A photograph of two children sitting on a balcony. The child on the left is wearing a white protective suit and a hairnet, and is seated in a wheelchair. The child on the right is wearing a pink sweater and is sitting on a folding chair. They are both looking at something in their hands. The balcony has a white railing and several decorative lamps. The background shows a clear sky and a distant landscape.

Estudio exploratorio de la prevalencia y características de la discapacidad en España

Informe de resultados



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



REAL
PATRONATO SOBRE
DISCAPACIDAD

Estudio exploratorio de la prevalencia y características de la discapacidad en España. Informe de resultados

Autoría

Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca



Equipo investigador

Laura García Domínguez (Investigadora Principal)

Miguel Ángel Verdugo

Virginia Aguayo

Laura Esteban

Coordinación

Carmen Márquez Vázquez

Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID)



Edita

Real Patronato sobre Discapacidad

<http://www.rpdiscapacidad.gob.es/>

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

<https://www.dsca.gob.es/>

Cuidado de la edición

Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID)

<http://www.cedid.es>

Serrano, 140 28006 MADRID

Tel. 91 745 24 49

cedid@cedid.es

Fecha de publicación

Mayo 2026

NIPO: 234-26-002-0

Catálogo de Publicaciones Oficiales de la Administración General del Estado:

<https://cpage.mpr.gob.es>

Reservados todos los derechos. El contenido de este documento es propiedad del Real Patronato sobre Discapacidad y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Se autoriza la visualización, impresión y descarga del documento solo y exclusivamente si no se realizan con fines comerciales o para su distribución, comunicación pública o transformación; si ninguno de los contenidos se modifica y siempre citando la fuente.

ÍNDICE

1. CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN.....	4
1.1. PROCESOS DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA	4
1.2. MARCOS ACTUALES DE COMPRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD	7
1.3. CAMBIOS NORMATIVOS EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA	13
1.4. IMPLICACIONES EN LAS VALORACIONES DE LA DISCAPACIDAD	15
2. PLANTEAMIENTO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	16
2.1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	17
3. METODOLOGÍA.....	18
3.1. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	18
3.2. CENTROS PARTICIPANTES	20
4. RESULTADOS.....	21
4.1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES.....	21
4.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SOLICITUDES	29
4.3. EL PROCESO DE VALORACIÓN	37
4.4. PERFILES DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA.....	44
4.5. EVOLUCIÓN DE LOS PERFILES DE DISCAPACIDAD EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS	82
4.6. RESUMEN DE RESULTADOS	85
5. RECOMENDACIONES.....	87
6. CONCLUSIONES.....	92
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
8. ANEXOS	96
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS. PRIMERA FASE	96
ANEXO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. SEGUNDA FASE	101
ANEXO 3. INFOGRAFÍA CON LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	102
ANEXO 4. INFOGRAFÍA CON LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.....	103
ANEXO 5. RESUMEN EJECUTIVO	104

1. CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

1.1. PROCESOS DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

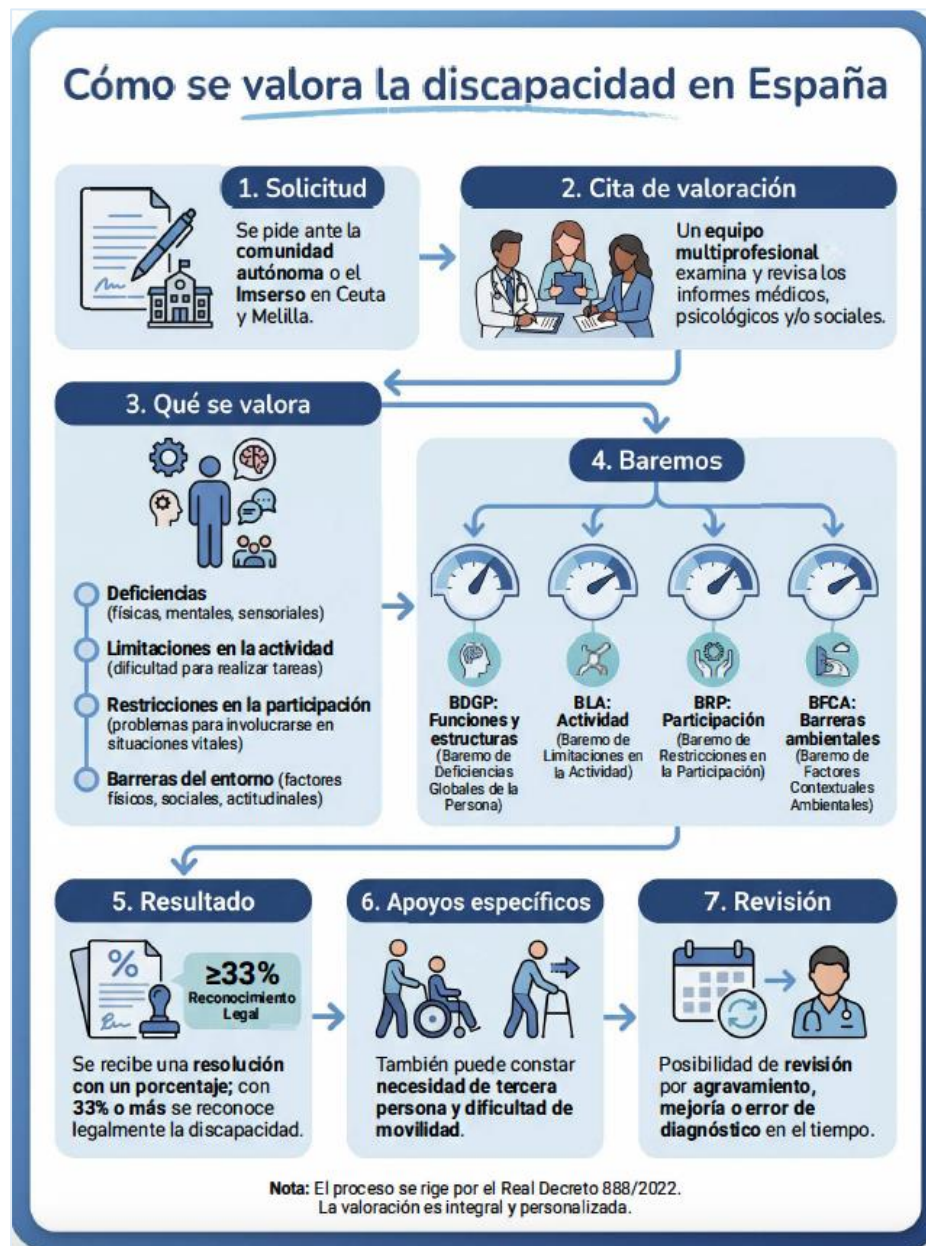
El reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad en España se lleva a cabo mediante un procedimiento administrativo de ámbito estatal que pretende asegurar criterios homogéneos en todo el territorio, aunque su gestión ordinaria esté descentralizada en las comunidades autónomas. En la actualidad, el marco regulador básico viene determinado por 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*, que deroga la normativa anterior e incorpora una concepción más alineada con el enfoque biopsicosocial de la discapacidad. De este modo, la valoración ya no se apoya exclusivamente en el diagnóstico médico o en la deficiencia orgánica, sino en una apreciación más amplia del funcionamiento de la persona, sus limitaciones en la actividad, sus restricciones en la participación y la influencia de los factores contextuales y ambientales. El propio Real Decreto establece expresamente que sus baremos toman como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), marco de referencia actual en el ámbito de la atención a la discapacidad.

En términos generales, el procedimiento de valoración de la discapacidad se inicia a instancia de la persona interesada, mediante solicitud presentada ante el órgano administrativo competente de la comunidad autónoma de residencia o, en el caso de Ceuta y Melilla, ante las direcciones territoriales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Esta solicitud puede formularse en cualquier momento y presentarse personalmente, por correo o a través de los medios admitidos por la legislación administrativa del territorio pertinente. Tras la presentación de la solicitud y la aportación de la documentación correspondiente, se activa la fase de valoración técnica, que constituye el núcleo del procedimiento (IMSERSO, s. f.). La valoración de la discapacidad es realizada por los equipos multiprofesionales de calificación y reconocimiento del grado de discapacidad, que son los órganos técnicos competentes en cada comunidad autónoma, y del IMSERSO en sus ámbitos territoriales. La norma dispone que los equipos estén integrados, al menos, por profesionales del área sanitaria y del área social con titulación universitaria o equivalente, lo que refleja el carácter interdisciplinar del proceso. Entre sus funciones se encuentran la valoración de la situación de discapacidad y la calificación de su grado, la revisión por agravamiento, mejoría o error material, la determinación de la necesidad de tercera persona para las actividades esenciales de la vida diaria, así como la apreciación de las dificultades de movilidad para utilizar transportes públicos colectivos. Asimismo, la evaluación debe realizarse previo examen de la persona interesada y en condiciones de accesibilidad universal, incluyendo los ajustes razonables necesarios. Además, la persona solicitante puede estar acompañada por alguien de su confianza durante el proceso si lo considera necesario (Real Decreto 888/2022).

Desde un punto de vista técnico, el procedimiento se concreta mediante la aplicación de baremos unificados, actualizados por la normativa estatal, con el fin de traducir la situación funcional de la persona en un porcentaje de discapacidad

oficialmente reconocido. La valoración se expresa, por tanto, en porcentaje, y ese resultado es el que permite determinar el acceso a determinados derechos, prestaciones y apoyos. La normativa establece, además, que a todos los efectos tienen la consideración de personas con discapacidad quienes tengan reconocido un grado igual o superior al 33 %. En términos descriptivos, las valoraciones se traducen en cinco niveles o grados funcionales —desde discapacidad nula hasta muy grave— para explicar de forma accesible cómo se ordenan las situaciones valoradas, aunque jurídicamente el reconocimiento relevante se plasma en un porcentaje administrativo (Ruiz, 2024). Una vez realizada la exploración, analizada la documentación y aplicados los baremos correspondientes, el equipo emite un dictamen-propuesta. A partir de este documento, la Administración competente dicta la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad. El Real Decreto establece que el reconocimiento se entiende producido desde la fecha de solicitud y que tiene validez en todo el territorio del Estado, lo que reviste especial importancia en un sistema descentralizado como el español. La resolución debe indicar, además, la fecha en la que podrá revisarse el grado reconocido en aquellos casos en los que sea procedente dicha revisión. La existencia de una base normativa común y de un sistema estatal de intercambio de información persigue precisamente reforzar la uniformidad técnica entre territorios y evitar desigualdades injustificadas en la valoración (Real Decreto 888/2022).

Figura 1. Proceso de valoración de la discapacidad en España



Fuente: elaboración propia.

Desde una perspectiva aplicada, de acuerdo con Ruiz (2024) el reconocimiento del grado de discapacidad no constituye un fin en sí mismo, sino la puerta de entrada a un conjunto amplio de derechos, beneficios y apoyos. Se destaca, entre otros, el acceso a medidas de fomento del empleo, adaptación del puesto de trabajo, adaptación de pruebas selectivas, apoyos educativos, prestaciones económicas y sociales, beneficios fiscales, tarjeta de estacionamiento, bonificaciones o reducciones en transporte y determinadas ayudas para accesibilidad, rehabilitación y productos de apoyo. Por ello, los procesos de valoración de la discapacidad tienen una clara relevancia no solo administrativa, sino también social, ya que condicionan el acceso efectivo a recursos destinados a compensar desventajas y promover la igualdad de oportunidades.

No obstante, aunque el procedimiento de valoración y los criterios generales son comunes en todo el territorio nacional, la organización concreta de los dispositivos de valoración presenta particularidades en cada comunidad autónoma. Estas diferencias muestran que el sistema español combina una homogeneidad normativa básica con una diversidad organizativa autonómica, especialmente visible en la denominación de los recursos, la distribución territorial de los equipos y los circuitos de acceso administrativo.

En este contexto, la existencia de un marco normativo común, junto con una implementación descentralizada y organizativamente diversa, plantea interrogantes relevantes sobre cómo se está materializando en la práctica el reconocimiento de la discapacidad en los distintos territorios. Aunque el Real Decreto 888/2022 establece criterios técnicos homogéneos y refuerza la incorporación de una perspectiva biopsicosocial, la aplicación concreta de estos criterios puede verse mediada por factores organizativos, disponibilidad de recursos, sistemas de información y prácticas profesionales específicas de cada comunidad autónoma. Esta combinación de homogeneidad normativa y variabilidad operativa hace necesario analizar de manera empírica cómo se está configurando actualmente la discapacidad reconocida en España. Esto resulta especialmente relevante en un contexto en el que el marco normativo ha avanzado hacia una comprensión biopsicosocial de la discapacidad, mientras que su aplicación práctica puede seguir mostrando inercias más vinculadas a una lógica de valoración centrada en la deficiencia.

Asimismo, el carácter administrativo del procedimiento de valoración implica que los datos generados por los propios sistemas de reconocimiento constituyen una fuente privilegiada para aproximarse a la realidad de la discapacidad en el momento presente. Sin embargo, la literatura disponible muestra una limitada actualización de esta información en términos de prevalencia, perfiles y tendencias recientes, especialmente en el contexto del cambio normativo introducido en 2022. En este sentido, resulta pertinente desarrollar estudios que, a partir de la información producida por los centros de valoración y de la experiencia de sus profesionales, permitan ofrecer una visión actualizada, contextualizada y territorialmente sensible de la discapacidad reconocida en España, contribuyendo así a mejorar la comprensión del sistema y a orientar la toma de decisiones en el ámbito de las políticas públicas y la planificación de apoyos.

1.2. MARCOS ACTUALES DE COMPRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Durante las últimas décadas, la comprensión de la discapacidad ha experimentado una transformación profunda, tanto en el plano conceptual como en sus implicaciones prácticas para la intervención, la investigación y la organización de los servicios. Este cambio ha ido acompañado de una mejora progresiva de las oportunidades de participación social, presencia en la comunidad y acceso a apoyos para las personas con discapacidad. En este proceso han desempeñado un papel decisivo los propios movimientos asociativos, las personas con discapacidad y sus familias, junto con profesionales, investigadores/as y entidades del tercer sector, que han contribuido a desplazar la comprensión de la discapacidad desde enfoques predominantemente médicos, centrados en el déficit individual, hacia perspectivas más

amplias de carácter psicosocial y de derechos, orientadas a la inclusión y a la igualdad de oportunidades (Buntinx y Schalock, 2010; ONU, 2006).

Este cambio de paradigma también se ha reflejado en el lenguaje. De forma creciente, se ha consolidado el uso de expresiones centradas en la persona, que sitúan a esta por delante de su condición o diagnóstico. Desde esta perspectiva, hablar de “persona con discapacidad” no constituye únicamente una cuestión terminológica, sino una manifestación de un modo de entender la discapacidad que reconoce la dignidad, la individualidad y los derechos de cada persona. En el ámbito de la discapacidad intelectual, por ejemplo, esta evolución ha supuesto el abandono de terminologías hoy consideradas inadecuadas o estigmatizantes, sustituidas por expresiones más respetuosas y coherentes con los desarrollos internacionales del campo. En términos más amplios, este cambio lingüístico es consistente con una concepción de la discapacidad que deja de reducirla a un rasgo individual y la interpreta como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno (Verdugo et al., 2012).

En este contexto, los marcos actuales de comprensión de la discapacidad pueden organizarse en torno a los siguientes referentes: el **enfoque de derechos**, el **modelo biopsicosocial del funcionamiento humano** y el **modelo de calidad de vida**. Lejos de ser perspectivas incompatibles, estos enfoques se complementan entre sí y permiten entender la discapacidad desde una visión más completa, multidimensional y orientada a resultados personales. Además, su relevancia no es únicamente teórica, ya que ofrecen criterios fundamentales para revisar cómo se diseñan y desarrollan los procesos de valoración de la discapacidad en la actualidad (Buntinx y Schalock, 2010; Schalock y Verdugo, 2012). La evolución desde modelos centrados exclusivamente en la deficiencia hacia modelos basados en funcionamiento, apoyos, participación y derechos también se observa en el desarrollo internacional de la CIF por parte de la OMS y en la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (en adelante, la Convención) (ONU, 2006).

1.2.1. EL ENFOQUE DE DERECHOS: LA CONVENCIÓN DE LA ONU COMO PUNTO DE INFLEXIÓN

Uno de los hitos fundamentales en la transformación contemporánea de la comprensión de la discapacidad ha sido la aprobación de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* por parte de Naciones Unidas en 2006. Se trata del primer instrumento internacional jurídicamente vinculante en materia de derechos humanos que reconoce expresamente a las personas con discapacidad como sujetos de pleno derecho y obliga a los Estados Parte a proteger y garantizar su ejercicio efectivo en condiciones de igualdad (ONU, 2006). La Convención representa, en este sentido, un cambio cualitativo con respecto a modelos previos de corte asistencial o rehabilitador, al desplazar el foco desde la protección pasiva hacia la ciudadanía plena, la no discriminación, la accesibilidad, la participación y la igualdad de oportunidades.

El artículo 1 de la Convención establece como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. Asimismo, sus principios generales incluyen el

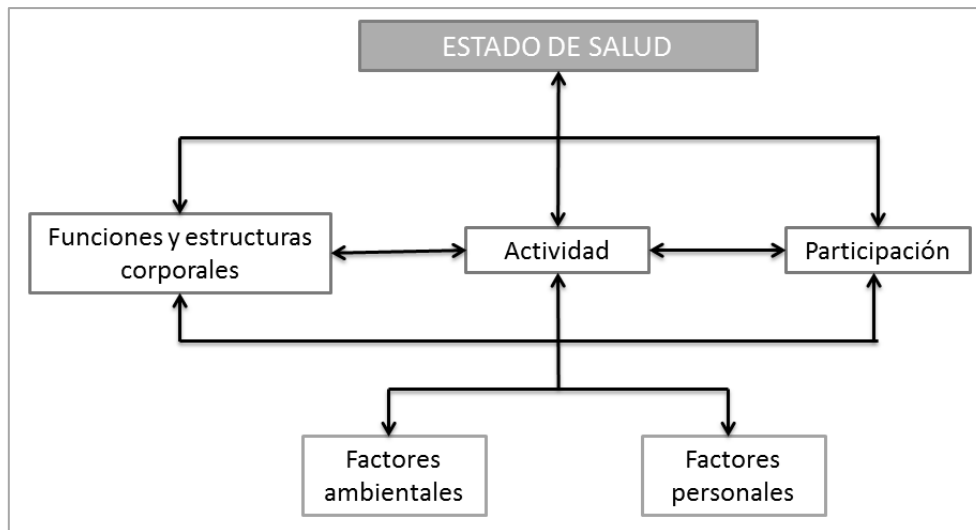
respeto por la dignidad, la autonomía individual, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades y la accesibilidad (ONU, 2006). Desde esta perspectiva, la discapacidad deja de ser entendida como una característica exclusivamente individual para situarse en la intersección entre condiciones personales y barreras sociales, jurídicas, físicas y actitudinales.

Este enfoque tiene consecuencias directas para la valoración de la discapacidad. Si la discapacidad se concibe desde un marco de derechos, los procesos de valoración no deberían limitarse a identificar déficits o limitaciones funcionales, sino que tendrían que incorporar también el análisis de las barreras del entorno, las necesidades de apoyo y las condiciones que favorecen o restringen la participación social. En otras palabras, valorar la discapacidad desde una perspectiva contemporánea implica ir más allá de una lectura exclusivamente clínica de la situación de la persona y considerar hasta qué punto el contexto facilita o dificulta el ejercicio efectivo de sus derechos. En esta línea, diversos autores/as han señalado la estrecha relación entre el contenido de la Convención y los modelos de calidad de vida y resultados personales, al considerar que estos ofrecen marcos operativos útiles para traducir en indicadores concretos los derechos reconocidos formalmente (Navas et al., 2012; Verdugo et al., 2012). La Convención define a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y subraya principios como dignidad, autonomía, no discriminación, participación e inclusión. Estos principios han sido utilizados en la literatura para replantear evaluación y apoyos desde una lógica de ciudadanía.

1.2.2. EL MODELO BIOPSIOSOCIAL Y LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

El segundo gran referente en los marcos actuales de comprensión de la discapacidad es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001. La CIF propone un modelo biopsicosocial del funcionamiento humano que supera la dicotomía tradicional entre modelos médicos y sociales, integrando en una misma estructura analítica tanto los componentes corporales como la actividad, la participación y los factores contextuales (OMS, 2001). Este modelo parte de la idea de que la discapacidad no puede comprenderse exclusivamente a partir de una enfermedad, trastorno o deficiencia, sino que debe analizarse como el resultado de la interacción entre la condición de salud de la persona y una serie de factores personales y ambientales. La CIF organiza el funcionamiento humano en torno a cinco grandes componentes: funciones corporales, estructuras corporales, actividad, participación y factores contextuales (OMS, 2001).

Figura 2. Interacción de los componentes de la CIF (OMS, 2001)



Fuente: elaboración propia.

Las **funciones corporales** aluden a las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales, mientras que las **estructuras corporales** hacen referencia a las partes anatómicas del organismo. Cuando en estas funciones o estructuras se producen alteraciones significativas, se habla de **deficiencias**. Por su parte, la **actividad** se refiere a la realización de tareas o acciones por parte del individuo, y las dificultades que pueden aparecer en su ejecución se denominan **limitaciones en la actividad**. La **participación** alude a la implicación de la persona en situaciones vitales, y los problemas que pueden surgir en este plano se conceptualizan como **restricciones en la participación**. Finalmente, los **factores ambientales** comprenden el entorno físico, social y actitudinal en el que vive la persona, pudiendo actuar como barreras o como facilitadores, mientras que los **factores personales** incluyen variables biográficas y vitales que también influyen en el funcionamiento, aunque la CIF no los clasifica formalmente (OMS, 2001).

La CIF ofrece un lenguaje común y un marco conceptual estandarizado para describir la salud y la discapacidad desde una perspectiva holística. Su relevancia para la valoración de la discapacidad es particularmente clara: si la discapacidad se entiende como una interacción entre condición de salud y contexto, los procesos de valoración deben contemplar no solo las deficiencias corporales, sino también las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación y el peso de los factores ambientales. Desde este punto de vista, la valoración de la discapacidad no debería reducirse a una medición del daño o del déficit, sino configurarse como un análisis más amplio del funcionamiento de la persona en contextos reales de vida. Precisamente por ello, la CIF ha tenido una influencia muy relevante en la evolución de los sistemas de valoración, al aportar una estructura conceptual más coherente con una comprensión contemporánea de la discapacidad. La OMS describe la CIF como un marco para medir salud y discapacidad a nivel individual y poblacional, y destaca la incorporación de los factores ambientales como parte del análisis del funcionamiento (OMS, 2001).

1.2.3. DEL FUNCIONAMIENTO A LOS APOYOS: UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LA DISCAPACIDAD

Los desarrollos conceptuales más recientes en el campo de la discapacidad intelectual y del desarrollo han insistido en que la discapacidad debe entenderse desde una lógica multidimensional e interactiva. En esta línea, Buntinx y Schalock (2010) sostienen que los modelos actuales de discapacidad, calidad de vida y apoyos individualizados ofrecen marcos de referencia complementarios para guiar la práctica profesional. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad no se diferencian del resto de la población por una categoría esencial o fija, sino por el grado de discrepancia que experimentan entre sus competencias personales y las demandas del entorno. Reducir esa discrepancia requiere identificar y proporcionar los apoyos necesarios.

Este planteamiento enlaza con formulaciones posteriores de carácter más integrador. Así, Schalock et al. (2018) proponen una aproximación holística a la discapacidad intelectual que articula cuatro perspectivas complementarias: la biomédica, la psicoeducativa, la sociocultural y la de justicia. La **perspectiva biomédica** remite a los factores genéticos, neurológicos o fisiológicos relacionados con la condición de salud; la **perspectiva psicoeducativa** pone el acento en el aprendizaje, la intervención conductual positiva y la educación; la **perspectiva sociocultural** subraya la importancia de la interacción entre la persona y su entorno; y la **perspectiva de justicia** enfatiza los derechos, la igualdad y la ciudadanía. En conjunto, este enfoque refuerza la idea de que ninguna valoración rigurosa de la discapacidad puede descansar exclusivamente en una sola dimensión de análisis.

Aplicado a los procesos de valoración, este marco implica que la identificación de la discapacidad debería acompañarse de una comprensión funcional y contextualizada de la situación de la persona. Dicho de otro modo, valorar no consiste únicamente en clasificar, sino también en generar conocimiento útil para orientar decisiones posteriores sobre apoyos, accesibilidad, participación y provisión de recursos. Esta es una de las principales fortalezas de los marcos contemporáneos: permiten vincular la valoración de la discapacidad con la planificación de intervenciones y con la mejora de resultados personales.

1.2.4. EL MODELO DE CALIDAD DE VIDA

Junto al enfoque de derechos y al modelo biopsicosocial, el tercer gran referente para comprender la discapacidad en la actualidad es el modelo de calidad de vida, particularmente desarrollado en el ámbito de la discapacidad intelectual y del desarrollo por Schalock y Verdugo. Este modelo ha adquirido una gran relevancia internacional al proporcionar un marco conceptual, evaluativo y aplicado para orientar políticas, prácticas profesionales y sistemas de apoyos centrados en la persona (Schalock y Verdugo, 2002, 2012).

Desde este enfoque, la calidad de vida se define como un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional, que incluye componentes objetivos y subjetivos, que presenta propiedades universales y culturales, y que está influido tanto por factores personales como ambientales (Schalock y Verdugo, 2002). Esta formulación

sitúa en el centro no solo la situación funcional de la persona, sino también sus oportunidades reales, sus preferencias, sus elecciones y sus resultados personales.

El modelo identifica ocho dimensiones básicas de calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Estas dimensiones permiten evaluar de forma estructurada aspectos fundamentales de la vida de la persona, no solo en términos de condiciones objetivas, sino también de satisfacción, participación y control personal. Además, el modelo plantea que la calidad de vida puede analizarse en distintos niveles del sistema: el **microsistema** (familia, hogar, grupo de iguales, trabajo), el **mesosistema** (servicios, organizaciones, comunidad) y el **macrosistema** (cultura, valores, políticas públicas y estructuras sociales) (Schalock y Verdugo, 2012).

La importancia de este modelo para la comprensión de la discapacidad es doble. Por una parte, ofrece una visión claramente centrada en la persona y en sus resultados vitales. Por otra, proporciona un puente entre los derechos reconocidos en la Convención (ONU, 2006) y su evaluación práctica en la vida cotidiana. Verdugo et al. (2012) han defendido precisamente que las dimensiones de calidad de vida permiten operacionalizar muchos de los derechos recogidos en la Convención, convirtiéndose así en una herramienta útil para valorar hasta qué punto estos derechos se materializan realmente en la experiencia de las personas con discapacidad.

Desde la perspectiva de los procesos de valoración de la discapacidad, el modelo de calidad de vida contribuye a desplazar el foco desde la simple determinación de un grado o porcentaje hacia una comprensión más amplia de cómo vive la persona, qué apoyos necesita, qué barreras encuentra y qué oportunidades efectivas tiene para desarrollar un proyecto de vida valioso. Aunque los procedimientos administrativos de reconocimiento de la discapacidad persigan finalidades específicas y deban ajustarse a criterios normativos, este modelo recuerda que la valoración adquiere pleno sentido cuando se conecta con la mejora de los resultados personales y con la promoción de una vida digna, autónoma e inclusiva. La literatura especializada ha vinculado explícitamente la calidad de vida con la operacionalización de derechos y con la evaluación de resultados personales, lo que refuerza su utilidad como marco interpretativo para orientar valoración, apoyos y planificación centrada en la persona.

1.2.5. APORTACIONES DE LOS MARCOS ACTUALES A LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

En conjunto, los marcos actuales de comprensión de la discapacidad comparten una misma orientación de fondo: superar visiones reduccionistas centradas exclusivamente en la deficiencia y avanzar hacia enfoques que integren funcionamiento, participación, contexto, apoyos, derechos y resultados personales. Esta evolución tiene implicaciones directas para los procesos de valoración de la discapacidad.

En primer lugar, la valoración debe basarse en una comprensión **multidimensional** de la situación de la persona, incorporando no solo información clínica, sino también elementos relativos a la actividad, la participación y los factores

ambientales. En segundo lugar, la valoración ha de ser **contextualizada**, es decir, sensible a las condiciones reales en las que la persona desarrolla su vida cotidiana. En tercer lugar, debe orientarse a identificar no solo limitaciones, sino también **necesidades de apoyo** y oportunidades de mejora en la participación y en el ejercicio de derechos. Finalmente, la valoración debería concebirse como una herramienta con utilidad práctica para la toma de decisiones, la planificación de apoyos y la promoción de la calidad de vida.

Por tanto, los marcos contemporáneos de comprensión de la discapacidad no solo han transformado la terminología o el lenguaje profesional, sino que han modificado de manera sustantiva la manera de entender qué significa llevar a cabo una valoración de discapacidad. En la actualidad, dicha valoración no puede considerarse adecuada si no tiene en cuenta que la discapacidad es una realidad relacional, contextual y dinámica, cuyo análisis exige integrar la perspectiva de derechos, el funcionamiento humano y los resultados personales en calidad de vida.

1.3. CAMBIOS NORMATIVOS EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

En España, los cambios en la comprensión de la discapacidad se han reflejado de manera progresiva en los modelos de atención y, de forma especialmente visible, en el modo en que se regula su reconocimiento administrativo. Esta evolución normativa muestra el paso desde un modelo más centrado en la deficiencia individual y en sus consecuencias funcionales hacia otro más alineado con el enfoque biopsicosocial y de derechos, aunque este tránsito no puede considerarse completamente cerrado. La aprobación del Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, supuso un punto de inflexión relevante, al derogar expresamente el **Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre**, e introducir un nuevo procedimiento de reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad adaptado a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

El modelo regulado por el Real Decreto 1971/1999 que operaba en España antes del cambio de normativa, respondía a una concepción que, aunque ya perseguía la uniformidad en la valoración en todo el territorio nacional, seguía anclada en categorías y lógicas hoy parcialmente superadas. Ya desde su propia terminología se aprecia esta distancia, pues la norma hablaba de “grado de minusvalía”, expresión coherente con una etapa normativa anterior al actual enfoque de derechos. El procedimiento se orientaba fundamentalmente al reconocimiento de un porcentaje a partir de la valoración de las discapacidades que presentaba la persona y, en su caso, de unos factores sociales complementarios relativos al entorno familiar y a la situación laboral, educativa y cultural. No obstante, dichos factores tenían un papel claramente accesorio: solo podían añadirse cuando la valoración de la discapacidad alcanzaba al menos el 25 %, y su suma no podía superar los 15 puntos. Esto revela que el núcleo del sistema seguía descansando, de forma predominante, en la afectación individual y en una lógica de graduación centrada en la limitación personal, mientras que el contexto social aparecía como complemento y no como dimensión estructural de la discapacidad. Asimismo, aunque el Real Decreto de 1999 ya contemplaba la intervención de órganos técnicos competentes y preveía el examen de la persona interesada, el modelo normativo no estaba construido todavía sobre una comprensión explícitamente

relacional de la discapacidad en los términos que posteriormente consolidarían la CIF y la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. En consecuencia, la valoración se orientaba, sobre todo, a determinar el grado de discapacidad con efectos prestacionales y de acceso a beneficios, pero sin incorporar de forma sistemática una evaluación diferenciada de la participación social, del desempeño en el entorno real o de las barreras ambientales como elementos constitutivos del propio fenómeno de la discapacidad.

