



# ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Relevancia, desafíos y consideraciones  
específicas para la Esclerosis Múltiple (EM)



**Análisis del procedimiento de valoración de la discapacidad en España.  
Relevancia, desafíos y consideraciones específicas para la Esclerosis Múltiple**

**2025**

# **Análisis del procedimiento de valoración de la discapacidad en España.**

Relevancia, desafíos y consideraciones específicas para la Esclerosis Múltiple

## **Director**

Manuel Hernández Pedreño

## **Equipo investigador**

Olga García Luque

Salvador Manzanera-Román

Myriam Rodríguez Pasquín

Antonia Sánchez Alcoba

Gustavo Solórzano Pérez

## **Equipo colaborador**

David Riquelme López

Paola Piovano Campos

Patricia Tapia Pozo

## **Entidad Impulsora**

Esclerosis Múltiple España (EME)

## **Entidades colaboradoras**

Esclerosis Múltiple de Castilla y León (Esclerosis Múltiple León)

Asociación de Esclerosis Múltiple de Toledo (ADEMTO)

Fundación Esclerosis Múltiple Madrid (FEMM)

Asociación Esclerosis Múltiple Área III Murcia

Esclerosis Múltiple Navarra EM Navarra

Sociedad Española de Neurología

Asesoría Jurídica Esclerosis Múltiple España

Título: Análisis del procedimiento de valoración de la discapacidad en España. Relevancia, desafíos y consideraciones específicas para la Esclerosis Múltiple

Autores: Manuel Hernández Pedreño (Dir.), Olga García Luque, Salvador Manzanera Román, Myriam Rodríguez Pasquín, Antonia Sánchez Alcoba y Gustavo Solórzano Pérez

Edita: Observatorio de la Exclusión Social-UMU y Esclerosis Múltiple España

ISBN: 978-84-09-78893-4

Páginas: 181

Palabras clave: Discapacidad, normativa de valoración de la discapacidad, Esclerosis Múltiple, desigualdad territorial

Imagen de cubierta: Juana Hernández Pedreño



Proyecto financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 con cargo a la asignación tributaria del IRPF

"La discapacidad no te define. Te define cómo haces frente a los desafíos que la  
discapacidad te presenta."  
Jim Abbott, Entrevistas deportivas y autobiografía (1991).

"El miedo es la más grande discapacidad de todas."  
Nick Vujicic, Life Without Limits (2010).

# Índice

Prólogo	9
Introducción	11
2. Marco teórico y contextual	15
2.1. Referentes conceptuales	15
2.2. Modelos de inclusión social	19
2.3. Vulnerabilidad sanitaria y Esclerosis Múltiple	21
2.4. Desprotección social y Esclerosis Múltiple	24
3. Objetivos y metodología	27
3.1. Objetivos	27
3.1.1. <i>Objetivo General</i>	27
3.1.2. <i>Objetivos Específicos</i>	27
3.2. Estrategia metodológica	27
3.2.1. <i>Niveles de análisis</i>	27
3.2.2. <i>Tipos de fuentes y agentes participantes</i>	28
3.3. Análisis teórico y normativo	30
3.3.1. <i>Análisis teórico</i>	30
3.3.2. <i>Análisis documental</i>	30
3.4. Metodología cuantitativa	31
3.4.1. <i>Fuentes de información estadística</i>	31
3.4.2. <i>Variables y técnicas de análisis</i>	35
3.5. Metodología cualitativa	37
3.5.1. <i>Técnicas empleadas</i>	37
3.5.2. <i>Participantes, procedimiento y calendario</i>	38
3.5.3. <i>Análisis de la información</i>	38
3.5.4. <i>Limitaciones y posibles sesgos metodológicos</i>	39
3.6. Análisis de contenidos digitales	40
3.6.1. <i>Evaluación del proceso autonómico de valoración del grado de discapacidad</i>	40
3.6.2. <i>Proceso de evaluación</i>	42
3.6.3. <i>Limitaciones de la investigación</i>	45
3.7. Anexo territorial	46
4. Análisis cuantitativo de la evaluación de la discapacidad en España	49
4.1. Prevalencia de la discapacidad y riesgo social	49
4.2. Reconocimiento de la discapacidad	54
4.2.1. <i>Evolución, grados y tipos de deficiencias según características personales</i>	55
4.2.2. <i>Análisis territorial</i>	59
4.3. Estadísticas relevantes sobre la Esclerosis Múltiple	65
4.4. Anexo estadístico	69

5. Evaluando la nueva ley de valoración de la discapacidad -----	77
5.1. Necesidad de reforma -----	78
5.1.1. Análisis de la necesidad de reforma según fuentes secundarias-----	78
5.1.2. Análisis de la necesidad de reforma según la opinión de los/as profesionales-----	78
5.2. Procedimiento de valoración de la discapacidad -----	80
5.2.1. Comparativa de las normativas reguladoras del procedimiento-----	80
5.2.2. Análisis de las normativas del procedimiento según fuentes secundarias -----	83
5.2.3. Análisis de las normativas del procedimiento según la opinión de los/as profesionales-----	85
5.3. Baremación como instrumento de valoración de la discapacidad -----	87
5.3.1. Comparativa de las normativas reguladoras de la baremación-----	87
5.3.2. Análisis de la baremación del procedimiento según fuentes secundarias -----	90
5.3.3. Análisis de la baremación del procedimiento según la opinión de los/as profesionales -----	91
5.4. Equipos de orientación y valoración de la discapacidad -----	92
5.4.1. Comparativa de las normativas reguladoras de los equipos de valoración -----	93
5.4.2. Análisis de los equipos de valoración según fuentes secundarias-----	95
5.4.3. Análisis de los equipos de valoración según los/las profesionales -----	96
5.5. Rol de las entidades de apoyo en el procedimiento de valoración de la discapacidad -----	97
5.5.1. Comparativa de las normativas reguladoras del rol de las entidades de apoyo -----	98
5.5.2. Análisis del rol de las entidades de apoyo en el procedimiento según fuentes secundarias-----	99
5.5.3. Análisis del rol de las entidades de apoyo en el procedimiento según la opinión de los/as profesionales-----	100
5.6. Brecha territorial y procedimiento de valoración de la discapacidad -----	102
5.6.1. Comparativa de las normativas del procedimiento de discapacidad y brecha territorial-----	102
5.6.2. Análisis de las brechas autonómicas según fuentes secundarias -----	104
5.6.3. Análisis de las brechas autonómicas según los/as profesionales-----	105
5.7. Limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad -----	106
5.7.1. Análisis de las limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad según fuentes secundarias-----	106
5.7.2. Análisis de las limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad según los/las profesionales-----	109
5.8. Alusiones a la Esclerosis Múltiple desde los/as profesionales -----	110
5.8.1. Esclerosis Múltiple y necesidad de reforma -----	110
5.8.2. Procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple-----	111
5.8.3. Baremación del procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple -----	111
5.8.4. Equipos de orientación y valoración en el procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple-----	112
5.8.5. Rol de las entidades de apoyo y Esclerosis Múltiple -----	113
5.8.6. Brecha territorial del procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple -----	113
5.8.7. Limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple-----	113

6. Organización y contenido digital del procedimiento autonómico de valoración de la discapacidad---	116
6.1. Perspectiva autonómica comparada del reconocimiento de la discapacidad en España -----	117
6.1.1. Evaluación de la Dimensión 1: Atención y canales de comunicación-----	117
6.1.2. Evaluación de la Dimensión 2. Calidad informativa -----	118
6.1.3. Evaluación de la Dimensión 3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación -----	119
6.1.4. Evaluación de la Dimensión 4. Adaptabilidad y agilidad del trámite-----	120
6.2. Contenido digital del procedimiento autonómico de valoración de la discapacidad-----	126
6.2.1. Andalucía (AN) -----	126
6.2.2. Aragón (AR)-----	128
6.2.3. Principado de Asturias (AS)-----	129
6.2.4. Cantabria (CB)-----	131
6.2.5. Castilla y León (CL) -----	133
6.2.6. Castilla-La Mancha (CM) -----	134
6.2.7. Canarias (CN) -----	136
6.2.8. Cataluña (CT)-----	137
6.2.9. Extremadura (EX)-----	139
6.2.10. Galicia (GA)-----	141
6.2.11. Islas Baleares (IB)-----	142
6.2.12. Región de Murcia (MC) -----	144
6.2.13. Comunidad de Madrid (MD) -----	146
6.2.14. Comunidad Foral de Navarra (NC) -----	147
6.2.15. País Vasco (PV) -----	149
6.2.16. La Rioja (RL) -----	150
6.2.17. Comunidad Valenciana (VC)-----	152
6.2.18. Ceuta y Melilla-----	154
6.3. Anexo de Valoración autonómica integral-----	156
7. Conclusiones y propuestas -----	159
7.1. Conclusiones -----	159
7.1.1. Conclusiones del análisis estadístico-cuantitativo-----	159
7.1.2. Conclusiones del análisis cualitativo -----	164
7.1.3 Conclusiones del análisis de contenido digital autonómico -----	167
7.1.4. Síntesis de conclusiones preliminares -----	170
7.2. Propuestas-----	172
7.2.1. Propuestas generales-----	172
7.2.2. Propuestas relacionadas con la brecha territorial-----	173
7.2.3. Propuestas relacionadas con la Esclerosis Múltiple-----	174
8. Bibliografía-----	177

# **Prólogo**

## **Prólogo**

La valoración de la discapacidad vinculada a la Esclerosis Múltiple atraviesa un proceso de profunda transformación, en un momento clave para los derechos y las oportunidades de miles de personas en nuestro país. Bajo este contexto, desde Esclerosis Múltiple España (EME), presentamos este estudio EM-VAL: valoración y análisis de la discapacidad que revisa en profundidad la nueva normativa de reconocimiento del grado de discapacidad, y analiza su impacto específicamente en quienes conviven con esta enfermedad.

La Esclerosis Múltiple, es una enfermedad compleja en su manejo y muy heterogénea, reconocida como la enfermedad de las mil caras. Históricamente, la Esclerosis Múltiple ha sido un ejemplo patente de las dificultades y complejidades que enfrenta, el modelo de baremación tradicional, por sus síntomas invisibles y fluctuantes, por la diversidad y evolución de las necesidades asociadas a la patología, por la falta de escucha y, conocimiento profundo de una patología tan diversa y heterogénea, y flexibilidad de los sistemas de valoración. Desde nuestra asociación, defendemos una reforma realista, adaptada, multidisciplinar y capaz de reconocer la singularidad de la Esclerosis Múltiple y de cualquier discapacidad de origen neurológico, apostando por el enfoque biopsicosocial y la actualización continua y seguimiento de los procedimientos que se establecen.

Este trabajo incorpora la voz de expertos en diferentes ámbitos de actuación, la de personas afectadas, familias y profesionales, y recoge evidencias sobre la brecha territorial, las limitaciones del procedimiento vigente, la necesidad de equipos de evaluación especializados y el valor indispensable de las entidades de pacientes, en la gestión y acompañamiento de estos procesos. Su propuesta busca contribuir, desde la evidencia y el diálogo, al perfeccionamiento de los instrumentos de baremación y a la garantía de cumplimiento de los derechos de las personas con Esclerosis Múltiple, en igualdad de condiciones y con pleno acceso a los recursos y apoyos necesarios.

Agradecemos a quienes han participado, sumando análisis, experiencia y denuncia crítica, y reafirmamos nuestro compromiso con la defensa integral de las personas con discapacidad. Este estudio es, por encima de todo, una herramienta para seguir avanzando, juntos, hacia una valoración justa y eficaz de la discapacidad.

Agradecemos especialmente la colaboración del Ministerio de Derechos Sociales a través de la asignación tributaria del IRPF. El respaldo institucional obtenido resulta fundamental para el desarrollo de iniciativas sociales como este estudio, permitiendo beneficiar a asociaciones y colectivos que trabajan por la plena inclusión y los derechos de las personas con discapacidad.

Ana Torredemer Marcet

Presidenta de Esclerosis Múltiple España

# **1.**

## **Introducción**

## Introducción

El presente estudio aborda de forma sistemática y multidimensional el proceso de valoración y reconocimiento de la discapacidad en España, centrado en la profunda transformación normativa y conceptual impulsada por el Real Decreto 888/2022. Esta norma representa un avance significativo hacia un modelo de evaluación vinculado a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, OMS, 2001) y el enfoque biopsicosocial, que supera la tradicional perspectiva biomédica.

Este enfoque renovado prioriza la valoración de la discapacidad no solo a nivel clínico, sino en su impacto funcional y social, valorando también la interacción dinámica entre la persona y su entorno. El estudio se desarrolla desde una perspectiva interdisciplinar, combinando análisis normativo, estudio empírico, evaluaciones territoriales y testimonios de profesionales, con especial referencia a enfermedades neurodegenerativas como la Esclerosis Múltiple, cuyo reconocimiento presenta desafíos particulares debido a la variabilidad y fluctuación de sus manifestaciones clínicas y sociales.

Con una metodología mixta que combina análisis documental, estadístico y cualitativo, se examinan tanto las bases normativas y teóricas, como los datos poblacionales y los testimonios profesionales, con la finalidad de diagnosticar fortalezas, limitaciones y proponer recomendaciones para una valoración más justa, homogénea y sensible a la diversidad funcional.

*Capítulo 2. Marco teórico y contextual.* En este capítulo se integran los fundamentos teóricos que sustentan la investigación. Se revisan los principales modelos interpretativos de la discapacidad, desde la concepción biomédica hasta los modelos sociales y biopsicosociales, con un enfoque centrado en los derechos humanos y la inclusión social.

Por otro lado, se destaca el papel de la Clasificación Internacional del Funcionamiento como herramienta internacional que facilita una valoración integral, contemplando no solo las deficiencias físicas, sino también las limitaciones para realizar actividades y las restricciones para la participación social. Con todo ello, se incorporan los factores ambientales, sociales e individuales.

Además, se analizan movimientos sociales y nuevas perspectivas que promueven la autonomía personal y la diversidad funcional, haciendo hincapié en la evolución normativa y social en España.

En este marco, la Esclerosis Múltiple se aborda como un ejemplo paradigmático de enfermedad crónica y neurodegenerativa que exige un enfoque de valoración ajustado a sus características fluctuantes, con impacto en la autonomía, la participación laboral y la calidad de vida.

*Capítulo 3. Objetivos y metodología.* El capítulo expone explícitamente los objetivos de la investigación. En primer lugar, el estudio se ha centrado en analizar los cambios

normativos y conceptuales introducidos por el RD 888/2022, identificando sus implicaciones en la valoración de la discapacidad. En segundo lugar, en analizar las desigualdades territoriales y sociales en la aplicación del procedimiento de valoración en España. En tercer lugar, se evalúa la adecuación del nuevo sistema a casos de enfermedades complejas, con un especial foco en la Esclerosis Múltiple. En último lugar, se proponen recomendaciones para mejorar la equidad, eficacia y accesibilidad del sistema de valoración.

*Capítulo 4. Análisis cuantitativo.* Análisis estadístico longitudinal de la evolución de valoraciones y reconocimientos entre 2011 y 2023. Se destacan diferencias por comunidad autónoma, edades, sexo y tipo de deficiencia. Se detectan desigualdades territoriales y se vincula la discapacidad con indicadores de exclusión social y pobreza, evidenciando el impacto diferencial en personas con Esclerosis Múltiple y afecciones similares.

*Capítulo 5. Reforma del procedimiento.* Análisis en profundidad del RD 888/2022 desde perspectivas normativas, comparativas y testimoniales. Descripción detallada del procedimiento de valoración de la discapacidad con nuevos baremos, orientados a una evaluación biopsicosocial, multidimensional y personalizada. Reconocimiento de avances normativos, con identificación de retos prácticos, incluidos la formación de equipos y la valoración de enfermedades fluctuantes como la Esclerosis Múltiple.

*Capítulo 6. Análisis territorial y digital.* Evaluación de la gestión autonómica mediante indicadores sobre calidad informativa, accesibilidad digital, canales de atención y rapidez del procedimiento. Los resultados evidencian disparidades fuertes, con comunidades que ofrecen sistemas accesibles y otros con deficiencias que afectan la experiencia y éxito de la valoración, aumentando la desigualdad entre solicitantes.

Finalmente, *el Capítulo 7* aborda las conclusiones, discusión y propuestas de acción. Este capítulo sintetiza los hallazgos fundamentales, discute la distancia existente entre el avance teórico de la norma y la rigidez de su aplicación práctica, y articula las propuestas de mejora. Las conclusiones del estudio indican que, pese a la vocación inclusiva del nuevo marco, su implementación práctica se percibe como insuficiente para alcanzar la plena estandarización y la valoración integral requerida por el Modelo Biopsicosocial (BPS). Se ha constatado una divergencia entre la visión técnica de la administración y la experiencia de las personas con Esclerosis Múltiple, evidenciándose una baja valoración de los síntomas fluctuantes e invisibles que, en algunos casos, puede llevar a un infrareconocimiento del grado de discapacidad. El estudio subraya la persistencia de una brecha territorial que genera desigualdad en los criterios y los tiempos de espera entre autonomías. Finalmente, el estudio, para corregir estas limitaciones, propone medidas orientadas a la mejora técnica (integración plena del Modelo Biopsicosocial, vinculación de informes externos), estructural (coordinación interterritorial para la homogeneidad de criterios y plazos), y específicas para la Esclerosis Múltiple (desarrollo de protocolos para enfermedades fluctuantes, incorporación de escalas clínicas dinámicas para valorar la fatiga y los brotes, e impulso de formación especializada para los equipos de valoración).

En suma, esta investigación aspira a ofrecer una evaluación crítica y fundamentada de la implementación de la nueva normativa, contribuyendo al debate y a la formulación de políticas públicas que garanticen una valoración del grado de discapacidad equitativa, coherente y plenamente ajustada a las realidades complejas de las enfermedades neurodegenerativas como la Esclerosis Múltiple.

### *Agradecimientos*

Finalmente, desde el equipo investigador deseamos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas las personas, profesionales de la administración, expertos jurídicos y sanitarios y entidades sociales que han participado en este estudio, cuya colaboración ha sido fundamental para dotar de rigor y profundidad a esta investigación.

- Técnicos de entidades territoriales de Esclerosis Múltiple: Lorena López Fernández; María Martín de Hervás; Marcela Serrador Osorio; M<sup>a</sup> Mar González Morales; y Judith Pérez Berasategui.
- Técnicos de equipos autonómicos de valoración de la discapacidad: Joana María Julià Mora; Luis Herranz González-Botas; Jesús Domingo Barranquero Martínez; M<sup>a</sup> Dolores Galindo Fernández; Miguel Javier Zugasti Moriones; José Antonio Briñas Marín; y Laura Arnal Iranzo
- Otros profesionales entrevistados: Montserrat González Platas; José María Ramos Vega; Eugenio Carlos Fernández Ballesteros; y Gregorio Molina Paniagua.

# 2.

## **Marco teórico y contextual**

## **2. Marco teórico y contextual**

La diversidad funcional o las situaciones con discapacidad es adherente a la condición humana. Desde una perspectiva histórica, las capacidades funcionales han operado como un parámetro de valoración, medición y categorización de la persona, asignando con ello una identidad individual y social. En este sentido, la discapacidad se configura como una construcción social establecida por los parámetros socioculturales predominantes en cada época pasada y presente (Ferreira, 2008).

La discapacidad es un fenómeno de carácter heterogéneo y multidimensional, por consiguiente, su comprensión excede los límites de la mera condición médica o biológica (IMSERSO, 2004). Esta complejidad requiere considerar, además de los aspectos individuales vinculados a la funcionalidad y estructuras corporales, los factores contextuales que inciden en las experiencias de las personas con diversidad funcional. Las dimensiones sociales influyen y determinan estos contextos, tales como el nivel económico, el nivel educativo, el acceso e incluso laboral, situación sociosanitaria, las redes de apoyo social y familiar, y la participación como ciudadanos.

Este epígrafe ofrece tanto el recorrido terminológico y teórico con el que se ha definido y entendido a las personas con discapacidad, como las referencias de atención e inclusión social con las que ha construido a las situaciones diversidad funcional y sus colectivos. En un primer lugar se expone el marco conceptual y teórico respecto a la discapacidad y su evolución desde una mirada inclusiva. Posteriormente, la evolución paradigmática y modelos de atención social de este segmento poblacional. Finalmente, se analiza la situación de las personas con Esclerosis Múltiple en España en el devenir de estos contextos conceptuales, normativas, reconocimientos, accesibilidad al sistema de protección social y plena inclusión.

### **2.1. Referentes conceptuales**

En el ámbito de la discapacidad, los marcos conceptuales y las distintas orientaciones epistemológicas sustentan el fenómeno social. Estos han evolucionado significativamente desde finales del siglo XX, transitando hacia paradigmas sociales y enfoques de derechos humanos (Naciones Unidas, 2006; Raya, Caparrós y Peña, 2012). Este proceso ha permitido un entendimiento y comprensión más holística de las situaciones con discapacidad, el individuo y la contextualización del fenómeno. Estos cambios sociales han trascendido a transformaciones metodológicas y diseños de políticas y acción destinadas a la inclusión social efectiva de las personas con discapacidad (Palacios y Romañach, 2008).

Este apartado ofrece una revisión profunda de los principales enfoques conceptuales y teóricos asociados a la discapacidad o diversidad funcional. Cabe señalar que, el valor de este análisis deriva de la centralidad que adquiere los marcos referenciales en el entendimiento del concepto, la construcción social del fenómeno y la articulación de las metodologías empíricas. Y, más especialmente, cuando las personas con discapacidad continúan afrontando barreras estructurales que limitan su plena participación y derechos de hecho (Sen, 2000).

La definición conceptual de la discapacidad presenta notables dificultades, repercutiendo directamente en su medición, en el análisis empírico y en la práctica. Estas ambigüedades terminológicas dan lugar a importantes divergencias entre estudios, operaciones estadísticas, directrices y acciones en el transcurso del tiempo que no permiten operar bajo una noción común en materia de discapacidad, ni análisis comparativos, enfoques evolutivos o cuantificar realidades disímiles, como manifiesta Huete (2013). Por su parte, estas limitaciones también han sido de interés para gran parte de la comunidad investigadora y profesional, además, señalando las repercusiones metodológicas y políticas de esta falta de consenso y perspectiva inclusiva como señalan Jiménez Lara (2007) o el Colectivo IOE (2012).

En este sentido, es relevante la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este proceso de redefinición de la discapacidad y, muy especialmente, mediante sus instrumentos normativos en materia de clasificación y evaluación de la salud y la funcionalidad. Una herramienta notable en este ámbito es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) publicada en 2001. Este hito ha representado un cambio de paradigma respecto a los conceptos anteriores centrados exclusivamente en la enfermedad y la deficiencia, reflejadas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980.

**Cuadro 2.1. Comparativa de las clasificaciones internacionales, OMS**

Clasificaciones y revisiones 1980-1999			CIF 2001
Enfermedad			Funcionamiento
Enfermedad	Discapacidad	Minusvalía	Funcionamiento, discapacidad y factores sociales Biología, individual y social
Deficiencia			
Clasificación como <i>consecuencia</i> , efectos, de enfermedades (CIE-1, 1980)			Clasificación de <i>componentes de salud</i> que conforman la salud. Diferente abordaje de la salud sustentado en <i>determinantes de salud</i> o factores de riesgo. Además, también facilita listado de <i>factores ambientales</i> .
<i>Deficiencias</i> como conjunto que configura la enfermedad (CIE-10 revisión, 1992)			<i>Deficiencias</i> como problemas de las funciones corporales asociados con las condiciones de salud
Clasificación iniciada por el sistema corporal			Clasificación iniciada por el sistema corporal

Fuente: Elaboración propia a partir de la familia de clasificaciones OMS.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud ha sido diseñada como una herramienta de aplicación transversal, para ser utilizada por diversas disciplinas y áreas relacionaos al ámbito de la salud y el bienestar. Su propósito principal es ofrecer un marco normativo unificado que facilite la adopción de un lenguaje común en materia de discapacidad. Por otro lado, persigue la comparación de datos entre países, contextos culturales y disciplinas relacionadas con la salud y lo social. Del mismo modo, pretende proporcionar un sistema estandarizado de codificación a diversas estructuras de información, en labores de investigación y la práctica sociosanitaria. En el cuadro 2.1 se puede observar las principales diferencias y cambios evolutivos establecidos las distintas revisiones de las clasificaciones.

Cabe destacar en primer lugar, el cambio cualitativo conceptual de considerar la *deficiencia* como la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica que representa trastornos al nivel del órgano según la

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1). La deficiencia genera la *discapacidad* como restricción o ausencia de la capacidad de realizar actividades dentro del marco considerado "normal" para el individuo y representa un trastorno personal. En esta relación, finalmente, la *minusvalía* es considerada como la situación de desventaja del individuo derivada de la deficiencia y/o discapacidad. En este contexto conceptual, se considera que la discapacidad obstaculiza o impide la realización de actividades a un nivel considerado normal, ya sea en función de la edad, el sexo y factores sociales, exigiendo la adaptación de la persona al entorno.

Otro cambio considerable está representado por la sustitución de la enfermedad por funcionamiento corporal, y por el nuevo planteamiento de clasificaciones de componentes de salud en vez de la anterior clasificación de consecuencias de las enfermedades. Y, con mayor relevancia, la introducción de factores sociales y ambientales en la interrelación entre la persona, la discapacidad y las barreras sociales.

**Cuadro 2.2. Comparativa de las clasificaciones internacionales, OMS**

CIF 2001	Parte 1: Funcionamiento y discapacidad		Parte 2: Factores contextuales	
	Funciones (estructuras corporales)	Actividades y participación	Ambientales	Personales
<b>Dominios de salud</b>	1. Función corporal 2. Estructura corporal	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
<b>Constructos</b>	- Cambios en el funcionamiento corporal (físico) - Cambios en la estructura corporal (anatómica)	Capacidad Ejecución de tareas en un entorno uniforme Desempeño o realización Ejecución de tareas en un entorno real	Efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
<b>Aspectos positivos</b>	Integridad funcional y estructural <i>Funcionamiento</i>	Actividad Participación <i>Funcionamiento</i>	Facilitadores	No aplicable
<b>Aspectos negativos</b>	Deficiencia <i>Discapacidad</i>	Limitación en la actividad Limitación en la participación <i>Discapacidad</i>	Barreras obstáculos	No aplicable

Fuente: CIF 2001, OMS.

En suma, la CIF introduce un cambio hacia el enfoque inclusivo que articula las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, destacando la interacción dinámica entre las condiciones de salud del individuo y los factores contextuales y ambientales (OMS, 2001). Cabe señalar que este cambio de paradigma también nutrió la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad, promovida por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2006. Por su parte, la CIF ofrece un marco conceptual sólido e internacional para analizar las situaciones de discapacidad como una construcción social. De este modo, como señala Ferreira (2008) entre otros, el reconocimiento de la interrelación de múltiples dimensiones carentes de jerarquías entre ellas de la discapacidad. La diversidad funcional deja de entenderse como una limitación individual exclusivamente y se concibe desde un fenómeno relacional, cuyo resultado y significado están en virtud de los marcos sociales y estructurales en los que se instaura el desarrollo de la persona. En aras de

un mejor entendimiento del nuevo paradigma, el cuadro 2.2 se muestra la relación de los elementos y contenidos de este.

En cuanto a las aplicaciones de la clasificación del funcionamiento CIF, tienen un rango extenso desde la seguridad social, en la evaluación de la atención médica, como también introduce la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la participación, la eliminación o reducción de las barreras sociales, la promoción del desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores, la formulación y la evaluación de políticas, y la promoción de estudios de población de ámbito local, nacional e internacional. En esta línea, como herramienta clínica ofrece una valoración de necesidades, una orientación de tratamientos, una valoración rehabilitadora y una evaluación de resultados.

En definitiva, este instrumento es una herramienta estadística, empírica, clínica, de política social y educativa. Fundamentalmente, incluye la construcción social de la discapacidad y, por extensión, de las prácticas institucionales, los sistemas normativos y los entornos físicos y actitudinales. Con todo ello, se configura el reconocimiento, las oportunidades de participación y el ejercicio de los derechos de las personas con diversidad funcional.

A partir de las referencias conceptuales de la CIF, puede definirse a la discapacidad como "una limitación en la realización de actividades, conllevando una restricción en la participación en los distintos ámbitos de la *vida*". Esta condición también puede ser entendida como una limitación funcional afectando a la capacidad de ejecutar tareas cotidianas y con lleva situaciones de desventaja social (OMS, 2001). En esta línea, las capacidades funcionales básicas recogidas en la CIF están directamente relacionadas con las descritas en la Medida de la Independencia Funcional (MIF, o FIM siglas en inglés), instrumento que evalúa el grado de autonomía de una persona en distintas áreas de las actividades diarias, con independencia de la discapacidad que tenga la persona.

En sintonía con la OMS, la Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad las define como "aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (ONU, 2006). El texto refundado de la convención apoyado por los estados miembros, España en 2013 por su compromiso gubernamental publica el Real Decreto Legislativo 1/2013 por el que se aprueba la Ley General de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. Este marco normativo define las personas con discapacidad en similitud al concepto de la convención y, adicionalmente, especifica a aquellas personas se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Un análisis comparativo de las políticas públicas nacionales en materia de discapacidad, desde inicios del presente siglo, se constata los grandes logros y avances conceptuales, legislativos y de accesibilidad al sistema de protección social. Sin embargo, en las personas con discapacidad persisten situaciones de vulnerabilidad y discriminación (Díaz, 2010). Así, la realidad social de este colectivo refleja especiales obstáculos en

el ejercicio pleno de la participación y la igualdad social (Cano, Díaz, Ferreira, Rodríguez y Toboso, 2015).

La situación de desigualdad de la población con discapacidad precisa considerar el concepto de exclusión social, entendido como un proceso multidimensional y como el resultado de acumulación de desventajas sociales en dimensiones sociales, ya sea ingresos, formación, inclusión laboral, salud, residencial, relaciones familiares y participación (Hernández, 2010). Este enfoque ofrece un análisis más exhaustivo a la heterogeneidad, complejidad y multidimensional de las situaciones con diversidad funcional.

## **2.2. Modelos de inclusión social**

La construcción social de las situaciones de discapacidad ha estado condicionada por representaciones peyorativas y excluyentes. En época antigua, las personas con discapacidad eran categorizadas como no humano por ser deforme (Sanmartín y Serrano, 1998); además de las connotaciones divinas de considerarlo como un castigo de los dioses. En la Edad Media se trataron en prácticas sistemáticas de exclusión social y en la atención social por la beneficencia y caridad cristiana, situaciones de exclusión justificadas por la culpa y castigo de Dios (Garvía, 1997). No obstante, no es hasta finales del siglo pasado cuando se asignó la condición de persona con discapacidad, aunque insertadas en contextos de desigualdad y restricción de derechos.

En paralelo a esta evolución histórica, han fluido los principales modelos de atención e inclusión social de este colectivo, inherentes a las referencias conceptuales del momento. Por ello, los conceptos, los modelos sociales, las metodologías y la dimensionalidad conforman la globalidad del análisis para el entendimiento de las personas con discapacidad y sus situaciones.

Durante los últimos siglos, el modelo social predominante de atención al colectivo ha estado representado por el *Modelo Médico-Rehabilitador*. Este enfoque plantea el diagnóstico clínico, el tratamiento individualizado y la curación para alcanzar la normalización funcional y social como eje central y vía de inclusión en la sociedad. La conceptualización de la discapacidad en este enfoque es entendida como la consecuencia directa de una deficiencia o enfermedad del individuo, situando la responsabilidad de las limitaciones y el problema exclusivamente en la persona afectada. Por tanto, el objetivo principal de la atención e intervención es la recuperación o adaptación al modelo normalizado (normal) de funcionamiento adecuado (Ferreira, 2008). Ciertamente, esta perspectiva reduccionista obvia los factores sociales y estructurales que inciden en la experiencia de la discapacidad, ya sean las barreras sociales, la discapacidad sobrevenida, la discriminación por motivos de salud, la desvaloración de las capacidades, entre otros.

A partir del último cuarto de siglo pasado, fue consolidándose el *Modelo social* de la discapacidad en contraposición al paradigma dominante médico y curativo. En los años ochenta, surgieron reivindicaciones y protestas de los movimientos de vida independiente y de los propios colectivos de personas con discapacidad, demandando su derecho a decidir sobre sus vidas y, frente al reclutamiento en centros, el derecho

a una inclusión plena. Estas ideologías y praxis provinieron del mundo anglosajón que, paulatinamente, se fueron extendiendo principalmente a otros países occidentales. Por su parte, la sociología crítica en estrecha sintonía con las movilizaciones del y para el colectivo, impulsaron este modelo social (Barton, 2008).

Este enfoque social, significa un giro epistemológico transcendental pues, defiende que la discapacidad no es entendida como una disfunción individual, sino más bien como el resultado de barreras sociales, institucionales y actitudinales, las cuales impiden la plena participación de este colectivo en igualdad de condiciones. En una revisión de los mecanismos de exclusión social, este modelo sitúa las causas que originan la situación de discapacidad, principalmente, en los factores sociales y en las barreras sociales que también interfieren en otros procesos de marginación o desigualdad estructural (Colectivo IOE, 2012). Ciertamente, este cambio paradigmático constituye un avance significativo pues, en la formulación conceptual y abordaje de la discapacidad, el centro son las limitaciones sociales. Con ello, este modelo desplaza el eje central del individuo hacia el entorno social y, por otro lado, sitúa a los derechos, la participación activa y la eliminación de las barreras como requisitos indispensables para la inclusión social de este colectivo.

Como se ha mencionado anteriormente, la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) establecida por la OMS en 2001, en consonancia con su nuevo enfoque teórico de entender a las personas con diversidad funcional, introduce a su vez el *Modelo Bio-psico-social* de atención a la población con discapacidad. Con este planteamiento se supera la dicotomía entre los modelos médico y social. La OMS establece una visión más integradora que contempla los tres niveles de análisis de la realidad social e interrelacionados entre sí. En este sentido, el nivel biológico reconoce la existencia de las deficiencias o enfermedades corporales; el nivel individual o funcional enfatiza las actividades y limitaciones que experimenta la persona en la vitada cotidiana; y el nivel social expone el determinismo del entorno físico, social y actitudinal en la convivencia de la esfera social y la personas con diversidad funcional (Ferrante y Ferreira, 2010).

Este paradigma integrador ha sido muy considerado por su capacidad para articular distintos factores en una visión holística del funcionamiento del individuo. No obstante, aunque este modelo representa un avance significativo al incluir la dimensión ambiental y social como factores codeterminantes, el reclamo radica en la persistencia de la disyuntiva entre la orientación ideológica y la aplicación práctica. Las críticas subrayan que el modelo biopsicosocial continúa operando dentro de un marco mayoritariamente médico y rehabilitador. Si bien es aceptada la influencia de los factores ambientales y sociales de la discapacidad, el eje central del planteamiento persiste vinculado a la individualidad, reafirmando con ello el déficit y la adaptación a la norma por parte de la persona (Jiménez Lara, 2007; Díaz, 2009).

Los modelos citados coexisten junto a otros modelos y comparten la dimensión social de la discapacidad. Por una parte, el *Modelo político activista* fundamenta la acción política y social ubicando a la persona con diversidad funcional como integrante de un micro grupo minoritario con discriminación social (Minguijón et al., 2005). Del mismo

modo, el *Modelo universal* entiende la discapacidad como una condición inherente a la vida humana y no como un rasgo diferenciador de unos individuos respecto a otros. Este planteamiento defiende el carácter universal de las políticas públicas que han de dirigirse al conjunto de la población, pues la discapacidad es una característica de la ciudadanía.

De forma paralela a la proyección del enfoque social, ha emergido en las últimas décadas el *Modelo de diversidad funcional*, muy estrechamente vinculado a los movimientos de vida independiente nutridos por los planteamientos y pensadores activistas del propio colectivo de personas con discapacidad. Esta perspectiva, defensa apoyada además por algunos teóricos, como Ferreira (2010), proponen una transformación semántica del lenguaje y de los marcos interpretativos convencionales. Su reivindicación es rechazar el prefijo "dis" en el término "capacidad", por su significado y signifiante "menos" y no carente de una connotación negativa y estigmatizante, para sustituirlos por expresiones que incluya la pluralidad de la vida cotidiana. Este modelo de diversidad enfatiza la limitación y omisión de todas las formas de discriminación estructural iniciado por la conversión del lenguaje y seguido por la promoción de la autonomía personal y el reconocimiento de los derechos humanos (Palacios y Romañach, 2006).

En definitiva, desde el enfoque de la diversidad hasta el paradigma de autonomía personal de Jiménez Lara (2007), conforman todo un elenco de modelos que representan una evolución efectiva teórica y política en el entendimiento de la persona con diversidad funcional y la construcción social de discapacidad. De todo ello, cabe destacar el giro principal al desplazar el análisis desde el diagnóstico a los derechos, desde la dependencia a la autodeterminación y la transformación del entorno (Sánchez, Hernández e Imbernón, 2016). Se puede apreciar que estas perspectivas son esenciales para la comprensión de las nuevas transformaciones en políticas sociales públicas, en la accesibilidad y diseño universal y en la plena y activa inclusión de la ciudadanía con discapacidad.

### **2.3. Vulnerabilidad sanitaria y Esclerosis Múltiple**

Este apartado plantea la relación de los marcos referenciales, conceptuales, teóricos y enfoques, con la experiencia de vivir con Esclerosis Múltiple. En primer lugar, cabe destacar que la Esclerosis Múltiple es la discapacidad producida por una enfermedad o disfuncionamiento neurodegenerativo.

Las enfermedades neurodegenerativas conllevan importantes limitaciones en el desarrollo de las actividades y la participación de la persona afectada por ellas. Impacta directamente en la calidad de vida y en su autonomía personal y social. Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento las agrupa dentro de los trastornos de la coordinación de movimiento y/o tono muscular derivados de las disfunciones del Sistema Nervioso Central (SNC), que generan incoordinación del movimiento, involuntarios o repetitivos característicos de algunas enfermedades psiquiátricas, alteraciones del equilibrio y aumento o disminución de la masa muscular. El grupo de

los trastornos del SNC lo componen enfermedades como el párkinson, la parálisis cerebral, epilepsia, la Esclerosis Múltiple y esclerosis lateral amiotrofia (OMS, 1994).

Desde el mismo momento del diagnóstico, se presentan una serie de síntomas, alteraciones y deterioros severos, de carácter progresivo y degenerativo tanto a nivel físico como cognitivo. La información y los datos disponibles avalan que este colectivo tiene una experiencia de vida determinada por la pérdida físico y cognitivo (Valdés, 2017). Este escenario genera importantes déficits de autonomía personal, en el desarrollo social y laboral, en las capacidades comunicativas y relacionales y, en definitiva, en su inclusión social.

Con el objetivo de una comprensión adecuada de la situación y las limitaciones que experimentan este colectivo, resulta fundamental conocer la Esclerosis Múltiple como enfermedad, así como sus consecuencias fisiológicas y sociales. La clasificación de las enfermedades neurodegenerativas se dispone en relación con las manifestaciones sintomatológicas con las que se expresan. En esta ordenación, se pueden distinguir aquellas que se fundamentan por un *síndrome de demencia*, caracterizado como principal ejemplo por la enfermedad de Alzheimer. Otra categoría son las que presentan *trastornos del movimiento y la postura*, unido a síntomas depresivos, deterioro cognitivo, entre otros, como la patología del Párkinson. En otro eslabón, se muestran las enfermedades con sintomatología clínica por *debilidad y atrofia muscular* como las situaciones de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). Un conjunto adicional está fundamentado por diversos síntomas, un *deterioro mixto físico motor y cognitivo*, fatiga, depresión y proceso inestable e irremisible como la Esclerosis Múltiple (Sáenz, 2001).

Las enfermedades neurodegenerativas no disponen de un tratamiento de éxito para lograr la recuperación completa de la persona. De tal forma que la intervención se limita a la atención de los síntomas y a los cuidados paliativos singulares de estos procesos degenerativos. En general, hacer frente a la reducción del dolor y afrontar el desafío de la corta esperanza de vida, entraña un desgaste físico y emocional, un deterioro de la salud mental notable tanto para las personas como para sus familias. Del mismo modo, a la evolución propia de la enfermedad se suman consecuencias como la interrupción o incapacidad del proyecto laboral, la disminución de habilidades sociales, así como el considerable impacto socioeconómico adicional derivados de los elevados costes de la atención sanitaria y social (FEDEMA, 2023).

Un inicio nocivo y una evolución clínica hacia la cronicidad es una característica común a todas las enfermedades neurodegenerativas. En este proceso de salud, la Esclerosis Múltiple se diferencia del resto de las disfunciones neuronales por manifestarse mayoritariamente en la juventud, entre los 20 y 40 años, produciendo un impacto directo en su inclusión laboral. Cuando la persona trabajadora en activo experimenta la enfermedad, suelen demandar cambios estructurales y adaptaciones, tanto en el punto de trabajo como en el entorno laboral (CERMI, 2017). Las expresiones iniciales de los síntomas son leves y temporales, aunque el proceso de la Esclerosis Múltiple evoluciona hacia cuadros numerosos y severos en las funcionalidades, aumentando con ello las limitaciones irreversibles de las capacidades. En ello, la fatiga es la

característica clínica más manifestada, repercutiendo en el desarrollo de las actividades diarias y en todas las dimensiones sociales favoreciendo situaciones de vulnerabilidad.

Otra cuestión que considerar en la Esclerosis Múltiple, son las manifestaciones de la enfermedad diferenciadas por la frecuencia de los síntomas del desarrollo de la enfermedad, dificultando la identificación del diagnóstico con el consecuente impacto social. La primera forma y más común, es cuando los síntomas se expresan en formato de brotes o ataques que, posteriormente, mitigan (Ramos, et al., 2024). Estas situaciones plantean las dificultades para la identificación de un diagnóstico. Una segunda e intermedia en la que, iniciado el proceso, se acumulan y persisten síntomas después de remitir el brote, en estos casos aumenta el deterioro del estado de salud. La última forma se presenta con molestias no identificadas con una enfermedad desde el primer momento y unido a una exposición calmada, reincidiendo sobre las limitaciones del diagnóstico y sus consecuencias clínicas y sociales. Todo ello incide en una enfermedad inestable e impredecible, con el peso de la aparición de segundas discapacidades incrementando la incertidumbre y el desgaste emocional.

En este contexto, cabe mencionar que la misma CIF 2001 plantea que el funcionamiento de la persona puede estar afectado en el nivel corporal, individual y social, contenidos igualmente aplicables al diagnóstico físico, psicológico y social. No obstante, la CIF no especifica el impacto psicosocial en los cuadros valorativos de las enfermedades neurodegenerativas y sus consecuencias, como también demanda las entidades de Esclerosis Múltiple (FEDEMA, 2023). Por su parte, ofrece una serie de factores contextuales: ambientales y personales, como se ha indicado en el anterior cuadro 2, y en relación con la edad, el sexo, el nivel social y las experiencias vitales del individuo.

La CIF entiende por factores todos aquellos facilitadores del entorno de una persona que mejoran su funcionamiento, reducen la discapacidad y aumentan su participación en todas las áreas de la vida del mundo físico, social y actitudinal (accesibilidad, tecnología asistencial adecuada, actitudes positivas y no discriminación por discapacidad, existencia de servicios, sistemas y políticas para la inclusión). Del mismo modo, esta clasificación indica que se puede asignar un conjunto de códigos al estado de salud de la persona. Si bien esta codificación permite establecer la situación de la persona en un momento determinado, también manifiesta la posibilidad de codificar la situación a lo largo del tiempo y permita describir la evaluación individual.

Con todo ello, la CIF se distancia de la anterior clasificación CIE-10 en cuanto a que, no es una clasificación de acontecimientos, de tal forma que a una condición de salud determinada no se le asigna un único código. En definitiva, se puede enfatizar el reconocimiento y consideración propia de una nueva tipología de discapacidad generadas por las enfermedades neurodegenerativas, en igualdad con otras tipologías de discapacidad, e introduciéndola en el actual baremo como los factores psicosociales de las personas y sus familias o cuidadores. El objetivo final es la atención de las consecuencias en la salud física, cognitiva, emocional que interfiere en la actividad, la participación y la calidad de vida de las personas con Esclerosis Múltiple.

## **2.4. Desprotección social y Esclerosis Múltiple**

Las referencias conceptuales, teóricas y los enfoques sociales de atención social, diseñan la protección social de las personas con discapacidad o diversidad funcional materializadas a través de políticas, sistemas y servicios sociosanitarias. En relación con los modelos determinados en el recorrido histórico de la humanidad, abordados anteriormente, el enfoque médico que se centra en la deficiencia individual y como causa de la enfermedad, y su atención es tipo asistencial y rehabilitadora, ha potenciado los sistemas de clasificación y diferenciación de los déficits, las clasificaciones de las enfermedades y de las discapacidades. En esta línea, se fundamenta la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM-1) en 1980 y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de 1994 de la ONU que, comparten protagonismo temporal con el modelo médico.

La mirada evolutiva hacia el modelo social introduce las barreras del entorno en el resultado y construcción social de las situaciones de discapacidad en conjunto con las condiciones individuales. Esta perspectiva enfatiza también las causas de las limitaciones a las sociedades sin entornos accesibles, ni servicios adecuados, convirtiendo a la discapacidad en una cuestión social y colectiva y situando a las personas en contextos de desigualdad y desprotección social.

La OMS recogiendo el relevo de estos ecos, reemplaza la CIDDDM de 1980 por la nueva CIF 2001. Se adopta el modelo bio-psico-social como un enfoque holístico e integrador de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión del estado de salud y del funcionamiento de los individuos. La CIF entiende que las situaciones de discapacidad o diversidad funcional engloban deficiencias, limitaciones en la actividad, restricciones en la participación e introduce los factores contextuales del entorno físico y social.

En esta sintonía y contexto internacional, la ONU asumiendo el modelo integrador promueve el marco legislativo de los derechos de las personas con discapacidad. En esta perspectiva, los modelos de atención social subrayan la necesidad de transformar el entorno social mediante políticas y sistemas de protección social que garantizan los derechos y las oportunidades de este colectivo. Por su parte, la diversidad destaca el valor intrínseco de la diversidad funcional como elemento característico y enriquecedor de las sociedades.

En última instancia, el sistema de apoyo se dirige al conjunto de estructuras, recursos, estrategias y servicios hacia las personas, las familias e instituciones con el fin de potenciar la autonomía, la calidad de vida, la inclusión plena y el desarrollo efectivo de sus derechos en todas las dimensiones de la vida, educación, empleo, salud, entorno físico y participación. No obstante, la realidad social de este colectivo no es un reflejo de las directrices y orientaciones normativas alcanzadas. Si anteriormente se ha expuesto la vulnerabilidad sociosanitaria determinada por la ausencia del reconocimiento de las discapacidades neurodegenerativas en los baremos sanitarios y, muy especialmente, desde las manifestaciones iniciales de los síntomas, las limitaciones por la carencia de un diagnóstico, afrontar el coste extra de las situaciones

sanitarias, familiares y sociales de estas enfermedades, se añade la inadecuada e insuficiencia de prestaciones y servicios especializados para atender sanitaria y socialmente a las personas con Esclerosis Múltiple. En este sentido, el obstáculo principal está en el reconocimiento de un determinado grado de discapacidad, una situación administrativa señalada desde la Ley 51/2003 propulsora de la igualdad de oportunidades, no discriminación y la accesibilidad universal de las personas con discapacidad en España.

Ciertamente, este requisito es la puerta de entrada a los recursos y prestaciones de los sistemas de protección social, fundamentalmente servicios sociales y seguridad social, y garantes de esa igualdad de oportunidades y no discriminación evocada en la ley mencionada de 2003. Por su parte, la Ley 1/2013 de los derechos de las personas con discapacidad mantiene este grado determinado igual o superior al 33%. Por ello, se restringe de cobertura y protección social a todas aquellas personas que no disponen de dicho valor, como es el caso de las personas con Esclerosis Múltiple unido por la inexistencia de un diagnóstico o diagnóstico tardío, más aún cuando se trata de enfermedades degenerativas e incurables (Valdés, 2017).

En relación con esta visión restrictiva del concepto de discapacidad, la Convención Internacional de la ONU de 2006, en su artículo 1.2, adopta un concepto amplio de discapacidad y no limitado al reconocimiento administrativo del valor porcentual. Cabe señalar que la valoración de la discapacidad se aplica en un momento concreto, sin considerar las evoluciones en el tiempo que ofrecen una evaluación más real y próxima del impacto funcional de estas las enfermedades con un proceso variable como la Esclerosis Múltiple. Esta aplicación no se ajusta al desarrollo natural de muchas enfermedades neurodegenerativas. Además, actualmente, el agravamiento evolutivo de la Esclerosis Múltiple es totalmente predecible y clínicamente inevitable.

Por tanto, las condiciones de acceso a las prestaciones no permiten la protección social reconocida por derecho, resulta un trato discriminatorio, opuesta al principio de equidad. Además, este marco legislativo administrativo no es capaz de medir las consecuencias, el deterioro físico y cognitivo, ni el impacto sumatorio de los brotes en la vida cotidiana de la persona afectada, ni las limitaciones en el desarrollo de las actividades y de la participación.

# **3.**

## **Objetivos y metodología**

### **3. Objetivos y metodología**

En este capítulo se incluyen los objetivos y la estrategia metodológica con la que se han alcanzado.

#### **3.1. Objetivos**

##### *3.1.1. Objetivo General*

En sentido amplio, el objetivo general del estudio es evaluar la implementación de la nueva normativa de 2022 y 2023 en relación a la discapacidad: a) Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad; b) Orden DSA/934/2023, de 19 de julio, por la que se modifican los baremos que figuran como Anexos I, II, III, IV, V y VI del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

##### *3.1.2. Objetivos Específicos*

El objetivo general se alcanza mediante tres objetivos específicos:

1. Revisar y valorar las modificaciones introducidas por la nueva normativa de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, con especial referencia a la discapacidad vinculada con la Esclerosis Múltiple.
2. Identificar los obstáculos de las personas usuarias/familiares en relación con los procesos de reconocimiento, declaración y calificación de grado, especialmente los relacionados con la Esclerosis Múltiple.
3. Realizar propuestas de mejora en la implementación de dicha normativa, con especial referencia a la discapacidad relacionada con la Esclerosis Múltiple.

#### **3.2. Estrategia metodológica**

La estrategia metodológica adoptada combina un enfoque mixto (cuantitativo, cualitativo, documental y digital), orientado a la evaluación integral de la nueva normativa de valoración de la discapacidad, con especial atención a su impacto sobre las personas con Esclerosis Múltiple. Este enfoque permite analizar tanto los efectos objetivos derivados de su aplicación como las percepciones y valoraciones de los distintos agentes implicados en su desarrollo y ejecución.

##### *3.2.1. Niveles de análisis*

La estrategia se ha articulado en tres niveles de análisis complementarios:

- a) *Análisis cuantitativo*: basado en la explotación y comparación de fuentes estadísticas oficiales (IMSERSO, INE, Eurostat, OED, COCEMFE, EMDATA), con el fin de medir la evolución y el alcance territorial de los procesos de reconocimiento y valoración del grado de discapacidad.

- b) *Análisis cualitativo*: sustentado en entrevistas y grupos de discusión con profesionales de la administración, entidades sociales y expertos en Esclerosis Múltiple, orientado a identificar percepciones, obstáculos y propuestas de mejora.
- c) *Análisis documental y digital*: mediante revisión normativa y observación de portales autonómicos de tramitación, para evaluar la estructura, accesibilidad y equidad del procedimiento a nivel territorial.

**Cuadro 3.1. Tabla de coherencia entre objetivos y técnicas empleadas**

Objetivo específico	Técnica	Tipo de fuente	Ventajas analíticas
1 y 3. Evaluar la implementación de la normativa y su alcance territorial	Análisis estadístico (IMERSO, INE, Eurostat, EMDATA)	Fuente secundaria, oficial	Permite medir tendencias, comparar territorios y detectar cambios estructurales
1, 2 y 3. Identificar obstáculos y propuestas de mejora	Entrevistas semiestructuradas	Fuente primaria, profesional	Profundiza en la interpretación técnica del nuevo baremo y en las dificultades reales del proceso
2 y 3. Identificar percepciones, retos y buenas prácticas	Grupos de discusión	Fuente primaria, colectiva	Favorece la interacción, la validación cruzada y la generación de consenso entre actores
1. Evaluar el grado de desarrollo autonómico del procedimiento	Análisis documental y digital	Fuente secundaria, institucional	Proporciona evidencia estructural sobre la accesibilidad, equidad y digitalización del proceso

Fuente: Elaboración propia.

Como ilustra el cuadro 3.1, el diseño metodológico ha seguido una lógica triangulada, tanto en la variedad de técnicas como en la diversidad de fuentes y actores, buscando fortalecer la validez interna y externa de los resultados.

Las técnicas de investigación empleadas responden a la necesidad de contrastar información empírica y experiencial con el análisis normativo y estadístico. Su elección se justifica por su capacidad para abordar la complejidad de la discapacidad desde una perspectiva multidimensional.

- a) *Entrevistas semiestructuradas*: dirigidas a personal técnico de las administraciones autonómicas, representantes de entidades de Esclerosis Múltiple y expertos jurídicos y sanitarios.
- b) *Grupos de discusión*: con profesionales valoradores y representantes asociativos, para contrastar percepciones sobre la aplicación del nuevo baremo.
- c) *Análisis documental y de fuentes digitales*: revisión sistemática de normativa, informes institucionales y sedes electrónicas autonómicas.
- d) *Análisis estadístico*: explotación de bases de datos nacionales y europeas con enfoque comparativo y longitudinal.

### 3.2.2. Tipos de fuentes y agentes participantes

El estudio integra fuentes primarias y secundarias, procedentes de distintos ámbitos de la acción pública y social:

a) *Fuentes primarias*: discursos y testimonios recogidos mediante entrevistas y grupos de discusión.

b) *Fuentes secundarias*: estadísticas oficiales, normativa estatal y autonómica, informes institucionales y plataformas digitales.

Los agentes participantes se clasifican en tres tipos:

a) *Administraciones públicas autonómicas*: equipos técnicos de valoración.

b) *Entidades sociales de Esclerosis Múltiple*: asociaciones autonómicas y federaciones.

c) *Expertos y profesionales especializados*: personal médico, jurídico y psicosocial.

La información se ha tratado mediante análisis mixto, diferenciándose cuatro tipos de análisis:

a) *Cuantitativo*: descriptivo, comparativo y longitudinal, con indicadores de valoración y reconocimiento de discapacidad.

b) *Cualitativo*: inductivo y categorial, con análisis temático asistido por IA, identificando coocurrencias discursivas.

c) *Documental y normativo*: análisis de contenido legal y comparado entre los Reales Decretos 1971/1999 y 888/2022.

d) *Análisis digital*: codificación de indicadores sobre accesibilidad y transparencia administrativa en los portales autonómicos.

La combinación de métodos y fuentes otorga profundidad interpretativa y validez empírica al estudio, pudiendo destacar varias *ventajas de la estrategia*.

a) Captar la dimensión estructural, institucional y vivencial del proceso de valoración.

b) Integrar evidencias estadísticas con la voz de los agentes implicados.

c) Identificar desigualdades territoriales y barreras de aplicación.

d) Ofrecer una visión sistémica del modelo de reconocimiento de la discapacidad en España.

Esta estrategia metodológica garantiza una lectura integral de la nueva ley, desde la evidencia cuantitativa y la experiencia cualitativa, hasta la observación directa de su implementación práctica.

En suma, de la estrategia metodológica cualitativa y analítica de la evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad, se han derivado las categorías de análisis. Estas se han clasificado en la evolución del modelo médico-rehabilitador al biopsicocial, los procedimientos y tiempos administrativos, la brecha territorial y desigualdades en la valoración, los equipos de valoración, el rol de las entidades de apoyo y redes familiares en el proceso de valoración, las limitaciones normativas y operativas y, finalmente, el impacto específico sobre la Esclerosis Múltiple y sobre colectivos vulnerables.

El estudio se ha realizado bajo los principios de responsabilidad en el uso de información, confidencialidad de fuentes profesionales y respeto de los derechos humanos y la diversidad funcional. Del mismo modo, se ha fomentado la transparencia metodológica y el uso de terminología inclusiva. Esta metodología ha permitido contextualizar de forma rigurosa y crítica la evaluación social, clínica y jurídica de la discapacidad en España. Además, se ha atendido especialmente a los desafíos actuales en la valoración y reconocimiento de enfermedades fluctuantes como la Esclerosis Múltiple, y a la necesaria transformación hacia modelos participativos y multidimensionales.

### **3.3. Análisis teórico y normativo**

El marco teórico y normativo se ha fundamentado en un enfoque analítico en materia de discapacidad y, de forma específica, de la Esclerosis Múltiple. Por otro lado, de esta perspectiva analítica se desprende un análisis cualitativo de carácter interpretativo orientado a la dimensión social del entendimiento y la construcción de la discapacidad desde el enfoque de Derechos Humanos. Del mismo modo, se articula el análisis de los procesos de la vulnerabilidad, la desigualdad y exclusión institucionales que afectan a las personas con Esclerosis Múltiple dentro del sistema de protección social español.

#### *3.3.1. Análisis teórico*

El análisis teórico y contextual se ha centrado en el examen de documentos normativos, clasificaciones internacionales (OMS, ONU), teorías sociales (Ferreira, Palacios, Romañach, Jiménez Lara), fuentes empíricas relativas a la diversidad funcional como a la inclusión, barreras sociales y vulnerabilidad sociosanitaria de la Esclerosis Múltiple. A partir del marco teórico, las categorías de análisis han sido marcos normativos, clasificaciones internacionales, conceptos y modelos de inclusión social del colectivo y la vulnerabilidad. Estas categorías permiten establecer relaciones entre las conceptualizaciones teóricas, las políticas públicas y sus efectos en la vida de las personas con discapacidad.

#### *3.3.2. Análisis documental*

Respecto al análisis de la normativa, antigua y nueva ley de valoración de la discapacidad, se fundamenta en un enfoque metodológico cualitativo y documental, combinando fuentes secundarias y primarias, ha orientado al análisis crítico e interpretativo de la evolución normativo y práctica de la valoración de la discapacidad en España. Se centra en la transición entre los Reales Decretos 1971/1999 y 888/2022, su conceptualización, sus instrumentos de baremación y sus efectos en colectivos como las personas con Esclerosis Múltiple.

En cuanto a la comparación normativa en sentido estricto, se analiza y contrasta los procedimientos, criterios y baremos contemplados en las dos legislaciones principales, identificando cambios, rupturas y continuidades en el modelo valorativo de la discapacidad. Cabe destacar que, en el análisis comparativo de baremos, se ha examinado detalladamente los instrumentos de evaluación (baremo médico, social y de barreras ambientales) y sus implicaciones metodológicas.

Por su parte, en el análisis documental se revisan fuentes secundarias incluyendo informes oficiales, guías profesionales, estudios técnicos y literatura empírica en materia de valoración de la discapacidad y su aplicación en patologías neurodegenerativas.

### **3.4. Metodología cuantitativa**

En este análisis cuantitativo se ha examinado información estadística procedente de diversas bases de datos, adoptando una perspectiva de análisis comparada entre distintos territorios y grupos poblacionales, así como un enfoque longitudinal para medir la evolución temporal seguida por determinadas variables. En primer lugar, se describen las fuentes de información consultadas y, posteriormente, se detallan las variables y técnicas de análisis empleadas.

