

INCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD: DIFERENCIAS CONCEPTUALES Y LEGISLATIVAS



DOCUMENTO AEEMT

COMO CITAR ESTE DOCUMENTO: Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E. Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. Disponible en: <http://www.aeemt.com/> (consultado el de de 2016)

Autores

M.T. Vicente-Herrero^a, M.J. Terradillos García^b, M.J. Aguado Benedí^c, L. Capdevila García^d, M.V. Ramírez Iñiguez de la Torre^e, E. Aguilar Jiménez^f.

- a) Medicina del Trabajo, Grupo Correos, Valencia. Grupo Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT).
- b) Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Madrid. Grupo Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT).
- c) Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Toledo, España
- d) Medicina del Trabajo SPM MAPFRE. Valencia. Grupo Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT).
- e) Medicina del Trabajo, Grupo Correos, Albacete. Grupo Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT).
- f) Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Valencia. Grupo Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- 1. 1.- ANTECEDENTES**
- 2. 2.- LIMITACIÓN FUNCIONAL E INCAPACIDAD:**
- 3. 3.- LA INCAPACIDAD EN NUESTRO ÁMBITO: INCAPACIDAD LABORAL**
- 4. 4.- REGULACIÓN NORMATIVA DE LA INCAPACIDAD LABORAL**
- 5. 5.- LA DISCAPACIDAD EN NUESTRO ÁMBITO**
- 6. 6.- INCAPACIDAD VERSUS DISCAPACIDAD**
- 7. CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de **discapacidad** e **incapacidad** están relacionados con la desventajosa de una persona debida a deficiencias, lesiones o enfermedades que limitan su funcionalismo en el ámbito personal, social y/o laboral. Sin embargo, ambas situaciones presentan diferencias tanto desde el punto de vista conceptual como legislativo y social.

1.- ANTECEDENTES:

En la década de los 70 se elaboraron los primeros modelos teóricos de estructura conceptual sobre el desarrollo de la incapacidad a través de los estudios de Nagi, quien argumentó que el camino más razonable para conceptualizar la incapacidad es a través de un proceso de cuatro estadios que pueden en la figura siguiente:

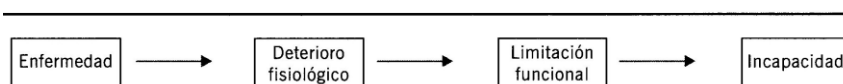


Figura 1.
Proceso secuencial de incapacidad ideado por Nagi (1965)

Fuente: Proceso secuencial de incapacidad ideado por Nagi (1965)¹

Según Nagi, el proceso comenzaría con una **patología o enfermedad de base**, que llevaría al siguiente estadio de **deterioro fisiológico**, que a su vez limitaría la habilidad individual tanto de forma física como emocionalmente, llevando al tercer estadio o de **limitación funcional**. Finalmente las limitaciones en las dimensiones físicas y emocionales deberían resultar en la inhabilidad para efectuar las tareas y roles asociados al trabajo y la forma de vida independiente, lo que el autor consideró como **incapacidad**, el cuarto y último estadio.

En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)** a través de un modelo muy semejante al de Nagi, aunque con algunas diferencias conceptuales que se muestran en la figura a continuación:

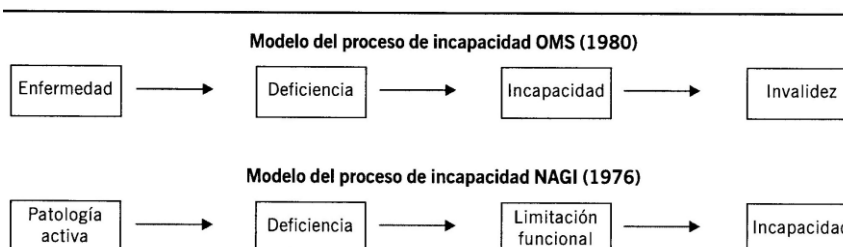


Figura 2.
Modelos de desarrollo de incapacidad propuestos por la OMS (1980) y Nagi (1976)

Fuente: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)²

La CIDDM ha sido utilizada como un instrumento para clasificar las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo, permitiendo la distinción entre **deficiencia, discapacidad y minusvalía**:

