (altres)	,248
Demència per la malaltia de Creutzfeld-Jacob	,248
Mielitis	,249
Neoplàsia de tràquea	,250
Ventricle comú	,253
Tumor benigne d'aparell genital femení (altres)	,265
Neoplàsia de cèrvix	,268
Fractura (seqüeles)	,270
Carcinoma ' in situ ' d'aparell digestiu	,271
Artrogiposi	,276
Leucodistrofia	,279
Hemorràgia subaracnoidea	,279
Atàxia de Friedeich	,284
Esclerosi tuberosa	,289
Malaltia del sistema nerviós central (altres)	,291
Mielopatia secundària	,298
Estat carencial (altres)	,312
Alteració de la vàlvula tricúspide	,313
Trastorn del metabolisme del ferro	,315
Arteriosclerosi	,319
Alteració de la trompa d'Eustaquí	,324
Trastorn obsessiu-compulsiu de la personalitat	,324
Demència arterioscleròtica amb característiques delirants o depr	,332
Neoplàsia de glàndula tiroide	,340
Malaltia vascular perifèrica (altres)	,343
Demència senil amb característiques delirants o depressives	,351
Diabetis melítus tipus II complicada	,352
Malaltia de la circulació pulmonar (altres)	,353
Trastorn obsessiu-compulsiu	,353
Immunodeficiència per VIH	,371
Trastorn paranoide de la personalitat	,383
Trastorn bipolar	,387
Micosi fungoide	,390
Malaltia cardíaca (altres)	,393
Trastorn esquizotípic de la personalitat	,397
Trastorn osmòtic	,398
Abscés intracranial	,400
Trastorn de la conducta alimentària	,407
Malaltia de Hirschsprung	,408
Disquinèssia esofàgica	,418
Osteogènesi imperfecta	,426
Malaltia respiratòria (altres)	,427
Cardiopatia hipertensiva	,431
Tetralogia de Fallot	,435
Amputació	,438
Estenosi d'esòfag	,445
Trastorn del cos vitri	,467
Demència (altres)	,471
Malaltia de Reiter	,472
Paràlisi cerebral. Síndrome disquinètica	,473
Encefalitis (seqüeles)	,475
Talla baixa constitucional	,476
Defecte de l'envà interventricular	,480
Paràlisi cerebral en forma quadriplègica	,483
Paràlisi bulbar progressiva	,487
Lesió cerebral anòxica	,490
Diabetis melítus tipus I complicada	,499
Tumor benigne de sistema nerviós	,505
Hiperlordosi	,510
Sec. medul·lar incompleta a nivell C3-C4 o C5	,510
Trastorn hipofisi-hipotalàmic	,517
Encefalomièlitis (seqüeles)	,522
Hemibalisme	,530
Neoplàsia meningia	,535
Espondilopatia traumàtica	,542
Neoplàsia d'estómac	,543
Neoplàsia de colon	,544
Trastorn de la via òptica	,545
Psicosi (altres)	,545
Polineuropatia associada a colagenosi	,546
Lipoma	,551

Quantificacions dels diagnòstics8

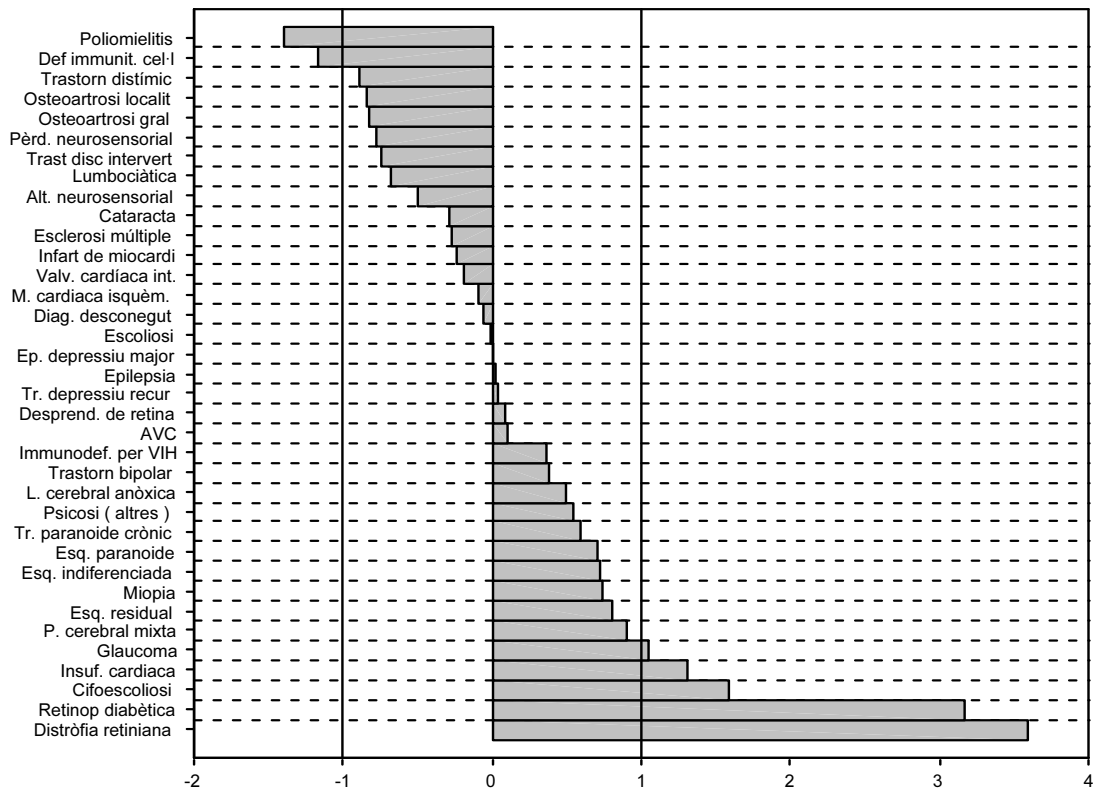
Encefalopatia (altres)	,555
Malaltia de Gaucher	,557
Glomerulonefritis	,569
Hemorràgia intracerebral	,570
Demència a la malaltia d'Alzheimer	,585
Trastorn paranoide crònic	,587
Polineuropatia alcohòlica	,589
Flebitis	,593
Malaltia de Dejerine-Sottas	,595
Tumor benigne de teixit connectiu (altres)	,600
Síndrome de Guillain-Barre	,605
Síndrome de Down	,613
Neoplàsia del sistema nerviós (altres)	,623
Trastorn limit de la personalitat	,625
Trastorn sociopàtic de la personalitat	,637
Neoplàsia d'aparell digestiu (altres)	,641
Síndrome postcommoció cerebral	,641
Corea de Huntington	,655
Trastorn del metabolisme dels lípids (altres)	,663
Metàstasi òssia	,680
Paràlisi cerebral	,684
Malaltia cardiovascular (altres)	,687
Funcionament defectuós per colostomia	,693
Espina bifida oculta	,702
Esquizofrènia paranoide	,704
Síndrome orgànica de la personalitat	,713
Neoplàsia d'orofaringe	,717
Esquizofrènia indiferenciada	,726
Meningitis (seqüeles)	,729
Dermatoesclerosi	,729
Anoftalmia	,734
Miopia	,734
Dependència de substàncies psicoactives	,748
Malaltia cardíaca reumàtica crònica	,757
Malaltia de Werdnig-Hoffmann	,758
Fibrosi pulmonar	,779
Demència per drogues	,780
Psicosi infantil (altres)	,783
Cardiomiopatia (altres)	,793
Meningoencefalitis (seqüeles)	,799
Esquizofrènia residual	,807
Malaltia de Behcet	,808
Neoplàsia (altres)	,812
Facomatosi (altres)	,836
Malaltia quística renal	,844
Cicatriu	,859
Neoplàsia d'òrgan genital femení (altres)	,862
Demència a la malaltia de Pick	,864
Patologia aguda no valorable	,868
Neoplàsia de llengua	,883
Lipoidosi cerebral	,898
Paràlisi cerebral mixta	,899
Neoplàsia de cavitat oral	,904
Esclerosi sistèmica progressiva	,912
Trastorn de les artèries i arterioles (altres)	,914
Espina bifida amb hidrocefal	,980
Mielopatia vascular	,992
Trastorn endocrí-metabòlic	,997
Esquizofrènia hebefrènica	1,023
Glaucoma	1,043
Demència alcohòlica	1,069
Diabetis insípida	1,071
Trastorn del nervi pneumogàstric o vague	1,080
Neoplàsia de bronquis	1,083
Degeneració cerebral (altres)	1,096
Tromboangièlitis obliterant (malaltia de Buerger)	1,118
Autisme	1,135
Síndrome de Marfan	1,137
Esquizofrènia catatònica	1,141
Neoplàsia de pàncreas	1,148
Traumatisme craneoencefàlic (seqüeles)	1,157
Trastorn de la visió cromàtica (altres)	1,161
Neoplàsia de cervell	1,184
Sec. medul·lar completa a nivell C3-C4 o C5	1,218
Neoplàsia de glàndula adrenal	1,218