#### *3.4.1. Fuentes de información estadística*

A continuación, se indican las características más destacadas de las fuentes estadísticas consultadas, distinguiendo en función de la naturaleza de la información aportada.

##### A) Estadísticas oficiales sobre discapacidad

La Base estatal de datos de personas con discapacidad, publicada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), es la fuente de información más relevante para la finalidad de este estudio, puesto que recoge los datos sobre la gestión de las valoraciones realizadas en las diecisiete comunidades y las dos ciudades autónomas<sup>1</sup>. Si bien se advierte de que no es un registro oficial, constituye la única información de un organismo público que computa el número de personas a las que se les ha reconocido su situación de discapacidad. Estos datos se refieren, principalmente, al grado de discapacidad (0 a 100) y el tipo de deficiencia que más afecta a la persona evaluada, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001).

El Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, en su artículo 4, considera que las personas con discapacidad son: "aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Se considera persona con discapacidad aquella a la que se la ha reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. Su clasificación, a partir del diagnóstico realizado por el equipo de valoración, se establece en los diez capítulos de la CIF (IMSERSO, 2025):

1. Cardiovascular, hematológica, inmunológica o respiratoria
2. De la piel o estructuras relacionadas
3. Digestiva, metabólica o endocrina

---

<sup>1</sup> Disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/base-estatal-datos-personas-con-discapacidad>.

4. Genitourinaria, reproductora o neoplasia
5. Intelectual o trastorno del desarrollo
6. Involucrada en la voz o el habla
7. Neuromusculoesquelética o del movimiento
8. Sensorial, visual, auditiva, sordoceguera o dolor
9. Sistema nervioso o función mental
10. Otra deficiencia.

Para el diagnóstico médico de base, hasta abril de 2023, el IMSERSO usaba una codificación propia. A partir de ese momento y, por tanto, en el último informe disponible, el IMSERSO aplica a los diagnósticos la codificación CIE-10 (décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud)<sup>2</sup>, lo que impide una comparación precisa con años anteriores, puesto que muchos de los nuevos códigos CIE-10 no tienen equivalencia en la base histórica. En cualquier caso, el informe se basa en el diagnóstico de mayor impacto declarado en primer lugar por el valorador, agrupado por las deficiencias que causa (clasificación CIF), tomando como fecha de referencia de los datos el 31 de diciembre de cada año (IMSERSO, 2025).

Desde el punto de vista sociodemográfico, las cifras sobre personas valoradas y con reconocimiento de discapacidad únicamente se desagregan según sexo y grupos de edad, sin que se ofrezca más información socioeconómica (IMSERSO, 2024). Además, salvo para el último año disponible (2023), el resto de los datos se ofrece en un formato no editable (PDF), para el periodo 2011 a 2022; por tanto, poder estudiar la evolución temporal y establecer determinadas agrupaciones de la información disponible no resulta una tarea fácil. Así, una aportación novedosa de este trabajo consiste en proporcionar la serie temporal de las tasas de valoración y reconocimiento de la discapacidad, en términos poblacionales, para todo el periodo disponible 2011-2023<sup>3</sup>.

El año 2023 constituye el primero en recoger los datos relativos al nuevo baremo aplicado en los procedimientos de reconocimiento de la discapacidad, que establece el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, en la base de datos del IMSERSO; sin que se pueda medir, por tanto, claramente su impacto, pues falta perspectiva temporal.

En consecuencia, se ha debido complementar la información sobre el nuevo proceso de valoración y reconocimiento de la discapacidad recurriendo a otras fuentes estadísticas. Entre ellas, destaca el reciente informe elaborado por la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE, 2024). A partir

---

<sup>2</sup> La nueva versión, CIE-11, está en vigor a nivel global desde 2022. Los países miembros de la OMS deben implementarla de forma progresiva, sin que se conozca cuándo será adoptada en España. Para más detalle sobre la CIE-11, puede consultarse la web de la OMS: <https://icd.who.int/es>.

<sup>3</sup> Se han calculado las tasas de valoración y reconocimiento con los datos de población actualizados procedentes de la Estadística continua de población del INE. No obstante, no se aprecian diferencias significativas (inapreciables en cifras redondeadas a un decimal) entre las tasas calculadas y las publicadas por el IMSERSO.

de un cuestionario online autoadministrado con 29 preguntas, dirigido tanto a personas con discapacidad como a profesionales técnicos/as de entidades asociadas a COCEMFE, este informe realiza un primer sondeo sobre los procesos de valoración con el nuevo baremo, recopilando datos cuantitativos y cualitativos (testimonios)<sup>4</sup>. El objetivo es captar tanto la magnitud como el contexto de las irregularidades en la aplicación del nuevo baremo de discapacidad. La muestra cuenta con una amplia cobertura territorial (678 casos), contempla la diversidad del colectivo (enfoque en mujeres, comorbilidades y enfermedades raras) e integra las perspectivas de los usuarios (603 personas con discapacidad física y orgánica) y de los profesionales (75 personas). Sin embargo, adolece de limitaciones metodológicas, pues al recurrir a una muestra no aleatoria y combinar datos de antes y después de la nueva normativa, no permite atribuir con rigor si los problemas detectados son consecuencia directa del nuevo baremo. Con todo, el estudio logra evidenciar de forma sistemática los fallos en la implementación de la normativa, ofreciendo los datos necesarios para exigir su mejora.

Por otro lado, la principal estadística sobre discapacidad en España es la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia referida al año 2020 (EDAD 2020), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta encuesta considera la discapacidad como una limitación significativa para realizar actividades cotidianas que dura, o se espera que dure, más de un año, causada por problemas de salud, incluso si se supera con ayudas técnicas o apoyo de otras personas (INE, 2022: 31). La muestra es de aproximadamente 67.500 viviendas, proporcionando estimaciones representativas a nivel nacional y autonómico<sup>5</sup>. No solo cuantifica las personas con discapacidad en relación con la población total (prevalencia) y su perfil sociodemográfico, también analiza las limitaciones funcionales, su gravedad, las ayudas necesarias, los problemas de accesibilidad, así como el estado de salud y el impacto en distintos ámbitos vitales (empleo, educación o relaciones sociofamiliares). La amplitud de la EDAD 2020 excede los objetivos concretos de este estudio, por lo que solo se analizan algunos datos sobre la prevalencia de la discapacidad procedentes de esta encuesta.

Finalmente, la oficina de estadística europea, Eurostat, utiliza una medida estandarizada para evaluar la discapacidad en distintas encuestas realizadas en el ámbito de la Unión Europea (UE), como la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) o la Encuesta de Población Activa (EPA)<sup>6</sup>. Dicha medida es el Indicador Global de Limitación de la Actividad (GALI), basado en una pregunta que indaga si la persona ha estado limitada durante, al menos, seis meses para realizar actividades habituales debido a problemas de salud físicos, mentales o emocionales (Comisión Europea, 2020: 66-68). Las respuestas se clasifican en tres categorías: gravemente limitado; limitado, pero no gravemente; y no limitado. Así, mediante este indicador es posible la comparativa internacional y la actualización anual de los datos (en el caso de la ECV

---

<sup>4</sup> Disponible para su descarga en: <https://www.cocemfe.es/irregularidades-baremo/>.

<sup>5</sup> Datos y metodología, así como las ediciones anteriores de la Encuesta (1999 y 2008) se encuentran en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175).

<sup>6</sup> Se trata de encuestas armonizadas a nivel europeo; denominadas en este caso, respectivamente, EU-SILC (EU Statistics on Income and Living Conditions) y EU-LFS (EU Labour Force Survey).

para el seguimiento del riesgo de pobreza o exclusión social de las personas con discapacidad), lo que representa una ventaja frente a los datos procedentes de la EDAD 2020 que, aunque más detallada, se realiza con menor frecuencia. Si bien este carácter subjetivo permite una medición armonizada y comparativa de la discapacidad en el ámbito de la UE, también puede suponer ciertos sesgos. Al estar basado en la autoevaluación de la persona encuestada, los resultados pueden verse afectados por factores individuales como la percepción personal del estado de salud, el nivel de información sobre lo que se considera “estar limitado”, o incluso el contexto cultural. Por su parte, la información estadística de la EPA se cruza con los datos administrativos del IMSERSO (Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad) y de otros registros oficiales, como el de prestaciones públicas del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), dando lugar a la operación estadística elaborada por el INE bajo la denominación El Empleo de las personas con discapacidad (INE, 2024). Dicha fuente estadística proporciona información anual sobre la situación laboral de las personas de 16 a 64 años con discapacidad reconocida oficialmente. Debido a diversos cambios metodológicos, ha sufrido varias rupturas de serie; por ello, actualmente, solo pueden compararse los datos de 2021 a 2023.

#### B) Informes y otras fuentes sobre discapacidad

En este apartado se describen los informes y plataformas digitales consultados, en los que se recopila diversa información sobre discapacidad procedente, en general, de fuentes oficiales. El conjunto de variables reunidas, así como la propia definición de discapacidad aplicada, dependerá del origen de la información reunida.

Así, se ha consultado la plataforma de estadísticas sociales del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), que integra múltiples fuentes de información procedentes de diversos organismos<sup>7</sup>. Esta heterogeneidad se convierte en su principal limitación, al traducirse en lagunas temporales y falta de homogeneidad metodológica, lo que condiciona la comparabilidad y la actualización de los datos, restando precisión a los posibles análisis efectuados a partir de ellos. No obstante, esta plataforma proporciona una visión bastante completa de la discapacidad en España desde una perspectiva de derechos humanos, sirviendo como instrumento de incidencia política para orientar más eficazmente la acción pública.

Elaborado anualmente por el Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED), el denominado Informe Olivenza constituye una compilación de referencia sobre la situación de las personas con discapacidad en España, al integrar y analizar datos transversales de múltiples fuentes oficiales<sup>8</sup>. Su principal aportación consiste en reunir, en un solo documento, un análisis multidimensional de la inclusión social de la población con discapacidad, a partir de un sistema de 37 indicadores recopilados de dichas fuentes. De nuevo, la dependencia de estadísticas públicas implica asumir sus particularidades metodológicas y demoras en la actualización.

---

<sup>7</sup> Se puede consultar en: <https://www.estadisticasocial.es/cermi.php>.

<sup>8</sup> Se encuentra en: <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/category/documentos/informe-olivenza-observatorio/>.

Por último, también bajo un enfoque multidimensional, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de España (EAPN)<sup>9</sup> incluye en su informe anual sobre el Estado de la Pobreza un apartado dedicado a las personas con discapacidad desde 2018<sup>10</sup>. Se sigue la metodología propuesta por Eurostat para identificar a la población con discapacidad y, a partir de los microdatos de la ECV de cada año, en este caso 2024, se analiza su riesgo de pobreza o exclusión social en comparación con el del conjunto de la población española (EAPN, 2025).

### C) Fuentes estadísticas sobre Esclerosis Múltiple

Desarrollada por la asociación Esclerosis Múltiple España, la plataforma EMDATA alberga información procedente tanto de datos primarios, recabados mediante cuestionarios a personas con Esclerosis Múltiple y sus familiares, como secundarios, recopilados de las fuentes estadísticas oficiales<sup>11</sup>. En ambos casos, la información se presenta de forma dinámica, siendo el objetivo mostrar datos consistentes y relevantes que permitan visualizar la realidad de la Esclerosis Múltiple en España.

De las estadísticas oficiales en las que se basan los informes, destaca la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)<sup>12</sup>. Aquí se recoge información clínica anual, codificada y normalizada, de las consultas de atención primaria, ofreciendo una cobertura poblacional que permite obtener datos a nivel de comunidad autónoma. La identificación de pacientes con Esclerosis Múltiple se realiza seleccionando los registros que contienen el código correspondiente a esta enfermedad, N86, siguiendo la Clasificación Internacional de Atención Primaria en su segunda versión (CIAP-2); lo que permite estimar su prevalencia y caracterizar su situación clínica y asistencial a nivel poblacional. En este trabajo, cuando se recaba información con perspectiva temporal sobre prevalencia de Esclerosis Múltiple se ha recurrido directamente a la BDCAP; en otras ocasiones, se extraen los datos directamente de EMDATA.

Además, también se incluyen datos extraídos del Registro Español de Estudios Clínicos (REEC) o del INE, que abordan otras cuestiones adicionales a la atención primaria, como la participación en ensayos clínicos, comorbilidades (ansiedad, depresión) o la situación laboral de las personas con Esclerosis Múltiple.

Por otro lado, los informes elaborados a partir de los datos primarios, recabados mediante cuestionarios propios, incorporan la dimensión subjetiva y experiencial complementaria a los datos oficiales, ofreciendo una visión más centrada en el paciente y su calidad de vida. Se ocupan de temas diversos, como la maternidad, la brecha de género, el entorno familiar o el impacto del diagnóstico reciente.

#### *3.4.2. Variables y técnicas de análisis*

En los procesos de reconocimiento de la discapacidad, se suele analizar el número de personas valoradas, así como el número de personas que ha alcanzado un

---

<sup>9</sup> Sus siglas corresponden a su denominación en inglés, European Anti-Poverty Network (EAPN).

<sup>10</sup> Estos informes se encuentran disponibles en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/capitulos-2025.php>.

<sup>11</sup> Esta plataforma está accesible desde: <https://emdata.esclerosismultiple.com/>.

<sup>12</sup> Permite su consulta interactiva, así como la descarga de datos y la información metodológica en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>.

reconocimiento de la discapacidad en diferente grado (de 0 a 100%). Cuando se expresan estas cifras en términos del conjunto de la población (como porcentaje, o por cada mil o cien mil personas) pasan a designarse tasa de valoración de la discapacidad y tasa de reconocimiento de la discapacidad, respectivamente. Se debe tener en cuenta que en la Base estatal de personas con discapacidad del IMSERSO las cifras de población proceden del INE, de la Estadística continua de población, a 31 de diciembre de cada año.

En este trabajo, además, se construye un nuevo indicador que cuantifica el porcentaje de personas valoradas que obtienen un grado de discapacidad reconocida igual o superior al 33%, que denominamos *tasa de resolución favorable*. Dado que el resto de las variables son menos frecuentes en este tipo de estudios, se irán presentando a medida que aparezcan en el análisis.

En general, los análisis efectuados son sencillos, bien de corte transversal o de tipo longitudinal. En el primero, los datos estudiados están referidos al mismo momento del tiempo, comparándose diversas unidades poblacionales o territoriales para cuantificar las distancias que las separan, o bien midiendo cómo es su distribución. Así, por ejemplo, es habitual examinar la distribución de las personas según el grado de discapacidad reconocido o en función de la tipología de la deficiencia con mayor afectación. También es posible analizar la distribución de una variable calculando estadísticos de tendencia central (media, mediana o moda) y medidas de dispersión, como el rango (diferencia entre el valor máximo y el mínimo) o la desviación típica (indica cuánto se alejan, en promedio, los datos respecto a su valor medio).

En el análisis de corte longitudinal o temporal, la información analizada está referida a distintos momentos del tiempo. A través de una simple representación gráfica, expresando en el eje de abscisas (horizontal) el tiempo y en el eje de ordenadas (vertical) los valores de la variable, se visualiza fácilmente la evolución de la serie temporal. Esta variación también se puede medir calculando una tasa de crecimiento, que expresa la variación absoluta experimentada por la variable como porcentaje de su valor inicial. Si se observa la evolución entre dos años consecutivos, la variación será anual, denominándose variación del periodo cuando ha transcurrido más de un año. También se puede calcular la variación media anual experimentada durante un periodo, proporcionando el promedio de variación de cada año para el conjunto del periodo.

Adicionalmente, para evaluar el grado de cohesión territorial en la tasa de reconocimiento de la discapacidad, se lleva a cabo un análisis de beta y sigma convergencia; con la finalidad de comprobar si las diferencias entre comunidades autónomas, o a nivel provincial, tienden a reducirse con el tiempo. Este tipo de análisis cuenta con una amplia tradición en economía, centrado en el ingreso medio de países o regiones; sin embargo, en los últimos años su estudio también se ha dirigido a otros indicadores vinculados con el bienestar de la población.

En nuestro caso, el análisis de beta ( $\beta$ ) y sigma ( $\sigma$ ) convergencia se aplica a las tasas de valoración y de reconocimiento de la discapacidad a nivel autonómico y provincial. En primer lugar, se mide si las regiones (o provincias) que parten de menores tasas de

reconocimiento logran experimentar un mayor crecimiento durante el periodo (hay  $\beta$ -convergencia); y, en segundo lugar, si se reduce la dispersión de este indicador entre los distintos territorios analizados (hay  $\sigma$ -convergencia). La existencia de  $\beta$ -convergencia es una condición necesaria, pero no suficiente, para que haya  $\sigma$ -convergencia.

Finalmente, para facilitar la mejor visualización de la información en cuadros y gráficos, cuando se trata de información territorial, se recurre a la identificación según los códigos ISO 3166-2, publicados por la Organización Internacional para la Estandarización. Esta codificación consta de dos letras mayúsculas, mostrándose, junto con sus respectivas denominaciones, en el Anexo territorial, para los países de la UE (Figura 3.1), las comunidades autónomas (Figura 3.2) y las provincias españolas (Tabla 3.1).

### **3.5. Metodología cualitativa**

El estudio se enmarca en una metodología cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo, orientada a comprender las percepciones, valoraciones y experiencias de los distintos agentes implicados en la aplicación de la nueva normativa de valoración de la discapacidad (Real Decreto 888/2022 y Orden DSA/934/2023), con especial atención a su impacto sobre las personas con Esclerosis Múltiple.

Se emplearon técnicas de recogida de información cualitativa (entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión), complementadas con herramientas de análisis de contenido asistido por inteligencia artificial, para identificar categorías temáticas y patrones discursivos relevantes.

#### *3.5.1. Técnicas empleadas*

##### a) Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron entrevistas individuales a profesionales expertos pertenecientes a tres tipos de entidades:

- Administración pública: técnicos y médicos de unidades autonómicas de valoración de discapacidad.
- Entidades territoriales de Esclerosis Múltiple: responsables técnicos y representantes asociativos.
- Otras entidades especializadas: sociedades científicas, entidades de salud mental y asesorías jurídicas.

Las entrevistas se desarrollaron entre febrero y junio de 2025, siguiendo un guion semiestructurado común que abordaba:

1. Valoración del nuevo marco normativo (RD 888/2022).
2. Principales avances y limitaciones frente al RD 1971/1999.
3. Impacto en el reconocimiento de la discapacidad por Esclerosis Múltiple.
4. Dificultades del procedimiento administrativo y de los equipos de valoración.
5. Propuestas de mejora normativa y procedimental.

## b) Grupos de discusión

Se organizaron dos grupos de discusión, con el objetivo de fomentar la interacción y el contraste de perspectivas:

- Grupo 1 (27/06/2025): Técnicos de unidades autonómicas de valoración de la discapacidad (Murcia, Navarra, Valencia, Baleares).
- Grupo 2 (04/07/2025): Técnicos de entidades sociales de Esclerosis Múltiple (Murcia, Castilla-La Mancha, Madrid, León).

Ambos grupos siguieron un guion semiestructurado por bloques: 1) Aspectos positivos de la nueva ley; 2) Desigualdad territorial; 3) Limitaciones o retos pendientes; 4) Aplicación específica a la Esclerosis Múltiple; 5) Propuestas de mejora.

### 3.5.2. Participantes, procedimiento y calendario

El trabajo de campo incluyó la participación de más de 20 profesionales, distribuidos según el siguiente esquema del cuadro 3.2.

**Cuadro 3.2. Profesionales participantes y procedencia**

Tipo de participante	Nº	Procedencia
Técnicos de unidades autonómicas de valoración	7	Murcia, Navarra, Valencia, Baleares, Galicia, Rioja
Representantes de entidades de EM	5	Murcia, Toledo, Madrid, León, Navarra
Otros expertos/as (jurídicos, neurológicos, salud mental)	4	Madrid, Baleares, Sevilla
Participantes en grupos de discusión	8	Técnicos de valoración y entidades sociales

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro 3.3. recoge el calendario de realización del estudio, distribuido en cuatro etapas: diseño, trabajo de campo, análisis y conclusiones. Las primeras tareas se realizaron en enero de 2025 y durante el mes de noviembre se lleva a cabo la síntesis de resultados o conclusiones.

**Cuadro 3.3. Calendario de actividades y etapas de la fase cualitativa**

Fase	Actividad	Periodo	Producto
I	Diseño metodológico y elaboración de guiones	Ene 2025	Guiones de entrevistas y grupos
II	Trabajo de campo (entrevistas y grupos)	Feb–julio 2025	Transcripciones y matrices temáticas
III	Análisis de contenido	Jul–Oct 2025	Categorización asistida por IA
IV	Síntesis e interpretación de resultados	Oct 2025	Informe de resultados cualitativos

Fuente: Elaboración propia.

### 3.5.3. Análisis de la información

El análisis se realizó mediante un proceso inductivo y categorial, apoyado en técnicas de análisis de contenido asistido por IA para la identificación de frecuencias temáticas, coocurrencias entre categorías y discursos representativos por perfil profesional.

Las categorías principales de análisis fueron 5: 1) valoración de la nueva normativa, 2) funcionamiento de los equipos de valoración, 3) desigualdad territorial, 4) especificidad de la Esclerosis Múltiple y 5) propuestas de mejora.

En la redacción del informe, se han incorporado extractos literales de las intervenciones de los participantes, seleccionados por su valor representativo en relación con las categorías de análisis. Las citas se presentan de forma anonimizada, utilizando un

código identificativo que permite reconocer el perfil y el tipo de fuente sin revelar la identidad personal.

La codificación sigue la estructura empleada en el trabajo de campo:

GDAP = Grupo de Discusión de Técnicos de Administración Pública (ej. *GDAP1, GDAP2*).

GDEP = Grupo de Discusión de Técnicos de Entidades Sociales Territoriales de Esclerosis Múltiple (ej. *GDEP1, GDEP2*).

EA = Entrevista a Técnicos de Administración (ej. *EA1, EA2*).

EE = Entrevista Técnicos de Entidad territorial de Esclerosis Múltiple (ej. *EE1, EE2*).

EC = Entrevista a otros Expertos/Colaboradores (ej. *EC1, EC2*).

Esta estrategia de anonimización y atribución controlada permite mantener la confidencialidad, al tiempo que garantiza la trazabilidad del discurso y la credibilidad analítica del estudio.

Se aseguraron criterios de credibilidad, transferibilidad y triangulación mediante:

- Diversidad de perfiles y fuentes (administración, entidades sociales y expertos).
- Revisión cruzada de discursos.
- Validación de los guiones y categorías por el equipo investigador.
- Utilización de IA como herramienta de apoyo al análisis, sin sustituir la interpretación humana.

#### *3.5.4. Limitaciones y posibles sesgos metodológicos*

A pesar de las garantías adoptadas, el estudio presenta algunas limitaciones y posibles sesgos metodológicos que conviene señalar:

- a) *Sesgo de selección*: la muestra de participantes, aunque diversa territorial y profesionalmente, se compone de personas con un alto grado de vinculación con el ámbito de la discapacidad y la Esclerosis Múltiple. Esto puede haber limitado la presencia de perspectivas más externas o críticas con la normativa.
- b) *Sesgo de deseabilidad social*: en algunos discursos, especialmente en contextos institucionales, pueden haber prevalecido respuestas alineadas con la posición oficial de la entidad o con la expectativa del grupo.
- c) *Sesgo territorial*: aunque se ha intentado cubrir diferentes comunidades autónomas, el número de participantes por territorio es desigual, lo que podría influir en la percepción de la "discrecionalidad autonómica".
- d) *Sesgo interpretativo*: el análisis asistido por inteligencia artificial ha permitido sistematizar los discursos, pero la categorización final depende de la interpretación del equipo investigador, que puede verse influida por sus propias experiencias y supuestos teóricos.
- e) *Sesgo temporal*: el trabajo de campo se realizó durante los primeros meses de aplicación práctica de la normativa, por lo que las valoraciones podrían variar con el tiempo a medida que los procedimientos se consolidan.

No obstante, estos posibles sesgos se han mitigado mediante triangulación de fuentes, revisión cruzada entre investigadores/as y la inclusión de testimonios procedentes de distintos niveles administrativos y sociales.

### **3.6. Análisis de contenidos digitales**

El análisis de contenidos digitales tiene por finalidad examinar el procedimiento de valoración del grado de discapacidad en las distintas Comunidades Autónomas del territorio español, desde la tramitación de la solicitud hasta el reconocimiento de la situación de discapacidad.

El análisis se sustenta en la información procedente de dos fuentes objetivas y exploradas en julio de 2025. En primer lugar, los *portales o las sedes electrónicas autonómicas* respecto a la información del trámite de valoración del grado de discapacidad. En segundo lugar, las *web o portales* relativas a los listados de centros de valoración de discapacidad autonómicos. La labor se desarrolla desde una perspectiva comparativa y aplicada, por un lado, dirigida hacia la evaluación de la estructura y funcionamiento de los equipos de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad de las distintas autonomías españolas. Por otro lado, se han identificado indicadores claves que permiten valorar la eficacia, la accesibilidad y las garantías de la tramitación electrónica del proceso, creando con ello un sistema de indicadores. Esta metodología permite reflejar buenas prácticas y disfuncionalidades administrativas eventuales.

#### *3.6.1. Evaluación del proceso autonómico de valoración del grado de discapacidad*

La evaluación de los procesos se ha desarrollado a través de la revisión de la estructura y funcionamiento de los equipos autonómicos de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad. Se ha procedido a una evaluación comparativa de la organización, de los recursos y la operatividad del acceso al proceso y a la estructura organizativa de centros y equipos de valoración y orientación. Este análisis ha permitido identificar las fortalezas, las carencias y las oportunidades de mejora en términos de equidad, eficacia y homogeneidad nacional.

El cuadro 3.4 refleja cada uno de los elementos de los organismos y de la estructura organizativa analizados a nivel autonómico. Del mismo modo, sintetiza una información fundamental relativa a la estructura administrativa del procedimiento de solicitud, el reconocimiento, la declaración y revisión del grado de discapacidad en cada Comunidad Autónoma. En su elaboración, se ha seguido una metodología centrada en la consulta de fuentes oficiales y especializadas, conforme a: *fuentes documentales*, como referencia principal de las sedes electrónicas oficiales autonómicas, complementadas con los portales institucionales de las Consejerías o Departamentos competentes en esta materia; *organismo competente* responsable de la tramitación, valoración y resolución del procedimiento; y la *estructura organizativa* del procedimiento desglosado por centros y equipos de valoración y orientación.

Asimismo, el cuadro 3.4 ofrece los organismos, los centros y equipos autonómicos competentes de la valoración y reconocimiento del grado de discapacidad constituyendo en sí una herramienta de análisis estructural y comparativo del modelo

descentralizado de gestión de la discapacidad en el estado de autonomías español. Su contenido permite identificar los marcos organizativos institucionales por los que se articula la evaluación y el reconocimiento de la discapacidad. Además, evidencia la diversidad con relación a la denominación, composición, distribución territorial y accesibilidad de los dispositivos competentes del proceso. Del mismo modo, esta evaluación posibilita, por un lado, una aproximación a los niveles de homogeneidad en la aplicación de la normativa estatal del vigente Real Decreto 888/2022 y, por otro lado, una aproximación al nivel de desarrollo y consolidación de los centros y equipos multidisciplinares de valoración de discapacidad. En este sentido, esta herramienta constituye un recurso relevante tanto para el estudio comparativo de las políticas públicas en materia de discapacidad como para la identificación las desigualdades en el acceso a derechos derivados del reconocimiento administrativo de la discapacidad.

**Cuadro 3.4. Organismo, centro y equipo autonómico de la valoración del grado de discapacidad**

Comunidad Autónoma	Organismo		Centros valoración y orientación		
	Denominación	Acceso al trámite	Denominación	Nº	Acceso
Andalucía	Dirección General de Personas con discapacidad. (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Valoración y Orientación de personas con discapacidad (CVO)	9	<a href="#">Acceso</a>
Aragón	Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). (Dirección General de Protección Social y Discapacidad / Dpto. de Ciudadanía y Derechos Sociales)	<a href="#">Acceso</a>	Centros de atención a la discapacidad / Centro Base	4	<a href="#">Acceso</a>
Asturias	Dirección General de Políticas de Discapacidad. (Consejería Derechos Sociales y Bienestar)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de valoración de personas con discapacidades	3	<a href="#">Acceso</a>
Balears, Illes	Dirección General de Discapacidad (Consejería de Familias, Bienestar Social y Atención a la Dependencia)	<a href="#">Acceso</a>	Servicio de Valoración y Orientación de la Discapacidad y la Dependencia	6	<a href="#">Acceso</a>
Canarias	Dirección General de Dependencia y Discapacidad (Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud)	<a href="#">Acceso</a>	Centros de Valoración de la Discapacidad	2	<a href="#">Acceso*</a>
Cantabria	Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS). (Dirección General de Dependencia y Atención a la Discapacidad / Consejería de Universidades, Igualdad, Cultura y Deporte)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Valoración y Orientación	1	<a href="#">Acceso</a>
Castilla-La Mancha	Dirección General de Discapacidad. (Consejería de Bienestar Social)	<a href="#">Acceso</a>	Centros base de atención a personas con discapacidad	6	<a href="#">Acceso</a>
Castilla y León	Dirección General de Familia, Infancia y Natalidad. (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades)	<a href="#">Acceso</a>	Centros Base de reconocimiento de la discapacidad	9	<a href="#">Acceso</a>
Cataluña	Dirección General de Atención a la discapacidad. (Dpto. de Derechos Sociales de la Generalitat)	<a href="#">Acceso</a>	Centros de Atención a personas con discapacidad (CAD)	9	<a href="#">Acceso</a>
Comunidad Valenciana	Dirección General de Diversidad Funcional. (Consejería de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Valoración y Orientación de la Discapacidad (CVOD)	3	<a href="#">Acceso</a>
Extremadura	Servicio. Extremeño de Prom. de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD). (Dirección General de Atención a la Dependencia y la Autonomía Personal Consejería de Salud y Servicios Sociales)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura (CADEX) y Valoración	2	<a href="#">Acceso</a>

Comunidad Autónoma	Organismo		Centros valoración y orientación		
	Denominación	Acceso al trámite	Denominación	Nº	Acceso
Galicia	Servicio de Discapacidad. (Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería de Política Social y Juventud Subdirección Gª de Valoración da Dependencia y Discapacidad)	<a href="#">Acceso</a>	Centro base	7	<a href="#">Acceso</a>
Madrid, Comunidad de	Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. (Consejería de Familia, Juventud y Política Social)	<a href="#">Acceso</a>	Centros Base	10	<a href="#">Acceso</a>
Murcia, Región de	Instituto Murciano de Acción Social IMAS). (Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social. Subdirección, Servicio atención discapacidad, inmigración y otros colectivos)	<a href="#">Acceso</a>	Unidad de Valoración y Orientación (UVO)	3	<a href="#">Acceso</a>
Navarra, Comunidad Foral de	Dirección General de Inclusión y Protección Social. (Dpto. Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. Consejería Derechos Sociales, Economía Social y Empleo)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de valoración de la discapacidad (CVD)	2	<a href="#">Acceso</a>
País Vasco	Dirección General de Servicios Sociales. (Dpto. de Igualdad, Justicia y Protección Social)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Valoración y Orientación (CVO)	9	<a href="#">Acceso*</a>
Rioja, La	Servicio de Dependencia y Personas con Discapacidad. (Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores. Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia (CVDyD)	1	<a href="#">Acceso</a>
Ceuta y Melilla	Consejería de Asuntos Sociales. (Direcciones Territoriales de Ceuta y Melilla)	<a href="#">Acceso</a>	Centro de Valoración y Orientación (CVO)	1	<a href="#">Acceso*</a>

Fuente de acceso (\*): DISCANET Fundación ONCE

Fuente: elaboración propia a partir de la información disponible en los organismos autonómicos en julio de 2025

### 3.6.2. Proceso de evaluación

Como se ha comentado, la evaluación de los contenidos digitales del procedimiento de valoración del grado de discapacidad se ha fundamentado en una *revisión sistemática*, mediante dos fuentes principales de la evaluación del procedimiento de valoración del grado de discapacidad:

- a) Las sedes electrónicas o portales de las Administraciones Autonómicas.
- b) Las webs o apartado web del listado de centros de valoración.

En este sentido, se llevó a cabo una observación de las sedes electrónicas oficiales y de los portales webs de cada comunidad autónoma, simulando el recorrido de un usuario que desea solicitar el certificado de discapacidad y analizando su contenido, navegabilidad, accesibilidad, etc.

Con el propósito de analizar de manera sistemática la calidad y accesibilidad del procedimiento de solicitud valoración y reconocimiento del grado de discapacidad en las distintas Comunidades Autónomas, se ha diseñado una estructura de evaluación centrada en 4 dimensiones principales: a) *calidad informativa*, b) *atención y canales de comunicación*, c) *accesibilidad y apoyos a la tramitación*, y d) *adaptabilidad y agilidad del trámite*. Cada una de las dimensiones se operacionaliza con *indicadores* observables y concretos (11) que han sido objeto de codificación cuantitativa y, paralelamente, permiten valorar aspectos específicos del diseño, contenido informativo

y uso de las sedes electrónicas autonómicas. Los indicadores se sustentan en diversos *componentes* (32) que definen sus contenidos de cada indicador (cuadro 3.5).

**Cuadro 3.5. Sistema de indicadores para la valoración del proceso de evaluación**

Dimensiones (4)	Indicadores (11)	Componentes (32)
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	1.1.1. Teléfono de contacto 1.1.2. Correo electrónico de contacto
	1.2. Actualización de la información y acceso al trámite	1.2.1. Fecha de última actualización 1.2.2. Modelo de solicitud presencial 1.2.3. Acceso a la solicitud online
	1.3. Información adicional de interés	1.3.1. Facilitada información complementaria de interés 1.3.2. Simulacro de valoración 1.3.3. Indica las redes sociales en las que están presentes
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2.2.1. Información completa del proceso 2.2.2. Fases o pasos del proceso y tramitación 2.2.3. Tiempo estimado para resolución 2.2.4. Recursos/ Beneficios del grado de discapacidad 2.2.5. Guías para la tramitación
	2.2. Información de centros de valoración	2.3.1. Dirección del centro/s de valoración y orientación (CVO) 2.3.2. Tlf. De contacto del centro 2.3.3. Correo electrónico del CVO
	2.3. Información técnica de equipos de valoración	2.4.1. Composición multidisciplinar de los equipos de valoración y orientación (EVO) 2.4.2. Número de EVO 2.4.3. Número de profesionales por disciplina
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	3.1.1. Requisitos tecnológicos 3.1.2. Configuración del certificado digital
	3.2. Ayuda en la tramitación	3.2.1. Preguntas frecuentes (QF) 3.2.2. Manuales o guías 3.2.3. Asistentes virtuales
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	3.3.1. Lectores pantalla 3.3.2. Navegación por teclado 3.3.3. Lectura fácil 3.3.4. Control de voz
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	4.1.1. Tramitación urgente
	4.2. Revisión del grado disponible	4.2.1. Revisión del grado de discapacidad 4.2.2. Plazos 4.2.3. Requisitos

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se detallan las cuatro dimensiones, los indicadores y los componentes empleados para evaluar el diseño, los contenidos y la funcionalidad de las sedes electrónicas autonómicas de manera estructurada y objetiva.

#### Dimensión 1. Atención y canales de comunicación

*Indicador 1.1. Canales de contacto visibles.* Valora la presencia de mecanismos de contacto accesibles y directos, como números telefónicos específicos o direcciones de correo electrónico destinadas a la atención de consultas relacionadas con el procedimiento. Este indicador cuenta con 2 componentes, especificados en el cuadro anterior del sistema de indicadores.

*Indicador 1.2. Actualización de la información y acceso al trámite.* Examina si se indica de forma explícita la normativa vigente del Real Decreto 888/2022, fecha de la última actualización del contenido relacionado con el procedimiento, como garantía de vigencia y fiabilidad de la información proporcionada. En cuanto al acceso al trámite, si la web facilita modalidades de solicitud (presencial u online). La información actualizada y el acceso al trámite presenta 3 componentes.

*Indicador 1.3. Información adicional de interés.* Analiza si la sede electrónica o el portal oficial de la Comunidad Autónoma informa u ofrece información complementaria, otra información de interés o su presencia en redes sociales en materia de discapacidad, como canales complementarios de información o atención. Este indicador contiene 3 componentes.

## Dimensión 2. Calidad informativa

*Indicador 2.1. Nivel de desarrollo informativo.* Evalúa la claridad y especificidad en la descripción de los pasos del procedimiento, tales como los tiempos estimados de espera para la valoración, beneficios asociados al reconocimiento, o la inclusión de guías paso a paso. El indicador del nivel de desarrollo informativo presenta 5 componentes.

*Indicador 2.2. Información relativa a los centros de valoración.* Determina si se ofrece información clara y accesible sobre los centros o unidades responsables de la valoración del grado de discapacidad, incluyendo ubicación, número y datos de contacto. El indicador de la información actualizada y el acceso al trámite presenta 3 componentes.

*Indicador 2.3. Información técnica de los equipos de valoración.* Precisar de la composición de los equipos profesionales según el Real Decreto (al menos medicina, psicología y trabajo social), o especificada el perfil del equipo multidisciplinar y número de técnicos/as facultativos/as. Este indicador de información técnica de los equipos de valoración se fundamenta en 3 componentes.

## Dimensión 3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación

*Indicador 3.1. Herramientas de apoyo técnico.* Analiza la disponibilidad de recursos que faciliten la tramitación electrónica, tales como verificadores de requisitos técnicos, simuladores de firma digital, herramientas de validación de documentos o manuales para la configuración de certificados digitales. El indicador de las herramientas de apoyo técnico presenta 2 componentes.

*Indicador 3.2. Apoyo durante la tramitación.* Revisa la existencia de recursos de asistencia en línea durante el proceso, tales como secciones de preguntas frecuentes, manuales explicativos, asistentes virtuales o formularios de ayuda técnica. La ayuda para el trámite se fundamenta en 3 componentes.

*Indicador 3.3. Accesibilidad adaptada a personas con discapacidad.* Evalúa si la web presenta adaptaciones específicas que favorezcan la navegación de personas con discapacidad, como lectores de pantalla, navegación mediante teclado, lectura fácil, opciones de alto contraste o control por voz. Este indicador presenta 4 componentes.

## Dimensión 4. Adaptabilidad y agilidad del trámite

*Indicador 4.1. Opción de tramitación urgente.* Examina si se contempla la posibilidad de iniciar un procedimiento de reconocimiento urgente en casos excepcionales, como enfermedades degenerativas de rápida evolución o situaciones clínicas graves. El indicador de la tramitación urgente presenta solo 1 componente.

*Indicador 4.2. Revisión del grado de discapacidad.* Considera si se informa sobre la posibilidad de solicitar una revisión del grado previamente reconocido, ya sea por

agravamiento, mejoría o errores en la valoración inicial, incluyendo plazos y requisitos exigidos. El indicador de la revisión del grado de discapacidad se fundamenta en 3 componentes.

Este procedimiento permite estructurar el análisis y facilitar la identificación de fortalezas y debilidades en la presentación y gestión digital del procedimiento en cada territorio autonómico. En cuanto a los criterios de valoración y codificación, la información recopilada ha sido sistematizada mediante una codificación cuantitativa, asignando a cada componente una puntuación en una escala ordinal de tres niveles (0 a 2), conforme a la siguiente baremación:

0: Información no disponible o no localizable en las fuentes empleadas.

1: Información ofrecida, aunque con contenidos básicos o parciales.

2: Información ofrecida detallada, clara y fácilmente identificable.

Esta codificación ha permitido construir una matriz de datos comparativa entre Comunidades Autónomas, facilitando el análisis sistemático de las diferencias territoriales e identificando patrones recurrentes, tanto en términos de buenas prácticas como de áreas susceptibles de mejora.

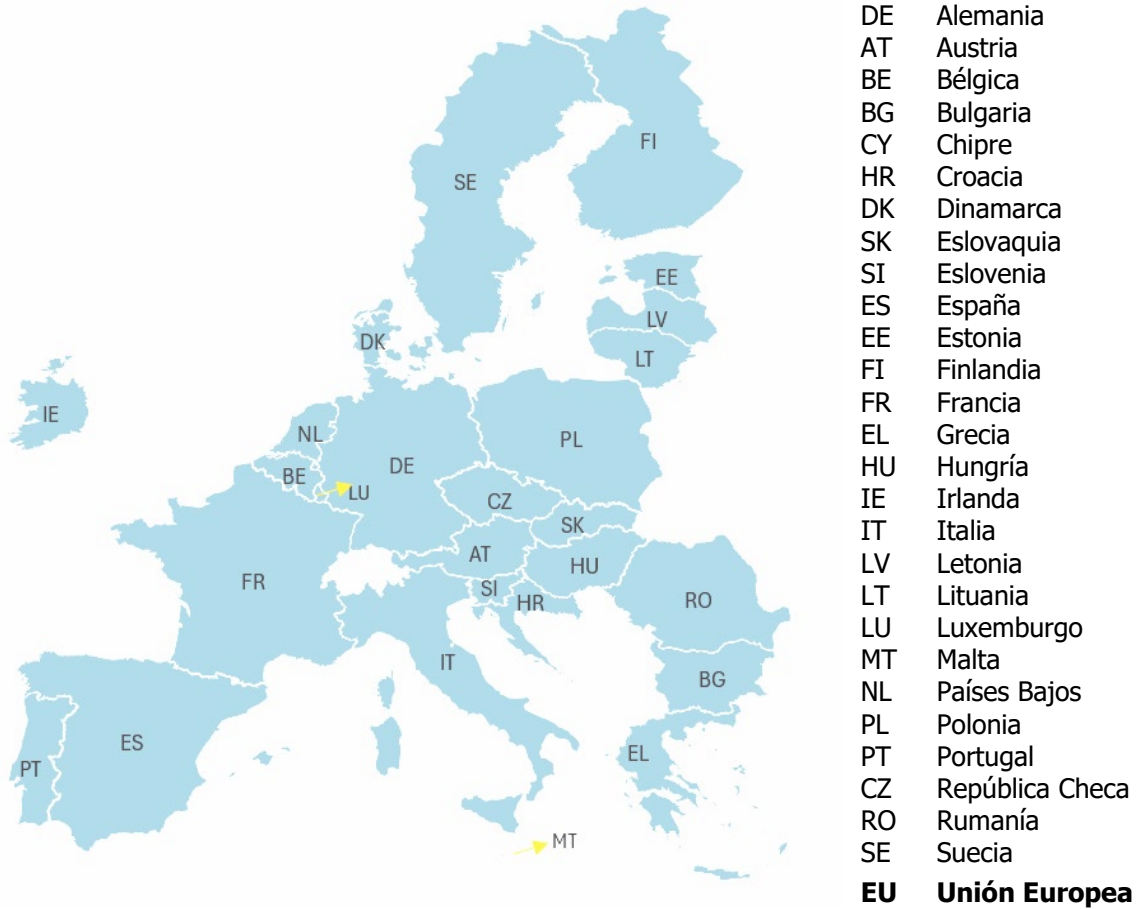
### *3.6.3. Limitaciones de la investigación*

Uno de los principales retos metodológicos de este trabajo se ha caracterizado por la dificultad de acceso a información principal en algunas páginas web autonómicas. El procedimiento está digitalizado en todas las Comunidades Autónomas, aunque se han identificado notables diferencias en la organización y presentación de los contenidos. Por ello, en algunos casos ha sido preciso realizar búsquedas adicionales fuera del apartado específico del trámite o incluso en fuentes externas. Cabe señalar que el análisis se ha centrado exclusivamente en las sedes electrónicas, donde se muestra el procedimiento de solicitud de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad. Sin embargo, no se ha evaluado otros canales de atención ni el funcionamiento interno de los servicios de valoración.

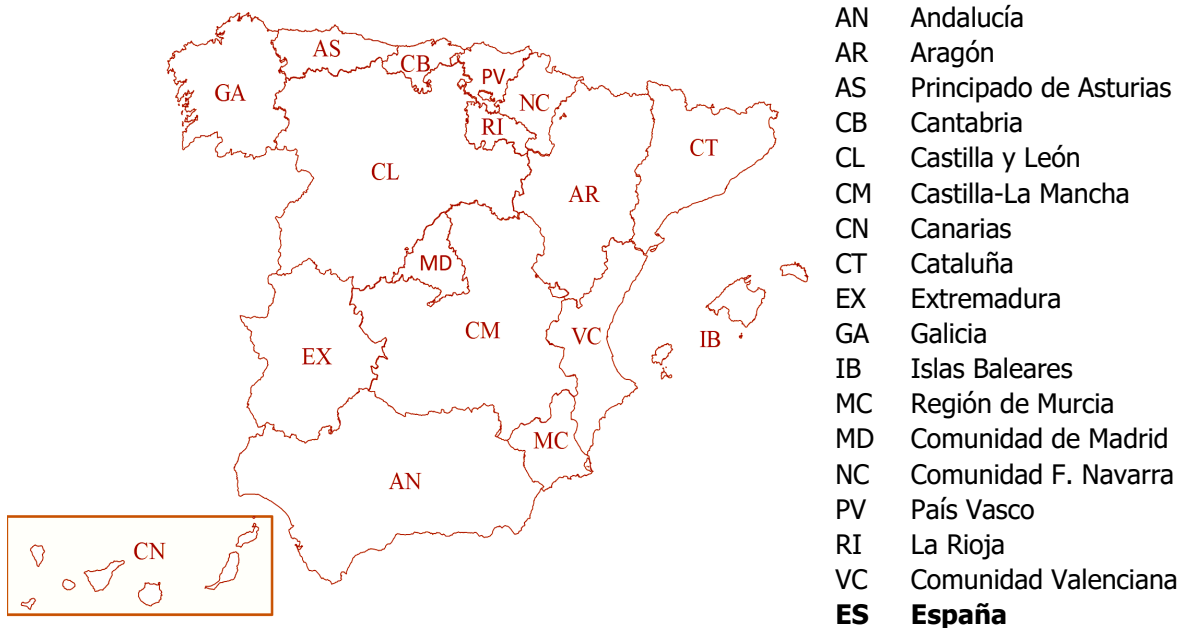
Por todo ello, los resultados reflejan únicamente la experiencia de un usuario que desea gestionar el trámite de forma telemática. Y, finalmente, el estudio se limita al análisis cualitativo del contenido y la usabilidad de los portales web, sin incorporar datos cuantitativos ni pruebas de accesibilidad con usuarios reales.

### 3.7. Anexo territorial

**Figura 3.1. Códigos para los nombres de los 27 países de la UE**



**Figura 3.2. Códigos para los nombres de las 17 comunidades autónomas de España**



**Tabla 3.1. Códigos para los nombres de las 50 provincias españolas y sus correspondientes autonomías**

Nº	CCAA	Provincia		Nº	CCAA	Provincia	
1	AN	Almería	AL	26	CM	Albacete	AB
2	AN	Cádiz	CA	27	CM	Ciudad Real	CR
3	AN	Córdoba	CO	28	CM	Cuenca	CU
4	AN	Granada	GR	29	CM	Guadalajara	GU
5	AN	Huelva	H	30	CM	Toledo	TO
6	AN	Jaén	J	31	CT	Barcelona	B
7	AN	Málaga	MA	32	CT	Gerona	GI
8	AN	Sevilla	SE	33	CT	Lérida	L
9	AR	Huesca	HU	34	CT	Tarragona	T
10	AR	Teruel	TE	35	VC	Alicante	A
11	AR	Zaragoza	Z	36	VC	Castellón	CS
12	AS	Asturias	O	37	VC	Valencia	V
13	IB	Baleares	PM	38	EX	Badajoz	BA
14	CN	Las Palmas	GC	39	EX	Cáceres	CC
15	CN	Santa Cruz de Tenerife	TF	40	GA	La Coruña	C
16	CB	Cantabria	S	41	GA	Lugo	LU
17	CL	Ávila	AV	42	GA	Orense	OR
18	CL	Burgos	BU	43	GA	Pontevedra	PO
19	CL	León	LE	44	MD	Madrid	M
20	CL	Palencia	P	45	MC	Murcia	MU
21	CL	Salamanca	SA	46	NC	Navarra	NA
22	CL	Segovia	SG	47	PV	Álava	VI
23	CL	Soria	SO	48	PV	Vizcaya	BI
24	CL	Valladolid	VA	49	PV	Guipúzcoa	SS
25	CL	Zamora	ZA	50	RI	La Rioja	LO

Nota: Para las siguientes autonomías uniprovinciales, el código ISO de la provincia se basa en el nombre de su capital: Asturias (Oviedo: O); Baleares (Palma de mallorca: PM); Cantabria (Santander); La Rioja (Logroño; LO). Lo mismo ocurre para dos provincias de País Vasco: Álava (Vitoria, VI) y Guipúzcoa (San Sebastián, SS). En Canarias el código provincial se basa en el nombre de la isla en la que se ubica su capital: Las Palmas (Gran Canaria, GC) y Santa Cruz de Tenerife (TF). Por otro lado, hay tres regiones uniprovinciales que distinguen su código según se refiera a la comunidad y a la provincia, respectivamente: Madrid (MD y M), Murcia (MC y MU) y Navarra (NC y NA).

# 4.

## **Análisis cuantitativo de la evaluación de la discapacidad en España**

## **4. Análisis cuantitativo de la evaluación de la discapacidad en España**

Mediante este análisis se busca identificar patrones, desigualdades territoriales y tendencias en la aplicación de la normativa vigente en España. A través de diversas fuentes estadísticas, se examina la evolución temporal en el número de solicitudes de valoración y reconocimientos, su desagregación territorial (a nivel autonómico y provincial), así como su distribución según sexo y edad. Se trata de aproximar la eficacia del procedimiento administrativo, así como detectar posibles brechas en el acceso al reconocimiento de la discapacidad, con especial atención a los casos vinculados a la Esclerosis Múltiple.

En primer lugar, para proporcionar una visión del contexto demográfico y socioeconómico más relevante en el que se desenvuelve la vida de las personas con discapacidad en nuestro país, se examina diversa información sobre la población con discapacidad en España y la UE, combinando datos procedentes de varias fuentes estadísticas de Eurostat. Seguidamente, el análisis se centra en el proceso de reconocimiento de la discapacidad, examinando detenidamente la información proporcionada por el IMSERSO en su Base estatal de datos de personas con discapacidad, tanto desde el punto de vista sociodemográfico como adoptando una perspectiva territorial. Por último, se ofrecen algunos datos sobre la prevalencia de la Esclerosis Múltiple y el perfil sociosanitario de las personas afectadas.

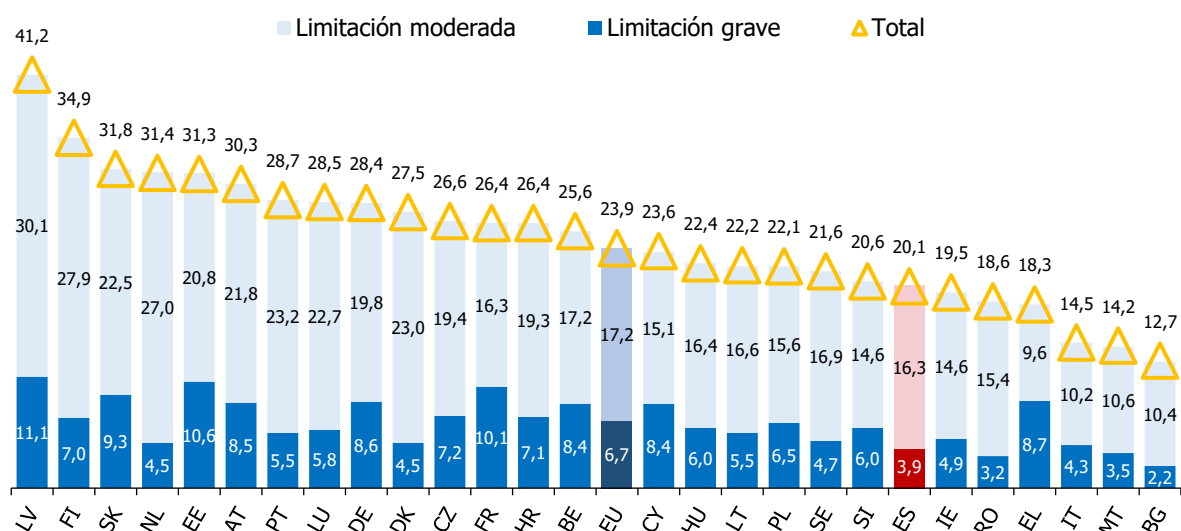
Por motivos de espacio, y para su mejor visualización, parte de la información analizada se recoge en un Anexo Estadístico, recogida en tablas. Se trata de las series temporales de distintas variables desagregadas territorialmente.

### **4.1. Prevalencia de la discapacidad y riesgo social**

Como se indicó en el apartado metodológico, la Estadística Europea sobre Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC) recoge datos anuales sobre las condiciones de vida de la población en la UE, incluyendo información sobre discapacidad a través del indicador GALI (Global Activity Limitation Indicator). Recordemos que este indicador mide la proporción de población adulta (16 años o más) que presentan limitaciones prolongadas (durante los últimos 6 meses) en sus actividades habituales debido a problemas de salud (física, mental o emocional), clasificándose la discapacidad en dos niveles: limitación moderada y limitación grave. Los datos son autodeclarados, lo que facilita la recogida de información y su comparativa, pero introduce cierta subjetividad.

El gráfico 4.1 muestra esta información referida al conjunto de la UE y para cada uno los países miembros, ordenados de mayor a menor valor del indicador. Como se puede ver, en 2024, cerca de una cuarta parte (23,9%) de la población adulta de la UE padece alguna limitación prolongada para realizar actividades cotidianas debido a problemas de salud. De ese total, el 17,2% manifiesta tener una limitación moderada y el 6,7% una limitación grave. Hay grandes diferencias entre países, presentando Letonia la mayor proporción de personas que declara tener limitaciones (41,2%), mientras que Bulgaria registra el menor porcentaje (12,7%).

**Gráfico 4.1. Personas con discapacidad (limitación en la actividad) en la UE, 2024**  
(% población de 16 años o más)



Nota: El dato de Lituania es provisional, el de Luxemburgo corresponde a 2022.

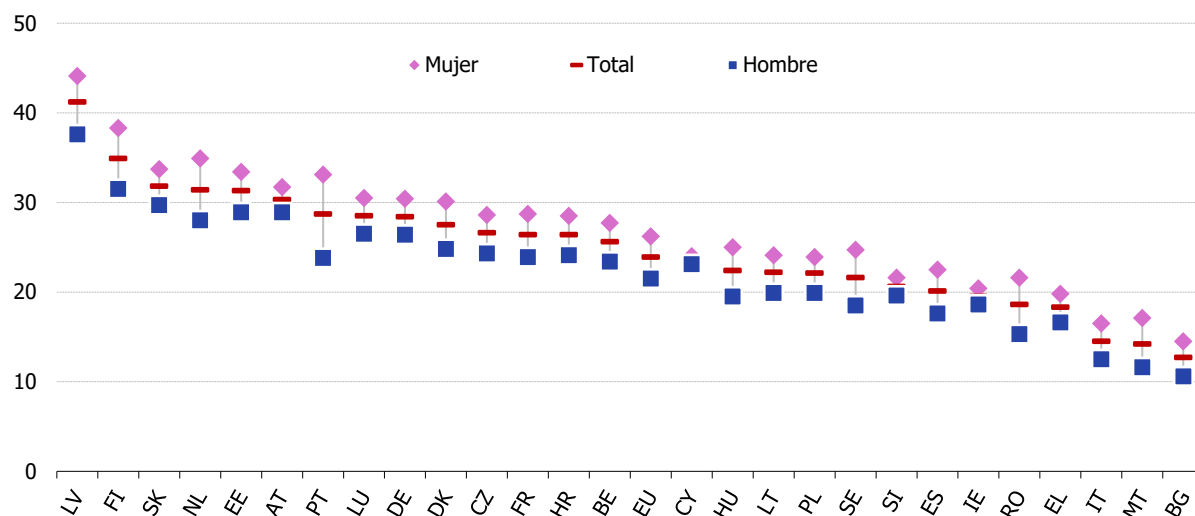
Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-SILC.

España se sitúa ligeramente por debajo del promedio europeo, afectando esta medición de la discapacidad a un 20,1% de la población adulta española: un 16,3% con una limitación moderada y un 3,9% con una limitación grave.

No se observa relación significativa entre discapacidad y nivel de renta media del país, aunque sí parece percibirse cierto patrón geográfico: países del Norte y Centro reportan porcentajes más altos, mientras que los del Sur y Este son más bajos. Esto sugiere que la percepción y declaración de discapacidad puede estar influida por factores sociodemográficos, culturales o de políticas públicas.

Si se estudian las diferencias por sexo, las mujeres son más propensas que los hombres a declarar que tienen alguna discapacidad en todos los países de la UE (gráfico 4.2).

**Gráfico 4.2. Personas con discapacidad (limitación en la actividad) en la UE según sexo, 2024**  
(% población de 16 años o más)



Nota: El dato de Lituania es provisional, el de Luxemburgo corresponde a 2022.

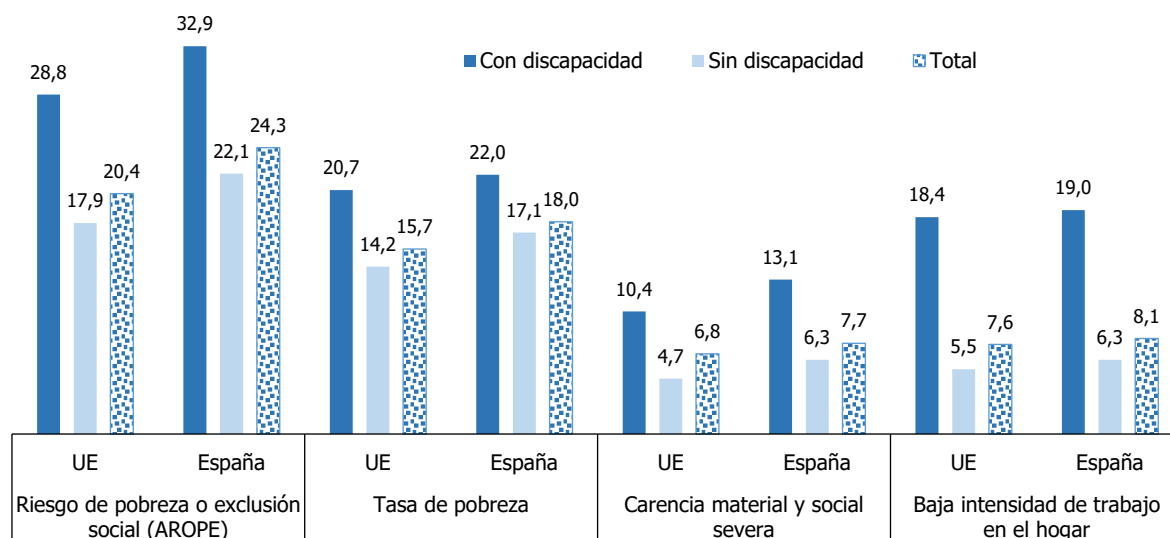
Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-SILC.