Sin embargo, el **Real Decreto 888/2022** introdujo un cambio normativo de gran alcance al adaptar expresamente el procedimiento de valoración de la discapacidad a la CIF (OMS, 2001) y al reconocer que la discapacidad debe evaluarse teniendo en cuenta no solo las deficiencias, sino también las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación y, en su caso, los factores contextuales o barreras ambientales. El propio preámbulo de la norma justifica esta reforma por la necesidad de adecuar el sistema español al modelo biopsicosocial consolidado internacionalmente y al enfoque de derechos consagrado por la Convención (ONU, 2006). Desde un punto de vista técnico, el cambio más importante radica en que la nueva regulación abandona el esquema de baremos centrado en la discapacidad más factores sociales complementarios y establece una evaluación articulada en cuatro grandes constructos: deficiencia global de la persona (BDGP), limitaciones en la actividad (BLA), restricciones en la participación (BRP) y factores contextuales/barreras ambientales (BFCA). La evaluación final se expresa igualmente en porcentaje, pero dicho porcentaje se obtiene a partir de un modelo más complejo y estructurado, que pretende reflejar de manera más completa el funcionamiento de la persona en interacción con su entorno. La nueva norma incorpora varias garantías procedimentales coherentes con un enfoque más centrado en la persona. La evaluación debe realizarse en condiciones de accesibilidad universal, asegurándose de realizar los ajustes razonables que sean necesarios. Además, la persona solicitante puede estar acompañada por alguien de su confianza si así lo considera necesario. También se prevé, en determinadas circunstancias, la valoración no presencial o telemática y se reconoce expresamente el derecho de las personas menores de edad y de aquellas con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica a ser informadas, oídas y escuchadas. Por otra parte, se prevé la posibilidad de requerir la cooperación de organizaciones sociales de la discapacidad para informar, asistir o aportar conocimiento experto en cuestiones relacionadas con la valoración. En el plano organizativo, el Real Decreto mantiene la competencia de las comunidades autónomas, y del IMSERSO en Ceuta y Melilla, aunque refuerza la idea de un sistema común mediante la creación o consolidación de mecanismos de coordinación, formación y seguimiento. En este sentido, se regulan una comisión estatal de coordinación y seguimiento de la valoración del grado de discapacidad, un sistema de intercambio de información entre administraciones, un programa de formación específica para los equipos de evaluación y una previsión expresa de evaluación de resultados tras el primer año de aplicación del nuevo baremo.

Pese a la relevancia este cambio normativo introducido en 2022, el sistema español de valoración todavía puede interpretarse como un modelo en transición. La nueva regulación incorpora de forma mucho más clara el lenguaje y la arquitectura conceptual de la CIF, así como elementos coherentes con el enfoque de derechos. Sin embargo, sigue tratándose de un procedimiento administrativo de calificación

porcentual, orientado principalmente al reconocimiento formal de una situación jurídica que habilita el acceso a prestaciones, beneficios y apoyos. Por tanto, aunque la norma amplía el foco y mejora la consideración del contexto, no transforma por completo la lógica clasificatoria propia de los sistemas de reconocimiento administrativo. Esto se observa también en la propia metodología del baremo. El anexo I del Real Decreto 888/2022 establece, con carácter general, que el **criterio principal** para la inclusión en una clase de discapacidad será la **deficiencia global de la persona**, por considerarse el elemento más objetivo, fiable y permanente, mientras que la limitación en la actividad, el desempeño y los factores contextuales operan habitualmente como **criterios secundarios de ajuste**. Aunque la norma permite excepciones y reconoce el peso de la actividad, la participación y el entorno, el diseño técnico sigue otorgando una centralidad notable a la deficiencia corporal o funcional.

Desde una perspectiva estrictamente alineada con los modelos de derechos y calidad de vida, cabría esperar una integración aún más fuerte de la participación efectiva, los apoyos requeridos y los resultados personales en la vida cotidiana. En este sentido, puede afirmarse que el cambio normativo ha supuesto una actualización importante, pero no agota todas las exigencias derivadas de una comprensión plenamente contemporánea de la discapacidad. La incorporación de las barreras ambientales, del desempeño en el entorno real y de garantías de accesibilidad en el procedimiento representa un avance claro. Sin embargo, la valoración continúa orientada principalmente a determinar un grado reconocible administrativamente, más que a construir una evaluación integral centrada en el proyecto de vida, la autodeterminación o la calidad de vida de la persona. Por ello, la normativa vigente puede entenderse como un paso decisivo hacia el enfoque biopsicosocial y de derechos, aunque todavía dentro de un sistema de reconocimiento cuyo fin prioritario sigue siendo la calificación administrativa.

1.4. IMPLICACIONES EN LAS VALORACIONES DE LA DISCAPACIDAD

Los cambios normativos expuestos anteriormente tienen importantes implicaciones para los procesos vigentes de valoración de la discapacidad en nuestro país. En primer lugar, la evaluación de la discapacidad deja de centrarse exclusivamente en el déficit individual y pasa a exigir una mirada más amplia sobre el funcionamiento de la persona, sus actividades de la vida diaria, su participación social y las barreras del entorno. En segundo lugar, la valoración incorpora mayores garantías procedimentales vinculadas a la accesibilidad, la participación de la persona interesada y el respeto a sus derechos durante el proceso evaluador. En tercer lugar, la nueva regulación obliga a una mayor especialización técnica de los equipos multiprofesionales y a una aplicación más sistemática y coordinada de los baremos en todo el territorio.

En consecuencia, las valoraciones de discapacidad en España se sitúan hoy en un marco normativo más coherente con la idea de que la discapacidad no es únicamente una característica individual, sino el resultado de la interacción entre condiciones de salud, funcionamiento y contexto. No obstante, el reto pendiente sigue siendo profundizar en la traducción práctica de los modelos de derechos, apoyos y calidad de vida al propio núcleo del procedimiento valorativo, de modo que la valoración no solo determine un porcentaje, sino que contribuya también a comprender mejor las

necesidades de apoyo, las restricciones de participación y las condiciones necesarias para una vida en igualdad. En este sentido, una de las cuestiones centrales que se examinan en este informe es precisamente la distancia entre esta ampliación normativa del modelo y el peso que siguen teniendo, en la práctica, los componentes más ligados a la deficiencia en la determinación del grado.

2. PLANTEAMIENTO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

La presente investigación parte de la necesidad de disponer de una visión actualizada de la discapacidad en España, centrada especialmente en su prevalencia y en la identificación de las principales tendencias observadas durante la última década. En un contexto de transformación demográfica, social y normativa, resulta especialmente relevante contar con una “fotografía” reciente de la discapacidad que permita comprender mejor su magnitud, su distribución y su evolución, así como las características de las personas cuyo grado de discapacidad ha sido reconocido administrativamente. Esta necesidad adquiere una importancia particular en el momento actual, marcado por la entrada en vigor del nuevo marco normativo de valoración de la discapacidad, que introduce cambios significativos en la forma de reconocerla y clasificarla.

La relevancia del estudio se justifica, en primer lugar, por la necesidad de generar conocimiento actualizado sobre la situación de la discapacidad en España a partir de la información que producen los propios sistemas de reconocimiento administrativo. El análisis de la prevalencia de los distintos tipos de discapacidad y de sus cambios recientes permite aproximarse a la realidad actual desde una perspectiva aplicada y útil para la planificación. Más allá de ofrecer una descripción general de la discapacidad, esta investigación pretende aportar una aproximación actualizada a la realidad de las discapacidades reconocidas en España y enriquecer su interpretación mediante la percepción cualitativa de los y las profesionales de los centros, especialmente en relación con los cambios que, desde su experiencia, consideran que se han producido en los perfiles atendidos en los últimos años.

En segundo lugar, este estudio cobra especial sentido al situarse en el contexto del nuevo marco normativo de valoración de la discapacidad. La aprobación del Real Decreto 888/2022 ha supuesto una actualización sustancial del procedimiento de reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, incorporando una lógica más próxima a los modelos biopsicosociales y al enfoque de derechos. En este escenario, analizar la situación actual de la discapacidad no puede desligarse del sistema a través del cual esta es reconocida oficialmente. Por ello, la investigación se plantea no solo como un estudio descriptivo de prevalencias, sino como una aproximación a la realidad actual de la discapacidad tal y como esta está siendo identificada y registrada en el marco normativo vigente. Esto permite analizar, además, hasta qué punto el desplazamiento normativo hacia un modelo biopsicosocial se está traduciendo efectivamente en los perfiles reconocidos y en las prácticas de valoración, o si persiste todavía una centralidad predominante de la deficiencia en la lógica del reconocimiento administrativo. De este modo, la información obtenida permitirá interpretar las tendencias observadas teniendo en cuenta el contexto institucional y técnico en el que se produce el reconocimiento.

En tercer lugar, el estudio se considera relevante por su potencial para orientar políticas públicas y prácticas profesionales futuras. Disponer de una imagen actualizada de la discapacidad en España constituye una base imprescindible para la toma de decisiones en ámbitos como la planificación de recursos, la adecuación de los servicios, la respuesta a nuevas necesidades sociales y la revisión de procedimientos. La información sobre prevalencias, tipos de discapacidad, perfiles sociodemográficos y características del reconocimiento administrativo puede contribuir a mejorar el diseño de intervenciones públicas más ajustadas a la realidad actual, así como a identificar áreas en las que sea necesario reforzar la coordinación, la capacidad de respuesta o la adaptación de los dispositivos existentes.

Asimismo, la investigación incorpora una dimensión complementaria orientada a comprender mejor el funcionamiento del sistema de reconocimiento desde la experiencia de los y las profesionales responsables de los centros de valoración de las diferentes comunidades autónomas. Esta dimensión constituye un elemento de apoyo fundamental para interpretar adecuadamente los datos cuantitativos recogidos. Conocer cómo describen los y las profesionales los cambios observados en la demanda, los principales desafíos de los centros, las necesidades emergentes o los criterios organizativos que condicionan la atención permitirá contextualizar la información sobre prevalencia y enriquecer la lectura de los resultados. En este sentido, el estudio combina una mirada descriptiva sobre la realidad actual de la discapacidad con una aproximación cualitativa que ayuda a comprender mejor el marco institucional en el que esa realidad se registra y se gestiona. Desde esta perspectiva, el trabajo se estructura como una investigación exploratoria con metodología mixta, que será descrita en mayor medida en el apartado de metodología en este informe. La combinación de ambas estrategias permitirá construir una visión más completa de la discapacidad en España en el momento presente.

2.1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo general de este proyecto es analizar la realidad actual de la discapacidad en España mediante un estudio exploratorio de su prevalencia actual, con el fin de obtener una visión actualizada de sus tendencias y cambios recientes en los últimos 10 años. De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

1. Describir la situación actual de la discapacidad reconocida en España a partir de la información cuantitativa agregada recogida mediante cuestionario en los centros de valoración y orientación, atendiendo a variables sociodemográficas, tipos de discapacidad, características de las solicitudes y resultados de las valoraciones.
2. Explorar, a partir de entrevistas semiestructuradas con profesionales de los centros, las percepciones sobre los cambios observados en los perfiles de las personas atendidas en los últimos años, las necesidades emergentes y los principales desafíos asociados a los procesos de reconocimiento y atención a la discapacidad en España.
3. Formular recomendaciones orientadas a la mejora de los procesos de valoración y de la atención ofrecida a las personas con discapacidad en España, a partir de la integración de la información cuantitativa y cualitativa obtenida en el estudio.

En conjunto, esta investigación pretende ofrecer una imagen actualizada y contextualizada de la discapacidad en España, prestando especial atención a su prevalencia reciente y a las transformaciones observadas en los últimos años. Al mismo tiempo, sitúa ese análisis en el contexto del nuevo marco normativo de valoración, lo que permite interpretar los datos no de forma aislada, sino en relación con los cambios regulatorios e institucionales que afectan al modo en que la discapacidad es reconocida y registrada en la actualidad.

3. METODOLOGÍA

3.1. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Para dar respuesta a los objetivos del presente informe, se diseñó un procedimiento de recogida de datos orientado a obtener una visión amplia y territorialmente diversa de la realidad actual de la discapacidad en España. Dado que, aunque existe un marco normativo estatal común, la ejecución de los procesos de valoración y reconocimiento de la discapacidad corresponde a las comunidades autónomas, el estudio se articuló a partir del contacto con los órganos y centros competentes de los distintos territorios. Este planteamiento permitió acceder a información procedente de los dispositivos responsables de la gestión y aplicación de los procesos de valoración, con el fin de aproximarse a una muestra lo más representativa posible de la realidad del reconocimiento de la discapacidad en España.

La captación de participantes se inició mediante el envío, entre los meses de octubre y noviembre de 2025, de una **carta formal de invitación a participar en el estudio**, remitida por el Real Patronato sobre Discapacidad a las personas responsables de los centros y servicios de valoración de las distintas comunidades autónomas. En dicha comunicación se presentaban los objetivos generales del proyecto, se justificaba el interés de la participación de cada territorio y se solicitaba la designación de una persona de referencia para canalizar la colaboración en el estudio. Las confirmaciones de participación y los datos de contacto de las personas designadas fueron recibidos por la investigadora principal del equipo investigador, quien estableció a partir de ese momento la comunicación directa con cada territorio y coordinó el desarrollo de las distintas fases del trabajo de campo.

Una vez confirmada la participación, se remitió a cada persona responsable información más detallada sobre la estructura del estudio, las fases de recogida de información y las condiciones de participación. El diseño contempló **dos fases complementarias de recogida de datos**: una primera fase cuantitativa, basada en un cuestionario de elaboración propia, y una segunda fase cualitativa, basada en entrevistas semiestructuradas con profesionales conocedores/as de los procesos de valoración en cada territorio.

En la primera fase, la **recogida de información cuantitativa** se llevó a cabo entre los meses de noviembre de 2025 y marzo de 2026. Para ello, se elaboró un cuestionario específico a partir de los elementos recogidos en el Real Decreto 888/2022, con el objetivo de recopilar información agregada sobre la actividad valorativa desarrollada en los centros participantes o, en su caso, en el conjunto de la comunidad autónoma. Antes

de su difusión general, el cuestionario fue sometido a un proceso de pilotaje con una pequeña muestra de responsables de centros que mostraron su disposición inicial a participar en el estudio. A partir de las observaciones y sugerencias recibidas, se realizaron pequeños ajustes de redacción y contenido, tras lo cual se procedió a su distribución al resto de contactos territoriales. El cuestionario se administró en formato online y permitió recoger información agregada relativa, entre otros aspectos, al número de solicitudes tramitadas, al tipo de procedimiento o trámite realizado, al carácter del reconocimiento, a los porcentajes de discapacidad reconocidos y a otros elementos asociados al resultado de la valoración, como el reconocimiento de necesidad de tercera persona o de dificultades de movilidad. Asimismo, se solicitó información vinculada a las cuatro dimensiones contempladas en el baremo del nuevo marco normativo: baremo de deficiencia global de la persona (BDGP), baremo de limitaciones en la actividad (BLA), baremo de restricciones en la participación (BRP) y baremo de factores contextuales/barreras ambientales (BFCA). Dado el volumen y la complejidad de parte de la información solicitada, así como las dificultades de acceso a determinados datos y la sobrecarga laboral existente en algunos centros, el proceso de cumplimentación del cuestionario se desarrolló con flexibilidad.

La segunda fase de recogida de información consistió en la **realización de entrevistas semiestructuradas** online con profesionales de los distintos territorios. Para ello, una vez establecido el contacto inicial, se acordó con cada comunidad autónoma qué persona resultaba más adecuada para responder a la entrevista. Aunque en muchos casos la interlocución inicial se había realizado con responsables de centros o servicios, se ofreció la posibilidad de que estos designaran a otro/a profesional cuando considerasen que contaba con un conocimiento más directo o especializado sobre los temas objeto de estudio. Con el fin de facilitar esta decisión, se informaba previamente sobre los bloques temáticos que se abordarían en la entrevista. Las entrevistas se orientaron a profundizar en aspectos relativos al modo en que se desarrollan los procesos de valoración en cada comunidad autónoma, las medidas adoptadas para adaptarse a los requerimientos del Real Decreto 888/2022, las principales dificultades encontradas en su aplicación y las posibles mejoras que, desde la experiencia profesional, podrían implementarse para ofrecer una atención más adecuada a las personas que solicitan la valoración de la discapacidad. Asimismo, se incluyó un bloque específico sobre los cambios percibidos en el perfil de las personas solicitantes en los últimos diez años, con el fin de recoger conocimiento experto sobre posibles tendencias emergentes. Finalmente, se exploró también la percepción de los y las profesionales sobre si el nuevo Real Decreto permite identificar con mayor claridad situaciones o realidades que la normativa anterior recogía de forma insuficiente.

En conjunto, este procedimiento de recogida de datos permitió combinar una aproximación cuantitativa, centrada en la recopilación de información agregada sobre la discapacidad reconocida, con una aproximación cualitativa orientada a contextualizar e interpretar dicha información a partir de la experiencia de los y las profesionales de los centros de valoración. La articulación de ambas fases ha proporcionado una base empírica útil para analizar la situación actual de la discapacidad en España en el contexto del nuevo marco normativo de valoración.

3.2. CENTROS PARTICIPANTES

En el estudio participaron **un total de 15 comunidades autónomas** del territorio español. Aunque no fue posible contar con la participación de la totalidad de los territorios inicialmente contactados, en varios casos se recibió una respuesta de interés que, finalmente, no pudo materializarse debido al volumen de trabajo y a las obligaciones concurrentes de los servicios en el momento de realización del estudio. Aun así, se agradece expresamente la disposición mostrada por todos los territorios contactados, con independencia de que su participación pudiera o no concretarse.

Tras el establecimiento de los contactos oportunos con las personas que respondieron a la carta inicial de solicitud de participación, se identificó en cada comunidad o ciudad autónoma una persona de referencia encargada de canalizar la colaboración con el estudio. Esta persona asumió la responsabilidad de recopilar la información cuantitativa requerida o, en su caso, de gestionar el acceso a los datos a través de los servicios técnicos o informáticos correspondientes. Asimismo, fue la encargada de cumplimentar el cuestionario online remitido para la primera fase del estudio. Del mismo modo, esta persona de referencia participó en la fase cualitativa mediante la realización de la entrevista semiestructurada o, cuando se consideró más adecuado, designó a otro/a profesional con un conocimiento más directo o especializado sobre los procesos de valoración en su territorio para responder a la misma.

A continuación, se presentan las comunidades y ciudades autónomas participantes, junto con los centros, servicios o unidades territoriales que facilitaron la información necesaria para el desarrollo del presente estudio:

CC. AA.	Centro de valoración	Persona/s de contacto
Andalucía	Dirección General de Personas con Discapacidad	M^a José Gutiérrez Rivas Jefa del Servicio de Valoración de la Discapacidad
Aragón	Instituto Aragonés de Servicios Sociales	David M. Ibáñez García Asesor Técnico - Servicios Centrales Susana Pérez López Jefa de Sección de Coordinación de la Discapacidad y Atención Temprana
Asturias	Centro Base de Oviedo	Rocío Allande Díaz Directora General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria Patricia Méndez Pérez Jefa Sección de Apoyo a los Centros de Valoración para Personas con Discapacidad
Cantabria	Centro de Evaluación, Valoración y Orientación (EVO) de Santander	Eva María Fernández García Directora
Castilla y León	Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de Burgos	Sofía Martínez Carbajo Subdirectora
Castilla-La Mancha	Centro Base de Albacete	Rafael García Milla Director

Cataluña	Subdirección General de Atención a la Discapacidad y la Dependencia	Cecilia Fàbregues i Arbués Jefe del Servicio de Valoración de la Discapacidad y la Dependencia
Comunidad de Madrid	Centro Base V	Sofía González San Martín Directora
Comunidad Valenciana	Dirección General de las Personas con Discapacidad	Ana M^a Pérez Pino Jefa de Servicio de Atención Temprana y Valoración de la Discapacidad (Alicante)
Galicia	Subdirección General de Valoración de la Dependencia y de la Discapacidad	Beatriz Seoane Ares Jefa del Servicio de Valoración de la Discapacidad
Islas Baleares	Servicio de Valoración y Orientación de la Discapacidad y la Dependencia	Gerard Cardalda González Jefe del Servicio de Valoración y Orientación de la Discapacidad y la Dependencia
La Rioja	Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia	Roberto Santamaría Solanas Director
Navarra	Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas	Miguel Javier Zugasti Moriones Director
País Vasco	Centro de Valoración de Álava	Begoña Rodríguez Marcos Subdirectora Técnica del Área de Personas con Discapacidad
Región de Murcia	Dirección General de Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión. Instituto Murciano de Acción Social (I.M.A.S.)	Jesús D. Barranquero Martínez Jefe de Servicio Valoración y Diagnóstico de Discapacidades

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos hasta la fecha de cierre de la recogida de información, 24 de marzo de 2026. Los datos expuestos proceden de la información recopilada a través del cuestionario cuantitativo y de la entrevista cualitativa. Ambos instrumentos pueden consultarse en los **anexos 1 y 2** del presente informe.

4.1. DATOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES

La **tabla 1** recoge la distribución de la muestra por comunidad autónoma en función de la media de edad y de las distintas franjas etarias, expresando para cada una de ellas el número de casos y su porcentaje sobre el total territorial.

Tabla 1. Edad de las personas solicitantes en el último año

CC. AA.	Media edad	0-18 años	%	19-34 años	%	35-64 años	%	65-79 años	%	+ 80 años	%	TOTAL
Andalucía	54,61	13 572	12,76	13 572	12,76	51 924	48,81	17 056	16,03	10 223	9,61	106 347
Aragón	59,00	1047	8,58	704	5,77	5134	42,03	2627	21,50	2690	22,02	12 202
Asturias	61,76	925	6,26	692	4,68	5867	39,71	4506	30,50	2775	18,78	14 765
Cantabria	50,00	740	6,73	506	4,60	5240	47,63	2923	26,57	1582	14,38	10 991
Castilla y León	61,00	335	4,99	382	5,68	2801	41,63	1969	29,26	1231	18,29	6718
Castilla-La Mancha	50,42	981	14,82	588	8,86	3113	46,86	1295	19,50	642	9,66	6619
Cataluña	55,00	20 957	14,58	11 676	8,12	51 013	35,49	29 229	20,34	30 826	21,45	143 701
C. de Madrid	49,00	15 973	19,24	6203	7,47	38 293	46,11	13 424	16,16	9128	10,99	83 021
C. Valenciana	51,00	7535	15,02	4050	8,08	22 846	45,55	9806	19,55	5917	11,80	50 154
Galicia	61,69	7176	11,36	2795	4,43	20 612	32,63	13 666	21,63	18 902	29,92	63 151
Islas Baleares	61,92	1118	7,17	1428	9,15	3459	22,15	2985	19,11	6613	42,34	15 603
La Rioja	52,38	633	16,30	286	7,33	1713	43,85	694	17,76	557	14,26	3883
Navarra	57,73	1051	12,23	527	6,13	3271	38,07	1746	20,32	1996	23,23	8591
País Vasco	50,00	564	14,20	328	8,26	2069	52,10	703	17,70	307	7,73	3971
R. de Murcia	49,00	5035	18,07	2734	9,81	11 984	43,02	5109	18,34	2997	10,76	27 859

Fuente: elaboración propia.

Los resultados muestran una muestra con predominio de personas adultas y de edad avanzada, aunque con diferencias apreciables entre comunidades autónomas. La media de edad osciló entre los **49,00 años de la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia**, que presentaron el valor más bajo, y los **61,92 años de Islas Baleares**, que registró el más alto. También presentaron medias elevadas **Asturias** (61,76 años), **Galicia** (61,69 años) y **Castilla y León** (61,00 años), lo que sugiere una mayor presencia relativa de población de edad avanzada en estos territorios.

En la mayoría de las comunidades autónomas, el **grupo de edad más numeroso fue el de 35 a 64 años**. Este patrón se observa con especial claridad en **País Vasco** (52,10 %), **Andalucía** (48,81 %), **Cantabria** (47,63 %), **Castilla-La Mancha** (46,86 %), **Comunidad de Madrid** (46,11 %), **Comunidad Valenciana** (45,55 %), **La Rioja** (43,85 %), **Región de Murcia** (43,02 %), **Aragón** (42,03 %) y **Castilla y León** (41,63 %). También fue el grupo mayoritario en **Asturias** (39,71 %), **Navarra** (38,07 %), **Cataluña** (35,49 %) y **Galicia** (32,63 %), aunque en estas comunidades el peso de los grupos de mayor edad fue también relevante. Este resultado indica que la población solicitante se concentra principalmente en edades adultas intermedias.

No obstante, en algunos territorios destaca especialmente el peso de la población de más edad. En **Islas Baleares**, el grupo de 80 o más años fue el más numeroso, representando el 42,34 % del total, lo que constituye el porcentaje más alto de toda la tabla para esa franja. También en **Galicia** se observa una presencia muy

elevada de este grupo, con un 29,92 %, aunque en este caso el grupo más numeroso siguió siendo el de 35 a 64 años (32,63 %). Asimismo, en **Navarra** el grupo de 80 o más años alcanzó un 23,23 %, y en **Aragón** un 22,02 %, mostrando igualmente un peso importante de la población de edad avanzada. Por su parte, en **Asturias y Castilla y León**, el grupo de 65 a 79 años tuvo una presencia especialmente elevada, alcanzando el 30,50 % y el 29,26 %, respectivamente. Estos datos son coherentes con las medias de edad más altas registradas en varios de estos territorios.

Por el contrario, **los grupos más jóvenes tuvieron un peso relativamente menor en la mayoría de las comunidades**. El porcentaje de personas de 0 a 18 años fue especialmente alto en la **Comunidad de Madrid** (19,24 %), seguida de la **Región de Murcia** (18,07 %), **La Rioja** (16,30 %), **Comunidad Valenciana** (15,02 %), **Castilla-La Mancha** (14,82 %), **Cataluña** (14,58 %) y **País Vasco** (14,20 %). En cambio, las proporciones más bajas en esta franja se registraron en **Castilla y León** (4,99 %), **Asturias** (6,26 %) y **Cantabria** (6,73 %). En cuanto al grupo de 19 a 34 años, su peso fue generalmente el menor o uno de los menores en casi todas las comunidades, destacando **Andalucía** con el porcentaje más alto (12,76 %), seguida de **Región de Murcia** (9,81 %) e **Islas Baleares** (9,15 %), frente a valores más reducidos en **Galicia** (4,43 %), **Cantabria** (4,60 %) y **Asturias** (4,68 %).

En términos absolutos, **Cataluña** fue la comunidad con mayor número de personas en los grupos de 0 a 18 años (20 957), 35 a 64 años (51 013), 65 a 79 años (29 229) y 80 o más años (30 826), mientras que **Andalucía** presentó el mayor número de personas en el grupo de 19 a 34 años (13 572). Asimismo, **Cataluña** registró el mayor volumen total de casos (143 701), seguida de **Andalucía** (106 347) y la **Comunidad de Madrid** (83 021).

En síntesis, la tabla 1 refleja una estructura de edad claramente concentrada en las edades adultas y, en varios territorios, con un peso muy importante de la población mayor, especialmente en comunidades como **Islas Baleares, Galicia, Asturias, Castilla y León y Navarra**. Al mismo tiempo, comunidades como la **Comunidad de Madrid, la Región de Murcia, el País Vasco o Castilla-La Mancha** presentan una estructura relativamente más joven, algo que también se refleja en sus menores medias de edad.

En conjunto, se observa un claro envejecimiento territorial desigual, con comunidades como **Galicia, Asturias o Castilla y León** concentrando mayor población envejecida, frente a **Madrid, Murcia o Andalucía** con estructuras más jóvenes. Estas diferencias evidencian retos diferenciados en dependencia, planificación sociosanitaria y políticas educativas y de inclusión a lo largo del ciclo vital.

IDEA CLAVE
Predominio de población adulta, con diferencias territoriales que reflejan distintos niveles de envejecimiento y necesidades asociadas.

La **tabla 2** representa la distribución de las personas solicitantes del último año en cada comunidad autónoma según su género, indicando el número de casos y el porcentaje correspondiente de hombres y mujeres, así como los casos en los que esta información no consta. Si bien el instrumento de recogida de datos incluía la opción “No

binario”, no se registraron casos en esta categoría, motivo por el cual fue excluida de los análisis posteriores.

Tabla 2. Género de las personas solicitantes en el último año

CC. AA.	Masculino	%	Femenino	%	No consta	TOTAL
Andalucía	51 462	49,78	51 927	50,22	-	103 389
Aragón	6104	47,66	6692	52,25	12	12 808
Asturias	5967	39,26	6294	41,41	2939	15 200
Cantabria	5296	48,18	5695	51,82	-	10 991
Castilla y León	3548	52,80	3172	47,20	-	6720
Castilla-La Mancha	3226	48,74	3358	50,73	35	6619
Cataluña	68 115	47,40	75 586	52,60	-	143 701
C. de Madrid	40 179	48,40	42 842	51,60	-	83 021
C. Valenciana	25 212	50,27	24 917	49,68	25	50 154
Galicia	28 466	45,07	34 420	54,50	268	63 154
Islas Baleares	8357	54,71	6918	45,29	-	15 275
La Rioja	2059	53,03	1822	46,92	2	3883
Navarra	4107	45,07	4475	49,68	8	8590
País Vasco	2055	51,75	1916	48,25	0	3971
Región de Murcia	15 008	53,87	12 782	45,88	69	27 859

Fuente: elaboración propia.

En términos generales, los resultados muestran una **distribución por género relativamente equilibrada, aunque con un ligero predominio femenino en la mayoría de las comunidades autónomas**. En concreto, las mujeres superaron a los hombres en **Andalucía** (50,22 % frente a 49,78 %), **Aragón** (52,25 % frente a 47,66 %), **Cantabria** (51,82 % frente a 48,18 %), **Castilla-La Mancha** (50,73 % frente a 48,74 %), **Cataluña** (52,60 % frente a 47,40 %), **Comunidad de Madrid** (51,60 % frente a 48,40 %), **Galicia** (54,50 % frente a 45,07 %) y **Navarra** (49,68 % frente a 45,07 %). También en **Asturias** el número de mujeres fue superior al de hombres (6294 frente a 5967), si bien en este caso debe tenerse en cuenta la elevada proporción de registros sin información de género.

Por el contrario, el género masculino fue más numeroso en **Castilla y León** (52,80 % frente a 47,20 %), **Islas Baleares** (54,71 % frente a 45,29 %), **La Rioja** (53,03 % frente a 46,92 %), **Comunidad Valenciana** (50,27 % frente a 49,68 %), **País Vasco** (51,75 % frente a 48,25 %) y **Región de Murcia** (53,87 % frente a 45,88 %). De entre las comunidades con predominio masculino, **Islas Baleares** presentó el mayor porcentaje de hombres, seguida muy de cerca por la **Región de Murcia**. Por su parte, **Galicia** registró el mayor porcentaje de mujeres.

En términos absolutos, **Cataluña** fue la comunidad con mayor número tanto de solicitantes hombres (68 115) como de solicitantes mujeres (75 586), seguida de

Andalucía y la **Comunidad de Madrid**, lo que resulta coherente con el mayor volumen total de casos recogidos en estas comunidades. En conjunto, estas tres comunidades concentraron la mayor parte de las personas solicitantes registradas en el estudio.

Por su parte, la categoría “No consta” estuvo ausente o fue residual en la mayoría de los territorios, pero adquirió especial relevancia en **Asturias**, donde se contabilizaron 2939 casos sin información sobre género, lo que supone una proporción elevada respecto del total autonómico. También se registraron algunos casos en **Galicia** (268), **Región de Murcia** (69), **Castilla-La Mancha** (35), **Comunidad Valenciana** (25), **Aragón** (12), **Navarra** (8) y **La Rioja** (2). En el resto de comunidades esta categoría no presentó casos.

En definitiva, la tabla 2 refleja una distribución por género globalmente equilibrada, con una tendencia general hacia una mayor presencia de mujeres en buena parte de las comunidades autónomas, aunque con algunas excepciones territoriales en las que predominan los hombres. No obstante, la existencia de registros sin información en determinados territorios, especialmente en **Asturias** y, en menor medida, en la **Región de Murcia**, aconseja interpretar estos resultados con cierta cautela.

A diferencia de lo observado en la edad, las diferencias territoriales por género parecen menos marcadas y dibujan un patrón más homogéneo, aunque con algunos territorios claramente feminizados y otros con mayor presencia masculina, así como con desigual calidad del registro en determinadas comunidades.

IDEA CLAVE
La distribución por género es globalmente equilibrada, con ligeras diferencias territoriales y escaso predominio claro de un sexo.

La **tabla 3** presenta la distribución de las personas solicitantes del último año según su nacionalidad en cada comunidad autónoma, distinguiendo entre nacionalidad española, extranjera y los casos en los que esta información no consta.

Tabla 3. Nacionalidad de las personas solicitantes en el último año

CC. AA.	Española	%	Extranjera	%	No consta	TOTAL
Andalucía	-	-	-	-	-	-
Aragón	12 255	95,68	553	4,32	-	12 808
Asturias	14 515	80,97	473	2,64	2939	17 927
Cantabria	10 641	96,82	350	3,18	-	10 991
Castilla y León	6465	96,21	241	3,59	14	6720
Castilla-La Mancha	6287	94,67	331	4,98	23	6641
Cataluña	130 394	90,74	12 104	8,42	1203	143 701
C. de Madrid	75 904	91,43	7117	8,57	-	83 021
C. Valenciana	44 517	88,76	5515	11,00	122	50 154
Galicia	60 410	95,66	1663	2,63	1081	63 154
Islas Baleares	-	-	-	-	-	-

La Rioja	3480	89,62	401	10,33	2	3883
Navarra	7917	92,17	668	7,78	5	8590
País Vasco	2251	56,26	516	12,90	1234	4001
Región de Murcia	25 747	92,42	1710	6,14	402	27 859

Fuente: elaboración propia.