Quantificacions dels diagnòstics⁹

Trastorn mental orgànic (altres)	1,235
Histiocitosi	1,238
Neoplàsia de pulmó	1,260
Insuficiència cardíaca	1,303
Neoplàsia d'ovari	1,307
Síndrome de Lennox-Gastaut	1,317
Trastorn del metabolisme aminoàcid (altres)	1,326
Síndrome del membre fantasma	1,338
Neoplàsia de cor	1,345
Trastorn del camp visual	1,349
Cirrosi hepàtica	1,355
Sec. medul·lar completa a nivell C5-C6 o C7	1,385
Neoplàsia de nervi cranial	1,410
Microftàlma	1,416
Metàstasi a l'aparell respiratori	1,428
Síndrome del miol de gat	1,454
Metàstasi a l'aparell digestiu	1,483
Nanisme pituitari	1,515
Neoplàsia de cordó espinal	1,560
Metàstasi a sistema nerviós	1,577
Sec. medul·lar incompleta a nivell C5-C6 o C7	1,585
Cifoescoliosi	1,592
Limfosarcoma	1,622
Neoplàsia de glàndula endocrina (altres)	1,654
Esclerosi renal	1,698
Trastorn del nervi olfatori	1,704
Congestió i hipostasi pulmonar	1,707
Neoplàsia de glàndula hipofisària	1,709
Eritema nodós	1,752
Neoplàsia maligna disseminada	1,760
Neoplàsia d'esòfag	1,769
Sec. medul·lar incompleta per sota de L2	1,776
Neoplàsia de fosses nasals	1,818
Funcionament defectuós per enterostomia	1,910
Nistagmus	1,944
Neoplàsia de fetge	1,986
Carcinoma ' in situ ' d'aparell respiratori	2,000
Mielomenigocele a nivell L4-L5	2,007
Neoplàsia poliglandular	2,013
Mielomenigocele a nivell medul·lar lumbosacre	2,040
Alteració coriorretiniana	2,101
Polineuropatia infecciosa (altres)	2,151
Mielomenigocele a nivell L1-L2	2,168
Mielomenigocele a nivell L2-L3	2,168
Deformatat toràcica	2,241
Malaltia cardiopulmonar crònica	2,271
Cataracta associada a malaltia sistèmica	2,277
Síndrome de Edwards	2,338
Mielomenigocele a nivell medul·lar dorsolumbar	2,515
Trastorn del nervi òptic	2,586
Abscés intraespinal	2,633
Trastorn de l'òrbita	2,643
Síndrome de Laurence-Moon-Biedl	2,678
Sec. medul·lar incompleta a nivell D1-D2-D3-D4-D5-D6-D7	2,723
Simulació	2,848
Vasculopatia perifèrica associada a malaltia sistè	2,882
Abscés de pulmó	3,049
Neoplàsia de via biliar	3,068
Retinopatia diabètica	3,163
Trastorn de diferent parells cranials	3,470
Sec. medul·lar incompleta a nivell D8-D9-D10-D11	3,584
Distròfia retiniana	3,591
Mielomenigocele a nivell L3-L4	3,942
Trastorn del nervi glosso-faringi	4,285
Metàstasi a l'aparell genital	4,446
Abscés hepàtic	4,616
Albinisme	4,690
Limfoma de Burkitt	4,708
Neoplàsia de pleura	4,932
Sec. medul·lar completa per sota de L2	5,130
Retinitis pigmentària	5,253
Síndrome de Patau	5,389
Fallada renal	5,459
Neuromielitis òptica	5,635
Malaltia de Tay-Sachs	5,954
Sec. medul·lar completa a nivell D8-D9-D10-D11-D12	6,709
Sec. medul·lar completa a nivell D1-D2-D3-D4-D5-D6-D7	6,857

Un dels factors que ens pot condicionar a l'hora d'interpretar aquestes quantificacions és la freqüència en què s'ha presentat cada diagnòstic, per això hem representat gràficament les quantificacions dels diagnòstics més freqüents.

Gràfic de les quantificacions dels diagnòstics més freqüents.



Els diagnòstics de *poliomièlitis* i *la deficiència de la immunitat cel·lular* prediuen un menor grau de disminució.

La distròfia retiniana, la retinopatia diabètica, la cifoescoliosi, la insuficiència cardíaca i el glaucoma prediuen un major grau de disminució.

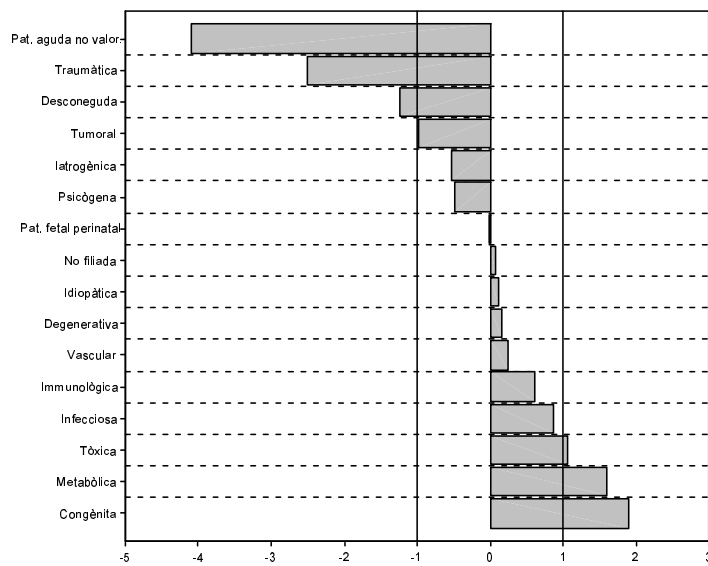
1.3.3. Etiologies

Observem que *la patologia aguda no valorable, l'etiologia traumàtica i l'etiologia desconeguda* prediuen un grau de disminució baix.

L'etiologia tòxica, la metabòlica i la congènita prediuen un grau de disminució alt.