- **DEFICIENCIA:** Dentro de la experiencia de la salud se define como toda *pérdida o anormalidad de una estructura o una función psicológica, fisiológica o anatómica*. Puede ser temporal o permanente y en principio afecta sólo al ÓRGANO. Según esta clasificación la deficiencia podrá ser intelectual, psicológica, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión..., visceral, músculo-esquelética, desfiguradora, generalizada, sensitiva y otras deficiencias.
- **DISCAPACIDAD:** Es toda *restricción o ausencia* (debida a una deficiencia) *de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano*. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad. La discapacidad puede surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como consecuencia indirecta por la respuesta del propio individuo.
- **MINUSVALÍA** (término actualmente no vigente, desde la aparición de la Ley de dependencia, en que ha pasado a denominarse discapacidad): Toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad, que *limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales*. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece. Representa la *socialización de una deficiencia o discapacidad*. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo.

Atendiendo a estas tres definiciones, podría parecer que existe una relación causal directa y lineal entre la presencia de una *deficiencia*, que originaría una *discapacidad* y las consecuencias de ésta se transformarían en una *minusvalía*, pero el proceso no es tan simple, pues pueden darse situaciones en que las que la deficiencia no cause discapacidad pero sí minusvalía, como por ejemplo el caso de una desfiguración facial, que si bien no produce dificultad alguna en la capacidad de la persona, genera ciertos inconvenientes en la relación con los demás creando una situación de desventaja, esto es, una minusvalía.

En 2001, tras un proceso de revisión y estudio iniciado en 1993, la OMS aprobó la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)** que vino a sustituir a la anterior CIDD. En la CIF³ se contempla el problema de la *discapacidad* entendida globalmente como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar como persona, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos medioambientales. Se ha abandonado completamente el término “*Minusvalía*” y se ha reconvertido el de “*Discapacidad*”, que pasa de usarse como nombre de un componente (las dificultades de un individuo para realizar una actividad) a ser utilizado como un término genérico global en las tres perspectivas: corporal, individual y social, haciendo más referencia a la actividad que a la capacidad.

Así, en la CIF, el término **Discapacidad** indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo, con una condición de salud dada, y los factores contextuales (ambientales y personales). Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Al igual que el funcionamiento, se entiende como una interacción dinámica entre la condición de salud y los factores contextuales.

Según la CIF, la **enfermedad** y la **incapacidad** son conceptos distintos que pueden ser observados de forma totalmente independiente y que no siempre se presentan con una relación predictora de uno con respecto del otro, ya que tienen características independientes. Así, dos personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes estados funcionales, y dos personas con el mismo estado funcional no necesariamente tienen la misma enfermedad.

2.- LIMITACIÓN FUNCIONAL E INCAPACIDAD:

Verbrugge y Jete entienden la **incapacidad** como *la dificultad para hacer las actividades en cualquier ámbito de la vida*. Hacen incluso una distinción entre la incapacidad intrínseca (sin ayuda de personas o aparatos) y la incapacidad actual (con la correspondiente asistencia). Distinguen también la forma de presentarse la incapacidad en personas que adquirieron las condiciones anómalas en etapas tempranas de la vida de aquéllas que las adquirieron en la edad adulta o en la vejez.⁴

Por otra parte, la CIF incorpora la definición de **Limitaciones en la actividad**, entendidas como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad

como en calidad, comparada con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” usado en la versión de 1980 de la CIDDM.

Conceptualmente se puede entender la INCAPACIDAD desde dos modelos:

- * El **modelo médico**: considera la incapacidad como un problema personal directamente causado por una enfermedad, un trauma u otras condiciones de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales y encaminado a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona, así como un cambio en su conducta. Para lograrlo, la atención sanitaria se considera primordial.
- * El **modelo social**: entiende la incapacidad fundamentalmente como un problema de origen social, y principalmente como la ausencia de completa integración del individuo en la sociedad. La incapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social

3.- LA INCAPACIDAD EN NUESTRO ÁMBITO: INCAPACIDAD LABORAL

Hemos visto la evolución que el concepto de discapacidad ha sufrido a lo largo de dos décadas y su relación con otros términos que hacen referencia a alteraciones del estado de salud. Así mismo, en los modelos repasados, los términos “discapacidad” e “incapacidad” han sido tratados como similares, sin distinción entre ellos. Sin embargo, en nuestro ámbito social, laboral y legal sí hay diferencias. Así, para empezar, atendiendo al diccionario de la Real Academia de la Lengua⁵, tenemos que DISCAPACIDAD se define como la *calidad de discapacitado*, entendiéndose como tal “Que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas”. Sin embargo, la definición de INCAPACIDAD se recoge como “Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.” Incluso se recoge la definición específica de INCAPACIDAD LABORAL como un término de Derecho, siendo ésta: “Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social”.