La brecha de género es especialmente elevada en Países Bajos, Finlandia y, sobre todo, Portugal (9,3 puntos porcentuales), mientras que es más reducida en Chipre, Irlanda y Eslovenia. En el caso de España, el porcentaje de discapacidad femenino (22,5%) supera en unos 5 puntos porcentuales al masculino (17,6%). Además, las diferencias entre ambos sexos se observan tanto en las limitaciones graves como en las moderadas, como se desprende de los datos presentados en el Anexo estadístico, tabla 4.1, donde se recoge la distribución de la discapacidad, según tipo de limitación (moderada o grave), para cada sexo.

Lo que sí se comprueba es que la prevalencia de la discapacidad en el conjunto de la UE está estrechamente vinculada a factores como la edad, los ingresos y el nivel educativo de los individuos (Eurostat, 2025). Así, a medida que aumenta la edad, también lo hace la proporción de personas con limitaciones en su actividad debido a problemas de salud; por el contrario, la prevalencia de la discapacidad se reduce conforme se elevan los ingresos del hogar y la formación alcanzada.

Como señala EAPN (2025), la discapacidad se asocia con importantes desventajas en diferentes ámbitos vitales. El gráfico 4.3 recoge el indicador europeo de riesgo de pobreza o exclusión social, o tasa AROPE (*At Risk Of Poverty and/or Exclusion*) y sus tres componentes: Pobreza, Carencia material y social severa, y Baja intensidad de trabajo en el hogar. Se identifica como población en riesgo aquella que está, al menos, en alguna de las tres situaciones mencionadas; es decir, las personas que viven en hogares cuyos ingresos totales están por debajo del umbral de pobreza y/o sufren de carencia material y social severa y/o tienen baja intensidad de trabajo<sup>13</sup>.

**Gráfico 4.3. Riesgo de pobreza o exclusión social y sus componentes según discapacidad (limitación en la actividad), UE y España, 2024 (% población de 16 años o más)**



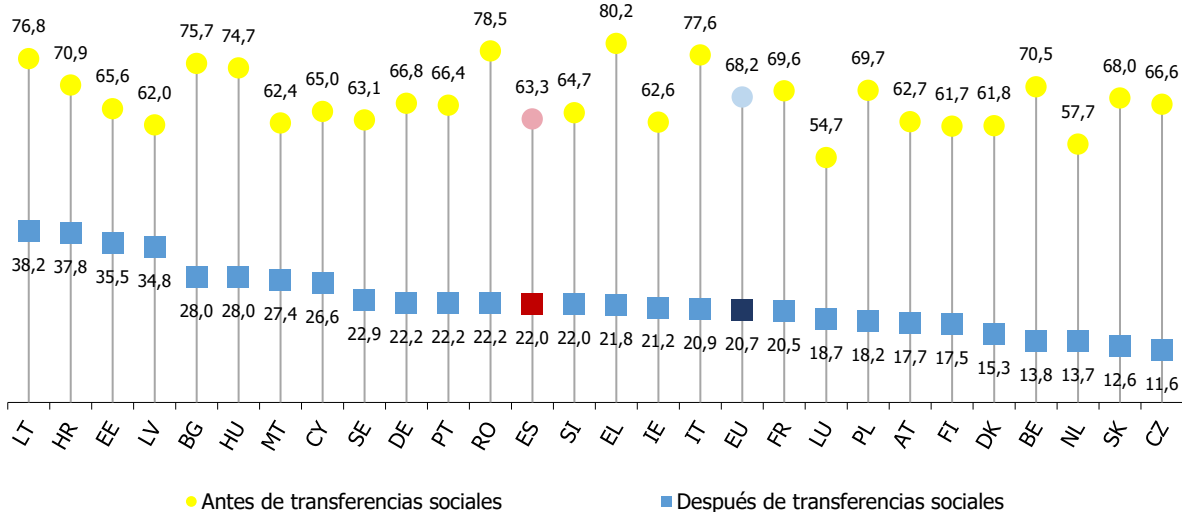
Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-SILC.

<sup>13</sup> Para una definición precisa del indicador AROPE y sus componentes, véase (INE, 2025: 104-106). También se puede consultar en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At\\_risk\\_of\\_poverty\\_or\\_social\\_exclusion\\_\(ARPE\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(ARPE)).

Se puede ver que las personas con discapacidad experimentan un mayor riesgo de pobreza o exclusión social, registrando tasas AROPE superiores, en más de 10 puntos porcentuales, a las de las personas sin discapacidad, tanto en España como en la UE. Todos los componentes del indicador de riesgo de exclusión son más elevados para las personas con discapacidad, en comparación con las que declaran no tener limitaciones en su actividad. Sin embargo, mientras la incidencia de la pobreza es más próxima entre ambos grupos, las diferencias mantenidas entre las personas con y sin discapacidad son muy abultadas en los otros dos indicadores, que dan cuenta de la existencia en el hogar de privaciones (el del colectivo con discapacidad duplica al de sin discapacidad) y de precariedad laboral (en este caso, lo triplica).

Una persona es pobre cuando sus ingresos están por debajo de un determinado umbral, establecido en el 60% de la renta mediana nacional. Las transferencias sociales (pensiones, prestaciones o subsidios) resultan fundamentales para reducir el riesgo de pobreza, pues este se eleva considerablemente para la población en general y, en especial, para las personas con discapacidad cuando no se tienen en cuenta. Así lo refleja el gráfico 4.4, que recoge las tasas de pobreza antes y después de transferencias sociales para la población con discapacidad en todos los países de la UE, ordenados según los valores relativos a la segunda variable.

**Gráfico 4.4. Tasa de pobreza de las personas de 16 años o más con discapacidad (limitación en la actividad) antes y después de transferencias sociales en la UE, 2024 (% total)**

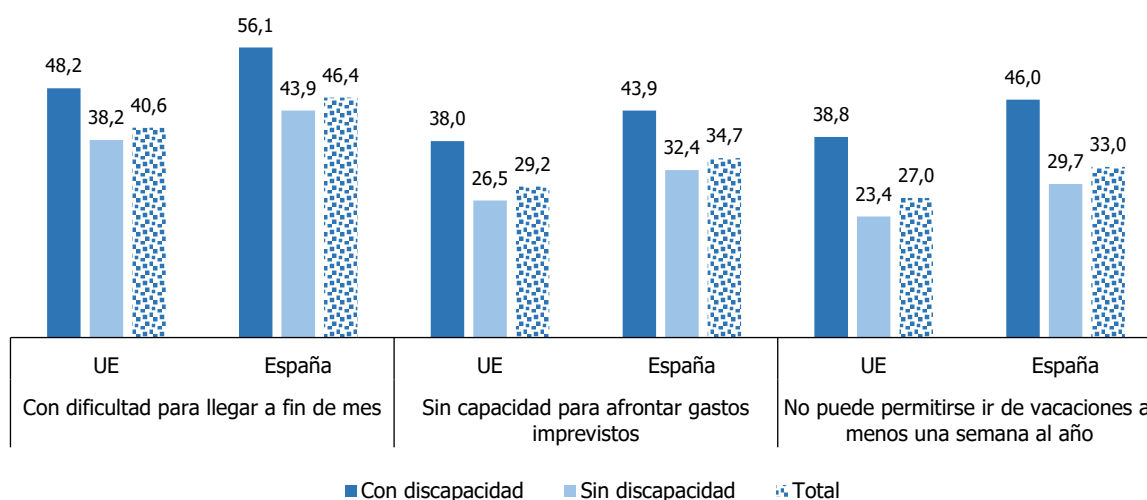


Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-SILC.

Como se observa, en 2024, si no se hubiesen realizado transferencias sociales, el 63,3% de las personas de 16 años o más con discapacidad en España y el 68,2% en la UE habrían estado en situación de pobreza; siendo esta, la tasa de riesgo de pobreza antes de transferencias sociales. Esta incidencia se reduce al 22% en España y al 20,7% en la UE después de tener en cuenta las transferencias sociales. La diferencia entre ambas tasas es bastante abultada en todos los países europeos, alcanzando su máxima expresión en Grecia (80,2% antes de las transferencias sociales frente al 21,8% después) y su valor mínimo en Letonia (62,0% frente al 34,8%).

No obstante, disponer de ingresos por encima del umbral de pobreza no siempre garantiza unas condiciones de vida adecuadas. Una persona puede no ser clasificada como pobre si sus ingresos superan el umbral establecido, en parte gracias a las transferencias sociales, y encontrarse en situación de carencia material y social severa. Los indicadores de privación miden la falta de acceso a bienes, servicios y actividades consideradas básicas o habituales en la sociedad, como mantener la vivienda a una temperatura adecuada en invierno, disponer de una comida proteica cada dos días, poder hacer frente a gastos imprevistos o participar en actividades sociales. El gráfico 4.5, recoge la incidencia de alguna de estas privaciones.

**Gráfico 4.5. Indicadores de carencia material según discapacidad (limitación en la actividad), UE y España, 2024 (% población de 16 años o más)**

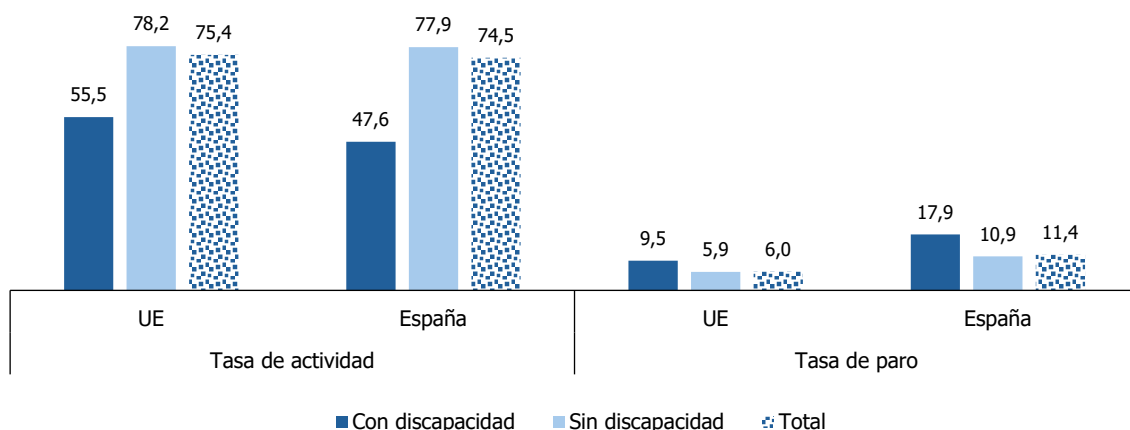


Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-SILC.

En España, más de la mitad de las personas que declara tener limitaciones en su actividad cotidiana por problemas de salud reside en hogares con dificultades para llegar a fin de mes, un 56,1% frente al 43,9% de quienes se califican sin discapacidad. La distancia entre ambos grupos, con y sin discapacidad, supera los diez puntos porcentuales en los otros dos indicadores, referidos a no poder afrontar gastos imprevistos y permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. En todos los casos, se registra una mayor incidencia en nuestro país en comparación con la UE.

Sin duda, la elevada exposición a las dificultades económicas de la población con discapacidad está relacionada con la menor inserción laboral de estas personas, como refleja el gráfico 4.6. Con respecto a la UE, las personas con discapacidad en España ostentan una menor tasa de actividad, no llega ni a la mitad de este colectivo de entre 15 a 64 años (47,6%). Al mismo tiempo, la tasa de paro para las personas con discapacidad en España supera en 7 puntos porcentuales la correspondiente a las personas sin discapacidad, siendo esta diferencia menor en el conjunto de la UE.

**Gráfico 4.6. Tasas de actividad y paro según discapacidad (limitación en la actividad), UE y España, 2024 (% población de 15-64 años)**



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-LFS.

En resumen, la prevalencia de la discapacidad en Europa, en general, y en España, en particular, refleja no solo un fenómeno de salud, sino también una dimensión profunda de desigualdad social. Las limitaciones en la actividad cotidiana se asocian sistemáticamente con mayores riesgos de pobreza, exclusión y privación material, mostrando que la discapacidad amplifica la vulnerabilidad económica y reduce las oportunidades de participación social y laboral. Esta relación evidencia la necesidad de políticas inclusivas que integren salud, educación, empleo y protección social, orientadas a eliminar las barreras estructurales y culturales que perpetúan la desventaja de las personas con discapacidad en el acceso a una vida plena y digna.

## 4.2. Reconocimiento de la discapacidad

Como se ha visto, la aplicación del método GALI para la identificación de la discapacidad permite conocer las condiciones de vida de este grupo de población, en relación con el conjunto de la sociedad, permitiendo una amplia comparabilidad territorial y temporal. Esta perspectiva longitudinal es más difícil de lograr en encuestas específicas de discapacidad con una periodicidad irregular, pero, a cambio, proporcionan información más detallada. Así, la última Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia dirigida a los hogares (EDAD 2020) estimaba una prevalencia de la discapacidad del 9,5% de la población, lo que supone una cifra de 4,4 millones de personas en 2020 (INE, 2022b), siendo los problemas de movilidad los más frecuentes.

Esta estimación se aproxima a la proporción de personas valoradas para el reconocimiento de la discapacidad que se desprende de la Base estatal de datos de datos de personas con discapacidad del IMSERSO, mientras que la cifra de la discapacidad oficialmente reconocida, con un grado igual o superior al 33%, es bastante más menor. Este epígrafe examina dicha fuente estadística, dando cuenta de la evolución en el número y proporción de personas valoradas y reconocidas durante el periodo disponible, 2011-2023, sus principales características y cómo es su distribución en el territorio español, a nivel autonómico y provincial. Lamentablemente, con la información estadística disponible no es posible observar el posible impacto en

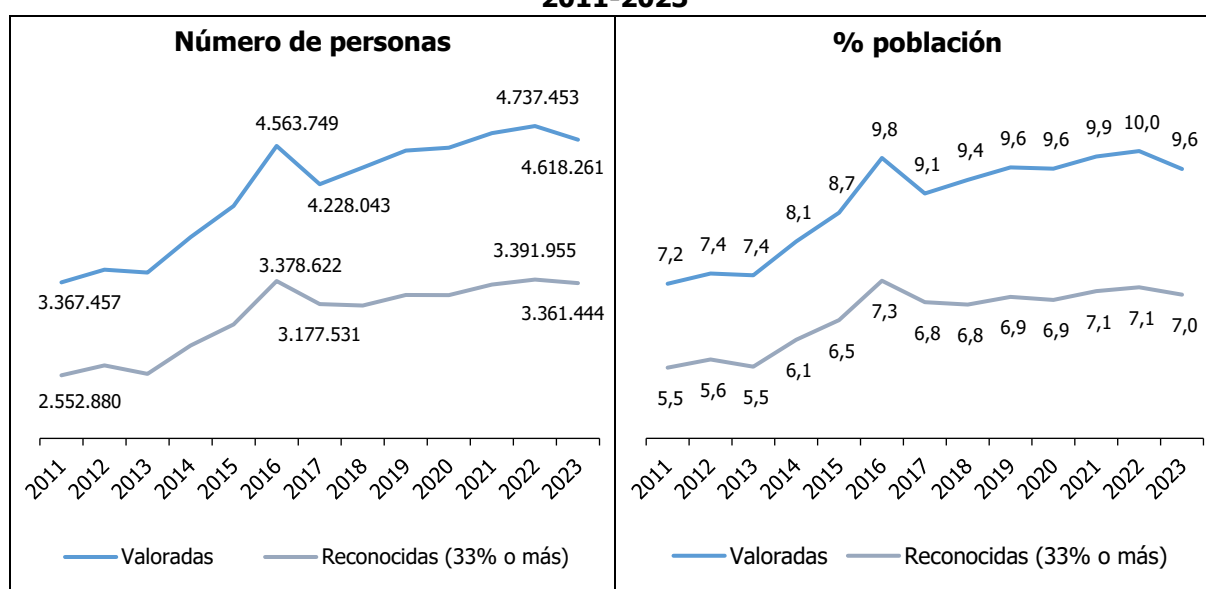
el proceso valorativo de los nuevos criterios de baremación introducidos por el Real Decreto 888/2022, que se aplica desde abril de 2023. No obstante, el análisis realizado en este trabajo aporta una perspectiva temporal de base que permitirá, más adelante, contrastar dicho impacto. Por otro lado, se recurre a otras fuentes de información cuantitativa complementarias, como COCEMFE (2024), para incorporar algunas cifras novedosas.

#### 4.2.1. Evolución, grados y tipos de deficiencias según características personales

Como señala en su publicación, la información contenida en la base estatal de datos de discapacidad es la suma de los datos aportados por los equipos de valoración de las autonomías, referidos a las valoraciones vigentes a 31 de diciembre de cada año de las personas que lo han solicitado, así como el resultado obtenido (IMSERSO, 2024: 4). Únicamente cuando el resultado de la valoración otorga un grado de discapacidad igual o superior al 33%, la persona valorada obtiene el reconocimiento de persona con discapacidad (IMSERSO, 2024: 6).

El gráfico 4.7 recoge la evolución de las cifras de personas valoradas y que han obtenido el reconocimiento del grado de discapacidad ( $\geq 33\%$ ) en el periodo disponible 2011-2023, tanto en términos absolutos como relativos, expresadas en porcentaje de la población española (tasas de valoración y reconocimiento de la discapacidad, respectivamente)<sup>14</sup>. En los doce años transcurridos, el número de personas valoradas ha crecido un 37%, lo que significa 1,25 millones de personas más en 2023 con respecto a la cifra atendida en 2011. El número de personas con discapacidad reconocida experimenta un crecimiento menor, cercano al 32%, habiendo aumentado durante el periodo en 808.564 personas.

**Gráfico 4.7. Evolución de las personas valoradas y con reconocimiento de discapacidad, 2011-2023**



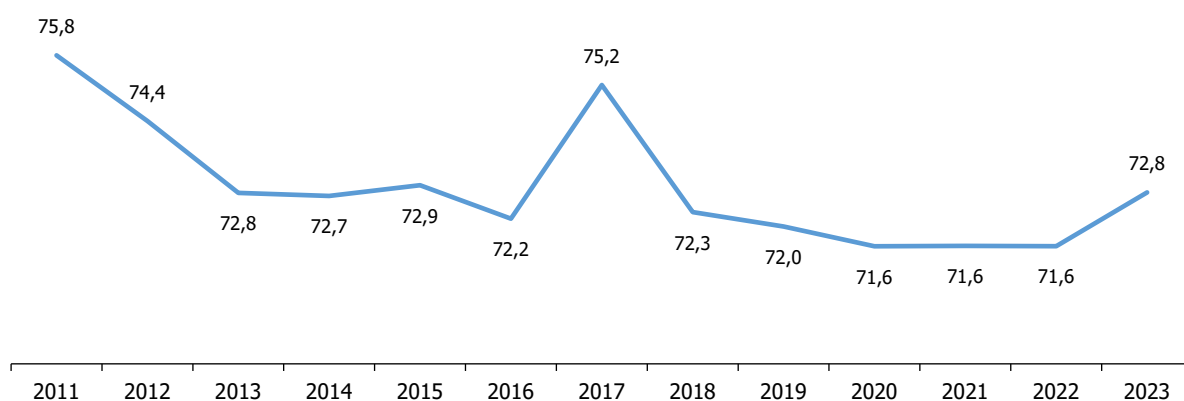
Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

<sup>14</sup> Los datos de población se han tomado de la Estadística Continua de Población, publicada por el INE ([https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177095&menu=res ultados&idp=1254735572981# tabs-1254736195796](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=res ultados&idp=1254735572981# tabs-1254736195796)).

En términos poblacionales, tanto el porcentaje de valoraciones como el de reconocimientos mantienen una tendencia al alza, si bien, con alguna oscilación en sentido contrario. Con respecto a los valores registrados en 2011, la tasa de valoraciones escala 2,4 puntos porcentuales, situándose en el 9,6%; mientras que la tasa de reconocimiento se eleva al 7%, tan solo 1,5 puntos porcentuales por encima de su valor al inicio del periodo.

Al poner en relación ambas cifras, número de personas con reconocimiento de la discapacidad y total de personas valoradas, se construye una variable a la que se ha denominado *tasa de resolución favorable*. Se trata de un indicador que da cuenta del éxito en el proceso de valoración, al expresar los reconocimientos obtenidos cada año en porcentaje del total de valoraciones realizadas. Su evolución queda recogida en el gráfico 4.8, donde se constata su disminución a lo largo del periodo analizado. Así, la tasa de resolución favorable en 2023 es 3 puntos porcentuales inferior a la registrada en 2011.

**Gráfico 4.8. Evolución de la tasa de resolución favorable de la discapacidad, España, 2011-2023 (% personas valoradas)**

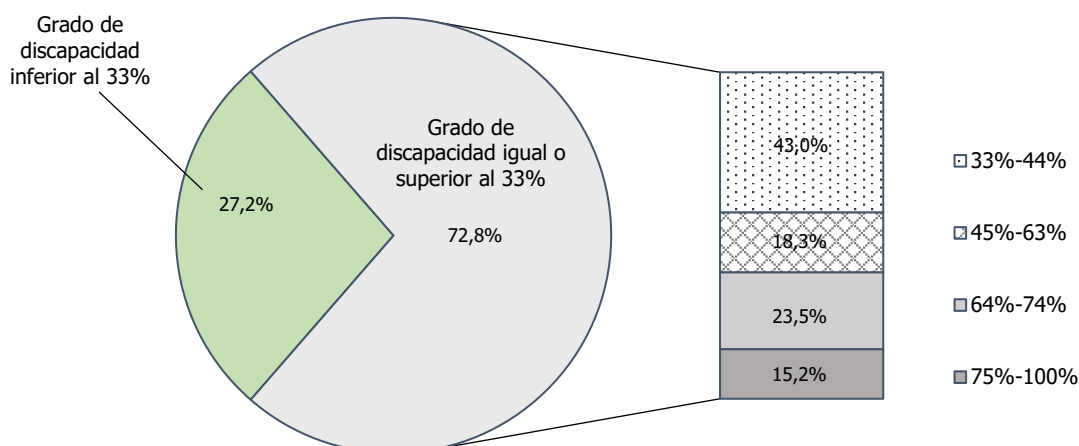


Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Llama la atención el crecimiento de la tasa de resolución favorable en 2017, para descender al año siguiente al nivel anterior. Este comportamiento obedece al retroceso de ambas variables, aunque de más intensidad en el segundo (valoraciones) que en el primero (reconocimientos), por lo que el cociente se eleva; del mismo modo, el incremento experimentado por la tasa en 2023 es fruto de un descenso más acusado del número de valoraciones que de reconocimientos (gráfico 4.7).

Con respecto a la distribución de las personas valoradas según el grado de discapacidad obtenido, el gráfico 4.9 permite visualizar cómo tiene lugar ese reparto entre los distintos tramos de reconocimiento. Así, el 72,8% de las personas valoradas en 2023 consigue un reconocimiento oficial de su discapacidad, al obtener un grado del 33% o más. La mayoría de estas personas con reconocimiento, un 43%, se sitúa en el tramo inferior del grado de discapacidad oficial, 33%-44%. El siguiente grupo en importancia relativa es el que tiene un grado de discapacidad reconocido entre 64%-74%, representando cerca de una cuarta parte (23,5%).

**Gráfico 9. Distribución de las personas valoradas por grado de discapacidad reconocido, 2023 (%)**

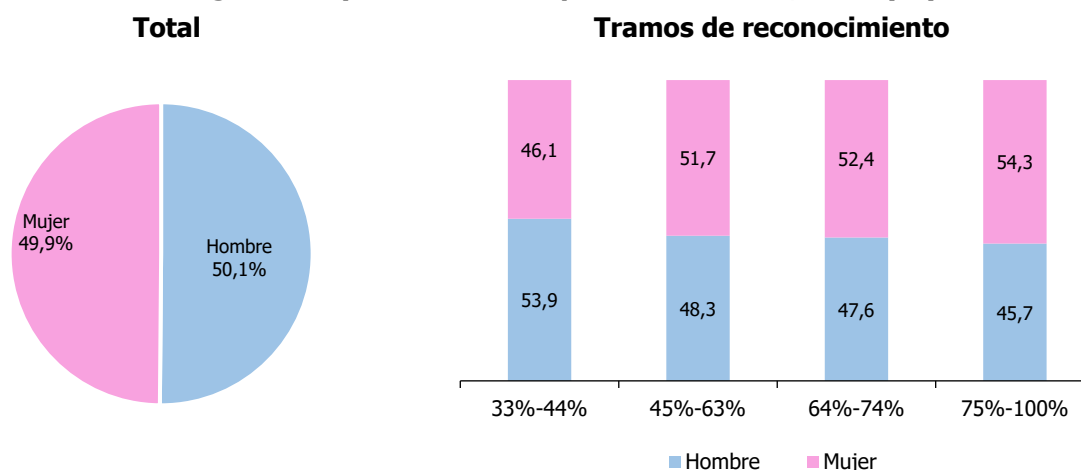


Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Por su parte, los otros dos tramos de restantes, 45%-63% y 75%-100%, suponen un 18,3% y un 15,2% respectivamente.

La distribución global de las personas con grado de discapacidad reconocido oficialmente es bastante igualitaria según sexo (gráfico 4.10). Sin embargo, cuando se atiende a los distintos grados de reconocimiento de la discapacidad, las mujeres predominan más claramente en los tramos intermedios, mientras que los hombres son más frecuentes en los dos grupos extremos.

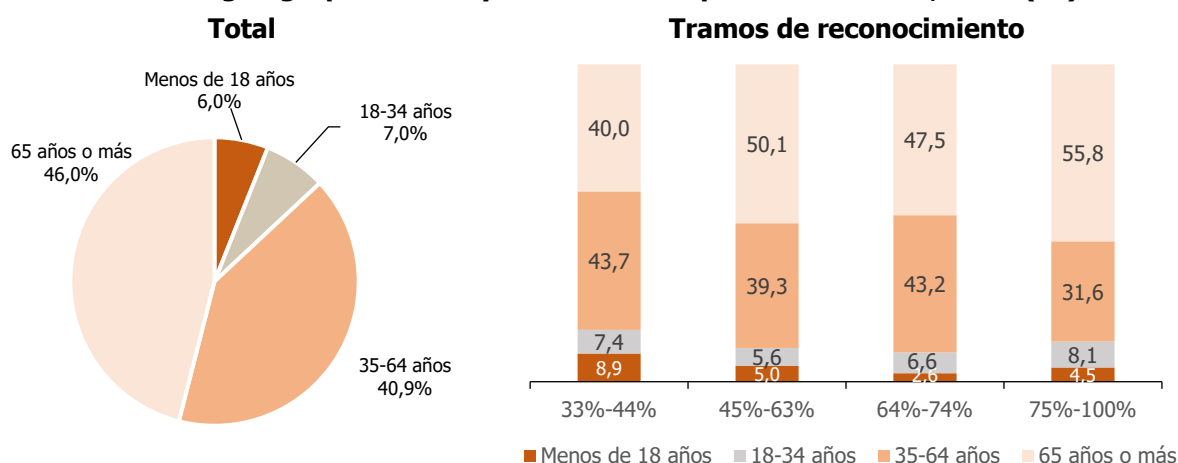
**Gráfico 4.10. Distribución de las personas con grado de discapacidad reconocido del 33% o más según sexo y tramo de discapacidad obtenido, 2023 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Con respecto al reparto por edad de las personas con reconocimiento de discapacidad, este queda recogido en el gráfico 4.11. Como se puede ver, alrededor del 87% de las personas con discapacidad oficialmente reconocida tiene 35 años o más. El colectivo mayor de 64 años es relativamente más importante en el tramo superior del grado de discapacidad (75%-100%), mientras que los adultos de 35 a 64 años son mayoritarios en el tramo inferior (33%-44%), donde también los menores de 18 años registran una mayor presencia relativa.

**Gráfico 4.11. Distribución de las personas con grado de discapacidad reconocido del 33% o más según grupo de edad y tramo de discapacidad obtenido, 2023 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Finalmente, el cuadro 4.1 muestra el tipo de deficiencia que más afecta a las personas con discapacidad reconocida, distinguiendo entre hombres y mujeres, así como en función de dos grandes grupos de edad, menores de 35 años y de 35 años o más. La información se presenta en orden descendente de importancia con respecto al tipo de deficiencia de mayor afectación.

**Cuadro 4.1. Distribución de las personas con grado de discapacidad reconocido del 33% o más según tipo de deficiencia que más afecta, sexo y grupo de edad, 2023 (%)**

Tipo de deficiencia que más afecta	Total		Sexo		Edad	
	Nº	%	Hombre	Mujer	< 35 años	≥ 35 años
Neuromusculoesquelética o del movimiento	938.091	27,9	23,3	32,5	7,0	31,0
Sistema nervioso o función mental	795.019	23,7	22,9	24,4	22,1	23,9
Sensorial, visual, auditiva, sordoceguera o dolor	404.644	12,0	11,5	12,6	7,8	12,7
Cardiovascular, hematológica, inmunológica o respiratoria	337.949	10,1	11,8	8,3	3,8	11,0
Otra deficiencia	298.966	8,9	10,6	7,2	10,6	8,6
Intelectual o trastorno del desarrollo	294.328	8,8	11,4	6,1	43,0	3,6
Genitourinaria, reproductora o neoplasia	157.515	4,7	4,3	5,1	2,3	5,1
Digestiva, metabólica o endocrina	120.100	3,6	3,6	3,5	2,9	3,7
De la piel o estructuras relacionadas	13.166	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Involucrada en la voz o el habla	1.666	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
<b>Total</b>	<b>3.361.444</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

La deficiencia más relevante es de tipo neuromusculoesquelética o del movimiento, afectando a casi una tercera parte del sexo femenino y del grupo de 35 años o más de edad. El grupo de deficiencias del sistema nervioso o función mental es la siguiente tipología en importancia, suponiendo alrededor de una cuarta parte del total de personas con discapacidad; proporción que se eleva ligeramente entre las mujeres y quienes cuentan con 35 años o más. Dentro de esta categoría se incluye la Esclerosis Múltiple, puesto que esta enfermedad afecta al sistema nervioso central, provocando alteraciones motoras, sensoriales y cognitivas. A continuación, las dos siguientes categorías representan algo más del 10% de las personas con discapacidad, siendo las de tipo sensorial, visual, auditiva, sordoceguera o dolor y la cardiovascular, hematológica, inmunológica o respiratoria.

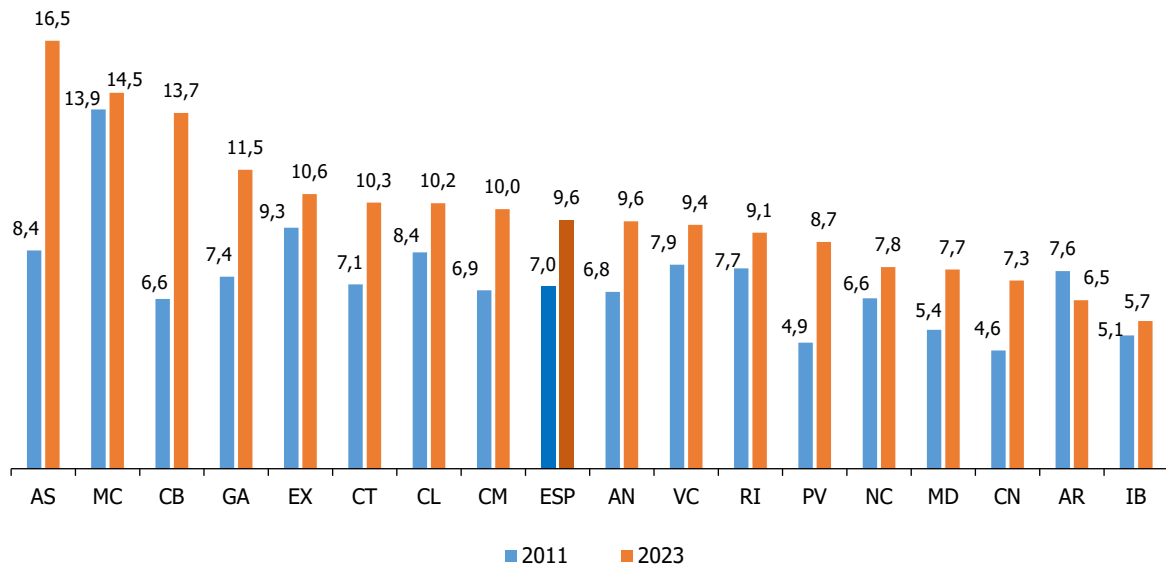
Por otro lado, los únicos datos relativos al impacto del nuevo baremo, aplicado desde abril de 2023, sobre el proceso de valoración y reconocimiento de la discapacidad proceden de COCEMFE (2024). Aunque se trata de una versión preliminar, el informe señala importantes deficiencias en la aplicación del nuevo baremo, dando lugar a una merma en el acceso a los derechos y protecciones del sistema de reconocimiento de la discapacidad. Se estima un incremento del 6% de las valoraciones inferiores al 33%, una demora media de 13,5 meses en el proceso y una altísima inconformidad (82%) con los resultados. Esta insatisfacción se basa en diversos fallos procedimentales, como omitir la evaluación del impacto en la vida diaria, la no consideración de comorbilidades o de informes médicos, así como una composición deficiente de los equipos multidisciplinares. A esto se suma una baja tasa de reclamación (34,3%) debido a la complejidad administrativa y los largos plazos adicionales. Finalmente, el sistema se muestra inadecuado en la valoración de patologías raras y degenerativas, perpetuando una infrarrepresentación de la discapacidad real.

#### *4.2.2. Análisis territorial*

Como se ha señalado, aunque la evolución de valoraciones y reconocimientos de discapacidad con grado igual o superior al 33% ha crecido en el periodo 2011-2023, la proporción que guardan estos últimos sobre las primeras ha descendido en estos años. Esta variable, que se ha denominado tasa de resolución favorable, explica esta dinámica debido al menor crecimiento del número de reconocimientos en comparación con las valoraciones efectuadas, que se han mostrado más expansivas. A continuación, se examina la evolución de estos indicadores desde una perspectiva territorial, prestando especial atención a su grado de dispersión y estudiando si ha habido convergencia o divergencia entre comunidades autónomas y también a nivel provincial. Los datos recopilados a nivel provincial para el periodo 2011-2023 sobre las tasas de valoración y reconocimiento, en porcentaje de la población, así como la serie temporal para ese periodo del número de personas valoradas y reconocidas ( $\geq 33\%$ ) se ofrecen en el Anexo estadístico, tablas 4.2 a 4.5.

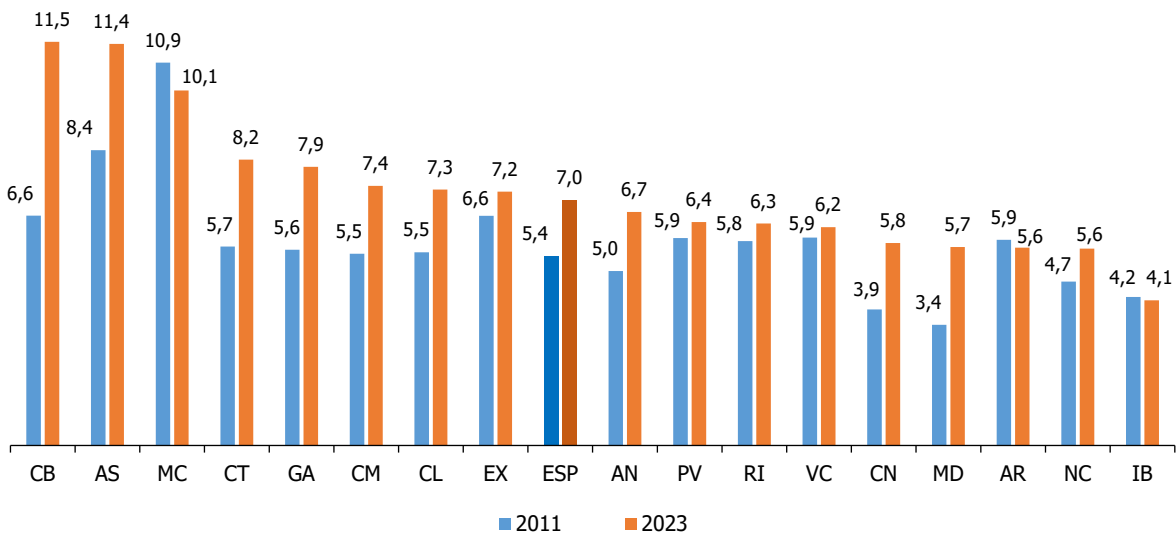
En primer lugar, los gráficos 4.12 y 4.13 muestran los valores, por comunidades autónomas y para los años inicial y final de periodo analizado, de las tasas de valoración y de reconocimiento de la discapacidad, respectivamente, ordenadas atendiendo a los valores de 2023. Como se puede ver, entre 2011 y 2023, el porcentaje de valoraciones anuales realizadas, en términos de la población, se incrementa para todas las autonomías, a excepción de Aragón, donde se reduce 1,1 puntos porcentuales. El crecimiento de la tasa de valoración es más intenso en Asturias, Cantabria y País Vasco; mientras que, por el contrario, en Región de Murcia, Baleares y La Rioja es más moderado. Por su parte, respecto de la tasa de reconocimiento oficial de la discapacidad en porcentaje de la población, Aragón, de nuevo, experimenta una ligera caída en su tasa de reconocimiento de la discapacidad en términos poblacionales (0,3 puntos), así como Región de Murcia (0,8 puntos) y Baleares (0,1 punto). En el resto de las comunidades autónomas la tasa de reconocimiento crece de forma moderada para la mayoría de ellas, destacando Cantabria y Asturias donde el aumento es más intenso, 5 y 3 puntos porcentuales, respectivamente.

**Gráfico 4.12. Tasas de valoración de la discapacidad según comunidades autónomas, 2011 y 2023 (% población)**



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

**Gráfico 4.13. Tasas de reconocimiento de la discapacidad según comunidades autónomas, 2011 y 2023 (% población)**

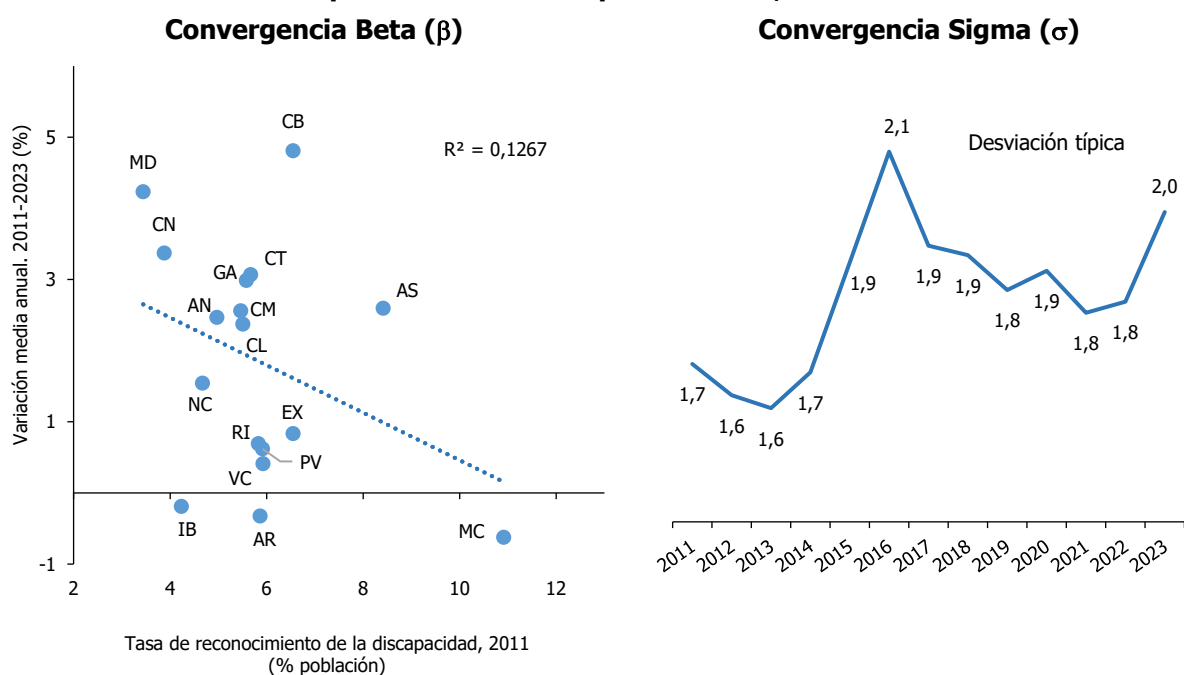


Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Además de la desigual evolución de ambos indicadores en el periodo según territorios, destacan las importantes diferencias que, en cualquier caso, se observan entre los mismos, con diferencias que superan los 10 puntos, entre el primero y el último, en la primera variable y los 7 en la segunda. Para conocer si ha habido convergencia entre las comunidades autónomas en esta última (tasa de reconocimiento de la discapacidad), se pone en relación el valor inicial de dicha tasa para cada comunidad con la variación porcentual experimentada durante el conjunto del periodo analizado, 2011-2023. Así, para que haya  $\beta$ -convergencia, y las regiones más rezagadas alcancen a las más avanzadas, las comunidades que partían en 2011 de tasas de reconocimiento

inferiores deberían haber crecido más que las que ostentaban tasas más elevadas. La existencia de convergencia Beta es una condición necesaria pero no suficiente para verificar la convergencia territorial. Además, se debe comprobar que el grado de dispersión de las tasas de reconocimiento autonómicas se ha reducido durante el periodo estudiado ( $\sigma$ -convergencia), observando la evolución temporal de su desviación típica. El gráfico 4.14 presenta los resultados de este análisis.

**Gráfico 4.14. Análisis de convergencia de las tasas autonómicas de reconocimiento de la discapacidad en términos poblacionales, 2011-2023**

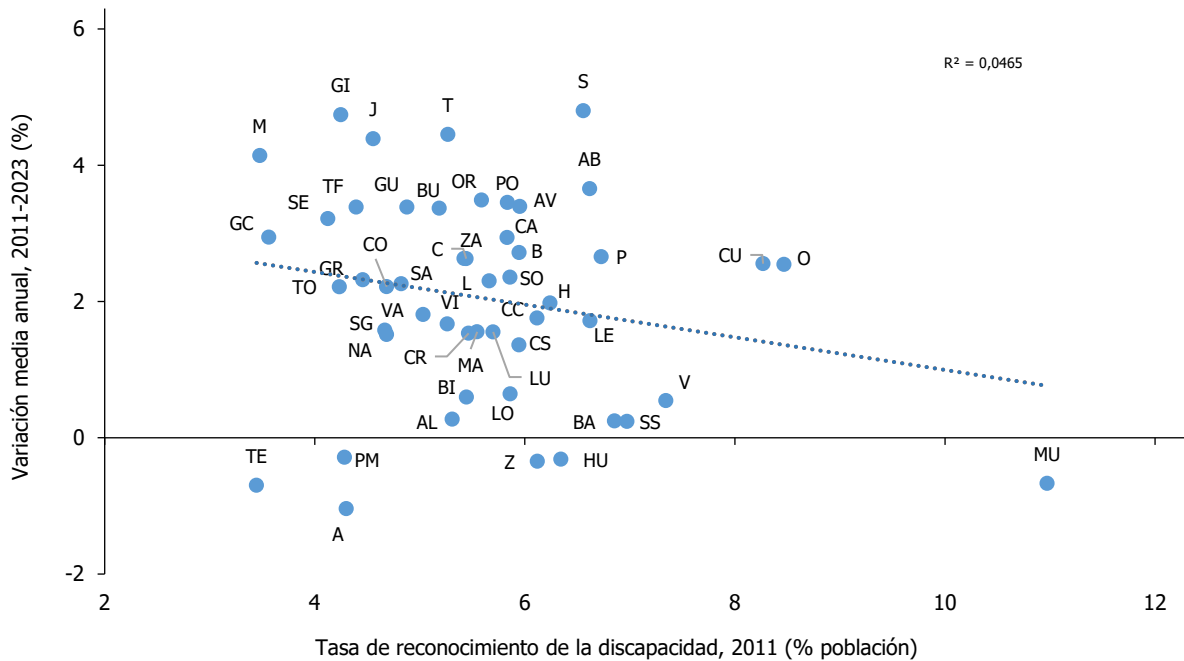


Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Se constata que no hay convergencia entre las tasas de reconocimiento de la discapacidad de las comunidades autónomas (gráfico 4.14). Se descarta la  $\beta$ -convergencia puesto que el coeficiente de correlación ( $R^2$ ), entre las tasas de reconocimiento iniciales y su variación media anual durante el periodo, no resulta significativo. Además, la desviación típica de las tasas autonómicas crece de 2011 a 2023, por lo que ha aumentado la dispersión de estos datos con respecto a la media nacional; por tanto, tampoco hay  $\sigma$ -convergencia, en primer lugar, porque la condición necesaria no se cumple y, en segundo lugar, porque las tasas de reconocimiento de la discapacidad se encuentran más dispersas en 2023 que al inicio del periodo.

Adoptando una perspectiva más desagregada a nivel territorial, se repite este análisis de convergencia para las tasas de reconocimiento de la discapacidad de las distintas provincias españolas, con el objetivo de comprobar si a lo largo del periodo de estudio convergen entre ellas. El gráfico 4.15 ofrece el análisis de  $\beta$ -convergencia de las tasas de reconocimiento de la discapacidad a nivel provincial. Como se observa, no hay convergencia entre las tasas provinciales de reconocimiento de la discapacidad, puesto que el coeficiente de correlación ( $R^2$ ) alcanza un valor muy reducido, lo que indica que no es significativo.

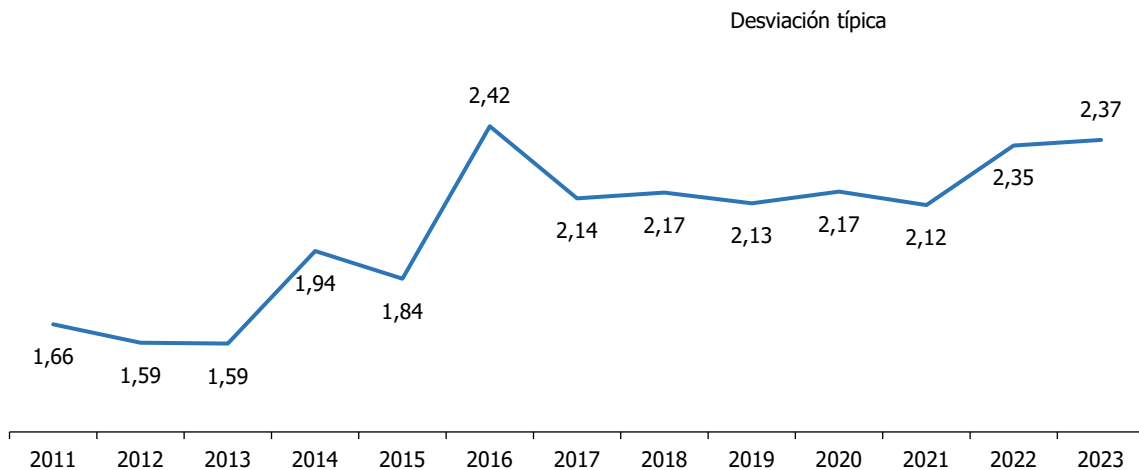
**Gráfico 4.15.  $\beta$ -convergencia de las tasas provinciales de reconocimiento de la discapacidad en términos poblacionales, 2011-2023**



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Aunque el resultado anterior descarta la posibilidad de convergencia territorial a nivel provincial de las tasas de reconocimiento de la discapacidad en porcentaje de la población, el gráfico 4.16 muestra cómo su desviación típica aumenta; confirmando que tampoco se ha reducido la dispersión de estos datos.

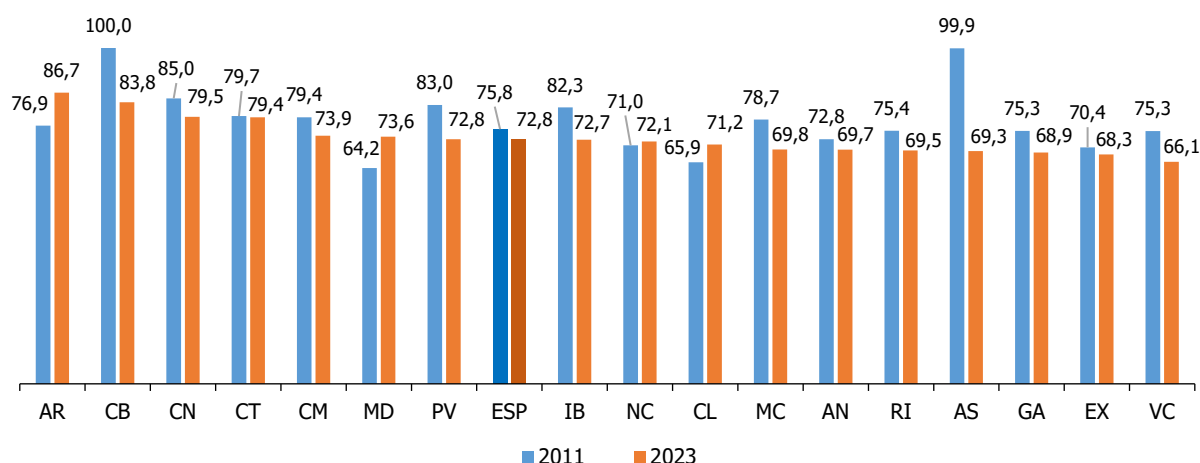
**Gráfico 4.16.  $\sigma$ -convergencia de las tasas provinciales de reconocimiento de la discapacidad en términos poblacionales, 2011-2023**



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Una vez examinadas las tasas de valoración y reconocimiento de la discapacidad en porcentaje de la población, la evolución de la tasa de resolución favorable para cada comunidad autónoma se presenta en el gráfico 4.17, ordenadas según los valores de 2023.

**Gráfico 4.17. Tasa de resolución favorable de la discapacidad según comunidades autónomas, 2011 y 2023 (% personas valoradas)**



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

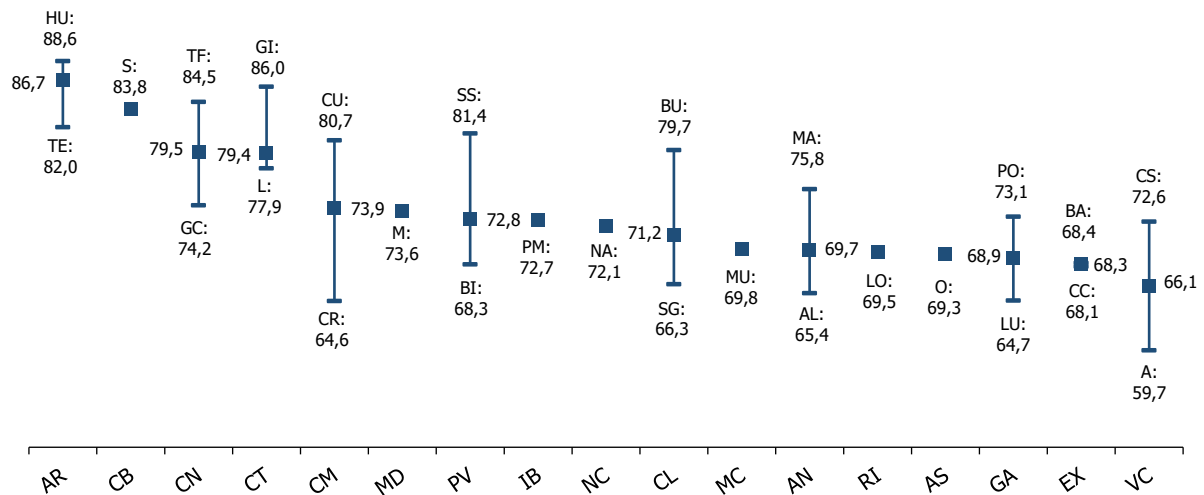
Salvo en Aragón, Madrid, Castilla y León y Navarra, donde esta tasa ha aumentado entre 2011 y 2023, en el resto de las comunidades ha retrocedido, destacando los descensos de Cantabria y Asturias. En general, en aquellos territorios donde la tasa disminuye es debido a un crecimiento inferior de la tasa de reconocimiento en relación con la tasa de valoración. Sucede lo contrario en aquellas comunidades donde este indicador se eleva; salvo en el caso de Aragón, donde el aumento de la tasa de resolución favorable se explica por una mayor reducción de su tasa reconocimiento en comparación con la registrada por su tasa de valoración.

A pesar de este comportamiento, Aragón encabeza el ranking de comunidades con la mayor tasa de resolución favorable en 2023, un 86,7% de las personas valoradas en esta comunidad obtiene un grado de discapacidad superior o igual al 33%. Le siguen Cantabria (83,8%), junto con Canarias y Cataluña, que rondan el 80%. Cabe destacar que la mayoría de las comunidades se sitúan por debajo de la media nacional, que alcanza un valor de 72,8%, ocupando las posiciones de cola, con las tasa más bajas, la Comunidad Valenciana (66,1%), Extremadura (68,3%) y Galicia (68,9%).

Por su parte, el gráfico 4.19 ofrece el valor regional de la tasa de resolución favorable junto con los valores provinciales máximo y mínimo de dicha tasa para las comunidades autónomas con más de una provincia, ordenadas de mayor a menor valor medio regional. Se comprueba la existencia de una amplia variabilidad entre las comunidades autónomas en la tasa de resolución favorable, así como a nivel provincial con respecto al valor medio regional, cuando se trata de comunidades pluriprovinciales. Por ejemplo, Andalucía mantiene una distancia de 17 puntos porcentuales con respecto a Aragón, que es la comunidad con la tasa más elevada. Además, dentro de Andalucía, entre Málaga (valor máximo) y Almería (mínimo) hay 10,4 puntos porcentuales de diferencia en este indicador, siendo también elevado el rango existente en Aragón (6,6 puntos porcentuales); esto es, la distancia entre el valor provincial máximo (Huesca) y mínimo (Teruel).

De este modo, no solo hay grandes diferencias entre las regiones españolas en la proporción de reconocimientos positivos de la discapacidad sobre las valoraciones realizadas, sino que también dentro de las regiones pluriprovinciales existen grandes diferencias en dicha tasa entre sus provincias.

**Gráfico 4.18. Media regional y valores provinciales máximo y mínimo de la tasa de resolución favorable de la discapacidad en las comunidades autónomas, 2023 (% personas valoradas)**

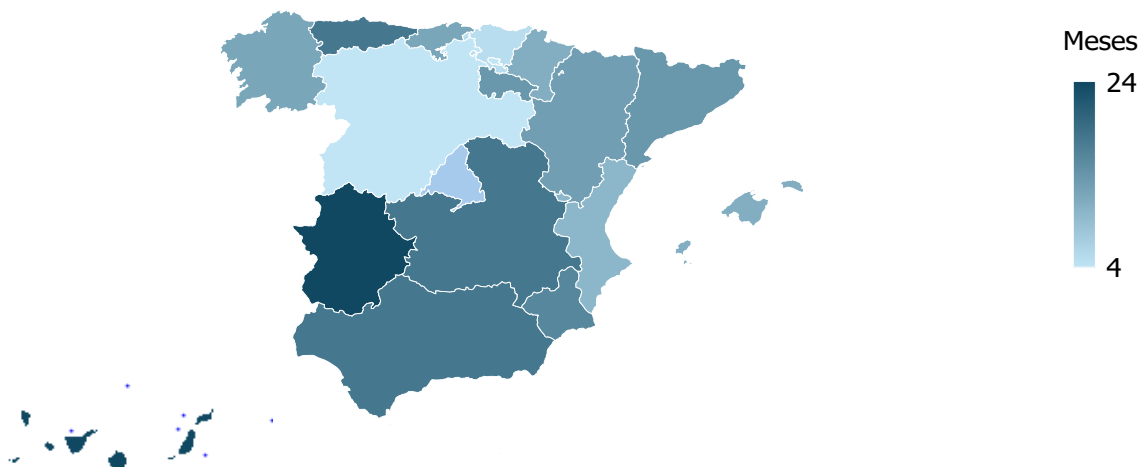


Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

Este resultado lleva a pensar que las diferencias en la tasa de resolución favorable probablemente sean también importantes si se pudiese seguir descendiendo en el nivel territorial de estudio, esto es, si se tuviesen datos de ámbito comarcal, municipal o por barrios.

Para terminar este apartado, se analiza el tiempo requerido en el proceso de valoración, información que proporciona el CERMI para las distintas comunidades autónomas, que se presenta en el mapa 4.1.

**Mapa 4.1. Tiempo de resolución del proceso de reconocimiento de la discapacidad según comunidades autónomas, 2023 (meses)**



Nota: No se especifica el año al que van referidos los datos, aunque su actualización aparece en la web con fecha de octubre de 2024 (<https://www.estadisticasocial.es/indicador.php?id=56>).

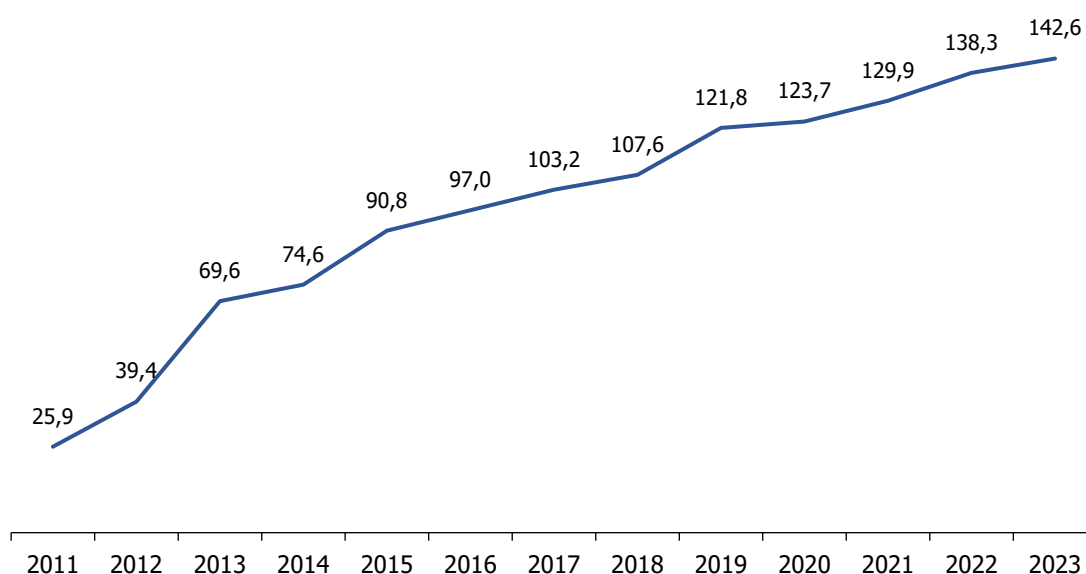
Fuente: Elaboración propia a partir de CERMI, comparador CERMI territorios.

Como se observa, también existe una amplia variabilidad regional en este indicador, de hasta 20 meses de diferencia entre las comunidades que gestionan más lentamente, Extremadura y Canarias, frente a las que actúan con mayor diligencia, Castilla y León y País Vasco. Estas diferencias ponen de manifiesto la falta de homogeneidad territorial en la gestión del reconocimiento de la discapacidad, un aspecto clave para garantizar la igualdad de derechos y acceso a prestaciones. Los retrasos prolongados en algunas comunidades no solo generan incertidumbre administrativa, sino que agravan la vulnerabilidad de las personas afectadas, al retrasar su acceso a ayudas económicas, recursos sociales o adaptaciones laborales. En este sentido, la disparidad en los tiempos de resolución refleja desigualdades estructurales en la capacidad y eficiencia de los sistemas autonómicos, lo que subraya la necesidad de una mayor coordinación y armonización en la aplicación de los procedimientos.