Quantificacions de les etiologies

<i>Patologia aguda no valorable</i>	<i>-4,090</i>
<i>Traumàtica</i>	<i>-2,508</i>
<i>Desconeguda</i>	<i>-1,231</i>
<i>Tumoral</i>	<i>-,981</i>
<i>Iatrogènica</i>	<i>-,526</i>
<i>Psicògena</i>	<i>-,490</i>
<i>Patiment fetal perinatal</i>	<i>-,010</i>
<i>No filiada</i>	<i>,082</i>
<i>Idiopàtica</i>	<i>,114</i>
<i>Degenerativa</i>	<i>,168</i>
<i>Vascular</i>	<i>,256</i>
<i>Immunològica</i>	<i>,616</i>
<i>Infeciosa</i>	<i>,865</i>
<i>Tòxica</i>	<i>1,064</i>
<i>Metabòlica</i>	<i>1,600</i>
<i>Congènita</i>	<i>1,894</i>



DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

En primer terme, tots els resultats fan referència a la població registrada a la base de dades del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya fins a data 9 de gener de 2002. El grau de fiabilitat del registre de dades és molt alt, donat que els dictàmens han sigut elaborats per metges, psicòlegs i treballador socials, tots ells experts en l'avaluació de persones amb disminució. La base de dades que hem estudiat és la font més gran i més precisa d'informació de les persones amb disminució a Catalunya.

Hem de recordar, també, que de cada pacient hem escollit la deficiència/diagnòstic/etiologia principal, per tant, en molts casos, ens podem trobar associades altres deficiències – diagnòstics - etiologies (fins a cinc en la nostra comunitat autònoma), que podrien matisar els resultats.

No hem trobat cap estudi que hagi descrit àmpliament les associacions entre les diferents disminucions o que hagi analitzat detalladament més d'una disminució en un mateix individu. Això ens permet plantejar futures investigacions.

Una vegada obtinguts els resultats i després d'haver contrastat amb altres dades publicades, cal definir tres apartats ben diferents:

El primer fa referència a les conclusions sobre deficiència, diagnòstic, etiologia i nivell de dependència de les persones valorades.

El segon fa referència als diagnòstics abans i després de l'aplicació del RD 1971/1999.

El tercer fa referència a les variables predictives del grau de disminució.

A mesura que anem descrivint els diferents aspectes, quan sigui adient, farem la comparació amb els següents estudis:

- *Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BDE)*¹¹.
- *Les persones amb minusvalideses a les Illes Balears. (IBAS)*¹⁰.
- *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. (INE)*⁷.
- *Disability and social participation in Europe. (Eurostat)*¹².
- *Prevalence or impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. Barbotte i cols*¹⁴.

D'aquest últim comentarem els treballs que fan referència a països o continents no descrits en els anteriors i que per semblança metodològica són comparables amb les cites esmentades. Tot i això, recordem que la manca d'una definició homogènia del criteri discapacitat, fa que ens trobem, a vegades, amb una manca de perspectiva (temporal i geogràfica) tant necessària per a situar les dades.

1. Aspectes demogràfics

La població valorada a Catalunya amb certificat de disminució durant el període 1970–2002, presenta una prevalença de 4,4 casos per cent habitants. Per edats mostra una clara tendència a l'envelliment. Per gènere predominen els homes fins als 44 anys i després predominen les dones fins la vellesa. Aquest fet pot ser degut a una manca de detecció de la discapacitat en la dona en edats joves (expectatives socials diferents segons gènere), o a una més gran exposició en l'home a factors de risc que generen discapacitat (accidents laborals i de trànsit) o a factors purament biològics (mortalitat més alta en el gènere masculí).

A la dècada 1970/80 la majoria dels disminuïts valorats són homes. A partir de l'aplicació de la Llei d'Integració Social del Minusvàlid (LLISMI)⁴¹, s'anivellen els percentatges entre ambdós gèneres.

No hem trobat cap treball on s'hagi estudiat l'evolució de la disminució al llarg del temps.

A l'estudi de la BDE la prevalença de persones amb disminució és del 3,16% i a l'estudi de l'IBAS és del 3,3%. No hi ha grans diferències respecte a l'edat i el gènere.

A l'estudi de l'INE (basat en enquestes de salut i, en part, en la *Classificació Internacional de Deficiències Discapacitats i Minusvalies (CIDDM)*⁹ –218000 persones-) es descriu que un 9% de les persones presenten algun tipus de discapacitat.

L'estudi Eurostat (també basat en enquestes de salut –130000 persones més grans de 16 anys-) descriu una prevalença mitjana del

14,5% de discapacitat en catorze estats membres de la Unió Europea: Finlàndia 22,9%, Itàlia 7,8%, França 15,3%, Portugal 18,4%, Grècia 8,2%, Alemanya 17,3%, Bèlgica 12,9%, Dinamarca 17,4%, Irlanda 10,9%, Luxemburg 16,4%, Holanda 18,5%, Àustria 12,5%, Regne Unit 18,9% i Espanya 9%, ja esmentat .

A l'estudi de l'INE i a l'estudi Eurostat trobem un predomini més important de deficiència en el gènere femení (percentatges entre el 58% i el 65%) que en el masculí.

La recerca documental de Barbotte i cols. ens descriu a Noruega (enquesta de salut a 11800 persones entre 20 i 79 anys) prevalences del 17,3% per dolor inespecífic. A Àfrica (5 països/dades del cens) prevalences entre 0,3 i 5% de persones amb discapacitat. A Àsia (9 països/dades del cens) prevalences entre 0,3 i 4% de persones amb discapacitat. A Sudamèrica (4 països/dades del cens) prevalences entre el 0,1 i el 2,5% de persones amb discapacitat.

Com veiem el percentatge de població amb disminució pot variar entre el 0'1% i el 22,9%, segons els països, lògicament això es deu més a una manca d'homogeneïtat dels criteris de disminució adoptats, que a les diferències que sens dubte existeixen en la prevalença real de les situacions de discapacitat.

No hi ha consens en les estimacions globals de les persones amb disminució. L'any 1981, l'OMS va estimar que una mitjana del 10% de la població mundial tenia alguna discapacitat. L'any 1992 aquest percentatge es va reduir al 4% per als països en desenvolupament i al 7% per a països industrialitzats⁶⁷. El Fons de Nacions Unides per a la Població va estimar, l'any 1993, un proporció global de persones amb discapacitat del 5,2%. Malgrat aquesta tendència a la reducció de xifres, encara són molts els països que mantenen xifres al voltant del

10% ó més. La Unió Europea calcula que un 10% de la població europea té algun tipus de discapacitat. L'Agència per al Desenvolupament Internacional dels Estats Units (USAID), també estima que la proporció de persones amb discapacitat en la població global és del 10% o més, i l'Institut Roer, de Toronto (Canadà) l'estableix entre el 13 i el 20%⁸.

És evident que cal plantejar-se el disseny d'estratègies metodològiques que ens permetin obtenir dades comparables.

A Catalunya, la distribució per comarques segueix el perfil del nombre d'habitants de cadascuna d'elles. Les comarques amb més població tendeixen a presentar més demandes de valoració i per tant presenten percentatges més alts de persones amb disminució.

Les diferències entre comarques veïnes podrien explicar-se, tant per la xarxa d'informació dels serveis d'atenció primària que existeix a nivell del territori, on pot ser que estigui més desenvolupada i arribi a més usuaris, com per una major presència de disminució en aquesta zona.

Les comarques que presenten una prevalença més alta de valoració són les comarques de Ponent i les del Camp de Tarragona.

L'estudi evolutiu de les valoracions mostra els períodes on hi ha hagut canvis legislatius en l'àmbit de la disminució, amb un increment important de l'edat de la valoració i una demanda més alta del gènere femení en períodes d'implementació de prestacions.

La demanda de valoració ha sofert un augment molt important. Hem de tenir en compte que a l'explicar l'índex de càrrega assistencial no ha estat possible obtenir el nombre total de visites efectuades, sinó

només la primera i l'última. Hem de ser prudents a l'analitzar aquest fet, doncs cada nova revisió, anul·la l'anterior, tret de la primera visita. Tot i això hem observat increments importants a partir del període 1980-2002. Caldria millorar aquests índex de freqüentació per tal d'obtenir el nombre total de visites.

No ha estat possible obtenir les dades que han condicionat la valoració social. Caldria plantejar-se el registre dels diferents aspectes socials amb la finalitat de completar l'eix deficiència, discapacitat, disminució.