Podría decirse, por tanto, que la INCAPACIDAD se deriva de la relación entre las condiciones de salud de la persona y el trabajo, mientras que la DISCAPACIDAD lo hace de la relación entre dichas condiciones de salud y el medio ambiente en el que desarrolla su vida.

El término **Incapacidad** se puede definir como la *situación sobrevenida de forma involuntaria e imprevista*, y debe tenerse en cuenta que el término opuesto, la *capacidad*, está determinada por distintos aspectos: culturales, físicos, educacionales, económicos, etc., que de por sí limitan la incorporación laboral de todos los individuos a todos los puestos (es decir, “no todos podemos realizar todas las tareas”). Así, puede decirse que la INCAPACIDAD LABORAL sería la situación del trabajador que *“viniendo realizando una determinada tarea, le sobreviene, de forma involuntaria e imprevista, una disminución o anulación de su capacidad laboral”*. No deben entenderse como incapacidad laboral determinadas situaciones de tipo social o laboral no ligadas a la repercusión que una lesión o enfermedad pueda causar sobre las capacidades del individuo (por ejemplo, desempleo, cierre de la empresa, nuevas tecnologías, cambio de ubicación del puesto de trabajo, etc.).

Conceptualmente la INCAPACIDAD LABORAL puede entenderse como un **desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo**, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (incapacidad laboral temporal) o permanente (incapacidad laboral permanente).

4.- REGULACIÓN NORMATIVA DE LA INCAPACIDAD LABORAL

El Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la seguridad Social, es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico. Consta de 373 artículos, siendo los artículos 169 a 176 los que regulan lo relativo con la incapacidad temporal, los artículos 193 a 200 lo concerniente a la incapacidad permanente contributiva, los artículos 201 a 203 lo tocante a las lesiones permanentes no incapacitantes, y los artículos 363 a 368, a la invalidez no contributiva.

La situación de incapacidad laboral puede conllevar una *pérdida de ganancia*: tal circunstancia es la que se trata de proteger con las prestaciones económicas de la Seguridad Social.

El origen o contingencia de la incapacidad puede ser COMÚN (Enfermedad Común y Accidente No laboral) o PROFESIONAL (Enfermedad Profesional y Accidente Laboral).

4.a.- Incapacidad Temporal

El artículo 169 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) enumera las situaciones que se consideran determinantes de Incapacidad Temporal (IT) y, por tanto, por tanto, pueden dar derecho a una prestación económica de la Seguridad Social:

- Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, **mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social** y esté **impedido para el trabajo**, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.
- Los períodos de **observación por enfermedad profesional** en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Así pues, podemos observar cómo es preciso que se cumplan **dos condiciones indispensables** para que, dentro del marco jurídico de la Seguridad Social, se reconozca la situación de IT:

- que las consecuencias de la enfermedad o accidente produzcan una alteración de la salud de tal intensidad que, a juicio médico, el paciente esté *impedido para el trabajo*, de modo que se justifique el alejamiento temporal de su puesto de trabajo. Es decir, cualquier alteración de la salud del trabajador **NO COMPORTA AUTOMÁTICAMENTE** el nacimiento de la prestación por incapacidad temporal.
- que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.

También recoge la LGSS los requisitos para generar el derecho a la prestación económica por encontrarse le trabajador en situación de Incapacidad Temporal, las causas de suspensión, extinción, agotamiento, gestión, etc., del subsidio correspondiente.

4.b.- Incapacidad Permanente

La Ley General de la Seguridad Social define en su artículo nº 133 la Incapacidad Permanente (IP) como la *situación del trabajador que, después de haber sido sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.*

Se establecen diferentes grados de en función de las limitaciones funcionales de carácter permanente que presente el paciente y de la afectación que supongan para el desempeño de su puesto de trabajo habitual. Cada grado conlleva una prestación económica de diferente cuantía.