### 4.3. Estadísticas relevantes sobre la Esclerosis Múltiple

Este capítulo finaliza proporcionando algunos indicadores sobre la prevalencia de la Esclerosis Múltiple, así como sus principales características sociodemográficas. La información procede de los datos recopilados por la Asociación española de Esclerosis Múltiple, Esclerosis Múltiple España (EME), en su repositorio EMDATA. La mayoría de estos proceden de la Base de datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), a la que se ha recurrido directamente para extraer la serie temporal entre 2011-2023 recogida en el gráfico 4.19, que da cuenta de las personas con Esclerosis Múltiple en atención primaria. Esta información permite aproximar la prevalencia de la enfermedad, que no ha dejado de avanzar entre 2011-2023, alcanzando aproximadamente a 143 personas por cada cien mil habitantes; o bien, 1,4 por cada mil.

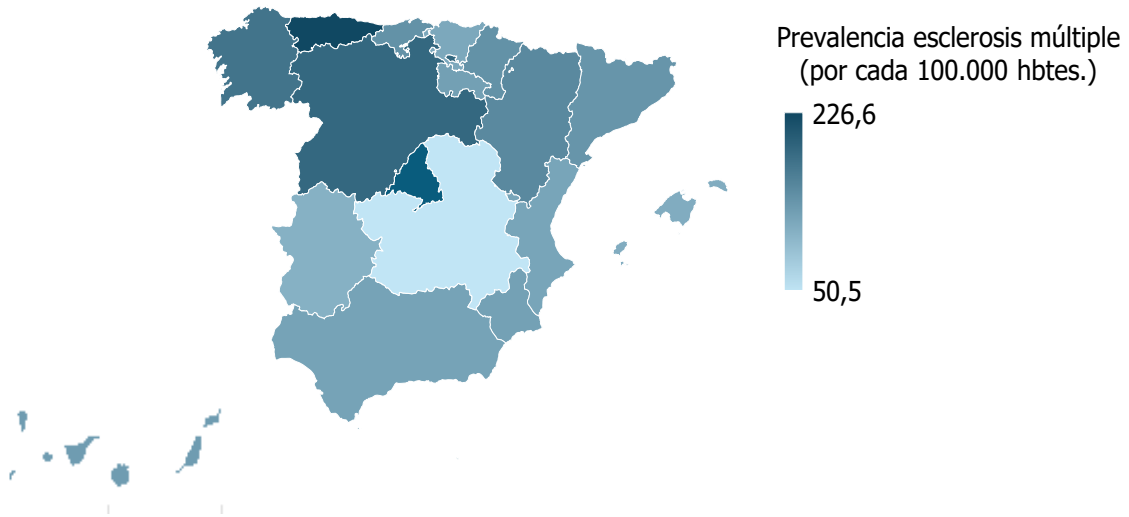
**Gráfico 4.19. Personas con Esclerosis Múltiple en atención primaria, España, 2011-2023 (por cada 100 mil habitantes)**



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, BDCAP.

En 2023, el reparto territorial de la tasa de prevalencia de la Esclerosis Múltiple entre las comunidades autónomas españolas se ofrece en el mapa 4.2. Como se aprecia, las comunidades con mayor tasa de personas con Esclerosis Múltiple en atención primaria, en términos poblacionales, son Asturias, Madrid, Castilla y León y Galicia. En cambio, las menores tasas corresponden a Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares y País Vasco.

**Mapa 4.2. Prevalencia de la Esclerosis Múltiple según comunidad autónoma, España, 2023 (por cada 100 mil habitantes)**

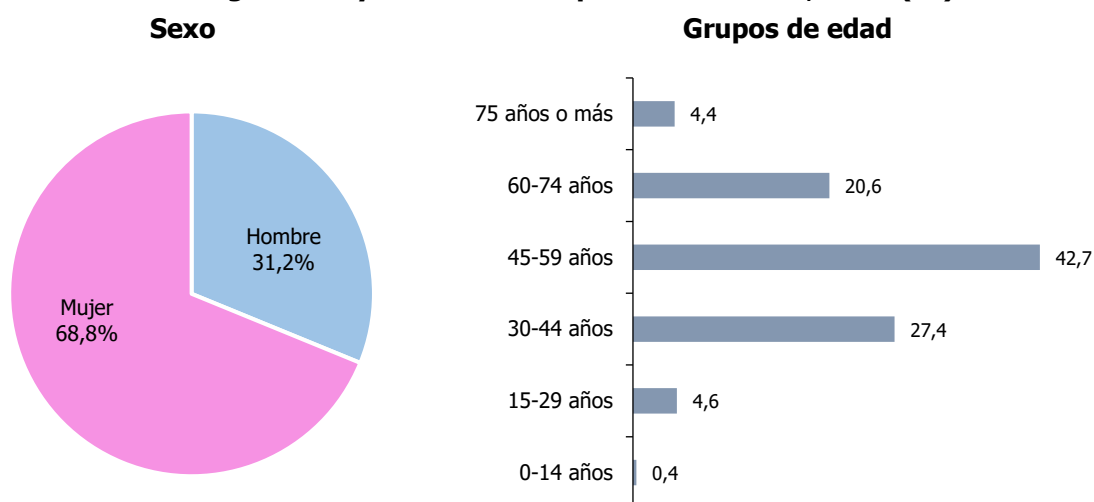


Fuente: Elaboración propia a partir de EME, EMDATA.

El patrón territorial de la Esclerosis Múltiple muestra un gradiente norte-sur similar al observado en otros estudios epidemiológicos, donde las regiones del norte tienden a registrar una mayor prevalencia. Este comportamiento puede estar vinculado tanto a factores ambientales y genéticos como a diferencias en la detección y registro sanitario. Asimismo, la mayor concentración de casos en comunidades con sistemas de salud más desarrollados o con mayor densidad de población podría reflejar una mejor capacidad diagnóstica más que una incidencia real superior, lo que sugiere la necesidad de seguir avanzando en la homogeneización de los sistemas de información sanitaria regionales.

En cuanto a los principales rasgos sociodemográficos de las personas con Esclerosis Múltiple en atención primaria, el gráfico 4.20 proporciona su distribución por sexo y grupos de edad. Se aprecia una importante presencia femenina en el colectivo de personas atendidas de Esclerosis Múltiple, suponiendo más de las dos terceras partes del total, un 68,8%. Por su parte, el grupo de edad más frecuente es el de 45 a 59 años, seguido del de 30 a 44 años.

**Gráfico 4.20. Distribución de las personas con grado de discapacidad reconocido del 33% o más según sexo y tramo de discapacidad obtenido, 2023 (%)**

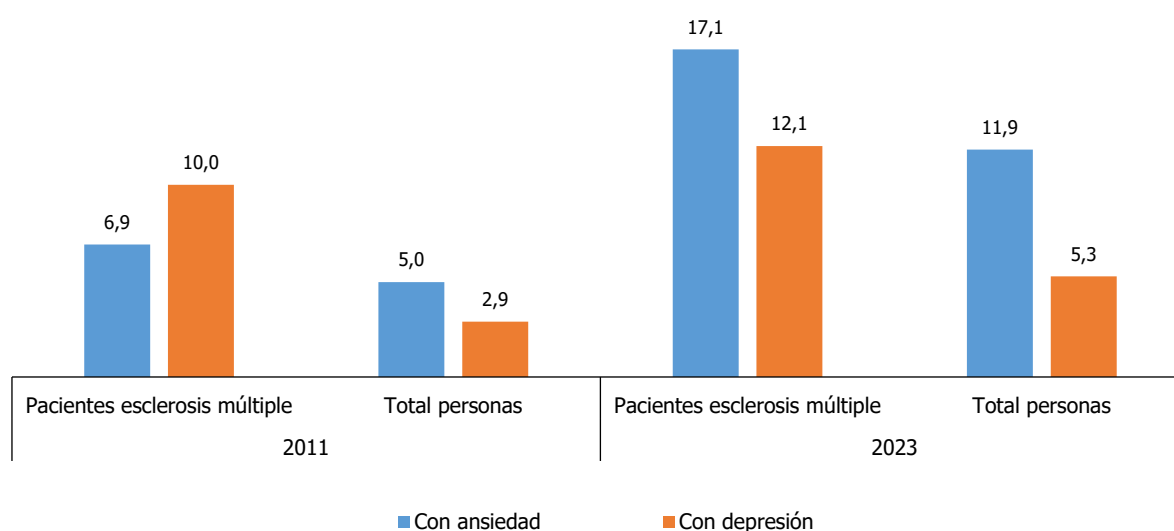


Fuente: Elaboración propia a partir de EME, EMDATA.

Se trata, por tanto, de una enfermedad con rostro de mujer adulta, con edad comprendida entre 45-59 años.

Finalmente, si por algo destaca la Esclerosis Múltiple es por la importante incidencia de la comorbilidad entre sus pacientes. El gráfico 4.21 presenta el porcentaje de personas con Esclerosis Múltiple que padecen también de ansiedad y depresión, en comparación con la incidencia de estos trastornos mentales en el conjunto de la población.

**Gráfico 4.21. Prevalencia de ansiedad y depresión entre pacientes de Esclerosis Múltiple y en el total de la población, España, 2011 y 2023 (%)**



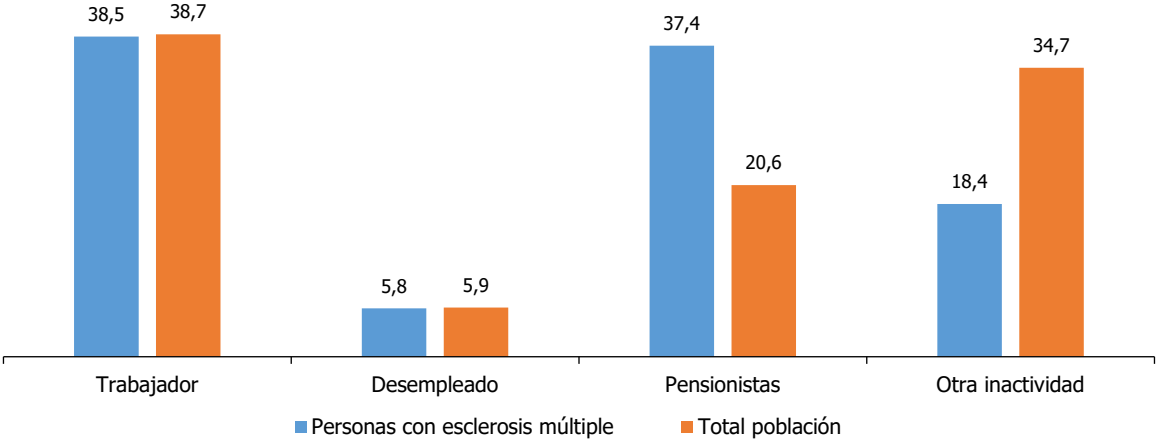
Fuente: Elaboración propia a partir de EME, EMDATA.

La ansiedad afecta en mayor medida a las personas con Esclerosis Múltiple, aumentando ligeramente la distancia mantenida con respecto a la población general entre 2011-2023; adicionalmente, la proporción de pacientes de Esclerosis Múltiple con problemas de depresión multiplicaba por 3,5 su prevalencia entre el conjunto de

la población. Esta distancia se acorta en 2023; si bien, sigue siendo bastante elevada, pues el porcentaje de personas con depresión y Esclerosis Múltiple es 2,3 veces superior al del total de personas.

Pese a estas circunstancias, la proporción de activos, trabajadores y desempleados, entre el colectivo con Esclerosis Múltiple es similar a la del conjunto de la población española, como se recoge en el gráfico 4.22.

**Gráfico 4.22. Distribución de las personas con Esclerosis Múltiple y el total de la población según situación laboral, España, 2023 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de EME, EMDATA.

No obstante, cuando se atiende a la inactividad, los pensionistas están sobrerrepresentados entre las personas con Esclerosis Múltiple (37,4%), en comparación con su peso en el conjunto de la población en edad de trabajar

Además de la información oficial compilada en EMDATA, y que ha sido presentada de forma sintética, esta plataforma ofrece otros informes basados en las opiniones de las personas con Esclerosis Múltiple recabadas mediante encuesta y que abordan diversas temáticas de interés. Así, se proporcionan diversos informes estadísticos, que se ocupan desde las principales necesidades de atención de las personas recién diagnosticadas de Esclerosis Múltiple y sus familiares, hasta cuestiones relativas a los tratamientos farmacológicos y los servicios de rehabilitación, pasando por el análisis de la brecha de género o la maternidad con Esclerosis Múltiple.

## 4.4. Anexo estadístico

**Tabla 4.1. Distribución de la población de 16 años o más según sexo y discapacidad (limitación en la actividad) en la UE, 2024 (%)**

País	Código ISO	Total			Hombre			Mujer		
		Limitación			Limitación			Limitación		
		Ninguna	Moderada	Grave	Ninguna	Moderada	Grave	Ninguna	Moderada	Grave
Bélgica	BE	74,4	17,2	8,4	76,6	15,6	7,8	72,3	18,8	8,9
Bulgaria	BG	87,3	10,4	2,2	89,4	8,5	2,1	85,5	12,1	2,4
Rep. Checa	CZ	73,4	19,4	7,2	75,7	17,7	6,6	71,4	20,9	7,7
Dinamarca	DK	72,5	23,0	4,5	75,2	21,0	3,7	69,9	24,9	5,2
Alemania	DE	71,6	19,8	8,6	73,6	18,4	8,0	69,6	21,2	9,2
Estonia	EE	68,7	20,8	10,6	71,1	19,3	9,7	66,6	22,0	11,3
Irlanda	IE	80,5	14,6	4,9	81,4	13,7	4,9	79,6	15,5	5,0
Grecia	EL	81,7	9,6	8,7	83,4	9,0	7,7	80,2	10,2	9,6
España	ES	79,9	16,3	3,9	82,4	14,2	3,4	77,5	18,2	4,3
Francia	FR	73,6	16,3	10,1	76,1	14,8	9,1	71,3	17,6	11,0
Croacia	HR	73,6	19,3	7,1	75,9	17,7	6,4	71,5	20,8	7,8
Italia	IT	85,5	10,2	4,3	87,5	8,6	3,8	83,5	11,7	4,8
Chipre	CY	76,4	15,1	8,4	76,9	15,0	8,1	76,0	15,3	8,8
Letonia	LV	58,8	30,1	11,1	62,4	27,4	10,1	55,9	32,2	11,8
Lituania	LT	77,8	16,6	5,5	80,1	15,3	4,6	75,9	17,8	6,4
Luxemburgo	LU	71,5	22,7	5,8	73,5	21,6	5,0	69,5	23,8	6,7
Hungría	HU	77,6	16,4	6,0	80,5	14,1	5,4	75,0	18,4	6,7
Malta	MT	85,8	10,6	3,5	88,4	8,9	2,7	82,9	12,7	4,4
Países Bajos	NL	68,6	27,0	4,5	72,0	24,1	3,9	65,1	29,9	5,0
Austria	AT	69,7	21,8	8,5	71,1	21,2	7,6	68,3	22,4	9,4
Polonia	PL	77,9	15,6	6,5	80,1	13,7	6,2	76,1	17,1	6,8
Portugal	PT	71,3	23,2	5,5	76,2	19,2	4,6	66,9	26,8	6,3
Rumanía	RO	81,4	15,4	3,2	84,7	12,6	2,7	78,4	18,0	3,6
Eslovenia	SI	79,4	14,6	6,0	80,4	13,9	5,7	78,4	15,3	6,3
Eslovaquia	SK	68,2	22,5	9,3	70,3	21,2	8,5	66,3	23,7	10,1
Finlandia	FI	65,1	27,9	7,0	68,5	25,0	6,5	61,7	30,8	7,4
Suecia	SE	78,4	16,9	4,7	81,5	14,4	4,1	75,3	19,3	5,4
<b>Unión Europea</b>	<b>EU</b>	<b>76,1</b>	<b>17,2</b>	<b>6,7</b>	<b>78,5</b>	<b>15,4</b>	<b>6,1</b>	<b>73,8</b>	<b>18,8</b>	<b>7,3</b>

Nota: El dato de Luxemburgo corresponde a 2022.

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, EU-SILC.

**Tabla 4.2. Evolución de la tasa de valoración de la discapacidad, España, 2011-2023 (% población)**

CCAA/PROVINCIA	Cod. ISO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Andalucía</b>	<b>AN</b>	<b>6,8</b>	<b>7,0</b>	<b>6,9</b>	<b>7,9</b>	<b>9,6</b>	<b>11,1</b>	<b>9,5</b>	<b>10,7</b>	<b>10,9</b>	<b>10,6</b>	<b>10,8</b>	<b>11,1</b>	<b>9,6</b>
Almería	AL	7,1	7,2	7,0	8,0	9,0	9,7	8,8	9,4	9,5	9,1	9,2	9,3	8,4
Cádiz	CA	8,3	8,6	8,4	9,4	11,2	13,3	11,6	12,7	12,9	12,5	12,7	13,2	11,6
Córdoba	CO	6,6	6,7	6,6	7,4	9,0	10,5	8,9	9,9	10,1	9,9	10,2	10,3	9,1
Granada	GR	6,0	6,3	6,1	7,0	8,4	10,1	8,6	9,8	9,9	9,6	9,8	10,2	8,4
Huelva	H	8,4	8,6	8,5	9,5	10,6	11,2	10,7	11,7	12,0	11,6	11,8	12,4	11,2
Jaén	J	6,2	6,5	6,4	7,6	10,0	10,7	9,3	10,9	11,2	11,4	11,4	12,5	11,1
Málaga	MA	6,7	6,9	6,8	8,0	10,0	11,3	9,5	10,9	10,9	10,5	10,8	10,6	8,8
Sevilla	SE	6,2	6,4	6,2	7,0	8,9	10,9	8,9	10,1	10,4	10,1	10,4	10,8	9,2
<b>Aragón</b>	<b>AR</b>	<b>7,6</b>	<b>8,1</b>	<b>7,9</b>	<b>8,5</b>	<b>9,1</b>	<b>12,5</b>	<b>11,0</b>	<b>11,1</b>	<b>10,6</b>	<b>11,0</b>	<b>10,6</b>	<b>6,8</b>	<b>6,5</b>
Huesca	HU	7,7	8,4	8,2	8,4	9,5	13,2	11,5	11,6	11,1	11,4	11,0	7,1	6,9
Teruel	TE	4,7	5,2	5,1	5,5	5,9	8,1	7,2	7,2	7,1	7,2	7,0	3,8	3,9
Zaragoza	Z	8,0	8,5	8,2	9,0	9,4	13,0	11,4	11,5	11,0	11,4	11,0	7,2	6,8
<b>Asturias<sup>(1)</sup></b>	<b>O</b>	<b>8,4</b>	<b>8,2</b>	<b>8,0</b>	<b>13,2</b>	<b>11,7</b>	<b>16,8</b>	<b>15,9</b>	<b>16,0</b>	<b>16,4</b>	<b>16,4</b>	<b>16,6</b>	<b>16,5</b>	<b>16,5</b>
<b>Balears, Illes</b>	<b>PM</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>5,6</b>	<b>6,1</b>	<b>6,6</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>6,8</b>	<b>5,7</b>
<b>Canarias</b>	<b>CN</b>	<b>4,6</b>	<b>5,5</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>6,1</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>5,5</b>	<b>6,4</b>	<b>5,9</b>	<b>7,2</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>
Palmas, Las	GC	4,5	5,2	5,1	5,4	5,7	5,1	5,1	5,3	6,0	5,7	6,7	7,0	6,8
Santa Cruz de Tenerife	TF	4,6	5,7	5,6	6,1	6,4	5,5	5,4	5,7	6,7	6,2	7,7	7,9	7,8
<b>Cantabria</b>	<b>S</b>	<b>6,6</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>	<b>9,4</b>	<b>11,6</b>	<b>11,9</b>	<b>12,4</b>	<b>12,8</b>	<b>13,7</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>CL</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>	<b>8,2</b>	<b>8,8</b>	<b>9,1</b>	<b>9,6</b>	<b>9,7</b>	<b>10,0</b>	<b>10,1</b>	<b>10,1</b>	<b>10,3</b>	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>
Ávila	AV	8,6	8,7	8,6	9,3	9,9	10,5	10,8	11,2	11,5	11,4	11,7	11,6	11,5
Burgos	BU	7,1	7,1	7,0	7,8	8,1	8,4	8,8	9,1	9,2	9,1	9,6	9,8	9,7
León	LE	10,7	10,6	10,4	10,9	11,2	11,8	11,9	12,1	12,3	12,3	12,5	12,4	12,2
Palencia	P	10,2	10,1	10,0	11,1	11,5	12,0	12,1	12,4	12,8	12,7	12,9	12,9	12,9
Salamanca	SA	7,3	7,1	7,0	7,5	7,7	8,1	8,2	8,5	8,6	8,5	8,8	8,8	8,8
Segovia	SG	6,9	6,9	6,8	7,4	7,6	8,1	8,1	8,3	8,4	8,3	8,5	8,5	8,5
Soria	SO	8,0	7,8	7,7	8,3	8,6	9,0	9,1	9,4	9,6	9,5	9,7	9,8	9,9
Valladolid	VA	7,8	7,8	7,7	8,2	8,5	8,9	9,0	9,1	9,2	9,2	9,3	9,4	9,3
Zamora	ZA	8,0	7,9	7,8	8,4	8,8	9,2	9,5	9,8	10,1	10,1	10,4	10,4	10,3
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>CM</b>	<b>6,9</b>	<b>7,2</b>	<b>7,2</b>	<b>8,0</b>	<b>8,6</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	<b>9,3</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>	<b>10,0</b>	<b>10,4</b>	<b>10,0</b>
Albacete	AB	8,5	8,9	8,9	10,2	10,8	11,3	11,4	11,7	12,1	12,5	12,9	13,6	13,3
Ciudad Real	CR	7,3	7,7	7,7	8,4	8,8	9,2	9,1	9,3	9,4	9,7	10,1	10,5	10,2
Cuenca	CU	8,9	9,5	9,7	11,0	11,9	12,4	12,4	13,1	13,2	13,5	13,9	14,4	13,9
Guadalajara	GU	6,1	6,4	6,4	7,2	7,7	8,3	8,4	8,7	8,9	9,0	9,3	9,5	9,1
Toledo	TO	5,3	5,5	5,5	6,0	6,5	6,8	6,7	6,9	7,0	7,1	7,4	7,7	7,5
<b>Cataluña</b>	<b>CT</b>	<b>7,1</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>	<b>8,1</b>	<b>8,5</b>	<b>8,8</b>	<b>9,0</b>	<b>9,3</b>	<b>9,6</b>	<b>9,5</b>	<b>9,8</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>
Barcelona	B	7,5	7,8	7,6	8,5	8,8	9,1	9,2	9,5	9,8	9,7	10,0	10,3	10,4
Girona	GI	5,0	5,3	5,2	5,8	6,2	6,7	7,0	7,4	7,7	7,8	8,0	8,3	8,6
Lleida	L	7,4	7,5	7,4	7,9	8,3	8,6	8,5	8,7	9,1	9,1	9,2	9,5	9,6
Tarragona	T	6,6	6,9	6,7	7,9	8,4	8,9	9,4	9,8	10,3	10,4	10,7	11,1	11,3
<b>C. Valenciana</b>	<b>VC</b>	<b>7,9</b>	<b>7,6</b>	<b>7,4</b>	<b>8,3</b>	<b>8,8</b>	<b>11,3</b>	<b>10,0</b>	<b>8,8</b>	<b>9,1</b>	<b>9,3</b>	<b>9,6</b>	<b>9,7</b>	<b>9,4</b>
Alicante/Alacant	A	5,8	5,6	5,4	6,1	6,5	8,3	7,3	6,1	6,2	6,2	6,4	6,6	6,4
Castellón/Castelló	CS	7,1	6,8	6,7	7,4	8,1	10,6	9,5	8,6	9,1	9,2	9,6	9,9	9,6
Valencia/València	V	9,6	9,2	9,1	10,1	10,6	13,6	12,1	10,8	11,2	11,5	12,0	11,9	11,6
<b>Extremadura</b>	<b>EX</b>	<b>9,3</b>	<b>9,5</b>	<b>9,4</b>	<b>10,2</b>	<b>10,9</b>	<b>12,3</b>	<b>11,0</b>	<b>10,9</b>	<b>10,5</b>	<b>10,6</b>	<b>10,7</b>	<b>10,8</b>	<b>10,6</b>
Badajoz	BA	9,4	9,6	9,5	10,0	10,8	12,3	10,7	10,5	9,9	10,1	10,2	10,4	10,3
Cáceres	CC	9,1	9,4	9,2	10,5	11,0	12,5	11,6	11,5	11,3	11,4	11,5	11,6	11,1
<b>Galicia</b>	<b>GA</b>	<b>7,4</b>	<b>7,8</b>	<b>8,4</b>	<b>7,8</b>	<b>8,9</b>	<b>11,4</b>	<b>9,5</b>	<b>10,0</b>	<b>10,6</b>	<b>10,8</b>	<b>11,2</b>	<b>11,5</b>	<b>11,5</b>
Coruña, A	C	7,4	7,8	9,2	8,7	6,8	11,8	9,5	9,9	10,5	10,7	11,0	11,3	11,3
Lugo	LU	8,2	8,5	7,7	4,4	9,2	9,5	9,5	9,9	10,3	10,3	10,7	10,7	10,6
Ourense	OR	7,3	7,8	7,7	5,5	10,6	11,6	9,5	10,4	11,0	11,1	11,6	12,0	12,1
Pontevedra	PO	7,2	7,6	8,0	8,6	10,6	11,5	9,4	10,0	10,6	11,0	11,5	11,9	12,0
<b>Madrid</b>	<b>M</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,9</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,6</b>	<b>8,0</b>	<b>7,7</b>
<b>R. Murcia</b>	<b>MU</b>	<b>13,9</b>	<b>14,0</b>	<b>13,9</b>	<b>14,1</b>	<b>14,4</b>	<b>15,4</b>	<b>14,7</b>	<b>14,9</b>	<b>14,7</b>	<b>14,7</b>	<b>14,7</b>	<b>14,2</b>	<b>14,5</b>
<b>Navarra</b>	<b>NA</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>7,0</b>	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>	<b>7,3</b>	<b>7,2</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>	<b>7,8</b>
<b>País Vasco</b>	<b>PV</b>	<b>4,9</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>8,8</b>	<b>8,1</b>	<b>9,3</b>	<b>7,1</b>	<b>8,1</b>	<b>8,3</b>	<b>8,5</b>	<b>8,5</b>	<b>8,7</b>	<b>8,7</b>
Araba/Álava	VI	7,2	7,1	7,0	8,0	8,6	8,7	9,1	9,2	9,3	9,2	9,1	9,1	9,2
Bizkaia	BI	7,2	7,4	7,6	7,7	8,1	8,0	5,8	7,7	7,8	8,3	8,3	8,5	8,6
Gipuzkoa	SS	7,0	7,6	7,3	10,8	7,6	11,6	8,4	8,4	8,6	8,6	8,6	8,7	8,8
<b>La Rioja</b>	<b>LO</b>	<b>7,7</b>	<b>7,9</b>	<b>7,9</b>	<b>8,0</b>	<b>8,2</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>8,5</b>	<b>8,6</b>	<b>8,7</b>	<b>8,9</b>	<b>9,1</b>	<b>9,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>ESP</b>	<b>7,0</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>	<b>8,0</b>	<b>8,7</b>	<b>9,8</b>	<b>9,1</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>	<b>9,9</b>	<b>10,0</b>	<b>9,6</b>

Nota: No hay datos de Asturias para 2023, se le han asignado los de 2022.

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

**Tabla 4.3. Evolución tasa de reconocimiento de la discapacidad (grado  $\geq$  33%), España, 2011-2023 (% población)**

CCAA/PROVINCIA	Cod. ISO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Andalucía</b>	<b>AN</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>	<b>7,1</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>6,9</b>	<b>6,7</b>
Almería	AL	5,2	5,2	5,1	5,7	6,0	6,5	6,2	6,1	6,1	5,8	5,9	5,7	5,5
Cádiz	CA	5,8	5,9	5,8	6,4	7,1	8,9	8,2	8,3	8,5	8,2	8,5	8,5	8,3
Córdoba	CO	4,7	4,7	4,6	5,1	5,6	6,7	6,2	6,1	6,3	6,1	6,3	6,3	6,1
Granada	GR	4,4	4,5	4,4	4,9	5,3	6,6	6,2	6,1	6,2	5,9	6,2	6,1	5,9
Huelva	H	6,2	6,3	6,2	6,8	7,1	7,6	7,6	7,6	7,8	7,6	8,0	8,0	7,9
Jaén	J	4,5	4,7	4,6	5,3	6,1	6,6	6,5	6,8	6,9	7,1	7,3	7,7	7,6
Málaga	MA	5,4	5,6	5,4	6,3	6,6	7,6	7,4	7,3	7,1	6,7	7,1	6,9	6,7
Sevilla	SE	4,1	4,2	4,1	4,5	5,0	6,3	5,9	5,9	6,0	5,9	6,2	6,2	6,0
<b>Aragón</b>	<b>AR</b>	<b>5,9</b>	<b>6,2</b>	<b>6,0</b>	<b>6,4</b>	<b>6,8</b>	<b>9,9</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>8,0</b>	<b>8,3</b>	<b>7,9</b>	<b>6,1</b>	<b>5,6</b>
Huesca	HU	6,3	6,8	6,6	6,7	7,5	11,0	9,3	9,3	8,9	9,1	8,7	6,6	6,1
Teruel	TE	3,4	3,7	3,7	3,9	4,1	6,0	5,2	5,2	5,0	5,1	4,9	3,4	3,2
Zaragoza	Z	6,1	6,4	6,1	6,6	7,0	10,2	8,7	8,6	8,2	8,5	8,2	6,4	5,9
<b>Asturias<sup>(1)</sup></b>	<b>O</b>	<b>8,4</b>	<b>8,2</b>	<b>8,0</b>	<b>9,4</b>	<b>11,7</b>	<b>11,9</b>	<b>11,4</b>	<b>11,2</b>	<b>11,5</b>	<b>11,4</b>	<b>11,5</b>	<b>11,5</b>	<b>11,4</b>
<b>Baleares, Illes</b>	<b>PM</b>	<b>4,2</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>	<b>4,7</b>	<b>5,2</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>5,0</b>	<b>4,9</b>	<b>5,1</b>	<b>5,2</b>	<b>4,1</b>
<b>Canarias</b>	<b>CN</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>	<b>4,7</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>5,1</b>	<b>4,7</b>	<b>5,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>
Palmas, Las	GC	3,5	4,0	3,9	4,1	4,3	3,9	3,8	4,0	4,5	4,3	4,9	5,2	5,0
Santa Cruz de Tenerife	TF	4,2	5,2	5,1	5,4	5,7	4,8	4,6	4,8	5,8	5,2	6,5	6,7	6,6
<b>Cantabria</b>	<b>S</b>	<b>6,6</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>7,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>	<b>9,4</b>	<b>9,8</b>	<b>10,0</b>	<b>10,4</b>	<b>10,9</b>	<b>11,5</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>CL</b>	<b>5,5</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>	<b>7,3</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,3</b>
Ávila	AV	5,9	6,8	6,7	7,3	7,7	8,2	8,5	8,8	9,0	8,9	9,1	9,0	8,9
Burgos	BU	5,1	5,8	5,7	6,2	6,5	6,8	7,1	7,3	7,4	7,3	7,6	7,8	7,7
León	LE	6,6	7,5	7,3	7,6	7,8	8,2	8,3	8,3	8,5	8,4	8,5	8,3	8,1
Palencia	P	6,7	7,8	7,6	8,4	8,6	8,9	9,0	9,1	9,3	9,2	9,3	9,2	9,2
Salamanca	SA	4,8	5,2	5,1	5,4	5,5	5,8	5,9	6,1	6,2	6,1	6,3	6,3	6,3
Segovia	SG	4,6	5,1	5,0	5,3	5,5	5,8	5,8	5,8	5,9	5,8	5,9	5,7	5,6
Soria	SO	5,8	6,3	6,1	6,6	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,7	7,7	7,7	7,7
Valladolid	VA	5,0	5,6	5,5	5,8	5,9	6,2	6,2	6,3	6,4	6,3	6,3	6,3	6,2
Zamora	ZA	5,4	6,0	5,9	6,3	6,6	6,8	7,1	7,2	7,4	7,4	7,6	7,5	7,4
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>CM</b>	<b>5,5</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>6,2</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>	<b>7,4</b>	<b>7,7</b>	<b>7,4</b>
Albacete	AB	6,6	7,0	7,0	7,9	8,4	8,8	8,7	9,0	9,2	9,6	9,9	10,5	10,2
Ciudad Real	CR	5,4	5,6	5,6	5,8	6,0	6,1	6,0	6,0	6,0	6,2	6,5	6,8	6,6
Cuenca	CU	8,1	8,5	8,7	9,6	10,2	10,4	10,2	10,6	10,6	10,9	11,2	11,7	11,2
Guadalajara	GU	4,9	5,1	5,1	5,6	6,1	6,5	6,6	6,8	7,0	7,1	7,4	7,6	7,3
Toledo	TO	4,2	4,4	4,3	4,7	5,0	5,2	5,1	5,2	5,3	5,3	5,5	5,7	5,5
<b>Cataluña</b>	<b>CT</b>	<b>5,7</b>	<b>6,0</b>	<b>5,8</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>	<b>7,4</b>	<b>7,6</b>	<b>7,5</b>	<b>7,8</b>	<b>8,1</b>	<b>8,2</b>
Barcelona	B	5,9	6,2	6,1	6,8	7,1	7,2	7,3	7,5	7,8	7,6	7,9	8,2	8,2
Girona	GI	4,2	4,5	4,4	4,9	5,3	5,6	5,9	6,2	6,6	6,6	6,8	7,2	7,4
Lleida	L	5,6	5,8	5,6	6,1	6,3	6,6	6,5	6,7	7,0	7,0	7,1	7,4	7,4
Tarragona	T	5,2	5,5	5,4	6,3	6,7	7,1	7,4	7,7	8,1	8,1	8,4	8,8	8,9
<b>C. Valenciana</b>	<b>VC</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>6,4</b>	<b>8,6</b>	<b>7,4</b>	<b>6,1</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>	<b>6,2</b>
Alicante/Alacant	A	4,1	3,9	3,8	4,2	4,4	6,0	5,1	3,8	3,9	3,8	3,9	4,0	3,8
Castellón/Castelló	CS	5,8	5,6	5,5	6,0	6,5	8,8	7,7	6,5	6,8	6,8	7,0	7,2	7,0
Valencia/València	V	7,3	7,0	6,8	7,4	7,8	10,5	9,0	7,6	7,8	7,9	8,2	8,1	7,8
<b>Extremadura</b>	<b>EX</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>	<b>6,4</b>	<b>7,3</b>	<b>7,6</b>	<b>8,6</b>	<b>7,8</b>	<b>7,6</b>	<b>7,3</b>	<b>7,3</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,2</b>
Badajoz	BA	6,8	6,9	6,7	7,3	7,6	8,6	7,6	7,4	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1
Cáceres	CC	6,1	6,1	6,0	7,3	7,6	8,7	8,0	7,8	7,7	7,8	7,9	8,0	7,5
<b>Galicia</b>	<b>GA</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,6</b>	<b>6,6</b>	<b>8,2</b>	<b>6,8</b>	<b>7,1</b>	<b>7,5</b>	<b>7,6</b>	<b>7,8</b>	<b>8,0</b>	<b>7,9</b>
Coruña, A	C	5,4	5,6	5,2	5,1	5,0	8,2	6,6	6,8	7,1	7,2	7,4	7,5	7,4
Lugo	LU	5,6	5,8	3,9	2,7	6,2	6,3	6,4	6,6	6,9	6,9	7,0	7,0	6,9
Ourense	OR	5,5	5,8	4,5	3,1	7,6	8,3	7,0	7,4	7,8	7,9	8,1	8,3	8,4
Pontevedra	PO	5,8	6,0	4,9	5,1	8,3	9,0	7,3	7,6	8,0	8,3	8,6	8,8	8,8
<b>Madrid</b>	<b>M</b>	<b>3,4</b>	<b>3,6</b>	<b>3,7</b>	<b>4,6</b>	<b>4,9</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>
<b>R. Murcia</b>	<b>MU</b>	<b>10,9</b>	<b>10,9</b>	<b>10,8</b>	<b>10,7</b>	<b>10,9</b>	<b>11,6</b>	<b>10,8</b>	<b>10,9</b>	<b>10,6</b>	<b>10,5</b>	<b>10,4</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>
<b>Navarra</b>	<b>NA</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>	<b>4,5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,9</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>	<b>5,6</b>
<b>País Vasco</b>	<b>PV</b>	<b>5,9</b>	<b>6,1</b>	<b>6,0</b>	<b>7,3</b>	<b>6,4</b>	<b>7,6</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>6,4</b>	<b>6,3</b>	<b>6,4</b>	<b>6,4</b>
Araba/Álava	VI	5,3	5,2	5,1	5,8	6,3	6,3	6,6	6,6	6,7	6,6	6,5	6,5	6,4
Bizkaia	BI	5,4	5,5	5,5	5,5	5,6	5,4	5,6	5,7	5,8	5,8	5,8	5,9	5,8
Gipuzkoa	SS	7,0	7,6	7,3	10,8	7,6	11,6	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2
<b>La Rioja</b>	<b>LO</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>5,7</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,2</b>	<b>6,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>ESP</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>	<b>5,4</b>	<b>6,0</b>	<b>6,4</b>	<b>7,3</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>	<b>7,1</b>	<b>7,0</b>

Nota: No hay datos de Asturias para 2023, se le han asignado los de 2022.

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

**Tabla 4.4. Evolución del número de personas valoradas del grado de discapacidad, España, 2011-2023**

CCAA/PROVINCIA	Cod. ISO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Andalucía</b>	<b>AN</b>	<b>575.092</b>	<b>594.014</b>	<b>581.882</b>	<b>662.678</b>	<b>807.628</b>	<b>931.178</b>	<b>797.055</b>	<b>896.815</b>	<b>914.471</b>	<b>894.369</b>	<b>914.292</b>	<b>942.533</b>	<b>819.854</b>
Almería	AL	49.577	50.355	49.077	56.202	63.052	68.051	62.203	66.799	67.961	66.409	67.582	69.207	63.151
Cádiz	CA	103.255	106.586	104.553	117.139	138.875	165.435	144.008	157.458	159.468	155.691	158.076	164.919	145.201
Córdoba	CO	52.855	53.879	52.808	59.151	71.702	83.329	70.318	78.046	78.986	77.326	79.038	79.449	70.179
Granada	GR	55.868	57.773	56.487	64.004	77.298	92.404	78.341	88.967	90.971	88.011	89.954	94.373	78.468
Huelva	H	43.989	45.170	44.376	49.402	54.920	57.942	55.362	60.751	62.803	60.960	62.265	65.811	59.740
Jaén	J	41.291	43.313	42.443	50.072	65.515	69.158	59.709	69.496	71.055	72.196	71.656	77.941	68.985
Málaga	MA	108.854	113.806	111.688	129.922	162.818	184.279	155.420	178.498	180.701	176.874	182.490	181.305	154.278
Sevilla	SE	119.403	123.132	120.450	136.786	173.448	210.580	171.694	196.800	202.526	196.902	203.231	209.528	179.852
<b>Aragón</b>	<b>AR</b>	<b>102.690</b>	<b>109.184</b>	<b>106.254</b>	<b>112.738</b>	<b>119.617</b>	<b>163.489</b>	<b>143.743</b>	<b>144.626</b>	<b>140.046</b>	<b>146.019</b>	<b>141.009</b>	<b>90.711</b>	<b>87.248</b>
Huesca	HU	17.636	19.083	18.586	18.953	21.187	29.156	25.247	25.356	24.536	25.495	24.694	16.119	15.643
Teruel	TE	6.777	7.407	7.252	7.750	8.183	11.047	9.721	9.744	9.474	9.706	9.424	5.065	5.214
Zaragoza	Z	78.277	82.694	80.416	86.035	90.247	123.286	108.775	109.526	106.036	110.818	106.891	69.527	66.391
<b>Asturias<sup>(1)</sup></b>	<b>O</b>	<b>91.128</b>	<b>88.204</b>	<b>85.043</b>	<b>139.689</b>	<b>123.387</b>	<b>174.896</b>	<b>164.594</b>	<b>164.783</b>	<b>168.182</b>	<b>166.913</b>	<b>167.981</b>	<b>166.164</b>	<b>166.164</b>
<b>Baleares, Illes</b>	<b>PM</b>	<b>57.283</b>	<b>59.782</b>	<b>58.703</b>	<b>62.303</b>	<b>67.263</b>	<b>73.591</b>	<b>67.163</b>	<b>69.269</b>	<b>74.680</b>	<b>75.993</b>	<b>77.845</b>	<b>80.218</b>	<b>68.934</b>
<b>Canarias</b>	<b>CN</b>	<b>97.058</b>	<b>115.499</b>	<b>113.518</b>	<b>120.486</b>	<b>127.134</b>	<b>111.942</b>	<b>110.319</b>	<b>116.449</b>	<b>136.922</b>	<b>128.432</b>	<b>155.462</b>	<b>161.880</b>	<b>160.700</b>
Palmas, Las	GC	49.568	57.440	56.468	59.336	62.747	56.274	55.728	58.751	67.308	64.144	75.373	78.705	77.950
Santa Cruz de Tenerife	TF	47.490	58.059	57.050	61.150	64.387	55.668	54.591	57.698	69.614	64.288	80.089	83.175	82.750
<b>Cantabria</b>	<b>S</b>	<b>38.854</b>	<b>42.977</b>	<b>41.379</b>	<b>42.240</b>	<b>47.632</b>	<b>49.949</b>	<b>52.517</b>	<b>54.806</b>	<b>67.609</b>	<b>69.417</b>	<b>72.294</b>	<b>75.149</b>	<b>80.800</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>CL</b>	<b>213.710</b>	<b>211.575</b>	<b>206.024</b>	<b>219.686</b>	<b>225.836</b>	<b>234.121</b>	<b>235.691</b>	<b>240.018</b>	<b>243.466</b>	<b>241.635</b>	<b>246.342</b>	<b>245.296</b>	<b>244.200</b>
Ávila	AV	14.798	14.851	14.449	15.582	16.324	17.144	17.317	17.788	18.062	17.937	18.525	18.364	18.295
Burgos	BU	26.810	26.746	25.958	28.447	29.496	30.502	31.432	32.409	32.979	32.705	34.126	34.720	34.592
León	LE	53.048	52.266	50.824	52.978	53.857	55.723	55.705	56.130	56.773	56.324	56.466	55.361	54.606
Palencia	P	17.504	17.247	16.818	18.594	19.088	19.836	19.750	20.093	20.526	20.360	20.591	20.446	20.376
Salamanca	SA	25.695	24.939	24.317	25.524	26.098	27.084	27.217	28.079	28.322	28.129	28.891	28.819	28.851
Segovia	SG	11.404	11.266	10.992	11.743	12.053	12.535	12.537	12.657	12.876	12.775	13.094	13.126	13.206
Soria	SO	7.598	7.384	7.157	7.623	7.839	8.063	8.119	8.300	8.521	8.459	8.590	8.663	8.867
Valladolid	VA	41.478	41.713	40.772	43.593	44.914	46.568	46.742	47.451	48.041	47.706	48.485	48.477	48.243
Zamora	ZA	15.375	15.163	14.737	15.602	16.167	16.666	16.872	17.111	17.366	17.240	17.574	17.320	17.164

**Tabla 4.4. Evolución del número de personas valoradas del grado de discapacidad, España, 2011-2023 (continuación)**

CCAA/PROVINCIA	Cod. ISO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>CM</b>	<b>145.646</b>	<b>153.410</b>	<b>152.095</b>	<b>167.217</b>	<b>176.777</b>	<b>183.327</b>	<b>182.453</b>	<b>187.733</b>	<b>190.776</b>	<b>196.783</b>	<b>204.213</b>	<b>212.734</b>	<b>208.776</b>
Albacete	AB	34.095	35.945	35.687	40.424	42.558	44.445	44.313	45.641	46.793	48.543	49.981	52.640	51.692
Ciudad Real	CR	38.893	40.923	40.576	43.457	45.445	46.481	45.794	46.397	46.400	47.793	49.692	51.459	49.940
Cuenca	CU	19.567	20.684	20.484	22.867	24.309	24.886	24.673	25.747	25.873	26.501	27.254	28.105	27.525
Guadalajara	GU	15.606	16.623	16.478	18.286	19.660	20.890	21.337	22.207	22.961	23.662	24.769	25.586	25.121
Toledo	TO	37.485	39.235	38.870	42.183	44.805	46.625	46.336	47.741	48.749	50.284	52.517	54.944	54.498
<b>Cataluña</b>	<b>CT</b>	<b>536.485</b>	<b>562.284</b>	<b>547.964</b>	<b>612.315</b>	<b>638.800</b>	<b>663.678</b>	<b>677.496</b>	<b>705.711</b>	<b>736.338</b>	<b>741.569</b>	<b>763.274</b>	<b>791.189</b>	<b>811.507</b>
Barcelona	B	412.634	432.591	421.595	470.204	488.535	505.330	513.743	533.664	554.151	556.347	571.869	590.665	603.406
Girona	GI	37.854	40.289	39.332	44.223	47.056	50.271	52.720	56.040	59.638	60.937	62.877	66.229	69.627
Lleida	L	32.588	33.278	32.414	34.810	36.035	37.295	36.714	37.768	39.423	39.739	40.551	42.029	42.737
Tarragona	T	53.409	56.126	54.623	63.078	67.174	70.782	74.319	78.239	83.126	84.546	87.977	92.266	95.737
<b>C. Valenciana</b>	<b>VC</b>	<b>402.931</b>	<b>388.093</b>	<b>379.889</b>	<b>415.080</b>	<b>438.795</b>	<b>560.567</b>	<b>495.105</b>	<b>435.726</b>	<b>454.835</b>	<b>468.193</b>	<b>486.679</b>	<b>494.925</b>	<b>491.055</b>
Alicante/Alacant	A	112.024	108.180	105.878	114.231	120.658	152.146	134.011	111.654	114.922	116.533	120.567	125.621	124.280
Castellón/Castelló	CS	42.769	41.216	40.175	43.549	47.320	61.516	54.924	49.341	52.850	53.979	56.119	58.275	58.213
Valencia/València	V	248.138	238.697	233.836	257.300	270.817	346.905	306.170	274.731	287.063	297.681	309.993	311.029	308.562
<b>Extremadura</b>	<b>EX</b>	<b>103.203</b>	<b>105.716</b>	<b>103.579</b>	<b>111.694</b>	<b>118.826</b>	<b>134.290</b>	<b>119.299</b>	<b>116.421</b>	<b>111.591</b>	<b>112.676</b>	<b>113.460</b>	<b>114.265</b>	<b>111.728</b>
Badajoz	BA	65.277	66.985	65.749	68.784	73.950	83.931	72.833	70.887	66.915	68.014	68.587	69.351	68.718
Cáceres	CC	37.926	38.731	37.830	42.910	44.876	50.359	46.466	45.534	44.676	44.662	44.873	44.914	43.010
<b>Galicia</b>	<b>GA</b>	<b>207.252</b>	<b>217.455</b>	<b>231.930</b>	<b>213.446</b>	<b>242.025</b>	<b>310.442</b>	<b>256.688</b>	<b>270.209</b>	<b>285.440</b>	<b>291.464</b>	<b>302.752</b>	<b>309.728</b>	<b>311.436</b>
Coruña, A	C	84.645	89.382	104.307	98.778	76.407	132.991	106.528	110.849	117.351	119.503	123.557	126.336	126.648
Lugo	LU	28.777	29.734	26.605	14.918	31.302	31.910	31.799	32.771	33.845	33.920	34.731	34.750	34.380
Ourense	OR	24.401	25.666	25.074	17.714	33.774	36.651	29.636	32.108	33.868	34.136	35.432	36.396	36.750
Pontevedra	PO	69.429	72.673	75.944	82.036	100.542	108.890	88.725	94.481	100.376	103.905	109.032	112.246	113.658
<b>Madrid</b>	<b>M</b>	<b>347.712</b>	<b>369.295</b>	<b>388.175</b>	<b>394.172</b>	<b>418.641</b>	<b>444.536</b>	<b>458.088</b>	<b>475.483</b>	<b>494.927</b>	<b>501.268</b>	<b>511.571</b>	<b>537.777</b>	<b>528.608</b>
<b>R. Murcia</b>	<b>MU</b>	<b>203.885</b>	<b>206.848</b>	<b>204.160</b>	<b>206.109</b>	<b>211.211</b>	<b>224.886</b>	<b>216.566</b>	<b>219.737</b>	<b>218.968</b>	<b>222.576</b>	<b>222.614</b>	<b>216.962</b>	<b>225.155</b>
<b>Navarra</b>	<b>NA</b>	<b>42.245</b>	<b>42.742</b>	<b>41.818</b>	<b>43.360</b>	<b>44.014</b>	<b>45.061</b>	<b>44.642</b>	<b>46.101</b>	<b>47.651</b>	<b>47.832</b>	<b>51.073</b>	<b>51.172</b>	<b>52.289</b>
<b>País Vasco</b>	<b>PV</b>	<b>106.295</b>	<b>162.799</b>	<b>161.951</b>	<b>191.740</b>	<b>176.252</b>	<b>203.400</b>	<b>156.839</b>	<b>179.183</b>	<b>182.910</b>	<b>188.930</b>	<b>188.743</b>	<b>191.233</b>	<b>193.920</b>
Araba/Álava	VI	22.898	53.785	52.088	77.082	54.828	83.435	29.728	30.302	30.932	30.779	30.516	30.491	31.048
Bizkaia	BI	83.397	22.846	22.350	25.857	27.988	28.155	66.334	88.319	89.977	95.799	96.081	97.930	98.764
Gipuzkoa	SS	49.405	86.168	87.513	88.801	93.436	91.810	60.777	60.562	62.001	62.352	62.146	62.812	64.108
<b>La Rioja</b>	<b>LO</b>	<b>24.979</b>	<b>25.619</b>	<b>25.283</b>	<b>25.449</b>	<b>25.958</b>	<b>26.663</b>	<b>26.376</b>	<b>26.806</b>	<b>27.356</b>	<b>27.706</b>	<b>28.442</b>	<b>28.995</b>	<b>29.365</b>
<b>TOTAL</b>	<b>ESP</b>	<b>3.318.052</b>	<b>3.478.395</b>	<b>3.452.820</b>	<b>3.763.788</b>	<b>4.035.766</b>	<b>4.563.749</b>	<b>4.228.043</b>	<b>4.373.270</b>	<b>4.521.806</b>	<b>4.547.549</b>	<b>4.674.932</b>	<b>4.737.453</b>	<b>4.618.261</b>

Nota: No hay datos de Asturias para 2023, se le han asignado los de 2022.

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

**Tabla 4.5. Evolución del número de personas con reconocimiento de discapacidad (grado  $\geq$  33%), España, 2011-2023**

CCAA/PROVINCIA	Cod. ISO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Andalucía</b>	<b>AN</b>	<b>418.880</b>	<b>427.706</b>	<b>416.947</b>	<b>466.389</b>	<b>505.566</b>	<b>597.198</b>	<b>569.225</b>	<b>567.248</b>	<b>574.873</b>	<b>559.263</b>	<b>582.452</b>	<b>582.566</b>	<b>571.715</b>
Almería	AL	36.568	36.739	35.598	40.144	41.934	45.660	43.881	43.150	43.531	42.118	43.113	42.381	41.324
Cádiz	CA	72.594	73.857	72.095	79.304	88.480	110.207	102.071	102.906	105.029	102.165	106.242	105.563	103.597
Córdoba	CO	37.606	37.987	37.057	41.152	44.373	52.707	49.222	48.231	49.123	47.604	49.200	48.771	47.248
Granada	GR	41.109	41.895	40.714	45.059	48.920	60.424	56.186	55.809	56.533	54.393	56.739	56.071	54.830
Huelva	H	32.448	33.025	32.325	35.390	37.153	39.323	39.641	39.760	40.847	39.960	41.877	42.408	42.160
Jaén	J	30.421	31.455	30.656	35.135	39.884	42.561	41.915	43.218	44.008	44.967	45.704	47.742	47.352
Málaga	MA	88.459	91.294	89.251	102.135	108.236	123.424	121.371	119.435	118.570	113.768	119.745	118.685	116.991
Sevilla	SE	79.675	81.454	79.251	88.070	96.586	122.892	114.938	114.739	117.232	114.288	119.832	120.945	118.213
<b>Aragón</b>	<b>AR</b>	<b>78.965</b>	<b>82.993</b>	<b>80.320</b>	<b>84.211</b>	<b>89.126</b>	<b>129.299</b>	<b>109.851</b>	<b>109.865</b>	<b>105.710</b>	<b>109.837</b>	<b>105.322</b>	<b>81.559</b>	<b>75.643</b>
Huesca	HU	14.336	15.408	14.940	15.131	16.701	24.210	20.337	20.372	19.606	20.265	19.526	14.810	13.859
Teruel	TE	4.933	5.357	5.232	5.467	5.758	8.211	7.015	6.990	6.760	6.878	6.649	4.511	4.278
Zaragoza	Z	59.696	62.228	60.148	63.613	66.667	96.878	82.499	82.503	79.344	82.694	79.147	62.238	57.506
<b>Asturias<sup>(1)</sup></b>	<b>O</b>	<b>91.047</b>	<b>88.125</b>	<b>84.964</b>	<b>100.197</b>	<b>123.387</b>	<b>124.079</b>	<b>117.782</b>	<b>115.152</b>	<b>117.597</b>	<b>116.500</b>	<b>116.028</b>	<b>115.173</b>	<b>115.173</b>
<b>Balears, Illes</b>	<b>PM</b>	<b>47.152</b>	<b>48.476</b>	<b>47.473</b>	<b>49.100</b>	<b>51.959</b>	<b>57.069</b>	<b>52.202</b>	<b>52.667</b>	<b>57.033</b>	<b>57.825</b>	<b>59.280</b>	<b>61.408</b>	<b>50.087</b>
<b>Canarias</b>	<b>CN</b>	<b>82.498</b>	<b>97.073</b>	<b>95.179</b>	<b>99.596</b>	<b>104.452</b>	<b>91.637</b>	<b>88.091</b>	<b>93.017</b>	<b>110.148</b>	<b>102.642</b>	<b>123.954</b>	<b>129.067</b>	<b>127.779</b>
Palmas, Las	GC	38.747	44.284	43.375	44.909	47.345	42.982	41.419	44.099	50.626	48.208	55.762	58.564	57.835
Santa Cruz de Tenerife	TF	43.751	52.789	51.804	54.687	57.107	48.655	46.672	48.918	59.522	54.434	68.192	70.503	69.944
<b>Cantabria</b>	<b>S</b>	<b>38.854</b>	<b>42.977</b>	<b>41.379</b>	<b>42.240</b>	<b>47.632</b>	<b>49.949</b>	<b>52.517</b>	<b>54.806</b>	<b>56.972</b>	<b>58.378</b>	<b>61.053</b>	<b>64.062</b>	<b>67.722</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>CL</b>	<b>140.921</b>	<b>157.577</b>	<b>152.557</b>	<b>161.528</b>	<b>165.086</b>	<b>170.795</b>	<b>172.700</b>	<b>174.715</b>	<b>176.455</b>	<b>174.963</b>	<b>176.957</b>	<b>175.100</b>	<b>173.965</b>
Ávila	AV	10.218	11.724	11.344	12.256	12.749	13.362	13.586	13.904	14.109	14.000	14.423	14.277	14.197
Burgos	BU	19.323	21.748	21.014	22.871	23.635	24.446	25.387	25.984	26.302	26.068	27.129	27.636	27.583
León	LE	32.665	36.888	35.615	37.023	37.419	38.673	38.733	38.674	38.926	38.567	38.273	37.184	36.435
Palencia	P	11.473	13.276	12.876	14.064	14.302	14.725	14.703	14.786	14.955	14.817	14.845	14.592	14.543
Salamanca	SA	16.884	18.095	17.561	18.340	18.729	19.500	19.752	20.264	20.391	20.237	20.677	20.604	20.630
Segovia	SG	7.617	8.331	8.087	8.499	8.703	9.015	8.922	8.940	9.008	8.941	8.994	8.817	8.750
Soria	SO	5.544	5.933	5.722	6.132	6.293	6.464	6.601	6.731	6.872	6.823	6.824	6.848	6.938
Valladolid	VA	26.808	30.095	29.245	30.658	31.206	32.265	32.498	32.786	33.096	32.823	32.914	32.608	32.529
Zamora	ZA	10.389	11.487	11.093	11.685	12.050	12.345	12.518	12.646	12.796	12.687	12.878	12.534	12.360

**Tabla 4.5. Evolución del número de personas con reconocimiento de discapacidad (grado  $\geq$  33%), España, 2011-2023 (continuación)**

CCAA/PROVINCIA	Cod. ISO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>CM</b>	<b>115.592</b>	<b>120.361</b>	<b>119.173</b>	<b>128.355</b>	<b>134.481</b>	<b>138.721</b>	<b>136.159</b>	<b>139.596</b>	<b>140.939</b>	<b>145.363</b>	<b>150.756</b>	<b>157.790</b>	<b>154.226</b>
Albacete	AB	26.579	28.077	27.855	31.361	32.952	34.371	34.032	35.044	35.810	37.216	38.246	40.373	39.462
Ciudad Real	CR	28.782	29.564	29.250	30.060	30.855	31.170	30.009	30.184	29.859	30.678	31.819	33.301	32.272
Cuenca	CU	17.791	18.570	18.375	19.923	20.834	20.968	20.279	20.921	20.761	21.336	21.984	22.760	22.209
Guadalajara	GU	12.558	13.192	13.059	14.319	15.369	16.450	16.739	17.405	17.973	18.610	19.594	20.380	20.008
Toledo	TO	29.882	30.958	30.634	32.692	34.471	35.762	35.100	36.042	36.536	37.523	39.113	40.976	40.275
<b>Cataluña</b>	<b>CT</b>	<b>427.700</b>	<b>451.693</b>	<b>438.299</b>	<b>491.695</b>	<b>510.338</b>	<b>528.681</b>	<b>535.077</b>	<b>558.839</b>	<b>585.899</b>	<b>586.472</b>	<b>604.716</b>	<b>629.440</b>	<b>644.138</b>
Barcelona	B	328.406	346.902	336.606	377.169	389.850	401.708	404.386	421.216	439.273	437.694	450.294	466.864	475.544
Girona	GI	31.950	34.253	33.348	37.412	39.552	42.239	44.260	47.231	50.565	51.771	53.689	56.837	59.913
Lleida	L	24.826	25.487	24.686	26.615	27.665	28.767	28.099	29.058	30.559	30.662	31.384	32.739	33.287
Tarragona	T	42.518	45.051	43.659	50.499	53.271	55.967	58.332	61.334	65.502	66.345	69.349	73.000	75.394
<b>C. Valenciana</b>	<b>VC</b>	<b>303.254</b>	<b>290.677</b>	<b>283.025</b>	<b>302.288</b>	<b>317.805</b>	<b>428.712</b>	<b>366.268</b>	<b>301.315</b>	<b>310.759</b>	<b>316.158</b>	<b>325.938</b>	<b>329.838</b>	<b>324.708</b>
Alicante/Alacant	A	79.669	76.692	74.583	78.267	82.163	110.606	93.699	70.480	71.658	71.829	73.314	75.792	74.189
Castellón/Castelló	CS	35.336	33.918	32.930	35.461	37.936	50.957	44.300	37.702	39.620	40.031	41.280	42.753	42.236
Valencia/València	V	188.249	180.067	175.512	188.560	197.706	267.149	228.269	193.133	199.481	204.298	211.344	211.293	208.283
<b>Extremadura</b>	<b>EX</b>	<b>72.665</b>	<b>73.046</b>	<b>71.179</b>	<b>80.278</b>	<b>82.965</b>	<b>94.076</b>	<b>83.805</b>	<b>81.239</b>	<b>77.457</b>	<b>77.810</b>	<b>78.186</b>	<b>78.509</b>	<b>76.293</b>
Badajoz	BA	47.419	47.776	46.699	50.320	52.136	59.130	51.959	50.206	46.921	47.234	47.411	47.663	47.020
Cáceres	CC	25.246	25.270	24.480	29.958	30.829	34.946	31.846	31.033	30.536	30.576	30.775	30.846	29.273
<b>Galicia</b>	<b>GA</b>	<b>156.041</b>	<b>161.657</b>	<b>133.904</b>	<b>125.368</b>	<b>180.523</b>	<b>224.174</b>	<b>185.336</b>	<b>192.670</b>	<b>202.349</b>	<b>205.319</b>	<b>211.147</b>	<b>214.697</b>	<b>214.460</b>
Coruña, A	C	62.109	64.508	59.283	57.406	56.858	91.813	73.866	76.020	79.875	80.638	82.388	83.718	83.503
Lugo	LU	19.834	20.302	13.484	9.401	21.013	21.321	21.265	21.989	22.585	22.564	22.969	22.794	22.233
Ourense	OR	18.372	19.139	14.540	9.885	24.180	26.250	21.765	22.992	24.076	24.087	24.751	25.368	25.687
Pontevedra	PO	55.726	57.708	46.597	48.676	78.472	84.790	68.440	71.669	75.813	78.030	81.039	82.817	83.037
<b>Madrid</b>	<b>M</b>	<b>223.334</b>	<b>234.435</b>	<b>243.157</b>	<b>298.713</b>	<b>315.304</b>	<b>336.084</b>	<b>344.096</b>	<b>353.957</b>	<b>367.836</b>	<b>371.154</b>	<b>376.855</b>	<b>397.747</b>	<b>388.930</b>
<b>R. Murcia</b>	<b>MU</b>	<b>160.447</b>	<b>161.131</b>	<b>158.666</b>	<b>157.074</b>	<b>160.231</b>	<b>169.773</b>	<b>159.503</b>	<b>160.614</b>	<b>159.088</b>	<b>159.063</b>	<b>157.776</b>	<b>156.912</b>	<b>157.063</b>
<b>Navarra</b>	<b>NA</b>	<b>29.995</b>	<b>30.166</b>	<b>29.319</b>	<b>30.554</b>	<b>30.994</b>	<b>31.712</b>	<b>32.045</b>	<b>33.395</b>	<b>34.761</b>	<b>34.745</b>	<b>37.016</b>	<b>36.837</b>	<b>37.726</b>
<b>País Vasco</b>	<b>PV</b>	<b>129.239</b>	<b>134.719</b>	<b>132.105</b>	<b>159.238</b>	<b>139.823</b>	<b>165.973</b>	<b>136.286</b>	<b>138.365</b>	<b>140.685</b>	<b>141.460</b>	<b>139.896</b>	<b>141.164</b>	<b>141.202</b>
Araba/Álava	VI	16.882	53.785	52.088	77.082	54.828	83.435	21.443	21.789	22.246	22.030	21.742	21.692	21.593
Bizkaia	BI	62.952	16.841	16.392	18.532	20.383	20.369	64.523	66.038	66.833	67.807	66.804	67.413	67.446
Gipuzkoa	SS	49.405	64.093	63.625	63.624	64.612	62.169	50.320	50.538	51.606	51.623	51.350	52.059	52.163
<b>La Rioja</b>	<b>LO</b>	<b>18.826</b>	<b>19.060</b>	<b>18.745</b>	<b>18.314</b>	<b>18.484</b>	<b>18.670</b>	<b>18.378</b>	<b>18.461</b>	<b>18.775</b>	<b>19.076</b>	<b>19.510</b>	<b>19.875</b>	<b>20.403</b>
<b>TOTAL</b>	<b>ESP</b>	<b>2.552.880</b>	<b>2.640.300</b>	<b>2.564.893</b>	<b>2.813.592</b>	<b>2.998.639</b>	<b>3.378.622</b>	<b>3.177.531</b>	<b>3.163.992</b>	<b>3.257.058</b>	<b>3.255.843</b>	<b>3.347.483</b>	<b>3.391.955</b>	<b>3.361.444</b>

Nota: No hay datos de Asturias para 2023, se le han asignado los de 2022.