En términos generales, los resultados muestran un **claro predominio de personas con nacionalidad española** en todas las comunidades autónomas para las que se dispone de información. Este predominio se observa sobre todo en términos porcentuales dentro de cada territorio: los porcentajes de solicitantes con nacionalidad española superaron el 90 % en la mayoría de las comunidades, con valores especialmente elevados en **Cantabria (96,82 %)**, **Castilla y León (96,21 %)**, **Aragón (95,68 %)** y **Galicia (95,66 %)**. También presentaron proporciones altas **Castilla-La Mancha (94,67 %)**, **Región de Murcia (92,42 %)**, **Navarra (92,17 %)** y **Comunidad de Madrid (91,43 %)**.

La presencia de solicitantes de nacionalidad extranjera fue, en términos porcentuales, claramente menor dentro de cada comunidad, aunque con diferencias territoriales. Los porcentajes más elevados se registraron en la **Comunidad Valenciana (11,00 %)**, **La Rioja (10,33 %)**, **Comunidad de Madrid (8,57 %)**, **Cataluña (8,42 %)**, **Navarra (7,78 %)** y **Región de Murcia (6,14 %)**, mientras que los más bajos se observaron en **Galicia (2,63 %)**, **Cantabria (3,18 %)** y **Castilla y León (3,59 %)**. Por tanto, dentro de cada territorio, la población extranjera representa una proporción reducida del total de solicitantes.

La categoría “No consta” fue residual en la mayor parte de los territorios, pero alcanzó un peso considerable en algunos casos concretos. Destaca especialmente **Asturias, con 2939 casos** sin información sobre nacionalidad, y el **País Vasco, con 1234 casos**, así como **Cataluña (1203)**, **Galicia (1081)** y la **Región de Murcia (402)**. Esta circunstancia debe tenerse en cuenta al interpretar los porcentajes, especialmente en aquellas comunidades donde el volumen de casos sin dato registrado es relativamente elevado. En el caso concreto del País Vasco, la proporción de personas con nacionalidad española (56,26 %) es notablemente inferior a la observada en el resto de territorios, al tiempo que presenta un volumen importante de casos en la categoría “No consta”. Esta combinación sugiere prudencia en la interpretación de los resultados dado que la ausencia de información puede estar condicionando de forma significativa la distribución observada en la comunidad.

En conjunto, la **tabla 3** refleja un predominio generalizado de personas con nacionalidad española entre quienes solicitaron valoración de discapacidad durante el último año, aunque con cierta variabilidad territorial en la presencia de población extranjera. Asimismo, la existencia de comunidades sin datos y de otras con un número relevante de registros sin información aconseja interpretar estos resultados como una aproximación descriptiva que debe leerse teniendo en cuenta la calidad y completitud desigual de la información disponible.

IDEA CLAVE

La mayoría de las personas solicitantes tienen nacionalidad española, con una presencia minoritaria pero variable de población extranjera según el territorio.

La **tabla 4** presenta la distribución del tipo de discapacidad alegada por las personas solicitantes en el momento de iniciar la solicitud de valoración, distinguiendo entre discapacidad física, mental/psíquica/intelectual, sensorial y otras. Este dato no está disponible en todas las comunidades autónomas, debido a las diferencias existentes en la forma en que los formularios de solicitud recogen este dato. Si bien todos los territorios se rigen por una normativa general, el Real Decreto 888/2022, se observan variaciones en la información solicitada en los formularios de cada comunidad autónoma en relación con el tipo de discapacidad alegada, lo que afecta a la comparabilidad entre territorios.

Tabla 4. Tipo de discapacidad alegada por las personas solicitantes

CC. AA.	Física	%	Mental	%	Sensorial	%	Otras	TOTAL
Andalucía	-	-	-	-	-	-	-	-
Aragón	7964	68,89	1094	9,46	2503	21,65	-	11 561
Asturias	-	-	-	-	-	-	-	-
Cantabria	10 773	83,26	1224	9,46	43	0,33	-	12 040
Castilla y León	3292	27,57	1672	14,00	857	7,18	899	6720
Castilla-La Mancha	286	0,75	105	0,27	79	0,21	6119	6589
Cataluña	69 121	75,00	20 197	21,92	2841	3,08	37 805	129 964
C. de Madrid	-	-	-	-	-	-	-	-
C. Valenciana	27 796	75,25	768	2,08	8375	22,67	13 315	50 254
Galicia	9743	58,82	6776	40,91	45	0,27	-	16 564
Islas Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-
La Rioja	3057	58,83	1811	34,85	328	6,31	45	5241
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-
Región de Murcia	12 030	68,14	5062	28,67	562	3,18	-	17 654

Fuente: elaboración propia.

En términos generales, y considerando únicamente las comunidades que en las que se pudieron acceder a estos datos, la **discapacidad física aparece como la categoría alegada con mayor frecuencia** en la mayor parte de los territorios. Sin embargo, la distribución presenta una variabilidad importante entre comunidades autónomas, tanto por el peso relativo de cada tipo de discapacidad como por la distinta utilización de la categoría “Otras”, que en algunos casos adquiere una relevancia elevada. Esta heterogeneidad sugiere que los datos recogen no solo diferencias entre perfiles de

solicitantes, sino también diferencias en la estructura y nivel de detalle de los sistemas de registro utilizados por cada comunidad.

Entre las comunidades que aportaron información sobre el tipo de discapacidad alegada por las personas solicitantes, **Aragón** mostró un predominio claro de la discapacidad física, que representó el 68,89 % de los casos, seguida de la sensorial (21,65 %) y la mental (9,46 %). En **Cantabria**, la discapacidad física tuvo un peso todavía mayor (83,26 %), mientras que la mental representó el 9,46 % y la sensorial apenas el 0,33 %. En **Cataluña**, la categoría más frecuente también fue la física (75,00 %), seguida de la mental (21,92 %) y, a mayor distancia, la sensorial (3,08 %). De forma similar, en la **Comunidad Valenciana** predominó la discapacidad física (75,25 %), seguida de la sensorial (22,67 %) y, con un peso mucho menor, la mental (2,08 %). Según la información complementaria remitida por la comunidad, la categoría “Otras” incluye diferentes combinaciones de los tres tipos de discapacidades recogidas en el nuevo baremo. En la **Región de Murcia**, la discapacidad física volvió a ser la categoría principal (68,14 %), seguida de la mental (28,67 %) y la sensorial (3,18 %). Asimismo, la información complementaria aportada indica que la categoría “Otras” en esta comunidad incluye tanto solicitudes sin marcar (n = 130) como distintas combinaciones entre los tipos de discapacidad física, mental y sensorial. Por ejemplo, 2464 personas alegaron discapacidad física y sensorial, mientras que 310 señalaron discapacidad mental y sensorial.

En otras comunidades, la distribución fue algo menos concentrada. En **Galicia**, aunque la discapacidad física fue la categoría más frecuente (58,82 %), la mental alcanzó un peso también muy elevado (40,91 %), mientras que la sensorial fue prácticamente residual (0,27 %). En **La Rioja**, igualmente, la discapacidad física fue la más frecuente (58,83 %), pero la mental presentó también una proporción destacada (34,85 %), por encima de la sensorial (6,31 %). Estos resultados sugieren una distribución algo más equilibrada entre categorías en comparación con otros territorios en los que la discapacidad física concentra una proporción mucho mayor de las solicitudes.

Por su parte, en algunas comunidades la categoría “Otras” tuvo un peso particularmente relevante. En **Castilla y León**, esta categoría reunió 899 casos, lo que representa en torno al 13,38 % del total, mientras que la discapacidad física supuso el 27,57 %, la mental el 14,00 % y la sensorial el 7,18 %. En **Castilla-La Mancha**, la categoría “Otras” concentró la mayor parte de los casos registrados (6119), lo que equivale aproximadamente al 92,87 % del total, mientras que los porcentajes de discapacidad física (0,75 %), mental (0,27 %) y sensorial (0,21 %) fueron muy reducidos. También en **Cataluña** la categoría “Otras” alcanzó un volumen elevado (37 805 casos), y en la **Comunidad Valenciana** reunió 13 315 casos, lo que indica una presencia significativa de registros que no se encuadran exclusivamente en las tres categorías principales recogidas en la tabla. Del mismo modo, en **La Rioja** esta categoría reunió 45 casos, aunque con un peso porcentual mucho menor. Por último, debe señalarse que algunas comunidades, como **Andalucía**, **Asturias**, **Navarra** y **País Vasco**, no aportaron datos utilizables para este indicador, por lo que no es posible describir su distribución en este apartado.

En conjunto, la tabla 4 muestra que la **discapacidad física** es, allí donde se dispone de información desagregada, la **categoría alegada con mayor frecuencia en la mayor parte de las comunidades autónomas**. No obstante, las diferencias observadas entre territorios y el peso desigual de la categoría “Otras” aconsejan interpretar estos resultados teniendo en cuenta las particularidades de los sistemas de recogida de información de cada comunidad, especialmente en lo relativo a la posibilidad de registrar combinaciones entre tipos de discapacidad o categorías no especificadas. Dentro del bloque de resultados de los solicitantes, este es probablemente el dato en el que las diferencias territoriales responden con mayor claridad tanto a posibles variaciones en los perfiles de demanda como a diferencias en los procedimientos de registro, por lo que su interpretación comparada requiere una cautela mayor que en el caso de la edad, el género o la nacionalidad.

IDEA CLAVE

La discapacidad física es la más frecuentemente alegada, aunque la comparabilidad territorial es limitada por las diferencias en los sistemas de registro.

Considerados en conjunto, los resultados acerca de las características de las personas solicitantes apuntan a una demanda de valoración marcada por una base demográfica relativamente estable, con predominio de población adulta, una distribución por género equilibrada y una mayoría de nacionalidad española. Sobre esta base se proyectan diferencias territoriales más visibles en la estructura por edad y, sobre todo, en la forma de registrar el tipo de discapacidad alegada. En este sentido, mientras que variables como el género o la nacionalidad muestran patrones comparativamente homogéneos entre comunidades, la edad y el tipo de discapacidad permiten apreciar perfiles territoriales más diferenciados, ya sea por el mayor peso del envejecimiento en algunos contextos o por la distinta organización de los sistemas de información. Todo ello sugiere que la población solicitante comparte ciertos rasgos comunes en el conjunto del estudio, pero también que la composición de la demanda y su registro administrativo no son completamente uniformes entre territorios, aspecto que debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados que se presentan a continuación.

4.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SOLICITUDES

A continuación, se presentan los principales resultados relativos a las solicitudes resueltas por las comunidades autónomas durante el último año, atendiendo a su volumen, al tipo de tramitación, a la naturaleza del procedimiento, al carácter del reconocimiento y al resultado administrativo de las resoluciones. La **tabla 5** recoge el número total de solicitudes resueltas en cada comunidad autónoma durante el último año. Asimismo, la **figura 1** ofrece una representación gráfica de su distribución territorial.

Tabla 5. Total de solicitudes resueltas en cada comunidad autónoma en el último año

CC. AA.	TOTAL
Andalucía	81 924
Aragón	14 373
Asturias	25 861
Cantabria	10 991
Castilla y León	6720
Castilla-La Mancha	8129
Cataluña	162 453
Comunidad de Madrid	64 285
Comunidad Valenciana	42 684
Galicia	62 098
Islas Baleares	14 484
La Rioja	3826
Navarra	1904
País Vasco	4416
Región de Murcia	23 884

Fuente: elaboración propia.

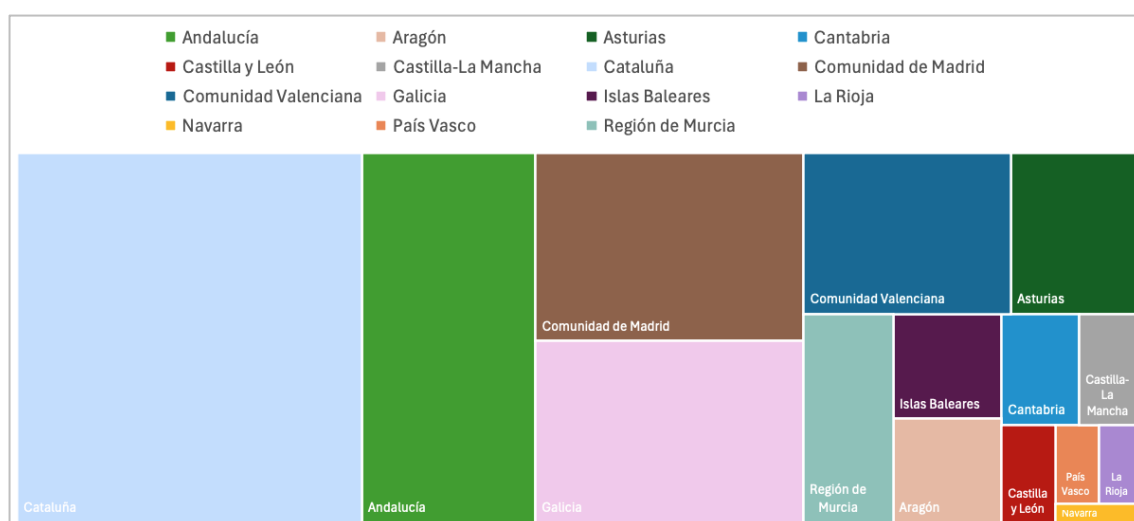
En términos absolutos, el mayor volumen de solicitudes resueltas se registró en **Cataluña** (162 453), seguida de **Andalucía** (81 924), la **Comunidad de Madrid** (64 285) y **Galicia** (62 098). También presentaron cifras elevadas la **Comunidad Valenciana** (42 684) y **Asturias** (25 861), mientras que la **Región de Murcia** alcanzó un total de 23 884 solicitudes resueltas. En el extremo contrario, los menores volúmenes se observaron en **Navarra** (1904), **La Rioja** (3826) y **País Vasco** (4416). Estos datos reflejan una distribución territorial desigual del número de solicitudes resueltas, coherente, en buena medida, con el distinto tamaño poblacional de las comunidades autónomas y con la capacidad de gestión de los respectivos sistemas de valoración. La **figura 3** permite visualizar con claridad este reparto, mostrando el peso relativo especialmente destacado de Cataluña y Andalucía en el conjunto de solicitudes tramitadas.

IDEA CLAVE

Las solicitudes resueltas se concentran en regiones más pobladas, mientras territorios pequeños muestran menor volumen, reflejando diferencias demográficas y administrativas.

La distribución de solicitudes resueltas muestra mayor concentración en **Cataluña** y **Andalucía**, seguidas por **Madrid** y **Galicia**, lo que sugiere mayor demanda o capacidad administrativa en territorios más poblados. En contraste, comunidades como **Navarra** o **La Rioja** presentan volúmenes reducidos, posiblemente asociados a menor población.

Figura 3. Representación gráfica del número de solicitudes tramitadas por comunidad



Fuente: elaboración propia.

La **tabla 6**, correspondiente al tipo de solicitud, distingue entre los procedimientos tramitados por la vía ordinaria y aquellos gestionados por la vía urgente. No todas las comunidades aportaron información para este indicador, por lo que la comparación debe realizarse únicamente entre aquellas para las que se dispone de datos.

Tabla 6. Solicitudes tramitadas por procedimiento ordinario y urgente

CC. AA.	Procedimiento ordinario	%	Procedimiento urgente	%
Andalucía	-	-	-	0,00
Aragón	12 574	87,48	1799	12,52
Asturias	20 738	80,19	1866	7,22
Cantabria	10 871	98,91	120	1,09
Castilla y León	6182	91,99	538	8,01
Castilla-La Mancha	-	-	-	-
Cataluña	-	-	-	-
C. de Madrid	63 679	99,06	606	0,94
C. Valenciana	37 428	87,69	5256	12,31
Galicia	28 984	46,67	33 114	53,33
Islas Baleares	-	-	-	-
La Rioja	3809	99,56	17	0,44
Navarra	-	-	-	-
País Vasco	4416	100,00	-	-
Región de Murcia	17 633	73,83	6251	26,17

Fuente: elaboración propia.

De manera general, el **procedimiento ordinario fue la vía claramente predominante en la mayor parte de las comunidades autónomas**. Los porcentajes más elevados se registraron en **País Vasco** (100,00 %), **La Rioja** (99,56 %), **Comunidad de Madrid** (99,06 %) y **Cantabria** (98,91 %), lo que muestra un recurso muy limitado a la tramitación urgente en estos territorios. También presentaron un predominio claro del procedimiento ordinario **Castilla y León** (91,99 %), **Aragón** (87,48 %) y **Comunidad Valenciana** (87,69 %). No obstante, se observan algunas situaciones diferenciadas. En **Asturias**, aunque la vía ordinaria siguió siendo mayoritaria (80,19 %), el porcentaje de solicitudes urgentes fue del 7,22 %. En la **Región de Murcia**, la tramitación urgente alcanzó un peso mayor que en la mayoría de los territorios, representando el 26,17 % del total, frente al 73,83 % del procedimiento ordinario. El caso más singular fue **Galicia**, donde las solicitudes urgentes (53,33 %) superaron a las ordinarias (46,67 %), configurando un patrón distinto al observado en el resto de comunidades con datos disponibles.

En definitiva, los resultados relativos al carácter del procedimiento muestran que la tramitación ordinaria constituye la vía habitual de acceso al procedimiento de valoración, aunque con diferencias territoriales significativas en el uso de la vía urgente. Estas diferencias sugieren que, aunque el procedimiento ordinario sigue siendo la vía estándar en la mayoría de los territorios, existen comunidades en las que la utilización de la vía urgente adquiere un peso comparativamente elevado, lo que podría estar reflejando distintas formas de organización, priorización o respuesta a la demanda.

IDEA CLAVE

Predomina la tramitación ordinaria, aunque algunas comunidades recurren con mayor frecuencia a la vía urgente.

La **tabla 7** recoge el tipo de solicitudes tramitado en cada comunidad autónoma en el último año, distinguiendo entre: valoraciones o reconocimientos iniciales, revisiones a instancia de parte por agravación o mejoría de su situación, revisiones de oficio por plazo de validez otorgado o cambio de circunstancias, traslado de expediente por cambio de domicilio y, cuando procede, la categoría “Otros”.

Tabla 7. Tipo de solicitudes tramitadas en el último año

CC. AA.	Iniciales	%	Revisiones de parte	%	Revisiones oficio	%	Traslado expediente	%	Otros	TOTAL
Andalucía	48 749	60,46	13 964	17,32	17 922	22,23	-	-	-	80 635
Aragón	9295	64,67	4059	28,24	1019	7,09	-	-	-	14 373
Asturias	16 415	75,57	4323	19,90	838	3,86	146	0,67	-	21 722
Cantabria	9136	78,98	1606	13,88	752	6,50	73	0,63	-	11 567
Castilla y León	3967	59,02	1884	28,03	613	9,12	1	0,01	256	6721
Castilla-La Mancha	3788	57,23	1408	21,27	788	11,91	-	-	635	6619

Cataluña	70 888	64,30	35 317	32,03	4038	3,66	-	-	5	110 248
C. de Madrid	37 837	58,86	26 284	40,89	-	-	-	-	164	64 285
C. Valenciana	23 780	29,17	12 123	14,87	1568	1,92	1273	1,56	42 771	81 515
Galicia	37 928	63,62	16 875	28,31	4813	8,07	-	-	-	59 616
Islas Baleares	10 677	73,72	3013	20,80	-	0,00	15	0,10	779	14 484
La Rioja	2106	55,04	970	25,35	527	13,77	10	0,26	213	3826
Navarra	951	49,95	308	16,18	637	33,46	4	0,21	4	1904
País Vasco	2483	56,23	1530	34,65	403	9,13	-	-	-	4416
R. de Murcia	11 602	48,60	6415	26,87	5819	24,38	34	0,14	-	23 870

Fuente: elaboración propia.

En la mayor parte de las comunidades, las **solicitudes iniciales** constituyeron el tipo de procedimiento más frecuente. Este predominio fue especialmente visible en **Cantabria** (78,98 %), **Asturias** (75,57 %), **Islas Baleares** (73,72 %), **Aragón** (64,67 %), **Cataluña** (64,30 %), **Galicia** (63,62 %) y **Andalucía** (60,46 %). Las **revisiones de parte** ocuparon generalmente el segundo lugar en frecuencia, con porcentajes especialmente altos en la **Comunidad de Madrid** (40,89 %), **País Vasco** (34,65 %), **Cataluña** (32,03 %), **Galicia** (28,31 %), **Aragón** (28,24 %), **Castilla y León** (28,03 %) y **Región de Murcia** (26,87 %). En cambio, en comunidades como **Cantabria** (13,88 %) o **Comunidad Valenciana** (14,87 %) su peso fue más moderado. Las **revisiones de oficio** mostraron una presencia desigual entre territorios. Alcanzaron porcentajes relativamente relevantes en **Región de Murcia** (24,38 %), **Andalucía** (22,23 %), **Castilla-La Mancha** (11,91 %), **Castilla y León** (9,12 %), **País Vasco** (9,13 %) y **Galicia** (8,07 %), mientras que en otras comunidades su peso fue menor. El **traslado de expediente** tuvo una presencia muy reducida allí donde se registró, destacando solo valores residuales en **Asturias**, **Cantabria**, **Castilla y León**, **Comunidad Valenciana**, **Islas Baleares**, **La Rioja**, **Navarra** y **Región de Murcia**.

La categoría “Otros” fue por lo general poco frecuente, aunque adquirió un peso representativo en algunos casos. En **Comunidad Valenciana** representó la categoría más numerosa en términos absolutos (42 771 casos), superando ampliamente al resto de tipos de procedimiento. También alcanzó cierta presencia en **Islas Baleares** (779 casos), **Castilla-La Mancha** (635), **Castilla y León** (256) y **La Rioja** (213), mientras que en otras comunidades fue inexistente o testimonial. Este resultado sugiere que algunas comunidades agrupan bajo esta etiqueta procedimientos no plenamente equiparables a las categorías principales recogidas en la tabla. En conjunto, el perfil general apunta a un claro **predominio de las solicitudes iniciales**, acompañado de un peso variable de las revisiones de parte y de oficio según el territorio, así como de ciertas particularidades de clasificación en comunidades concretas.

El predominio de solicitudes iniciales se combina con un volumen relevante de revisiones, lo que indica que el sistema no solo incorpora nuevos casos, sino que requiere ajustes frecuentes. Comunidades como **Madrid** y **Cataluña** reflejan mayor activación del solicitante, mientras **Navarra** y **Murcia** destacan por revisión administrativa. Estas diferencias apuntan a modelos de gestión diversos, aunque las inconsistencias en el acceso a la información limitan comparaciones plenamente fiables.

Adicionalmente, la presencia de categorías anómalas y posibles inconsistencias en los datos, especialmente en la categoría “Otros”, limita la comparabilidad y sugiere heterogeneidad tanto en criterios de clasificación como en prácticas administrativas.

IDEA CLAVE

Las solicitudes iniciales son las más frecuentes, pero el peso de las revisiones y de algunas categorías residuales varía entre territorios.

En cuanto a los resultados administrativos de las solicitudes tramitadas, la **tabla 8** distingue entre las solicitudes que concluyeron con el reconocimiento de un grado de discapacidad, aquellas en las que no se reconoce un grado dado que no alcanzaron el umbral exigido, los casos de desistimiento o renuncia, las situaciones en que la persona no comparece y los registros en los que esta información no consta.

Tabla 8. Resultados administrativos de las solicitudes tramitadas

CC. AA.	Grado reconocido	%	No alcanza umbral	%	Desistimiento/ Renuncia	%	No comparece	%	No consta	TOTAL
Andalucía	59 077	76,09	18 566	23,91	-	-	-	-	-	77 643
Aragón	11 753	78,28	2620	17,45	35	0,23	607	4,04	-	15 015
Asturias	18 132	79,69	3950	17,36	671	2,95	-	-	-	22 753
Cantabria	6665	60,64	2519	22,92	405	3,68	1402	12,76	-	10 991
Castilla y León	3525	52,04	2745	40,52	216	3,19	288	4,25	-	6774
Castilla-La Mancha	1802	22,17	830	10,21	40	0,49	179	2,20	5278	8129
Cataluña	91 596	86,55	14 234	13,45	-	-	-	-	-	105 830
C. de Madrid	47 010	73,13	10 493	16,32	6782	10,55	-	-	-	64 285
C. Valenciana	28 125	65,89	14 294	33,49	73	0,17	146	0,34	46	42 684
Galicia	47 092	81,39	9250	15,99	482	0,83	790	1,37	244	57 858
Islas Baleares	10 932	75,48	3552	24,52	-	-	-	-	-	14 484
La Rioja	2526	66,04	1046	27,35	43	1,12	74	1,93	136	3825
Navarra	1164	61,13	143	7,51	147	7,72	349	18,33	101	1904
País Vasco	1920	43,48	1598	36,19	-	-	798	18,07	100	4416
R. de Murcia	16 365	68,52	6186	25,90	107	0,45	505	2,11	721	23 884

Fuente: elaboración propia.

En todas las comunidades autónomas, la categoría mayoritaria fue la de **grado reconocido**, aunque con intensidades diferentes. Los porcentajes más elevados se observaron en **Cataluña** (86,55 %), **Galicia** (81,39 %), **Asturias** (79,69 %), **Aragón** (78,28 %), **Andalucía** (76,09 %) e **Islas Baleares** (75,48 %). También presentaron proporciones relativamente altas la **Comunidad de Madrid** (73,13 %), la **Región de Murcia** (68,52 %), **La Rioja** (66,04 %) y la **Comunidad Valenciana** (65,89 %). En cambio, el porcentaje **de solicitudes que no alcanzaron** el umbral fue especialmente elevado en **Castilla y León** (40,52 %), **País Vasco** (36,19 %) y **Comunidad Valenciana** (33,49 %), mientras que en **Cataluña** (13,45 %), **Galicia** (15,99 %) y **Comunidad de Madrid** (16,32 %)

esta situación tuvo una presencia comparativamente menor. En **Región de Murcia**, la categoría “no alcanza umbral” representó el 25,90 % de los casos, y en **Andalucía** el 23,91 %. Las categorías de **desistimiento o renuncia y no comparece** fueron en general minoritarias, aunque en algunas comunidades alcanzaron cierta relevancia. El porcentaje de no comparecencia fue especialmente alto en **Navarra** (18,33 %), **País Vasco** (18,07 %) y **Cantabria** (12,76 %). En la mayor parte de las comunidades, sin embargo, estas situaciones se mantuvieron en niveles reducidos.

La categoría “No consta” fue residual en la mayoría de los territorios, aunque tuvo cierta presencia en **Castilla-La Mancha** (5278 casos), **Región de Murcia** (721), **Galicia** (244), **La Rioja** (136) y **Navarra** (101). Esta circunstancia debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados, especialmente en aquellas comunidades en las que esta categoría concentra un volumen apreciable de expedientes.

IDEA CLAVE

La mayoría de las solicitudes finalizan con reconocimiento de grado, aunque persisten diferencias territoriales en no alcanzar el umbral, no comparecencia y registros incompletos.

En términos generales, los datos indican que **la mayoría de las solicitudes resueltas culminan con un reconocimiento del grado de discapacidad**, aunque persiste una proporción relevante de expedientes que no alcanzan el umbral requerido o finalizan sin resolución efectiva por otras causas. Este reconocimiento puede ser: **permanente**, en caso de no haber una previsión de ser revisado; **revisable**, en aquellas solicitudes que van acompañadas de un plazo fijado o condición de revisión prevista; **temporal/condicionado**, en solicitudes que tienen una duración limitada debido, entre otras causas a un proceso evolutivo). En este sentido, la **tabla 9** recoge el carácter del reconocimiento establecido en la resolución de las solicitudes, diferenciando entre sus diferentes tipos y teniendo en cuenta aquellos casos en los que el resultado no consta o se encuentra en revisión en el momento de la recogida de datos. En comparación con los indicadores anteriores, los resultados administrativos permiten apreciar con especial claridad diferencias territoriales en la proporción de expedientes que culminan con reconocimiento, que no alcanzan el umbral o que finalizan sin resolución efectiva, lo que sugiere patrones de resolución no completamente homogéneos entre comunidades.

Tabla 9. Carácter del reconocimiento de la discapacidad establecido en la resolución

CC. AA.	Permanente	%	Revisable	%	Temporal/ Condicionado	%	No consta/ En revisión	TOTAL
Andalucía	-	-	-	-	-	-	-	-
Aragón	10 750		1824		-	-	-	10 750
Asturias	16 606		1526		-	-	-	16 606
Cantabria	10 005		579		407	-	-	10 005
Castilla y León	5376		1344		-	-	-	5376
Castilla-La Mancha	1308		494		-	-	-	1308

Cataluña	89 887	15 196	-	154.425	259 508
C. de Madrid	32 441	14 569	-	-	32 441
C. Valenciana	34 103	8581	-	-	34 103
Galicia	45 169	11 417	-	-	45 169
Islas Baleares	-	-	-	-	-
La Rioja	2819	805	-	202	2819
Navarra	697	645	-	-	697
País Vasco	-	-	-	-	-
R. de Murcia	15 395	5 536	-	-	15 395

Fuente: elaboración propia.

De manera general, el **resultado permanente** fue el más frecuente en todas las comunidades para las que se dispone de información. En términos absolutos, las mayores cifras de reconocimientos permanentes se registraron en **Cataluña** (89 887), **Galicia** (45 169), **Comunidad Valenciana** (34 103), **Comunidad de Madrid** (32 441) y **Región de Murcia** (15 395). También fueron numerosos en **Aragón** (10 750), **Cantabria** (10 005) y **Asturias** (16 606). Los **reconocimientos revisables** presentaron un peso menor, aunque significativo en algunas comunidades. Destacaron especialmente **Cataluña** (15 196), **Comunidad de Madrid** (14 569), **Galicia** (11 417) y **Comunidad Valenciana** (8581), así como la **Región de Murcia** (5536). En comunidades con menor volumen global, como **Navarra** (645) o **Castilla-La Mancha** (494), esta categoría también tuvo cierta presencia. Las **situaciones temporales o condicionadas** apenas aparecen recogidas en la mayoría de territorios, con la excepción de **Cantabria**, donde se registraron 407 casos. Por su parte, la categoría “No consta/En revisión” fue residual en las comunidades que la notificaron, destacando **La Rioja** con 202 casos. Cabe señalar que no todas las comunidades aportaron información para este indicador. En **Andalucía**, **Islas Baleares** y **País Vasco** no se dispone de datos, mientras que en algunas tablas autonómicas la categoría “No consta” incluye tanto expedientes pendientes de resolución definitiva como casos para los que no se facilitó un resultado administrativo desagregado. Por ello, los resultados deben interpretarse teniendo presente que esta etiqueta agrupa situaciones distintas: o bien no se dispone del dato, o bien el expediente continúa en revisión y aún no existe un resultado administrativo definitivo con el que clasificarlo.

En conjunto, la información disponible sugiere que, entre las solicitudes con resultado administrativo conocido, **predomina claramente el reconocimiento permanente**, seguido a distancia por las resoluciones revisables, mientras que las resoluciones temporales o condicionadas tienen una presencia muy limitada en el territorio español. Los datos muestran un claro predominio de resoluciones permanentes frente a resoluciones revisables, lo que sugiere una tendencia a decisiones estables en el reconocimiento. No obstante, el volumen significativo de casos revisables en varias comunidades autónomas indica necesidad de seguimiento en una parte relevante. El caso de **Cataluña** y la ausencias de otros datos limitan la comparabilidad y apuntan a posibles inconsistencias de registro.

IDEA CLAVE

Entre los reconocimientos con resultado conocido, predomina claramente el carácter permanente frente al revisable o temporal.

Consideradas en conjunto, las características de las solicitudes muestran un patrón general de **predominio de la tramitación ordinaria, de las solicitudes iniciales y de los expedientes que concluyen con reconocimiento de grado, generalmente con carácter permanente**. Sin embargo, este marco común convive **con diferencias territoriales apreciables** en el volumen de solicitudes resueltas, en el peso relativo de la vía urgente, en la frecuencia de revisiones y en los resultados administrativos de los expedientes. Mientras algunos indicadores parecen reflejar principalmente el tamaño poblacional o la capacidad de gestión de los sistemas autonómicos, otros apuntan a diferencias en la organización del procedimiento, en las prácticas de clasificación y en la accesibilidad a la información. En este sentido, este bloque de resultados relacionados con las solicitudes no solo describe cómo se tramitan y resuelven los expedientes, sino que también sugiere que la experiencia administrativa del proceso de valoración no es completamente uniforme entre comunidades autónomas, **aspecto que debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados posteriores sobre reconocimiento y aplicación del baremo**.