La solicitud de valoración de Incapacidad Permanente puede ser iniciada por:

- 1.- El interesado: en cualquier momento
- 2.- Propuesta del Servicio Público de Salud (Médico asistencial, generalmente el Médico de Atención Primaria, o Inspector Médico)
- 3.- Propuesta de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social responsable del pago de la prestación.
- 4.- De oficio:
 - A propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social
 - A propuesta de la Inspección de Trabajo
- 5.- Por agotamiento de plazo de incapacidad temporal: Transcurridos 545 días de IT.
- 6.- En asegurados de MUFACE o MUJEJU, el órgano de personal que corresponda.

La valoración de la incapacidad permanente deberá hacerse una vez agotadas las posibilidades terapéuticas y cuando las secuelas y limitaciones del paciente son definitivas.

La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa, se clasificará en los siguientes grados:

- 1.- Incapacidad Permanente Parcial
- 2.- Incapacidad Permanente Total
- 3.- Incapacidad Permanente Absoluta
- 4.- Gran Invalidez

Estos grados se determinarán en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo y de cómo incida dicha reducción en el desarrollo de la profesión –o del grupo profesional en que dicha profesión estaba encuadrada– que ejercía el trabajador antes de producirse el hecho que originó la incapacidad permanente.

El organismo competente para declarar la situación de incapacidad permanente es el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La calificación de incapacidad permanente puede ser revisada por las siguientes causas:

- Agravación
- Mejoría
- Error de diagnóstico
- realización trabajos –por cuenta propia o ajena– del pensionista

Tras la revisión, podrá determinarse un aumento o una disminución del grado de incapacidad (incluso, puede retirarse la calificación de *incapacitado permanente* si se ha recuperado la capacidad de trabajo) o no variarse el grado.

Si el pensionista está desempeñando un trabajo, se revisará su situación para comprobar si dicho trabajo es compatible con su estado de salud y/o si ha mejorado su situación incapacitante, lo que podría conllevar la variación del grado de incapacidad inicialmente reconocido.

En cuanto a las prestaciones económicas a que dan lugar los distintos grados de incapacidad permanente, son los siguientes:

- 1.- **Incapacidad permanente parcial:** dará lugar a una cantidad a tanto alzado.
- 2.- **Incapacidad permanente total:** dará lugar a una pensión vitalicia, que podrá excepcionalmente ser sustituida por una indemnización a tanto alzado cuando el beneficiario fuese menor de sesenta años. Por otra parte, esta pensión será incrementada en el porcentaje que reglamentariamente se determine cuando se presuma la dificultad que pueda tener el trabajador para encontrar empleo en actividad distinta de la habitual debido a su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia.

Esta pensión es compatible con un empleo, en la misma empresa o en otra distinta, siempre y cuando las funciones no coincidan con las que dieron lugar a la incapacidad permanente total.

- 3.- **Incapacidad permanente absoluta:** también dará lugar a una pensión vitalicia. Esta situación no impedirá el ejercicio de actividades, sean lucrativas o no, compatibles con el estado de salud del incapacitado y que no supongan un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión del grado de incapacidad.

4.- **Gran invalidez:** a la pensión vitalicia recibida por el grado de incapacidad permanente (total o absoluta) se le añadirá un complemento destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda. Al igual que la pensión por incapacidad permanente absoluta, es compatible con actividades, lucrativas o no, compatibles con el estado de salud del incapacitado y que no supongan un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión del grado de incapacidad.

4.c.- Lesiones permanentes no incapacitantes: En caso de que el trabajador, como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, quede afectado por lesiones, mutilaciones o deformidades de carácter definitivo que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de su integridad física y aparezcan recogidas en el baremo reglamentario correspondiente, recibirán una indemnización con la cantidad a tanto alzada determinada en dicho baremo.

Estas indemnizaciones serán incompatibles con la pensión por incapacidad permanente, salvo en el caso de que las lesiones, mutilaciones y deformidades sean totalmente independientes de las que hayan sido tomadas en consideración para declarar tal incapacidad permanente y el grado de la misma.