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, Base estatal de datos de personas con discapacidad.

# **5.**

## **Evaluando la nueva ley de valoración de la discapacidad**

## 5. Evaluando la nueva ley de valoración de la discapacidad

La valoración del grado de discapacidad en España ha experimentado una evolución normativa significativa desde el Real Decreto 1971/1999 hasta el Real Decreto 888/2022. Esta transición ha reflejado un cambio de paradigma desde un modelo biomédico y asistencialista hacia un enfoque biopsicosocial alineado con estándares internacionales como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS y la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta transformación ha supuesto la incorporación de criterios más amplios que incluyen no solo la cuantificación de deficiencias orgánicas y limitaciones físicas, sino también la consideración de factores contextuales, sociales y ambientales, fundamentales para abordar adecuadamente la complejidad de patologías neurodegenerativas fluctuantes como la Esclerosis Múltiple, cuya evaluación precisa requiere un enfoque integral y dinámico.

El capítulo aborda el análisis detallado del procedimiento y los criterios de valoración de la discapacidad con especial atención a la Esclerosis Múltiple, contextualizando la evolución normativa y conceptual del Real Decreto 1971/1999 al Real Decreto 888/2022. Asimismo, se ha examinado la profunda transformación en el marco legislativo y en los fundamentos conceptuales de la valoración de la discapacidad, al transitar de un modelo biomédico focalizado en las limitaciones físicas hacia un enfoque biopsicosocial integral. Este nuevo paradigma incorpora de forma articulada las dimensiones clínicas, sociales y contextuales, permitiendo una evaluación más holística y ajustada a la realidad de patologías neurodegenerativas fluctuantes, como la Esclerosis Múltiple. Cabe recordar que, como se mencionó anteriormente, las categorías de análisis han sido ocho tales como la necesidad de reforma, el procedimiento de valoración de la discapacidad, la baremación, el equipo de valoración, el rol de las entidades de apoyo, las brechas territoriales, las limitaciones del procedimiento y alusiones a la Esclerosis Múltiple. En esta línea, se ha estructurado el análisis del procedimiento de valoración de la discapacidad en este capítulo. Por otro lado, el análisis de cada una de las categorías se ha abordado desde tres subepígrafes: la comparativa entre las normativas de 1999 y 2022, en relación con fuentes secundarias, y desde la valoración y opinión de las/los profesionales.

Del mismo modo, el capítulo indaga en las implicaciones prácticas de esta reforma, incluyendo la configuración y profesionalización de los equipos multiprofesionales de valoración, la implementación de nuevos baremos multidimensionales y la incidencia de factores territoriales y administrativos que afectan la equidad y calidad del reconocimiento del grado de discapacidad. En ello, se ha considerado tanto las fuentes normativas como estudios y las opiniones de profesionales y entidades de apoyo, con el fin de ofrecer una visión crítica sobre los avances, las limitaciones y los desafíos en la aplicación del marco legal vigente. Este análisis aporta un panorama actualizado y riguroso sobre la valoración social y clínica de la discapacidad en este colectivo. Como se indicó en el capítulo 3, se recuerda que se han incluido textos literales anonimizados de las aportaciones de los y las profesionales participantes en las entrevistas y los grupos de discusión, tanto de entidades de apoyo social (entrevistas: EE1, EE2...; Grupo de discusión: GDEP1...); técnicos de valoración autonómicos (entrevistas: EA1, EA2...; Grupo de discusión: GDAP1...); y de otros expertos colaboradores (EC1, EC2...).

## 5.1. Necesidad de reforma

### 5.1.1. Análisis de la necesidad de reforma según fuentes secundarias

El tránsito del RD 1971/1999 al RD 888/2022 no es un mero ajuste técnico, sino la cristalización normativa en España del paso de un modelo médico-deficitario a un modelo de derechos humanos y enfoque biopsicosocial. En su momento, el decreto inicial supuso un avance al sistematizar la valoración de la minusvalía, aunque se enmarcaba en un modelo médico-administrativo, centrado en deficiencias y sin incorporar una mirada amplia a la participación social o al contexto de la persona. En este sentido y como señalan Palacios y Romañach (2006), este enfoque respondía a una visión limitada de la discapacidad como problema individual, lo que progresivamente fue cuestionado por el modelo social y de derechos humanos.

Esta transformación fue impulsada por dos pilares internacionales, de la ONU, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la OMS. El RD 888/2022 explicita la adaptación a la CIF-2001 en su propio Anexo I y preámbulo, lo que alinea la evaluación con los dominios de funciones/estructuras corporales, actividad y participación, y los factores contextuales (ambientales y personales).

Este marco corrige una debilidad histórica del RD 1971/1999, centrado en deficiencias y con menor estructuración para observar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La literatura especializada y las guías de referencia subrayan que la CIF permite integrar información clínica con el desempeño cotidiano y las barreras contextuales, mejorando la validez de la evaluación (EME, 2012 y 2022).

### 5.1.2. Análisis de la necesidad de reforma según la opinión de los/as profesionales

#### A) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: Existe consenso absoluto acerca de que la Ley de 1999 y su baremo estaban desfasados, fundamentados en un modelo biomédico y rígido, alejado de la evolución social y clínica de la discapacidad. El cambio hacia el modelo CIF-OMS supone no sólo una actualización técnica, sino una transformación conceptual profunda.

*La norma del 99 respondía a un modelo biomédico, centrado en el diagnóstico y en deficiencias, con un baremo rígido... La reforma implica pasar de medir enfermedades a medir funcionamientos y contextos (EA3).*

*La reforma como avance necesario para dotar de mayor rigor y multidimensionalidad... aunque exige esfuerzo sostenido de actualización entre los técnicos (GDAP2).*

Convergencias: Los Participantes coinciden en la obsolescencia del baremo y la necesidad de adaptación a la CIF, superando el modelo clásico.

*La reforma era imprescindible para superar el modelo biomédico clásico y adaptarse al modelo CIF (EA1).*

*No se pueden modificar los baremos continuamente, porque generan inseguridad y sobrecarga; esperar 20 años entre revisiones es demasiado (GDAP2).*

Divergencias: Las diferencias versan sobre la periodicidad ideal de las reformas y el impacto en la práctica técnica, así como el enfoque sobre estabilidad normativa versus flexibilidad. Algunos expertos ven la reforma como una evolución natural, otros como una ruptura conceptual profunda.

*Su defecto, que permitía un margen demasiado amplio de grado dentro de una misma patología (EA6).*

#### B) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: La ley de 1999 resulta insuficiente y obsoleta al basarse en un modelo biomédico rígido, incapaz de atender la complejidad y diversidad de las discapacidades, especialmente de enfermedades fluctuantes como la Esclerosis Múltiple. La reforma de 2022 surge como una respuesta histórica a estas carencias. No obstante, persiste la necesidad de una valoración integral y sensible a la diversidad.

*Normativa obsoleta e incapaz de reconocer muchas discapacidades, la Esclerosis Múltiple incluida (EE2).*

*En teoría la ley mejoró, pero la práctica todavía está lejos de cumplir esa visión (GDEP4).*

Convergencias: Los testimonios de manera convergente destacan un enfoque biomédico y reduccionista de la normativa de 1999, la exclusión de dimensiones psicosociales y cognitivas, así como la reproducción de sesgos estructurales de carácter discriminatorio.

*La ley estaba muy médica y centrada en secuelas físicas objetivas, no contemplaba enfermedades fluctuantes como la Esclerosis Múltiple (EE1).*

*No se consideraban las dimensiones sociales y cognitivas que, ahora sí se valoran (GDEP3).*

Divergencias: Los discursos muestran divergencias en torno a la valoración y aplicación del baremo de discapacidad, el reconocimiento de la Esclerosis Múltiple y el alcance normativo, aportando matices diferenciados sobre los límites y problemas de la ley. Además, la diferente percepción entre equipos y territorios sobre la implementación efectiva.

*Insuficiente para garantizar acceso a prestaciones y apoyos sociales, especialmente para colectivos vulnerables (EE3).*

*El problema no es solo la ley, sino cómo se aplica en cada comunidad (GDEP2).*

#### c) Opinión de otros expertos

Análisis: Los testimonios coinciden en el desfase de la ley de 1999 y la necesidad de reforma para adecuarse a los marcos internacionales del funcionamiento de la OMS, garantizando con ello una mayor agilidad procedimental y una protección efectiva, superando su desconexión con la realidad social.

*Una ley del 99 que tiene 20 años... Creo que era necesaria su revisión (EC2).*

Convergencias: Existe un consenso en que la ley de 1999 requería una actualización, orientada a dotar de mayor agilidad al sistema y a su adecuación a los estándares internacionales de referencia, particularmente la CIF promovida por la OMS.

*Celebramos con cautela el Real Decreto 888/2022 (...) Por fin, se tiene un baremo más acorde a la normativa internacional (EC3).*

Divergencias: señalan que, bajo la normativa anterior, el reconocimiento del 33% de discapacidad resultaba más accesible al basarse únicamente en el diagnóstico clínico, criterio que ha sido precisado y restringido en la nueva legislación. Asimismo, se destaca la introducción del requisito de limitar a seis meses el plazo máximo de resolución administrativa.

*Con la antigua ley, era más fácil teniendo un diagnóstico (EC4).*

*La filosofía del documento es muy buena en ese sentido... dicen que todo esto se tiene que resolver en un plazo de 6 meses (EC1).*

## 5.2. Procedimiento de valoración de la discapacidad

Este apartado presenta un análisis comparativo del procedimiento de valoración de la discapacidad desde una perspectiva normativa, especialmente de las dos legislaciones referenciales reguladoras del propio procedimiento: el Real Decreto 1971/1999, de 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía; y el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. En segundo lugar, se expone un análisis desde las fuentes secundarias relativas a esta materia y su evaluación. Finalmente, ofrece un análisis de los procedimientos de valoración desde la perspectiva profesional obtenida de las fuentes primarias relativas a las modificaciones, los cambios, reivindicaciones y mejoras del procedimiento.

### 5.2.1. Comparativa de las normativas reguladoras del procedimiento

Esta comparativa de las normativas que regulan el procedimiento de valoración de discapacidad, se inicia con un análisis de cada una de ellas y, posteriormente, se muestra el análisis comparativo entre ambas permitiendo identificar los elementos de cambio y evolución.

Por su parte, el cuadro 5.1 recoge de manera sistemática el procedimiento establecido en el Real Decreto 1971/1999, norma que durante más de dos décadas reguló en España la valoración y el reconocimiento del grado de discapacidad, denominado entonces *minusvalía*.

**Cuadro 5.1. Procedimiento de valoración de la discapacidad por la normativa de 1999**

Real Decreto 1971/1999, 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
<b>Objeto:</b> "La presente norma tiene por objeto la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, el establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento a seguir". (Artículo 1, p.4)
<b>Fases del procedimiento,</b> acorde al Real Decreto: 1. <i>Iniciación:</i> presentación de la solicitud por la persona interesada.

Real Decreto 1971/1999, 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
<p>2. <i>Instrucción</i>: examen de la persona y, en su caso, petición de informes médicos, psicólogos o sociales por los órganos técnicos competentes.</p> <p>3. <i>Emisión del dictamen-propuesta</i>: el órgano técnico elabora un informe que contiene diagnóstico, tipo y grado de minusvalía, y las puntuaciones de los baremos aplicados.</p> <p>4. <i>Resolución</i>: dictado de la resolución expresa sobre el reconocimiento del grado de minusvalía. El reconocimiento se entiende producido desde la fecha de solicitud.</p> <p>5. <i>Notificación</i>: la resolución se notifica junto con el dictamen-propuesta y deviene firme, surtiendo efectos desde la fecha de presentación.</p> <p>6. <i>Revisión</i>: a instancia de la Administración (por previsión de mejoría o error material) o de la persona interesada (a partir de dos años o antes, si hay cambios sustanciales).</p> <p>(Artículo 8.3, p.6)</p>
<p><b>Tramitación urgente</b></p> <p>“El régimen de funcionamiento de los órganos técnicos competentes de las Comunidades Autónoma y de los equipos de valoración y orientación del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales será el establecido en el capítulo II del Título de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común”. (Artículo 8.3, p.6)</p> <p>Ley 30/1992 de Procedimiento Administrativo Común, en el artículo 71.2 permite que pueda alterarse motivadamente por la persona titular de la unidad administrativa cuando concurren “razones humanitarias, de especial necesidad social o circunstancias basadas en la severidad de las consecuencias de la minusvalía”. Todos los expedientes se tramitan por orden riguroso de incoación, sin plazos reducidos específicos.</p>

Las fases procedimentales establecidas en el Real Decreto 1971/1999 reflejan una estructura administrativa ordenada, aunque muy marcada por un enfoque médico-técnico. En cuanto a la *instrucción* confiere un papel central a los órganos técnicos competentes, lo que evidencia un peso preponderante de la perspectiva clínica o médica. La emisión del *dictamen-propuesta* es un momento clave, pues determina el diagnóstico, el tipo y grado de minusvalía, así como las puntuaciones derivadas de los baremos aplicados, consolidando una valoración centrada en las deficiencias. En la fase de *resolución*, la Administración emite el reconocimiento expreso del grado de minusvalía, que se entiende vigente desde la fecha de solicitud, lo que aporta efectos retroactivos beneficiosos para la persona solicitante. Con la *notificación* asegura la formalización del acto administrativo, aunque su carácter meramente comunicativo no añade garantías sustantivas adicionales. Finalmente, la *revisión* introduce la posibilidad de actualizar el grado reconocido, bien por iniciativa de la Administración, ante la previsión de mejoría o errores materiales; o de la persona interesada, aunque limitándola a un plazo mínimo de dos años salvo en casos de cambios sustanciales. En conjunto, estas fases muestran un procedimiento claro y estructurado, aunque orientado fundamentalmente a la comprobación médica y con escasa consideración de factores sociales o contextuales, aspecto que será corregido en reformas posteriores como la introducida en el Real Decreto 888/2022.

Respecto a los *equipos técnicos* del IMSERSO, creados tras la Orden de 5 de enero de 1982 y regulados por la Orden de 8 de marzo de 1984, defendieron un procedimiento uniforme de examen clínico-social para garantizar igualdad de criterios en todo el Estado. En 1999, las valoraciones quedaban sometidas a los *plazos ordinarios* (hasta 6 meses o más), sin posibilidad formal de acortar plazos, lo que generó críticas por demora en acceso a salud crítica o dependientes de subsidios de movilidad.

En esta normativa, la *tramitación urgente* no se especifica al respecto y se aplican plazos generales de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. De este modo, aunque no exista una "vía urgente" formal, en la práctica quienes presentan situaciones de máxima gravedad, riesgos para su salud o necesidades humanitarias extremas, pueden ver su expediente priorizado y resuelto con mayor celeridad, sin alterar los plazos legales máximos (Artículo 5.1, p.3).

Este marco jurídico significó un hito en la organización administrativa, al fijar una secuencia de fases procedimentales (iniciación, instrucción, dictamen, resolución, notificación y revisión) que otorgaban uniformidad a la tramitación. Del mismo modo, incorporaba referencias a la Ley 30/1992 como sustento del procedimiento común, aunque sin prever mecanismos específicos de urgencia.

El Real Decreto de 1999 se enmarca en el modelo normativo de finales del siglo XX Médico-Rehabilitador, centrado en el diagnóstico y las limitaciones individuales de la persona. La evolución posterior se configura hacia un paradigma más integral y de derechos.

#### **Cuadro 5.2. Procedimiento de valoración de la discapacidad por la normativa de 2022**

Real Decreto 888/2022, 18 de octubre, por el que establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad
<p><b>Objeto:</b> "Este real decreto tiene por objeto la regulación del procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, el establecimiento de los baremos aplicables, así como la determinación de los órganos competentes, todo ello con la finalidad de que la evaluación del grado de discapacidad que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso de la ciudadanía a los derechos previstos en la legislación". (Artículo 1, pág.4)</p> <p>"A los efectos previstos en este real decreto las situaciones de discapacidad se califican en grados según el alcance de estas".</p> <p>(Artículo 2.1, p.4)</p>
<p><b>Fases del procedimiento</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Iniciación:</i> presentación de la solicitud por la persona interesada ante el órgano competente.</li> <li>2. <i>Evaluación y calificación:</i> examen de la persona solicitante y aplicación de los baremos por los equipos multiprofesionales para determinar el grado de discapacidad.</li> <li>3. <i>Emisión del dictamen-propuesta:</i> elaboración de un informe que incluye diagnóstico, tipo y grado de discapacidad, las puntuaciones obtenidas en cada baremo, códigos de diagnóstico y, en su caso, necesidad de concurso de tercera persona y dificultades de movilidad.</li> <li>4. <i>Resolución:</i> dictado y notificación de la resolución expresa sobre el reconocimiento del grado de discapacidad, en un plazo máximo de seis meses desde la solicitud.</li> <li>5. <i>Notificación:</i> entrega de la resolución junto con el dictamen-propuesta; el reconocimiento surte efectos desde a fecha de presentación de la solicitud.</li> <li>6. <i>Emisión de la tarjeta acreditativa:</i> expedición de la tarjeta que acredita el grado de discapacidad, con datos identificativos, periodo de vigencia y, en su caso, indicación de movilidad reducida o necesidad de tercera persona.</li> <li>7. <i>Revisión del grado:</i> procedimiento de revisión, de oficio o a instancia de parte, cuando varíen las circunstancias que motivaron el reconocimiento o por error material, previsto en el artículo 12.</li> </ol>
<p><b>Tramitación urgente</b></p> <p>"La Administración competente podrá acordar la tramitación urgente del procedimiento de reconocimiento de grado de discapacidad, de oficio o a instancia de la persona interesada, con o sin medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, cuando concurren razones de interés público que así lo aconsejen, entre otras las relacionadas con la salud, la violencia de género, la esperanza de vida u otras de índole humanitaria".</p> <p>"La tramitación por vía de urgencia implicará que los plazos establecidos para la realización de los trámites del procedimiento reducirán a la mitad su duración".</p>

En esta línea, el cuadro 5.2 presenta el procedimiento regulado por el *Real Decreto 888/2022*, que sustituye al marco anterior de 1999, y consolida un enfoque psicosocial en la valoración de la discapacidad.

En cuanto al objeto de la norma, este decreto muestra un cambio relevante pues, si la valoración era competencia de órganos técnicos aislados, en la actualidad esta se realiza a través de *equipos multiprofesionales*. Este aspecto refleja la incorporación del modelo biopsicosocial inspirado en la Convención de la ONU (2006) y en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS (2001). En cuanto a las *fases procedimentales*, mantienen la lógica de iniciación, valoración, dictamen, resolución, notificación y revisión, aunque se amplían con dos innovaciones de gran alcance: la *emisión de la tarjeta acreditativa*, que facilita el ejercicio efectivo de derechos y la accesibilidad administrativa; y la *tramitación urgente* que permite reducir plazos a la mitad en situaciones humanitarias o de especial necesidad. Del mismo modo, se establece por primera vez un *plazo máximo de seis meses* para notificar la resolución, reforzando la seguridad jurídica frente a las dilaciones históricas detectadas en el sistema.

En la comparación entre el Real Decreto 1971/1999 y el Real Decreto 888/2022, se destacan las similitudes en la estructura procedimental, como la iniciación, el examen de la persona, el dictamen-propuesta, la resolución, la notificación y revisión. Paralelamente, se evidencian las innovaciones introducidas por la normativa más reciente. Entre estas últimas, se destaca la incorporación de equipos multiprofesionales, la emisión de una tarjeta acreditativa y la previsión de una vía urgente de tramitación en situaciones de especial vulnerabilidad. En suma, se evidencia que la reforma de 2022 moderniza y humaniza el procedimiento, superando la visión limitada del déficit individual para reconocer también los apoyos, las barreras sociales y la urgencia de respuesta administrativa ante contextos de vulnerabilidad.

### *5.2.2. Análisis de las normativas del procedimiento según fuentes secundarias*

Desde un punto de vista objetivo, esta transformación legislativa respecto al procedimiento de valoración de la discapacidad podría valorarse de forma muy positiva pues, permite adaptar el proceso a la realidad de las personas y reconoce situaciones críticas que requieren rapidez, como enfermedades degenerativas, violencia de género o condiciones terminales (RD 888/2022). Sin embargo, algunos expertos advierten que esta mejora normativa necesita respaldo para su aplicación efectiva. Además, se señala que, aunque se abre la puerta a la tramitación urgente, el decreto no define con precisión los criterios para activarla, lo que puede generar desigualdad o arbitrariedad en su aplicación. Del mismo modo, se advierte que la opción telemática, siendo valiosa, puede excluir a personas sin alfabetización digital o en entornos con baja conectividad (Banco Interamericano de Desarrollo, 2021).

Diversos análisis y guías de organizaciones del movimiento asociativo valoran positivamente esta integralidad, aunque advierten de la complejidad técnica y la necesidad de formación y manuales operativos para garantizar consistencia interevaluadores (COCEMFE, 2025). Estudios recientes también han resaltado el impacto específico en colectivos como Trastornos del Espectro Autista (TEA) y en la inclusión de discapacidades psicosociales, que tendían a estar infrarrepresentadas en esquemas previos centrados en déficit (IDUS-US, 2024).

El análisis de Santiago-Sáez (2024), destaca como novedad el carácter dinámico y flexible de la metodología, que admite que en determinados casos los baremos centrados en la actividad o la participación pasen a ser criterios principales, relegando al baremo médico a un segundo plano. Esto corrige una de las limitaciones del sistema anterior, excesivamente centrado en la deficiencia clínica, y da mayor protagonismo al funcionamiento real de la persona en contextos cotidianos, incluyendo el ámbito familiar, educativo, laboral y social. Además, la nueva normativa amplía las descripciones de patologías, incorpora tests autoadministrados y escalas estandarizadas, y dedica apartados específicos a colectivos tradicionalmente infrarrepresentados como los menores. Otro aspecto que resalta es que, la aplicación del nuevo baremo implica un proceso de formación y adaptación de los profesionales, así como la necesidad de recursos técnicos para automatizar procesos de evaluación en casos complejos. Con ello el cambio normativo no solo transforma el modo en que se determina el grado de discapacidad, sino que también plantea un reto organizativo y de capacitación.

En síntesis, la valoración de Santiago-Sáez confirma que el RD 888/2022 supera las limitaciones del RD 1971/1999, alineando el procedimiento con los estándares internacionales y ofreciendo un sistema más justo y detallado de valoración. Sin embargo, también advierte que la efectividad de esta reforma dependerá de la capacidad de las administraciones y de los profesionales para implementar la metodología de manera homogénea, garantizando que la complejidad técnica del nuevo marco se traduzca en mayor equidad y reconocimiento real de los derechos de las personas con discapacidad.

Por su parte, el CERMI, como entidad que participó en la valoración previa al RD 888/2022, consulta pública impulsada por el Nacional de la Discapacidad en 2022, señaló la incorporación de revisiones no presenciales y la garantía de accesibilidad universal. Esto motivó la mención expresa a "ajustes razonables" y valoración telemática. El ajuste al 50% de los plazos en RD 888/2022 es valorado por profesionales de la gestión pública como un avance significativo la reducción típica de 3 a 1,5 meses. No obstante, advierten que la definición de "razones de interés público" y la falta de indicadores mínimos poniendo el acento en qué criterios médicos o sociales concretos, podrían generar arbitrariedades en la activación del procedimiento urgente (RD 888/2022; CERMI, 2022).

Con la aprobación del RD 888/2022, España adopta un marco alineado con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (2001) y con la Convención de la ONU, ratificada por España en 2007. En opinión de Jiménez Lara (2023), esta adaptación representa un cambio estructural pues, el nuevo procedimiento incorpora baremos que miden no solo la deficiencia, sino también la actividad, participación y factores contextuales, logrando así una valoración más integral y ajustada a la realidad cotidiana de las personas.

El cambio normativo entre los reales decretos refleja una evolución significativa tanto en el lenguaje como en el enfoque conceptual de la discapacidad. Mientras que en 1999 aún predominaba el uso del término *minusvalía*, aunque en sus últimas modificaciones ya comenzaba a sustituirse por *discapacidad*, el enfoque seguía siendo eminentemente médico-funcional, centrado en las limitaciones individuales de la

persona. En contraste, la norma de 2022 consolida definitivamente el uso del término *discapacidad* y abandona la noción de minusvalía, incorporando plenamente el modelo social de la discapacidad, en consonancia con la Convención de la ONU (2006) y con la CIF (OMS, 2001). De este modo, la valoración deja de estar enfocada exclusivamente en la condición médica para integrar también las barreras del entorno y el grado de participación social, configurando una mirada más amplia, inclusiva y respetuosa con los derechos humanos.

### *5.2.3. Análisis de las normativas del procedimiento según la opinión de los/as profesionales*

#### a) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: El procedimiento actual avanza en informatización, multidisciplinariedad y adaptación biopsicosocial; sin embargo, muchos técnicos denuncian riesgos de burocratización y sobrecarga, temen que la tecnología privilegie la eficiencia sobre la calidad de la valoración.

*La ley de 2022 se percibe como un avance metodológico y conceptual... La digitalización y protocolo telemático han supuesto un salto técnico positivo, pero su potencial depende más de la organización interna (GDAP1).*

*La nueva ley presenta la ventaja de acotar más los grados de discapacidad en base a criterios objetivos (BDGP), al tiempo que permite un ajuste de estos en base a criterios secundarios, tanto objetivos como funcionales, menos cuantificables (EA6).*

*El Real Decreto 888/2022 incorpora el modelo biopsicosocial... Esto cambia todo el procedimiento (EA3).*

Convergencias: Se aprecia la informatización y la estandarización como pasos claves para objetivar y sistematizar; todos destacan la utilidad del proceso telemático.

*Te sirve de guía muy buena a la hora de hacer las valoraciones. El procedimiento telemático me parece bien (GDAP1).*

*Facilidad por el programa informático. Tres novedades: actualización de criterios, diagnósticos, metodologías (EA7).*

Divergencias: Hay divergencia sobre el impacto en tiempos y carga de trabajo; la objetividad mejora, pero se pierde margen clínico y se agudiza la lentitud.

*El procedimiento de valoración sigue siendo lento, no se ha reducido el tiempo porque se necesita un tiempo para hacer la valoración, pero no es culpa del baremo (GDAP4).*

*Lo largo es... reunir información sobre la situación funcional... nunca vamos a poder reducir ese tiempo (GDAP3).*

#### b) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: La reforma supone un avance al incorporar un enfoque biopsicosocial, eliminar criterios socioeconómicos y garantizar un 33% mínimo de discapacidad. No obstante, su aplicación se ve restringida por la lentitud administrativa, la burocracia y

la valoración estática, que invisibiliza enfermedades fluctuantes. Se evidencia así una brecha significativa entre los progresos normativos y la experiencia práctica.

*El enfoque biopsicosocial incluye la autoevaluación y otras dimensiones (EE1).*

*Sigue valorándose en un momento puntual, no tienen en cuenta la fluctuación de la enfermedad (GDEP3).*

Convergencias: Los discursos muestran una clara convergencia en dos ejes principales, por un lado, el reconocimiento de la falta de adecuación del sistema previo para valorar adecuadamente la Esclerosis Múltiple y otras discapacidades; y, por otro lado, la constatación de problemas en la aplicación práctica de las normas, incluso tras reformas recientes.

*Tardan casi 24 meses en valorarte (...) Avanza al desligar la discapacidad del nivel socioeconómico, pero sigue valorando en un único momento puntual, desvirtuando enfermedades fluctuantes (EE2).*

*Es un gran paso, pero no se aplica correctamente (GDEP4).*

*El procedimiento es demasiado complejo; ni los técnicos entienden bien las fórmulas (EE4).*

Divergencias: Se presentan divergencias en los enfoques, prioridades y vivencias sobre el nuevo sistema de valoración de la discapacidad, especialmente en cuanto a tiempos, territorialidad, enfoque biopsicosocial y garantías reales.

*Los plazos son de hasta 24 meses, eso hace que el reconocimiento llegue tarde y sin sentido (GDEP2).*

*Sigue valorándose en un momento puntual, no tienen en cuenta la fluctuación de la enfermedad (GDEP3).*

*Aún queda mucho por hacer (EE5).*

*Lo que pasa es que los equipos no lo aplican como dice la ley, en la práctica no ha cambiado casi nada (GDEP4).*

### c) Opinión de otros expertos

Análisis: El conjunto de los testimonios refleja una valoración positiva de la reforma por su orientación biopsicosocial y holística, aunque se reconoce la existencia de dificultades prácticas vinculadas a la implementación, la interoperabilidad de los sistemas y la heterogeneidad en los criterios aplicados.

*El Real Decreto 888/2022 busca una visión más holística (EC3).*

Convergencias: Todos señalan que la reforma es un paso positivo, aunque incompleto sin los recursos adecuados.

*La nueva ley supone un avance, porque introduce la perspectiva biopsicosocial y reconoce la necesidad de una evaluación más completa (EC1).*

Divergencias: reflejan distintos énfasis subrayando las carencias de recursos y formación para aplicar la norma, o la necesidad de simplificación e interoperabilidad

administrativa y la falta de homogeneidad y presencialidad en los criterios de valoración.

*Tiene desafíos en su implementación porque faltan recursos y formación adecuada (EC3).*

*Soy partidario de facilitar la vida [...] que esa valoración ya venga codificada e interopere con los sistemas (EC2).*

*Sin presencialidad, con los informes que se presenten [...] Cada maestrillo tiene su librillo (EC4).*

### **5.3. Baremación como instrumento de valoración de la discapacidad**

La baremación como instrumento de valoración de la discapacidad constituye un eje fundamental en la determinación del grado de discapacidad y, por ende, en el acceso a derechos, recursos y prestaciones sociales. Su estudio no puede limitarse a una única perspectiva pues, se trata de un proceso en el que confluyen tanto el marco normativo como la interpretación académica y la práctica profesional.

En este sentido, el presente epígrafe se estructura en tres apartados complementarios de la evolución normativa relativa a la baremación. En primer lugar, se realiza una comparativa de las normativas reguladoras de la baremación, con el fin de identificar la evolución de los criterios legales y técnicos que la sustentan. En segundo lugar, se aborda un análisis de los cambios normativos a partir de estudios previos, lo que permite reconocer cómo la literatura especializada y las fuentes secundarias han evaluado dichas transformaciones. Finalmente, se incorpora la visión de los profesionales de los equipos de valoración y de entidades vinculadas al ámbito de la discapacidad, aportando así una mirada práctica y aplicada sobre el funcionamiento real de la baremación. De este modo, el epígrafe ofrece una visión integral, que combina la norma, el análisis académico y la experiencia práctica, permitiendo comprender con mayor profundidad el papel de la baremación en los procesos de valoración de la discapacidad.

#### *5.3.1. Comparativa de las normativas reguladoras de la baremación*

El análisis comparativo de las normativas permite observar la evolución de la baremación para la valoración de la discapacidad en España, desde el Real Decreto 1971/1999 hasta el Real Decreto 888/2022. Ambos marcos normativos comparten el objetivo de establecer criterios técnicos y objetivos para determinar el grado de discapacidad, pero difieren notablemente en su concepción, estructura y alcance. En un primer lugar, se examina los instrumentos dispuestos en el RD de 1999 y, en segundo lugar, el actual RD de 2022.

En el caso de 1999, la baremación se centraba en dos ejes principales: las *deficiencias orgánicas y funcionales*, y los *factores sociales complementarios*, que actuaban como elementos moduladores. Además, se incluía un baremo específico para valorar las *dificultades de movilidad en el uso de transportes colectivos*, destacando un enfoque más limitado y focalizado en el déficit y en barreras físicas (cuadro 5.3).

### Cuadro 5.3. Baremación para la valoración de la discapacidad por la normativa de 1999

Real Decreto 1971/1999, 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
<b>Baremo:</b> "Estos baremos establecen normas para la evaluación de las consecuencias de la enfermedad, de acuerdo con el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S." (Anexo I, p.9)
<b>Anexos</b> , acorde al Real Decreto: <i>Anexo I.</i> Contiene las normas generales de valoración de la discapacidad, dividiéndose en: <i>Anexo I.A:</i> Baremos de deficiencias y discapacidades de órganos, aparatos o sistemas, siguiendo el modelo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS. La calificación se expresa en porcentaje (%) de discapacidad. <i>Anexo I.B:</i> Baremos de factores sociales complementarios, que valoran elementos del entorno familiar, laboral o cultural, con una puntuación de 0 a 15 puntos. Esta puntuación se suma al porcentaje de discapacidad obtenido, siempre que supere el 25%. <i>Anexo II:</i> Baremo para determinar la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos. Se evalúan capacidades como deambular, superar obstáculos o sostenerse de pie, puntuando distintas limitaciones físicas. Se consideran dificultades de movilidad si se cumplen criterios como el uso de silla de ruedas, dependencia de bastones, o una puntuación mínima de 7 puntos en diversas pruebas. (Disposición final única, p.6)

Este Real Decreto, muestra un sistema de baremación caracterizado por un enfoque predominantemente médico-funcional, centrado en cuantificar las deficiencias orgánicas y las limitaciones físicas de la persona. El Anexo I.A organiza los baremos por órganos, aparatos y sistemas, siguiendo la clasificación de la OMS vigente en aquel momento, y expresa los resultados en porcentajes de discapacidad. A este cálculo se añadía el Anexo I.B, que incorporaba los llamados factores sociales complementarios (hasta 15 puntos adicionales), lo cual representaba un intento inicial de reconocer que el contexto social y familiar influye en el grado de discapacidad, aunque con un peso limitado. Por su parte, el Anexo II, relativo a las dificultades de movilidad en el uso del transporte colectivo, evidenciaba una preocupación específica por la accesibilidad física. Sin embargo, de manera reduccionista pues, la valoración se centraba casi exclusivamente en la capacidad de deambular, superar obstáculos o mantenerse de pie, sin incorporar todavía dimensiones más amplias de participación o barreras sociales.

En definitiva, este sistema de baremación de 1999 puede considerarse un modelo de transición, que comenzaba a reconocer factores sociales con un predominio de la mirada clínica, deficitaria y asistencial. La discapacidad se entendía principalmente como una suma de deficiencias médicas y limitaciones físicas, sin contemplar plenamente los factores contextuales ni la interacción entre la persona y su entorno.

Por el contrario, el Real Decreto de 2022 introduce un modelo mucho más amplio y multidimensional, alineado con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, abandonando el enfoque biomédico anterior. Se incorporan cuatro grandes baremos: *funciones y estructuras corporales, capacidades en la actividad, desempeño/participación y factores contextuales*, que permiten una valoración más integral de la persona, atendiendo no solo a las limitaciones médicas, sino también a las barreras sociales y ambientales (cuadro 5.4). Además, se establecen *niveles de profundización* (básico, ordinario y experto), lo que facilita una aplicación flexible en distintos ámbitos: administrativo, legislativo y clínico.

#### Cuadro 5.4. Baremación para la valoración de la discapacidad por la normativa de 2022

Real Decreto 888/2022, 18 de octubre, por el que establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad
<p><b>Baremo:</b> "Se aprueban las normas generales y el resumen básico de los componentes del baremo (...) así como el baremo de evaluación de las funciones y estructuras corporales (BDGP), el baremo de evaluación de las capacidades/limitaciones en la actividad (BLA), el baremo de evaluación del desempeño (BRP) y el baremo de evaluación de los Factores Contextuales/Barreras Ambientales (BFCA), que se contienen en los anexos III, IV, V y VI, respectivamente". (Disposición final segunda, p.12)</p>
<p><b>Anexos.</b> Se aprueban las normas generales y el resumen básico de los componentes del baremo, así como los instrumentos, recogidos en los siguientes anexos:</p> <p><i>Anexo III.</i> Baremo de Evaluación de Funciones y Estructuras Corporales / Deficiencia Global de la Persona (BDGP): cuantifica las deficiencias en un rango de 0–100 %, distribuidas en cinco clases de severidad (0–4 % insignificante; 5–24 % leve; 25–49 % moderado; 50–95 % grave; 96–100 % total). (Anexo III, p.53)</p> <p><i>Anexo IV.</i> Baremo de Evaluación de Capacidades / Limitaciones en la Actividad (BLA): valora las limitaciones en un rango de 0–100 % (Limitación Global de la Persona), aplicando pesos a cada dominio; por ejemplo: autocuidado 50 %, movilidad 45 %, comunicación 40 %, vida doméstica 35 %, interacciones 35 %, áreas principales 15 %, vida comunitaria 30 %.</p> <p>Incluye además un sub-baremo Limitación Grave y Total en Autocuidado (BLGTAA), en puntuaciones de 25–39 %, 40–54 %, 55–74 % y <math>\geq 75</math> %; asigna respectivamente Grados de Discapacidad Ajustados de 75 %, 85 %, 95 % y 96 % (clase 4). (Anexo IV, p.363)</p> <p><i>Anexo V.</i> Baremo de Evaluación del Desempeño / Restricciones en la Participación (BRP): combina las puntuaciones obtenidas en 9 dominios de actividad (aprendizaje, vida doméstica, participación social...), para arrojar un porcentaje de 0–100 %. (Anexo V, p.384)</p> <p><i>Anexo VI.</i> Baremo de Factores Contextuales / Barreras Ambientales (BFCA): evalúa 5 dominios de barreras (productos y tecnología, entorno natural, apoyo y relaciones, actitudes, sistemas y políticas), cada uno graduado de 0 a 4, con un total máximo de 24 puntos como modificador final. (Anexo VI, p.396)</p>
<p><b>Niveles de profundización</b>, estos instrumentos se organizan en tres niveles de profundización, cada uno con su correspondiente ratio de orden:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Primer orden: Nivel básico.</i> Visión resumida en los 22 dominios CIF para el "Perfil Global de Funcionamiento y Discapacidad", con codificación y acceso público mínimos.</li><li><i>2. Segundo orden: Nivel ordinario.</i> Desarrollo completo de tablas, criterios y pesos oficiales para uso legislativo, administrativo e informático.</li><li><i>3. Tercer orden: Nivel experto.</i> Guía detallada con profundización clínica, métodos alternativos y orientaciones para profesionales.</li></ol> <p>(Anexo I, p.30)</p>

Con estos cambios, el sistema incorpora 4 instrumentos diferenciados y complementarios: el BDGP dirigido en la funcionalidad general, el BLA centrado en la actividad, el BRP orientado en la Participación y el BFCA relativo a las barreras sociales. De esta forma, la valoración no se limita a cuantificar deficiencias, sino que también considera la capacidad de la persona para realizar actividades, su nivel de participación social y las barreras del entorno que condicionan su funcionamiento cotidiano.

Un aspecto innovador es la existencia de niveles de profundización (básico, ordinario y experto), ofreciendo adaptar la aplicación del baremo a distintos contextos administrativos, profesionales y clínicos. Además, la incorporación de sub-baremos como el BLGTAA demuestra una intención de precisar mejor ciertos ámbitos clave, como la autonomía personal.

En síntesis, el RD 888/2022 apuesta por una visión biopsicosocial, ampliando los criterios de evaluación e incorporando dimensiones contextuales que refuerzan la equidad y la adecuación de la valoración a la realidad cotidiana de las personas con discapacidad. Esta evolución supone un avance significativo al establecer un modelo integral, dinámico y contextualizado de valoración, que reconoce la discapacidad como

el resultado de la interacción entre condiciones de salud, capacidades individuales y factores ambientales, favoreciendo así una evaluación más justa y coherente con la construcción social de la discapacidad.

### *5.3.2. Análisis de la baremación del procedimiento según fuentes secundarias*

Investigadores en políticas sociales criticaron que los baremos de 1999 quedaban “demasiado reducidos” a deficiencia y factores sociales, sin metodología estandarizada para actividad y participación (Acevedo, Cobo y Martini, 2010). Por su parte, el Instituto de Salud Carlos III validó la Propuesta técnica de adecuación a la CIF-OMS, formulada por profesionales y comunidades autónomas, y el sector social la valoró como un avance hacia un baremo mucho más integral y homologado (RD 888/2022:2).

Cabe destacar que las modificaciones del decreto de 2022 constituyen una ponderación de los factores sociales complementarios con la consideración del entorno familiar, las situaciones laborales, educativas y culturales. No obstante, se mantiene la idea de que estos factores puedan modificar el grado de discapacidad dentro de unos límites establecidos. Por otro lado, ofrece mayor precisión en la valoración de situaciones específicas, como la necesidad de concurso de otras personas o las dificultades para la movilidad y el uso de transporte colectivo, a través de criterios más detallados y adaptados a la realidad. Por último, se unifica y clarifica el procedimiento de valoración, asegurando mayor transparencia y coherencia en la aplicación de los baremos en todo el territorio español.

Por su parte, Santiago-Sáez (2024) en su síntesis comparativa de las normativas destaca que frente al baremo de “minusvalías” del decreto de 1999, la nueva norma despliega una arquitectura más compleja y precisa a través de cuatro baremos principales centrados en la valoración global, las limitaciones en la actividad, en la participación y las barreras socioambientales. Este cambio supone un avance metodológico pues, permite valorar no solo la condición médica, sino también la interacción entre deficiencias, desempeño funcional y barreras del entorno (FEM, 2025).

El análisis de la agrupación Vincit, abogados y asesores legales, en 2022 respecto al decreto actual señalan en cuanto al nuevo enfoque de baremación aporta unos criterios técnicos unificados para la valoración y calificación del grado de discapacidad en todo el territorio español. Asimismo, la disposición de una aplicación informática para la evaluación de la discapacidad y una valiosa fuente de información relativa a la discapacidad y su evolución que favorece la comparación entre países, disciplinas y servicios. Además de reafirmar la inclusión del enfoque biopsicosocial y las barreras sociales (Vincit, 2022).

En definitiva, la evolución de las normativas ha actualizado y modernizado los baremos del grado de discapacidad, incorporando criterios internacionales, revisando la ponderación de factores sociales y mejorando la precisión y transparencia del procedimiento de valoración. Estos cambios buscan una mayor adecuación a la evolución médica, social y técnica, así como una mejor garantía de igualdad y equidad en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

### 5.3.3. Análisis de la baremación del procedimiento según la opinión de los/as profesionales

#### a) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: El nuevo baremo es considerado más preciso, objetivo y multidimensional, incluye deficiencia, actividad, participación y contexto, aunque suscita dilemas de subjetividad y apremio administrativo, y exige revisión continua de dimensiones personales y contextuales.

*El baremo ha avanzado en la medición más precisa y multidimensional de la discapacidad... pero requiere revisión continua (GDAP1).*

*La valoración con el baremo de hoy, para mí es mucho más objetiva, valoras lo que les afecta a las actividades de la vida diaria (EA5).*

*Define mejor en qué intervalo de discapacidad va a estar la persona, elimina muchos de los sesgos que había antiguamente (GDAP1).*

Convergencias: Todos coinciden en una mejora técnica, con mayor equidad y transparencia; con apoyos informáticos (como el BAREDI) que facilitan la aplicación sistemática.

*Las tablas y el software BAREDI mejoran la equidad y objetividad (EA1).*

*El BRP está pensado para que lo rellene el usuario, eso es uno de los objetivos y se cumple (GDAP2).*

Divergencias: La complejidad, la subjetividad residual y la sobrecarga administrativa preocupan; algunos critican que el baremo puede ser demasiado difícil para colectivos vulnerables.

*Hemos hecho la traducción a lectura fácil... 35 páginas, entonces ya no es fácil... para personas con discapacidad intelectual o con problemas cognitivos (GDAP2).*

*La dificultad viene en el nuevo baremo... gente que tiene reconocida discapacidad de hace mucho tiempo, ahora puede que no la tenga (GDAP3).*

#### b) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: El nuevo baremo constituye un avance al reconocer síntomas invisibles y admitir informes multidisciplinarios. Su orientación cuantitativa restringe la valoración integral, limitando su alcance práctico, mantiene una aplicación rígida y poco adecuada para discapacidades fluctuantes.

*En la práctica, el baremo es rígido y no refleja la realidad (GDEP1).*

Convergencias: El nuevo baremo incorpora avances como la valoración de síntomas subjetivos (fatiga, brotes) y la inclusión de informes de neuropsicología y fisioterapia, aunque persiste la problemática cuando la aplicación sigue siendo rígida y carece de criterios estandarizados.

*Se valoran ahora síntomas como fatiga y brotes (EE1).*

*Incluye informes de neuropsicología y fisioterapia (EE3).*

*No hay criterios estandarizados suficientes en la aplicación (GDEP2).*

Divergencias: Fundamentales diferencias relativas a la rigidez del baremo, la subjetividad en la valoración y la falta de criterios estandarizados que afectan a la utilidad práctica del sistema.

*El baremo tiene unos indicadores muy claros... Pero luego está el profesional... en la práctica el baremo es demasiado rígido, no refleja la realidad de las personas (GDEP1).*

*Es que el baremo no funciona... No se supera la subjetividad, depende de la "voluntad" de los equipos (EE4).*

*Es todo negativo, el baremo sigue penalizando a quienes tienen enfermedades como la Esclerosis Múltiple (GDEP4).*

c) Opinión de otros expertos

Análisis: El análisis de los discursos evidencia una valoración ambivalente, si se reconoce el avance del baremo al incluir síntomas invisibles, se cuestiona su enfoque cuantitativo y la insuficiente adecuación en la valoración de ciertas condiciones.

*Los síntomas invisibles, no se valoran adecuadamente... el nuevo baremo está resultando en porcentajes más bajos (EC3).*

Convergencias: Reconocimiento general de avances en el baremo, especialmente en la incorporación de síntomas invisibles. Además, se refuerza la demanda común de mayor rigor y coherencia en la aplicación de este por la excesiva dependencia del diagnóstico y la puntuación.

*El baremo actual reconoce síntomas como la fatiga (EC1).*

*Seguimos anclados en la puntuación por el diagnóstico (EC2).*

Divergencias: La necesidad de objetividad, defendiendo limitaciones frente a la flexibilidad reclamada en otros discursos.

*El baremo introduce criterios objetivos... lo que no se puede hacer es hacer un informe a la carta (EC4).*

#### **5.4. Equipos de orientación y valoración de la discapacidad**

La configuración y funcionamiento de los equipos de orientación y valoración de la discapacidad, constituye un elemento esencial dentro del sistema de reconocimiento oficial del grado de discapacidad pues, estos son los responsables de aplicar la normativa, emitir dictámenes técnicos. Con ello se garantiza que las valoraciones se realicen con criterios homogéneos, profesionales y ajustados a la realidad de cada persona. Su estudio no puede limitarse a una revisión normativa, sino que requiere una mirada amplia que incorpore la perspectiva de la investigación académica y de los propios profesionales que integran o colaboran con dichos equipos.

Este epígrafe se organiza en tres apartados complementarios. Inicialmente, se presenta una comparativa de las normativas reguladoras, con el objetivo de identificar la evolución en la composición, requisitos y funciones de los equipos de valoración, así

como los cambios introducidos en los distintos marcos legislativos. Posteriormente, se analiza los cambios normativos a partir de fuentes secundarias, ofreciendo cómo los estudios especializados han interpretado y valorado estas transformaciones, destacando avances y limitaciones. Finalmente, se da voz a los profesionales de los equipos y a entidades vinculadas al ámbito de la discapacidad, con el fin de recoger su experiencia directa, su percepción sobre la eficacia del modelo y los retos que afrontan en la aplicación cotidiana de la normativa. De este modo, la estructura ofrece una aproximación integral y plural, en la que convergen la norma, la investigación académica y la práctica profesional, proporcionando una visión más completa sobre el papel de los equipos de valoración en el sistema de reconocimiento de la discapacidad.

#### 5.4.1. Comparativa de las normativas reguladoras de los equipos de valoración

La comparación de las normativas del procedimiento de valoración de discapacidad permite analizar la evolución en la composición y funciones de los equipos de valoración de la discapacidad en España. Ambos marcos coinciden en atribuir a estos equipos la responsabilidad de emitir los dictámenes técnicos que determinan el grado de discapacidad, aunque se observan diferencias relevantes en su configuración y en el nivel de profesionalización exigido.

En el decreto de 1999, los equipos de valoración se definían como órganos técnicos integrados, al menos, por un médico, un psicólogo y un trabajador social. Sus funciones incluían la valoración del grado de discapacidad, la determinación de la necesidad de apoyo de tercera persona, la identificación de dificultades de movilidad, la propuesta de plazos de revisión y otras atribuciones vinculadas a la gestión de prestaciones sociales (cuadro 5.5). Se trataba, por tanto, de un modelo centrado en un núcleo mínimo de perfiles profesionales y con una orientación claramente asistencial.

**Cuadro 5.5. Equipos de valoración de la discapacidad en la normativa de 1999**

Real Decreto 1971/1999, 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
<b>Dictámenes:</b> "Los dictámenes técnico-facultativos... serán emitidos por los órganos técnicos competentes de las Comunidades Autónomas... y por los equipos de valoración y orientación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)" (Artículo 8.1, p. 6)
<b>Equipos:</b> "De los anteriores órganos técnicos y equipos de valoración y orientación formarán parte, al menos, médico, psicólogo y trabajador social, conforme a criterios interdisciplinarios". (Artículo 8.1, p. 6)
<b>Funciones</b> de los equipos: a) La valoración y calificación del grado de minusvalía (con examen previo del interesado). b) La determinación de la necesidad de concurso de tercera persona para los actos esenciales de la vida diaria. c) Cuantas otras atribuciones les asigne la normativa para la gestión de prestaciones y servicios sociales. (Artículo 8.2, p. 6)

Desde la creación de los equipos base del IMSERSO, los profesionales sanitarios y sociales reclamaron una visión interdisciplinar de la valoración, lo que cristalizó en la exigencia de "médico, psicológico y trabajador social" en cada dictamen (RD 1971/999:3). Cabe señalar que la especificación de las personas integrantes de los equipos no es en un lenguaje inclusivo, característico de aquel momento.

En este momento la normativa se centraba especialmente en valorar el daño físico de forma cuantitativa, puntuaban las deficiencias y se permitía añadir hasta 15 puntos extra por factores sociales, sin un método claro ni atención al entorno o la vida diaria de la persona. Este modelo, alineado con una perspectiva biomédica tradicional, era útil para medir el grado de la afectación física, aunque dejaba fuera aspectos esenciales en la experiencia de la discapacidad.

Este contexto situaba a los equipos como actores clave en la gestión de prestaciones sociales, aunque con un enfoque limitado a la aplicación normativa y sin contemplar aún, de manera amplia, los factores contextuales o la participación social de la persona. En síntesis, los equipos del RD 1971/1999 representaban un primer modelo formalizado de valoración interdisciplinar, aunque con un carácter más técnico y funcional que integral, propio de un paradigma centrado en la deficiencia y en la compensación asistencial.

En cuanto a la normativa de 2022, los equipos se configuran como equipos multiprofesionales, debiendo integrar profesionales del área sanitaria y del área social, todos con una titulación mínima de grado universitario o equivalente. En cuanto a las funciones principales, estas se mantienen, aunque se refuerza la exigencia de cualificación profesional y se reconoce la necesidad de un abordaje interdisciplinar más amplio y especializado (cuadro 5.6).

**Cuadro 5.6. Equipos de valoración de la discapacidad en la normativa de 2022**

Real Decreto 888/2022, 18 de octubre, por el que establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad
<b>Dictámenes:</b> "serán emitidos por equipos multiprofesionales constituidos en los órganos competentes de las Comunidades Autónomas o del IMSERSO en su ámbito competencial". (Artículo 7.1, p.6)
<b>Equipos:</b> "formados necesariamente por profesionales del área sanitaria y del área social, ambos con titulación mínima de grado universitario o equivalente". (Artículo 7.1, p.6)
<b>Funciones</b> de los equipos: a) La valoración de las situaciones de discapacidad y calificación de su grado, así como en su caso, la revisión por intensificación o atenuación, error material o de hecho. b) La determinación de la necesidad de concurso de tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria. c) Determinar si existen dificultades de movilidad. d) Proponer si el grado de discapacidad es permanente o tiene que ser revisado, y el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de discapacidad. e) Aquellas otras funciones que, legal o reglamentariamente, sean atribuidas por la normativa reguladora. (Artículo 7.2, p. 7)

Respecto al modelo anterior, los equipos han cambiado notablemente. Antes, los órganos técnicos estaban formados únicamente por médico, psicólogo y trabajador social. Con este decreto, se amplía y diversifica la composición de los equipos, permitiendo la participación de un abanico más amplio de profesionales sanitarios y sociales. Esta evolución refuerza el enfoque interdisciplinar e integral de la valoración de discapacidad, garantizando una atención más especializada y adaptada a la complejidad de cada caso.

En esta normativa, si bien las funciones básicas se mantienen, el énfasis se sitúa en una mayor profesionalización y especialización, en sintonía con el enfoque biopsicosocial que inspira la norma. Esto implica reconocer que la discapacidad no

puede evaluarse únicamente desde lo clínico, sino que requiere incorporar la dimensión social y contextual como parte central del proceso. Con ello, se consolida un modelo de equipos más cualificado, interdisciplinar y coherente con los estándares internacionales, constituyendo un avance hacia valoraciones más integrales y ajustadas a la realidad de las personas con discapacidad.

En conjunto, la comparación evidencia una transición desde un modelo de equipos más básico y con perfiles delimitados (1999), hacia otro más profesionalizado y multiperspectivo (2022), en coherencia con el giro hacia un enfoque biopsicosocial en la valoración de la discapacidad.

#### *5.4.2. Análisis de los equipos de valoración según fuentes secundarias*

El análisis comparativo evidencia que en la normativa de 1999 los EVO estaban integrados por profesionales sanitarios y sociales, sin exigencia de formación específica en discapacidad ni en la CIF. Por su parte, la estructura y el funcionamiento de los equipos dependía de cada comunidad autónoma, pudiendo generar diferencias en la valoración, y los dictámenes eran independientes de los emitidos por otros organismos públicos. Por tanto, el decreto de 2022 exige que los órganos técnicos de valoración estén conformados por profesionales con formación específica en la CIF, en el modelo social de la discapacidad y en la normativa vigente. Además, la obligatoriedad de la formación continua para los integrantes de los equipos; se potencia la multidisciplinariedad real y la colaboración con otros sistemas (sanitario, educativo, laboral y social); se introduce la figura del referente de accesibilidad para garantizar la igualdad de trato y la no discriminación durante el proceso. Finalmente, se prevé la posibilidad de valoración conjunta en casos complejos o de especial vulnerabilidad, con participación de profesionales de diferentes ámbitos.