Tot i que l'estudi de la BDE i l'estudi de l'IBAS no presenten la base de dades actualitzada, caldria plantejar-se un sistema per a excloure les persones valorades que han mort.

2. Aspectes del grau de disminució, mobilitat i autonomia personal

La població valorada a Catalunya presenta una mitjana de grau de disminució de 50,2. Això correspon a una disminució moderada.

Destaca, l'alt percentatge d'individus afectats amb disminucions moderades. Es crea un important grup de població amb disminució sense dret a prestacions econòmiques periòdiques (pensió no contributiva) i que precisen mesures d'integració sociolaboral en un entorn protegit.

El gènere masculí presenta més disminucions moderades (entre 33 i 64). El gènere femení mostra un alt nivell d'afectació i presenta més disminucions greus (entre 65 i 74) i molt greus (superior a 75). Recordem que el gènere femení és el grup de població que es valora més a partir dels 45 anys.

Els infants i adolescents presenten nivells de disminució més baixos. Tot i que durant els últims quinze anys el grau de valoració ha augmentat. Aquest fet sembla estar condicionat per la data d'aplicació de la LLISMI. Abans de la seva entrada en vigor les disminucions tendien a valorar-se com a moderades o com a molt greus, fet que no deix de sorprendre.

L'estudi de la BDE i l'estudi de l'IBAS descriuen una mitjana de grau de disminució entre 33 i 64 (moderada). No s'observen diferències pel que fa gènere i grau de disminució.

L'estudi de l'INE descriu un 35% de persones amb discapacitat total, un 32% de discapacitat severa i un 30% de discapacitat moderada, (en el 3% restant no consten dades)⁶⁸.

L'estudi Eurostat descriu globalment, per a tots els països estudiats, percentatges de discapacitat moderada. Contràriament al nostre treball, es descriuen, en tots els països, disminucions molt greus en el gènere masculí i disminucions greus en el gènere femení.

Les comarques de Ponent, primer, i les comarques del Camp de Tarragona, segon, són les que presenten una prevalença més alta de persones amb disminució i també les que presenten una dificultat més alta en la utilització de transports públics col·lectius (barem de mobilitat) i dependència per a l'autonomia personal (barem de tercera persona).

Les comarques de Girona i la regió Metropolitana presenten una prevalença més baixa de població disminuïda i amb més disminució moderada.

La possibilitat de poder aplicar fins a cinc codis de deficiència, cinc codis de diagnòstic i cinc codis d'etiologia, ens permet estudiar millor la comorbiditat de la població. Seria recomanable en un futur estudiar quines comorbiditats es registren i quins són els codis que s'associen amb més freqüència.

Pel que fa a les dificultats de mobilitat i a la utilització dels transports públics col·lectius, si ho comparem amb els altres estudis observem que, a la nostra sèrie es registra una alta incidència i prevalença de població amb problemes de mobilitat (18,9% i 0,85% respectivament), fet que contrasta amb la de les Illes Balears (7,1% i 0,23% respectivament), si tenim en compte que en aquesta última, la població està més envellida i per tant hauria de presentar més dificultats en la mobilitat. Això ens alerta sobre que a Catalunya s'han presentat disminucions amb una afectació important en aquest nivell d'autonomia. Aquesta diferència, però, no es presenta pel que fa a les necessitats d'ajut per a l'autonomia personal (barem de tercera persona). La BDE no valora aspectes relatius a aquests barems.

Cal tenir en compte que en la depuració inicial de la base de dades hem trobat un 9,5% de dades incompletes i que corresponien al barem de mobilitat i al barem de tercera persona. Finalment les hem pogut reduir a un 5,5%. Aquest aspecte pot condicionar estudis futurs.

3. Aspectes de la deficiència

A Catalunya les deficiències més importants corresponen al *trastorn mental* i al *retard mental* seguides de les *deficiències visuals*.

Un 14,2% de les persones disminuïdes, en el nostre treball, presenten deficiència per *trastorn mental*. Aquest percentatge supera en un 2,9% el descrit a l'estudi de l'IBAS i en un 4% a la Base de Dades Estatal. El retard mental no mostra diferències significatives.

L'estudi de l'INE descriu un 16'8% de deficiències per retard mental.

Si seguim la classificació general de les deficiències agrupades que s'ha aplicat en els estudis consultats, observem que les *deficiències osteoarticulars* són les més freqüents. En el nostre treball estan per sota de la resta. Així obtenim, un 32,8% a l'estudi de l'INE, un 27,1% a l'estudi de l'IBAS i un 25,9% a la BDE i un 20,2% en la nostra sèrie.

Les "valoracions" per *homologació d'invalidesa*, que han condicionat l'obtenció del certificat de disminució sense cap avaluació tècnica, han ocupat un lloc molt important fins que no ha entrat en vigor el RD 1971/1999 i ha derogat aquesta normativa d'homologació. En total són 18788 registres, que representen un 7% de la població amb disminució. Caldria saber d'aquestes persones, si s'haguessin valorat segons els barems establerts, quines no tindrien el certificat de disminució.

A mesura que augmenta l'edat de la valoració, augmenten les deficiències de tipus degeneratiu.

A l'edat de 5 a 16 anys destaquen les *alteracions i els retards del desenvolupament*.

A l'edat de 17 a 44 anys predomina *l'alteració del sistema immunològic*.

La dona presenta més deficiències de *l'aparell locomotor, trastorns mentals, deficiències del sistema nerviós i del sistema immunològic* en edats més avançades que en l'home.

Les comarques de Ponent presenten més *deficiència osteoarticular*, probablement al ser una àrea amb una població agrícola important, es registren més alteracions d'aquest tipus. Al Camp de Tarragona s'observa una alta prevalença de *retard mental*, cal recordar la presència de diversos centres psiquiàtrics a la zona. Les comarques Centrals i les de la regió Metropolitana han presentat una alta prevalença de valoracions per *homologació d'invalidesa*. Aquestes comarques degut a la seva alta densitat en població del sector industrial, poden tenir tendència a presentar més expedients d'incapacitat laboral.

A nivell evolutiu destaquem dos períodes: el primer entre l'any 1982 i el 1991 en que predominen les deficiències per *trasplantament*, les *homologacions d'invalidesa*, *el sistema osteoarticular* i sobretot, els últims anys, *les alteracions del sistema immunològic*. En el segon període de l'any 1992 al 2002 augmenta la deficiència per *malaltia crònica, la discapacitat múltiple, el trastorn vasomotor, el retard maduratiu i el trastorn mental*.

No hem trobat cap estudi que faci referència a l'evolució de la deficiència.

4. Aspectes del diagnòstic

La descripció dels diagnòstics ens ha permès definir d'una manera més fiable i acurada les disminucions. Tot i que el significat de la valoració de la disminució sempre es basa en la *pèrdua de la capacitat de*, el diagnòstic ens permet saber l'origen de la deficiència.

De manera global els diagnòstics més freqüents són, per ordre: *el diagnòstic desconegut*, els diagnòstics que fan referència al *sistema nerviós central* i al *sistema nerviós autònom*, *l'artrosi*, *els oftalmològics*, *els otològics*, *els cardíacs*, *l'esquizofrènia* i *el trastorn paranoide* i *els trastorns de l'afectivitat*.

Per grups d'edat es confirma la relació amb els mateixos diagnòstics descrits fins als 44 anys.

A partir dels 45 anys es presenta un grup amb percentatges similars que correspon a *neoplàsies*, *alteracions del metabolisme dels lípids*, *malaltia pulmonar obstructiva crònica* i *trastorns psiquiàtrics de tipus afectiu*. A partir dels 65 anys apareixen diagnòstics relatius a *l'aparell genital*. A partir dels 75 anys predominen els diagnòstics de *demència*.