5.- LA DISCAPACIDAD EN NUESTRO ÁMBITO

5.a - Definición y generalidades

Hasta la entrada en vigor de la conocida como “Ley de Dependencia” (Ley 39/2006), se utilizaba en España el término *Minusvalía*. Como ya se ha visto, CIDDM definía MINUSVALÍA como *Toda situación desventajosa para un individuo determinado, producto de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo, y factores sociales y culturales.*

La disposición adicional octava de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece el cambio de terminología que debe llevarse a cabo en el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, debiendo sustituirse *minusvalía* por *discapacidad* (y sus respectivos derivados), y *grado de discapacidad* por *grado de limitaciones en la actividad*, y las disposiciones normativas elaboradas por las

Administraciones Públicas deberán utilizar los términos *persona con discapacidad* o *personas con discapacidad*. De esta forma se abandona el término de *minusvalía* por considerar que contiene una connotación peyorativa, y se sintoniza con el concepto recogido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF-2001), según la cual el concepto de *discapacidad* incluye déficits, limitaciones de actividad y restricciones en la participación, es decir, se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una determinada *condición de salud* y sus factores contextuales (ambientales y personales).

En la actualidad, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre⁶, por el que se aprueba el Texto Refundido de la **Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social**, define la discapacidad como la *situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás*, siendo en consecuencia las personas con discapacidad aquellas *que presentan deficiencias físicas, mentales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás*.

Tienen esta consideración quienes tengan reconocido un **grado de discapacidad igual o superior al 33%**, considerándose que presentan tal discapacidad los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez, así como los pensionistas de Clases Pasivas que tengan una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. No obstante, el reconocimiento de esta condición de discapacitado no comporta automáticamente el derecho a todas las ventajas o beneficios a los que pueden acceder las personas con discapacidad.

5.2.- Regulación normativa: El Real Decreto 1971/1999

En España el marco jurídico-legal sobre Discapacidad (anteriormente “minusvalía”) viene fundamentado básicamente en la Constitución de 1978⁷ y en la Ley de Integración Social de los Minusválidos, de 1982, que establece que se entenderá como 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. De esta misma ley surge la necesidad de establecer equipos multiprofesionales con la finalidad de asegurar una atención multidisciplinar, atribuyéndoles funciones relativas a diagnóstico, a la orientación terapéutica, a la valoración y calificación y al seguimiento y la revisión.

La norma que actualmente regula en España el proceso de valoración de la discapacidad es el *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad* (modificado por el R.D. 1856/2009). Dicho R.D. otorga la competencia para la determinación del grado de discapacidad a los equipos técnicos denominados *Equipos de Valoración y Orientación (EVO)*, que estarán formados por, al menos, médico, psicólogo y trabajador social. Los hay dependientes de las Comunidades Autónomas (Departamentos de Asuntos Sociales) y del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), aunque estos últimos sólo ejercerán su función en Ceuta y Melilla y en relación con residentes en el extranjero. Se precisa también en este RD que el grado de discapacidad ha de establecerse aplicando los baremos contenidos en la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 8 de marzo de 1984, actualizados por el RD 1971/1999 y recogidos en su ANEXO I, calificándose las situaciones de discapacidad en grados y expresándose el grado de discapacidad en porcentaje.

Para valorar la discapacidad, el proceso patológico que ha originado la deficiencia ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado. Así mismo, debe tratarse de **deficiencias permanentes**, entendiéndose como tales aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado.

Es importante destacar que el diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo, sino que el grado de discapacidad estará basado en la severidad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que ésta sea.

La calificación del **grado de discapacidad** será independiente de las valoraciones técnicas efectuadas por otros organismos en el ejercicio de sus competencias públicas; por otra parte, responderá a criterios técnicos unificados, fijados mediante los baremos recogidos en el anexo I del RD 1971/1999, y serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la persona

como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos entre otros a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural que dificulten su integración social.

El **Certificado de Discapacidad** no lleva aparejado el reconocimiento de una incapacidad laboral ni la prestación de una pensión; por el contrario, permite trabajar y conlleva diversos beneficios fiscales, laborales y sociales, como deducciones en los impuestos, reservas de puestos de trabajo y fomento de la contratación de personas discapacitadas, así como otras ayudas establecidas en la legislación vigente en cada momento.