4.3. EL PROCESO DE VALORACIÓN

Aunque los procesos de valoración de la discapacidad presentan una estructura general similar en las distintas comunidades autónomas, cada territorio incorpora particularidades organizativas y procedimentales propias. En este sentido, para comprender adecuadamente cómo se desarrollan en la actualidad estos procesos no solo resulta necesario conocer la secuencia de actuaciones seguida en cada comunidad autónoma, sino también las dificultades que los centros han encontrado en la implantación del nuevo baremo de valoración y en la adaptación al marco vigente. Con este fin, en la segunda fase del estudio se realizaron entrevistas a las personas responsables de los distintos territorios, en las que, entre otras cuestiones, se abordaron tanto la descripción general del procedimiento actualmente aplicado como los principales retos asociados a la implementación del nuevo baremo. La primera pregunta fue la siguiente:

¿Cómo se gestiona, en su centro, el proceso de valoración desde la primera demanda hasta el cierre y seguimiento del caso?

Los resultados de las entrevistas ponen de manifiesto que, pese a la diversidad organizativa entre territorios, los **procedimientos de valoración de la discapacidad comparten una arquitectura común** basada en varias fases sucesivas: recepción de la solicitud, revisión administrativa de requisitos y documentación, cribado técnico inicial, asignación a los perfiles profesionales correspondientes, valoración presencial o por informes y, finalmente, emisión de dictamen y resolución. En varias entrevistas aparece con claridad esta doble naturaleza del proceso, entendido a la vez como procedimiento administrativo y como valoración técnica de la persona. Así, en **Castilla y León** se subraya

expresamente que se trata de “dos ámbitos, el ámbito administrativo y el ámbito técnico”. Del mismo modo, en **Aragón** se resume el circuito como una combinación de “triaje administrativo y triaje técnico”, mientras que en **Andalucía** se describe una “criba previa antes de la cita” para determinar si el caso es físico, psíquico o mixto y decidir “con cuántos/as profesionales se le tiene que pasar” a la persona solicitante. En **Asturias** ese cribado inicial se presenta como una herramienta para detectar urgencias, menores y otros casos que requieren una gestión diferenciada. Este primer resultado sugiere que, aunque existe una secuencia procedimental ampliamente compartida, la forma concreta de ordenar la demanda y de distribuir el trabajo técnico no es uniforme entre territorios, lo que puede tener efectos relevantes sobre los tiempos, la priorización y la experiencia del procedimiento.

Junto a esta base común, las entrevistas reflejan **diferencias en la forma en que cada comunidad organiza internamente sus circuitos**. En algunos territorios destaca una estructura más protocolizada o centralizada. Es el caso de **Islas Baleares**, donde “intervienen dos servicios distintos”, uno con funciones más administrativas y otro centrado en la valoración, además existe un “órgano único” que revisa todos los expedientes para asegurar la homogeneidad de criterios. En **Cataluña y Galicia**, por su parte, se enfatiza el peso del orden de entrada y de la gestión de la lista de espera: en **Galicia**, por ejemplo, se explica que el llamamiento para la valoración se realiza siguiendo un “riguroso orden de entrada”. Frente a ello, en otros territorios se percibe una organización más flexible o más apoyada en la coordinación cotidiana entre profesionales, como ocurre en la **Comunidad Valenciana**, donde se indica que no existe una junta formal de valoración y que muchas decisiones se resuelven en el trabajo diario del equipo. En términos comparados, estos testimonios apuntan a que la diversidad organizativa autonómica no es meramente formal, sino que puede traducirse en formas distintas de aplicar un mismo marco normativo, con posibles diferencias en homogeneidad interna, trazabilidad de las decisiones y capacidad de respuesta.

Otro tema transversal que emerge con fuerza es el **uso creciente de la valoración no presencial o por informes**, aunque con distinto alcance según el territorio. En **Castilla y León** se explica que determinados perfiles, especialmente personas mayores, institucionalizadas o ya valoradas en dependencia, suelen ser valoradas por informe para evitar desplazamientos innecesarios. En **Galicia** se describe un uso creciente de valoraciones que se están haciendo por informes o de forma telefónica en el marco de medidas para responder al elevado volumen de solicitudes, mientras que **Castilla-La Mancha** distingue expresamente entre expedientes susceptibles de valoración presencial y no presencial, reservando a trabajo social un papel destacado en la valoración telefónica de los factores contextuales. Esta combinación entre presencialidad y valoración documental aparece también en **Asturias y Aragón**, donde la decisión se toma tras el cribado técnico inicial, una vez comprobada la suficiencia de la información clínica disponible. También en **Asturias** el equipo de triaje decide si el expediente puede resolverse con la documentación disponible o si es necesaria la citación presencial, y en **Aragón** se vincula esta posibilidad a los criterios estatales y a la disponibilidad de información clínica suficiente en historia electrónica. Todo esto sugiere que la valoración no presencial se ha incorporado como una herramienta organizativa relevante, aunque con una intensidad desigual según el territorio y el tipo de expediente. La extensión de esta modalidad parece responder, sobre todo, a

necesidades de gestión y a la disponibilidad de información previa, lo que refuerza la idea de que las condiciones materiales y organizativas de cada comunidad median de forma importante la aplicación práctica del procedimiento.

Las entrevistas también permiten apreciar que el funcionamiento efectivo del procedimiento depende en gran medida de **factores vinculados a los recursos disponibles y a la organización interna**. Varias comunidades destacan el papel del triaje como mecanismo para ordenar la demanda y detectar casos prioritarios, como señalan **Asturias** y **Andalucía**. Otras insisten en la importancia de la digitalización y la interoperabilidad: **Aragón** describe un sistema en el que la solicitud puede presentarse por web y volcarse automáticamente a la aplicación de gestión, con acceso además a plataformas de intermediación y a la historia clínica electrónica. En contraste, en otros territorios persisten circuitos más híbridos o más apoyados en documentación en papel, como es el caso de **Castilla-La Mancha**. Del mismo modo, en varias entrevistas aparecen como condicionantes relevantes la disponibilidad de profesionales, especialmente del área sanitaria, la organización de agendas y la gestión de las listas de espera. En suma, el análisis cualitativo muestra que las comunidades aplican un esquema procedimental reconocible y compartido, pero lo desarrollan mediante arreglos organizativos propios, condicionados por sus recursos, su nivel de digitalización y el volumen de demanda que deben atender.

En este sentido, el proceso de valoración aparece como un ámbito en el que la existencia de un baremo común no elimina la posibilidad de diferencias territoriales en su implementación efectiva, lo que enlaza con la idea que transmite este informe sobre la distancia entre la homogeneidad normativa y la diversidad real de las prácticas de valoración.

IDEA CLAVE

Existe un procedimiento común de valoración, pero su implementación varía según organización, recursos y digitalización, generando experiencias y resultados desiguales.

Sin duda, la implantación del Real Decreto 888/2022 exigió un proceso de adaptación organizativa, técnica y profesional de considerable intensidad para los centros de valoración españoles. Con el fin de conocer los pormenores de este proceso de adaptación, durante la entrevista con las personas responsables de los diferentes territorios, se formuló la siguiente pregunta:

¿Podría describir las medidas o ajustes que ha implementado su centro para adaptarse a los requerimientos establecidos en el Real Decreto 888/2022?

Aunque la naturaleza y alcance de los ajustes no fue idéntica en todas las comunidades autónomas, las respuestas coinciden en señalar cuatro grandes ámbitos de adaptación: la formación de los equipos, la reorganización de tiempos y cargas de trabajo, la integración informática del aplicativo del nuevo baremo en los sistemas propios y la incorporación o redefinición de perfiles profesionales.

Uno de los elementos más reiterados fue la **necesidad de formación y acompañamiento técnico**. Varias comunidades destacaron que el cambio no consistió únicamente en aprender una nueva herramienta, sino en asumir una nueva lógica de valoración. **Galicia** subraya que al principio los técnicos estaban “un poco perdidos, un poco desorientados”, y que hubo muchas quejas por la “falta de información en el uso de la nueva herramienta”. Por otra parte, en **Madrid** se señala que los y las profesionales necesitaban “un aprendizaje y un conocimiento del baremo, de los cambios en cuanto a la filosofía del baremo y sobre todo de la utilización de la propia herramienta”, lo que obligó a reducir citas y a intensificar la puesta en común entre equipos. En **Castilla y León** se describe este proceso como un “ajuste complejo que exigió toda una capacitación profesional” para aterrizar un baremo “amplio, complejo, profundo”. Estas respuestas sugieren que la incorporación del nuevo marco no dependió solo de la existencia de una nueva norma, sino de la capacidad de los equipos para traducirla a criterios operativos compartidos, algo que no se produjo con la misma facilidad en todos los territorios.

Junto a la formación, el segundo gran bloque de adaptaciones se relaciona con el **impacto del nuevo baremo en los tiempos de valoración y en la organización del trabajo**. En varias comunidades se señaló que el nuevo sistema obligó a reducir el número de citas diarias, al requerir más tiempo por expediente. En el **País Vasco** se explica que pasaron de hacer “ocho valoraciones al día a seis, porque es más largo el proceso, lo que generó un tapón enorme y unos plazos absolutamente descontrolados”. De forma similar, en **Cantabria** se reconoce que no han conseguido volver a los ritmos previos y que “seguimos citando seis”, mientras que en **Castilla-La Mancha** se describe un impacto muy intenso sobre la lista de espera: “estábamos en 10 meses antes de la aplicación y nos fuimos casi a 20”. En **Baleares** también se ajustó temporalmente la carga de valoraciones por profesional, especialmente en el caso de los perfiles sanitarios, para facilitar la adaptación al nuevo modelo. En el caso de **Madrid**, esa reducción se vinculó a la necesidad de valorar “de manera más exhaustiva y con la tranquilidad de que se estaban haciendo de manera correcta”. Comparativamente, este patrón refuerza la idea de que la ampliación conceptual del baremo hacia dimensiones más complejas del funcionamiento no es neutra desde el punto de vista organizativo: exige más tiempo, más coordinación y, en muchos casos, una revisión de los ritmos de trabajo previos.

Un tercer eje de adaptación se refiere a los **sistemas informáticos**. En este punto, varias entrevistas muestran que buena parte del esfuerzo inicial no estuvo tanto en la valoración clínica o funcional, sino en hacer posible la convivencia entre el nuevo aplicativo y los aplicativos de gestión ya existentes. **Asturias** resume esta dificultad al señalar que “era imposible que se entendieran la CDV [aplicativo autonómico]... con la calculadora... del baremo nuevo” y que todavía siguen trabajando en adaptar la herramienta. **Castilla-La Mancha** describe un “esfuerzo extraordinario” de los servicios informáticos para que todas las aplicaciones del baremo tuvieran reflejo en la aplicación autonómica, mientras que **Cantabria** relata un proceso especialmente complejo, coincidente además con un cambio de empresa informática y con el diseño desde cero de resoluciones y dictámenes. También en **Comunidad Valenciana** se subraya la dificultad de trabajar con “dos programas diferentes”, uno para la gestión y otro para la valoración. Aquí las diferencias territoriales parecen estar relacionadas menos con el

contenido del baremo que con el punto de partida tecnológico de cada sistema, lo que introduce una fuente adicional de desigualdad en la velocidad y en la calidad de la implantación del modelo.

Finalmente, las entrevistas reflejan que el nuevo marco normativo abrió la puerta a una **redefinición de los equipos profesionales y circuitos de valoración**. Esta cuestión aparece con claridad en **Aragón**, que destaca la incorporación de “otros perfiles como pueden ser terapia ocupacional, enfermería”, y en **Andalucía**, donde se afirma que se está intentando “romper esto del equipo tradicional” formado por médico/a, psicólogo/a y trabajador/a social, incorporando terapeutas ocupacionales y personal de enfermería para determinados colectivos. **Cataluña** también describe como una de sus principales adaptaciones la introducción de terapeutas ocupacionales, aunque reconoce que “está costando mucho a todos los niveles”. **Navarra** presenta un cambio menos disruptivo, pero igualmente significativo, al señalar que una función que antes realizaba una médica ahora la asume una terapeuta ocupacional. En conjunto, estas respuestas muestran que la aplicación del nuevo real decreto no solo ha supuesto una transformación técnica del baremo, sino también una reconfiguración progresiva de los equipos y de los flujos de trabajo. En este punto, el cambio normativo parece haber actuado como catalizador de una reorganización más amplia del proceso valorativo, coherente con un enfoque biopsicosocial, aunque su desarrollo efectivo sigue dependiendo de la disponibilidad de perfiles y de la capacidad de cada comunidad para integrarlos de manera estable.

IDEA CLAVE

La implementación del nuevo baremo exigió cambios en formación, tiempos, sistemas y equipos, evidenciando una adaptación desigual condicionada por recursos y organización.

Con el fin de conocer las principales dificultades que surgieron en la aplicación del nuevo baremo de valoración de la discapacidad en los respectivos centros, se formuló la siguiente pregunta:

¿Cuáles fueron las dificultades más relevantes que se encontraron para aplicar el modelo de valoración establecido en el RD888/2022, tanto en recursos humanos como en medios técnicos?

Las respuestas a esta segunda pregunta de la entrevista muestran que la implantación del nuevo sistema de valoración supuso un proceso de adaptación complejo, aunque con intensidad desigual entre comunidades. De manera transversal, emergen cuatro grandes tipos de dificultades: la adaptación técnica al nuevo modelo de valoración, la necesidad de formación y construcción de criterios compartidos, los problemas informáticos asociados a la herramienta y a la interoperabilidad con los sistemas propios de cada comunidad, y el impacto organizativo derivado del aumento del tiempo de valoración y de la presión sobre los equipos.

Una de las ideas más repetidas en las entrevistas fue que el nuevo baremo exige una **lógica de trabajo más compleja y más laboriosa** que la anterior, tanto por su estructura técnica como por el volumen de información que requiere registrar. En **Castilla y León** se resume esta percepción señalando que se trata de “un baremo prolijo, complejo y complejo con muchas tablas”, y que “hasta que vas formándote un criterio técnico... tiene que conllevar evidentemente tiempo”. En **La Rioja**, esta misma dificultad se expresa de manera especialmente clara al indicar que “costaba mucho más, hay que rellenar muchos ítems” y que el proceso resultaba “muy muy laborioso”, tanto en la exploración como en la incorporación posterior de la información a las aplicaciones. En la **Comunidad Valenciana** también se alude a la necesidad de “cambiar el chip”, no solo por el aplicativo, sino por el hecho de pasar de trabajar con un único baremo a “funcionar con dos baremos”, lo que alteró de forma importante la práctica habitual de los equipos. Estas respuestas permiten interpretar que el nuevo modelo no solo añade contenidos, sino que modifica la propia lógica del trabajo valorativo, haciendo más visible la distancia entre un marco normativo biopsicosocial más amplio y unas rutinas profesionales previamente construidas en torno a esquemas más centrados en la deficiencia.

Muy vinculada a esta complejidad, y de manera similar a lo mencionado en el apartado de ajustes al nuevo modelo, aparece la **necesidad de formación** y de generación progresiva de seguridad técnica entre los y las profesionales. Varias comunidades describen un periodo inicial de desorientación, dudas y necesidad continua de contraste entre equipos. En **Galicia** se afirma que “los técnicos encontraron muchísimas dificultades” y que reclamaban formación continuamente, percibiendo que la que se estaba ofreciendo era “poco precisa y precaria”. La misma entrevista recoge una idea especialmente expresiva sobre esa inseguridad inicial: “tenían que ayudarles en algo en lo que no sentían ningún tipo de seguridad, en lo que más que respuestas tenían preguntas”. En **Madrid** se señala igualmente que, aunque muchos/as profesionales tenían amplia experiencia previa, “necesitaban un aprendizaje y un conocimiento del baremo, de los cambios en cuanto a la filosofía del baremo y sobre todo de la utilización de la propia herramienta del nuevo baremo”, lo que obligó a reducir citas y a intensificar la puesta en común entre equipos. En el **País Vasco** también se menciona que persistieron dudas y que “sigue habiendo diferencias en la claridad y uniformidad a la hora de aplicar el baremo”, lo que apunta a la dificultad de consolidar criterios homogéneos en la práctica cotidiana. Estos resultados muestran que uno de los principales retos de implantación de la nueva normativa no fue solo aplicar una nueva herramienta, sino alcanzar una interpretación suficientemente compartida del modelo, aspecto clave para reducir variaciones entre equipos y territorios.

Otro gran bloque de dificultades se refiere a la **dimensión informática**. Esta cuestión ya fue mencionada como una de las principales adaptaciones que tuvieron que realizar los centros para ajustarse a la nueva normativa. En varias comunidades, los principales problemas en el ámbito informático no se atribuyen tanto al contenido técnico del baremo como a su integración en sistemas de gestión previos, a menudo antiguos o poco preparados para el cambio. **Andalucía** expresa esta cuestión con gran claridad al afirmar que “la principal con diferencia ha sido la interoperabilidad a nivel informático”, añadiendo que su sistema de tramitación “es antiguo, es obsoleto,

cualquier cosa que tú le intentes hacer o que tú intentes encajar con algo más moderno, pues choca”. **Cataluña** formula una preocupación muy similar al señalar que cuentan con “un problema informático muy antiguo” y que, aunque el nuevo programa ofrece determinadas funcionalidades, “no las podemos hacer en Cataluña porque como se vuelca en nuestro aplicativo y es tan antiguo, entonces aquí hemos tenido un gran problema”. En **Baleares** también se afirma que “lo más difícil fue el tema informático”, mientras que en **Asturias** se explica que la herramienta previa estaba “preparada y ajustada al antiguo decreto y hubo que hacer muchas adaptaciones”. Incluso en comunidades donde la implantación técnica fue más fluida, como **Navarra**, se reconoce que “nos ha costado, como toda aplicación informática, conocer un poco los trucos” y que durante la fase inicial de implantación surgieron algunas incidencias. Este tipo de dificultades apunta a que la implementación real del modelo depende en gran medida de infraestructuras técnicas desiguales, lo que puede generar condiciones de aplicación distintas entre territorios incluso cuando el referente normativo es el mismo.

Finalmente, las entrevistas muestran que la aplicación del nuevo baremo tuvo consecuencias directas en la **organización del trabajo y en la capacidad de respuesta** de los centros. Varias comunidades destacan que el nuevo modelo requiere más tiempo por expediente, obliga a revisar ritmos de trabajo y ha tenido efectos en las listas de espera, en la productividad o en la gestión de recursos. En **Madrid** se explica que la implantación supuso “una reducción de citas de valoración para poder hacerlas de manera más exhaustiva y con la tranquilidad de que se estaban haciendo de manera correcta”, lo que a su vez generó “una demora en la propia gestión de las solicitudes y un aumento de las listas”. En la **Comunidad Valenciana** se afirma de forma muy directa que “este es un baremo que requiere más trabajo y no puedes exigir lo mismo que con el anterior baremo”. En el **País Vasco** se describe un escenario de especial tensión organizativa: “teníamos el doble de recursos, menos valoraciones al día y, bueno, pues un atasco importante”, añadiendo que “ha sido un tiempo duro” por la presión simultánea para responder con rapidez sin sobrecargar más a los equipos. En **Castilla-La Mancha**, por el contrario, se pone el acento en las medidas de refuerzo desplegadas para acompañar la implantación, indicando que la comunidad contrató nuevos valoradores, incorporó terapeutas ocupacionales, hizo obras arquitectónicas y adaptó tanto los centros como los sistemas informáticos.

A pesar de estas dificultades, las entrevistas también sugieren que muchas de ellas fueron especialmente intensas en la fase inicial de implantación y que, con el tiempo, los equipos han ido adquiriendo mayor familiaridad con el baremo y con las herramientas asociadas. Algunas comunidades, como **Navarra**, refieren una transición relativamente menos problemática debido a la formación previa y al conocimiento temprano del modelo, mientras que otras insisten en que el principal reto no residió en el baremo en sí, sino en las condiciones materiales y organizativas necesarias para aplicarlo. Estos resultados muestran que la puesta en marcha del nuevo baremo supuso un esfuerzo de adaptación técnica, organizativa e informática considerable, cuyo impacto ha dependido en gran medida del grado de preparación previa, de la estabilidad de los equipos y de la capacidad de cada territorio para acompañar el cambio con formación, recursos y ajustes internos.

IDEA CLAVE

La implantación del nuevo baremo generó dificultades técnicas, formativas, informáticas y organizativas, con impacto desigual según preparación, recursos y sistemas disponibles en las comunidades.

En conjunto, de los resultados de este apartado se puede interpretar que la implantación del Real Decreto 888/2022 ha sido desigual no en sus objetivos formales, sino en las condiciones concretas para hacerlos operativos en cada uno de los territorios. De este modo, el análisis cualitativo realizado refuerza una de las ideas centrales de este informe: el avance normativo hacia un modelo más biopsicosocial no elimina por sí mismo las diferencias territoriales ni garantiza una aplicación homogénea, ya que su traducción práctica depende de recursos, sistemas de información, organización interna y capacidad técnica disponibles en cada comunidad autónoma.

4.4. PERFILES DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA

La **tabla 10** presenta la distribución de los resultados de las valoraciones realizadas en los centros de las distintas comunidades autónomas durante el último año en relación con el **grado final de discapacidad reconocido**, obtenido a partir de la integración de las cuatro dimensiones establecidas en el Real Decreto 888/2022: baremo de deficiencia global de la persona (BDGP), baremo de limitaciones en la actividad (BLA), baremo de restricciones en la participación (BRP-QD) y baremo de factores contextuales o barreras ambientales (BFCA).

Los porcentajes de la tabla se han calculado sobre el total de solicitudes en las que consta el grado final de discapacidad. De acuerdo con el nuevo sistema de valoración, los porcentajes de discapacidad se agrupan en clases: la clase 0 corresponde a una **discapacidad insignificante o sin limitación funcional aparente** (0-4 %); la clase 1, a una **discapacidad leve** (5-24 %); la clase 2, a una **discapacidad moderada** (25-49 %); la clase 3, a una **discapacidad grave** (50-95 %); y la clase 4, a una **discapacidad total** (96-100 %).

Tabla 10. Grado final de discapacidad reconocido en cada comunidad autónoma

CC. AA.	CLASE 0. Insignificante: 0-4 %		CLASE 1. Leve: 5-24 %		CLASE 2. Moderada: 25-49 %		CLASE 3. Grave: 50-95 %		CLASE 4. Total: 96-100 %	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	4818	2,28	40 229	19,00	91 470	43,21	54 760	25,87	1842	0,87
Aragón	186	1,50	3020	24,31	5868	47,24	507	4,08	220	1,77
Asturias	273	0,96	3860	13,52	11 300	39,57	8990	31,48	184	0,64
Cantabria	158	1,17	2873	21,27	4926	36,46	3015	22,32	19	0,14
Castilla y										
León	425	4,65	1517	16,60	2588	28,32	1805	19,75	60	0,66
Castilla-La										
Mancha	128	1,53	2117	25,34	3702	44,32	1561	18,69	15	0,18

Cataluña	622	0,52	12 538	10,51	39 952	33,48	51 749	43,36	241	0,20
C. de Madrid	1011	1,49	8716	12,82	26 935	39,61	20 083	29,54	758	1,11
C. Valenciana	1273	2,24	12 074	21,21	15 338	26,94	13 744	24,14	209	0,37
Galicia	863	1,63	7181	13,53	21 411	40,33	13 659	25,73	724	1,36
Islas Baleares	260	1,44	2518	13,96	7058	39,13	4611	25,57	37	0,21
La Rioja	64	1,37	724	15,49	1550	33,16	1276	27,30	14	0,30
Navarra	10	0,67	130	8,72	706	47,35	485	32,53	17	1,14
País Vasco	452	7,52	1089	18,11	1869	31,08	990	16,46	16	0,27
R. de Murcia	327	1,22	3949	14,77	8382	31,35	7830	29,28	64	0,24

Fuente: elaboración propia.

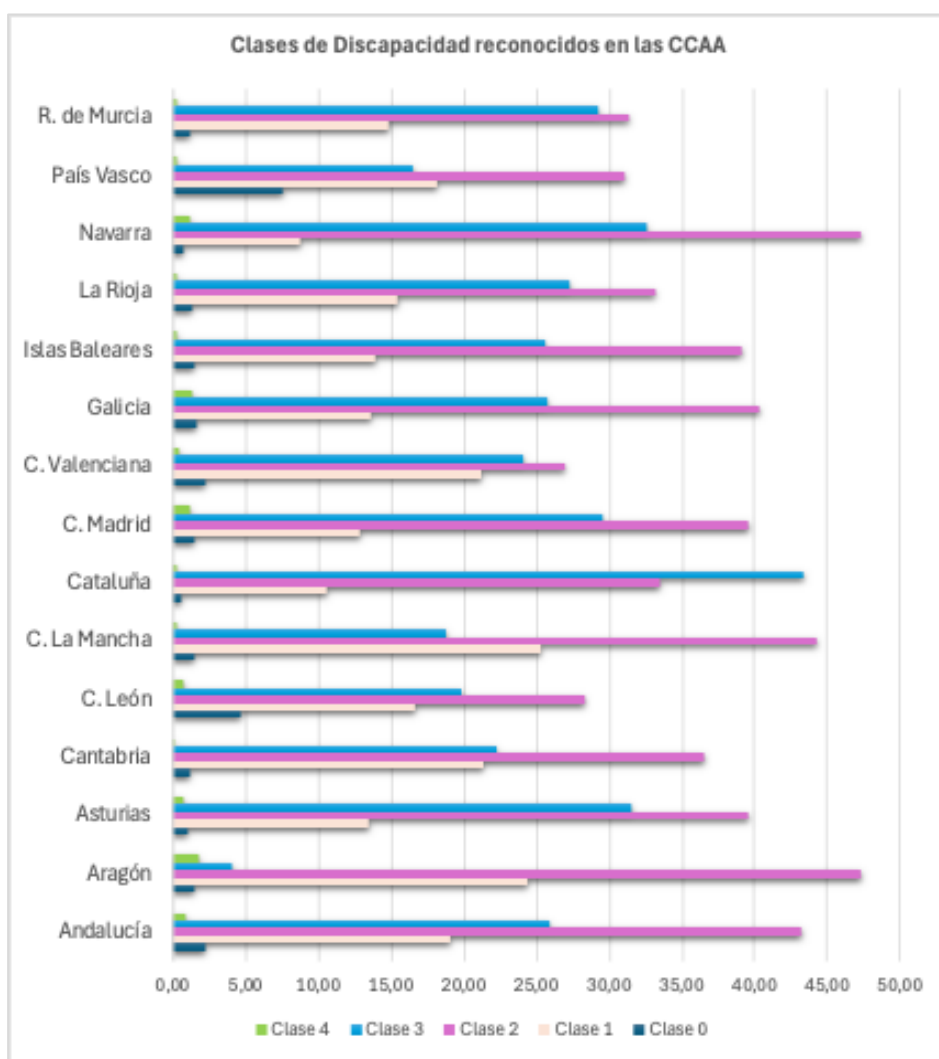
En términos generales, los resultados muestran que la **clase 2 (discapacidad moderada)** fue la categoría más frecuente en la mayor parte de las comunidades autónomas, lo que indica que los reconocimientos se concentran principalmente en porcentajes intermedios de discapacidad. Este predominio fue especialmente visible en **Aragón (47,24 %)**, **Navarra (47,35 %)**, **Castilla-La Mancha (44,32 %)**, **Andalucía (43,21 %)**, **Galicia (40,33 %)**, **Comunidad de Madrid (39,61 %)**, **Asturias (39,57 %)** e **Islas Baleares (39,13 %)**. También fue la clase más frecuente en **Cantabria (36,46 %)**, **La Rioja (33,16 %)**, **País Vasco (31,08 %)** y **Región de Murcia (31,35 %)**. Solo en algunas comunidades el patrón fue distinto: en **Cataluña**, la clase más frecuente fue la clase 3 (discapacidad grave), con un 43,36 %, mientras que en la **Comunidad Valenciana** la distribución fue más equilibrada, aunque con un ligero predominio de la clase 2 (26,94 %) sobre la clase 3 (24,14 %) y la clase 1 (21,21 %). Esto indica que la fotografía general que ofrece el grado final reconocido no es la de una discapacidad situada en los extremos, sino la de un perfil predominantemente intermedio, aunque con territorios en los que el peso de las situaciones graves adquiere una relevancia claramente mayor, como ocurre en Cataluña, Navarra, Asturias o Madrid.

La **clase 3, correspondiente a discapacidad grave**, constituyó en términos generales la segunda categoría más frecuente, lo que refuerza la idea de que una parte importante de las valoraciones resueltas se sitúa en niveles medios-altos de afectación funcional. Sus porcentajes fueron particularmente elevados en **Cataluña (43,36 %)**, **Navarra (32,53 %)**, **Asturias (31,48 %)**, **Comunidad de Madrid (29,54 %)** y **Región de Murcia (29,28 %)**. En un tercer nivel se situó habitualmente la **clase 1 (discapacidad leve)**, con valores que oscilaron entre el 8,72 % de **Navarra** y el 25,34 % de **Castilla-La Mancha**. En conjunto, este patrón confirma que los reconocimientos se concentran sobre todo en las clases moderada y grave, mientras que la discapacidad leve ocupa una posición intermedia. Por el contrario, las clases extremas fueron claramente menos frecuentes.

La **clase 4 (discapacidad total)** presentó porcentajes muy reducidos en todas las comunidades autónomas, sin superar en ningún caso el 1,77 % registrado en **Aragón**. También mostraron proporciones algo superiores a la media **Andalucía (0,87 %)**, **Galicia (1,36 %)**, **Navarra (1,14 %)** y **Comunidad de Madrid (1,11 %)**, aunque en todos los casos siguieron siendo valores muy bajos. Del mismo modo, la **clase 0 (discapacidad insignificante o sin limitación funcional)** tuvo una presencia limitada en la mayoría de

los territorios, generalmente por debajo del 3 %. No obstante, destaca de forma clara el caso del **País Vasco**, donde esta categoría alcanzó un 7,52 %, porcentaje notablemente superior al observado en el resto de comunidades. También **Castilla y León** presentó una proporción relativamente alta dentro de esta clase (4,65 %), mientras que en territorios como **Cataluña** (0,52 %), **Navarra** (0,67 %) o **Asturias** (0,96 %) su presencia fue especialmente reducida. Esta información puede verse de manera visual reflejada en la **figura 2**, que refleja los tipos de discapacidad más reconocidos a nivel tanto global como dentro de la misma comunidad. La distribución del grado final reconocido muestra un claro predominio de grados moderados y graves en la mayoría de comunidades, lo que indica que el sistema concentra el reconocimiento en niveles intermedios y altos de discapacidad.

Figura 4. Clases de discapacidad reconocidas en las comunidades autónomas



Fuente: elaboración propia.

Además del grado final de discapacidad reconocido, se recogió información sobre dos indicadores complementarios de especial relevancia funcional: el **reconocimiento de necesidad de tercera persona** y el **reconocimiento de dificultades de movilidad**. El primero hace referencia al número de personas a las que se les ha reconocido la necesidad de apoyo de otra persona para el desarrollo de actividades

básicas de la vida diaria, ya sea en forma de asistencia personal o como expresión de una situación de dependencia funcional. El segundo indicador se refiere al número de personas a las que se les ha reconocido la existencia de dificultades de movilidad, lo que puede dar lugar, entre otros efectos, al acceso a la tarjeta de estacionamiento o al reconocimiento de movilidad reducida conforme al baremo correspondiente.