Desde el punto de vista profesional, los expertos celebran esta evolución porque el modelo anterior no reflejaba la realidad cotidiana de muchas personas, especialmente en casos de enfermedades neurodegenerativas, trastornos mentales o contextos sociales desfavorables. En este nuevo decreto, los equipos disponen de herramientas más específicas y detalladas para evaluar la interacción entre la persona y su entorno. No obstante, se identifican retos importantes: el nuevo sistema es complejo, requiere formación continua, recursos tecnológicos adecuados y tiempo para implementar correctamente cada baremo.

Además, algunos profesionales advierten que, si bien el RD 888/2022 amplía el espectro de evaluación, la agregación de los resultados en porcentajes únicos podría ocultar matices relevantes, como barreras ambientales críticas que desaparecen en la media final. También se ha señalado la necesidad de garantizar que todas las comunidades autónomas apliquen los baremos de forma homogénea, para evitar desigualdades territoriales (IMSERSO, 2021).

El artículo de Hernández, Rodríguez y Gerona (2008), los autores destacan que los EVO en la normativa de 1999 no solo determinaban el grado de discapacidad, sino que su labor estaba directamente vinculada con la gestión de prestaciones y servicios sociales. Es decir, el dictamen de los equipos no era un fin en sí mismo, sino un paso

previo necesario para el acceso a ayudas, recursos y beneficios. Esto refuerza la idea de la dimensión administrativa y asistencial de los equipos en esa etapa. Con la llegada del decreto siguiente en 2022, se consolida el cambio estructural del modelo del funcionamiento de la CIF de 2001. Esto supone dejar atrás la visión reduccionista de la discapacidad como mera deficiencia física o mental, para entenderla como el resultado de la interacción entre la condición de salud, las capacidades de la persona y su entorno social (Rodríguez y Vázquez, 2024). Además, los nuevos baremos enfatizan la multidimensionalidad del modelo, valorando tanto la condición de salud como las limitaciones para participar plenamente en la sociedad.

#### *5.4.3. Análisis de los equipos de valoración según los/las profesionales*

##### a) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: La ampliación de perfiles profesionales y la tendencia a la interdisciplinariedad nutren el proceso, aunque se mantiene la centralidad médica, y hay tensiones en la asignación de tareas, especialmente entre médicos y otros perfiles sanitarios.

*Los equipos multidisciplinares enriquecen el proceso de valoración... pero la calidad depende críticamente de la formación específica (GDAP1).*

*Ahora los equipos son multiprofesionales... médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales (EA2).*

*Somos ahora sanitario... puede ser enfermera, fisioterapeuta... es una novedad (EA5).*

Convergencias: Coinciden en la importancia de la multidisciplinariedad y flexibilidad de los equipos; la integración de roles diversificados es positiva.

*Tenemos que estar integrados todos (GDAP4).*

Divergencias: Discrepancias sobre la delimitación de las funciones; algunos defienden el rol exclusivo del médico en ciertas áreas, otros abogan por mayor apertura.

*No creo que sea efectivo sustituir al médico, sí es bueno introducir otros perfiles con formación (GDAP1).*

*Para determinadas valoraciones, los terapeutas ocupacionales pueden intervenir, pero las deficiencias, médicos y psicólogos (EA1).*

##### b) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: La valoración biopsicosocial se ve limitada por la insuficiencia de equipos, la sobrecarga y la ausencia de perfiles especializados clave, como neuropsicólogos o terapeutas ocupacionales. La preeminencia de enfoques médicos condiciona la profundidad y calidad del proceso evaluador.

*Un único equipo de valoración para toda la comunidad, lo que limita recursos y tiempos (EE5).*

Convergencias: Consenso crítico en torno a deficiencias estructurales del proceso de valoración bajo el nuevo baremo, destacando la ausencia de perfiles profesionales clave, la escasa incidencia de los informes externos y la persistencia de dilatados

tiempos de espera. Tales limitaciones comprometen la integralidad y eficacia de la valoración.

*Faltan perfiles claves para valoración integral (GDEP1).*

*Los informes externos no son vinculantes (EE2).*

Divergencias: Se evidencian divergencias en la valoración del impacto que los equipos tienen sobre los tiempos, los recursos y la calidad del proceso. Mientras algunos enfatizan las limitaciones estructurales que condicionan la capacidad de respuesta, otros destacan la necesidad de fortalecer la formación y profesionalización de los equipos.

*La relación es cordial, pero los tiempos de respuesta son inasumibles (GDEP4).*

*El equipo es fundamental... formación, que sea un equipo capacitado y conozca sobre la enfermedad y que sea interdisciplinar (GDEP2).*

### c) Opinión de otros expertos

Análisis: Alto consenso en la insuficiente especialización de los equipos, así como la escasa atención en las entrevistas. Coinciden en que la calidad del procedimiento se ve muy limitada por carencias humanas y resistencias al cambio.

*No están capacitados los equipos... mucha resistencia al cambio (EC2).*

*Si dispongo de una hora para entrevistarme... te da tiempo a poco (EC4).*

Convergencias: Críticas unánimes a la falta de formación y especialización; se denuncia además la falta de tiempo en las entrevistas.

*Los equipos necesitan más formación específica en neurología (EC1).*

*Los equipos de valoración carecen de profesionales especializados, como neuropsicólogos (EC3).*

En cuanto a la Esclerosis Múltiple, las orientaciones específicas emitidas respecto a esta enfermedad neurodegenerativa no difieren sustancialmente de las manifestaciones previas en los análisis anteriormente de los equipos de orientación y valoración.

## **5.5. Rol de las entidades de apoyo en el procedimiento de valoración de la discapacidad**

La familia, las personas con discapacidad y entidades son elementos inherentes a estas situaciones, no puede entenderse las trayectorias de las personas con discapacidad sin las familias y las entidades de apoyo. Este aspecto es también considerado en la Estrategia Española sobre discapacidad 2020-2030 (2022). El movimiento asociativo de la discapacidad es promovido desde las familias, las personas con discapacidad y las entidades de discapacidad como forma jurídica representativa. Estas circunstancias, están muy presente en las situaciones de discapacidad dependientes y muy limitantes.

El rol de apoyo de las entidades en el procedimiento de valoración de la discapacidad constituye un aspecto esencial para comprender cómo se articula el reconocimiento

oficial del grado de discapacidad en España. Más allá del marco normativo que regula las funciones de la Administración y de los equipos multiprofesionales, resulta necesario examinar de qué manera las entidades, tanto públicas como del tercer sector, participan, apoyan y complementan el proceso de valoración, aportando recursos, orientación y acompañamiento a las personas solicitantes.

De este modo, este epígrafe ofrece una aproximación integral al papel de las entidades en el procedimiento de valoración de la discapacidad, combinando el análisis normativo, el estudio académico y la experiencia profesional. Todo ello con el objetivo de comprender tanto los avances como los retos que persisten en la coordinación entre Administración, equipos técnicos y entidades sociales.

#### *5.5.1. Comparativa de las normativas reguladoras del rol de las entidades de apoyo*

Este apartado presenta la evolución normativa en España respecto al reconocimiento del grado de discapacidad y el papel que han y desempeñan las distintas entidades de apoyo en este procedimiento. Se comparan las dos disposiciones legales claves de 1999 y 2022. Ambas directrices tienen como objetivo principal regular los criterios y procedimientos para la valoración de la discapacidad, garantizando que el proceso sea uniforme en todo el territorio nacional y reconociendo la participación de entidades de apoyo como la familia, las redes comunitarias y las asociaciones de atención social. Así como analizar las posibles modificaciones en los roles y responsabilidades de las entidades implicadas en la evaluación de la discapacidad.

El cuadro 5.7 refleja el papel de las entidades en la normativa de 1999. Esta establece que la familia, las redes comunitarias y las asociaciones de atención social tienen un papel de apoyo, ayudando a garantizar una valoración completa de la persona afectada.

**Cuadro 5.7. Rol de las entidades de apoyo en el procedimiento por la normativa de 1999**

Real Decreto 1971/1999, 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
<b>Participación/Colaboración:</b> "Serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la personas, 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". (Artículo 4.1, pág.4)

En este sentido, el enfoque del decreto se centra en uniformizar el procedimiento en todo el territorio del Estado y en asegurar que la valoración de la discapacidad considere tanto al individuo como su entorno social, entre otros la familia y el desarrollo comunitario educativo y cultural. Sin embargo, la normativa lo establece como un factor social a considerar, y la realidad evidencia un apoyo familiar y de las entidades sociales para inclusión social.

Por su parte, el cuadro 5.8 muestra el papel de las entidades desde el decreto 2022, quien continúa reconociendo la importancia de la familia, las redes comunitarias y las asociaciones de atención social como entidades de apoyo en el proceso de evaluación. Con ello se reafirma la uniformidad del procedimiento en todo el territorio y mantiene la consideración integral de la persona junto con su entorno de apoyo.

### **Cuadro 5.8. Rol de las entidades de apoyo en el procedimiento por la normativa de 2022**

Real Decreto 888/2022, 18 de octubre, por el que establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad
<p><b>Participación/Colaboración:</b> "Actualmente se ha aprobado la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030. En la misma se realiza un reconocimiento de las necesidades y situaciones de aquellas personas con discapacidad con mayores limitaciones, así como de las situaciones de sus familias, ya que es mucho más probable que sin acciones proactivas y preventivas vuelvan a quedar fuera de los planteamientos más innovadores de ejercicio de derechos, prestaciones de apoyos e incluso de la política social".</p> <p>"En virtud del principio de transparencia, se ha posibilitado que los potenciales destinatarios tengan una participación activa en la elaboración de la norma mediante la realización de los trámites de consulta pública previa, audiencia e información pública, recabándose la opinión de las entidades representativas de los intereses de las personas con discapacidad y sus familias, de forma que se ha posibilitado el acceso sencillo, universal y actualizado a la normativa en vigor y universal, y a los documentos propios de su proceso de elaboración".</p> <p>(Preámbulo, p.5)</p>

A pesar de la actualización normativa en 2022, los objetivos y el rol de las entidades de apoyo se mantienen en esencia, indicando una continuidad en la filosofía de la valoración de la discapacidad. Cualquier cambio entre ambas normas se centra más en aspectos técnicos o administrativos que en la función de las entidades de apoyo. De esta forma se garantiza la igualdad de condiciones para el acceso de la ciudadanía a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen, incorporando no solo los criterios sanitarios y funcionales, sino también el reconocimiento de los contextos familiares y sociales que influyen en la integración de la persona con discapacidad.

Desde el punto de vista normativo, tanto el RD 1971/1999 como el RD 888/2022 recogen la necesidad de garantizar la igualdad de condiciones en el acceso a derechos y servicios, aunque ninguno de los dos incluye referencias explícitas a identidades específicas como el género, la etnia, la orientación sexual o el origen socioeconómico. La normativa se formula en términos formales y generales de igualdad, sin incorporar herramientas prácticas ni protocolos específicos que permitan detectar o corregir desigualdades derivadas de factores identitarios. En la práctica, esto significa que, aunque sobre el papel todos somos iguales, el sistema no reconoce las barreras específicas que sufren distintos grupos.

#### *5.5.2. Análisis del rol de las entidades de apoyo en el procedimiento según fuentes secundarias*

La inclusión en las normativas del apoyo de las entidades reconoce la importancia de las entidades de apoyo, como la familia, las redes comunitarias y las asociaciones de atención social, en el proceso de evaluación. En esta línea, González (2023) señala que, aunque el Real Decreto 888/2022 mantiene la estructura básica del procedimiento establecido en 1999, introduce un enfoque más integral y personalizado en la valoración de la discapacidad. Esto implica que las entidades de apoyo tienen un papel más activo y relevante, proporcionando información y contextos que enriquecen la evaluación técnica realizada por los equipos multiprofesionales.

Del mismo modo, La Guía Básica publicada por COCEMFE (2025) destaca el papel de las entidades de apoyo en el proceso de reconocimiento del grado de discapacidad. El nuevo baremo de 2022 introduce evaluaciones más específicas en áreas como el autocuidado, la movilidad y la comunicación, lo que permite una valoración más precisa

de las necesidades de apoyo de la persona. Además, la guía enfatiza la importancia de la participación activa de las entidades de apoyo en el proceso de evaluación, sugiriendo que su implicación puede influir significativamente en la determinación del grado de discapacidad reconocido. Esto se alinea con el enfoque del Real Decreto 888/2022, que busca una valoración más holística y contextualizada de la discapacidad.

Ambos análisis coinciden en el avance significativo de la valoración del grado de la discapacidad en España. La inclusión de los Factores Contextuales y la especificación de áreas de evaluación permiten una valoración más precisa y personalizada. En este nuevo marco, las entidades de apoyo desempeñan un papel crucial, proporcionando información contextual que enriquece el proceso de evaluación y contribuye a una determinación más justa y adecuada del grado de discapacidad.

Desde el enfoque de profesionales, esta omisión resulta especialmente grave en un sistema que pretende ser justo e inclusivo. Estudios sobre discapacidad y género han demostrado que las mujeres con discapacidad enfrentan discriminación múltiple, tanto en el acceso a servicios como en el reconocimiento de su autonomía. Asimismo, personas migrantes, racializadas o con identidades no normativas (LGTBIQ+) pueden ver agravadas sus barreras de acceso al sistema de valoración, tanto por sesgos culturales como por desconocimiento del idioma o por estereotipos implícitos en los equipos de evaluación.

Expertas en diversidad funcional y estudios feministas coinciden en que la ausencia de un enfoque interseccional en la normativa impide que el sistema identifique situaciones de opresión cruzada, y, por tanto, no puede corregirlas ni prevenirlas. Además, desde colectivos de activismo social se ha denunciado la falta de formación específica en género y diversidad dentro de los equipos de evaluación, lo que puede perpetuar valoraciones normativas subjetivas o sesgadas.

### *5.5.3. Análisis del rol de las entidades de apoyo en el procedimiento según la opinión de los/as profesionales*

#### a) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: IMSERSO, CERMI y asociaciones actúan como enlaces y representantes, no obstante, también generan presión social y demandan reconocimientos que a veces distorsionan la equidad. Su papel es dual: informan y orientan, aunque fomentan expectativas poco realistas, saturan el sistema e impulsan presiones sectoriales.

*El IMSERSO aporta baremo y software, CERMI y entidades presionan para la reforma (EA3).*

*Las entidades funcionan como grupos de presión... consiguen cosas para un colectivo concreto y le da igual el resto (GDAP2).*

Convergencias: Reconocen su importancia en la orientación social y defensa de derechos, aunque critican su tendencia a impulsar solicitudes masivas.

*El papel de las entidades es dual... cumplen función positiva de apoyo, pero generan distorsiones en expectativas sociales y presiones (GDAP2).*

Divergencias: El debate se da sobre el efecto real de esa presión y las consecuencias prácticas (expectativas, frustración, discriminaciones).

*No puede ser que digas que la Esclerosis Múltiple es la enfermedad de las 1000 caras y luego digas que todo es 33% (GDAP2).*

#### b) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: Las entidades constituyen un puente indispensable entre ciudadanos y administración, su función suple deficiencias del sistema público. La integración oficial de las entidades y reconocimiento jurídico de sus aportes es esencial para un sistema más justo y eficiente.

*No tienen reconocimiento legal, pero son clave (GDEP5).*

Convergencias: Se resalta la importancia clave de ciertos apoyos, orientaciones y procedimientos que, aunque no siempre tengan reconocimiento legal formal, son fundamentales para el proceso de valoración y acompañamiento de la discapacidad.

*Orientamos, hacemos simulacros de entrevistas y apoyo emocional (EE2).*

*Cargamos documentación en la plataforma y señalamos incoherencias (EE4).*

Divergencias: Las diferencias están en el grado de proactividad, mientras que algunas entidades se limitan a acompañar, otras asumen un papel más reivindicativo, señalando incoherencias en las valoraciones.

*La presentación de informes es fundamental porque en ellos se basen, aparte de que te ven en 5 o en 3 minutos (GDEP1).*

*Elaboramos un informe por parte de todo nuestro equipo... no son vinculantes, pero sí que se los están leyendo (GDEP2).*

#### c) Opinión de otros expertos

Análisis: Se reconocer el papel fundamental de las entidades como actores intermedios entre la administración y las personas afectadas. Son percibidas como puentes imprescindibles ante un sistema institucional que muchas veces resulta inaccesible, burocrático o poco comprensible para las personas.

*Las asociaciones son intermediarias cruciales para informar y acompañar (EC3).*

Coincidencias: Se reconoce a las entidades como imprescindibles para apoyo, información y acompañamiento a personas con discapacidad; como agentes activos de acceso a derechos, visibilización, acompañamiento técnico y educación a la ciudadanía.

*Intento contactar con las asociaciones para ofrecer información y divulgación (EC1).*

Divergencias: Las diferencias radican principalmente en el énfasis asignado al rol de las asociaciones, así como la intermediación humana y acompañamiento, por su gestión de derechos, o el servicio profesional especializado.

*Desde las entidades podemos atender a las personas... certificados permiten acceso (EC2).*

*Las asociaciones ofrecen informes psicológicos sin costo... hay que educar a ciudadanía y entidades (EC4).*

## 5.6. Brecha territorial y procedimiento de valoración de la discapacidad

El reconocimiento del grado de discapacidad en España está regulado por el Real Decreto 888/2022, que establece un procedimiento común para todo el territorio nacional. Sin embargo, la implementación de este procedimiento puede variar significativamente entre las distintas comunidades autónomas, lo que da lugar a una brecha territorial en el acceso y calidad de los servicios relacionados con la discapacidad. Este epígrafe aborda dicha brecha desde tres perspectivas: la comparativa normativa entre comunidades autónomas, el análisis de cambios normativos desde fuentes secundarias y la percepción de profesionales de equipos y entidades.

### 5.6.1. Comparativa de las normativas del procedimiento de discapacidad y brecha territorial

Este apartado presenta una comparativa del proceso autonómico de reconocimiento de la discapacidad bajo los dos marcos normativos distintos: el Real Decreto 1971/1999 y el Real Decreto 888/2022. Ambos decretos buscan garantizar la uniformidad y la igualdad en la valoración del grado de discapacidad en todo el territorio español, aunque utilizan mecanismos diferentes para lograrlo. El análisis de cada normativa permite observar la evolución en la forma en que el Estado y las comunidades autónomas coordinan sus competencias y comparten información en esta materia.

La normativa de 1999 asegura la uniformidad autonómica del procedimiento mediante la creación de una *Comisión Estatal* compuesta por representantes del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas (cuadro 5.9).

**Cuadro 5.9. Normativa reguladora de 1999 a nivel territorial**

Real Decreto 1971/1999, 23 diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía
<b>Uniformidad:</b> "A los efectos de garantizar la uniformidad en los criterios de aplicación de los baremos en todo el territorio del Estado, se creará una <i>Comisión Estatal</i> , integrada por representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social, y de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas" (Artículo 5.5, p.5)
<b>Competencias:</b> "serán competentes para ejercer las funciones señaladas en el artículo anterior los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes se hubieran transferido sus funciones, y las Direcciones Provinciales del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en Ceuta y Melilla" (Artículo 6.1, p.5).
<b>Garantía de igualdad:</b> "la finalidad de este decreto es de que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadano a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos públicos otorguen" (Artículo 1, p.4)

En cuanto a la valoración corresponde a los órganos de las comunidades autónomas con competencias transferidas y, en el caso de Ceuta y Melilla, a las direcciones provinciales del IMSERSO. La Comisión Estatal actúa como órgano de coordinación, consulta y seguimiento, con el fin de unificar los criterios de aplicación de los baremos en todas las comunidades autónomas. La homogeneidad se confiaba en un mecanismo colegiado de coordinación como la Comisión Estatal.

Técnicos de valoración de las Comunidades Autónomas, en el desarrollo histórico de la aplicación del Real Decreto 1971/1999, detectaron una importante variabilidad en la interpretación y aplicación de los baremos, derivada de la ausencia de mecanismos efectivos de seguimiento estatal. Sin embargo, aunque el decreto establecía la creación de una Comisión Estatal de Coordinación, en la práctica no se implementaron herramientas suficientes para asegurar la homogeneidad de las valoraciones en todo el territorio. Del mismo modo, a pesar de la igualdad establecida, el sistema permite cierto margen de interpretación y gestión autonómica, ya que cada comunidad tiene potestad para organizar sus propios órganos técnicos de valoración y aplicar los baremos de forma autónoma. Esto introduce potenciales sesgos territoriales, dado que las diferencias en recursos humanos, técnicos y en la aplicación práctica de los criterios podrían afectar a la igualdad efectiva de trato. En consecuencia, el “código postal” podría influir en la valoración del grado de discapacidad, a pesar de la intención de uniformidad que recoge la norma (cuadro 5.10).

**Cuadro 5.10. Normativa reguladora de 2022 a nivel territorial**

Real Decreto 888/2022, 18 de octubre, por el que establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad
<b>Uniformidad:</b> “La Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Discapacidad es el órgano colegiado de la Administración General del Estado. Está adscrito al Ministerio con competentes en la materia y a los efectos de garantizar la uniformidad en los criterios de aplicación de los baremos en todo el territorio del Estado”. (Artículo 4.4, p.6-7)
<b>Competentes:</b> “el ejercicio de las funciones corresponderá al órgano competente de la comunidad autónoma en cuyo ámbito territorial figure empadronada y tenga la residencia efectiva la persona interesada, y al IMSERSO en las ciudades de Ceuta y Melilla”. (Artículo 6, p. 8).
<b>Garantía de igualdad:</b> “El Real Decreto busca garantizar la igualdad de valoración en todo el Estado mediante el establecimiento de un Sistema de Información compartido, que permite unificar datos” (Preámbulo p.2) “Afectos de comprobar que la evaluación del grado de discapacidad sea uniforme en todo el territorio del Estado, se crea un Sistema de intercambio de información entre el IMSERSO y la Comunidades Autónomas. El Sistema dispondrá de datos con fines estadísticos, con la previa anonimización de los mismos y garantizando las medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales de a personas interesada. Con la finalidad anterior, las Comunidades Autónomas remitirán al IMSERSO la información requerida y deberán cooperar en la recopilación ordenación, tratamiento, publicación, actualización y transparencia de los datos de valoración del grado de discapacidad, a incorporar en el Sistema con enfoque de género”. (Artículo 14, p.10)

Sin embargo, la potestad de las comunidades autónomas para organizar su propio procedimiento de valoración, unido a diferencias en la aplicación práctica de los criterios y en los recursos disponibles, puede dar lugar a sesgos territoriales. Así, aunque formalmente se pretende impedir que el “código postal” afecte al reconocimiento del grado de discapacidad, existen riesgos de heterogeneidad en la valoración real de las personas dependiendo de su lugar de residencia.

“La Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Discapacidad es el órgano colegiado de la Administración General del Estado, adscrito al Ministerio con competencias en materia de discapacidad, creado, con carácter permanente, como instrumento de coordinación y consulta entre las distintas Administraciones Públicas competentes en la materia y a los efectos de garantizar la uniformidad en los criterios de aplicación de los baremos en todo el territorio del

Estado" (Artículo 4.4 del RD 888/2022:7). Con esta normativa de 2022, la homogeneidad ya no depende de una comisión consultiva, sino de un sistema digital de información compartida que busca uniformidad técnica y estadística.

### *5.6.2. Análisis de las brechas autonómicas según fuentes secundarias*

Desde el punto de vista normativo, ambos reales decretos reconocen la necesidad de mantener la uniformidad en la valoración del grado de discapacidad en todo el territorio del Estado. El RD 1971/1999 lo hace mediante la creación de una Comisión Estatal de Coordinación, integrada por el Ministerio y las comunidades autónomas, con el objetivo de consensuar la aplicación de los baremos (art. 8.3). Por su parte, el RD 888/2022 supone un avance adicional y más operativo al establecer un Sistema de intercambio de información entre el IMSERSO y las Comunidades Autónomas (art. 14), que recogerá datos estandarizados con fines estadísticos y de transparencia (IMSERSO, 2019-2023). Ambos decretos también establecen claramente la competencia territorial autonómica, lo que refuerza la descentralización del procedimiento.

No obstante, desde la visión de los expertos, esta descentralización ha derivado históricamente en notables desigualdades entre comunidades autónomas, tanto en los criterios aplicados como en los plazos de resolución. Investigaciones y estudios comparativos han mostrado variaciones de hasta 20 puntos porcentuales en la concesión de ciertos grados de discapacidad según la comunidad de residencia, fenómeno conocido como "turismo de discapacidad". A pesar de que el nuevo sistema de información del RD 888/2022 es valorado como un avance, expertos en políticas públicas advierten que carece de indicadores comparables públicamente, lo cual limita su eficacia para reducir realmente la brecha territorial. Por ello, proponen incorporar paneles de datos abiertos, con estadísticas por provincia y plazos medios, que permitan la rendición de cuentas y el seguimiento real de la equidad interterritorial (EME, 2022).

Por su parte el CERMI en su Informe comparativo territorial (2023), resalta el tiempo de demora en las valoraciones de la discapacidad con máximos de hasta 24 meses, como Canarias y Extremadura, frente a comunidades con esperas notablemente menores, como Castilla y León y País Vasco, con un tiempo aproximado de 4 y 5 meses respectivamente. Las causas de estas diferencias, el informe las atribuye a los retrasos por escasez de personal y procedimientos lentos o complejos, evidenciando la brecha territorial también actualmente en plena transición del RD 888/2022. En este sentido, incide la valoración del Defensor del Pueblo quien confirma desigualdades territoriales en el acceso a la valoración y revisión del grado de discapacidad, originarias estas a retrasos muy acentuados en varias provincias y comunidades con reclamaciones desde 2019 (Defensor del pueblo, 2025).

En síntesis, si en 1999 la garantía de igualdad se basaba en la coordinación política y administrativa mediante una comisión estatal, en 2022 la garantía se traslada a un modelo tecnológico y de datos compartidos, con controles periódicos para corregir desigualdades. Todo ello, muestra un tránsito desde un enfoque más burocrático y colegiado hacia una perspectiva digital y de gestión de información, lo que refleja la modernización de la administración y la necesidad de respuestas más ágiles y basadas en datos.

### 5.6.3. Análisis de las brechas autonómicas según los/as profesionales

#### a) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: La descentralización genera desigualdad entre comunidades en recursos, equipos, plazos y profesionalización. La legislación es estatal, aunque la equidad práctica se resiente por diferencias administrativas y sociales locales.

*La brecha territorial es evidente, hay comunidades con equipos formados, recursos y formación, y otras que van con retraso. (EA3).*

*Navarra aparece como modelo de centralización y organización; en otras comunidades se perciben saturación, opacidad o falta de homogeneidad en los criterios (GDAP2).*

Convergencias: Todos reconocen esta desigualdad y la necesidad de homogeneizar prácticas; la carencia de recursos y transparencia son factores clave.

*Todos los participantes identifican diferencias entre comunidades... organiza con lo que tiene, pero es necesario homogeneizar hábitos y criterios (EA1).*

Divergencias: Algunos consideran que los baremos estatales reducen el impacto de la diferencia territorial; otros perciben desigualdades flagrantes en el acceso real a derechos.

*La valoración es bastante uniforme en toda España... lo que cambia es el número de reconocimientos y las solicitudes (EA3).*

#### b) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: Hay una desigualdad territorial marcada en plazos y calidad, tanto entre comunidades autónomas como dentro de ellas. Esta brecha vulnera la igualdad de derechos y genera injusticia estructural.

*Desigualdades también dentro de una misma comunidad (EE4).*

Convergencias: Los discursos convergen claramente en señalar la existencia de importantes desigualdades territoriales en los tiempos de valoración del grado de discapacidad en España.

*En Madrid tardan más de 2 años, en País Vasco 4 meses (EE3).*

*Cada región funciona a su manera, generando un mapa desigual (GDEP1).*

Divergencias: Las diferencias territoriales, en las que convergen todas las entrevistadas, evidencian desigualdad estructural en el acceso al certificado y prestaciones, situación que exige soluciones integradoras y uniformes a nivel de Estado.

*Cada centro base tiene un equipo diferente y da respuesta en el tiempo que dice la ley, otros que se demoran un montón o no tienen en cuenta esa información (GDEP3).*

*Como sabéis que las comunidades autónomas son reinos de taifas... cada comunidad autónoma hace y deshace lo que consideremos oportuno (GDEP1).*

### c) Opinión de otros expertos

Análisis: Todos reconocen desigualdades territoriales, como remarcan diferencias entre comunidades y provincias.

*Cada maestrillo tiene su librillo... depende de cada comunidad, dentro de cada provincia (EC4).*

Convergencias: Gran consenso en la existencia de diferencias territoriales.

*Hay grandes diferencias entre comunidades autónomas (EC1).*

Divergencias: Se remarcan diferencias de recursos y factores socioculturales.

*Existen disparidades entre regiones y la influencia de factores socioculturales (EC3).*

## **5.7. Limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad**

El procedimiento de valoración de la discapacidad constituye una herramienta esencial para garantizar el acceso a derechos, prestaciones y recursos específicos de apoyo. No obstante, tanto en su configuración normativa como en su aplicación práctica, se observan limitaciones que repercuten en la equidad, la eficacia y la adaptación a las necesidades reales de los solicitantes. En este sentido, el apartado presenta las limitaciones clasificadas en cuatro grandes bloques: desde aquellas derivadas de los marcos normativos y su evolución, desde el RD 1971/1999 hasta el RD 888/2022; las identificadas en fuentes secundarias; las señaladas por los propios profesionales de la valoración, que ponen de manifiesto obstáculos prácticos y operativos; y, finalmente, los casos en los que determinadas patologías complejas, como la Esclerosis Múltiple, evidencian de forma paradigmática las dificultades del sistema para recoger de manera adecuada la variabilidad y progresividad de algunas condiciones de salud.

### *5.7.1. Análisis de las limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad según fuentes secundarias*

Este apartado refleja las limitaciones del proceso de reconocimiento de la discapacidad según los dos marcos normativos referenciales de 1999 y de 2022. Ambos decretos, reconocen que la discapacidad no depende únicamente de una valoración médica o clínica, sino que está influida por factores sociales, contextuales y ambientales que condicionan la vida diaria de las personas. La comparación entre ambas normativas permite ver cómo ha evolucionado la concepción de la discapacidad: de un enfoque complementario y más limitado a finales del siglo pasado, hacia un enfoque integral fundamentado en la interacción entre la persona y su entorno en 2022. En este sentido, a continuación, se ofrece una valoración objetiva de las limitaciones que presenta cada decreto de forma más detallada.

Las limitaciones específicas presentadas en el *Real Decreto 1971/1999* de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, están centradas en el anexo I.B respecto a los factores sociales. En este momento, los factores sociales se consideran complementarios a la valoración médica inicial, y sólo se aplican cuando el grado de discapacidad era igual o superior al 25 %, pudiendo añadir hasta 15 puntos adicionales a la valoración inicial. Por su parte, la limitación principal es la perspectiva social se trataba como un añadido parcial al diagnóstico médico, con un peso limitado en la calificación final. En síntesis, los

factores sociales se reconocían, aunque de manera secundaria, subordinados a la valoración médica.

Además, este enfoque jurídico presenta otras limitaciones importantes. El decreto no integra ni adapta plenamente la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM de la OMS 1980), en la actualidad sustituida por la CIF-OMS/2001. La CIDDDM no incluye conceptos claros como capacidad o funcionamiento, y sin establecer una distinción sistemática entre deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Además, la valoración de los factores sociales queda en un espacio residual o “cajón de sastre”, sin precisar metodologías objetivas para su medición, generando por ello inseguridad jurídica y variabilidad en la aplicación práctica. No se define de manera sistemática qué se entiende por “capacidad”, ni se contempla el funcionamiento de la persona en contextos dinámicos o variables.

Por tanto, aunque el baremo intentaba completar la valoración incluyendo dimensiones sociales, deja importantes huecos conceptuales y técnicos que limitan una evaluación global e integral del grado de discapacidad.

En cuanto al *Real Decreto 888/2022* de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, las limitaciones están caracterizadas por los factores contextuales y las barreras ambientales, ya sean a nivel físico, psicológico y de salud, recogidas en el anexo VI. En este decreto se amplía el concepto hacia los factores contextuales y barreras ambientales, alineándose con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS. La limitación principal en este enfoque incide en su aplicación que depende de la capacidad técnica y recursos de cada comunidad autónoma, lo que puede generar diferencias territoriales, aunque el enfoque es más amplio y moderno. En 2022, la valoración se concibe de forma más integral, reconociendo que la discapacidad surge de la interacción entre la persona y su entorno.

Respecto al entorno físico, se contemplan elementos del medio que impiden la movilidad o el acceso (por ejemplo, edificios sin rampas, aceras sin rebajes, transporte público no adaptado). En cuanto a la tecnología asistencial, ausencia o inadecuación de dispositivos de apoyo (por ejemplo, ayudas técnicas deficitaria para la comunicación o la movilidad). Respecto a las actitudes sociales: las creencias o comportamientos negativos hacia la discapacidad, como la estigmatización, o la falta de sensibilización. Y, desde una perspectiva macro, los servicios, sistemas y políticas como normativas, procedimientos o programas públicos que no existen, son insuficientes o dificultan la participación. Ejemplo de ello serían los trámites administrativos inaccesibles, falta de adaptación de centros educativos o sanitarios.

Estos factores, al actuar como barreras, restringen la participación de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida laboral, educativa, cultural, social, etc. Su evaluación se establece por la graduación de la CIF (0 = ninguna, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave, 4 = completa), de modo que cada barrera identificada recibe una puntuación en función de su impacto y frecuencia. De esta forma, la variable “limitaciones” recoge tanto la presencia de obstáculos concretos como la falta de ajustes razonables que permitan superar dichas dificultades.

Desde el punto de vista normativo, el tratamiento de los obstáculos ha evolucionado notablemente del RD 1971/1999 al RD 888/2022. En el primero, los obstáculos se limitaban a lo que el decreto llamaba “factores sociales complementarios” (como la situación familiar, laboral o educativa), los cuales podían sumar hasta 15 puntos adicionales a la valoración general, aunque sin un baremo estructurado ni indicadores objetivos para su evaluación. Se trataba, en la práctica, de una valoración subjetiva y limitada, con escasa capacidad para reflejar el impacto real del entorno en la vida de la persona con discapacidad.

Por el contrario, el RD 888/2022 introduce una de las reformas más potentes al incorporar el Baremo de Evaluación de los Factores Contextuales/Barreras Ambientales (BFCA) como un anexo completo e independiente (anexo VI del decreto). Este baremo no solo reconoce que los obstáculos no están en la persona sino en el entorno (físico, social, actitudinal), sino que además sistematiza su evaluación con criterios que van desde la accesibilidad arquitectónica, la disponibilidad de productos de apoyo, hasta las actitudes sociales y la adecuación de las políticas públicas. Normativamente, se supera así la visión asistencialista y se introduce un enfoque centrado en los derechos y la participación.

Desde la perspectiva profesional, este cambio representa un avance significativo. Muchos expertos de la discapacidad y el trabajo social habían denunciado que la anterior normativa invisibilizaba obstáculos estructurales que afectaban gravemente la autonomía, como la falta de transporte adaptado, la precariedad económica, la ausencia de redes comunitarias o la discriminación social. El nuevo BFCA es valorado como una herramienta clave para hacer visibles esas realidades, y para fundamentar decisiones más ajustadas al contexto de cada persona (IMSERSO, 2022).

Sin embargo, hay advertencias importantes. Varios expertos han señalado que, al convertir la evaluación de barreras en una puntuación cerrada (máx. 24 puntos), que se suma al “grado de discapacidad ajustado”, puede haber una pérdida de matices. Por ejemplo, una persona puede experimentar una barrera crítica (como vivir en un edificio sin ascensor), no quede adecuadamente reflejada en el porcentaje total. También preocupa que la aplicación del BFCA depende de la formación y sensibilidad de los equipos evaluadores, lo que puede generar diferencias de aplicación entre territorios.

Otras veces ponen el acento en las limitaciones operativas cuando la elaboración de los dispositivos de asistencia, apoyo personal e intensidad precisan mayor profundidad técnica y, por tanto, requieren mayor tiempo por parte de los evaluadores (Rodríguez y Vázquez, 2024).

En este contexto, Rodríguez Ramos (2023) planteaba en relación a la implementación del RD 888/2022 que, pese a su objetivo de uniformizar la valoración del grado de discapacidad mediante un enfoque biopsicosocial unificado, enfrenta importantes desafíos operativos derivados de la descentralización administrativa en España. Al depender de las Comunidades Autónomas la ejecución del procedimiento (en cuanto a recursos técnicos, formación del personal, y adaptación normativa), se produce una pluralidad de ritmos y medios que dificultan la plena homogeneidad. Estas diferencias

autonómicas han obligado a acciones diferenciadas, como la organización de jornadas formativas (Castilla y León), o la aprobación de instrumentos legislativos propios (Cantabria con tramitación simplificada), evidenciando la complejidad de armonizar un procedimiento común en un contexto descentralizado.

### *5.7.2. Análisis de las limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad según los/las profesionales*

#### a) Opinión de los técnicos de valoración de la Administración Pública

Análisis: Coinciden en que continúan los problemas de saturación de solicitudes, falta de personal y listas de espera. La sobrecarga operativa se atribuye a una demanda indiscriminada, presión asociativa y falta de filtros. El baremo gana en rigor y objetividad, aunque obstaculiza la flexibilidad y no siempre capta matices personales ni fluctuaciones clínicas.

*La lista de espera ha aumentado, pero brutalmente... médicos no quieren trabajar en discapacidad (EA5).*

*Tenemos 15.000 en lista de espera; en realidad serían 4.000 (GDAP4).*

Convergencias: Coinciden en la sobrecarga de trabajo, la lentitud y la necesidad de incorporar criterios sociales y técnicos ante la trivialización de la discapacidad y el colapso de recursos.

*La predisposición del ciudadano: piensan que todo es discapacidad (GDAP1).*

*La automatización limita la capacidad de matizar individualmente, pero asegura mayor equidad (EA5).*

Divergencias: Debaten si la causa principal está en la falta de educación social y filtros o en la propia administración pública y su organización.

*La educación de la población general es una asignatura pendiente... este ha sido el problema, que también nos ha aumentado mucho la lista de espera (GDAP3).*

#### b) Opinión de los técnicos de entidades de apoyo

Análisis: El principal obstáculo reside en la lentitud administrativa, la burocracia y la falta de personal, que generan retrasos prolongados, informes de baja calidad y equipos saturados. Estos déficits limitan la experiencia de las personas usuarias y reducen la eficacia y justicia del sistema a un plano meramente teórico.

*Burocracia excesiva, formulismos incomprensibles, falta de aplicación real, arbitrariedad (EE4).*

Convergencias: Los testimonios convergen en criticar un sistema de valoración marcado por la lentitud, la saturación de recursos y un exceso de trámites, que afectan negativamente a quienes necesitan una valoración rápida y justa para garantizar sus derechos.

*Demoras hasta 2 años y falta de especialistas forman cuello de botella (EE1).*

*El sistema es lento, frustrante y precario (GDEP4).*

Divergencias: Los discursos presentan divergencias claras en la percepción del procedimiento de valoración de discapacidad, enfocándose en aspectos de trato al solicitante y rigidez del proceso.

*Procedimiento despersonalizado, rápido y superficial, trato como ganado (EE2).*

*Los informes externos no se consideran y la burocracia es excesiva (EE4).*

c) Opinión de otros expertos

Análisis: Coinciden en señalar problemas estructurales: lentitud, falta de personal, precariedad, rigidez informática, carencia de empatía y formación. Las críticas son transversales y complementarias.

*El principal problema sigue siendo la lentitud y la falta de recursos humanos (EC1).*

Convergencias: Los discursos convergen en señalar deficiencias estructurales que afectan al proceso de valoración, como la percepción de saturación y precariedad como factores centrales del problema.

*Tenemos un embudo... un programa informático lento (EC2).*

Divergencias: Las diferencias enfatizan la lentitud y carencia de personal como eje principal, la ineficiencia tecnológica, hacia deficiencias formativas y actitudinales, plantilla inestable y en la limitación temporal de las evaluaciones

*Falta de recursos, formación y empatía de los evaluadores (EC3).*

*Muy pocos profesionales estables (EC4).*

## **5.8. Alusiones a la Esclerosis Múltiple desde los/as profesionales**

### *5.8.1. Esclerosis Múltiple y necesidad de reforma*

Las reivindicaciones de las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la Esclerosis Múltiple, se remontan desde el siglo pasado. En cuanto al Real Decreto 1971/1999, este reconoce límites desde "incapacidad permanente total" hasta "gran invalidez", aunque la medición no recoge adecuadamente la fluctuación de síntomas o la diversidad del impacto clínico y social de la Esclerosis Múltiple (Padros, 2023).

*La Esclerosis Múltiple es única en su carácter fluctuante; reclamar protocolos específicos y uniformes (EE5).*

Otra indicación es la rigidez del sistema de valoración fundamentado en puntuaciones clínicas estáticas, sin contemplar la variabilidad y progresividad propias de la Esclerosis Múltiple. En este sentido, el colectivo demanda la inclusión de la escala *Expanded Disability Status Scale* (EDSS), utilizada para evaluar la discapacidad en la Esclerosis Múltiple. La EDSS o Escala Expandida del Estado de Discapacidad, es un método para medir la discapacidad neurológica en personas con Esclerosis Múltiple, desarrollado por el neurólogo John Kurtzke. La escala va del 0 al 10, donde 0 significa un examen neurológico normal y 10 indica la muerte relacionada con la Esclerosis Múltiple. Los neurólogos utilizan esta escala para evaluar y seguir los cambios en la discapacidad de un paciente a lo largo del tiempo, centrado en la evaluación del funcionamiento de

ocho sistemas neurológicos: piramidal, cerebeloso, del tronco encefálico, sensitivo, visual, intestinal y vesical, y mental (Kurtzke, 1983). Sin embargo, no está incluida directamente en el Real Decreto 888/2022 o en decretos anteriores sobre valoración de discapacidad en España pues, es una herramienta clínica específica para la Esclerosis Múltiple (Padros, 2023).

En marzo de 2021, el Congreso de los Diputados aprobó la Proposición No de Ley (PNL), sobre enfermedades neurodegenerativas incluyendo la Esclerosis Múltiple (Somos pacientes, 2021). Con ello, instaba al gobierno a modificar el RD 1971/1999 para el reconocimiento automático del 33% de discapacidad en enfermedades neurodegenerativas, incluyendo la Esclerosis Múltiple. Esta propuesta fue respaldada por la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE).

*Ejemplo paradigmático de enfermedad fluctuante y progresiva... evidencia las limitaciones del modelo biomédico y la necesidad del biopsicosocial (GDAP1).*

#### *5.8.2. Procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple*

Desde Esclerosis Múltiple España, en una primera aproximación, valora con cautela el Real Decreto 888/2022. El colectivo, en ese momento llevaba más de 10 años esperándolo. Favorablemente, se tiene un baremo más acorde a la normativa internacional, tanto a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, 2001), como a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). No obstante, es considerado insuficiente por no ofrecer la protección social que precisa una persona con Esclerosis Múltiple desde el mismo momento del diagnóstico.

*Reconocen síntomas invisibles, pero la lentitud neutraliza la valoración (EE1).*

Si el diagnóstico de determinadas patologías no conlleve el reconocimiento, declaración y calificación de persona con discapacidad, en contraste con el planteamiento del modelo biopsicosocial propuesto. En este sentido, hay normativa autonómica que ya ha avanzado al respecto, como el Decreto 50/2016 que incluye el reconocimiento de la especificidad de las enfermedades neurodegenerativas en la protección social como la tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad.

*Los síntomas invisibles no se valoran adecuadamente... es importante obtener al menos un 33% (EC3).*

Por ello, consideran que se ha perdido una buena oportunidad para el reconocimiento de la especificidad de las enfermedades neurodegenerativas, como es la Esclerosis Múltiple, con la protección social que necesitan desde que son diagnosticadas. En consecuencia, se plantea la voluntad del poder legislativo de implementar esta protección social del colectivo, aunque continúa siendo una de las grandes necesidades no cubiertas por el Real Decreto 888/2022 (EME, 2022).

#### *5.8.3. Baremación del procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple*

En cuanto al baremo de 1999, este no reflejaba adecuadamente las dificultades de la Esclerosis Múltiple que, en contraposición, lo ralentiza y obstaculiza el acceso a sus

derechos. Esto promovió la propuesta de Plan No de Ley en 2021. La Esclerosis Múltiple es una condición que puede presentar una evolución muy variable, con síntomas intermitentes que afectan a diferentes áreas de la vida. Por este motivo, a la hora de valorar el grado de discapacidad de una persona con Esclerosis Múltiple, no solo se tienen en cuenta los efectos físicos (como problemas de movilidad o fatiga), o psicológicos (depresión, ansiedad, etc.), sino también el impacto en las relaciones sociales, laborales y familiares.

*La Esclerosis Múltiple no cabe en una tabla. Necesita escucha, no solo medición (EA1).*

Por ello, se evalúa las dificultades para desarrollar actividades cotidianas, desde levantarse, vestirse o desplazarse, hasta comunicarse o mantener una rutina laboral. En este sentido, en casos de Esclerosis Múltiple con un grado de afectación moderado, es habitual que se reconozca un mínimo del 33% de discapacidad. Y, cuando las limitaciones son más intensas o persistentes, este porcentaje puede aumentar y superar el 65%.

*La Esclerosis Múltiple es la enfermedad de las mil caras y muy difícil de baremar (EE2).*

Durante este proceso de valoración, se considera toda la información disponible, tanto informes médicos, la entrevista personal, las limitaciones reconocidas, como las condiciones de vida. Además, también se valora el impacto de la Esclerosis Múltiple en el entorno, como si la persona ha tenido que reducir su jornada laboral, si necesita ayuda para desplazarse o si se han visto afectadas sus relaciones sociales (FEM, 2025).

*El baremo te permite valorar enfermedades dependiendo de los brotes ... de la intensidad y la frecuencia... (GDAP1).*

#### *5.8.4. Equipos de orientación y valoración en el procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple*

En el ámbito de la Esclerosis Múltiple, el análisis general de los equipos de orientación y valoración, tras la reforma de 2022, introduce la perspectiva del modelo biopsicosocial ampliando la composición de los profesionales de los equipos. No obstante, a pesar de la importancia de la multidisciplinariedad, persisten desafíos como la centralidad médica, la falta de perfiles especializados (por ejemplo, neuropsicólogos), la sobrecarga laboral y las desigualdades territoriales, lo que condiciona la plena efectividad de un sistema diseñado para integrar la interacción entre salud, capacidades y contexto social en la valoración de la discapacidad.

*He valorado bastantes Esclerosis Múltiples que se han quedado con un 5, con un 10 y es correcto... que me hayan llegado al 33 muy pocas... ahora depende de la afectación funcional (EA5).*

*Sin protocolos específicos, se perpetúa la invisibilización (GDEP5).*

#### *5.8.5. Rol de las entidades de apoyo y Esclerosis Múltiple*

Los profesionales especializados en Esclerosis Múltiple, neurólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales han advertido que el decreto no contempla la naturaleza fluctuante de los síntomas (fatiga crónica, altibajos funcionales y deterioro cognitivo intermitente), ni la necesidad de evaluaciones longitudinales que recojan la evolución real de la patología. Reclaman incluir criterios específicos para Esclerosis Múltiple, como escalas de fatiga validadas y pruebas neuropsicológicas periódicas, además de flexibilizar los plazos de revisión para adaptarlos a los brotes y remisiones propias de la enfermedad, tal como propone el Manual de práctica clínica en Esclerosis Múltiple de la Sociedad Española de Neurología (SEN, 2023). Este manual se enmarca en las guías diagnósticas y terapéuticas de la SEN, y se actualiza de forma periódica. Además, pretende convertirse en una herramienta de gran utilidad tanto para neurólogos clínicos como para todos los profesionales sanitarios interesados en las enfermedades desmielinizantes.

Por su parte, Esclerosis Múltiple España valoró de forma positiva el avance que suponía el Real Decreto 888/2022, aunque advirtió que sigue sin abordar adecuadamente las necesidades específicas de las personas con Esclerosis Múltiple. Especialmente en lo relativo a la fatiga severa, la fluctuación de los síntomas y el impacto neurocognitivo, aspectos que requieren reconocimiento desde el momento del diagnóstico (EME, 2022).

#### *5.8.6. Brecha territorial del procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple*

Respecto a la Esclerosis Múltiple, los análisis generales no indican cuestiones específicas. No obstante, cabe señalar que las brechas territoriales en la valoración de la discapacidad adquieren especial relevancia debido a la variabilidad y progresión imprevisible de la enfermedad. Si tanto el RD 1971/1999 como el RD 888/2022 buscan garantizar la uniformidad de criterios a través de mecanismos de coordinación estatal y sistemas digitales de información, en la práctica persisten desigualdades notables entre comunidades autónomas en tiempos de resolución, recursos técnicos y especialización de los equipos. Estas diferencias pueden traducirse en valoraciones dispares según el lugar de residencia, afectando la equidad en el reconocimiento del grado de discapacidad para personas con Esclerosis Múltiple, cuya condición requiere revisiones periódicas y una valoración flexible de síntomas fluctuantes. Informes del CERMI (2023) y del Defensor del Pueblo (2025) evidencian demoras de hasta dos años en algunas regiones frente a plazos de pocos meses en otras, lo que pone de manifiesto un acceso desigual a derechos y prestaciones. Aun con la modernización digital del sistema, la falta de homogeneidad y de indicadores comparables limita la equidad real en la valoración de esta enfermedad neurodegenerativa.

#### *5.8.7. Limitaciones del procedimiento de valoración de la discapacidad y Esclerosis Múltiple*

Este colectivo se ha visto desamparado y desprotegido porque no podía acceder a una cobertura social, por no alcanzar un grado mínimo de discapacidad reconocido en el

momento en el que se le diagnostica la enfermedad. La valoración de la discapacidad suele hacerse en los estadios más avanzados de la enfermedad, cuando la persona ha alcanzado un grave nivel de deterioro físico. Sólo entonces se reconocen las ayudas (EME, 2012). La actual normativa RD 888/2022 pretende subsanar esta situación con un modelo integral de valoración de las discapacidades, incluyendo la valoración de factores ambientales. No obstante, el colectivo considera insuficientes estos avances porque no ofrecen la protección social que precisa una persona con Esclerosis Múltiple desde el momento del diagnóstico (Ramos, 2022).

*Persisten problemas de frustración, porque las personas vienen esperando el 33% y no lo obtienen; resulta complicado meter la variabilidad clínica en el baremo (GDAP4).*

*Hay un tapón que perjudica a la Esclerosis (EC4).*

El proceso de reconocimiento del grado de discapacidad se rige por los baremos establecidos en el Real Decreto 888/2022, que reemplaza al Real Decreto 1971/1999, y se fundamenta en la valoración global de las limitaciones de la persona en sus actividades. Por ello, es necesaria una valoración más integral, que recoja no solo lo físico sino el entorno, funcionalidad, participación social y fluctuación clínica propia de la Esclerosis Múltiple (Plados, 2022).

*La Esclerosis Múltiple es un claro ejemplo de enfermedad con síntomas fluctuantes e invisibles (EC1).*

En conjunto, el análisis de estas limitaciones evidencia que la mejora del sistema de valoración de la discapacidad requiere no solo ajustes técnicos y legislativos, sino también una atención sostenida a los factores institucionales, organizativos y humanos que condicionan su aplicación efectiva en el territorio español.

# **6.**

## **Organización y contenido digital del procedimiento autonómico de valoración de la discapacidad**

## **6. Organización y contenido digital del procedimiento autonómico de valoración de la discapacidad**

El reconocimiento administrativo del grado de discapacidad constituye un derecho fundamental que actúa como llave de acceso a múltiples prestaciones sociales, apoyos y medidas de inclusión. Sin embargo, el proceso para su solicitud y valoración presenta una compleja configuración institucional en el Estado español, derivada de la descentralización competencial hacia las Comunidades Autónomas (CCAA). Esta diversidad organizativa, aunque responde a la autonomía territorial reconocida constitucionalmente, genera también una marcada heterogeneidad en la forma en que la ciudadanía accede y transita por dicho procedimiento.

La presente investigación consiste en una evaluación centrada en examinar de manera pormenorizada los procesos autonómicos de solicitud, valoración y reconocimiento del grado de discapacidad, atendiendo especialmente a los indicadores observados en las sedes electrónicas oficiales y portales institucionales. El objetivo es ofrecer un análisis sistemático que permita identificar tanto las fortalezas como las debilidades de cada territorio, así como los niveles de equidad, eficacia y homogeneidad en la aplicación del procedimiento.

La evaluación no se limita a una descripción aislada de los resultados, sino que avanza hacia una visión comparativa que integra las distintas valoraciones autonómicas en un análisis global. Así, se pretende ofrecer una panorámica completa que muestre tanto la consolidación de ciertos modelos de gestión como las deficiencias persistentes en otros territorios. La finalidad última de este ejercicio es contribuir a la armonización y mejora del procedimiento, promoviendo estándares comunes que garanticen el derecho a la igualdad de trato y de oportunidades en todo el territorio español.

El análisis del procedimiento de valoración del grado de discapacidad en el Estado español constituye una herramienta imprescindible para comprender cómo se articula, en la práctica, el acceso a un derecho fundamental de las personas con discapacidad: el reconocimiento administrativo de su situación. Este procedimiento, regulado normativamente a nivel estatal, aunque desarrollado en el marco competencial de las Comunidades Autónomas, presenta notables diferencias en cuanto a organización, funcionamiento y accesibilidad. Dichas diferencias, lejos de ser meras particularidades técnicas, tienen un impacto directo en la vida de las personas solicitantes, condicionando la equidad y la homogeneidad en el acceso a prestaciones, recursos y beneficios sociales asociados al grado de discapacidad reconocido.

En esta evaluación, se ha diseñado un sistema de indicadores que permite operacionalizar el análisis en cuatro dimensiones fundamentales: atención y canales de comunicación, calidad informativa, accesibilidad y apoyos a la tramitación, y adaptabilidad y agilidad del trámite. Cada dimensión se compone de indicadores (11 en global) y, a su vez, cada indicador se fundamenta en una serie de componentes específicos, lo que posibilita una medición comparativa homogénea entre CCAA. En esta línea, cabe recordar que el análisis se ha realizado durante el mes de julio de 2025 y desde fuentes secundarias, como las sedes electrónicas o portales de las administraciones autonómicas y las webs o apartado web del listado de centros de valoración. Con este enfoque se logra no solo cuantificar la calidad de la información

y servicios disponibles, sino también identificar patrones comunes, desigualdades territoriales y ámbitos prioritarios de mejora.

De este modo, el presente trabajo se propone no únicamente describir el estado de la cuestión, sino también ofrecer una base para la reflexión crítica y la mejora de las políticas públicas en materia de discapacidad, avanzando hacia un modelo más equitativo, accesible y coherente en todo el territorio español.

## **6.1. Perspectiva autonómica comparada del reconocimiento de la discapacidad en España**

Este apartado presenta un análisis pormenorizado de los procedimientos autonómicos de solicitud de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad de la ciudadanía, en relación con los indicadores examinados de las sedes electrónicas de los distintos territorios autonómicos. El análisis está estructurado en torno a las cuatro dimensiones y nivel autonómico de forma detallada y, en último lugar, un análisis comparativo y valoración sintetizada a modo global con el sistema de indicadores.

### *6.1.1. Evaluación de la Dimensión 1: Atención y canales de comunicación*

El análisis pormenorizado de la atención y canales de comunicación está fundamentado en tres indicadores claves: información de contacto visible (telefónica y/o correo electrónico), si la información del proceso en la web está actualizada, y si indica la existencia de redes sociales, como refleja el cuadro 6.1.

**Cuadro 6.1. Evaluación de la dimensión 1. Atención y canales de comunicación por comunidades e indicadores**

Autonomía	1.1. Contacto visible	1.2. Actualización Web	1.3. Información sobre redes sociales	Total
Andalucía	2	2	1	5
Aragón	2	2	2	6
Asturias, Principado de	0	1	1	2
Baleares, Illes	2	1	1	4
Canarias	0	1	1	2
Cantabria	2	1	0	3
Castilla-La Mancha	2	1	1	4
Castilla y León	2	1	1	4
Cataluña	2	2	1	5
Comunidad Valenciana	2	1	1	4
Extremadura	2	2	1	5
Galicia	2	1	1	4
Madrid, Comunidad de	1	1	1	3
Murcia, Región de	2	1	1	4
Navarra, Comunidad Foral de	2	2	1	5
País Vasco	2	1	1	4
Rioja, La	2	1	1	4
Ceuta y Melilla	2	2	1	5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>73</b>

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de atención y presencia en canales de comunicación institucional, el valor máximo por comunidad es de 6 puntos, siendo en el otro extremo un valor máximo de 2 puntos posible por cada indicador. Por su parte, el total acumulado es de 73 puntos respecto al valor potencial de 108 puntos si todas las autonomías obtuvieran la máxima valoración. Esta posición se debe a la baja puntuación de la actualización de la información en las sedes electrónicas o en los portales autonómicos

En este sentido, las comunidades con mejor desempeño comunicativo son Aragón, siendo quien ha alcanzado el valor máximo de 6 puntos; seguido de Andalucía, Cataluña, Extremadura y Ceuta y Melilla, obteniendo el valor máximo de 5 puntos. Estas autonomías cumplen con los criterios comunicativos ofreciendo contacto visible, actualizan sus sitios web y proporcionan información en redes sociales. Se pueden considerar como referentes en comunicación institucional integral. Por otro lado, en un bajo nivel se sitúan Asturias y Canarias, con puntuaciones de 2 puntos. Estas últimas autonomías presentan graves deficiencias en los canales de comunicación y, algo moderado, en la actualización de la web y el uso de redes sociales. Todo ello, puede limitar la transparencia y accesibilidad a la información para la ciudadanía.

El análisis evidencia importantes diferencias en la gestión de la comunicación entre comunidades autónomas. Si algunas han desarrollado sistemas integrales y actualizados, otras aún presentan vacíos significativos, especialmente en lo digital. Mejorar la actualización web y la presencia en redes sociales es lo menos atendido para alcanzar una comunicación pública moderna, accesible y eficaz.

#### *6.1.2. Evaluación de la Dimensión 2. Calidad informativa*

La evaluación de la calidad de la información proporcionada por las distintas autonomías en relación con la atención a la discapacidad y/o dependencia se centra en ofrecer información detallada, el nivel informativo general, la información sobre los centros de valoración y la información técnica de los equipos de valoración y orientación (cuadro 6.2). Cada indicador se valora con una puntuación máxima de 2, para un total potencial de 6 puntos por autonomía.

El valor acumulado de la calidad informativa es un nivel medio pues, su valor de 54 puntos respecto a los 108 potenciales equivale al 50%, debido principalmente a que la información relativa a los equipos de valoración y orientación es la menos difundida y accesible (5 puntos).

En cuanto a las autonomías con un mayor nivel informativo y equilibrado, destaca Castilla-La Mancha (el máximo de 5 puntos), seguida de Baleares, Extremadura y La Rioja (4 puntos). Estas autonomías destacan por ofrecer información amplia y detallada en todas las dimensiones evaluadas, mostrando un compromiso con la transparencia y la accesibilidad de datos relevantes para la ciudadanía. Respecto a un desempeño menor, llaman la atención los casos de Canarias, Ceuta y Melilla que apenas aportan información, no superando el valor de 1 punto.