Tot i que l'estudi de l'IBAS i de la BDE han agrupat els diagnòstics d'una manera més general que la nostra, podem deduir que no mostren els mateixos resultats que el present treball. Així observem que els diagnòstics del *sistema osteoarticular* ocupen un lloc destacat amb percentatges per sobre del 23%. Coincideixen, però, a presentar en segon terme els *diagnòstics desconeguts*.

En els següents apartats quan comparem els resultats dels diagnòstics freqüents amb la BDE i l'IBAS, aquests han valorat la freqüència segons casos i segons gènere.

4.1 Diagnòstic desconegut

El *diagnòstic desconegut* representa el grup més freqüent en la nostra sèrie amb un percentatge, respecte les persones amb certificat de disminució, del 17,2%. A la base de dades estatal representa el 12,5% i a l'IBAS el 20%.

El fet que el *diagnòstic desconegut* s'associï amb un percentatge molt alt de deficiència de *retard mental i d'etiologies no filiada i desconeguda* fa pensar que el diagnòstic *retard mental*, tot i ser un diagnòstic freqüent, es troba amb una manca d'informació, per part dels altres codis, per a completar la valoració. Ja sigui, perquè no s'ha pogut obtenir la informació suficient, o perquè el sistema de codificació no ofereix el codi adient o perquè a vegades el retard mental no porta associada una malaltia o síndrome concreta.

El *retard mental amb diagnòstic desconegut* representa el 7,3% de la població estudiada. La Base de Dades Estatal mostra un percentatge similar (7,2%) i l'estudi de l'Institut Balear d'Afers Socials un 10,5%.

Tal com s'ha expressat en el capítol 6.1, la resta del percentatge correspon, la majoria, a valoracions *d'homologació per invalidesa*.

Les comarques Centrals són les que presenten una taxa més alta de *diagnòstics desconeguts*.

4.2 Sistema Nerviós Central i Sistema Nerviós Autònom

Al fer l'estudi detallat dels diagnòstics més freqüents del *sistema nerviós central i del sistema nerviós autònom* observem que:

L'accident vascular cerebral és el diagnòstic més valorat (2'14% de la població amb disminució a Catalunya i 1,63% a la BDE) i amb disminució més greu.

El diagnòstic de *poliomielitis* presenta disminucions moderades (1,99% de la població amb disminució a la nostra sèrie i 2,21% a la BDE).

El diagnòstic *d'esclerosi múltiple* ocupa un lloc destacat en la nostra sèrie, a diferència dels altres estudis en que no s'hi fa esment.

L'àrea metropolitana registra una prevalença més alta de *poliomielitis*.

El Camp de Tarragona registra una prevalença més alta *d'accident vascular cerebral*.

Les comarques de Ponent són les que presenten una prevalença més alta *d'esclerosi múltiple*.

4.3 Artrosi

L'artrosi predomina en el gènere femení i en edats mitges de la vida. S'obté una prevalença més alta en les comarques de Ponent.

4.4 Oftalmològic

Els diagnòstics de *miopia* i de *retinopatia diabètica* són els més freqüents, es registren més en el gènere femení i entre els 45 i els 64 anys. La distribució per regions comarcals ens mostra un patró molt homogeni. Així trobem que tots els diagnòstics oftalmològics sobresurten amb una alta prevalença en totes les regions.

4.5 Otològic

Es fa evident que l'alta freqüència dels codis *alteració neurosensorial (altres)* i *la pèrdua neurosensorial d'oïda* precisaria d'una definició de conceptes o d'una unificació de codis. Tenim per exemple les diferències de prevalença per regions comarcals. La regió Metropolitana presenta una prevalença alta d'*alteració neurosensorial* i baixa de *pèrdua neurosensorial* i les comarques de Ponent a l'inrevés. Per tant al no existir un criteri definitori previ en la guia per a l'aplicació del codis^{jj}, és probable que cada tècnic avaluador tendeixi a codificar de manera diferent. A més si observem en l'estudi de la Base de Bades Estatal aquests codis es presenten agrupats.

^{jj} Guía para la aplicación de códigos de deficiencia, diagnóstico y etiología. Manual práctico para los profesionales de los E.V.O. Área de Valoración. INSERSO.

4.6 Cardíac

S'observen tres codis que poden presentar confusió a l'hora de codificar: *la malaltia cardíaca isquèmica, l'infart de miocardi i la insuficiència coronària*. A la base de dades estatal s'agrupen com a coronariopaties.

Tots els diagnòstics que fan referència als trastorns isquèmics, predominen en homes de 45 a 64 anys i amb graus de disminució moderada.

La *insuficiència cardíaca* és l'únic diagnòstic que presenta amb més freqüència una disminució més greu i en el gènere femení.

La regió Metropolitana presenta una prevalença més alta de *malaltia cardíaca isquèmica*.

No s'observen diferències amb la BDE pel que fa al percentatge de casos presentats.

4.7 Esquizofrènia

Es registra majoritàriament en l'home a l'edat de 17 a 44 anys i amb nivells de disminució greu. El diagnòstic més freqüent és *l'esquizofrènia paranoide* amb una prevalença més alta a les comarques de Ponent i al Camp de Tarragona.

Tot i que a la BDE es registren a edats més avançades, no podem treure conclusions en aquest aspecte, doncs no sabem quan van ser valorades per primera vegada. Aquest fet l'hem de tenir en

compte al valorar qualsevol aspecte de la disminució i l'edat de valoració.

4.8 Depressió i trastorn bipolar

La majoria dels diagnòstics de *depressió i trastorn bipolar* predominen en el gènere femení, en edats de 45 a 64 anys i amb disminucions greus (excepte el *trastorn distímic* que presenta disminucions moderades). Les comarques Centrals mostren una alta prevalença de *trastorn distímic, trastorn bipolar, depressió major recurrent i depressió endògena*.

No hem trobat diferències amb la BDE pel que fa al percentatge de casos presentats.

4.9 Columna

El *trastorn del disc intervertebral i l'escoliosi* es mostren com els diagnòstics més freqüents.

La majoria dels diagnòstics de columna s'han valorat a l'edat de 45 a 64 anys i amb graus de disminució moderada.

Les comarques de Girona presenten, amb diferència, més *alteracions dels disc intervertebral*. Caldria ampliar l'estudi doncs supera amb escreix la resta de comarques.

No observem diferències amb la BDE pel que fa al percentatge de freqüència i gènere.

A l'estudi Eurostat s'observen prevalences entre el 15 i el 21% per al dolor de columna, no comparables amb el nostre treball.

4.10 Alteracions de la immunitat

Tot i no ser un dels diagnòstics més freqüents, l'hem inclòs per la connotació mèdica i social que ha tingut durant l'última dècada^{16,17}. El diagnòstic pel *virus de la immunodeficiència humana* és presenta com l'alteració de la immunitat més freqüent, amb predomini en el gènere masculí a l'edat de 17 a 44 anys i amb graus de disminució greu i molt greu.

El Camp de Tarragona és la zona on es presenta una prevalença més alta d'alteració pel VIH (6,73 casos per 10000 habitants).

Un 1,40% de les persones disminuïdes de la BDE i un 1,15% de les persones amb disminució del nostre estudi presenten infecció per VIH.

5. Aspectes relatius als diagnòstics més freqüents abans i després del RD 1971/1999

Hem de tenir en compte que no és el mateix grup de població en ambdós períodes, tot i que estem analitzant un nombre de població alt. Les variacions observades poden ser degudes al canvi normatiu o a la diferència entre poblacions.

No hem trobat cap estudi que hagi fet la comparació abans i després de l'aplicació d'aquesta normativa. Tot i que no hem fet una anàlisi a fons del RD, pensem que els nostres resultats poden aportar criteris de revisió a la *Comissió Tècnica de Seguiment* establerta en el RD.