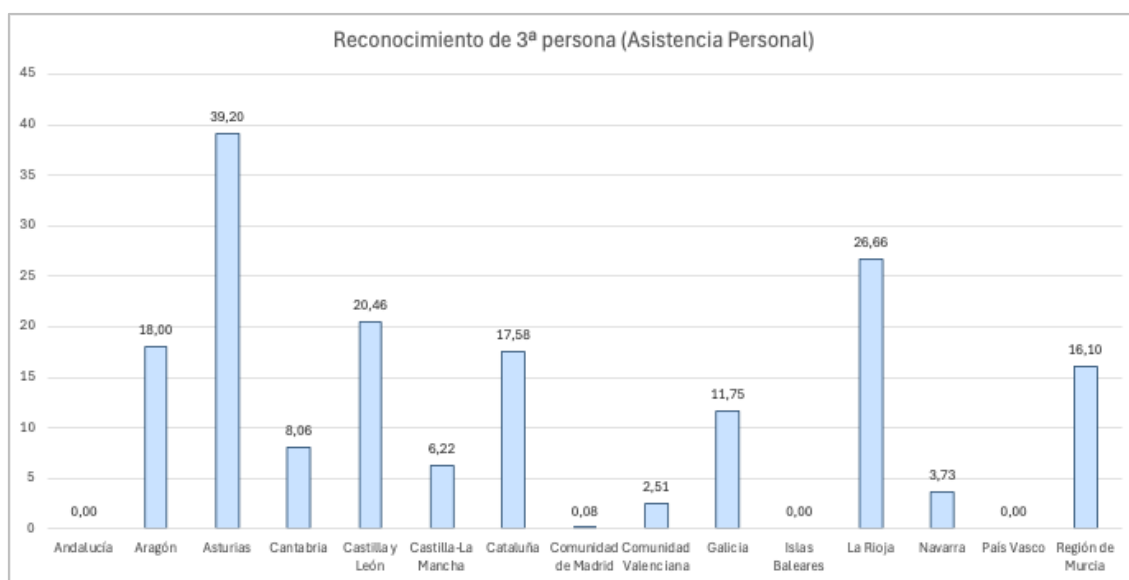
En relación con la **necesidad de tercera persona**, los resultados muestran una notable variabilidad entre comunidades autónomas. Los porcentajes más elevados se registraron en **Asturias** (39,20 %), seguida de **La Rioja** (26,66 %), **Castilla y León** (20,46 %), **Aragón** (18,00 %), **Cataluña** (17,58 %) y la **Región de Murcia** (16,10 %). En un nivel intermedio se situaron **Galicia** (11,75 %), **Cantabria** (8,06 %) y **Castilla-La Mancha** (6,22 %), mientras que los porcentajes fueron más reducidos en **Navarra** (3,73 %) y **Comunidad Valenciana** (2,51 %). En conjunto, la distribución observada sugiere diferencias territoriales importantes en el peso de este indicador dentro de las valoraciones resueltas.

La **figura 5** muestra los porcentajes de personas a las que se les reconoció la necesidad de una tercera persona. La amplitud de esta variación, desde porcentajes muy reducidos hasta cifras especialmente elevadas como las de **Asturias**, muestra que este indicador no presenta una distribución homogénea entre territorios.

IDEA CLAVE

El reconocimiento de necesidad de tercera persona presenta una distribución muy desigual entre territorios, con porcentajes especialmente elevados en algunas comunidades.

Figura 5. Tercera persona reconocida en cada comunidad autónoma



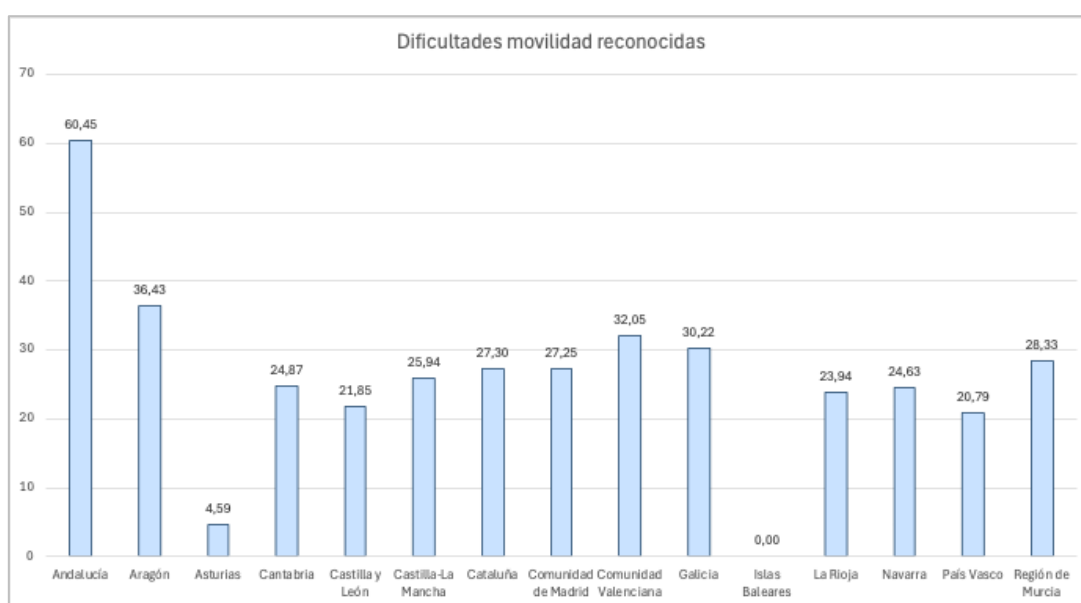
Fuente: elaboración propia.

En cuanto al **reconocimiento de dificultades de movilidad**, los resultados reflejan una presencia más extendida y, en general, porcentajes más elevados que en el caso anterior. Destaca especialmente **Andalucía**, con un 60,45 %, muy por encima del resto de comunidades. A continuación, se sitúan **Aragón** (36,43 %), **Comunidad**

Valenciana (32,05 %) y **Galicia** (30,22 %). También presentan porcentajes relativamente altos la **Región de Murcia** (28,03 %), **Cataluña** (27,30 %), **Comunidad de Madrid** (27,28 %) y **Castilla-La Mancha** (25,54 %). En una posición intermedia se encuentran **Cantabria** (24,67 %), **Navarra** (24,63 %) y **La Rioja** (23,54 %), mientras que los valores más bajos, excluyendo los casos nulos, corresponden a **Castilla y León** (21,85 %) y **País Vasco** (20,79 %) y finalmente, **Asturias**, con un 4,09 %.

La **figura 6** ilustra la distribución de reconocimientos de dificultades de movilidad en los diferentes territorios. En comparación con la necesidad de tercera persona, la movilidad reducida aparece como un rasgo funcional más extendido en el conjunto de la muestra, aunque con contrastes muy acusados entre comunidades y con casos especialmente singulares, como **Andalucía** por su elevado porcentaje o **Asturias** por situarse claramente por debajo del resto.

Figura 6. Dificultades de movilidad reconocidas en cada comunidad autónoma



Fuente: elaboración propia.

IDEA CLAVE

Las dificultades de movilidad aparecen con mayor frecuencia que la necesidad de tercera persona y muestran un peso funcional importante en buena parte del territorio.

En cuanto a la **deficiencia global de la persona**, el nuevo baremo recoge la evaluación de las funciones y estructuras corporales como base inicial para determinar la gravedad de los problemas de funcionamiento. Según el Real Decreto 888/2022, la **dimensión BDGP (Baremo de Evaluación de la Deficiencia Global de la Persona)** constituye, con carácter general, el criterio principal de inclusión en una clase de discapacidad y se fundamenta en la evidencia clínica disponible, especialmente en la historia clínica, la exploración clínica y las pruebas complementarias debidamente documentadas. Su valoración se organiza por grandes dominios y sistemas corporales

que permiten obtener una puntuación global de deficiencia que posteriormente se contrasta y ajusta con el resto de dimensiones para alcanzar el grado final de discapacidad.

La **tabla 11** recoge la distribución del nivel de deficiencia global de la persona a partir de la dimensión BDGP, organizada en cinco clases de gravedad. Estas clases abarcan desde la Clase 0, que corresponde a una deficiencia insignificante o sin limitación funcional aparente y agrupa los porcentajes comprendidos entre el 0 % y el 4 %, hasta la Clase 4, que representa un nivel de deficiencia total y comprende los porcentajes situados entre el 96 % y el 100 %.

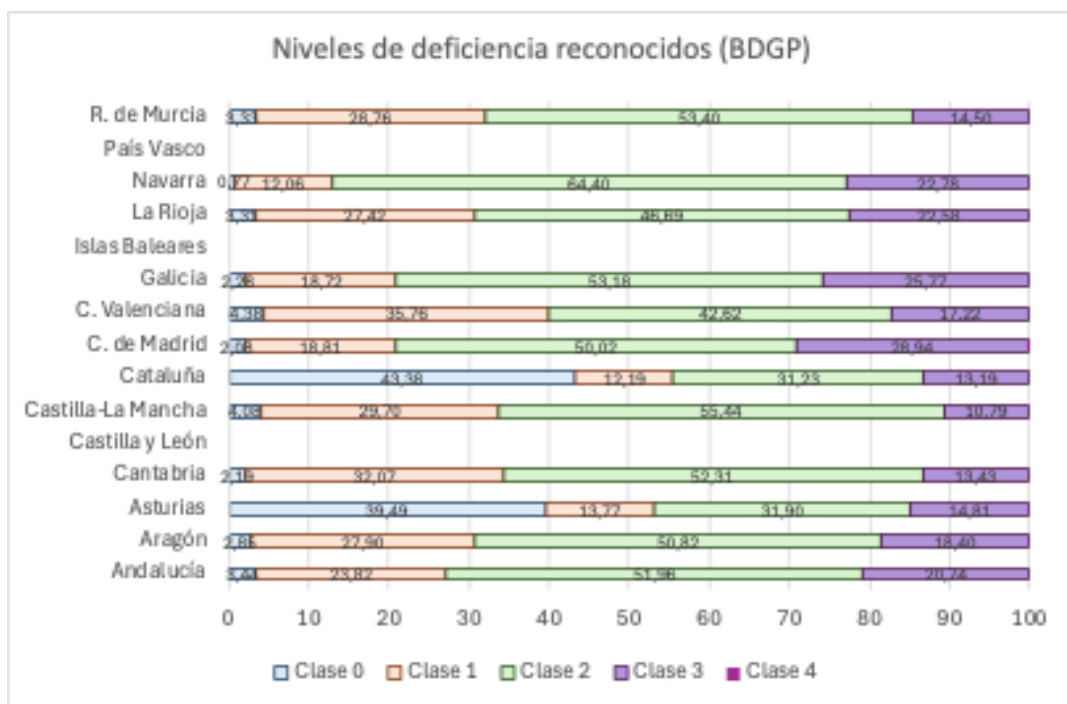
Tabla 11. Nivel de deficiencia global reconocido durante el proceso de valoración

CC. AA.	CLASE 0. Insignificante (0-4 %)		CLASE 1. Leve (5-24 %)		CLASE 2. Moderada (25-49 %)		CLASE 3. Grave (50-95 %)		CLASE 4. Total (96-100 %)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	5695	3,44	39 376	23,82	85 903	51,96	34 297	20,74	57	0,03
Aragón	277	2,85	2712	27,90	4940	50,82	1789	18,40	3	0,03
Asturias	9718	39,49	3388	13,77	7850	31,90	3645	14,81	6	0,02
Cantabria	197	2,19	2890	32,07	4714	52,31	1210	13,43	-	-
Castilla y León	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	141	4,08	1027	29,70	1917	55,44	373	10,79	-	-
Cataluña	45 589	43,38	12 808	12,19	32 828	31,23	13 864	13,19	14	0,01
C. de Madrid	986	2,08	8895	18,81	23 656	50,02	13 688	28,94	72	0,15
C. Valenciana	1484	4,38	12 103	35,76	14 427	42,62	5830	17,22	3	0,01
Galicia	895	2,28	7336	18,72	20 834	53,18	10 096	25,77	17	0,04
Islas Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Rioja	28	3,31	232	27,42	395	46,69	191	22,58	-	-
Navarra	8	0,77	126	12,06	673	64,40	238	22,78	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. de Murcia	499	3,33	4305	28,76	7993	53,40	2170	14,50	1	0,01

Fuente: elaboración propia.

En la **figura 7** se ilustra gráficamente la distribución porcentual de los niveles de deficiencia global de la persona (BDGP) en los distintos territorios para las que se dispone de información. La tabla 11 permite consultar el detalle de frecuencias absolutas y porcentajes en cada clase.

Figura 7. Nivel de deficiencia reconocido en la dimensión BDGP



Fuente: elaboración propia.

En términos generales, los resultados reflejan un **claro predominio de las clases intermedias de gravedad, especialmente de la Clase 2 (deficiencia moderada)**, que constituye la categoría más frecuente en la mayoría de los territorios analizados. Este patrón se observa con especial claridad en **Navarra (64,40 %)**, **Castilla-La Mancha (55,44 %)**, **Galicia (53,18 %)**, **Región de Murcia (53,40 %)**, **Cantabria (52,31 %)**, **Andalucía (51,96 %)**, **Aragón (50,82 %)** y **Comunidad de Madrid (50,02 %)**. También en la **Comunidad Valenciana** la Clase 2 fue la más numerosa, aunque con un peso algo menor (42,62 %). La imagen general del BDGP es, por tanto, la de una deficiencia global situada sobre todo en niveles moderados, lo que resulta coherente con el patrón ya observado en el grado final reconocido descrito anteriormente.

Junto a ello, la **Clase 3 (deficiencia grave)** ocupó generalmente la segunda posición en la distribución, si bien con una presencia desigual entre territorios. Su peso fue relativamente elevado en la **Comunidad de Madrid (28,94 %)**, **Galicia (25,77 %)**, **Navarra (22,78 %)** y **La Rioja (22,58 %)**, mientras que en otras comunidades su proporción fue más contenida, como en **Castilla-La Mancha (10,79 %)** o **Cantabria (13,43 %)**. Por su parte, la **Clase 1 (deficiencia leve)** presentó una frecuencia intermedia, con valores especialmente altos en la **Comunidad Valenciana (35,76 %)** y **Cantabria (32,07 %)**, mientras que en otras comunidades su peso fue menor, como en **Navarra (12,06 %)**, **Cataluña (12,19 %)** o **Asturias (13,77 %)**.

La distribución más singular corresponde a **Cataluña y Asturias**, que se apartan del patrón general observado en el resto de territorios. En **Cataluña**, la categoría predominante fue la **Clase 0 (deficiencia insignificante)**, con un 43,38 %, seguida de la Clase 2 (31,23 %), mientras que en **Asturias** también destacó de manera notable la

Clase 0, que alcanzó el 39,49 %, por encima incluso de la Clase 2 (31,90 %). Estas dos comunidades son las únicas en las que la clase 0 adquiere un peso claramente superior al observado en el resto de territorios, donde esta categoría se mantiene en valores reducidos, generalmente por debajo del 5 %. Este rasgo convierte a Cataluña y Asturias en los casos más singulares de la dimensión BDGP, al desplazar el centro de gravedad de la distribución hacia niveles de deficiencia muy bajos, en contraste con lo observado en la mayor parte del territorio.

En el extremo opuesto, la **Clase 4 (deficiencia total)** tuvo una presencia prácticamente residual en todas las comunidades autónomas. Allí donde se registró, sus porcentajes fueron muy bajos, oscilando entre el 0,01 % y el 0,15 %, lo que confirma que las situaciones de deficiencia total representan una proporción muy pequeña del conjunto de valoraciones realizadas. En varias comunidades, esta categoría ni siquiera presentó casos registrados.

En definitiva, la representación gráfica permite apreciar con claridad que los niveles de deficiencia global reconocidos se concentran principalmente en la Clase 2, seguida, en la mayoría de los casos, por las Clases 1 y 3, mientras que la Clase 4 apenas aparece. Como principal excepción al patrón general, **Cataluña y Asturias** muestran una distribución claramente desplazada hacia la Clase 0, lo que constituye el rasgo diferencial más destacado de este indicador entre comunidades autónomas. Debe señalarse, no obstante, que para **Castilla y León, Islas Baleares y País Vasco** no se dispone de información en esta dimensión.

A continuación, se presentan una serie de figuras que muestran la distribución porcentual de los distintos tipos de alteraciones en las estructuras y funciones corporales en aquellas comunidades autónomas para las que se dispuso de información desagregada. En conjunto, estas representaciones permiten obtener una fotografía comparativa del perfil de la discapacidad reconocida en los distintos territorios a partir de la dimensión BDGP, al reflejar el peso relativo de cada tipo de deficiencia dentro del conjunto de valoraciones realizadas.

La **figura 8** representa la distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones mentales y estructuras del sistema nervioso**. Los porcentajes observados oscilan entre el 18,37 % de **Cantabria** y el 59,41 % de la **Comunidad de Madrid**, lo que refleja una variabilidad territorial notable. También presentan porcentajes elevados **Andalucía** (57,05 %), **Galicia** (45,78 %) y **Navarra** (44,56 %), mientras que los valores más bajos, además de **Cantabria**, se registran en **Asturias** (24,56 %) y **La Rioja** (24,81 %). En conjunto, esta figura muestra que las alteraciones vinculadas a las funciones mentales y al sistema nervioso tienen un peso especialmente relevante en varias comunidades autónomas, aunque con una distribución desigual entre territorios. Junto con las alteraciones neuromusculoesqueléticas, este es uno de los grandes núcleos del perfil de discapacidad reconocida que dibujan los datos.

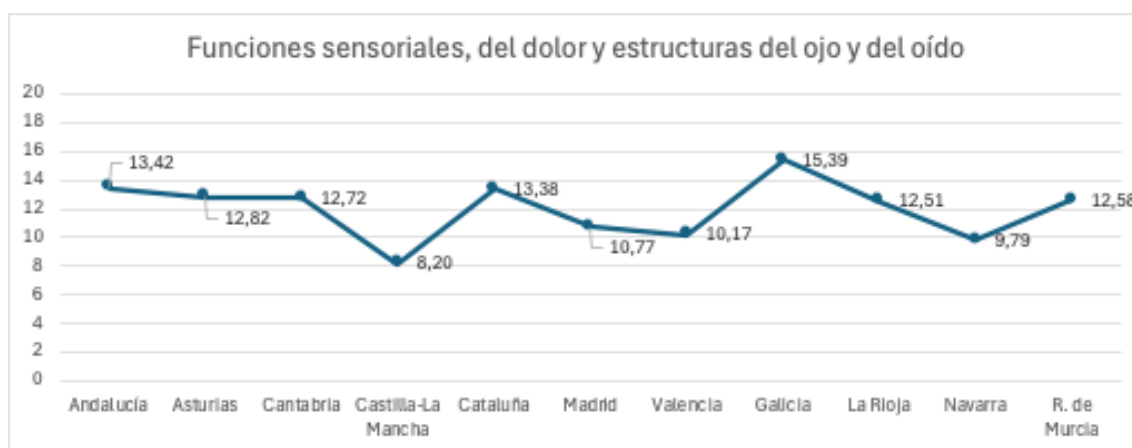
Figura 8. Alteraciones en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la **figura 9** representa la distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones sensoriales, del dolor y en las estructuras del ojo y del oído**. En este caso, los porcentajes se sitúan en un rango más estrecho, entre el 8,20 % de **Castilla-La Mancha** y el 15,39 % de **Galicia**. También destacan valores relativamente altos dentro de este rango en **Andalucía** (13,42 %), **Cataluña** (13,38 %) y **Asturias** (12,82 %), mientras que los porcentajes más reducidos, junto al de Castilla-La Mancha, se observan en **Navarra** (9,79 %) y la **Comunidad Valenciana** (10,17 %). En comparación con otros tipos de alteración, esta categoría presenta una distribución más homogénea entre comunidades. A diferencia de otros dominios corporales, aquí el perfil territorial es menos contrastado y ofrece una imagen más estable entre comunidades.

Figura 9. Alteraciones en las funciones sensoriales, del dolor y en las estructuras del ojo y del oído



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las alteraciones en las **funciones y estructuras involucradas en la voz y el habla**, en la **figura 10** se puede observar que se trata de una de las categorías con menor peso relativo en el conjunto de territorios analizados. Los porcentajes oscilan entre el 0,08 % de **Castilla-La Mancha** y el 2,02 % de **Navarra**, situándose el resto de comunidades en valores generalmente inferiores al 2 %. También presentan porcentajes

relativamente más altos **Andalucía** (1,89 %), la **Comunidad de Madrid** (1,68 %) y **La Rioja** (1,44 %), mientras que los valores más bajos, además del de **Castilla-La Mancha**, corresponden a **Cantabria** (0,49 %) y **Asturias** (0,57 %). En conjunto, la figura refleja una presencia reducida y bastante estable de este tipo de alteraciones en la mayoría de los territorios.

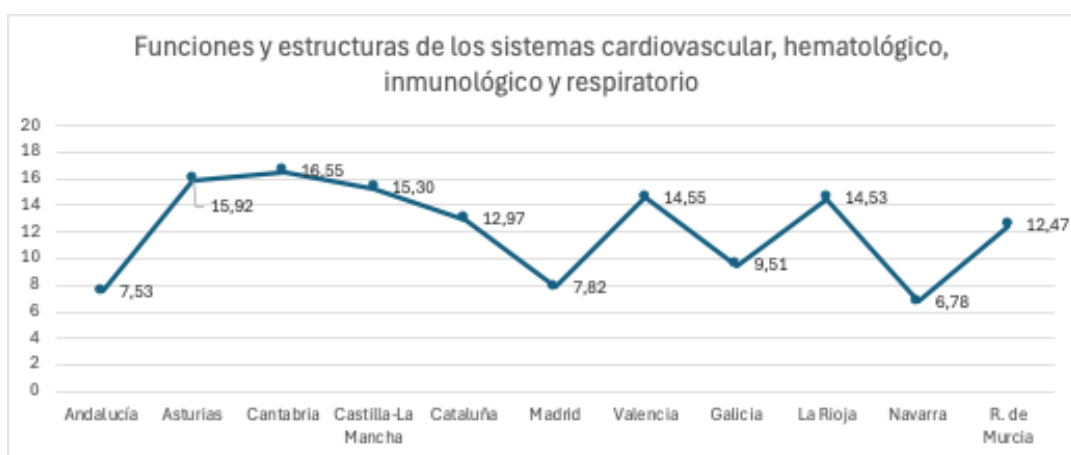
Figura 10. Alteraciones en las funciones y estructuras involucradas en la voz y el habla



Fuente: elaboración propia.

La **figura 11** representa la distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones y estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio**. Los porcentajes registrados oscilan entre el 6,78 % de **Navarra** y el 16,55 % de **Cantabria**, con diferencias moderadas entre comunidades. Junto a Cantabria, los valores más elevados se observan en **Asturias** (15,92 %), **Castilla-La Mancha** (15,30 %), **Comunidad Valenciana** (14,55 %) y **La Rioja** (14,53 %). En el extremo inferior, además de Navarra, destacan **Andalucía** (7,53 %) y la **Comunidad de Madrid** (7,82 %). En términos generales, se trata de un tipo de alteración con presencia intermedia y relativamente repartida en el conjunto de territorios.

Figura 11. Alteraciones en las funciones y estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio



Fuente: elaboración propia.

La **figura 12** representa la distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones y estructuras de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino**. Los porcentajes se mueven entre el 6,39 % de **Andalucía** y el 16,89 % de **Cantabria**, mostrando una amplitud algo mayor que en la categoría anterior. También se sitúan en niveles elevados la **Comunidad Valenciana** (16,35 %), **Asturias** (15,60 %), **Cataluña** (14,34 %) y la **Región de Murcia** (13,96 %). Por el contrario, además de Andalucía, los valores más bajos corresponden a **Galicia** (7,09 %) y **Navarra** (7,37 %). En conjunto, esta figura pone de manifiesto una presencia apreciable de este tipo de alteraciones, aunque con diferencias territoriales moderadas.

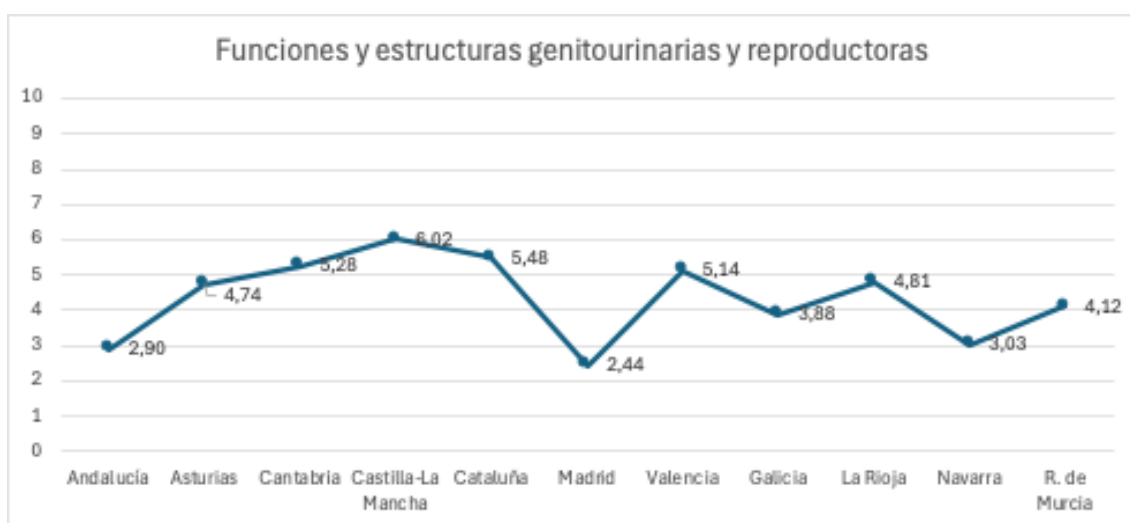
Figura 12. Alteraciones en las funciones y estructuras de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones y estructuras genitourinarias y reproductoras**, la **figura 13** refleja que los porcentajes observados oscilan entre el 2,44 % de la **Comunidad de Madrid** y el 6,02 % de **Castilla-La Mancha**, lo que indica una dispersión limitada. También presentan valores relativamente altos **Cataluña** (5,48 %), **Cantabria** (5,28 %) y la **Comunidad Valenciana** (5,14 %), mientras que los porcentajes más reducidos, junto al de Madrid, se registran en **Andalucía** (2,90 %) y **Navarra** (3,03 %). Se trata, por tanto, de una categoría con un peso relativamente bajo y con una distribución bastante uniforme entre comunidades.

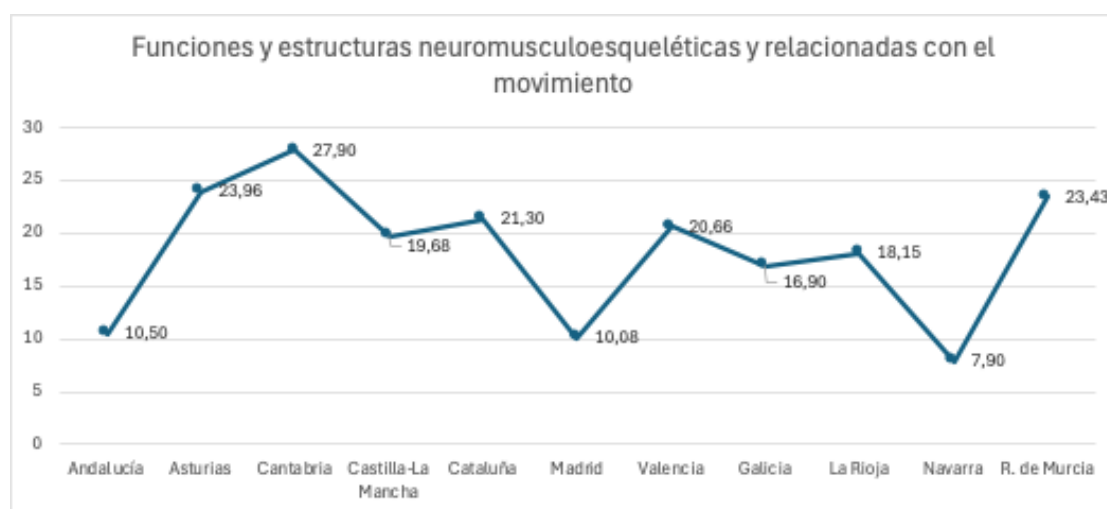
Figura 13. Alteraciones en las funciones y estructuras genitourinarias y reproductoras



Fuente: elaboración propia.

La **figura 14** representa la distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones y estructuras neuromusculares y relacionadas con el movimiento**. Esta categoría presenta porcentajes elevados en varias comunidades y una amplitud considerable en su distribución territorial, con valores que oscilan entre el 7,90 % de **Navarra** y el 27,90 % de **Cantabria**. También destacan los porcentajes de **Asturias** (23,96 %), **Región de Murcia** (23,43 %), **Cataluña** (21,30 %) y **Comunidad Valenciana** (20,66 %). En el extremo inferior, junto a **Navarra**, se sitúan la **Comunidad de Madrid** (10,08 %) y **Andalucía** (10,50 %). En conjunto, la figura refleja que las alteraciones relacionadas con el movimiento tienen una presencia importante en varios territorios, aunque con notables diferencias entre comunidades. Este dominio aparece, junto con el de funciones mentales y sistema nervioso, entre los tipos de alteración con mayor peso porcentual en la discapacidad valorada en España durante el último año.

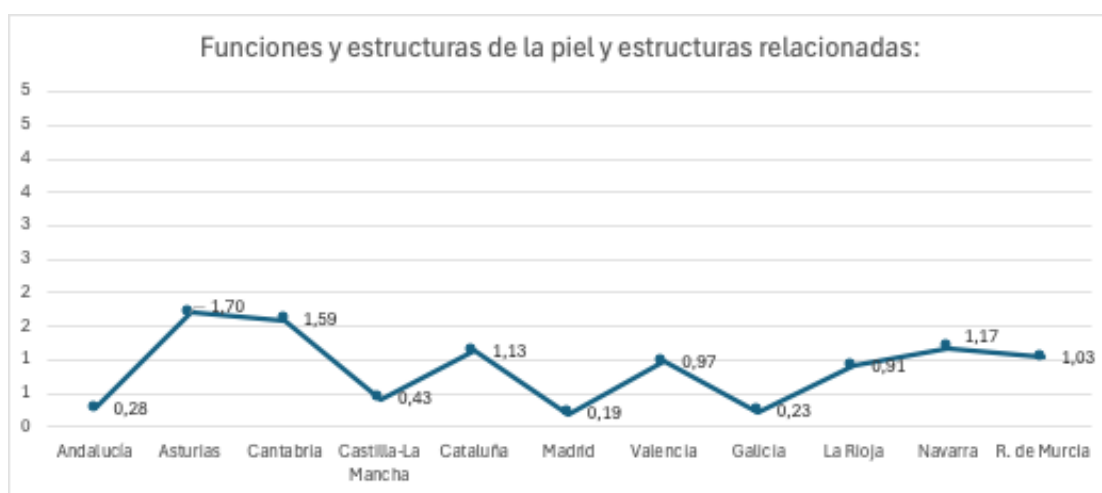
Figura 14. Alteraciones en las funciones y estructuras neuromusculares y relacionadas con el movimiento



Fuente: elaboración propia.

La **figura 15** representa la distribución porcentual de las alteraciones en las **funciones y estructuras de la piel y estructuras relacionadas**. Se trata de la categoría menos frecuente de todas las analizadas, con porcentajes muy reducidos en el conjunto de comunidades autónomas. Los valores oscilan entre el 0,19 % de la **Comunidad de Madrid** y el 1,70 % de **Asturias**, manteniéndose en el resto de territorios por debajo del 1,6 %. También presentan porcentajes relativamente más altos **Cantabria** (1,59 %), **Navarra** (1,17 %) y **Cataluña** (1,13 %), mientras que los valores más bajos, además del de Madrid, corresponden a Galicia (0,23 %) y **Andalucía** (0,28 %). En conjunto, estos datos muestran una presencia muy limitada y bastante homogénea de este tipo de alteraciones en los territorios analizados.

Figura 15. Alteraciones en las funciones y estructuras de la piel y estructuras relacionadas



Fuente: elaboración propia.

En el marco de la dimensión BDGP, el Real Decreto 888/2022 contempla la posibilidad de registrar no solo una deficiencia principal, sino también la concurrencia de deficiencias asociadas cuando estas están presentes. De este modo, la valoración permite identificar **situaciones de plurideficiencia** y distinguir entre personas con una sola deficiencia y aquellas que presentan dos, tres o cuatro o más deficiencias.

La **tabla 12** recoge esta distribución en las comunidades autónomas para las que se dispuso de información, incluyendo tanto las frecuencias absolutas como los porcentajes correspondientes. Para facilitar la interpretación, la tabla presenta tanto las frecuencias absolutas como el porcentaje correspondiente de personas con una única deficiencia y de aquellas que presentan distintas formas de plurideficiencia. Debe señalarse que no todas las comunidades autónomas aportaron información para este indicador, por lo que la comparación se limita a los territorios en los que fue posible disponer de datos.