Con carácter general se establecen 5 categorías o clases de discapacidad, ordenadas según la importancia de la deficiencia y el grado de limitaciones en la actividad que origina:

R.D. 1971/1999. Anexo I A. Clases según porcentaje de limitaciones en la actividad	
CLASE I	Encuadra todas las deficiencias que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad. La calificación de esta clase es 0%
CLASE II	Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad leve. Le corresponde un porcentaje de entre el 1 y el 25%.
CLASE III	Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad moderada. Le corresponde un porcentaje de entre el 25 y el 49%.
CLASE IV	Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad grave. Le corresponde un porcentaje de entre el 50 y el 70%.
CLASE V	Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave. Esta clase, por sí misma supone, la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, demostrada mediante la obtención de 15 ó más puntos en el baremo específico (anexo 2). Se le asigna un porcentaje de entre el 75 y el 100%.

6.- INCAPACIDAD VERSUS DISCAPACIDAD

De lo recogido anteriormente se desprenden las siguientes diferencias entre los conceptos de INCAPACIDAD y DISCAPACIDAD:

1.- La *Incapacidad* se refiere a la situación que impide desempeñar una actividad laboral, mientras que la *Discapacidad* se relaciona con la dificultad para desempeñar un rol en la vida diaria que sería el normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.

2.- La calificación de *incapacitado* puede originar derecho a percibir una prestación económica de la Seguridad Social: un subsidio en el caso de incapacidad temporal y una pensión vitalicia en el caso de incapacidad permanente, con independencia de que el incapacitado tenga otros ingresos. La calificación de *discapacitado* puede originar algún subsidio económico para garantizar ingresos mínimos, ayuda de tercera persona y/o ayuda de movilidad, pero sólo si cumple determinados requisitos de falta de recursos; estos subsidios no se derivan del sistema de Seguridad Social.

3.- El organismo competente para calificar la *Incapacidad* es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), mientras que para la *Discapacidad* son organismos dependientes de las Comunidades Autónomas, excepto en Ceuta y Melilla, que los es el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

4.- La calificación de un grado determinado de *Discapacidad* da lugar a beneficios fiscales (sobre el IRPF, IVA, impuesto de matriculación y circulación de vehículos) y sociales (zonas de aparcamiento reservado, bono taxi, material ortoprotésico,...). La calificación de Incapacitado no conlleva por sí misma este tipo de beneficios.

5.- No toda persona discapacitada tiene porqué estar incapacitada laboralmente: muchos discapacitados están desempeñando puestos de trabajo para los que están perfectamente capacitados.

En definitiva, siempre habrá que hacer una valoración individualizada de las deficiencias y limitaciones que presente cada persona. Para determinar la existencia de incapacidad siempre hay que tener en cuenta los requerimientos del puesto de trabajo; no así para calificar un grado de discapacidad.

CONCLUSIONES

Los conceptos de discapacidad e incapacidad hacen referencia conjuntamente al menoscabo de una persona por lesiones, enfermedades o deficiencias que limitan su actividad en ámbito social, personal o laboral. Pero este nexo común no implica equiparación entre ambos⁸.

La discapacidad valora las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria que tengan su origen en una deficiencia, es decir, en la pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Mientras que el término incapacidad nace para cubrir una prestación compensatoria que trata de subsanar la ausencia de ingresos salariales o profesionales de una persona debido a un accidente o enfermedad.

La discapacidad no implica incapacidad laboral. La Incapacidad Permanente lleva implícito el reconocimiento de discapacidad (al menos el 33%).

Referencias bibliográficas

¹ Nagi S. Z. An Epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank* 1976; 54:439-68

² Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Ginebra, 1980

³ Organización Mundial de la Salud: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001

⁴ Verbrugge, L.M.; Jette, A.M. (1994): "The Disablement Process". *Soc. Sci. Med.*, vol. 38, n. 1, p. 1-14

⁵ Diccionario de la lengua española. Vigésima primera edición. Real Academia Española. Ed Espasa Calpe, S.A. Madrid.1995

⁶ Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013, páginas 95635 a 95673

⁷ Constitución Española. 1978. BOE núm. 311 de 29 de Diciembre de 1978.

⁸ Vicente Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García L, Ramirez Iñiguez de la Torre, Aguilar Jiménez E, López González A. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Semergen*. 2010;36(8):456-61.