5.1 *Diagnòstics desconeguts*

La davallada dels *diagnòstics desconeguts* abans i després del RD, probablement ens tradueix una definició més precisa i una obtenció més acurada de la informació tècnica per part dels equips de valoració. No trobem diferències en el perfil del grau de disminució. Malgrat tot, continuen observant-se fins a un 7,4% de registres en aquests diagnòstics. Es fa necessari una revisió d'aquest codi de classificació.

5.2 *Sistema Nervios Central i Sistema Nervios Autònom*

Després de l'entrada en vigor del RD augmenta el diagnòstic *d'accident vascular cerebral* tant en nombre de valoracions com en percentatge de grau de disminució. Aquest fet és destacable doncs al comparar els criteris de valoració abans i després de l'aplicació del RD no es dedueix un increment del percentatge de valoració per deficiència del SNC i el SNA.

L'esclerosi múltiple després del RD augmenta en nombre de valoracions i en percentatge de disminució moderada.

5.3 Artrosi

No hem observat diferències. Tot i que la comparació d'ambdós barems permet deduir una minva de la valoració per disminució. Predomina en el gènere femení i de 45 a 64 anys.

5.4 Oftalmològics

No es descriuen grans variacions en el perfil de distribució del grau de disminució. Tot i que després de l'aplicació del RD el barem ha reduït de 85 a 75% la valoració per discapacitat visual, s'observa més afectació després de l'aplicació del RD en el *despreniment de retina, la retinopatia diabètica i la retinitis pigmentària*.

A més, després de l'aplicació del RD augmenten les consultes per *despreniment de retina, retinopatia diabètica, retinitis pigmentària, alteració corioretiniana i glaucoma*. La *miopia* continua sent el diagnòstic més valorat.

5.5 Otològics

Es fa palesa la semblança entre els diagnòstics *pèrdua neurosensorial d'oïda* i *alteració neurosensorial (altres)*. Després del RD, disminueix *l'alteració neurosensorial* i augmenta la *pèrdua neurosensorial*. Si els agrupéssim en ambdós períodes, tindriem percentatges similars. Caldria definir criteris per a cada codificació.

Tot i que el canvi de normativa ha suposat un augment de la valoració per sordesa del 35 al 40%, no s'observen diferències amb el grau de disminució.

5.6 Cardíacs

La *insuficiència coronària* i la *malaltia cardíaca isquèmica* presenten un comportament invers abans i després del RD. Si els valoréssim agrupats no hi hauria diferència. És probable, igual que l'anterior, que sigui degut a la manca de definició d'ambdós conceptes.

Després del RD gairebé tots els diagnòstics, menys la *insuficiència cardíaca*, disminueix el percentatge de disminució i presenten més disminucions moderades.

5.7 Esquizofrènia

Després de l'aplicació del RD augmenta la consulta per *esquizofrènia paranoide*, *esquizofrènia indiferenciada* i disminueix l'*esquizofrènia residual*.

Després del RD hi ha una tendència a disminuir el percentatge de valoració en tots els diagnòstics i a presentar més disminucions moderades.

5.8 Depressió i trastorn bipolar

Amb l'entrada en vigor del RD augmenta la consulta per *trastorn depressiu recurrent*.

Es mostra clarament una tendència en tots els diagnòstics a presentar graus de disminució més baixos.

5.9 Columna

Després de l'aplicació del RD augmenta notablement la consulta per *trastorn del disc intervertebral*.

Hi ha una disminució important en els graus de valoració dels diagnòstics de columna.

5.10 Alteracions de la immunitat

No hi ha hagut diferències percentuals en el nombre de visites abans i després del RD.

S'observa globalment una tendència a presentar graus de disminució més importants en les immunodeficiències per VIH.

6. Aspectes de l'etiologia

Ja s'ha comentat a les deficiències l'alt percentatge d'etiologia *no filiada i idiopàtica*. Coincidim amb l'estudi de les Illes Balears i no amb la resta de l'Estat. En aquest últim predominen les *etiologies degeneratives*.

L'etiologia *no filiada* segueix una evolució descendent al llarg del període estudiat, en canvi però, augmenta l'etiologia *idiopàtica*. Aquest fet podria confondre si no es defineixen clarament ambdós conceptes. Podríem sospitar que s'ha canviat el concepte *no filiada* per *idiopàtica*. Recordem que tant l'una com l'altra presenten un alt percentatge d'associació amb el codi de diagnòstic *diagnòstic desconegut* i el codi de deficiència *retard mental*.

Destaquem l'augment important de *l'etiologia vascular* en aquests últims anys.

A Catalunya les etiologies infecciosa i traumàtica apareixen en edats més joves que a la resta de l'Estat.

Igual com passava amb els diagnòstics, la distribució de les etiologies, respecte al grau de disminució, és una dada difícil d'analitzar. Segons normativa la valoració ve condicionada per les diferents deficiències valorades. No es tenen en compte les etiologies a l'hora de valorar la disminució, sinó que, com ja hem dit, es descriuen les diferents deficiències amb la seva puntuació.

L'etiologia i el diagnòstic recolzen a la deficiència, però no donen informació per elles mateixes del grau valorat. La deficiència dóna idea del grau, el diagnòstic i l'etiologia idea de la causa.

Es confirma l'enfocament preventiu de les deficiències i els diagnòstics al descriure els codis de les etiologies. La finalitat no es buscar una descripció exhaustiva, sinó completar la ja donada.

7. El grau de disminució: exemple d'un model explicatiu

El procediment de regressió categòrica per escalament òptim ens ha permès l'estudi de les variables amb nivells d'escalament diferent, molt difícils de tractar per altres tècniques estadístiques.

El barem de tercera persona, les deficiències, els diagnòstics i el barem de mobilitat, per aquest ordre, són les variables que contribueixen més a predir el grau de disminució. Cal investigar sobre aquestes característiques amb la finalitat de millorar la seva capacitat de predicció i, al mateix temps, identificar-ne de noves.

L'edat, les etiologies, les regions comarcals, el gènere, la data d'aplicació del RD i la comorbiditat mostren una influència molt baixa en la predicció del grau de disminució.

De les deficiències les que prediuen un grau de disminució més alt són la *deficiència visual*, la *deficiència de l'aparell genitourinari i l'estat terminal*. Les que prediuen un grau de disminució més baix són el *trasplantat*, la *patologia aguda no valorable* i la *deficiència d'extremitats inferiors*.

Dels diagnòstics els que prediuen un grau de disminució més alt són la *secció medul·lar completa de D1 a D12*, la *malaltia de Tay-Sachs*, la *neuromielitis òptica*, la *fallada renal*, la *síndrome de Patau* i la *retinitis pigmentària*.

El que prediuen un grau de disminució més baix són la *siringobúlbria*, el *trastorn de la motilitat ocular*, el *trastorn de la refracció i acomodació*, la *presbícia*, el *trastorn del nervi patètic*, la *diplòpia* i l'*estrabisme*.

Per diagnòstic més freqüents la *distròfia retiniana*, la *retinopatia diabètica*, la *cifoescoliosi*, la *insuficiència cardíaca* i el *glaucoma* prediuen un major grau de disminució.

El diagnòstic de *poliomielitis* i la *deficiència de la immunitat cel·lular* prediuen un menor grau de disminució.

Aquest model ens ha permès confirmar els resultats obtinguts en la part descriptiva d'aquest treball.

Es fa necessari ampliar, encara més, l'estudi de les tècniques de valoració i d'obtenció de la informació necessària, i relacionar-ho amb els diferents sistemes de codificació. És a partir d'aquí quan la base de

dades ens pot revelar la seva importància per a definir la disminució i les conseqüències socials que se'n deriven.