Tabla 12. Plurideficiencias reconocidas en cada comunidad autónoma

CC. AA.	Una deficiencia		Dos deficiencias		Tres deficiencias		Cuatro o más deficiencias	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	67 465	31,72	36 197	17,02	29 339	13,79	79 707	37,47
Aragón	-	-	-	-	-	-	-	-
Asturias	3945	16,13	3324	13,59	3271	13,37	13 920	56,91
Cantabria	1770	19,77	2045	22,84	2096	23,41	3042	33,98
Castilla y León	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	1821	99,89	2	0,11	-	-	-	-
Cataluña	24 994	23,78	11 666	11,10	9403	8,95	9989	9,50
C. de Madrid	16 535	29,55	13 043	23,31	9621	17,19	16 521	29,52
C. Valenciana	16 746	39,23	8838	20,70	5114	11,98	2124	4,98
Galicia	6231	14,21	5803	13,24	5415	12,35	25 875	59,02
Islas Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-
La Rioja	496	12,96	275	7,19	46	1,20	-	-
Navarra	694	100,00	-	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-
R. de Murcia	7164	35,44	4130	20,43	2341	11,58	993	4,91

Fuente: elaboración propia.

En términos generales, los resultados muestran una notable heterogeneidad entre comunidades autónomas. En algunos territorios predomina claramente la identificación de una sola deficiencia, como ocurre en **Navarra** (100,00 %) y **Castilla-La Mancha** (99,89 %), mientras que en otros adquiere un peso mucho mayor la presencia de cuatro o más deficiencias. Este último patrón se observa especialmente en **Galicia** (59,02 %) y **Asturias** (56,91 %), donde la plurideficiencia compleja concentra más de la mitad de los casos registrados. También en **Cantabria** la categoría de cuatro o más deficiencias presenta un peso destacado (33,98 %), aunque con una distribución más equilibrada entre el resto de categorías.

En comunidades como Andalucía y la Comunidad de Madrid se observa una distribución más repartida entre las distintas opciones. En **Andalucía**, la categoría más frecuente fue la de cuatro o más deficiencias (37,47 %), seguida de la de una sola deficiencia (31,72 %), mientras que en la **Comunidad de Madrid** ambas categorías presentan prácticamente el mismo peso (29,55 % y 29,52 %, respectivamente), con porcentajes también relevantes de personas con dos (23,31 %) y tres deficiencias (17,19 %). En la **Comunidad Valenciana** y en la **Región de Murcia**, por el contrario, predominó la identificación de una sola deficiencia (39,23 % y 35,44 %, respectivamente), aunque acompañada de proporciones no desdeñables de personas con dos y tres deficiencias. Por su parte, **Cataluña** presenta un perfil singular, ya que, aunque la categoría más frecuente fue la de una sola deficiencia (23,78 %), el resto de categorías también mantienen un peso apreciable, especialmente la de dos deficiencias

(11,10 %) y la de cuatro o más (9,50 %). En **La Rioja**, la distribución aparece más concentrada en la categoría de una sola deficiencia (12,96 %) y, en mucha menor medida, en la de dos deficiencias (7,19 %), con escasa presencia de tres deficiencias (1,20 %) y ausencia de casos en la categoría de cuatro o más.

Estos resultados sugieren que la **plurideficiencia constituye una realidad relevante** dentro de la dimensión BDGP, aunque con un peso muy variable entre territorios. Mientras que algunas comunidades presentan un perfil más centrado en la identificación de una deficiencia principal única, otras muestran una mayor presencia de situaciones en las que concurren múltiples deficiencias, lo que apunta a una mayor complejidad en la composición de la deficiencia global evaluada. Esto refuerza la idea de que la discapacidad valorada actualmente en España no responde a un único perfil corporal o funcional, sino que incorpora también un volumen importante de situaciones complejas y plurales, aunque con intensidad muy desigual entre territorios.

IDEA CLAVE

En el BDGP, predominan las deficiencias globales moderadas, con especial peso de las alteraciones mentales, del sistema nervioso y neuromusculoesqueléticas.

En relación con la **dimensión BLA (Baremo de Evaluación de Limitaciones en la Actividad)**, el Real Decreto 888/2022 incorpora la valoración de las limitaciones en la actividad, entendidas como las dificultades que puede experimentar la persona en la realización de tareas o acciones de la vida diaria. Esta dimensión permite complementar la información aportada por la deficiencia global de la persona, al desplazar el foco desde la alteración de funciones y estructuras corporales hacia su traducción en el desempeño funcional. Al igual que ocurre con el resto de componentes del baremo, el nivel de limitación se expresa en cinco clases, que van desde la Clase 0, correspondiente a ausencia de limitación o limitación insignificante (0-4 %), hasta la Clase 4, que refleja una limitación total (96-100 %). Entre ambos extremos se sitúan la Clase 1 (limitación leve, 5-24 %), la Clase 2 (limitación moderada, 25-49 %) y la Clase 3 (limitación grave, 50-95 %). La **tabla 13** recoge la distribución de estas clases en las comunidades autónomas para las que se dispuso de información obtenida en esta dimensión.

Tabla 13. Limitaciones en la actividad evaluadas en la dimensión BLA

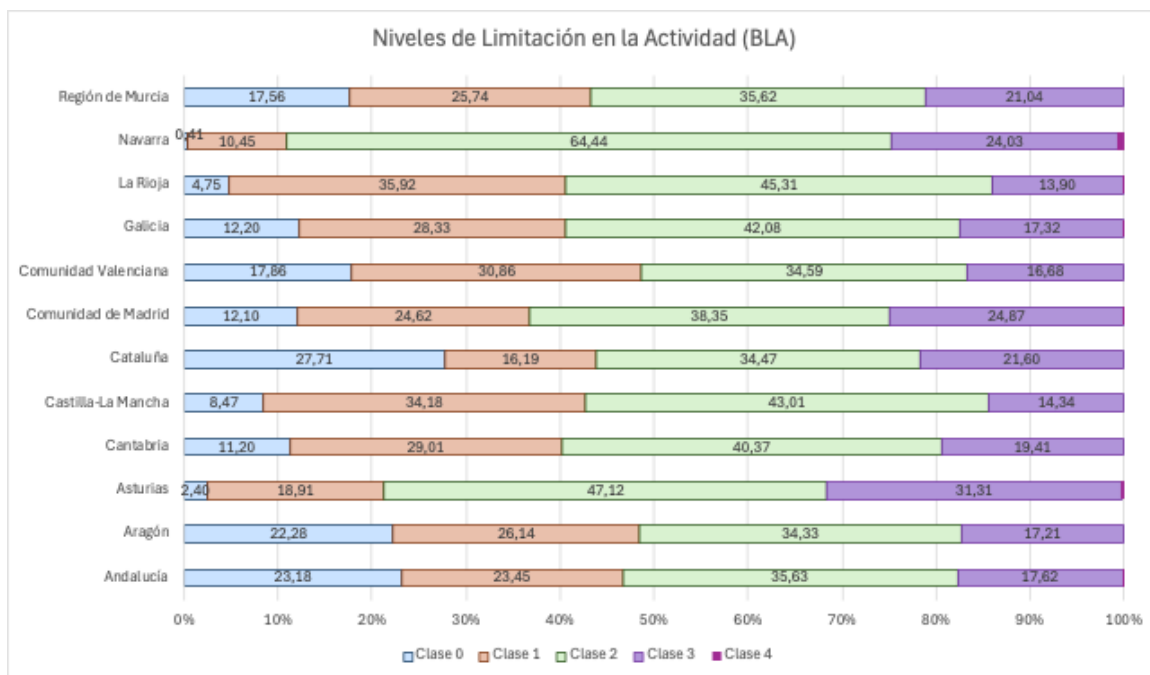
CC. AA.	CLASE 0. Sin limitación (0-4 %)		CLASE 1. Limitación leve (5-24 %)		CLASE 2. Limitación moderada (25-49 %)		CLASE 3. Limitación grave (50-95 %)		CLASE 4. Limitación total (96-100 %)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	44 760	23,18	45 286	23,45	68 814	35,63	34 020	17,62	235	0,12
Aragón	3202	22,28	3757	26,14	4934	34,33	2474	17,21	6	0,04
Asturias	591	2,40	4654	18,91	11 595	47,12	7705	31,31	62	0,25
Cantabria	1231	11,20	3188	29,01	4437	40,37	2133	19,41	2	0,02

Castilla y León	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	645	8,47	2603	34,18	3275	43,01	1092	14,34	-	-
Cataluña	29 119	27,71	17 012	16,19	36 225	34,47	22 699	21,60	46	0,04
C. de Madrid	6691	12,10	13 622	24,62	21 213	38,35	13 755	24,87	37	0,07
C. Valenciana	7452	17,86	12 879	30,86	14 437	34,59	6960	16,68	4	0,01
Galicia	5306	12,20	12 323	28,33	18 302	42,08	7535	17,32	27	0,06
Islas Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Rioja	41	4,75	310	35,92	391	45,31	120	13,90	1	0,12
Navarra	5	0,41	127	10,45	783	64,44	292	24,03	8	0,66
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. de Murcia	3608	17,56	5290	25,74	7321	35,62	4324	21,04	9	0,04

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la **figura 16** permite apreciar gráficamente y de forma más clara la distribución comparada de los niveles de limitación en la actividad de los solicitantes en los diferentes territorios.

Figura 16. Nivel de limitación en la actividad reconocido en la dimensión BLA



Fuente: elaboración propia.

En términos generales, los resultados muestran que la **Clase 2 (limitación moderada) fue la categoría más frecuente en la mayor parte de las comunidades autónomas analizadas**. Este predominio se observa especialmente en **Navarra (64,44 %)**, **Asturias (47,12 %)**, **La Rioja (45,31 %)**, **Castilla-La Mancha (43,01 %)** y **Galicia (42,08 %)**, aunque también fue la clase más representada en **Cantabria (40,37 %)**, **Comunidad de Madrid (38,35 %)**, **Andalucía (35,63 %)**, **Región de Murcia (35,62 %)**,

Comunidad Valenciana (34,59 %), **Cataluña** (34,47 %) y **Aragón** (34,33 %). Frente a la mayor dispersión observada en otras dimensiones, el BLA ofrece una imagen relativamente consistente entre territorios: la limitación en la actividad se concentra, de forma bastante generalizada, en niveles moderados.

A continuación, la distribución se reparte principalmente entre la **Clase 1 (limitación leve)** y la **Clase 3 (limitación grave)**, aunque con diferencias territoriales apreciables. La Clase 1 presenta porcentajes relativamente elevados en **La Rioja** (35,92 %), **Castilla-La Mancha** (34,18 %), **Comunidad Valenciana** (30,86 %), **Cantabria** (29,01 %) y **Galicia** (28,33 %), mientras que la Clase 3 adquiere un peso destacado en **Asturias** (31,31 %), **Comunidad de Madrid** (24,87 %), **Navarra** (24,03 %), **Cataluña** (21,60 %) y **Región de Murcia** (21,04 %). Por su parte, la **Clase 0** mostró una presencia más contenida, aunque alcanzó valores relativamente altos en **Cataluña** (27,71 %), **Andalucía** (23,18 %) y **Aragón** (22,28 %), lo que indica que en estos territorios una parte no desdeñable de las personas valoradas fue clasificada en ausencia de limitación o con limitación muy reducida en la actividad.

En el extremo superior, la **Clase 4 (limitación total)** tuvo una presencia prácticamente residual en todas las comunidades autónomas, con porcentajes siempre inferiores al 1 %. Los valores más altos se observaron en **Navarra** (0,66 %), **Asturias** (0,25 %) y **La Rioja** (0,12 %), mientras que en varios territorios su peso fue prácticamente nulo. De este modo, al igual que ocurría en la dimensión BDGP, los niveles más extremos de afectación funcional fueron claramente minoritarios en el conjunto de los datos disponibles.

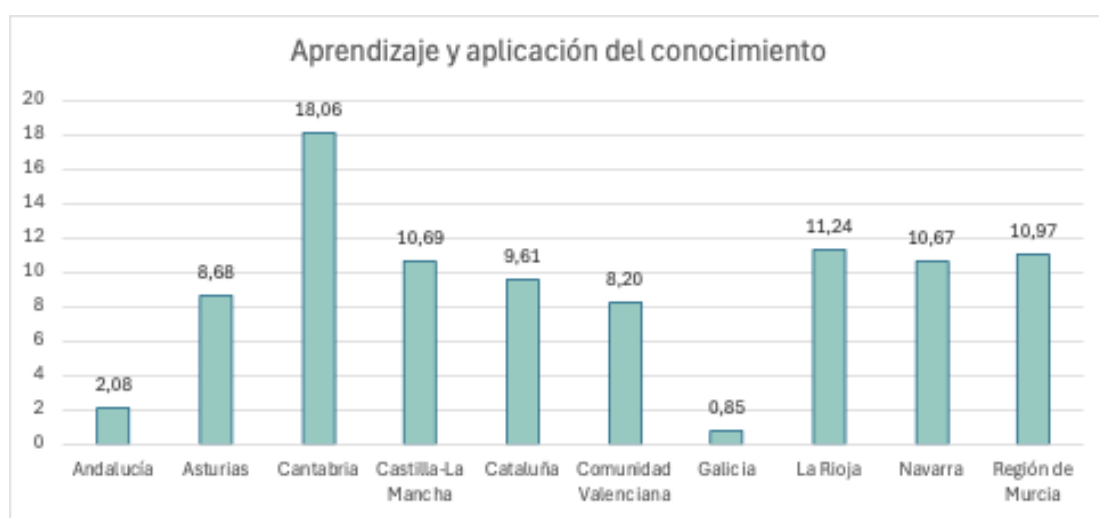
En síntesis, tanto la tabla como su representación gráfica muestran que las **limitaciones en la actividad se concentran principalmente en niveles moderados**, seguidos de situaciones de limitación leve o grave, mientras que la ausencia de limitación y, especialmente, la limitación total presentan un peso menor. No obstante, la distribución no es completamente uniforme entre comunidades autónomas, ya que algunas, como **Navarra** o **Asturias**, muestran una concentración más acusada en niveles medios-altos de limitación, mientras que otras, como **Cataluña**, **Andalucía** o **Aragón**, presentan una presencia comparativamente más alta de la Clase 0. Debe señalarse, en todo caso, que no se dispone de información para Castilla y León, Islas Baleares y País Vasco en esta dimensión. El BLA parece matizar, pero no desplazar, el papel central de la deficiencia: introduce una lectura más funcional del desempeño cotidiano, aunque el patrón resultante sigue mostrando una fuerte concentración en clases intermedias bastante alineada con la observada en el BDGP.

En la dimensión BLA, el Real Decreto 888/2022 no solo clasifica el nivel global de limitación en la actividad, sino que también permite identificar en qué **dominios concretos del funcionamiento cotidiano** se concentran las limitaciones significativas. De este modo, el baremo desagrega la actividad en distintos ámbitos: el aprendizaje, las tareas generales, la movilidad, el autocuidado o la vida comunitaria, etc. lo que permite obtener una imagen más precisa del perfil funcional de las personas valoradas.

A continuación, se presentan las figuras correspondientes a los distintos dominios de actividad para los que se dispuso de información, con el fin de comparar el

peso relativo de las limitaciones significativas observadas en cada comunidad autónoma. La **figura 17** representa la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **aprendizaje y aplicación del conocimiento**, referido a actividades como adquirir, comprender, recordar o utilizar información. Los porcentajes observados oscilan entre el 0,85 % de **Galicia** y el 18,06 % de **Cantabria**, lo que refleja una variabilidad territorial notable. También presentan valores relativamente elevados **La Rioja** (11,24 %), la **Región de Murcia** (10,97 %), **Castilla-La Mancha** (10,69 %) y **Navarra** (10,67 %), mientras que los porcentajes más reducidos, junto al de **Galicia**, corresponden a **Andalucía** (2,08 %). En conjunto, este dominio muestra una distribución desigual entre territorios, con una concentración más alta de limitaciones en determinadas comunidades.

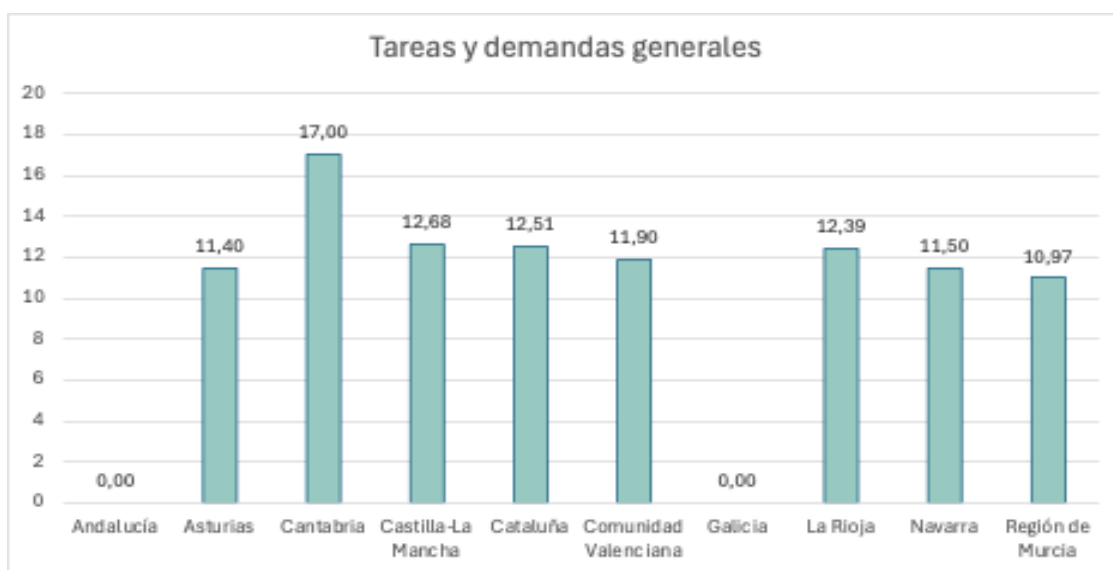
Figura 17. Limitaciones significativas en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento



Fuente: elaboración propia.

La **figura 18** representa la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **tareas y demandas generales**, que incluye la capacidad para organizar, iniciar y completar acciones o secuencias de actividad. Entre las comunidades autónomas con información disponible, el porcentaje más elevado se registró en **Cantabria** (17,00 %). También destacan **Castilla-La Mancha** (12,68 %), **Cataluña** (12,51 %), **La Rioja** (12,39 %) y la **Comunidad Valenciana** (11,90 %), mientras que el resto de comunidades se sitúan en valores próximos al 11 %. En el caso de **Andalucía** y **Galicia**, no se disponía de dato para este dominio. En términos generales, se trata de un ámbito con una variabilidad moderada entre territorios, aunque con algunas diferencias apreciables en su peso relativo.

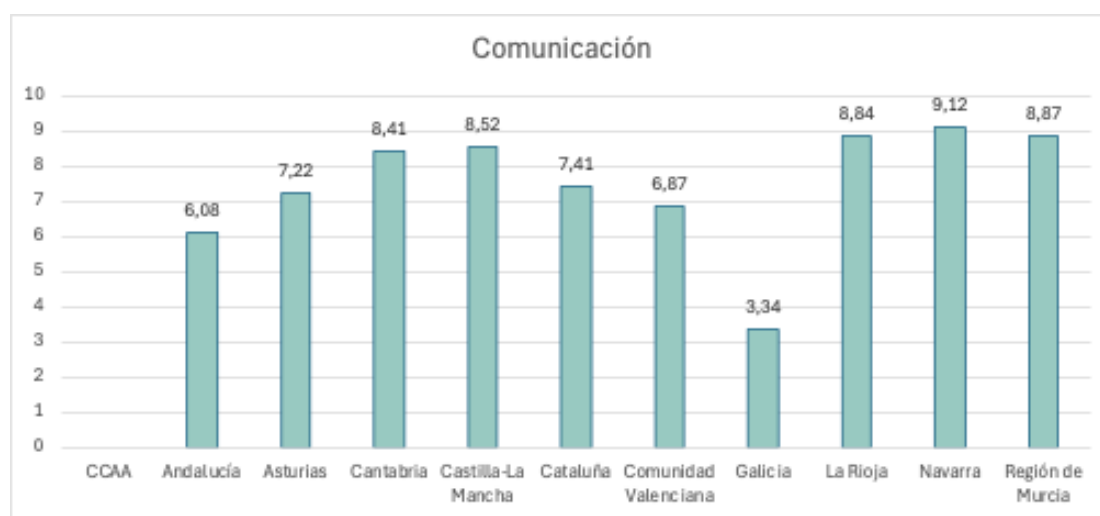
Figura 18. Limitaciones significativas en las tareas y demandas generales



Fuente: elaboración propia.

La **figura 19** representa la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **comunicación**, relacionado con comprender y producir mensajes, así como con el intercambio de información con otras personas. Los porcentajes observados oscilan entre el 3,34 % de **Galicia** y el 9,12 % de **Navarra**, con una dispersión relativamente moderada. También presentan valores relativamente altos la **Región de Murcia** (8,87 %), **La Rioja** (8,84 %), **Castilla-La Mancha** (8,52 %) y **Cantabria** (8,41 %), mientras que los valores más bajos, además del de **Galicia**, corresponden a **Andalucía** (6,08 %) y la **Comunidad Valenciana** (6,87 %). Se trata, por tanto, de un dominio con una distribución bastante contenida y comparativamente homogénea.

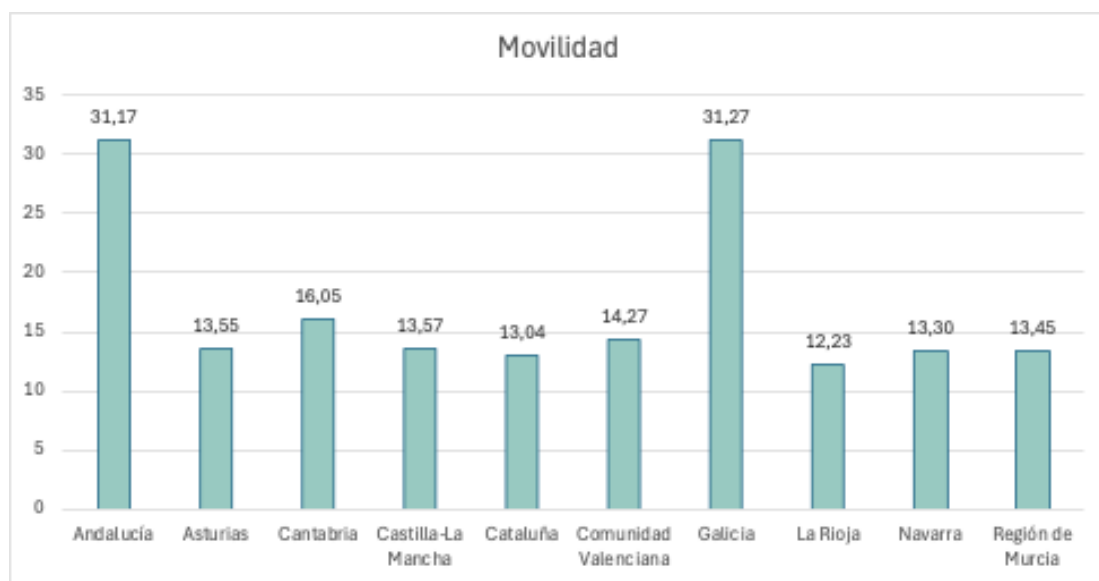
Figura 19. Limitaciones significativas en la comunicación



Fuente: elaboración propia.

La **figura 20** representa la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **movilidad**, referido al desplazamiento y al cambio o mantenimiento de posiciones corporales. Los porcentajes se mueven entre el 12,23 % de **La Rioja** y el 31,27 % de **Galicia**, muy próxima a **Andalucía** (31,17 %), que también registra un valor especialmente elevado. En el resto de comunidades, los porcentajes se sitúan en una franja más estrecha, entre el 13 % y el 16 %, como ocurre en Cataluña (13,04 %), **Navarra** (13,30 %), **Región de Murcia** (13,45 %), **Castilla-La Mancha** (13,57 %), **Asturias** (13,55 %) y la **Comunidad Valenciana** (14,27 %). En conjunto, la figura muestra que este dominio adquiere un peso particularmente relevante en Andalucía y Galicia, mientras que en el resto de territorios la distribución es más uniforme.

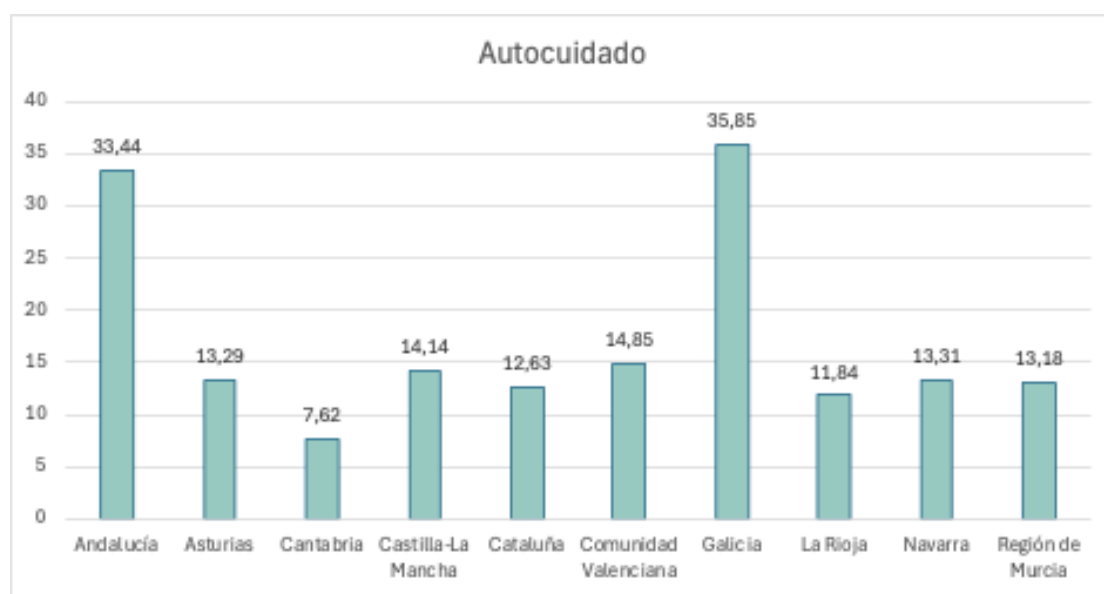
Figura 20. Limitaciones significativas en la movilidad



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la **figura 21** representa la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **autocuidado**, que comprende actividades básicas de cuidado personal como lavarse, vestirse, comer o atender la propia salud. Los porcentajes observados oscilan entre el 7,62 % de **Cantabria** y el 35,85 % de **Galicia**, seguida muy de cerca por **Andalucía** (33,44 %). En el resto de las comunidades, los valores se concentran en torno a porcentajes intermedios, como ocurre en **Comunidad Valenciana** (14,85 %), **Castilla-La Mancha** (14,14 %), **Navarra** (13,31 %), **Asturias** (13,29 %) y **Región de Murcia** (13,18 %). Esta distribución pone de manifiesto una fuerte singularidad de Galicia y Andalucía en este dominio, claramente por encima del resto de territorios analizados.

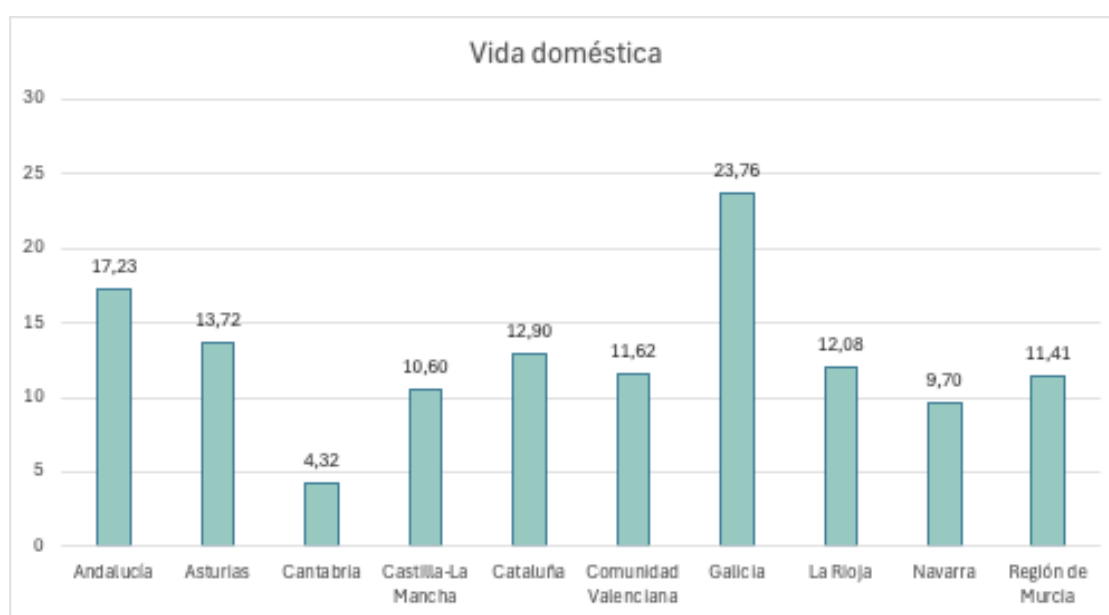
Figura 21. Limitaciones significativas en el autocuidado



Fuente: elaboración propia.

La **figura 22** representa la distribución de las limitaciones significativas en el dominio de **vida doméstica**, referido a actividades vinculadas a la gestión del hogar y de las tareas cotidianas de la vida en casa. Los porcentajes registrados se sitúan entre el 4,32 % de **Cantabria** y el 23,76 % de **Galicia**. También destacan **Andalucía** (17,23 %) y, a cierta distancia, **Asturias** (13,72 %), **Cataluña** (12,90 %), **La Rioja** (12,08 %) y la **Comunidad Valenciana** (11,62 %). Además de Cantabria, los valores más bajos se observan en **Navarra** (9,70 %) y **Castilla-La Mancha** (10,60 %). En conjunto, este dominio muestra una variabilidad moderada, con un claro predominio de los porcentajes obtenidos en Galicia.

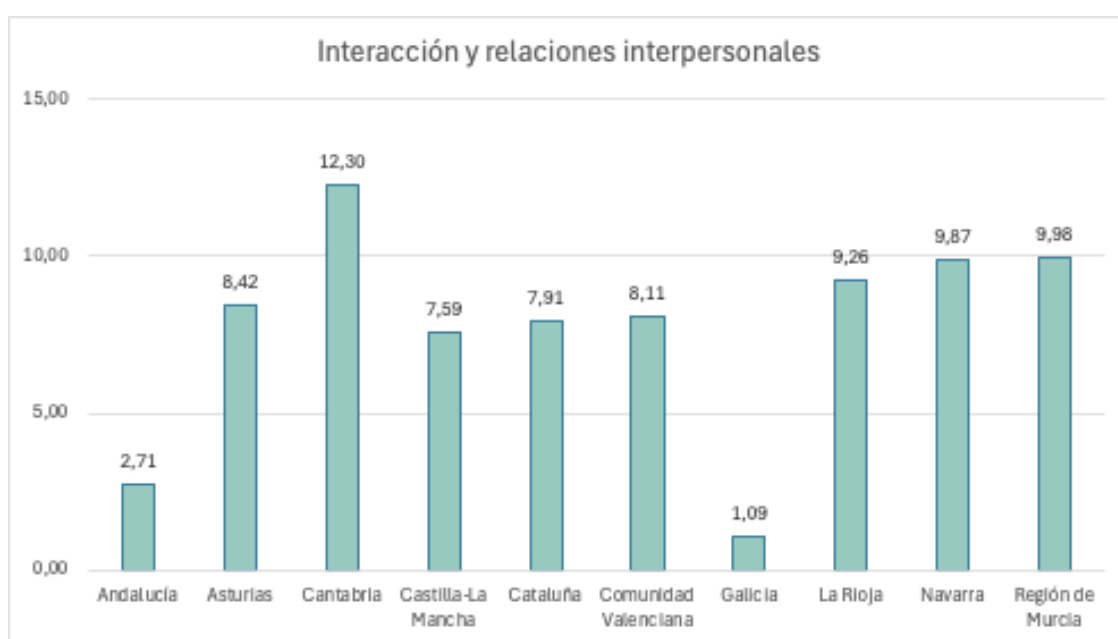
Figura 22. Limitaciones significativas en la vida doméstica



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las limitaciones significativas en el dominio de **interacción y relaciones interpersonales**, la **figura 23** representa las limitaciones vinculadas a la capacidad para establecer, mantener y regular relaciones con otras personas. Los porcentajes oscilan entre el 1,09 % de **Galicia** y el 12,30 % de **Cantabria**, lo que muestra una amplitud considerable. También presentan valores relativamente altos la **Región de Murcia** (9,98 %), **Navarra** (9,87 %) y **La Rioja** (9,26 %), mientras que los porcentajes más bajos, junto al de Galicia, corresponden a **Andalucía** (2,71 %). En términos generales, se trata de un dominio con diferencias marcadas entre territorios y con especial peso en Cantabria.