**Cuadro 6.2. Dimensión 2. Calidad informativa por comunidades e indicadores**

Autonomía	2.1. Nivel informativo	2.2. Información centros de valoración	2.3. Información técnica equipos valoración	Total
Andalucía	2	1	0	3
Aragón	1	2	0	3
Asturias, Principado de	2	1	1	4
Balears, Illes	1	2	0	3
Canarias	1	0	0	1
Cantabria	1	2	0	3
Castilla-La Mancha	2	2	1	5
Castilla y León	1	2	0	3
Cataluña	2	2	0	4
Comunidad Valenciana	1	1	1	3
Extremadura	1	2	1	4
Galicia	1	2	0	3
Madrid, Comunidad de	2	2	0	4
Murcia, Región de	1	1	0	2
Navarra, Comunidad Foral	1	1	0	2
País Vasco	2	0	0	2
Rioja, La	1	2	1	4
Ceuta y Melilla	1	0	0	1
Total	24	25	5	54

Fuente: Elaboración propia.

La calidad informativa varía notablemente entre autonomías, aunque algunas presentan buenas prácticas y altos estándares de información pública. Existe una brecha significativa con otras regiones que ofrecen escasa o nula información. Este desequilibrio puede comprometer el acceso equitativo a derechos y servicios, especialmente en contextos de dependencia y discapacidad.

### *6.1.3. Evaluación de la Dimensión 3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación*

Este bloque evalúa cómo las comunidades autónomas facilitan el acceso y apoyo a la tramitación administrativa, especialmente para personas con discapacidad o necesidades específicas.

El análisis se realiza a través de la disposición de las herramientas de apoyo técnico (como lectores de pantalla, formularios accesibles, etc.), la ayuda en la tramitación (presencial, telefónica o en línea), y la accesibilidad adaptada a la discapacidad (ajustes específicos en la web o servicios). Los resultados globales muestran una media nacional de 50 puntos que, en relación con el valor potencial de 108, es un desempeño bajo en accesibilidad y apoyos en la tramitación de la valoración de la discapacidad, como refleja el cuadro 6.3. En línea general se reflejan avances, aunque las herramientas y asistencia, como la accesibilidad específica para personas con discapacidad es muy limitada.

**Cuadro 6.3. Dimensión 4. Accesibilidad y apoyos a la tramitación por comunidades e indicadores**

Autonomía	3.1. Herramientas de apoyo técnico	3.2. Ayuda en tramitación	3.3. Accesibilidad adaptada a discapacidad	Total
Andalucía	1	1	1	3
Aragón	2	2	1	5
Asturias, Principado de	1	1	1	3
Balears, Illes	1	0	0	1
Canarias	1	1	2	4
Cantabria	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	2	0	2	4
Castilla y León	2	1	1	4
Cataluña	2	1	0	3
Comunidad Valenciana	2	2	0	4
Extremadura	1	1	0	2
Galicia	2	0	1	3
Madrid, Comunidad de	2	1	1	4
Murcia, Región de	1	0	0	1
Navarra, Comunidad Foral de	1	0	0	1
País Vasco	2	1	0	3
Rioja, La	2	0	0	2
Ceuta y Melilla	2	0	1	3
Total	27	12	11	50

Fuente: Elaboración propia.

Las regiones destacadas son Canarias, Castilla y León y Galicia, por ofrecer un sistema de tramitación más inclusivo y adaptado, incorporando herramientas técnicas, asistencia efectiva y adecuaciones para la discapacidad. En contraposición, las autonomías con un bajo nivel (1 punto) son Islas Baleares, Murcia y Navarra, lo que refleja serias carencias en accesibilidad y apoyo técnico. Solo ofrecen una mínima ayuda en tramitación, sin herramientas ni adaptaciones.

A modo de síntesis, se pone de manifiesto que, si bien muchas autonomías ofrecen asistencia en la tramitación, hay un rezago significativo en accesibilidad digital real para personas con discapacidad. Solo tres comunidades han logrado un nivel óptimo de accesibilidad integral. Es necesario avanzar hacia sistemas de atención más universales, con herramientas adaptativas y servicios que contemplen la diversidad funcional de sus ciudadanos.

#### *6.1.4. Evaluación de la Dimensión 4. Adaptabilidad y agilidad del trámite*

Este apartado valora dos aspectos esenciales del proceso administrativo relacionado con la dependencia o discapacidad en cuanto a la disponibilidad de tramitación urgente y la disponibilidad de procedimiento de revisión del grado de forma específica. En general, la adaptabilidad y agilidad del trámite presenta un muy bajo nivel con 12 puntos respecto al total potencial de 108 puntos, destacando no especificar el trámite urgente que, solo está presente en la sede electrónica de Baleares (cuadro 6.4).

**Cuadro 6.4. Dimensión 4. Adaptabilidad y agilidad del trámite por comunidades e indicadores**

Autonomía	4.1. Tramitación urgente	4.2. Revisión grado disponible	Total
Andalucía	0	0	0
Aragón	0	1	1
Asturias, Principado de	0	1	1
Balears, Illes	2	2	4
Canarias	0	0	0
Cantabria	0	0	0
Castilla y León	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0
Cataluña	0	2	2
Comunidad Valenciana	0	2	2
Extremadura	0	0	0
Galicia	0	0	0
Madrid, Comunidad de	0	0	0
Murcia, Región de	0	0	0
Navarra, Comunidad Foral de	0	0	0
País Vasco	0	2	2
Rioja, La	0	0	0
Ceuta y Melilla	0	0	0
Total	2	10	12

Fuente: Elaboración propia.

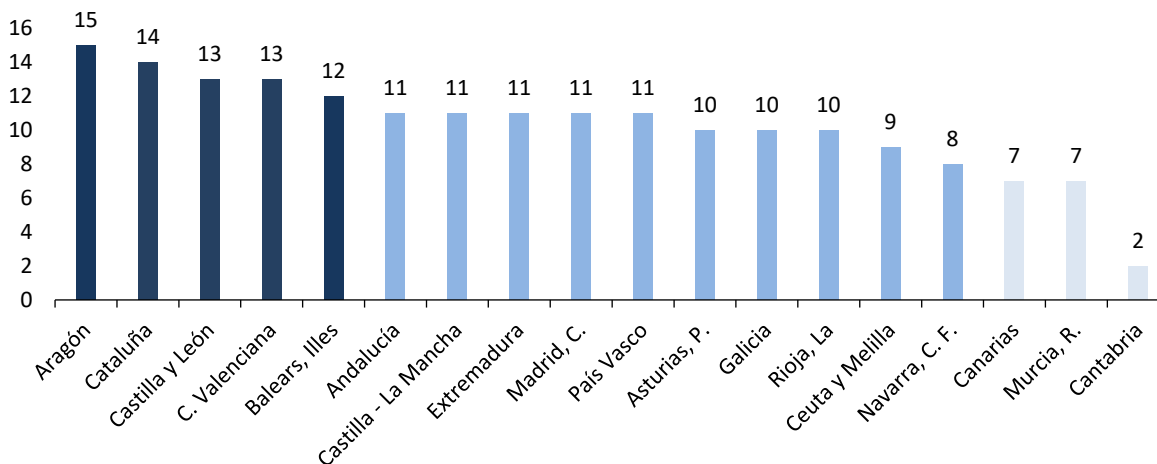
Los resultados muestran una fuerte disparidad entre autonomías en cuanto a procedimientos ágiles y de revisión. Mientras que la revisión del grado está más extendida, la tramitación urgente está gravemente desatendida, lo que puede dejar desprotegidas a personas en situaciones críticas o de alta necesidad. Esto puede poner en relieve la dinamización de normativas comunes que garanticen la posibilidad de acelerar procedimientos cuando las circunstancias lo requieran, así como asegurar el derecho a revisión en todas las regiones.

#### *6.1.5. Síntesis de los contenidos digitales del proceso autonómico de valoración del grado de discapacidad*

Este apartado presenta los resultados del análisis comparativo, considerando la estructura por dimensiones y las diferencias entre regiones, de acuerdo con el sistema de indicadores definido en la metodología. Por un lado, se expone la síntesis de los procesos de valoración del grado de discapacidad analizando los resultados por cada una de las dimensiones definidas en el diseño de esta investigación. Por otro lado, se ofrece una síntesis de la valoración de los procesos de del grado de discapacidad a través de un análisis pormenorizado y comparativo de los procesos por autonomías. Previamente, se ha confeccionado una tabla de valoración del sistema de evaluación integrando las dimensiones, indicadores y componentes a nivel autonómico (Tabla 1, Anexo de valoración autonómica integral). De esta tabla, se ha fundamentado el posterior gráfico 1 autonómico y el cuadro 6.5. respecto al sistema de indicadores por autonomías.

Con el fin de efectuar el análisis comparativo por dimensiones y autonomías, en primer lugar, se ha realizado la distribución de mayor a menor en relación con la valoración final obtenida, ofrecida en el gráfico 6.1.

**Gráfico 6.1. Distribución autonómica de la evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad (%)**



Fuente: Elaboración propia

Del mismo modo, tras calcular la mediana respecto a los 22 puntos potenciales máximos que se pueden obtener, se ha establecido una clasificación de las autonomías entre las posiciones más elevadas (en este caso, con puntuaciones totales entre 15 y 12), el grupo de las intermedias (valores entre 11 y 8), y las autonomías con un nivel del proceso bajo (igual o inferior a 7 puntos); niveles diferenciados por tres colores distintos en el gráfico 6.1.

Como se puede observar, las autonomías con posiciones altas destacan por alcanzar una aplicación del proceso de valoración de la discapacidad más sólida y consolidada del sistema de indicadores, destacando las de Cataluña y Aragón. En cuanto a las posiciones medias, nivel donde se concentran la mayoría de las autonomías, estas se caracterizan por una implantación moderada del proceso destacando algunos avances relevantes. Finalmente, la Región de Murcia, Cantabria y Canarias son las que presentan considerables dificultades en su aplicación del proceso, evidenciando una clara necesidad de reforzar los mecanismos de mejora y coordinación. En general, el análisis refleja una heterogeneidad significativa entre comunidades autónomas y la existencia de desigualdades territoriales en la valoración del grado de la discapacidad, así como reforzar la coordinación interterritorial para que los procesos se apliquen con más homogeneidad y equidad.

Por su parte, el cuadro 6.5 muestra los resultados de forma integral tanto de los cuatro bloques evaluados como el desglose autonómico. Cabe mencionar que este cuadro sintético se ha nutrido a partir de un análisis conjunto, amplio y previo, reflejado en el Anexo de valoración autonómica integral que ofrece una síntesis pormenorizada de las dimensiones, indicadores y componentes.

**Cuadro 6.5. Sistema de indicadores del procedimiento de valoración de discapacidad por autonomía, dimensiones e indicadores**

Autonomía	Dimensiones e Indicadores											Total	
	1. Atención y canales de comunicación			2. Calidad informativa			3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación			4. Adaptabilidad y agilidad del trámite			
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2		
Aragón	2	2	2	1	2	0	2	2	1	0	1	15	
Cataluña	2	2	1	2	2	0	2	1	0	0	2	14	
Castilla y León	2	1	1	2	2	1	2	0	2	0	0	13	
Valenciana	2	1	1	1	1	1	2	2	0	0	2	13	
Baleares, Illes	2	1	1	1	2	0	1	0	0	2	2	12	
Andalucía	2	2	1	2	1	0	1	1	1	0	0	11	
Castilla-La Mancha	2	1	1	1	2	0	2	1	1	0	0	11	
Extremadura	2	2	1	1	2	1	1	1	0	0	0	11	
Madrid	1	1	1	2	2	0	2	1	1	0	0	11	
País Vasco	2	1	1	2	0	0	2	1	0	0	2	11	
Asturias	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	10	
Galicia	2	1	1	1	2	0	2	0	1	0	0	10	
Rioja, La	2	1	1	1	2	1	2	0	0	0	0	10	
Ceuta y Melilla	2	2	1	1	0	0	2	0	1	0	0	9	
Navarra	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	8	
Canarias	0	1	1	1	0	0	1	1	2	0	0	7	
Murcia	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	7	
Cantabria	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	6	
Total	Indicadores*	31	24	18	24	25	5	27	12	11	2	10	185
	Dimensiones	73 / 108*			49 / 108			50 / 108			12 / 72*		/396

\* Nota: valores potenciales máximos que podrían alcanzar, siendo para los indicadores individualmente de 36 puntos máximos y, por dimensiones, 108 y 72 puntos. El total potencial es 396 puntos.

Fuente: Elaboración propia.

### a) Síntesis por dimensiones

En el análisis por dimensiones se ha considerado la valoración total como resultado del cómputo de los indicadores que contiene cada dimensión, centrado en las dimensiones e indicadores de forma general y específica. Cabe recordar que los valores potenciales responden a la puntuación máxima que se podría obtener, y como un referente de análisis para los resultados cuantitativos obtenidos. En líneas generales, la valoración total es moderada con un total de 185 puntos respecto al total potencial final de 396 puntos. Esto refleja que el desarrollo y aplicación del proceso valoración del grado de discapacidad todavía tiene mejoras pendientes para una homogeneidad e igualdad territorial.

En este sentido, destaca la Dimensión 1 de Atención y canales de comunicación representando el 39,5% (73 puntos) respecto a la valoración final de 185 puntos. Las dimensiones 2 y 3 se sitúan en aplicaciones moderadas del proceso de valoración de la discapacidad en torno al 50%. Finalmente, la adaptación y agilidad del trámite es la dimensión que presenta más dificultades, siendo estos contenidos del proceso solo el 6,5%. A continuación, se muestra una valoración específica y por sus indicadores:

*1. Atención y canales de comunicación.* Esta dimensión, siendo la más valorada, su relevancia se debe a una buena disposición de canales de contacto para el trámite con una valoración total de 31 puntos respecto a los 36 potenciales (31/36). Este resultado indica que la mayoría de las comunidades autónomas cuentan con los distintos canales de contacto; unido a un nivel medio en la actualización de la información y acceso al trámite (24/36). Por su parte, la información adicional de interés es el indicador con mayor necesidad de mejora. En cuanto a las diferencias territoriales, las comunidades de Asturias, Canarias y Madrid tienen una cobertura y eficacia de los canales más deficitarios.

*2. Calidad informativa.* Esta calidad es aceptable con una valoración media en líneas generales, aunque presenta cierta heterogeneidad entre sus indicadores. La buena calidad se sustenta en el nivel de desarrollo de la información y la información relativa de los centros de valoración (24 y 25/36). No obstante, la información técnica de los equipos de valoración es más deficitaria (5/36). Entre autonomías, si la información básica es adecuada, en la mayoría el margen de mejora en aspectos concretos sobre los equipos de valoración es muy notable, destacando un nivel algo mejor en Castilla y León, Asturias y La Rioja.

*3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación.* En continuidad con una posición intermedia como dimensión, esta se debe principalmente a una buena disposición de las herramientas de apoyo técnico (27/36). En contraposición, la ayuda en la tramitación y la accesibilidad adaptada a la discapacidad es muy mejorable (12-11/36). Por su parte, Aragón y la Comunidad Valenciana destacan por ofrecer apoyos sólidos.

*4. Adaptabilidad y agilidad del trámite.* Con un nivel bajo de desarrollo, esta dimensión presenta notable debilidad en la capacidad de adaptar los procesos y la rapidez de resolución, muy especialmente en la información del trámite por urgencia (2/36). En cuanto al nivel territorial, en casi todas las comunidades autónomas esta cuestión es algo de gran mejora, a excepción de Baleares con la puntuación máxima. Este escenario sugiere ser un problema estructural más que una diferencia territorial.

#### b) Síntesis por Comunidades Autónomas

Este apartado se fundamenta en los resultados del gráfico 1 de la distribución autonómica de la evaluación del proceso de valoración del grado de discapacidad. Cabe recordar que las comunidades autónomas están agrupadas por tres niveles de alto (superior a 11 puntos), medio (entre 11 y 8 puntos) y bajo (igual o inferior a 7) en relación con sus valoraciones obtenidas. Del mismo modo, el valor máximo que puede obtener una autonomía es de 22 puntos potenciales.

Las comunidades autónomas que han obtenido una mejor puntuación global en este análisis son encabezadas por Aragón con 15 puntos sobre la valoración potencial de 22 (15/22), destacando por ofrecer una excelente calidad informativa, canales eficaces de atención al ciudadano y recursos de apoyo técnico relevantes. No obstante, se

observa aún un margen de mejora en aspectos clave como la accesibilidad digital adaptada a la discapacidad y la disponibilidad de tramitación urgente.

En una segunda posición, entre 14 y 12 puntos, está Cataluña, Castilla y León, la Comunidad Valenciana y Baleares. Estas comunidades presentan un sistema relativamente equilibrado, sobresaliendo en dimensiones como la calidad de la información y la diversidad de canales de comunicación. Sin embargo, también presentan carencias en áreas específicas, lo que indica la necesidad de una mejora continua.

En el extremo opuesto, con valores entre 7 y 2 puntos, la Región de Murcia, Canarias y Cantabria, se sitúan como las regiones con mayores deficiencias en relación con los indicadores analizados. Ambas ofrecen una experiencia digital notablemente limitada, caracterizada por la escasa disponibilidad de información, la ausencia de herramientas de apoyo y una accesibilidad muy deficiente. Esta situación configura una barrera estructural al acceso efectivo del procedimiento de reconocimiento del grado de discapacidad, lo cual evidencia la urgente necesidad de una reforma integral de sus portales institucionales y sistemas de tramitación electrónica.

Los resultados de este análisis ponen de manifiesto profundas desigualdades territoriales en el acceso digital al procedimiento de solicitud para el reconocimiento del grado de discapacidad. Se constata una clara disparidad entre comunidades autónomas: mientras algunas han desarrollado sistemas sólidos, accesibles y técnicamente bien estructurados (como Cataluña, Madrid o Comunidad Valenciana), otras se encuentran aún en un estado de gran precariedad digital (como Castilla-La Mancha y Extremadura).

Estas diferencias tienen implicaciones prácticas directas, afectando la equidad en el acceso a derechos fundamentales. En función de su lugar de residencia, una persona con discapacidad puede encontrarse con un entorno digital claro, accesible y dotado de recursos de apoyo o, por el contrario, enfrentarse a plataformas desactualizadas, inaccesibles y con información insuficiente.

Especial mención merece la escasa incorporación de criterios de accesibilidad adaptada a la discapacidad en muchas de las páginas web analizadas. Esta carencia resulta particularmente paradójica, y preocupante, considerando que el trámite está dirigido precisamente a personas con discapacidad, quienes enfrentan obstáculos añadidos por estas deficiencias técnicas.

En definitiva, el presente análisis evidencia que el lugar de residencia condiciona de manera determinante el acceso a un trámite esencial en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Esta situación exige una armonización normativa a nivel estatal, que establezca estándares digitales comunes y garantice un seguimiento técnico constante. Solo así podrá asegurarse que todas las comunidades autónomas

ofrezcan niveles mínimos de calidad, accesibilidad y atención al ciudadano, independientemente de su territorio.

## **6.2. Contenido digital del procedimiento autonómico de valoración de la discapacidad**

Este epígrafe presenta un análisis por cada Comunidad Autónoma de forma individualizada y ordenadas alfabéticamente. En un primer lugar, se ha realizado una valoración general de los resultados autonómicos, seguido de la identificación de los puntos fuertes, puntos débiles y de los puntos muy débiles por cada comunidad. En este último análisis, cabe indicar que los puntos fuertes responden a la obtención de la máxima puntuación de 2 en el indicador; los puntos débiles corresponden a los indicadores que han alcanzado la valoración de 1; y los puntos muy débiles cuando no han obtenido alguna puntuación, es decir, su valor es 0.

### *6.2.1. Andalucía (AN)*

#### a) Valoración general

En términos generales, la comunidad andaluza se ubica en una posición intermedia de la calidad del proceso en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 11 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Esto refleja un desempeño intermedio-bajo del proceso de valoración de la discapacidad. Presenta fortalezas claras en algunos aspectos de atención y calidad informativa, aunque también presenta carencias significativas en accesibilidad adaptada y adaptabilidad del trámite.

**Cuadro 6.6. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Andalucía**

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Puntos</b>
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	2
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2
	2.2. Información de centros de valoración	1
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		11

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al sistema de indicadores, de los 11 indicadores analizados (cuadro 6.6), Andalucía obtiene una buena posición en la actualización, complementariedad y nivel de desarrollo de la información. Sin embargo, la información disponible de los equipos de valoración y orientación, como la accesibilidad y adaptabilidad del trámite son aspectos por mejorar.

A continuación, se muestran los apartados de puntos fuertes y débiles, en relación al cuadro 6.6 con los valores obtenidos específicamente por la comunidad autónoma de Andalucía. Cabe recordar que los puntos fuertes son identificados por los indicadores que han sido valorados con la máxima puntuación de 2. Por su parte, los puntos débiles son constituidos por aquellos indicadores que han alcanzado una puntuación intermedia de 1. Y, finalmente, los puntos muy débiles son cuando el indicador no ha alcanzado puntuación alguna.

#### b) Puntos fuertes

La comunidad autónoma andaluza presenta solamente como punto fuerte 3 indicadores de dos dimensiones diferentes:

- Canales de contacto (1.1). Existe una variedad y disponibilidad adecuada de medios para comunicarse.
- Actualización web del trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Se proporciona información clara y suficiente sobre el trámite.

#### c) Puntos débiles

En cuanto a los puntos débiles, Andalucía presenta un total de 5 indicadores en 3 de las 4 dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). Se ofrece, aunque no está completamente desarrollada o actualizada.
- Información del centro de valoración (2.2). Presenta cierta información, si bien podría profundizarse más.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Existen estos apoyos, aunque limitados en funcionalidad o alcance.
- Ayuda en la tramitación (3.2). Disponible cierta ayuda, aunque no accesible para todos los perfiles.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Ofrece solo algunas adaptaciones específicas o recursos adecuados.

#### d) Puntos muy débiles

Las mayores debilidades de Andalucía se ubican en 3 indicadores, distribuidos en 2 de las 4 dimensiones analizadas:

- Información técnica de equipo (2.3). Esta información no está disponible de forma directa y visible.
- Tramitación urgente (4.1). No contemplada o no implementada.
- Revisión de grado disponible (4.2). No se ofrece este mecanismo o es inaccesible.

### 6.2.2. Aragón (AR)

#### a) Valoración general

En líneas generales, la comunidad autónoma de Aragón se sitúa en la posición más alta de la calidad del proceso en relación con el resto de las Comunidades Autónomas, con una valoración máxima de 15 puntos. Esto indica una ejecución a nivel alto del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible de 22 puntos potenciales. Refleja fortalezas claras en la totalidad de la dimensión 1 de atención y en algunos aspectos del resto de las dimensiones, aunque presenta deficiencias en algún aspecto de la calidad informativa y adaptabilidad y agilidad del trámite.

Respecto al sistema de indicadores, del total de los indicadores analizados reflejados en el cuadro 6.7, Aragón presenta una posición muy buena en la actualización, complementariedad, información de los centros de valoración y en la accesibilidad y adaptabilidad del proceso. Sin embargo, la información técnica de los equipos de valoración y del trámite de urgencia del grado de discapacidad son cuestiones pendientes.

**Cuadro 6.7. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Aragón**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	2
	1.3. Información adicional de interés	2
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	2
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	1
<b>Total</b>		<b>15</b>

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se muestra los apartados de puntos fuertes y débiles, en relación con los valores concretos alcanzados por esta autonomía (cuadro 6.7).

#### b) Puntos fuertes

La comunidad autónoma de Aragón presenta fortaleza en 6 indicadores de todas las dimensiones, menos en la dimensión de adaptabilidad y agilidad del trámite:

- Canales de contacto (1.1). Existe una variedad y disponibilidad adecuada de medios para comunicarse.
- Actualización web del trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada.

- Información adicional de interés (1.3). Ofrece información adicional de interés relevante para el proceso de valoración de la discapacidad.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información clara y precisa de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se facilita información relativa a requisitos técnicos y soporte tecnológico.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Está disponible información clara y suficiente respecto al trámite.

#### c) Puntos débiles

- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información clara solo en algunos aspectos para la realización del trámite.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Se ofrecen algunas adaptaciones o recursos adecuados, aunque no suficientes para todos los perfiles.
- Revisión de grado disponible (4.2). Se ofrece información parcial de esta situación.

#### d) Puntos muy débiles

Las mayores debilidades de Aragón se presentan en solo 2 indicadores, distribuidos en 2 de las 4 dimensiones analizadas:

- Información técnica de equipos de valoración (2.3). No se ofrece información o está ausente de manera visible.
- Tramitación urgente (4.1). No contemplada o no implementada.

### 6.2.3. Principado de Asturias (AS)

#### a) Valoración general

En general, la comunidad autonómica asturiana se sitúa en una posición intermedia de la calidad del procedimiento y en relación con el resto de las regiones, con una valoración final de 10 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Esta puntuación refleja un desarrollo intermedio-bajo del proceso de valoración de la discapacidad y, también, respecto a la puntuación máxima posible. Presenta fortaleza clara solo en la calidad informativa y, en contraposición, muestra carencias significativas en los canales de comunicación y adaptabilidad del trámite (cuadro 6.8).

**Cuadro 6.8. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Asturias**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	0
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2
	2.2. Información de centros de valoración	1
	2.3. Información técnica de equipo	1
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	1
<b>Total</b>		<b>10</b>

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el sistema de indicadores, del total de los indicadores analizados, Asturias presenta una buena posición en la información complementaria, las fases y recursos para el trámite del procedimiento de valoración de la discapacidad. En el otro extremo, son cuestiones pendientes de mejora facilitar y visibilizar los canales de contacto para el trámite, como el trámite urgente.

En cuanto a los debilidades y fortalezas de esta autonomía, cabe recordar que los puntos fuertes son identificados por los indicadores que han sido valorados con la máxima puntuación de 2; mientras los puntos débiles son aquellos que han alcanzado una puntuación intermedia de 1; finalmente, los puntos muy débiles se obtienen cuando el indicador no ha alcanzado puntuación alguna.

#### b) Puntos fuertes

La autonomía asturiana presenta fortaleza solo en 1 indicador de la dimensión de la calidad informativa:

- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información clara y suficiente para la realización del trámite.

#### c) Puntos débiles

Asturias presenta debilidades moderadas en la mayoría de los indicadores de todas las dimensiones analizadas, con un total de 8:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada en algunos aspectos.
- Información adicional de interés (1.3). Ofrece cierta información complementaria al proceso de valoración de la discapacidad.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información parcial de los centros de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). Es una información disponible, aunque no de forma completa o actualizada.

- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se facilita información solo de algunas cuestiones técnicas del trámite.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Se dispone de información parcial respecto de la resolución de ciertas cuestiones del trámite.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Ofrece algunas adaptaciones específicas o recursos adecuados, aunque no suficiente para todos los perfiles.
- Revisión de grado disponible (4.2). Se ofrece información de esta situación, aunque es insuficiente.

#### d) Puntos muy débiles

Las debilidades más agudas de Asturias se centran en solo 2 indicadores, distribuidos en 2 de las 4 dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información relativa a los canales de contacto no se ofrece de forma directa y visible.
- Tramitación urgente (4.1). No reflejada o no implementada.

#### 6.2.4. Cantabria (CB)

##### a) Valoración general

La comunidad autónoma de Cantabria se ubica en la última posición de la calidad del proceso y en relación al resto de las Comunidades Autónomas, con una valoración final de 6 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Cantabria presenta una ejecución muy baja del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Sus únicas fortalezas se dirigen a la atención comunicativa y a la calidad informativa en algún aspecto. Por su parte, las carencias están presentes en todas las dimensiones, centradas en algunas cuestiones de la atención comunicativa y de la calidad informativa, así como en la globalidad de la accesibilidad y adaptabilidad del trámite.

Respecto al sistema de los 11 indicadores analizados, Cantabria presenta una buena posición solo en los canales de contacto (cuadro 6.9). No obstante, son amplias las cuestiones a mejorar, así como la información adicional de los equipos de valoración y en la totalidad de los indicadores de la accesibilidad y adaptabilidad del trámite.

**Cuadro 6.9. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Cantabria**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	0
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	0
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>6</b>

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se exponen los indicadores del cuadro anterior estructurados por los puntos fuertes y los débiles, en relación con los valores alcanzados por esta autonomía.

#### b) Puntos fuertes

La comunidad autónoma de Cantabria concentra su fortaleza en 2 indicadores relativos a los canales de comunicación y a la calidad informativa:

- Canales de contacto (1.1). La información relativa a los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información clara y suficiente de los centros de valoración de la discapacidad.

#### c) Puntos débiles

Cantabria presenta debilidades moderadas en 2 indicadores distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso al trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada solo en algunos aspectos.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información parcial para la realización del trámite.

#### d) Puntos muy débiles

Las debilidades más pronunciadas de la autonomía cántabra se distribuyen en 7 indicadores, presentes en todas las dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). No proporciona información complementaria del proceso de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). Es una información no disponible.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). No ofrece herramientas técnicas para el trámite.
- Ayuda a la tramitación (3.2). No dispone de información de apoyo para el trámite como guías o asistentes.

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa al trámite urgente.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

### 6.2.5. Castilla y León (CL)

#### a) Valoración general

La autonomía castellanoleonesa se sitúa en una posición alta de la calidad del proceso y en relación con el resto de las Comunidades Autónomas, con una valoración final de 12 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Esta puntuación refleja una ejecución alta-moderada del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible.

Por su parte, esta comunidad presenta fortalezas en la atención comunicativa, en la calidad informativa y en la accesibilidad al trámite. Cabe destacar que en 3 de las 4 dimensiones analizadas presenta fortalezas (atención comunicativa, calidad informativa y accesibilidad al trámite); no siendo así en la dimensión adaptabilidad ya que, en sus indicadores (tramitación urgente y revisión del grado) se observan elementos de mejora para esta autonomía.

En cuanto al sistema de los 11 indicadores analizados, Castilla y León adquiere una buena posición en 5 indicadores (canales de comunicación, nivel de desarrollo de la información, información de los centros de valoración y en las herramientas de apoyo y accesibilidad). Sin embargo, los retos pendientes se centran en la ayuda en el trámite, el trámite urgente y la revisión del grado de discapacidad (cuadro 6.10).

**Cuadro 6.10. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Castilla y León**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	1
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	2
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>13</b>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se especifican los apartados de puntos fuertes y débiles, en relación con los valores alcanzados en cuadro anterior y respecto a Castilla y León. Cabe recordar que los puntos fuertes son identificados por los indicadores que han sido

valorados con la máxima puntuación de 2. Por su parte, los puntos débiles son constituidos por aquellos indicadores que han alcanzado una puntuación intermedia de 1. Finalmente, los puntos muy débiles cuando el indicador no ha alcanzado puntuación alguna.

#### b) Puntos fuertes

Castilla y León presenta fortalezas en 5 indicadores en cuanto a los canales de comunicación, el nivel informativo, respecto a los centros de valoración, herramientas de apoyo y accesibilidad, distribuidos en las 3 primeras dimensiones:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa y de forma directa y visible.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información clara y suficiente para la realización del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Se ofrece la información de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona herramientas técnicas para el trámite.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Facilita recursos digitales garantizando la accesibilidad a todos los perfiles.

#### c) Puntos débiles

La autonomía castellanoleonés presenta debilidades moderadas en 3 indicadores, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada solo en algunos aspectos.
- Información adicional de interés (1.3). Facilita información complementaria solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). Es una información disponible parcialmente.

#### d) Puntos muy débiles

Las debilidades más fuertes de esta autonomía se caracterizan por 3 indicadores, presentes en 2 de las dimensiones analizadas:

- Ayuda a la tramitación (3.2). No dispone de información de apoyo para el trámite como guías o asistentes.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa al trámite urgente.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

### 6.2.6. Castilla-La Mancha (CM)

#### a) Valoración general

La autonomía de Castilla-La Mancha presenta una posición intermedia de la calidad del proceso y en relación con el resto, con una valoración final de 11 puntos sobre el

potencial de 22 puntos. Por ello, esta comunidad refleja una ejecución intermedia-alta del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. La autonomía castellanomanchega presenta fortalezas en la atención comunicativa, en algunos contenidos de la calidad informativa y en la accesibilidad al trámite. Por otro lado, los elementos de mejora se centran en algún aspecto de la calidad informativa y en la totalidad de la adaptabilidad y agilidad del trámite (6.11).

**Cuadro 6.11. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Castilla-La Mancha**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia.

#### b) Puntos fuertes

Castilla-La Mancha concentra sus fortalezas en 5 indicadores vinculados a los canales de comunicación, el nivel informativo, respecto a los centros de valoración, herramientas de apoyo, y accesibilidad distribuidos en las 3 primeras dimensiones:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información clara y suficiente para la realización del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Se ofrece la información de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona herramientas técnicas para el trámite.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Facilita recursos digitales garantizando la accesibilidad a todos los perfiles.

#### c) Puntos débiles

La autonomía castellanomanchega presenta debilidades moderadas en 3 indicadores, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada solo en algunos aspectos.

- Información adicional de interés (1.3). Facilita información complementaria solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). Es una información disponible parcialmente.

d) Puntos muy débiles

Las debilidades más significativas de Castilla-La Mancha se encuentran en 3 indicadores, presentes en 2 de las dimensiones analizadas:

- Ayuda a la tramitación (3.2). No dispone de información de apoyo para el trámite como guías o asistentes.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa al trámite urgente.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de revisión del grado.

### 6.2.7. Canarias (CN)

a) Valoración general

La autonomía de Canarias se caracteriza grosso modo por una posición baja de la calidad del proceso y en relación con el resto de las comunidades, con una valoración final de 7 puntos sobre el potencial de 22 puntos. En este sentido, presenta un desarrollo bajo del proceso de valoración de la discapacidad, con una sola fortaleza vinculada a la accesibilidad del trámite. No obstante, sus carencias se centran en algunas cuestiones de la atención comunicativa y de la calidad informativa; junto a la totalidad de los indicadores de la dimensión adaptabilidad del trámite.

En cuanto al sistema de 11 indicadores analizados, Canarias presenta buena posición en la accesibilidad adaptada a la discapacidad. Sin embargo, son varias las cuestiones a mejorar como los canales de contacto, la información de centros y equipos de valoración y la tramitación urgente y revisión del grado de discapacidad (cuadro 6.12).

**Cuadro 6.12. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Canarias**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	0
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	0
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	2
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>7</b>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se expone los apartados de puntos fuertes y débiles, en relación a los valores concretos alcanzados por esta autonomía, en relación con el cuadro 6.12.

#### b) Puntos fuertes

La comunidad autonómica de Canarias refleja fortaleza solo en 1 indicador relativo a la accesibilidad y apoyos a la tramitación:

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Están disponibles los recursos digitales para la accesibilidad.

#### c) Puntos débiles

La autonomía canaria presenta debilidades moderadas en 5 indicadores de la mayoría de las dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital solo está bien mantenida y actualizada en algunos aspectos.
- Información adicional de interés (1.3). Proporciona cierta información complementaria al proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información parcial para la realización del trámite.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se ofrece información solo de algunas herramientas técnicas para el trámite.
- Ayuda a la tramitación (3.2). No ofrece información respecto a las dificultades que puede presentar el trámite como guías o asistentes.

#### d) Puntos muy débiles

Las debilidades más agudizadas de Canarias se focalizan en 5 indicadores, distribuidos en 3 de las 4 dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información relativa a los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información clara y suficiente de los centros de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). Es una información no disponible.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece la información relativa al trámite urgente.
- Revisión de grado disponible (4.2). No proporciona información de la revisión.

### 6.2.8. Cataluña (CT)

#### a) Valoración general

La autonomía catalana se ubica en la segunda posición más alta de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 14 puntos sobre el potencial de 22 puntos. En este sentido, Cataluña muestra una ejecución alta del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Por su parte, las fortalezas catalanas están representadas por la atención comunicativa, por algunos contenidos de la calidad informativa, por la accesibilidad al trámite y por la adaptabilidad. Por tanto, en las cuatro dimensiones

analizadas, Cataluña presenta fortalezas. En sentido contrario, la información relativa a los equipos, del trámite urgente y la accesibilidad son las cuestiones por mejorar (cuadro 6.13).

**Cuadro 6.13. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Cataluña**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	2
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	2
<b>Total</b>		<b>14</b>

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al sistema de los 11 indicadores analizados, Cataluña manifiesta una buena posición en los canales de comunicación y actualización del trámite, en el nivel informativo y de los centros, en las herramientas de apoyo y la información de la revisión del grado de discapacidad. En contraposición, las grandes mejoras se dirigen hacia la información de los equipos, la accesibilidad adaptada y el trámite urgente.

#### b) Puntos fuertes

Cataluña presenta fortalezas en 6 indicadores distribuidos en todas las dimensiones analizadas, tales como los canales de comunicación, el desarrollo informativo, la información de los centros de valoración, las herramientas de apoyo y la disposición de la información de la revisión del grado de discapacidad:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital está bien mantenida y actualizada.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información clara y suficiente para la realización del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Se ofrece la información de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona herramientas técnicas para el trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). Facilita información de la revisión del grado.

### c) Puntos débiles

La autonomía catalana centra sus debilidades moderadas en 2 indicadores, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). Facilita información complementaria solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Ofrece información de apoyo para el trámite como guías o asistentes de forma parcial.

### d) Puntos muy débiles

Las debilidades más significativas de Cataluña se concentran en 3 indicadores, presentes en 2 de las dimensiones analizadas:

- Información técnica de equipo (2.3). Es una información no disponible.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.

## 6.2.9. Extremadura (EX)

### a) Valoración general

La autonomía de Extremadura se ubica en una posición intermedia de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 11 puntos sobre el potencial de 22 puntos. La comunidad extremeña se posiciona en un desarrollo medio del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Esta autonomía, presenta fortalezas en la atención comunicativa y en la calidad informativa, presentes en 2 de las dimensiones analizadas. No obstante, la comunidad extremeña precisa mejoras en algún aspecto de la accesibilidad y en la globalidad de la adaptabilidad del trámite.

Respecto al sistema de los 11 indicadores analizados, la Comunidad de Extremadura presenta una buena posición en los canales de comunicación y en la actualización del trámite, y en la información de los centros de valoración, como muestra el cuadro 6.14. En contraposición, las mejoras se encuentran en la accesibilidad adaptada, la información del trámite de urgencia y la revisión del grado de discapacidad.

**Cuadro 6.14. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Extremadura**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	2
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	1
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los indicadores se ofrece en relación con los apartados de puntos fuertes y débiles, considerando que los fuertes son indicadores que han sido valorados por la máxima puntuación de 2; mientras que los débiles son constituidos por aquellos con puntuación intermedia de 1; y los muy débiles cuando el indicador no ha alcanzado puntuación alguna.

#### b) Puntos fuertes

Extremadura presenta fortalezas en 3 indicadores tales como los canales de comunicación, información actualizada y la información de los centros de valoración, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). Se ofrece información actualizada.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información completa de los centros de valoración de la discapacidad.

#### c) Puntos débiles

Las debilidades moderadas de la autonomía extremeña se centran en 5 indicadores, distribuidos en 3 de las dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria solo se ofrece en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). La información ofrecida es insuficiente para la realización del trámite.
- Información técnica de equipo (2.3). Se ofrece información incompleta.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona herramientas técnicas del trámite parcialmente.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Información de apoyo parcial para el trámite.

#### d) Puntos muy débiles

La comunidad autónoma de Extremadura muestra las debilidades más profundas en 3 indicadores, presentes en 2 de las dimensiones analizadas:

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

#### 6.2.10. Galicia (GA)

##### a) Valoración general

La comunidad autónoma de Galicia se posiciona en un nivel intermedio de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 10 puntos sobre el potencial de 22 puntos. La autonomía gallega presenta una ejecución media del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible.

**Cuadro 6.15. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Galicia**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>10</b>

Fuente: Elaboración propia.

Esta autonomía concentra sus fortalezas en la atención comunicativa, en algún aspecto de la calidad informativa y en algún aspecto de la accesibilidad, presentes en 3 de las dimensiones analizadas. Sin embargo, la comunidad gallega precisa mejoras en algún aspecto de la calidad, de la accesibilidad y en la globalidad de la adaptabilidad del trámite.

En cuanto al sistema de los 11 indicadores analizados, la Comunidad de Galicia presenta una buena posición en los canales de comunicación del trámite, en la información de los centros de valoración y en las herramientas de apoyo (cuadro 6.15). Por otro lado, las mejoras se centran en la información de los equipos de valoración, en la ayuda para del trámite, y en los trámites de urgencia y de revisión del grado de discapacidad.

A continuación, se muestra el sistema de indicadores en relación con los puntos fuertes y débiles, respecto a los valores alcanzados en el cuadro anterior de la comunidad gallega.

#### b) Puntos fuertes

La autonomía gallega presenta fortalezas en 3 indicadores tales como los canales de comunicación, información actualizada y la información de los centros de valoración, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). Se ofrece información actualizada.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información completa de los centros de valoración de la discapacidad.

#### c) Puntos débiles

Las debilidades moderadas de la autonomía gallega se presentan en 5 indicadores, distribuidos en 3 de las dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria solo se ofrece en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). La información ofrecida es insuficiente para la realización del trámite.
- Información técnica de equipo (2.3). Se ofrece información incompleta.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona parcialmente herramientas técnicas para el trámite.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Información de apoyo solo parcial para el trámite.

#### d) Puntos muy débiles

La comunidad de Galicia refleja debilidades más profundas en 3 indicadores, presentes en 2 de las dimensiones analizadas:

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

### *6.2.11. Islas Baleares (IB)*

#### a) Valoración general

La valoración general de la comunidad balear se caracteriza por una posición intermedia de la calidad del proceso y en relación con el resto de las Comunidades Autónomas, con una valoración final de 12 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Esto refleja un desempeño intermedio del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Presenta fortalezas claras en algunos

aspectos de atención comunicativa y en la adaptabilidad y agilidad del trámite. No obstante, presenta carencias significativas en algunas cuestiones de la calidad informativa y de la accesibilidad adaptada y adaptabilidad del trámite.

En consideración al sistema de indicadores, del total de los 11 indicadores analizados, Baleares presenta una posición buena en la información de atención y comunicación, la calidad informativa de los centros y en la adaptabilidad del trámite, como refleja el cuadro 6.16. Sin embargo, las cuestiones pendientes de mejora se centran en la información de los equipos de valoración y ofrecer más recursos para la accesibilidad del trámite.

**Cuadro 6.16. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Baleares**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	2
	4.2. Revisión grado disponible	2
<b>Total</b>		<b>12</b>

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se exponen los apartados de puntos fuertes y débiles, vinculados a los valores concretos alcanzados por esta comunidad autónoma, en relación con el cuadro anterior.

#### b) Puntos fuertes

La autonomía balear muestra fortaleza en solo 4 indicadores distribuidos en 3 dimensiones de las 4 establecidas, destacando que Baleares es la única comunidad con fortaleza absoluta en la dimensión 4 de adaptabilidad y agilidad del trámite:

- Canales de contacto (1.1). La información relativa a los canales de contacto es completa y de acceso directo y visible.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información clara y suficiente de los centros de valoración de la discapacidad.
- Tramitación urgente (4.1). Ofrece a información relativa al trámite urgente.
- Revisión de grado disponible (4.2). Proporciona información de la revisión.

#### c) Puntos débiles

La autonomía balear refleja debilidades moderadas en 4 indicadores de la mayoría de las dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital solo está bien mantenida y actualizada en algunos aspectos.
- Información adicional de interés (1.3). Proporciona cierta información complementaria al proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Presenta información parcial para la realización del trámite.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se ofrece información solo de algunas herramientas técnicas para el trámite.

#### d) Puntos muy débiles

Las debilidades más considerables de Baleares se concentran en 3 indicadores correspondientes a 2 dimensiones de las analizadas:

- Información técnica de equipo (2.3). Es una información no disponible.
- Ayuda a la tramitación (3.2). No ofrece información respecto a las dificultades que puede presentar el trámite como guías o asistentes.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No están disponibles recursos digitales para la accesibilidad.

#### *6.2.12. Región de Murcia (MC)*

##### a) Valoración general

La Región de Murcia se posiciona en un bajo nivel de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 7 puntos sobre el potencial de 22 puntos. La autonomía murciana desarrolla una ejecución baja del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. La única fortaleza identificada para esta autonomía está en la atención comunicativa. Por otro lado, las mejoras a implantar se concentran en la calidad informativa, en algunos aspectos de la accesibilidad y en la globalidad de la adaptabilidad del trámite.

En cuanto al sistema de los 11 indicadores analizados, la Región de Murcia tiene una buena posición en los canales de comunicación, mientras que, la información de los equipos de valoración, la ayuda en la tramitación y los trámites de urgencia y de revisión del grado de discapacidad son las mejoras pendientes (cuadro 6.17).

**Cuadro 6.17. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Murcia**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	1
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>7</b>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se ofrece el sistema de indicadores en relación con los puntos fuertes y débiles, respecto a los valores alcanzados en el cuadro anterior de la comunidad murciana.

#### b) Puntos fuertes

La fortaleza de la autonomía de Murcia es mínima centrada en un solo indicador, relativo a la atención comunicativa:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es clara y suficiente.

#### c) Puntos débiles

La Región de Murcia presenta debilidades moderadas en 5 indicadores, distribuidos en 3 de las 4 dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información actualizada es parcial.
- Información adicional de interés (1.3). Se ofrece información complementaria solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). La información ofrecida es clara y suficiente solo en algunos aspectos del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información parcial de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona solo algunas herramientas técnicas.

#### d) Puntos muy débiles

La autonomía murciana muestra debilidades más profundas en 5 indicadores, vinculados con 3 de las dimensiones analizadas:

- Información técnica de equipo (2.3). No se ofrece información.
- Ayuda a la tramitación (3.2). No dispone de ayuda para el trámite.

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

### 6.2.13. Comunidad de Madrid (MD)

#### a) Valoración general

La Comunidad de Madrid se posiciona en un nivel intermedio de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 11 puntos sobre el potencial de 22 puntos. La autonomía madrileña presenta una ejecución media-alta del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. En cuanto a sus fortalezas, se concentran en la calidad informativa y en algún aspecto de la accesibilidad, vinculadas con 2 de las dimensiones analizadas. No obstante, las mejoras se centran en algún aspecto de la calidad, junto a la globalidad de la adaptabilidad del trámite.

Respecto al sistema de los 11 indicadores analizados, la Comunidad de Madrid presenta una buena posición en el nivel de desarrollo de la información, en la información de los centros de valoración y en las herramientas de apoyo. Por su parte, la información de los equipos de valoración y en los trámites de urgencia y de revisión del grado de discapacidad son las mejoras pendientes (cuadro 6.18).

**Cuadro 6.18. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Madrid**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	1
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se muestra el sistema de indicadores en relación con los puntos fuertes y débiles, respecto a los valores del cuadro anterior de esta autonomía.

#### b) Puntos fuertes

Las fortalezas de la autonomía madrileña están concentradas en 3 indicadores tales como el nivel de información, la información de los centros de valoración y las herramientas técnicas, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Nivel de desarrollo de la información (2.1). La información ofrecida es clara y suficiente para la realización del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Proporciona información completa de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona herramientas técnicas suficientes para el trámite.

#### c) Puntos débiles

La Comunidad de Madrid presenta debilidades moderadas en 5 indicadores, distribuidos en 3 de las 4 dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es incompleta.
- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información actualizada es parcial.
- Información adicional de interés (1.3). Se ofrece información complementaria solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). Se ofrece información incompleta.
- Ayuda a la tramitación (3.2). La información de apoyo para el trámite es parcial.

#### d) Puntos muy débiles

La comunidad madrileña refleja debilidades más severas en 3 indicadores, relativos a 2 de las dimensiones analizadas:

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

### *6.2.14. Comunidad Foral de Navarra (NC)*

#### a) Valoración general

La autonomía de Navarra se sitúa en un nivel intermedio-bajo de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 8 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Navarra presenta una ejecución media baja del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Las fortalezas de esta autonomía están vinculadas a la atención comunicativa. Por su parte, las mejoras navarras se concentran en algún aspecto de la calidad informativa, en la accesibilidad y en la adaptabilidad del trámite.

El análisis del sistema de los 11 indicadores analizados, la comunidad navarra posee una buena posición en los canales de comunicación y la actualización de la información del trámite, mientras que las mejoras se dirigen a la información de los equipos de valoración, la ayuda en la tramitación, los trámites de urgencia y de revisión del grado de discapacidad, como se observa en el cuadro 6.19.

**Cuadro 6.19. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Navarra**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	2
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	1
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	1
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>8</b>

Fuente: Elaboración propia.

#### b) Puntos fuertes

Navarra concentra sus fortalezas en 2 indicadores de la misma dimensión relativa a la atención comunicativa:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es clara y suficiente.
- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información ofrecida es actualizada.

#### c) Puntos débiles

La autonomía navarra presenta debilidades moderadas en 4 indicadores, distribuidos en 3 de las 4 dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria se ofrece en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). La información es clara y suficiente solo en algunos aspectos del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Se dispone de información parcial de los centros de valoración de la discapacidad.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Ofrece solo algunas herramientas técnicas.

#### d) Puntos muy débiles

Las mejoras de la autonomía de Navarra están en 5 indicadores, vinculados a 3 de las dimensiones analizadas:

- Información técnica de equipo (2.3). No se ofrece información.
- Ayuda a la tramitación (3.2). No dispone de ayuda para el trámite.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No facilita información de la revisión del grado.

#### 6.2.15. País Vasco (PV)

##### a) Valoración general

La autonomía del País Vasco se posiciona en un nivel intermedio de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 11 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Navarra presenta una ejecución media buena o alta del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Esta autonomía vincula sus fortalezas en algunas cuestiones de la atención comunicativa. Por su parte, la autonomía del País Vasco centra las mejoras pendientes en algún aspecto de la calidad informativa, de la accesibilidad y en la adaptabilidad del trámite.

En cuanto al sistema de los 11 indicadores analizados, la autonomía del País Vasco se posiciona en una buena posición en relación con los canales de comunicación del trámite, el nivel de desarrollo de la información, en las herramientas técnicas de apoyo y la información de la revisión del grado de discapacidad (cuadro 6.20). Por su parte, las mejoras de esta comunidad se dirigen a la información de los centros y equipos de valoración, a la accesibilidad adaptada y los trámites de urgencia del grado de discapacidad.

**Cuadro 6.20. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en País Vasco**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2
	2.2. Información de centros de valoración	0
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	1
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	2
<b>Total</b>		<b>11</b>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta el sistema de indicadores en relación con los puntos fuertes y débiles, respecto a los valores alcanzados en el cuadro anterior de la autonomía vasca.

#### b) Puntos fuertes

La autonomía del País Vasco presenta fortalezas en 4 indicadores distribuidos en todas las dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Ofrece información clara y suficiente.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se facilitan herramientas técnicas de apoyo.
- Revisión de grado disponible (4.2). Especifica información de la revisión del grado.

#### c) Puntos débiles

El País Vasco manifiesta debilidades moderadas en 3 indicadores, distribuidos en 2 de las 4 dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información disponible solo está parcialmente actualizada.
- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria solo se facilita en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Solo ofrece ayuda para algunas cuestiones del trámite.

#### d) Puntos muy débiles

La comunidad vasca presenta debilidades más profundas en 4 indicadores, vinculados a 3 de las dimensiones analizadas:

- Información de centros de valoración (2.2). No dispone de información de los centros de valoración de la discapacidad.
- Información técnica de equipo (2.3). No se ofrece información.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.

### *6.2.16. La Rioja (RL)*

#### a) Valoración general

La Rioja se posiciona en un nivel intermedio de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 10 puntos sobre el potencial de 22 puntos. La autonomía riojana presenta una ejecución media del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Por otro lado, La Rioja concentra sus fortalezas en algunas cuestiones de la atención comunicativa, de la calidad informativa y de la accesibilidad para el trámite. En cuanto a las mejoras

pendientes, estas se encuentran en algunos aspectos de la accesibilidad y la adaptabilidad del trámite en su globalidad.

Por su parte, el sistema de los 11 indicadores analizados posiciona en un buen lugar a La Rioja en los canales de comunicación del trámite, en la información de centros de valoración y en las herramientas técnicas de apoyo (cuadro 6.21). Por su parte, la accesibilidad adaptada, la ayuda en la tramitación y la globalidad de la adaptabilidad representan las mejoras pendientes de esta comunidad.

**Cuadro 6.21. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en La Rioja**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	2
	2.3. Información técnica de equipo	1
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		10

Fuente: Elaboración propia.

El sistema de indicadores también se especifica en relación con los puntos fuertes y débiles, respecto a los valores alcanzados en el cuadro 6.2 de la autonomía riojana.

#### b) Puntos fuertes

La comunidad riojana presenta fortalezas en 3 indicadores distribuidos en 3 de las dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa.
- Información de centros de valoración (2.2). La información de los centros de valoración de la discapacidad es clara y suficiente.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se facilitan herramientas técnicas de apoyo.

#### c) Puntos débiles

La Rioja muestra debilidades moderadas en 4 indicadores, distribuidos en 2 de las 4 dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información disponible solo está parcialmente actualizada.
- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria se facilita solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.

- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Ofrece información clara y suficiente parcialmente.
- Información técnica de equipo (2.3). Se proporciona información parcial de los equipos.

#### d) Puntos muy débiles

La autonomía riojana centra sus debilidades más profundas en 4 indicadores, asociados a 2 de las dimensiones analizadas:

- Ayuda a la tramitación (3.2). No ofrece ayuda para algunas cuestiones del trámite.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No proporciona información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No especifica información de la revisión del grado.

### *6.2.17. Comunidad Valenciana (VC)*

#### a) Valoración general

La Comunidad de Valencia se sitúa en una alta posición de la calidad del proceso y en relación al resto de autonomías, con una valoración final de 13 puntos sobre el potencial de 22 puntos. En este sentido, la autonomía valenciana refleja un alto desarrollo del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Esta autonomía presenta fortalezas en la atención comunicativa, en la accesibilidad y la adaptabilidad del trámite. Estas fortalezas están presentes en 3 de las dimensiones analizadas. En cuanto a las mejoras, esta autonomía precisa avances en la accesibilidad y en la información del trámite urgente.

En relación con el sistema de los 11 indicadores analizados, la Comunidad de Valencia tiene un buen desarrollo en los canales de comunicación, en las herramientas técnicas y ayuda para la tramitación, y en la información de la revisión del grado de discapacidad. En contraposición, la información de la accesibilidad al trámite y la tramitación urgente conforman las mejoras de esta autonomía (cuadro 6.22).

**Cuadro 6.22. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en C. Valenciana**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	1
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	1
	2.3. Información técnica de equipo	1
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	2
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	0
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	2
<b>Total</b>		<b>13</b>

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los indicadores también se especifica distribuidos entre los apartados de puntos fuertes y débiles, respecto a los valores alcanzados en el cuadro anterior de la comunidad valenciana.

#### b) Puntos fuertes

La Comunidad de Valencia presenta fortalezas en 4 indicadores distribuidos en 3 de las dimensiones analizadas, tales como los canales de comunicación, el desarrollo informativo, la información de los centros de valoración, las herramientas de apoyo y la disposición de la información de la revisión del grado de discapacidad:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa y de forma directa y visible.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Proporciona herramientas técnicas para el trámite.
- Ayuda a la tramitación (3.2). Ofrece información de apoyo para el trámite como guías o asistentes de forma parcial.
- Revisión de grado disponible (4.2). Facilita información de la revisión del grado.

#### c) Puntos débiles

Las debilidades moderadas de la autonomía valenciana se concentran en 5 indicadores, distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información digital está mantenida y actualizada parcialmente.
- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria solo se ofrece en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). La información ofrecida es insuficiente para la realización del trámite.
- Información de centros de valoración (2.2). Se ofrece de forma parcial la información de los centros de valoración de la discapacidad.

- Información técnica de equipo (2.3). Es una información incompleta.

d) Puntos muy débiles

La comunidad valenciana presenta las debilidades más significativas en 2 indicadores, presentes en 2 de las dimensiones analizadas:

- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). No facilita recursos digitales para la accesibilidad a todas las discapacidades.
- Tramitación urgente (4.1). No ofrece información relativa a este trámite.

### 6.2.18. Ceuta y Melilla

a) Valoración general

Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla se posicionan en un nivel intermedio de la calidad del proceso y en relación con el resto de las autonomías, con una valoración final de 9 puntos sobre el potencial de 22 puntos. Cabe señalar que, ambas ciudades comparten sede electrónica gestionada por el IMSERSO. Estas presentan una ejecución media-baja del proceso de valoración de la discapacidad y respecto a la puntuación máxima posible. Por otro lado, Ceuta y Melilla concentran sus fortalezas en algunas cuestiones de la atención comunicativa y en la accesibilidad para el trámite. Por su parte, las mejoras pendientes se dirigen a algunos aspectos de la calidad de la información y de la accesibilidad, y en la globalidad de la adaptabilidad del trámite.

El análisis del sistema de los 11 indicadores ubica en un buen lugar a Ceuta y Melilla en los canales de comunicación y en la información actualizada del trámite, como la disposición de herramientas de apoyo técnico. En contraposición, algunos aspectos de la accesibilidad adaptada y en la globalidad de la adaptabilidad del trámite conforman las principales mejoras a realizar (cuadro 6.23).

**Cuadro 6.23. Evaluación del procedimiento de valoración de la discapacidad en Ceuta y Melilla**

Dimensiones	Indicadores	Puntos
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	2
	1.2. Actualización Web del trámite	2
	1.3. Información adicional de interés	1
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	1
	2.2. Información de centros de valoración	0
	2.3. Información técnica de equipo	0
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	2
	3.2. Ayuda en la tramitación	0
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	1
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	0
	4.2. Revisión grado disponible	0
<b>Total</b>		<b>9</b>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se especifica el sistema de indicadores en relación con los puntos fuertes y débiles, respecto a los valores alcanzados en el cuadro anterior de Ceuta y Melilla.

#### b) Puntos fuertes

Estas autonomías centran sus fortalezas en 3 indicadores distribuidos en 2 de las dimensiones analizadas:

- Canales de contacto (1.1). La información de los canales de contacto es completa.
- Actualización de la información y acceso trámite (1.2). La información está actualizada.
- Herramientas de apoyo técnico (3.1). Se facilitan herramientas técnicas de apoyo.

#### c) Puntos débiles

Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla muestran debilidades moderadas en 3 indicadores, distribuidos en 3 de las 4 dimensiones analizadas:

- Información adicional de interés (1.3). La información complementaria se facilita solo en algunas cuestiones del proceso de valoración de la discapacidad.
- Nivel de desarrollo de la información (2.1). Se ofrece información clara y suficiente parcialmente.
- Accesibilidad adaptada a la discapacidad (3.3). Los recursos digitales para la accesibilidad solo se facilitan para algunas discapacidades.

#### d) Puntos muy débiles

Estas autonomías centran sus debilidades más profundas en 5 indicadores, asociados a 3 de las dimensiones analizadas:

- Información de centros de valoración (2.2). No se facilita la información de los centros de valoración de la discapacidad
- Información técnica de equipo (2.3). No se proporciona información.
- Ayuda a la tramitación (3.2). No se ofrece ayuda para algunas cuestiones del trámite.
- Tramitación urgente (4.1). No se proporciona información relativa a este trámite.
- Revisión de grado disponible (4.2). No se especifica información de la revisión del grado.