Pensem que caldria millorar els criteris de codificació, defugir del model lineal i tancat de classificació (deficiència/diagnòstic/etiologia) i incloure altres paràmetres, com poden ser l'entorn físic i social, que ens permetessin identificar tots els aspectes de la disminució. Seria desitjable que amb la simple lectura de la codificació, poguéssim obtenir la informació necessària per a saber si l'individu *té la capacitat de fer* o no. Cal reforçar, revisar i ampliar els conceptes barem de mobilitat, barem de tercera persona, deficiència i diagnòstic, com a variables amb un alt grau de predicció de la disminució.

Es fa necessària la unificació de criteris de classificació a nivell estatal i europeu amb la finalitat d'optimitzar esforços i poder tenir elements de comparació útils per al disseny d'estratègies polítiques en l'àmbit social i sanitari.

En aquest sentit la *Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalies*⁶⁹ (CIDDM –actualment CIF-) defineix la disminució com: “una situació de desavantatge per a un individu determinat, conseqüència d'una deficiència o una discapacitat, que limita o impedeix el desenvolupament d'un rol que és normal en el seu cas (en funció de la seva edat, gènere, factors socials i culturals). La CIF no classifica persones, sinó estats de salut i estats relacionats amb la salut. Pensem que l'experiència aportada pels estudis de l'Institut Nacional d'Estadística^{6,7} l'any 1986 i 1999, i altres experiències a nivell estatal i iberoamericà³⁶ poden ser un punt de partida per a la implantació d'un nou sistema de codificació.

Per acabar, pensem que amb aquestes dades podem aportar una informació que pot ser d'interès tant per al legislador com per al tècnic avaluador, ja sigui per a establir programes i polítiques

medicopsicosocials, com per a millorar la tasca del dia a dia. Si amb això podem contribuir a la millora de programes d'actuació d'aquest col·lectiu a Catalunya i a la resta de l'Estat, ens donarem per satisfets.

Conclusions

1. S'ha d'estudiar una classificació que completi la informació obtinguda, sobretot pel que fa al codis de retard mental/diagnòstic desconegut i etiologia no filiada.
2. S'han d'establir criteris per a codificar els diagnòstics poc heterogenis (cardíacs, otològics, oftalmològics.....)
3. S'han de seguir creant estratègies de prevenció sanitària, social i laboral per a les persones amb disminució moderada. Es tracta d'un grup, en creixement constant, sense dret a prestació econòmica i que precisen mesures d'integració sociolaboral en un entorn protegit.
4. Es proposa excloure, en futurs estudis els registres efectuats durant el període 1970/80, doncs són tècnicament insuficients, tant per la manca de dades com per l'elaboració del les valoracions, ja sigui per motius de tipus legislatiu o per defecte tècnic.
5. Degut a l'alta incidència de dificultats de mobilitat en els grups d'edat més jove, es proposa aprofundir l'estudi de les persones que superen el barem de mobilitat.
6. Cal reforçar i ampliar el concepte deficiència/diagnòstic i etiologia com a una unitat de codificació per a obtenir la màxima informació possible de la disminució.
7. Identificar en primer lloc les possibles associacions entre les diferents deficiències, diagnòstics i etiologies i la relació existent entre elles.

8. Són necessaris els aspectes socials per a determinar l'abast de la disminució. En conseqüència s'ha d'establir un sistema per a ampliar i registrar l'obtenció de les dades socials.
9. Es proposa aprofundir l'estudi de les deficiències per retard mental i trastorn mental, com a deficiències més importants.
10. L'aplicació del Reial Decret 1971/1999 ha suposat una millora tècnica en el sistema de valoració i codificació (disminució dels diagnòstics desconeguts).
11. Es proposa la revisió continua dels criteris establerts en el Reial Decret 1971/1999, doncs ha reduït el percentatge de valoració per a les coronariopaties, el trastorn esquizofrènic, la depressió i trastorn bipolar i els diagnòstics de columna
12. L'aplicació del Reial Decret 1971/1999 sembla no haver variat el percentatge de disminució de les persones amb infecció pel virus de la immunodeficiència humana, els diagnòstics otològics i els diagnòstics d'artrosi. Caldria ampliar aquest estudi.
13. Es proposa revisar i ampliar els conceptes barem de mobilitat, barem de tercera persona, deficiència i diagnòstic, com a variables amb un alt grau de predicció de la disminució.
14. Cal adoptar criteris de valoració homogenis en tots els països, incloent noves variables que ens permetin obtenir la màxima informació i que ens permetin establir comparacions de la deficiència, de la discapacitat i de la disminució.

BIBLIOGRAFIA

¹ Annex III de l'Informe del Grup de Treball de composició oberta encarregat d'elaborar normes uniformes sobre l'equiparació d'oportunitats per a persones amb discapacitat. Viena, de l'11 al 15 de maig de 1992. 10 anys de la Llei d'integració social dels minusvàlids (LISMI) a Catalunya: present i futur. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Novembre de 1993.

² Calderón González AM. Aportación al estudio de la minusvalía en base a los dictámenes de los Centros Base 1983. Colección Tesis doctorales 48/86. Madrid. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid; 1986.

³ Instituto Nacional de Servicios Sociales. Área de valoración del Insero. Población valorada en el Centro Base de la provincia de Palencia. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1996.

⁴ Instituto Nacional de Servicios Sociales. Población valorada en los Centros Base del Principado de Asturias. Ejemplo de explotación de base de datos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.

⁵ Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Estadística de persones amb disminució 1999. Treballs d'actualització del Mapa de serveis socials. Barcelona. Departament de Benestar Social. Secretaria General. Gabinet d'Estudis i Planificació; 2000.

⁶ Instituto Nacional de Estadística. "Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías" INE. Madrid; 1987.

⁷ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados. Madrid, 2002.

⁸ Jiménez A. Huete A. La discapacidad en España: Datos epidemiológicos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999. Documentos 62/2002. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad: 2002

⁹ *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid. Organització Mundial de la Salut; 1980.

¹⁰ Pascual Galmés A. Les persones amb minusvalideses a les Illes Balears. Palma: Universitat de les Illes Balears: 2000.

¹¹ Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Base de datos estatal de personas con discapacidad. Madrid. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales; 2000.

¹² Eurostat. Disability and social participation in Europe. Luxemburg. European Commission; 2001.

¹³ Eurostat. The European Community Household Panel user's database. Waves 1, 2 and 3 Manual. Luxemburg. European Commission; 1999.

¹⁴ Barbotte E, Guillemin F, Nearkassen C, and the Lorhandicap Group. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and equality of life in the general population: a review of recent literature. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79: 1047-1055.

¹⁵ RD 1971/1999 de 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de disminució. BOE número 22, de 26 de gener de 2000, amb la correcció

d'errors al BOE número 62 de 13 de març de 2000. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

¹⁶ Europa Press. Trabajo revisará los actuales baremos de minusvalía por VIH y propondrá cobertura a los que hayan quedado sin ayuda. Madrid,1 (Europa Press). 8 de gener de 2001.

¹⁷ Emilio de Benito. El Gobierno redujo en 2001 en un 33% el acceso a pensiones por sida. EL PAÍS 27 de maig de 2002.

¹⁸ Conclusiones del seminario "2 años de vigencia del RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía" organizado por el CERMI. Madrid, 14 de diciembre de 2001.

¹⁹ Orden Ministerial de 8 de març de 1984. BOE número 65 i 66 de 16 i 17 de març de 1984. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

²⁰ American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment. 4^a ed. Chicago: American Medical Association, 1994.

²¹ Matheson L, Gaudino E, Mael F, Hesse B. Improving de validity of the impairment evaluations process: A proposed theoretic framework. J. Occup Rehab 2000; 10 (4): 311-320.

²² Matheson L. Disability Methodology Redesign: Considerations for a New Aproach to Disability Determination. J. Occup. Rehab 2001; 3 (11): 135-142.

²³ Spieler E, Barth P, Burton J, Himmelstein J, Rudolph L. Recomendations to guide revision of the Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. JAMA 2000; 283(4): 519-523.