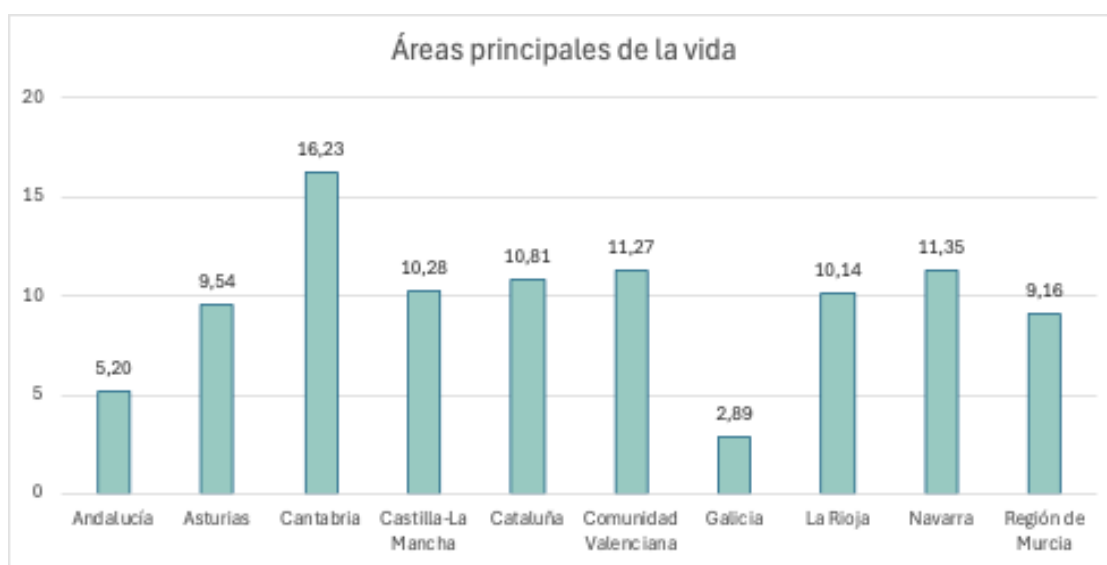
Figura 23. Limitaciones significativas en las interacciones y las relaciones interpersonales



Fuente: elaboración propia.

La **figura 24** representa la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **áreas principales de la vida**, que incluye ámbitos como la educación, el trabajo y la gestión de responsabilidades principales. Los porcentajes observados se sitúan entre el 2,89 % de **Galicia** y el 16,23 % de **Cantabria**. También destacan la **Comunidad Valenciana** (11,27 %), **Navarra** (11,35 %), **Cataluña** (10,81 %) y **Castilla-La Mancha** (10,28 %), mientras que los valores más reducidos, además del de Galicia, se registran en **Andalucía** (5,20 %). En conjunto, este dominio presenta una distribución intermedia, con una mayor concentración de limitaciones en Cantabria y una menor presencia en Galicia.

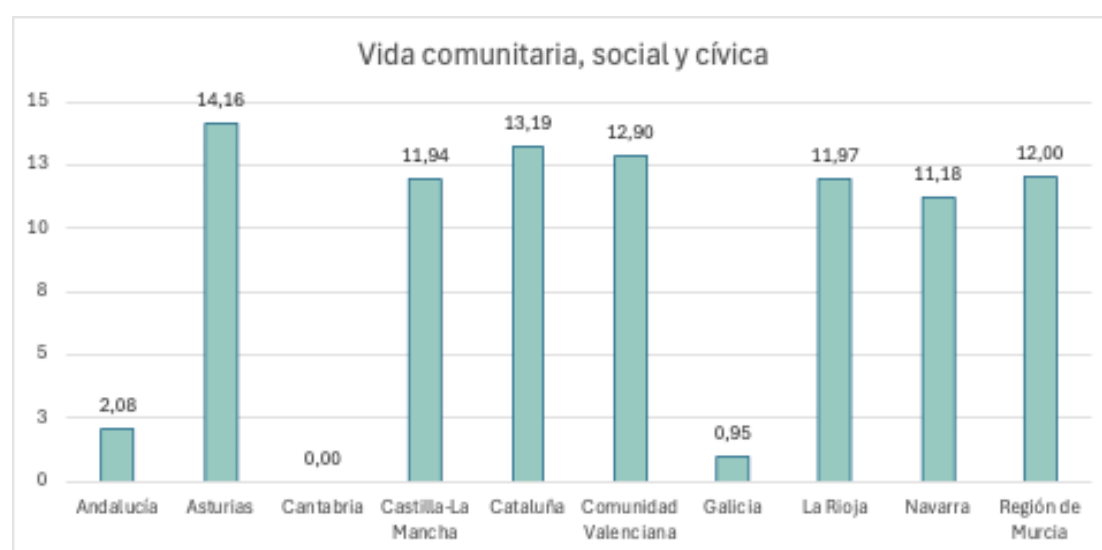
Figura 24. Limitaciones significativas en las áreas principales de la vida



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, la **Figura 25** ilustra la distribución porcentual de las limitaciones significativas en el dominio de **vida comunitaria, social y cívica**, relacionado con la participación en la vida social, comunitaria y ciudadana. Los porcentajes observados alcanzan su valor más elevado en **Asturias** (14,16 %), seguida de **Cataluña** (13,19 %), la **Comunidad Valenciana** (12,90 %), la **Región de Murcia** (12,00 %), **La Rioja** (11,97 %) y **Castilla-La Mancha** (11,94 %). En el extremo inferior se sitúan **Galicia** (0,95 %) y **Andalucía** (2,08 %). En el caso de **Cantabria**, no se disponía de dato para este dominio. En términos generales, esta figura refleja una marcada disparidad territorial, con comunidades en las que este ámbito adquiere un peso considerable y otras en las que su presencia es mucho menor.

Figura 25. Limitaciones significativas en la vida comunitaria, social y cívica



Fuente: elaboración propia.

Tomadas en conjunto, las áreas del BLA muestran que la limitación en la actividad no se distribuye de manera uniforme entre dominios. Movilidad, autocuidado y vida doméstica destacan especialmente en algunos territorios, mientras que otros ámbitos como comunicación o tareas generales presentan una distribución más contenida. Esta combinación contribuye a perfilar una imagen funcional diversa de la discapacidad valorada en España.

IDEA CLAVE

En el BLA, destacan las limitaciones en Movilidad, Autocuidado y Vida doméstica. Otros ámbitos como Comunicación o Tareas generales parecen tener un peso menor en esta dimensión.

En relación con la dimensión **BRP-QD (Baremo de Evaluación de las Restricciones en la Participación)**, el Real Decreto 888/2022 incorpora la valoración de las restricciones en la participación, entendidas como las dificultades que puede experimentar la persona para implicarse en situaciones vitales y desenvolverse en los distintos ámbitos de la vida cotidiana. Esta dimensión permite ampliar la mirada sobre la discapacidad, al considerar no solo la deficiencia corporal o la limitación en la actividad, sino también su impacto en la participación efectiva de la persona en su entorno. Al igual que en el resto de componentes del baremo, el resultado se organiza en cinco clases, que van desde la Clase 0, correspondiente a ausencia de restricción o restricción insignificante (0-4 %), hasta la Clase 4, que refleja una restricción total (96-100 %). Entre ambos extremos se sitúan la Clase 1 (restricción leve, 5-24 %), la Clase 2 (restricción moderada, 25-49 %) y la Clase 3 (restricción grave, 50-95 %).

La **tabla 14** recoge la distribución de las clases de restricción en la participación (BRP-QD) en las comunidades autónomas para las que se dispuso de información, incluyendo las frecuencias absolutas y los porcentajes correspondientes a cada nivel de restricción.

Tabla 14. Restricciones en la participación evaluadas en la dimensión BRP-QD

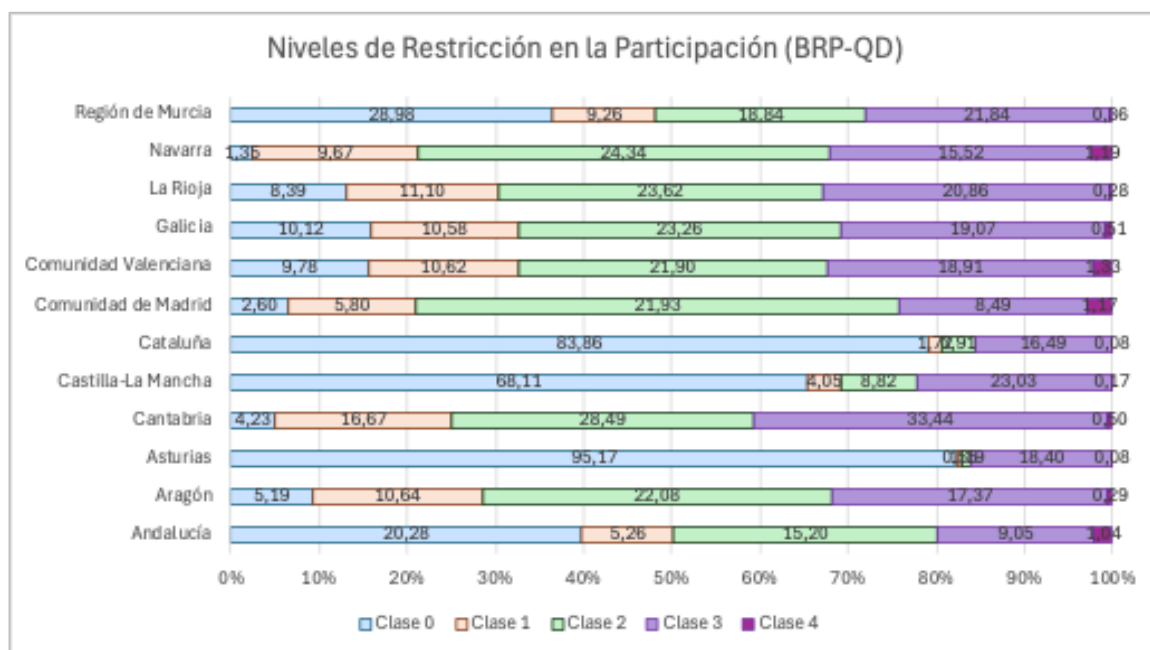
CC. AA.	CLASE 0. Sin restricción: 0-4 %		CLASE 1. Restricción leve: 5-24 %		CLASE 2. Restricción moderada: 25-49 %		CLASE 3. Restricción grave: 50-95 %		CLASE 4. Restricción total: 96-100 %	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Andalucía	4415	20,28	1147	5,26	3314	15,20	12 672	9,05	227
Aragón	68	5,19	140	10,64	293	22,08	806	17,37	4	0,29
Asturias	23 419	95,17	136	0,55	294	1,19	739	18,40	19	0,08
Cantabria	157	4,23	620	16,67	1064	28,49	1854	33,44	19	0,50
CyL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLM	1132	68,11	70	4,05	153	8,82	304	23,03	3	0,17
Cataluña	88 136	83,86	1809	1,72	4108	3,91	10 967	16,49	81	0,08
C. de Madrid	86	2,60	192	5,80	727	21,93	2262	8,49	39	1,17
C. Valenciana	628	9,78	683	10,62	1410	21,90	3612	18,91	86	1,33

Galicia	2029	10,12	2122	10,58	4669	23,26	11 126	19,07	103	0,51
Islas Baleares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Rioja	25	8,39	34	11,10	75	23,62	163	20,86	1	0,28
Navarra	5	1,35	36	9,67	93	24,34	232	15,52	5	1,19
País Vasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. de Murcia	3717	28,98	1190	9,26	2424	18,84	5448	21,84	46	0,36

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, la **figura 26** permite visualizar de forma comparada la distribución porcentual de estas clases en los distintos territorios, facilitando la identificación de los perfiles autonómicos en esta dimensión del baremo de manera gráfica.

Figura 26. Nivel de restricción en la participación reconocidos en la dimensión BRP-QD



Fuente: elaboración propia.

A partir de la tabla y de su representación gráfica, puede observarse que la **Clase 3 (restricción grave)** ocupa un lugar destacado en buena parte de las comunidades con datos disponibles y constituye, en varios casos, la categoría con mayor peso relativo. Esto ocurre especialmente en **Cantabria (33,44 %)**, **Región de Murcia (21,84 %)**, **Galicia (19,07 %)** y **Aragón (17,37 %)**. También presenta un peso relevante en **La Rioja (20,86 %)**, **Comunidad Valenciana (18,91 %)** y **Navarra (15,52 %)**. Esta distribución sugiere que, en varios territorios, una parte importante de las personas valoradas presenta dificultades intensas para participar en situaciones vitales cotidianas.

Junto a ello, la **Clase 2 (restricción moderada)** muestra igualmente una presencia importante en la mayoría de las comunidades. Sus porcentajes más altos se registran en **Cantabria (28,49 %)**, **Navarra (24,34 %)**, **Galicia (23,26 %)**, **La Rioja (23,62 %)**, **Aragón (22,08 %)**, **Comunidad Valenciana (21,90 %)** y **Comunidad de Madrid (21,93 %)**. En la **Región de Murcia** esta categoría también alcanza un valor considerable (18,84 %),

mientras que en **Andalucía** se sitúa en 15,20 %. En conjunto, la figura pone de manifiesto que las clases moderada y grave concentran una parte muy sustancial de las restricciones en la participación identificadas en varios territorios. En estas comunidades, la participación aparece claramente afectada y aporta una dimensión más intensa de la discapacidad reconocida que la observada en otros territorios.

No obstante, este patrón no se reproduce de la misma manera en todas las comunidades. En **Asturias, Cataluña y Castilla-La Mancha** destaca especialmente el peso de la **Clase 0 (sin restricción)**, que alcanza respectivamente el 95,17 %, 83,86 % y 68,11 %, situándose muy por encima del resto de clases. También en la **Región de Murcia** la Clase 0 presenta una presencia apreciable (28,98 %), y en **Andalucía** alcanza el 20,28 %. Estas diferencias hacen visible una marcada heterogeneidad territorial en la distribución de las restricciones en la participación, con comunidades en las que predominan las situaciones de escasa o nula restricción y otras donde adquieren mayor peso los niveles moderados y graves. Probablemente, esta es una de las dimensiones en las que la variabilidad territorial aparece con mayor claridad, lo que refuerza la idea de que la incorporación práctica de la participación al proceso valorativo no se está produciendo con la misma intensidad en todos los territorios.

Por su parte, la **Clase 1 (restricción leve)** presenta, en general, una frecuencia más reducida y variable. Sus porcentajes más elevados se observan en **Cantabria** (16,67 %), **La Rioja** (11,10 %), **Comunidad Valenciana** (10,62 %), **Galicia** (10,58 %), **Aragón** (10,64 %) y **Navarra** (9,67 %), mientras que en otras comunidades su peso es mucho menor, como ocurre en **Asturias** (0,55 %) y **Cataluña** (1,72 %). En cuanto a la **Clase 4 (restricción total)**, su presencia es claramente residual en todas las comunidades, con porcentajes siempre muy bajos, generalmente en torno o por debajo del 1 %. Los valores más altos corresponden a **Comunidad Valenciana** (1,33 %), **Navarra** (1,19 %), **Comunidad de Madrid** (1,17 %) y **Andalucía** (1,04 %).

En definitiva, la tabla y la figura muestran que la dimensión BRP-QD presenta una distribución territorial especialmente diversa. Mientras que en algunas comunidades, como **Asturias, Cataluña o Castilla-La Mancha**, predomina con claridad la ausencia o escasa restricción en la participación, en otras, como **Cantabria, Galicia, Navarra o la Región de Murcia**, adquieren mayor relevancia las restricciones moderadas y graves. Debe señalarse, en todo caso, que no se dispone de información para **Castilla y León, Islas Baleares y País Vasco** en esta dimensión. Si el BDGP y el BLA ofrecían una imagen más concentrada en niveles moderados, el BRP-QD introduce una mayor dispersión y hace visible, con más nitidez, la desigual traducción territorial del enfoque biopsicosocial en la valoración de la discapacidad.

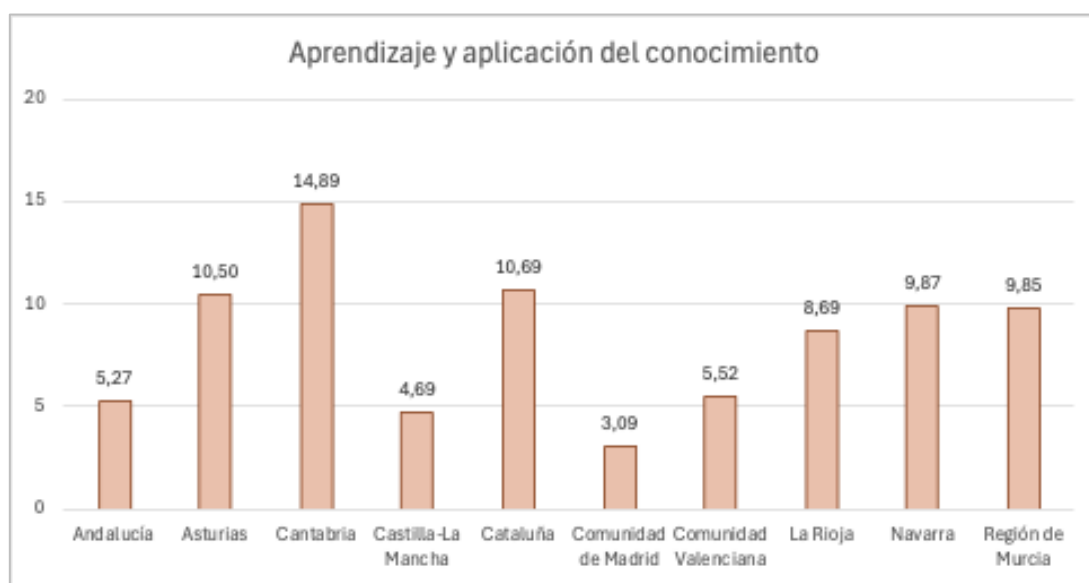
En la dimensión BRP-QD, el Real Decreto 888/2022 evalúa las restricciones en la participación a partir del desempeño real de la persona en su contexto de vida durante el último mes. El BRP-QD se orienta a valorar hasta qué punto la persona encuentra dificultades para implicarse efectivamente en situaciones vitales habituales, comparando su participación con la esperable en una persona sin discapacidad en su misma cultura o entorno. Para ello, el baremo organiza la evaluación en **nueve áreas de la vida**: aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacción y relaciones

interpersonales, áreas principales de la vida y vida comunitaria, social y cívica. Asimismo, el propio Real Decreto indica que el resultado de esta dimensión se obtiene combinando, de mayor a menor, los valores alcanzados en cada uno de estos dominios.

A continuación, se presentan una serie de figuras que muestran la distribución porcentual de las **restricciones significativas en la participación** observadas en cada una de estas áreas, en aquellas comunidades autónomas para las que se dispuso de información. En conjunto, estas representaciones permiten obtener una fotografía comparativa de los ámbitos de participación en los que se concentran mayores dificultades en los distintos territorios.

En primer lugar, la **figura 27** representa la distribución de las restricciones significativas en el área de **aprendizaje y aplicación del conocimiento**, vinculada a procesos como comprender, adquirir, recordar y utilizar información. Los porcentajes observados se mueven entre el 3,09 % de la **Comunidad de Madrid** y el 14,89 % de **Cantabria**, que es la comunidad con el valor más elevado en este dominio. También destacan **Cataluña** (10,69 %), **Asturias** (10,50 %), **Navarra** (9,87 %) y la **Región de Murcia** (9,85 %), mientras que **Castilla-La Mancha** (4,69 %) y **Andalucía** (5,27 %) presentan los valores más contenidos. En conjunto, se trata de un ámbito con una variabilidad apreciable, aunque sin diferencias extremas entre comunidades.

Figura 27. Restricciones significativas en el aprendizaje y aplicación del conocimiento

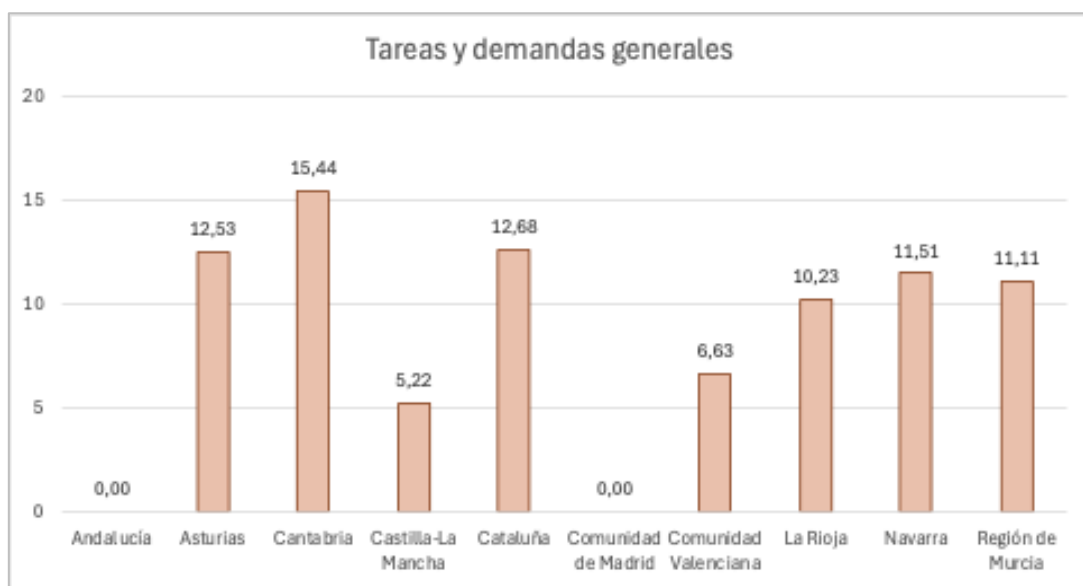


Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la **figura 28** recoge las restricciones en la participación en **tareas y demandas generales**, esto es, en actividades relacionadas con planificar, iniciar, organizar y completar acciones o secuencias de actividad. Entre las comunidades con información disponible, el porcentaje más alto corresponde a **Cantabria** (15,44 %), seguida de **Cataluña** (12,68 %) y **Asturias** (12,53 %). También presentan valores relativamente altos **Navarra** (11,51 %) y la **Región de Murcia** (11,11 %). En el extremo inferior se sitúan **Castilla-La Mancha** (5,22 %) y la **Comunidad Valenciana** (6,63 %). En el caso de **Andalucía** y la **Comunidad de Madrid**, no se disponía de dato para este

dominio. La distribución resultante sugiere un peso desigual de este tipo de restricciones entre territorios, con una concentración algo mayor en el norte peninsular.

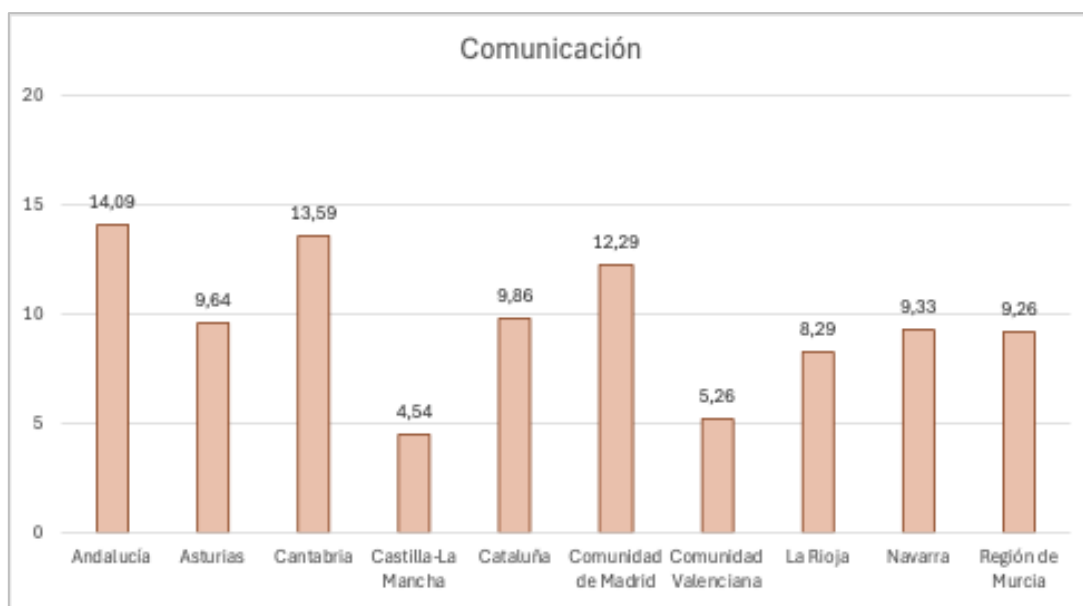
Figura 28. Restricciones significativas en tareas y demandas generales



Fuente: elaboración propia.

La **figura 29** muestra la distribución de las restricciones significativas en **comunicación**, un área que comprende la comprensión y producción de mensajes y el intercambio de información con otras personas. El porcentaje más elevado se registra en **Andalucía** (14,09 %), seguida muy de cerca por **Cantabria** (13,59 %) y la **Comunidad de Madrid** (12,29 %). En un nivel intermedio se sitúan **Cataluña** (9,86 %), **Asturias** (9,64 %), **Navarra** (9,33 %) y la **Región de Murcia** (9,26 %). Por el contrario, los valores más bajos se observan en **Castilla-La Mancha** (4,54 %) y la **Comunidad Valenciana** (5,26 %). En términos generales, este dominio presenta una distribución relativamente equilibrada, aunque con un mayor peso en Andalucía y Cantabria.

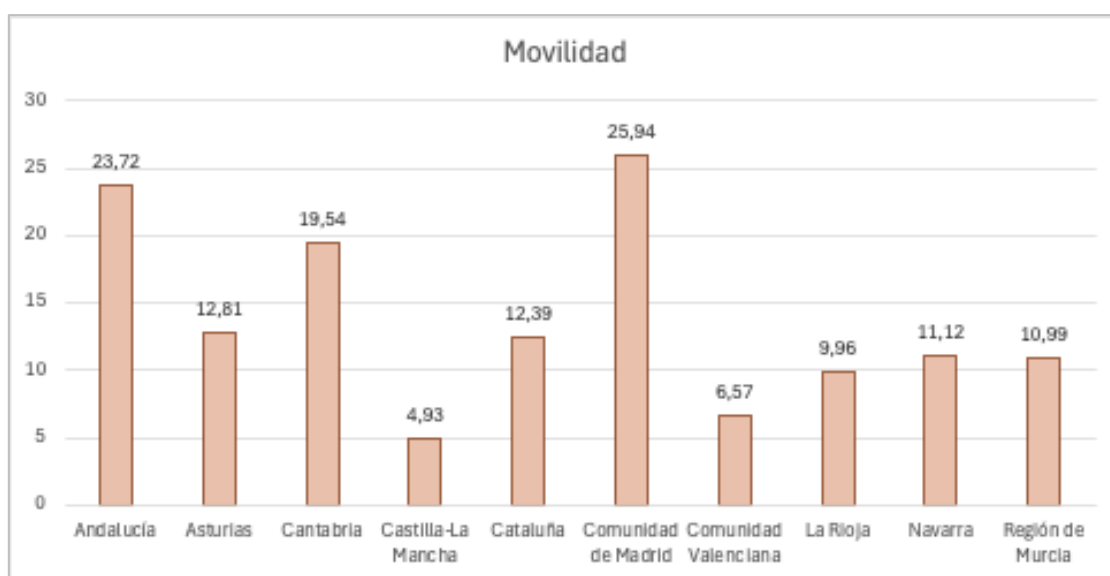
Figura 29. Restricciones significativas en la comunicación



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la **figura 30** representa las restricciones significativas en **movilidad**, entendida como la participación en situaciones que exigen desplazarse, cambiar o mantener posiciones corporales y moverse en el entorno. Aquí destacan claramente dos comunidades: la **Comunidad de Madrid**, con el porcentaje más alto (25,94 %), y **Andalucía**, muy próxima (23,72 %). También **Cantabria** presenta un valor elevado (19,54 %). A cierta distancia se sitúan **Asturias** (12,81 %), **Cataluña** (12,39 %) y **Navarra** (11,12 %). El porcentaje más bajo corresponde a **Castilla-La Mancha** (4,93 %), seguida de la **Comunidad Valenciana** (6,57 %). En conjunto, esta área muestra una dispersión considerable, con una clara concentración de restricciones en Madrid y Andalucía.

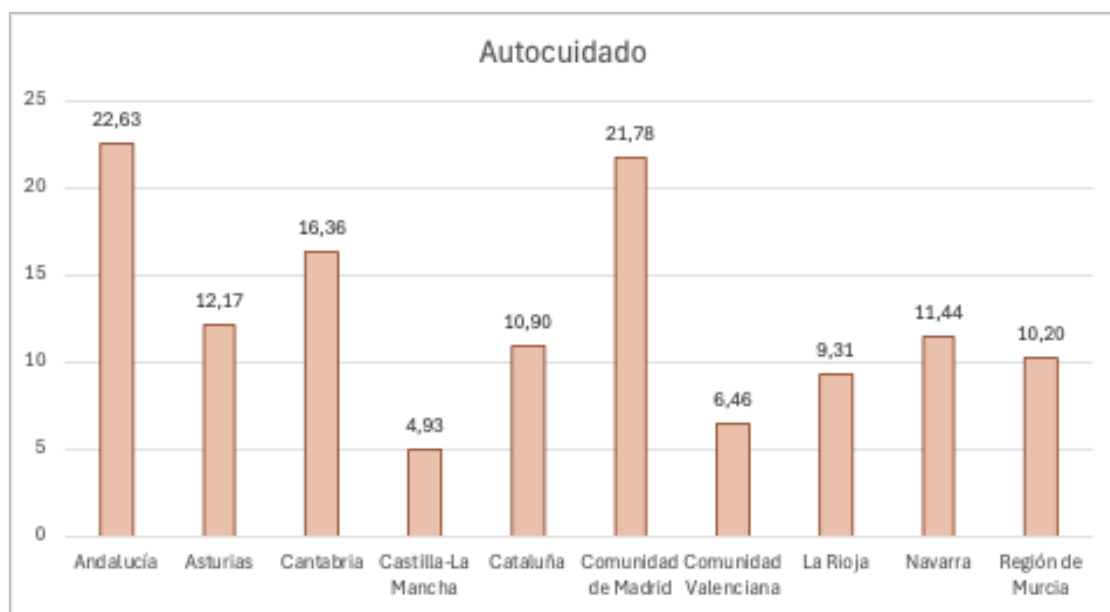
Figura 30. Restricciones significativas en la movilidad



Fuente: elaboración propia.

La **figura 31** presenta las restricciones significativas en **autocuidado**, es decir, en actividades básicas como asearse, vestirse, comer o atender la propia salud. Nuevamente, los porcentajes más elevados se registran en **Andalucía** (22,63 %) y en la **Comunidad de Madrid** (21,78 %), seguidas por **Cantabria** (16,36 %). En un nivel intermedio se sitúan **Asturias** (12,17 %), **Navarra** (11,44 %) y **Cataluña** (10,90 %). Los valores más reducidos corresponden a **Castilla-La Mancha** (4,93 %) y la **Comunidad Valenciana** (6,46 %). Este patrón sugiere que las restricciones en autocuidado se concentran especialmente en algunos territorios concretos, mientras que en otros su peso es comparativamente menor.