### 6.3. Anexo de Valoración autonómica integral

**Tabla 1. Valoración integral autonómica del Sistema de evaluación por dimensiones, indicadores y componentes**

Dimensión	1. Atención y canales de comunicación								2. Calidad informativa									3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación								4. Adaptabilidad y agilidad del trámite							
	1.1		1.2			1.3			2.1					2.2		2.3		3.1		3.2			3.3			4.1	4.2						
Indicador	1.1.1	1.1.2	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.3.1	1.3.2	1.3.3	2.1.1	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.1.5	2.2.1	2.2.2	2.2.3	2.3.1	2.3.2	2.3.3	3.1.1	3.1.2	3.2.1	3.2.2	3.2.3	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	4.1	4.2.1	4.2.2	4.2.3	
Andalucía	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	✓	-	-	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	
Aragón	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	✓	✓	-	
Asturias	-	-	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	-	✓	✓	-	
Baleares	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	
Canarias	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	✓	-	✓	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-
Cantabria	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla-La Mancha	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	
Castilla y León	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	
Cataluña	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	
Valencia	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	
Extremadura	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Galicia	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-
Madrid	-	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	-	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	
Murcia	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Navarra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
País Vasco	✓	✓	-	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	
Rioja, La	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ceuta y Melilla	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	

**Legenda de contenidos Tabla 1**

Dimensión	Indicador	Componentes
1. Atención y canales de comunicación	1.1. Canales de contacto	1.1.1. Teléfono de contacto 1.1.2. Correo electrónico de contacto
	1.2. Actualización de la información y acceso al trámite	1.2.1. Fecha de última actualización 1.2.2. Modelo de solicitud presencial 1.2.3. Acceso a la solicitud online
	1.3. Información adicional de interés	1.3.1. Facilita información complementaria de interés 1.3.2. Simulacro de valoración 1.3.3. Indica las redes sociales en las que están presentes
2. Calidad informativa	2.1. Nivel de desarrollo de la información	2.2.1. Información completa del proceso 2.2.2. Fases o pasos del proceso y tramitación 2.2.3. Tiempo estimado para resolución 2.2.4. Recursos/ Beneficios del grado de discapacidad 2.2.5. Guías para la tramitación
	2.2. Información de centros de valoración	2.3.1. Dirección del centro/s de valoración y orientación (CVO) 2.3.2. Teléfono de contacto del centro 2.3.3. Correo electrónico del CVO
	2.3. Información técnica de equipos de valoración	2.4.1. Composición multidisciplinar de los equipos de valoración y orientación (EVO) 2.4.2. Número de EVO 2.4.3. Número de profesionales por disciplina
3. Accesibilidad y apoyos a la tramitación	3.1. Herramientas de apoyo técnico	3.1.1. Requisitos tecnológicos 3.1.2. Configuración del certificado digital
	3.2. Ayuda en la tramitación	3.2.1. Preguntas frecuentes (FAQs) 3.2.2. Manuales o guías 3.2.3. Asistentes virtuales
	3.3. Accesibilidad adaptada a la discapacidad	3.3.1. Lectores de pantalla 3.3.2. Navegación por teclado 3.3.3. Lectura fácil 3.3.4. Control de voz
4. Adaptabilidad y agilidad del trámite	4.1. Tramitación urgente	4.1.1. Tramitación urgente
	4.2. Revisión grado disponible	4.2.1. Revisión del grado de discapacidad 4.2.2. Plazos 4.2.3. Requisitos

# **7.**

## **Conclusiones y propuestas**

## **7. Conclusiones y propuestas**

El capítulo final ofrece una visión integral del sistema de reconocimiento de la discapacidad en España, poniendo de manifiesto la persistencia de desafíos metodológicos, tecnológicos y territoriales, así como la brecha existente entre el marco avanzado del RD 888/2022 y su aplicación real. El análisis estadístico revela una notable fragmentación de fuentes y desigualdades sostenidas en prevalencia, acceso y resultados, mientras que el estudio cualitativo destaca la rigidez operativa, la insuficiente adaptación del baremo a síntomas invisibles y la necesidad de una formación especializada, especialmente relevante en enfermedades fluctuantes como la Esclerosis Múltiple. Asimismo, el análisis digital autonómico evidencia grandes diferencias en información pública, accesibilidad y tiempos de tramitación, reforzando la necesidad de una modernización homogénea del sistema. Las propuestas formuladas se orientan a mejorar la interoperabilidad, fortalecer los equipos profesionales, avanzar hacia una digitalización inclusiva y reducir las brechas territoriales. En conjunto, el capítulo subraya que la mejora del sistema requiere una acción coordinada que integre gobernanza, evidencia técnica y un enfoque centrado en los derechos de las personas con discapacidad.

### **7.1. Conclusiones**

Las principales conclusiones y reflexiones de este estudio se han estructurado atendiendo a las diferentes fuentes de análisis y su complementariedad para reflejar una visión global de la nueva normativa de valoración de la discapacidad.

#### *7.1.1. Conclusiones del análisis estadístico-cuantitativo*

La estimación de la prevalencia de la discapacidad presenta importantes desafíos metodológicos, derivados de las diferencias en los enfoques, definiciones y fuentes utilizadas por las distintas operaciones estadísticas. Este trabajo ha recogido información de diversas fuentes estadísticas, el cuadro 7.1 las sintetiza indicando el organismo que las produce, así como algunas de sus principales aportaciones y limitaciones.

Cuando se adopta un enfoque basado en limitaciones funcionales y participación social, siguiendo el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) propuesto por la OMS, se logra captar una visión más amplia e inclusiva de la discapacidad, incluyendo casos no reconocidos oficialmente. No obstante, incluso partiendo de este mismo enfoque, las clasificaciones resultantes pueden diferir dando como resultado cifras no comparables; como sucede, por ejemplo, entre la EDAD y la ECV, ambas publicadas por el INE. Por el contrario, la operación Empleo de las Personas con Discapacidad, al cruzar los datos de la EPA con registros administrativos, como la Base estatal de datos de personas con discapacidad del IMSERSO, limita sus cifras a las personas con discapacidad reconocida legalmente, lo que reduce significativamente la población considerada.

**Cuadro 7.1. Principales fuentes estadísticas consultadas. Aportaciones y limitaciones**

Fuente	Organismo	Tipo de datos y aportación	Principal limitación
Base de Datos de Personas con Discapacidad	Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)	Datos sobre valoraciones y reconocimientos oficiales (grado, tipo de deficiencia, sexo, edad)	No es un registro oficial. Cambio de codificación diagnóstica (a CIE-10) en 2023 dificulta la comparación histórica. Formatos a menudo no editables (PDF)
Encuesta de Discapacidad (EDAD 2020)	Instituto Nacional de Estadística (INE)	Principal estadística sobre discapacidad. Mide prevalencia, perfil sociodemográfico, limitaciones funcionales y barreras	Periodicidad irregular (últimas ediciones: 1999, 2008, 2020), lo que limita el análisis longitudinal
Encuesta de Condiciones de Vida (ECV/EU-SILC)	Oficina estadística de la Unión Europea (Eurostat)	Datos anuales comparables a nivel europeo mediante el Indicador Global de Limitación de la Actividad (GALI). Permite medir el riesgo de pobreza y exclusión social (ARPE)	Basado en la autodeclaración, lo que puede introducir sesgos subjetivos y culturales
Informe sobre el Baremo de Discapacidad	Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)	Sondeo sobre la aplicación del nuevo baremo (RD 888/2022). Aporta datos cuantitativos y cualitativos sobre irregularidades y demoras	Muestra no aleatoria, lo que impide atribuir causalidad directa de los problemas al nuevo baremo
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)	Ministerio de Sanidad	Información clínica anual para estimar la prevalencia y características de patologías como la Esclerosis Múltiple a nivel autonómico	Depende de la correcta codificación en atención primaria
Informe Olivenza	Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED)	Compilación de referencia. Integra y analiza datos de múltiples fuentes oficiales a través de un sistema de 37 indicadores	Depende de la actualización y de metodologías de las fuentes primarias
EMDATA	Esclerosis Múltiple España (EME)	Base de datos pionera sobre Esclerosis Múltiple en España. Reúne información oficial y procedente de encuestas propias	Depende, en parte, de la actualización de las fuentes oficiales

Fuente: Elaboración propia.

La Base estatal de datos de personas con discapacidad del IMSERSO constituye la principal fuente oficial utilizada en este trabajo para el análisis del proceso de valoración y reconocimiento. Sin embargo, el análisis temporal de las deficiencias que más afectan a las personas valoradas de discapacidad se ha visto limitado. El cambio en la codificación diagnóstica del IMSERSO a partir de abril de 2023, cuando se adoptó la CIE-10, impide una comparación precisa con los datos históricos anteriores (2011-2022), debido a la falta de equivalencia de muchos códigos nuevos. Adicionalmente, la entrada en vigor del nuevo baremo (Real Decreto 888/2022) en 2023 significa que aún falta perspectiva temporal para poder medir su impacto en los procedimientos de valoración y reconocimiento.

Por otro lado, con objeto de proporcionar una visión del contexto socioeconómico de la discapacidad en España y en el ámbito de la UE, se recurre a la Encuesta de condiciones de vida europea (EU-SILC). A partir de dicha encuesta, se ha examinado el riesgo de pobreza o exclusión social de las personas con discapacidad, atendiendo al Indicador Global de Limitación de la Actividad (GALI).

El análisis cuantitativo realizado se ha centrado en examinar la prevalencia, la evolución temporal, los patrones sociodemográficos y las disparidades territoriales del proceso de reconocimiento de la discapacidad en España.

Por su parte, en la evaluación del proceso de reconocimiento, se han analizado los siguientes indicadores:

- Tasa de valoración: Porcentaje de la población total que ha sido valorada para el reconocimiento de la discapacidad.
- Tasa de reconocimiento: Porcentaje de la población total a la que se le ha reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
- Tasa de resolución favorable: Indicador novedoso que mide el porcentaje de personas valoradas que obtienen un reconocimiento oficial de discapacidad, mayor o igual al 33%. Refleja la "tasa de éxito" del proceso administrativo.

Además, el análisis territorial se ha complementado con un análisis de convergencia Beta ( $\beta$ ) y Sigma ( $\sigma$ ) para determinar si las diferencias en las tasas de reconocimiento entre comunidades autónomas y provincias han tendido a disminuir con el tiempo.

A continuación, se sintetizan los principales resultados que se pueden extraer del análisis cuantitativo efectuado, referidas a las siguientes cuestiones a destacar:

#### 1) Prevalencia y contexto socioeconómico de la discapacidad

- Tanto en España como en el conjunto de la UE, la discapacidad representa una realidad relevante en términos de prevalencia y vulnerabilidad social. Según los datos de Eurostat para 2024, basados en el indicador GALI, el 23,9% de la población europea de 16 años o más declara tener limitaciones en sus actividades cotidianas (17,2% de carácter moderado y 6,7% grave). En España, esta proporción es ligeramente inferior, con un 20,1% de la población afectada (16,3% con limitación moderada y 3,9% grave). Además, se observa una clara brecha de género: las mujeres presentan mayores niveles de discapacidad que los hombres, con una diferencia de casi cinco puntos porcentuales (22,5% frente a 17,6%).
- La discapacidad está estrechamente vinculada a una mayor vulnerabilidad socioeconómica, como refleja el indicador AROPE (riesgo de pobreza y exclusión social). En 2024, las personas con discapacidad presentan tasas AROPE superiores en más de diez puntos porcentuales con respecto a quienes no la tienen, tanto en España como en la UE. Las diferencias más marcadas se encuentran en la carencia material y social severa, duplicándose su incidencia entre las personas con discapacidad, y en la baja intensidad de trabajo en el hogar, que se triplica en los hogares con personas con discapacidad. Las transferencias sociales juegan un papel crucial en la mitigación de la pobreza: sin ellas, la tasa de pobreza en España para este colectivo alcanzaría el 63,3%, mientras que con su efecto se reduce al 22,0%.
- La situación laboral es otro factor determinante en la vulnerabilidad económica de las personas con discapacidad. En 2024, la tasa de actividad en España para el grupo de edad entre 15 y 64 años con discapacidad fue del 47,6%, muy por debajo del 77,9% registrado entre quienes no tienen discapacidad. Asimismo, la tasa de

paro alcanzó el 17,9%, superando en siete puntos porcentuales la de la población sin discapacidad (10,9%).

## 2) Proceso de reconocimiento de la discapacidad, periodo 2011-2023

- El análisis de la base de datos del IMSERSO permite observar la evolución del sistema de reconocimiento administrativo de la discapacidad en España. Entre 2011 y 2023, el número de personas valoradas creció un 37%, lo que supone 1,25 millones más, mientras que las personas con reconocimiento oficial (igual o superior al 33%) aumentaron un 32%, es decir, 808.564 personas adicionales. Las tasas poblacionales también muestran una tendencia al alza: la tasa de valoración pasó del 7,2% al 9,6%, y la de reconocimiento del 5,5% al 7,0%. Sin embargo, la tasa de resolución favorable ha disminuido, pasando del 75,8% en 2011 al 72,8% en 2023, lo que indica un menor crecimiento relativo de los reconocimientos con respecto al total de solicitudes gestionadas.
- En cuanto al perfil de las personas con discapacidad reconocida en 2023, del total de personas con reconocimiento, un 43,0% corresponde al grado 33-44%, el 23,5% al 64-74%, el 18,3% al 45-63% y el 15,2% al 75-100%. La distribución por sexo es prácticamente paritaria (50,1% hombres y 49,9% mujeres), aunque los hombres predominan en los grados extremos y las mujeres en los intermedios. Por edad, el 87% de las personas reconocidas tiene 35 años o más, siendo el grupo de mayores de 64 años el más numeroso (46,0%). En cuanto al tipo de deficiencia, la más frecuente es la neuromusculoesquelética o del movimiento (27,9%), seguida por las del sistema nervioso o función mental (23,7%) y las sensoriales (12,0%). Las deficiencias intelectuales o del desarrollo son más comunes en menores de 35 años (43,0%).
- El nuevo baremo introducido por el Real Decreto 888/2022, aplicado desde abril de 2023, ha generado preocupaciones significativas. Según el informe preliminar de COCEMFE (2024), se ha producido un aumento del 6% en las valoraciones inferiores al 33%, junto con demoras considerables en el proceso, que alcanza un promedio de 13,5 meses. Además, el 82% de las personas usuarias manifiestan estar insatisfechas con los resultados, señalando fallos procedimentales como la omisión del impacto en la vida diaria, la falta de consideración de comorbilidades y deficiencias en la composición de los equipos de valoración.

## 3) Desigualdades territoriales en el reconocimiento de la discapacidad

- El proceso de reconocimiento de la discapacidad presenta importantes desigualdades territoriales. El análisis de convergencia para el periodo 2011-2023 revela que no existe ni  $\beta$ -convergencia ni  $\sigma$ -convergencia: las regiones con tasas de reconocimiento más bajas no han crecido más rápido que las más avanzadas, y la dispersión entre territorios ha aumentado, ampliando las diferencias.
- La probabilidad de obtener un reconocimiento oficial varía significativamente según la comunidad autónoma. En 2023, la tasa de resolución favorable oscilaba entre el 86,7% en Aragón y el 66,1% en la Comunidad Valenciana, una diferencia de más de 20 puntos porcentuales. También hay disparidades dentro de las

comunidades, como en Andalucía, donde la tasa varía más de 10 puntos entre Málaga (75,8%) y Almería (65,4%).

- Los tiempos de resolución también presentan grandes contrastes, según los datos proporcionados por el CERMI: mientras que en Castilla y León y el País Vasco el proceso tarda unos 4 meses, en Extremadura y Canarias puede prolongarse hasta 24 meses.

#### 4) Aproximación a la Esclerosis Múltiple

- La Esclerosis Múltiple es una enfermedad cuya prevalencia ha aumentado de forma continua entre 2011 y 2023, alcanzando aproximadamente 143 casos por cada 100.000 habitantes en España. Las tasas más elevadas se registran en Asturias, Madrid, Castilla y León y Galicia, mientras que las más bajas se observan en Castilla-La Mancha, Extremadura y el País Vasco.
- El perfil sociodemográfico de la Esclerosis Múltiple muestra un claro predominio femenino (68,8%) y una mayor concentración en el grupo de edad de 45 a 59 años (42,7%). Además, se caracteriza por una elevada comorbilidad, especialmente en salud mental. En 2011, el 17,1% de los pacientes con Esclerosis Múltiple presentaban ansiedad, frente al 6,9% de la población general. En 2023, la prevalencia de depresión en personas con Esclerosis Múltiple (12,1%) es 2,3 veces superior a la del conjunto de la población (5,3%).
- En el ámbito laboral, aunque la proporción de personas activas con Esclerosis Múltiple es similar a la de la población general, los pensionistas están sobrerrepresentados entre los inactivos (37,4% frente al 20,6%), lo que refleja el impacto de la enfermedad en la capacidad de mantener una vida laboral activa.

El análisis evidencia que la discapacidad en España sigue asociada a una elevada vulnerabilidad social, desigualdades territoriales y demoras administrativas, a pesar del marco normativo avanzado y de la existencia de un sistema consolidado de reconocimiento. Los resultados ponen de relieve la necesidad de fortalecer la coherencia institucional y la capacidad operativa de las políticas públicas. De forma sintética, se proponen las siguientes líneas de mejora:

- Integración y calidad de la información. Avanzar hacia un sistema estatal unificado que conecte las principales fuentes estadísticas y administrativas, garantizando datos comparables, actualizados y útiles para la planificación pública.
- Perspectiva de género y ciclo vital. Incorporar de forma sistemática el análisis de género y edad en todas las estadísticas, programas y evaluaciones, atendiendo a las necesidades específicas de mujeres y personas mayores con discapacidad.

En definitiva, España cuenta con una base normativa sólida, pero requiere avanzar hacia una gestión más integrada, evaluable y participativa, capaz de garantizar la igualdad real en el acceso a derechos y oportunidades. Solo un enfoque coordinado, basado en datos de calidad, evaluación continua y participación permitirá consolidar un modelo de discapacidad plenamente inclusivo y coherente con los principios de la Convención de la ONU.

### *7.1.2. Conclusiones del análisis cualitativo*

En este apartado se integran las aportaciones procedentes de tres fuentes de análisis: los técnicos de entidades sociales, los técnicos de la administración pública y otros expertos del ámbito académico y profesional. El objetivo es identificar coincidencias y divergencias en las percepciones sobre el sistema de valoración de la discapacidad, tomando como referencia la estructura en ocho categorías temáticas y formulando propuestas de mejora agrupadas en tres ejes: a) de carácter general, b) relacionadas con la brecha territorial y c) específicas sobre la Esclerosis Múltiple.

#### a. Necesidad de reforma de la ley de 1999

Existe coincidencia generalizada entre los tres grupos en que la Ley de 1999 resultaba obsoleta, centrada en un modelo biomédico rígido e insuficiente para reflejar la complejidad de las discapacidades actuales. Todos los informes destacan la transición hacia el modelo CIF como un avance conceptual decisivo. Los técnicos de entidades sociales señalan que la antigua ley "era muy médica y centrada en secuelas físicas objetivas", no contemplaba enfermedades fluctuantes como la Esclerosis Múltiple, mientras que desde la administración se subraya que la reforma "implica pasar de medir enfermedades a medir funcionamientos y contextos". Los expertos externos coinciden en que "era necesaria su revisión para ajustarse a los estándares internacionales", valorando positivamente la orientación más ágil y los plazos definidos del nuevo marco.

Las divergencias aparecen principalmente en el alcance y ritmo de la reforma: los técnicos administrativos abogan por mantener cierta estabilidad normativa frente a reformas frecuentes, mientras que las entidades y expertos reclaman una actualización continua que refleje los avances científicos y sociales.

#### b. Procedimiento de valoración en la ley de 2022

El enfoque biopsicosocial introducido en el Real Decreto 888/2022 es valorado como un progreso metodológico, al incorporar la autoevaluación y eliminar los criterios socioeconómicos. Todos los grupos coinciden en que representa una mejora conceptual, pero su aplicación práctica sigue siendo deficiente. Un técnico de entidad social señala que "sigue valorándose en un solo momento, sin reflejar la fluctuación", mientras que un técnico administrativo destaca que "el procedimiento telemático es útil, pero aumenta la carga de trabajo". Los expertos externos añaden que "la aplicación del nuevo baremo ha sido ampliamente cuestionada porque requiere de más tiempo".

Las divergencias se centran en el impacto operativo del nuevo modelo: la administración considera que la lentitud no deriva del baremo sino del proceso organizativo, mientras las entidades subrayan la falta de adaptación del sistema a las necesidades reales de las personas evaluadas.

#### c. El baremo como instrumento de valoración

Los tres grupos reconocen que el nuevo baremo supone un avance técnico al incluir dimensiones funcionales, psicosociales y contextuales, además de síntomas invisibles

como la fatiga o los brotes. Sin embargo, también coinciden en que su aplicación práctica es rígida y con escasa estandarización. Un técnico de la administración afirma que “el baremo actual es más objetivo y equitativo gracias al software BAREDI”, mientras que desde las entidades se advierte que “no refleja la realidad de las personas”. Los expertos externos añaden que “el problema ha sido la tecnología asociada y la baja valoración de síntomas invisibles”.

Las divergencias giran en torno a la complejidad del instrumento: para los técnicos administrativos la informatización aumenta la equidad, mientras que entidades y expertos alertan sobre la pérdida de flexibilidad y la reducción de porcentajes reconocidos.

#### d. Equipos de orientación y valoración

Existe consenso en la necesidad de equipos multidisciplinares, bien formados y con perfiles diversificados. Los tres grupos coinciden en que la falta de formación específica, la escasez de profesionales y la alta rotación impactan negativamente en la calidad de las valoraciones. Como indica un técnico de entidad social, “el equipo es fundamental y debe conocer la enfermedad”; un experto externo añade que “se necesitan neuropsicólogos en los equipos”; y desde la administración se recalca que “la calidad depende críticamente de la formación específica”.

Las divergencias se localizan en la distribución de funciones: algunos técnicos defienden el liderazgo médico, mientras otros grupos promueven una mayor interdisciplinariedad con participación activa de psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

#### e. Rol de las entidades sociales

Los tres grupos reconocen el papel esencial de las entidades del tercer sector como mediadoras entre la ciudadanía y la administración. Se valora su capacidad para informar, acompañar y visibilizar, aunque desde la administración se advierte que la presión asociativa puede generar distorsiones en las expectativas y una sobrecarga del sistema. Un técnico de entidad afirma que “orientamos, hacemos simulacros de entrevistas y apoyo emocional”, mientras que desde la administración se señala que “las entidades funcionan como grupos de presión” y los expertos externos subrayan que “son puentes imprescindibles ante un sistema burocrático y poco comprensible”.

Las diferencias residen en el grado de reconocimiento formal y el alcance del rol reivindicativo de las asociaciones.

#### f. Brecha territorial o autonómica

Existe unanimidad entre los tres tipos de técnicos en reconocer una brecha territorial significativa en los tiempos, criterios y calidad de las valoraciones. Las comunidades autónomas presentan ritmos muy dispares: “en Madrid tardan más de dos años, en el País Vasco cuatro meses”, según testimonios de entidades. Desde la administración se destaca que “la brecha territorial es evidente por diferencias de recursos y formación”, mientras que los expertos externos denuncian la falta de protocolos unificados.

No se observan divergencias sustanciales en el diagnóstico del problema, aunque sí en las soluciones: unos abogan por homogeneizar criterios estatales, mientras otros priorizan reforzar los recursos autonómicos.

#### g. Limitaciones del procedimiento actual

La lentitud, la burocracia, la falta de personal y la sobrecarga son identificadas unánimemente como las principales limitaciones del sistema. Los tres grupos coinciden en que estas deficiencias afectan a la equidad y la eficacia de las valoraciones. Las entidades describen “un sistema lento, frustrante y precario”; la administración reconoce “listas de espera brutales”; y los expertos añaden que “falta formación especializada y sensibilidad hacia síntomas invisibles”.

Las divergencias apuntan al origen del problema: la administración lo atribuye a la demanda social y a la falta de filtros en las solicitudes, mientras entidades y expertos enfatizan las carencias estructurales y de gestión.

#### h. Esclerosis Múltiple: caso paradigmático

Los tres grupos coinciden en que la Esclerosis Múltiple representa el paradigma de las dificultades para valorar enfermedades fluctuantes e invisibles. Se reconocen avances con la inclusión de síntomas como fatiga y deterioro cognitivo, pero su reflejo práctico es aún insuficiente. Como se señala, “la Esclerosis Múltiple es la enfermedad de las mil caras y muy difícil de baremar”. Desde la administración se aprecia el intento de “valorar los brotes y su frecuencia”, pero se constata que muchas personas no alcanzan el 33% pese a limitaciones reales. Los expertos coinciden en la necesidad de “protocolos específicos y uniformes para enfermedades fluctuantes”.

Las divergencias radican en el grado de mejora percibido: algunos técnicos ven progresos notables, mientras otros sostienen que la aplicación sigue sin captar la variabilidad clínica y el impacto social de la Esclerosis Múltiple.

Resumidamente, el cambio legislativo representado por el Real Decreto 888/2022 constituye un hito normativo fundamental que rompe con el paradigma biomédico-clínico tradicional, para acoger un enfoque biopsicosocial integral. Esta transformación está vinculada a los estándares internacionales como la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS y la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta evolución normativa implica un reconocimiento profundo de la discapacidad como resultado no solo de la condición médica, sino de la interacción dinámica con el entorno físico, social y actitudinal, incorporando dimensiones vinculadas a la participación y a las barreras contextuales que limitan el ejercicio pleno de derechos.

La reforma normativa también se materializa en la modernización del procedimiento de valoración, con la profesionalización y multidisciplinariedad de los equipos evaluadores, el establecimiento de un plazo máximo legal de seis meses para la resolución, y la introducción de mecanismos para la tramitación urgente en casos de especial vulnerabilidad. Estas innovaciones representan avances sustanciales para

garantizar la agilidad, la homogeneidad y la equidad en la valoración del grado de discapacidad en todo el territorio nacional.

No obstante, el análisis crítico revela que las mejoras normativas aún enfrentan importantes barreras en su aplicación práctica. Los procesos administrativos continúan siendo percibidos por técnicos y profesionales como burocráticos, complejos y lentos, lo que afecta directamente a la trayectoria y vida cotidiana de las personas usuarias. Por otro lado, la heterogeneidad territorial y la insuficiente formación y recursos técnicos generan desigualdades y dificultades para la implementación homogénea del modelo biopsicosocial. Además, los colectivos con enfermedades fluctuantes, como la Esclerosis Múltiple, siguen sufriendo limitaciones para obtener un reconocimiento adecuado y dinámico, lo que refleja la necesidad de consolidar mecanismos de valoración que contemplen la variabilidad clínica.

En suma, la nueva ley supone un cambio paradigmático y conceptual que dota al sistema español de valoración de la discapacidad de una base más justa, humanista y alineada con los derechos humanos. Sin embargo, su impacto positivo dependerá decisivamente de la capacidad para superar las dificultades operativas, garantizar la formación adecuada de los equipos multiprofesionales y conseguir la plena integración de criterios técnicos y sociales en la valoración. La garantía plena de los derechos de las personas con discapacidad exige, más allá del marco normativo, un compromiso sostenido con la equidad, la universalidad y la inclusión efectiva en todas las fases del reconocimiento.

### *7.1.3 Conclusiones del análisis de contenido digital autonómico*

La comparativa autonómica, al evaluar los aspectos digitales y los contenidos web del procedimiento, establece que la implementación tecnológica presenta fallos importantes que socavan la transparencia y la uniformidad. Cabe recordar que, las fuentes de análisis han sido principalmente las sedes electrónicas o portales de las administraciones autonómicas y las webs, o apartado web, del listado de centros de valoración.

En cuanto a los hallazgos se destacan los siguiente tres ejes fundamentales:

1. *Inconsistencia en la información pública.* Se observan variaciones significativas en la calidad, claridad y accesibilidad de la información proporcionada por las distintas comunidades autónomas sobre el nuevo baremo. Esta inconsistencia genera incertidumbre y desigualdad informativa para los ciudadanos.
2. *Brecha digital en la tramitación.* A pesar de que la normativa promueve un procedimiento digital eficiente, se constata una brecha en la operatividad de las plataformas autonómicas. Las diferencias en la usabilidad y la integración de sistemas (incluyendo el BAREDI) se traducen en disparidades en los tiempos de tramitación y gestión.
3. *Falta de estandarización de recursos digitales.* La ausencia de una plataforma digital unificada y estandarizada para todo el territorio nacional obliga a los usuarios a navegar por recursos digitales heterogéneos y a menudo desactualizados. Esta falta

de uniformidad digital refuerza la brecha territorial en la experiencia administrativa de los solicitantes.

Otro aspecto contemplado es la consideración de puntos fuertes y puntos débiles del sistema nacional en su conjunto, del que a modo de síntesis se destacan los siguientes, con alusiones concretas a las autonomías que los refieren.

#### A) Puntos fuertes

- Implementación generalizada de canales de contacto actualizados y accesibles en la mayoría de las comunidades autónomas, destacando Aragón, Cataluña, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Baleares.
- Mejora progresiva en la calidad de la información ofrecida al ciudadano, con portales más transparentes y completos en territorios del eje mediterráneo y norte de España.
- Existencia de comunidades con propuestas avanzadas de tramitación electrónica y de revisión del grado de discapacidad (Cataluña, Aragón, Baleares y Comunidad Valenciana).
- Mayor digitalización y apoyo técnico en territorios como Aragón, Castilla y León o País Vasco, lo que favorece la eficiencia y la fiabilidad administrativa.

#### B) Puntos débiles

- Escaso desarrollo de los apartados de accesibilidad digital adaptada a la discapacidad en casi todas las comunidades; siendo un hallazgo especialmente crítico considerando el público beneficiario.
- Elevada ausencia de tramitación urgente (salvo Baleares) y bajo nivel de automatización en revisiones del grado de discapacidad.
- Escasa homogeneidad interterritorial: las diferencias entre comunidades pueden condicionar el acceso equitativo al reconocimiento de la discapacidad.
- Brechas informativas significativas en regiones periféricas (Murcia, Canarias, Cantabria) y baja frecuencia de actualización de los contenidos digitales.

Por otro lado, se pueden realizar una síntesis cuantitativa de cada una de las dimensiones analizadas, aludiendo a su distribución por autonomías.

1. *Atención y canales de comunicación.* Es la dimensión más valorada, su relevancia se debe a una buena disposición de canales de contacto para el trámite, con una valoración total de 31 puntos con respecto a los 36 potenciales (31/36). Este resultado indica que la mayoría de las comunidades autónomas cuentan con los distintos canales de contacto; junto a un nivel medio en la actualización de la información y acceso al trámite (24/36). Por su parte, la información adicional de interés es el indicador con mayor necesidad de mejora. En cuanto a las diferencias territoriales, las comunidades de Asturias, Canarias y Madrid tienen una cobertura y eficacia de los canales más deficitarios.

2. *Calidad informativa.* Esta calidad es aceptable, con una valoración media en líneas generales, aunque presenta cierta heterogeneidad entre sus indicadores. La alta calidad se sustenta en el nivel de desarrollo de la información y la información relativa de los centros de valoración (24-25/36). No obstante, la información técnica de los equipos de valoración es más deficitaria (5/36). Entre autonomías, si la información básica es adecuada, en la mayoría el margen de mejora en aspectos concretos sobre los equipos de valoración es muy notable, destacando un nivel algo mejor en Castilla y León, Asturias y La Rioja.
3. *Accesibilidad y apoyos a la tramitación.* Esta dimensión ostenta una posición intermedia; principalmente, debido a una buena disposición de las herramientas de apoyo técnico (27/36). En contraposición, la ayuda en la tramitación y la accesibilidad adaptada a la discapacidad es muy mejorable (12-11/36). Por su parte, Aragón y la Comunidad Valenciana destacan por ofrecer apoyos sólidos.
4. *Adaptabilidad y agilidad del trámite.* Con un nivel bajo de desarrollo, esta dimensión presenta una notable debilidad en la capacidad de adaptar los procesos y la rapidez de resolución, muy especialmente en la información del trámite por urgencia (2/36). En cuanto al nivel territorial, en casi todas las comunidades autónomas esta cuestión requiere ser objeto de una gran mejora, a excepción de Baleares, donde se obtiene la puntuación máxima. Este escenario sugiere que se trata de un problema estructural más que de una diferencia meramente contextual.

Finalmente, se muestra la distribución del posicionamiento autonómico desde el grado considerado alto-medio-bajo y en relación con la valoración autonómica.

- *Autonomías mejor valoradas:* Aragón (15 puntos), Cataluña (14), Castilla y León (13), Comunidad Valenciana (13) y Baleares (12). Estas muestran equilibrio entre información, apoyo técnico y canales digitales.
- *Autonomías en posición media:* Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid, País Vasco y Galicia (entre 11 y 10 puntos). Aportan buena base digital, aunque con lagunas en accesibilidad e inmediatez.
- *Autonomías peor valoradas:* Navarra, Canarias, Murcia y Cantabria (entre 8 y 6 puntos). Reflejan deficiencias severas en accesibilidad, actualización y disponibilidad de información sobre el procedimiento.

Por otro lado, en el análisis autonómico del procedimiento de valoración de la discapacidad, se han identificado las buenas prácticas autonómicas.

- Aragón: modelo referencial de atención y comunicación institucional con transparencia informativa y herramientas de apoyo efectivas.
- Cataluña: equilibrio generalizado entre comunicación, información y gestión de la revisión del grado de discapacidad.
- Castilla y León: ejemplo de accesibilidad y equipamiento técnico orientado a la inclusión digital.

- Baleares: única comunidad con tramitación urgente implementada, constituyendo una práctica de agilidad administrativa.
- Comunidad Valenciana: buena combinación entre comunicación ciudadana y soporte técnico, con procedimientos de revisión disponibles.

#### 7.1.4. Síntesis de conclusiones preliminares

Los tres primeros subapartados de este capítulo (7.1.1, 7.1.2 y 7.1.3) exponen los principales hallazgos de la fase diagnóstica, construida a partir de una estrategia de triangulación metodológica que combina el rigor del dato con la profundidad de la percepción experta. De forma conjunta, las conclusiones revelan un patrón complejo: el avance normativo del Real Decreto 888/2022, enfocado en el modelo biopsicosocial, se ve desafiado por importantes fricciones en su ejecución práctica, afectando la equidad y la plena adaptación al nuevo paradigma. A continuación, se sintetizan esas conclusiones preliminares.

##### A) Desafíos metodológicos y fragmentación estadística.

El análisis cuantitativo inicial (7.1.1) subraya que la aspiración a un sistema de valoración basado en la CIF se encuentra limitada por la fragmentación metodológica de las fuentes estadísticas. La coexistencia de bases de datos con distintos enfoques (IMSERSO, EDAD, ECV) y diferentes criterios de medición provoca una acusada disparidad en la estimación de la prevalencia real de la discapacidad. Se concluye que el sistema estadístico opera aún con un anclaje en la medición de la deficiencia, incapaz de reflejar de manera uniforme y precisa la dimensión de la actividad y la participación, pilares de la CIF. Para que la plena adhesión al enfoque biopsicosocial sea efectiva, resulta imprescindible una revisión urgente de los indicadores para lograr la armonización y comparabilidad de los datos a nivel nacional e internacional.

##### B) Divergencia en la aplicación de la nueva normativa y rigidez operativa.

Las conclusiones cualitativas (7.1.2), respaldadas por fuentes secundarias y la voz de los agentes clave, demuestran la tensión inherente entre el diseño normativo y la realidad operativa. Los obstáculos identificados se articulan principalmente en la dificultad de valorar las dimensiones complejas e invisibles de la discapacidad, un factor crítico en patologías neurodegenerativas como la Esclerosis Múltiple. Los hallazgos confirman:

- *Insuficiente integración del modelo biopsicosocial en BAREDI*: El software BAREDI, herramienta central para la valoración, es percibido como excesivamente rígido. Esta rigidez impide a los equipos técnicos la integración flexible y necesaria de los factores contextuales y ambientales (elementos esenciales de la perspectiva biopsicosocial), lo que limita el carácter holístico del proceso de valoración.
- *Invisibilidad de síntomas*: Se mantiene una dificultad persistente para reconocer y cuantificar el impacto real de síntomas no evidentes (fatiga, dolor crónico, deterioro cognitivo), lo que conduce a un riesgo tangible de infrarreconocimiento del grado de discapacidad para ciertos colectivos.

- *Déficit formativo y homogeneidad*: Se evidencia una necesidad imperiosa de formación específica y estandarizada para los equipos de valoración, no solo para manejar el nuevo software, sino, fundamentalmente, para interiorizar el paradigma biopsicosocial y manejar las especificidades de las enfermedades fluctuantes.

### C) Brechas autonómicas en el contenido digital del procedimiento.

Las conclusiones evidencian una profunda asimetría territorial en la configuración digital de los procedimientos administrativos relacionados con la discapacidad en España. Desde un enfoque comparativo y cuantitativo, se demuestra que la capacidad institucional para garantizar una atención equitativa, accesible y eficiente continúa fuertemente condicionada por la comunidad autónoma de residencia. Esta desigualdad revela una brecha estructural que trasciende lo técnico, afectando dimensiones esenciales del ejercicio de derechos y del principio de igualdad territorial. En relación con este análisis, se pueden destacar los siguientes aspectos:

- La calidad informativa y la accesibilidad de los portales autonómicos de valoración de la discapacidad presentan un desarrollo medio-bajo, con amplias diferencias entre territorios. Si bien algunas regiones, como Aragón, Cataluña y Castilla y León, alcanzan niveles de consolidación técnica y transparencia destacables; otras regiones, como Cantabria, Murcia o Canarias, mantienen estructuras digitales deficitarias y un bajo nivel de actualización. Esta disparidad genera una brecha digital que, como apunta la literatura reciente, afecta directamente la autonomía personal, la equidad en la gestión pública y la confianza institucional.
- El análisis de indicadores revela la persistencia de déficits notables en tres ámbitos clave: la accesibilidad adaptada a distintos tipos de discapacidad, la disponibilidad de apoyos técnicos y la adaptabilidad del trámite ante situaciones urgentes o de revisión del grado de discapacidad. Estos hallazgos se alinean con estudios nacionales sobre accesibilidad digital que advierten que solo una de cada cuatro webs públicas en España cumple íntegramente los estándares del marco normativo UNE-EN 301549 y de la *European Accessibility Act*. En este sentido, la investigación reafirma la necesidad de un modelo estatal de interoperabilidad que homogeneice los mínimos de accesibilidad, garantizando el respeto al derecho a una administración inclusiva, universal y eficaz.
- Los resultados obtenidos destacan que la brecha digital asociada a la discapacidad no puede entenderse únicamente como un problema tecnológico, sino también social, educativo y estructural. Tal y como identifica la evidencia empírica más reciente, la exclusión digital reduce la capacidad de participación y acentúa la dependencia institucional, especialmente entre personas con discapacidad intelectual, psicosocial o sensorial. La insuficiente adaptación de las plataformas digitales a la diversidad funcional se convierte así en una manifestación contemporánea de desigualdad, contraria a los principios de accesibilidad universal y diseño para todos recogidos en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Se evidencia que la dimensión accesibilidad y apoyos a la tramitación, una de las dimensiones evaluadas más negativamente, refleja la escasa implantación de prácticas de inclusión digital activa. La limitada presencia de recursos de asistente digital, interfaces compatibles con lectores de pantalla o formularios accesibles muestra que, la digitalización institucional se ha desarrollado más desde la perspectiva administrativa que desde una concepción inclusiva.
- Finalmente, se señala que la transformación digital de la administración pública en materia de discapacidad solo será plenamente efectiva si se acompaña de un marco de gobernanza cooperativa. Ello implica diseñar mecanismos de coordinación interterritorial, establecer criterios de evaluación comunes y promover auditorías anuales de accesibilidad y calidad informativa. La consolidación de una red estatal de observatorios autonómicos de accesibilidad digital podría representar un paso estratégico hacia la igualdad sustantiva en el ejercicio de derechos sociales. Desde una visión holística, este análisis reafirma que la digitalización accesible no constituye únicamente un logro técnico, sino una obligación ética y política inseparable del concepto contemporáneo de ciudadanía plena.

En síntesis, desde una perspectiva integradora y complementaria de los diferentes análisis efectuados, nuestro estudio concluye que la implementación del Real Decreto 888/2022 se encuentra en una fase de consolidación donde los retos operativos, estructurales y tecnológicos prevalecen sobre el avance teórico. El análisis cuantitativo y la evaluación digital-tecnológica ofrecen la evidencia objetiva de la desigualdad (fragmentación estadística, heterogeneidad digital y demoras), mientras que el análisis cualitativo aporta la explicación causal, señalando la rigidez del software, la falta de protocolos para la complejidad sintomática y la necesidad de formación especializada. Esta convergencia diagnóstica (cuantitativo/qué, cualitativo/por qué y digital/cómo) constituye la base fundamental para el desarrollo de las acciones de mejora.

## **7.2. Propuestas**

Tras los diferentes análisis realizados se han destacado una serie de propuestas de actuación complementarias, las cuales se han estructurado en tres tipos: generales, relacionadas con la brecha territorial y las vinculadas de forma específica con la Esclerosis Múltiple.

### *7.2.1. Propuestas generales*

Las propuestas generales derivadas del análisis apuntan a la necesidad de consolidar un modelo de valoración verdaderamente biopsicosocial, transparente y homogéneo, que garantice tanto la objetividad técnica como la sensibilidad hacia las realidades individuales. Para ello se proponen las siguientes medidas:

- *Revisión periódica y participada del marco normativo.* Establecer revisiones cada cinco años del baremo de discapacidad, con participación de entidades representativas, profesionales y usuarios, a fin de mantener la coherencia con los avances clínicos y sociales.

- *Cumplimiento y transparencia en la gestión.* Asegurar el respeto efectivo de los plazos de valoración y reconocimiento mediante mecanismos de control y seguimiento público que refuercen la rendición de cuentas y la equidad territorial.
- *Coordinación sociosanitaria y atención integral.* Reforzar la colaboración entre sanidad, servicios sociales y empleo para mejorar la atención de las personas con discapacidades crónicas o múltiples.
- *Participación y cogobernanza.* Impulsar una mayor implicación directa de las personas con discapacidad en los órganos de decisión, evaluación y diseño de las políticas que les afectan.
- *Simplificación administrativa y refuerzo de la interoperabilidad digital.* Unificar plataformas telemáticas de registro, seguimiento y comunicación con los solicitantes. La digitalización debe facilitar la transparencia y el acceso, no incrementar la burocracia.
- *Fortalecimiento y profesionalización de los equipos de valoración.* Incrementar la dotación de personal y asegurar una formación continua acreditada en el modelo biopsicosocial, incluyendo aspectos psicosociales, cognitivos y contextuales.
- *Reconocimiento de los informes externos especializados.* Garantizar la vinculación parcial o plena de los informes emitidos por profesionales colegiados y entidades especializadas, integrándolos en la evaluación oficial para aumentar la calidad y coherencia de las decisiones.
- *Creación de un sistema de calidad y auditoría permanente.* Implementar evaluaciones externas periódicas sobre la consistencia de los procesos de valoración, incluyendo indicadores de tiempo, equidad, transparencia y satisfacción de usuarios.
- *Comunicación y educación social.* Promover campañas informativas sobre el sentido del baremo, los derechos asociados y el funcionamiento del sistema, para reducir expectativas erróneas y fomentar una relación más colaborativa entre administración y ciudadanía.

### *7.2.2. Propuestas relacionadas con la brecha territorial*

La brecha territorial constituye uno de los principales retos de equidad del sistema. Las diferencias en tiempos de resolución, criterios de valoración y dotación de recursos atentan contra la igualdad de derechos. Para reducir estas desigualdades se proponen las siguientes acciones:

- *Homogeneización normativa y operativa.* Establecer directrices estatales de obligado cumplimiento que aseguren criterios comunes de valoración y plazos máximos, preservando la autonomía organizativa, pero garantizando la igualdad de trato.
- *Creación de un Observatorio Estatal de Equidad Territorial.* Un órgano técnico interadministrativo que recopile, analice y publique indicadores comparativos sobre tiempos de tramitación, recursos y resultados de las valoraciones. Además, se

encargaría de promover buenas prácticas y de realizar estudios específicos sobre grupos vulnerables, como las personas con Esclerosis Múltiple

- *Refuerzo de recursos humanos y técnicos en regiones con demoras críticas.* Implementar planes extraordinarios de refuerzo, incluyendo la contratación temporal de equipos móviles y redistribución de expedientes entre territorios.
- *Formación descentralizada y programas de intercambio técnico.* Fomentar la rotación y el aprendizaje conjunto entre equipos de distintas comunidades para homogeneizar criterios interpretativos y reducir brechas profesionales.
- *Auditorías periódicas de equidad.* Establecer mecanismos anuales de control y rendición pública sobre diferencias territoriales, con compromisos de corrección medibles.
- *Atención prioritaria a zonas rurales y despobladas.* Potenciar la televaloración, entrevistas híbridas y servicios itinerantes para garantizar el acceso efectivo a la valoración en entornos rurales.

### *7.2.3. Propuestas relacionadas con la Esclerosis Múltiple*

La Esclerosis Múltiple concentra muchas de las limitaciones actuales del sistema, por su carácter fluctuante y la presencia de síntomas invisibles. Los tres grupos de técnicos coinciden en que constituye un caso prioritario para la adaptación metodológica y normativa. Se proponen las siguientes medidas específicas:

- *Desarrollo de un protocolo nacional específico para enfermedades fluctuantes.* Este instrumento debería incluir indicadores dinámicos que valoren la frecuencia e intensidad de brotes, la fatiga, el deterioro cognitivo y la afectación psicosocial.
- *Revisión continua de los casos reconocidos.* Implantar un sistema de revisión periódica flexible que permita ajustar el grado de discapacidad en función de la evolución clínica, sin penalizar las mejoras temporales.
- *Incorporación de escalas clínicas reconocidas.* Integrar en el baremo escalas como la del Estado de Incapacidad Ampliada de Kurtzke (EDSS) o instrumentos de valoración de fatiga y función cognitiva, ponderando su impacto en la vida diaria.
- *Reconocimiento de la dimensión cognitiva y emocional.* Garantizar que la valoración de la Esclerosis Múltiple contemple alteraciones cognitivas, de ánimo y fatiga mental, elementos determinantes para la autonomía personal.
- *Formación específica de los equipos técnicos.* Desarrollar módulos formativos sobre enfermedades neurológicas y fluctuantes, en colaboración con sociedades científicas y entidades especializadas.
- *Coordinación entre sistemas de discapacidad y dependencia.* Establecer comunicación automática entre ambos sistemas para evitar duplicidades y garantizar la continuidad de los apoyos.

- *Sensibilización social y laboral.* Promover acciones de sensibilización dirigidas a empleadores y servicios públicos para mejorar la comprensión de la naturaleza cambiante de la Esclerosis Múltiple y favorecer la inclusión efectiva en el ámbito laboral y social.

En definitiva, solo mediante un sistema cohesionado, accesible y plenamente alineado con el modelo biopsicosocial será posible garantizar una valoración de la discapacidad que sea verdaderamente justa, homogénea y sensible a la diversidad de trayectorias vitales.

Este compromiso resulta especialmente relevante para colectivos como las personas con Esclerosis Múltiple, cuyas manifestaciones fluctuantes y síntomas invisibles requieren procedimientos flexibles, equipos formados y herramientas capaces de reflejar adecuadamente su impacto real en la vida diaria.

La mejora del sistema exige reforzar la calidad y coherencia de la información, homogeneizar los procesos entre territorios y consolidar una digitalización inclusiva que no genere nuevas desigualdades. La transformación efectiva dependerá de la capacidad institucional para sostener un esfuerzo continuo por la equidad, la transparencia y la participación activa de las personas con discapacidad, avanzando hacia un modelo que no solo reconozca derechos, sino que permita ejercerlos en condiciones de igualdad efectiva.

**8.**

**Bibliografía**

## 8. Bibliografía

- Acevedo, A.; Cobo, M.D. y Martini, D. (2010). Baremos de valoración de deficiencias. Análisis comparativo. *Revista Ibermutua*.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2021). *Las ciudades como espacios de oportunidades para todos: Cómo construir espacios públicos para personas con discapacidad, niños y mayores*. Nora Libertun de Duren.
- Barton, L. (comp.) (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*. Ediciones Morata
- Cano, A., Díaz, E., Ferreira, M.A.V., Rodríguez, S. y Toboso, M. (2015). *Discapacidad y políticas públicas. La experiencia real de los jóvenes con discapacidad en España*. Los libros de la Catarata.
- CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) (2022a). *Propuestas de mejora en el procedimiento de valoración*. CERMI
- CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) (2022b). *Análisis del modelo social en la valoración de la discapacidad*. CERMI.
- CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) (2022c). *Análisis sobre la reforma del procedimiento de valoración de la discapacidad*. CERMI.
- CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) (2023). *Análisis del tiempo para obtener la valoración del grado de discapacidad en Comunidades y Ciudades Autónomas*. CERMI
- CERMI (Comité Español Representante de las Personas con discapacidad) (2017). *La Esclerosis Múltiple y sus barreras*. CERMI.
- COCEMFE (2024). *Informe preliminar. Irregularidades en la aplicación del baremo de discapacidad*. Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.
- COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica) (2025). *Guía básica RD 888/2022 para reconocimiento de la discapacidad*
- Colectivo IOE (2012). *Discapacidad e inclusión social*. Obra social la Caixa
- Comisión Europea (2020). Standardised key social variables. Implementing guidelines. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/equality-non-discrimination/methodology>.
- Díaz Velázquez, E. (2009). Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad. *Revista sociológica de pensamiento crítico*, 3 (2), 85-99.
- Díaz Velázquez, E. (2010): "Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad". *Política y Sociedad*, 47 (1): 115-135.
- EAPN (2025). El Estado de la Pobreza 2025. Las dianas de la pobreza: personas con discapacidad. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social-España.

- EME (Esclerosis Múltiple España) (2012). *Guía jurídica para la defensa de los derechos de las personas con Esclerosis Múltiple*. EME. Acceso: [esclerosismultiple.com/publicaciones/GUIA JURIDICA PcEM.pdf](https://esclerosismultiple.com/publicaciones/GUIA JURIDICA PcEM.pdf)
- EME (Esclerosis Múltiple España) (2022). *Valoración del nuevo baremo de discapacidad*. Madrid. <https://esclerosismultiple.com/valoracion-del-nuevo-baremo-de-discapacidad>
- Eurostat (2025). Population with disability. Statistics Explained. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population with disability](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_with_disability).
- FEDEMA (Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía) (2023). *La salud emocional*. FEDEMA.
- Ferrante, C. y Ferreira, M.A. (2010). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política y Sociedad*, 47 (1), 81-104.
- Ferreira, M.A (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 124, 141-174.
- Ferreira, M.A. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico metodológico. *Política y Sociedad*, 47 (1), 45-65.
- FEM (Fundación de Esclerosis Múltiple) (2025). El certificado y baremo de discapacidad en Esclerosis Múltiple: qué es y para qué sirve. FEM.
- Garvía, R. (1997). *En el País de los Ciegos: la ONCE desde una perspectiva sociológica*. Hacer.
- González, J. (2023). Nuevo procedimiento para la obtención del grado de discapacidad a raíz del Real Decreto 888/2022". *e-RIPS*, 8(2), 169–189.
- Hernández Milagro, M. A., Rodríguez García, G. T., y Gerona Galdame, P. (2008). *La discapacidad en España. Equipos de valoración y orientación (EVO). Prestaciones. Valoración de la discapacidad por disfunción del sistema musculoesquelético y nervioso*. *Rehabilitación*, 42(6), 276–286.
- Hernández Pedreño, M. (2010). *El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximaciones cuantitativas y cualitativas*. Editum.
- Huete, A. (2013). La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea. *Revista española de discapacidad*, I (2), 7-24.
- IDUS-US (Investigación de la Universidad de Sevilla) (2024). *Nuevo procedimiento para la obtención del grado de discapacidad*.
- IMSERSO (2004). I Plan Nacional de Accesibilidad, 2004-2012. IMSERSO.
- IMSERSO (2019–2023). Informes comparativos por comunidad autónoma. IMSERSO.

- IMSERSO (2021). Guía técnica para la aplicación del nuevo baremo de discapacidad. Madrid.
- IMSERSO (2022). *Aplicación del baremo BFCA en el entorno comunitario*. IMSERSO.
- IMSERSO (2023). *Análisis de la aplicación del RD 888/2022*. IMSERSO.
- IMSERSO (2024). *Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Informe a 31/12/2023*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMSERSO (2025). *Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Informe metodológico 2025*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INE (2022a). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia 2020 (EDAD 2020). Metodología*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2022b). Nota de prensa: *Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia (EDAD). Principales resultados. Año 2020*. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2024). El empleo de las personas con discapacidad. Explotación de la Encuesta de Población Activa y de la Base Estatal de Personas con Discapacidad. Metodología y descripción general de la operación. Instituto Nacional de Estadística.
- INE (2025). Encuesta de Condiciones de vida. Metodología. Instituto Nacional de Estadística.
- Jiménez Lara, A. (2007). Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes, en R. de Lorenzo García y L.C. Pérez Bueno (coords) *Tratado sobre discapacidad*. Thomson-Aranzadi.
- Jiménez Lara, A. (2023). La nueva regulación de la valoración de la discapacidad en España: avances y desafíos. *Revista Española de Discapacidad*, 11(1), 45-60.
- Kurtzke, J.F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 33(11), 1444-1452.
- Minguijón, J.; Penacho, A. y Pac, D. (2005). *Discapacidad y empleo*. Instituto Aragonés de Empleo.
- Ministerio de Derechos Sociales y Estrategia 2030. *Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030*. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). 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. Boletín Oficial del Estado, 289, de 03/12/2013. [BOE-A-2013-12632](#).
- OED (Observatorio Estatal de la Discapacidad) (2022). Indicadores sobre equidad territorial en el reconocimiento de la discapacidad. Madrid.

- OMS (Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. OMS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1980). *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Salud*. OMS.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1994). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. OMS.
- ONU (Organización Naciones Unidas) (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. ONU
- Padros Camino, L. (2023). *Incapacítame*. TuJubilación.org. Acceso: [https://tujubilacion.org/por-enfermedad/jubilacion-por-esclerosis-multiple/?utm\\_source=chatgpt.com](https://tujubilacion.org/por-enfermedad/jubilacion-por-esclerosis-multiple/?utm_source=chatgpt.com)
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad*. Diversitas.
- Pérez Bueno, L. C. (2023). *Discapacidad y derechos: reflexiones a propósito del RD 888/2022*. CERMI.
- Ramos, J. M. (2022). *Valoración del nuevo baremo de discapacidad*. Esclerosis Múltiple España. Madrid. Recuperado de <https://esclerosismultiple.com/valoracion-nuevo-baremo-discapacidad/>
- Ramos, P.; Cabos, M.; Montilla, L.; López, S.; Ramón, J. y Pueyo, S. (2024). Esclerosis múltiple. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5 (12).
- Raya, E.; Caparrós, N. y Peña, G.B. (2012). *Atención social a personas con discapacidad. Hacia un enfoque de Derechos Humanos*. Lumen-Humanitas.
- Rodríguez Ramos, M. (2023). El nuevo procedimiento para la obtención del grado de discapacidad. *Revista jurídica Colex*, (30), 50-52.
- Rodríguez Valiente, A. y Vázquez Sasot, A. (2024). "Evaluación del grado de discapacidad: un enfoque integral según el Real Decreto 888/2022". *Revista Medicina Clínica*, Vol. 163/1, e3-e7.
- Sáenz de Pipaón, I. y Larumbe, R. (2001). Programa de enfermedades neurodegenerativas. *Revista Anales Sis San Navarra*, 24 (3): 49-76.
- Sánchez, A.; Hernández, M. e Imbernón, M. (2016). Estrategias metodológicas para el estudio de la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 4 (I), 97-117.
- Sanmartín, J. y Serrano, J.M. (1998). *Historia antigua del Próximo Oriente. Mesopotamia y Egipto*. Akal.
- Santiago-Sáez, A.S. (2024). Las principales novedades del R.D. 888/2022, procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *Revista Española de Medicina Legal*, 50:1-2.
- Sen, A. K.; Freedom; Rationality and Social Choice (2000). *The Arrow Lectures and Other essays*. Oxford University Press.

Sociedad Española de Neurología, SEN. (2023). *Manual de práctica clínica en Esclerosis Múltiple, NMO y MOGAD*. Sociedad Española de Neurología. [https://www.sen.es/pdf/2023/GuiaEsclerosis\\_2023web.pdf](https://www.sen.es/pdf/2023/GuiaEsclerosis_2023web.pdf)

Somos pacientes (2021). *Reconocimiento del 33% de discapacidad en las enfermedades neurodegenerativas*. Somospaciente.org. Acceso: <https://www.somospacientes.com/noticias/al-dia/tratamientos/reconocimiento-del-33-de-discapacidad-en-las-enfermedades-neurodegenerativas/>

Valdés Pacheco, R. (Dir) (2017). *Conocer la Esclerosis Múltiple*. FEDEMA.

VINCIT (2022). Novedad Legal Vincit. Abogados y Asesores Legales. Disponible en <https://www.vincit.es/nuevo-baremo-discapacidad-2022-sustituye-rd-1971-1999/>)

## **ANÁLISIS DEL PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA. RELEVANCIA, DESAFÍOS Y CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.**

El estudio analiza el procedimiento de valoración de la discapacidad en España, con especial atención a su impacto en las personas con Esclerosis Múltiple. Parte de una introducción contextual que subraya la relevancia del reconocimiento de la discapacidad como elemento clave para la inclusión social y el acceso a derechos. En el marco teórico, se exploran los referentes conceptuales sobre discapacidad e inclusión, así como la situación de vulnerabilidad sanitaria y social que afecta a las personas con Esclerosis Múltiple.

Los objetivos y la metodología se orientan a evaluar críticamente el actual sistema de valoración, identificando sus fortalezas, debilidades y desigualdades territoriales, mediante la combinación de análisis estadístico, documental y la opinión de profesionales especializados.

El análisis cuantitativo examina la prevalencia de la discapacidad y los datos específicos sobre Esclerosis Múltiple en España. El bloque dedicado a la nueva ley de valoración de la discapacidad constituye el eje principal del estudio, donde se revisan las necesidades de reforma, la evolución normativa y las percepciones de los profesionales sobre la adecuación de los baremos, los equipos de valoración y el papel de las entidades sociales. Se pone de relieve la brecha territorial existente entre comunidades autónomas, tanto en la aplicación de normativas como en la equidad del acceso a recursos.

En todo el estudio se hace especial referencia a la Esclerosis Múltiple, en particular se analiza la insuficiencia de los baremos actuales para reflejar la variabilidad y progresión de la enfermedad, la falta de especialización técnica en los equipos evaluadores y la escasa coordinación interinstitucional. Desde la óptica jurídica y sociológica, estas limitaciones evidencian un déficit de adecuación del sistema al principio de igualdad material y al derecho a la inclusión social y sanitaria.

Finalmente, el estudio propone reformas orientadas a la homogeneización normativa, la digitalización de los procedimientos y la incorporación de criterios más dinámicos y biopsicosociales, con el propósito de garantizar un reconocimiento equitativo y ajustado a la realidad de las personas con Esclerosis Múltiple en todo el territorio español.

*El estudio ha sido realizado por un amplio equipo de investigadores e investigadoras integrados en el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia.*