²⁴ García Martín JM. El Plan de acción para las personas con discapacidad: estructura y contenidos. La discapacidad en el siglo XXI. Plan de acción para una propuesta de futuro. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.

²⁵ Bryan S Turner. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. A Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, editors. Social Studies in Health and Medicine. London: Sage Publications; 2000. p. 9-23.

²⁶ Caballé Lancry, C. Incapacidad y Tercera Edad. Real Academia de Medicina de Valencia. Valencia. 1981.

²⁷ Weeler, R. H. Revisión histórica y desarrollo de las directrices en la educación física y en el ejercicio terapéutico. Editorial Jims. 1971.

²⁸ Parreño Rodríguez, J. R. Rehabilitación 1. Revista Iberoamericana de Rehabilitación médica. Vol. 4, núm 2. 1968.

²⁹ Cid, F. Breve Historia de la Ciencias Mèdicas. Ed. Espaxs 2^a Ed. Barcelona, 1985.

³⁰ Criado del Rio, M. T. Valoración Médico Legal del Daño a la Persona por Responsabilidad Civil. Fundación Mapfre Medicina, 2^a Ed. Madrid. 1995.

³¹ Hernández Gómez, R. Idea de Rehabilitación en Luis Vives. 1^a Reunión Nacional de Médicos Escritores. Roche. 1974.

-
- ³² Bosch Marín, F., Martín Lagos, F., González Sánchez, C. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. 2ª Sesión Científica. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Tomo 87. 1970.
- ³³ Hernández Gómez, R. Evolución histórica del concepto de discapacitado ante la sociedad. Publicat a ASCLEPIO. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica. Volumen XVII. 1965.
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. 3ª edición. Madrid. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 1997.
- ³⁵ Halbertsma J. The ICIDH: health problems in a medical and social perspective. Disability and Rehabilitation 1995; 3,4 (17): 128-134.
- ³⁶ Egea C, Sarabia A. Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Documentos 58/2001. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2001.
- ³⁷ Gimeno F. et al. Adaptación y aplicación de la CIDDM a la parálisis cerebral. Ponencia a les primeres Jornades Iberoamericanas sobre la CIDDM "Horizontes de la CIDDM". Madrid. 1995.
- ³⁸ Orrantia I, Bayo A. Aplicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías a la valoración de ancianos para su atención en centros residenciales. Revista de Gerontología 1996; 6: 260-268.
- ³⁹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
- ⁴⁰ Querejeta M. La Clasificación de la OMS: dificultades para usar un lenguaje común. Zerbitzuan 1999; 37: 41-50. San Sebastián 1999.
- ⁴¹ Llei 13/1982 de 7 d'abril d'Integració Social dels Minusvàlids (LLISMI). BOE nº 103, de 30 d'abril de 1982. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ⁴² American Medical Association. Guides to the evaluation of permanent impairment. 2ª ed. Chicago: American Medical Association; 1984.
- ⁴³ ICD-9-CM The International Classification of Diseases. 9th Revision Clinical Modification. 2ª Edició, 1980. Washington. U. S. DHHS.
- ⁴⁴ The American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Barcelona: Masson; 1988.
- ⁴⁵ Área de valoración del Inerso, Población valorada en el Centro Base de la provincia de Palencia, INSERSO, Madrid, 1996, pàg. 3.
- ⁴⁶ RD 1723/1981 de 24 de juliol, normes per al reconeixement, declaració i qualificació de disminuït. (BOE nº 190, de 10 d'agost de 1981). Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
- ⁴⁷ "Pla d'inserció sociolaboral de les persones amb disminució". Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. 1998.

-
- ⁴⁸ Resolución de 28 de abril de 1987 sobre el reconocimiento de las prestaciones sanitarias de la Ley de Integración Social de minusválidos a los trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente sin derecho a pensión. BOE número 113, de 12 de mayo de 1987. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Derogada por RD 1971/1999 de 23 de diciembre.
- ⁴⁹ Altman Douglas C. Practical statistics for medical research. Ed. Chapman and Hall. London 1991.
- ⁵⁰ Armitage P i Berry G. Estadística para la investigación biomédica. Madrid: Ed Harcourt Brace; 1997.
- ⁵¹ Doménech Massons, J.M. Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores. 3º Ed. Barcelona: Herder 1984.
- ⁵² Kruskal J. B. Nonmetric multidimensional scaling: a numerical method. Psychometrika 1964; 29: 115-129.
- ⁵³ Gifi A. Nonlinear Multivariate Analysis. University of Leiden. The Netherlands. 1ª ed. Chichester (England): John Wiley & Sons Ltd; 1990.
- ⁵⁴ Benzecri J P Statistical analyses as a tool to make patterns emerge from data. A: Watanabe S. Editors. Methodologies of pattern recognition. New York: Academic Press.
- ⁵⁵ Young F.W, De Leeuw J, Takane Y. Regression with qualitative and quantitative variables: And alternating least squares method with optimal scaling features. Psychometrika 1976; 41: 505-528.
- ⁵⁶ Statistical Package for the Social Sciences, versió 11.05 (Computer Software). (2002). Chicago, IL : SPSS Inc.
- ⁵⁷ Decret 2186 de 16 d'agost pel que es regula la composició, organització, funcionament i distribució de les Comisiones Técnicas Calificadoras. BOE de 20 de setembre de 1968. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ⁵⁸ Reial Decret 1723/1981 de 24 de juliol, sobre creació dels Equipos de Valoración y Orientación (EVO). BOE de 10 d'agost de 1981. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ⁵⁹ Reial Decret 383/1984 d'1 de febrer pel que s'estableix i regula el sistema especial de prestacions socials i econòmiques previstes a la Llisi. BOE de 27 de febrer de 1984. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ⁶⁰ Ordre Ministerial de 8 de març de 1984 en el que s'estableix el barem per a la determinació del grau de disminució i la valoració de diferents situacions exigides per a tenir dret a les prestacions i subsidis previstos en el Reial Decret 383/1984, d'1 de febrer. BOE nº 64 de 16 de març de 1984. BOE nº 65 i 66 de 16 i 17 de març de 1984. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ⁶¹ Llei 26/1990 de 20 de desembre, que regula les prestacions econòmiques no contributives del sistema de la Seguretat Social. BOE nº 306, de 22 de desembre de 1990. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- ⁶² Llei 20/1991 de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i supressió de barreres arquitectòniques. Presidència de la Generalitat, DOGC de 4 de desembre de 1991 i correcció d'errades al DOGC de 9 de desembre.

⁶³ Decret de 135/1995 de 24 de març, desplegament de la Llei 20/1991 de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques i d'aprovació del Codi d'accessibilitat. Departament de Benestar Social. DOGC de 28 d'abril de 1995 i correcció d'errades de 10 de gener de 1996.

⁶⁴ Decret 24/1998 de 4 de febrer sobre el Programa d'ajudes per a persones amb disminució. DOGC nº 2575, de 10 de febrer de 1998.

⁶⁵ Reial Decret 1971/1999, de 23 de desembre, de procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de disminució (BOE nº. 22, de 26 de gener de 2000, amb la correcció d'errors al BOE nº. 62 de 13 de març de 2000). Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

⁶⁶ Resolución de 28 de abril de 1987 sobre el reconocimiento de las prestaciones sanitarias de la Ley de Integración Social de minusválidos a los trabajadores declarados en situación de incapacidad permanente sin derecho a pensión. BOE número 113, de 12 de maig de 1987 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Derogat pel RD 1971/1999 de 23 de desembre.

⁶⁷ Metts R. Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank (Working Paper). Washington: World Bank; 2002.

⁶⁸ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados. Madrid, 2002. (Taula 7006)

⁶⁹ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: C.I.F. Madrid. Organizació Mundial de la Salut; 2001.