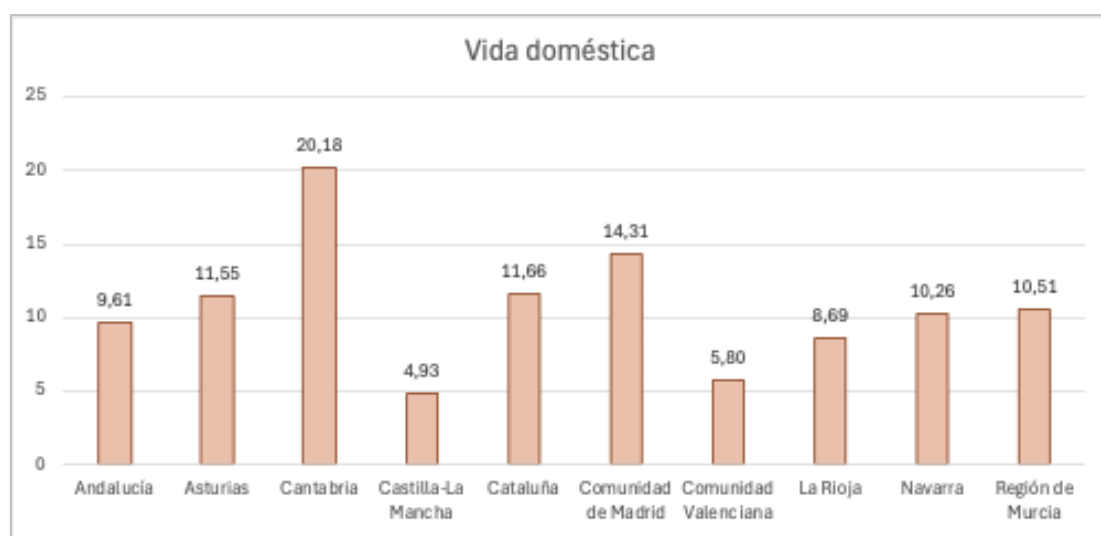
Figura 31. Restricciones significativas en el autocuidado



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la **vida doméstica**, la **figura 32** recoge las restricciones significativas en esta área, que incluye la participación en tareas vinculadas a la gestión del hogar y de la vida cotidiana en casa. En este caso, **Cantabria** presenta el porcentaje más alto (20,18 %), seguida de la **Comunidad de Madrid** (14,31 %). También muestran valores relativamente elevados **Cataluña** (11,66 %), **Asturias** (11,55 %) y la **Región de Murcia** (10,51 %). El porcentaje más bajo se observa en **Castilla-La Mancha** (4,93 %), mientras que la **Comunidad Valenciana** (5,80 %) también se sitúa en niveles bajos. La figura refleja, por tanto, una distribución heterogénea, con mayor peso de este dominio en Cantabria y Madrid.

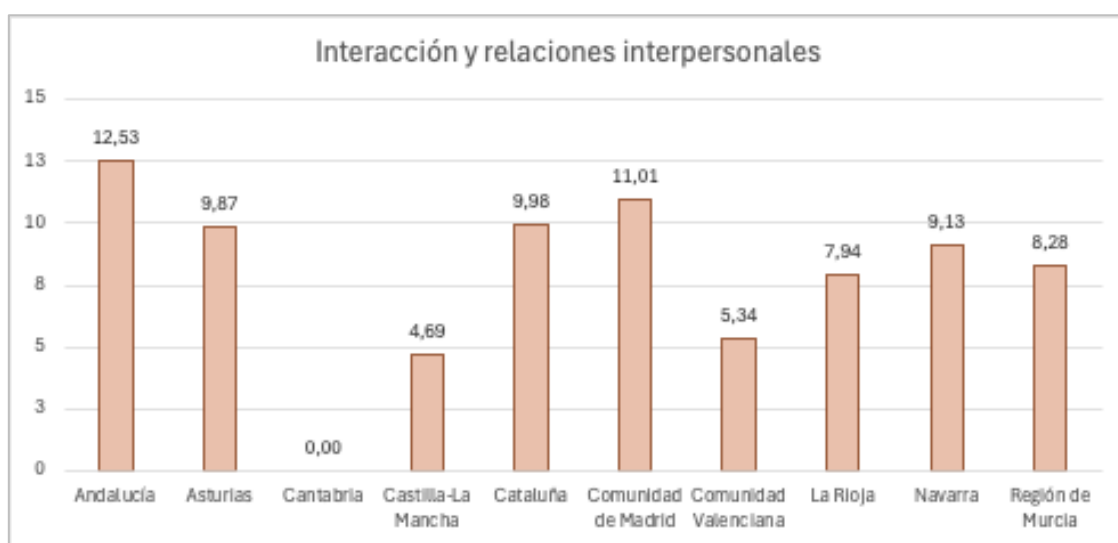
Figura 32. Restricciones significativas en la vida doméstica



Fuente: elaboración propia.

La **figura 33** representa las restricciones significativas en **interacción y relaciones interpersonales**, referidas a la participación en vínculos con otras personas y al mantenimiento de relaciones sociales y familiares. Entre las comunidades con información disponible, el valor más alto corresponde a **Andalucía** (12,53 %), seguida de la **Comunidad de Madrid** (11,01 %) y **Cataluña** (9,98 %). También presentan porcentajes relativamente elevados Asturias (9,87 %), **Navarra** (9,13 %) y la **Región de Murcia** (8,28 %). En el extremo inferior se sitúan **Castilla-La Mancha** (4,69 %) y la **Comunidad Valenciana** (5,34 %). En el caso de **Cantabria**, no se disponía de dato para este dominio. En conjunto, se trata de un área con una dispersión moderada y con valores especialmente altos en Andalucía y Madrid.

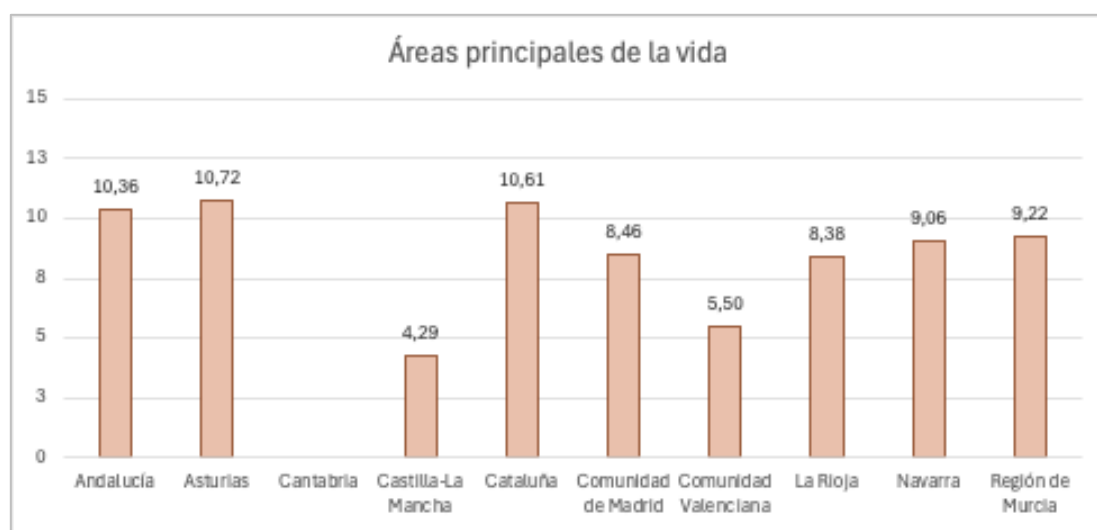
Figura 33. Restricciones significativas en la interacción y relaciones interpersonales



Fuente: elaboración propia.

La **figura 34** muestra la distribución de las restricciones significativas en **áreas principales de la vida**, que comprenden ámbitos como la educación, el trabajo, la gestión económica y otras responsabilidades vitales centrales. Dentro de las comunidades con datos disponibles, el porcentaje más elevado se registra en **Asturias** (10,72 %), seguida muy de cerca por **Cataluña** (10,61 %) y **Andalucía** (10,36 %). También destacan la **Región de Murcia** (9,22 %) y **Navarra** (9,06 %). Los valores más bajos corresponden a **Castilla-La Mancha** (4,29 %) y la **Comunidad Valenciana** (5,50 %). Para Cantabria no se disponía de información en esta área. La distribución es relativamente homogénea, con diferencias menos marcadas que en otros dominios.

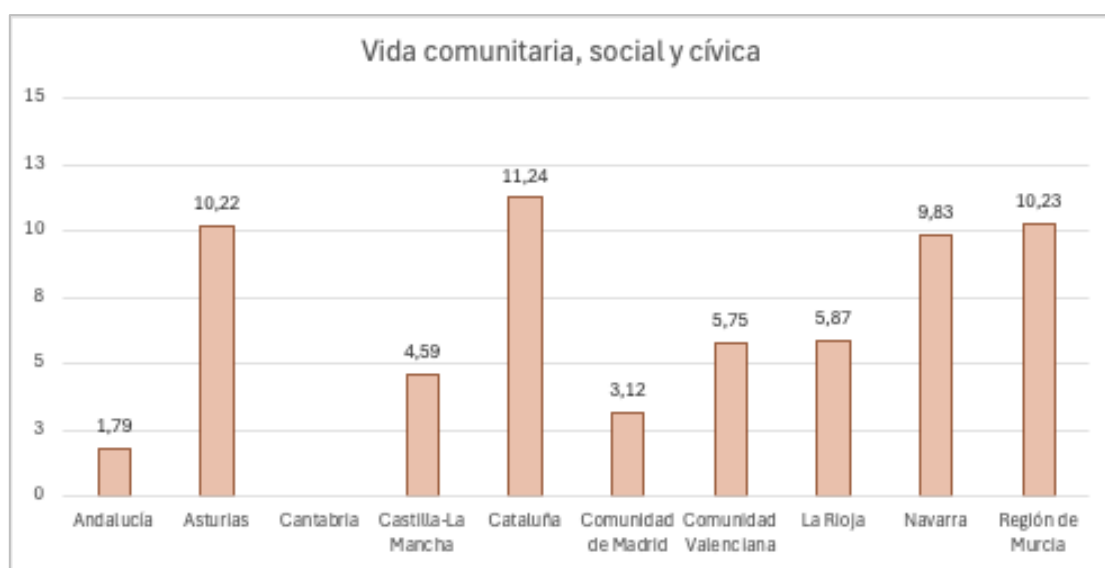
Figura 34. Restricciones significativas en las principales áreas de la vida



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, la **figura 35** representa las restricciones significativas en **vida comunitaria, social y cívica**, ámbito que recoge la participación en la comunidad, en actividades sociales y en la vida ciudadana. El porcentaje más alto se observa en **Cataluña** (11,24 %), seguida de **Asturias** (10,22 %) y de la **Región de Murcia** (10,23 %). También **Navarra** (9,83 %) registra un valor relativamente elevado. Por el contrario, los porcentajes más bajos corresponden a **Andalucía** (1,79 %) y a la **Comunidad de Madrid** (3,12 %). En el caso de **Cantabria**, tampoco se disponía de dato para este dominio. En conjunto, esta área muestra una variabilidad moderada, con una mayor concentración de restricciones en Cataluña, Asturias y Murcia.

Figura 35. Restricciones significativas en la vida comunitaria, social y cívica



Fuente: elaboración propia.

Considerados en conjunto, los dominios del BRP-QD dibujan una imagen menos uniforme que la del BLA: algunas comunidades concentran más restricciones en movilidad y autocuidado, otras en aprendizaje, tareas generales o vida comunitaria, lo que refuerza la idea de que la participación introduce perfiles territoriales más diferenciados y menos predecibles que la mera deficiencia o la limitación funcional.

IDEA CLAVE

La participación muestra perfiles más heterogéneos entre territorios, con comunidades donde predominan restricciones moderadas y graves y otras donde apenas se registran.

En relación con la **dimensión BFCA (Baremo de Evaluación de los Factores Contextuales que actúan como barrera)**, el Real Decreto 888/2022 incorpora la valoración de los factores contextuales ambientales que actúan como barrera en el entorno habitual de la persona. A diferencia de las dimensiones anteriores, centradas en la deficiencia, la actividad o la participación, este componente pone el foco en las condiciones externas que pueden dificultar el funcionamiento y limitar la participación social. En línea con la CIF (OMS, 2001) estos factores ambientales pueden actuar tanto como **facilitadores**, cuando favorecen la autonomía y la participación, o como **barreras**, cuando incrementan las dificultades de la persona. La dimensión BFCA del nuevo baremo de valoración se centra precisamente en este segundo aspecto, valorando el efecto negativo que determinadas condiciones del entorno pueden tener sobre la vida cotidiana.

Para ello, la evaluación de este criterio se organiza en **cinco grandes dominios ambientales**: productos y tecnología, entorno natural y construido, apoyos y relaciones personales, actitudes de la sociedad y servicios, sistemas y políticas públicas. A continuación, se presentan las figuras correspondientes a estos dominios en aquellas comunidades autónomas para las que se dispuso de información, con el fin de comparar en qué áreas del entorno se concentran con mayor frecuencia las barreras identificadas.

La **figura 36** muestra la distribución porcentual de las barreras relacionadas con los **productos y la tecnología**, es decir, con la disponibilidad o adecuación de ayudas técnicas, dispositivos, equipamientos y otros recursos materiales que pueden facilitar o dificultar el funcionamiento de la persona. Este es, en conjunto, uno de los dominios con mayor peso relativo. Los porcentajes oscilan entre el 21,81 % de la **Comunidad Valenciana** y el 33,67 % de **La Rioja**, que presenta el valor más elevado. También destacan **Cataluña** (31,05 %), la **Comunidad de Madrid** (29,18 %), **Asturias** (29,15 %), **Galicia** (28,00 %) y **Cantabria** (27,97 %). En un nivel algo inferior se sitúan **Navarra** (26,22 %), **Castilla-La Mancha** (26,06 %) y la **Región de Murcia** (25,70 %). **Andalucía** registra un 23,08 %, mientras que en Castilla y León no se registraron barreras en este dominio. En conjunto, la figura sugiere que las limitaciones vinculadas a productos y tecnología constituyen una de las barreras ambientales más presentes en los territorios con datos disponibles.

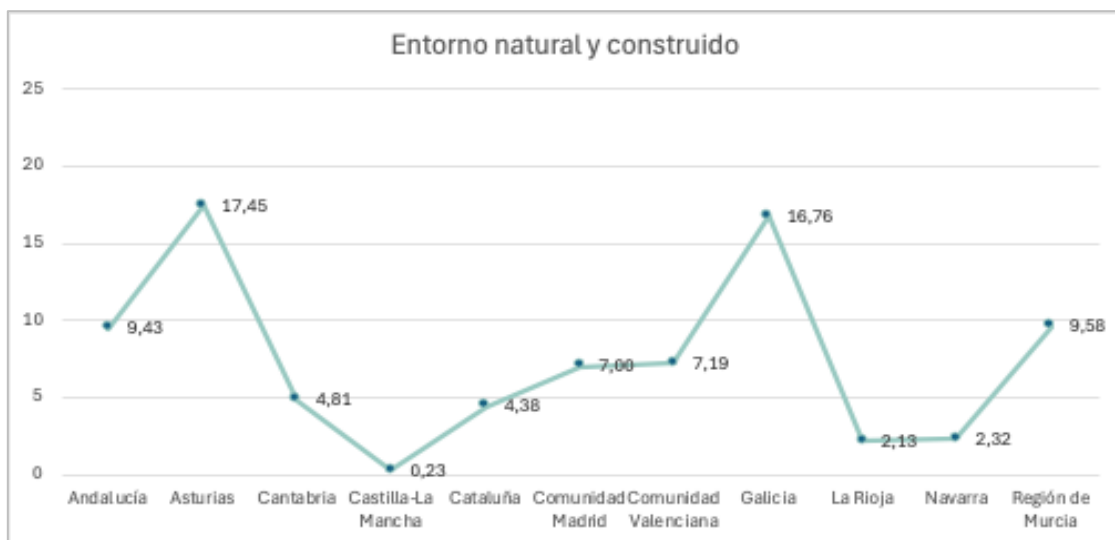
Figura 36. Productos y tecnología como factor contextual que actúa como barrera



Fuente: elaboración propia.

La **figura 37** representa las barreras asociadas al **entorno natural y construido**, que incluyen aspectos como la accesibilidad física de edificios, espacios públicos, transporte y características del medio físico. A diferencia del dominio anterior, aquí la distribución es mucho más desigual. Los porcentajes van desde el 0,23 % de **Castilla-La Mancha** hasta el 17,45 % de **Asturias**, que es la comunidad con el valor más alto. También **Galicia** presenta un peso destacado (16,76 %), mientras que **Región de Murcia** (9,58 %) y **Andalucía** (9,43 %) se sitúan en una posición intermedia. La **Comunidad Valenciana** (7,19 %) y la **Comunidad de Madrid** (7,00 %) muestran valores moderados, y en niveles más bajos aparecen **Cantabria** (4,81 %), **Cataluña** (4,38 %), **Navarra** (2,32 %) y **La Rioja** (2,13 %). En este caso, la figura refleja con claridad que el peso del entorno físico como barrera no es homogéneo entre territorios, sino que presenta contrastes marcados.

Figura 37. Entorno natural y construido como factor contextual que actúa como barrera



Fuente: elaboración propia.

La **figura 38** recoge las barreras vinculadas a los **apoyos y relaciones personales**, es decir, a la presencia, disponibilidad o suficiencia de apoyo por parte de familiares, profesionales, cuidadores/as u otras personas del entorno cercano. Los datos muestran una distribución relativamente alta en la mayoría de las comunidades autónomas. El porcentaje más elevado corresponde a **Cataluña** (26,53 %), seguida de **Cantabria** (25,95 %) y de la **Comunidad de Madrid** (24,32 %). También presentan valores destacados **Castilla-La Mancha** (23,77 %), la **Región de Murcia** (22,69 %), **Navarra** (22,36 %) y **Galicia** (21,92 %). **Andalucía** (20,45 %), **Asturias** (19,86 %) y **La Rioja** (19,43 %) se sitúan ligeramente por debajo, mientras que la **Comunidad Valenciana** registra el porcentaje más reducido (14,49 %). En conjunto, este dominio aparece como uno de los más relevantes dentro del BFCA, lo que sugiere que la ausencia o insuficiencia de apoyos personales constituye una barrera significativa en numerosos territorios.

Figura 38. Apoyos y relaciones interpersonales como factores contextuales que actúan como barreras



Fuente: elaboración propia.

La **figura 39** representa el peso de las barreras relacionadas con las **actitudes de la sociedad**, ámbito que recoge el efecto negativo de prejuicios, estigmas, rechazo o expectativas limitantes hacia las personas con discapacidad. En comparación con otros dominios, los porcentajes son aquí más moderados, aunque con diferencias apreciables entre comunidades. El valor más alto se observa en la **Comunidad de Madrid** (15,91 %), muy próxima a la **Región de Murcia** (15,62 %) y a **Navarra** (15,37 %). También **Castilla-La Mancha** presenta un porcentaje relativamente elevado (14,48 %), mientras que **Andalucía** (12,29 %) y **Cantabria** (12,14 %) se sitúan en posiciones intermedias. En el extremo opuesto aparecen la **Comunidad Valenciana** (6,72 %) y **Galicia** (7,82 %), con valores inferiores a los del resto. La figura sugiere, por tanto, que las actitudes sociales desfavorables están presentes en todos los territorios en los que ha sido posible acceder a la información, aunque con un peso desigual y generalmente menor que el de otras barreras ambientales.

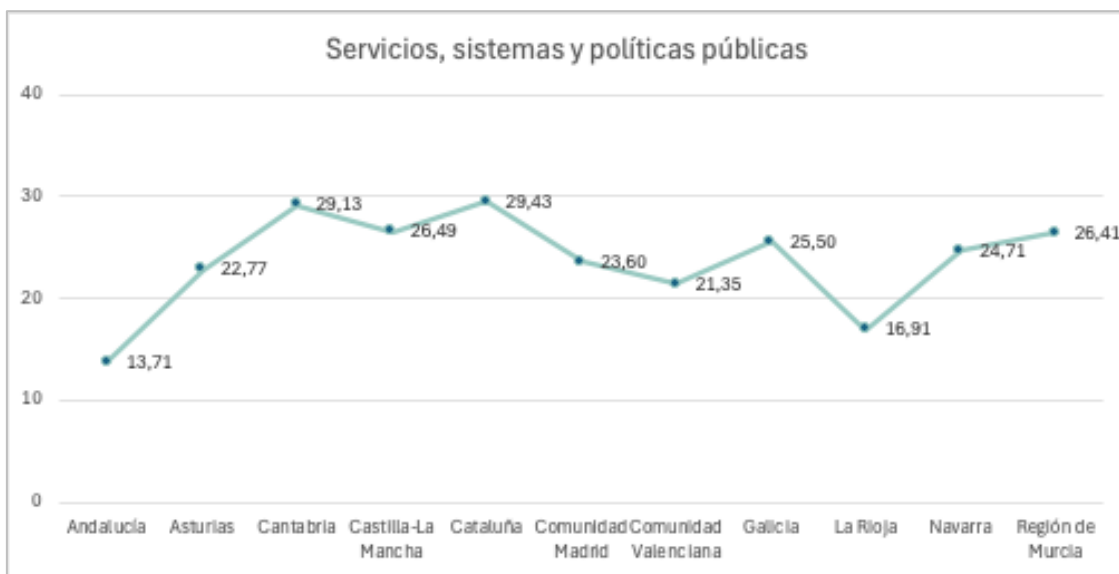
Figura 39. Actitudes de la sociedad como factor contextual que actúa como barrera



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, la **figura 40** recoge la distribución de las barreras relacionadas con los **servicios, los sistemas y las políticas públicas**, dominio que incluye la adecuación, accesibilidad o disponibilidad de los recursos institucionales y de las respuestas públicas destinadas a garantizar derechos, apoyos y participación. Este es, junto con productos y tecnología, uno de los dominios que concentra mayores porcentajes. El valor más elevado corresponde a **Cataluña** (29,43 %), seguida muy de cerca por **Cantabria** (29,13 %). También destacan **Castilla-La Mancha** (26,49 %), la **Región de Murcia** (26,41 %), **Galicia** (25,50 %) y **Navarra** (24,71 %). En niveles algo inferiores se sitúan la **Comunidad de Madrid** (23,60 %), **Asturias** (22,77 %) y la **Comunidad Valenciana** (21,35 %). **La Rioja** presenta el valor más reducido (16,91 %), mientras que **Andalucía** registra un 13,71 %. En conjunto, la figura pone de relieve que las barreras vinculadas a la organización de servicios, sistemas y políticas públicas tienen un peso importante en la mayoría de los territorios analizados.

Figura 40. Servicios, sistemas y políticas públicas como factores contextuales que actúan como barreras



Fuente: elaboración propia.

Tomando los resultados del BFCA en conjunto se concluye que las barreras ambientales identificadas se concentran principalmente en los dominios de productos y tecnología, apoyos y relaciones personales y servicios, sistemas y políticas públicas, mientras que el entorno natural y construido y, en menor medida, las actitudes de la sociedad, presentan una distribución más variable entre comunidades. Este patrón sugiere que, en el marco del nuevo baremo, el entorno social, material e institucional sigue desempeñando un papel relevante en la configuración de la discapacidad reconocida. El hecho de que estas barreras aparezcan con un peso territorial tan desigual apoya una de las ideas centrales de este informe: la incorporación formal del contexto en los procesos de valoración no implica necesariamente una incorporación homogénea en la práctica.

IDEA CLAVE

Las barreras ambientales se concentran principalmente en productos y tecnología, apoyos personales y servicios, sistemas y políticas públicas.

En conjunto, los resultados muestran que la discapacidad que se está valorando actualmente en España se concentra principalmente en personas adultas y de edad avanzada, con una edad media elevada y un peso especialmente importante del grupo de 35 a 64 años, seguido de los tramos de 65 a 79 años y de 80 o más años. La distribución por género es, en términos generales, bastante equilibrada, aunque con un ligero predominio femenino en buena parte de los territorios. Asimismo, la mayoría de las personas solicitantes presentan nacionalidad española, siendo la población extranjera claramente minoritaria.

En cuanto a las solicitudes, predomina la tramitación ordinaria, así como las solicitudes iniciales, frente a las revisiones de parte, de oficio o traslados de expediente. La mayor parte de los procedimientos concluyen con reconocimiento de grado de discapacidad, y, entre los resultados administrativos conocidos, son más frecuentes los reconocimientos de carácter permanente que los revisables o temporales.

Respecto a los perfiles reconocidos, la discapacidad alegada aparece mayoritariamente asociada a categorías físicas, aunque con variabilidad territorial y con cierto peso de categorías mixtas o residuales según los sistemas de registro. En las dimensiones del nuevo baremo, predominan los niveles moderados tanto en la deficiencia global de la persona (BDGP) como en las limitaciones en la actividad (BLA), mientras que en la participación (BRP-QD) se observan perfiles más heterogéneos. Las alteraciones más frecuentes se concentran en funciones mentales y del sistema nervioso y en funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, y las barreras ambientales identificadas afectan sobre todo a productos y tecnología, apoyos y relaciones personales y servicios, sistemas y políticas públicas. En conjunto, estos resultados ofrecen una **fotografía actual de la discapacidad** que está siendo valorada y reconocida en España durante el último año, así como de sus principales características funcionales, sociales y administrativas. Se trata, en general, de una discapacidad reconocida situada en niveles intermedios de gravedad, con un fuerte peso de la dimensión corporal y funcional, pero también con una presencia relevante, aunque territorialmente desigual, de limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y barreras del entorno.

Desde una perspectiva interpretativa, este patrón sugiere que, **aunque el marco normativo vigente incorpora formalmente las dimensiones de actividad, participación y contexto** en consonancia con el modelo biopsicosocial de la CIF, la lógica práctica de **la valoración continúa descansando en gran medida sobre la deficiencia como eje central del reconocimiento**. Al mismo tiempo, la variabilidad observada entre territorios apunta a que esta incorporación no se está produciendo con la misma intensidad en todas las comunidades autónomas, lo que puede traducirse en diferencias relevantes en la forma en que el modelo se aplica efectivamente. En este sentido, la imagen actual de la discapacidad valorada en España no solo muestra qué perfiles están siendo reconocidos, sino también cómo la aplicación del modelo vigente sigue estando condicionada por diferencias territoriales en la forma de registrar, ponderar e integrar las distintas dimensiones del baremo.

4.5. EVOLUCIÓN DE LOS PERFILES DE DISCAPACIDAD EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Una vez recopilada la información cuantitativa aportada por los distintos territorios, se incorporó una segunda aproximación de carácter cualitativo orientada a contextualizar e interpretar los resultados obtenidos. En concreto, se preguntó a las personas participantes de cada comunidad autónoma por la evolución que, desde su experiencia profesional, habían observado en los perfiles de las personas valoradas en sus centros durante los últimos diez años. Esta información no pretende sustituir al análisis cuantitativo ni ofrecer una medición exacta de los cambios producidos, sino

complementarlo con el conocimiento experto de quienes trabajan de forma directa en los procesos de valoración.

La perspectiva cualitativa resulta especialmente útil para enriquecer la lectura de los datos de prevalencia y de la distribución actual de la discapacidad reconocida en España recogidos mediante el cuestionario. En este sentido, permite identificar cambios percibidos en la demanda, transformaciones en las características de las personas solicitantes y posibles tendencias o perfiles emergentes que no siempre quedan reflejados de manera sistemática en los registros agregados. De este modo, el contraste entre la información cuantitativa y la percepción de los y las profesionales contribuye a ofrecer una imagen más completa de la discapacidad que está siendo valorada actualmente en España, así como de su evolución reciente en el marco del nuevo sistema de valoración. La pregunta formulada en las entrevistas fue la siguiente:

Desde la experiencia de su centro, ¿cómo ha evolucionado el perfil de las personas valoradas y de las situaciones de discapacidad atendidas en los últimos 10 años, en comparación con el periodo anterior a la entrada en vigor del Real Decreto 888/2022? ¿Ha percibido cambios en el tipo de deficiencias, limitaciones o necesidades que predominan actualmente respecto a etapas anteriores?

Los resultados cualitativos obtenidos en las entrevistas sugieren que, desde la perspectiva de los y las profesionales, el perfil de las personas que solicitan la valoración de la discapacidad ha experimentado cambios relevantes en los últimos años. De manera general, las respuestas apuntan a una **ampliación y diversificación de la demanda**, con una menor concentración exclusiva en perfiles tradicionalmente asociados a discapacidades graves o muy visibles y una mayor presencia de situaciones más heterogéneas, tanto por edad como por tipo de condición de salud o por la finalidad con la que se solicita la valoración. En varias comunidades se expresa con claridad la idea de que la discapacidad “se ha popularizado mucho” o se ha hecho más accesible como recurso, en parte por la vinculación del reconocimiento con distintos apoyos y derechos. Así, en la **Comunidad de Madrid** se señala que “se quiere vincular enfermedad con discapacidad y no siempre es así”, mientras que en **La Rioja** se afirma que “da la sensación de que se ha democratizado un poco esto de la discapacidad”. En conjunto, el análisis de las entrevistas dibuja un desplazamiento desde una demanda más concentrada en perfiles tradicionalmente reconocibles hacia otra más amplia, diversa y socialmente extendida, en la que conviven situaciones de mayor complejidad funcional con solicitudes vinculadas a nuevas necesidades o finalidades administrativas.

Uno de los cambios más repetidos en las entrevistas es el **aumento de solicitudes entre personas mayores**. Este fenómeno aparece de manera muy clara en comunidades como **Cataluña**, donde se afirma que antes las personas mayores eran un perfil “muy puntual” y que ahora “hay miles”, o en **Baleares**, donde se subraya que antes “no venían tantas personas mayores” y ahora representan un porcentaje importante de la demanda de valoración que reciben. En términos similares, **Aragón** describe un perfil cada vez más “generalista”, con incremento de solicitudes en mayores de 65 años, y en **Comunidad Valenciana** se menciona el creciente peso de personas muy mayores que solicitan la valoración “sobre todo por el tema de movilidad reducida”. En las entrevistas de varios

territorios se asocia este aumento no solo al envejecimiento poblacional, sino también a la búsqueda de recursos vinculados a movilidad, desgravaciones o beneficios fiscales. Este patrón resulta coherente con los resultados cuantitativos presentados en este informe, en los que ya se observaba un peso importante de los grupos de edad avanzada en varios territorios, y refuerza la idea de que una parte importante de los cambios observados en la discapacidad que hoy se valora en España está vinculada al envejecimiento.

Junto a este envejecimiento de parte de la demanda, emerge con mucha fuerza otro **perfil claramente en expansión: el de niños/as y adolescentes, especialmente en relación con trastornos del neurodesarrollo**. **Navarra** describe que antes podía verse “uno al mes” y que ahora hay casos “prácticamente todos los días”, mientras que **Galicia** señala que el volumen de solicitudes de niños y niñas en los últimos diez años “se multiplicó por cinco”. En varias comunidades se menciona de forma específica el aumento de solicitudes relacionadas con trastorno del espectro autista, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos del lenguaje u otras dificultades del desarrollo. **Castilla-La Mancha** alude a “colectivos específicos” que, tras la aparición de nuevos códigos en el baremo, comenzaron a solicitar masivamente la valoración, y **Comunidad Valenciana** que lo vincula, en parte, a una mayor tendencia a etiquetar o a buscar reconocimiento administrativo ante dificultades de diversa intensidad. Frente al aumento de personas mayores, algunos de los testimonios muestran que la transformación de la demanda no se concentra en una sola dirección etaria, sino que también incorpora con fuerza perfiles infantiles y adolescentes, especialmente ligados al neurodesarrollo, lo que contribuye a ampliar y complejizar la fotografía actual de la discapacidad valorada.

Otro eje claramente identificado es el mayor peso de la **salud mental** y de los perfiles mixtos o complejos. **Galicia** sitúa aquí uno de los cambios más marcados y lo relaciona directamente con la pandemia, explicando que antes el perfil era mayoritariamente físico y que después pasó a ser “mayoritariamente mixto, porque las patologías psíquicas se dispararon con la pandemia”. En **Asturias** también se señala que “ahora se ve muchísimo más los procesos de salud mental”, y en **Madrid** se destaca que hoy llegan muchas personas con enfermedad mental, menos visible físicamente, pero con importantes dificultades de participación. **Cataluña**, por su parte, describe un aumento de casos difíciles de clasificar, con “una mezcla de patologías varias”, en los que se combinan problemas de conducta, discapacidad intelectual, trastorno mental y consumo de sustancias. Este cambio resulta especialmente relevante ya que muestra un aumento de perfiles más complejos y menos fáciles de clasificar en una única categoría, algo que los y las profesionales destacan de forma reiterada en varias comunidades.

Finalmente, varias entrevistas coincidieron en señalar un aumento de solicitudes vinculadas más a los **efectos administrativos, educativos, laborales o fiscales** del reconocimiento que a una situación clara de discapacidad en sentido estricto. En **Cantabria** se resume de forma muy sintética al señalar que el perfil ha ido cambiando hacia gente más joven “por los beneficios que conlleva la discapacidad”, y en **Andalucía** se afirma que una parte de la demanda actual responde a la lógica de “a ver si me lo dan”. En este mismo sentido, **La Rioja** describe la existencia de una dinámica de recomendación previa del tipo “tú pídelo, que el no ya lo tienes”, lo que, según los y las

profesionales, contribuye a incrementar solicitudes que posteriormente no cumplen los criterios de reconocimiento. En **País Vasco** se menciona un grupo importante de personas adultas que buscan jubilación anticipada, oposiciones o ventajas fiscales y que, en muchos casos, no llega al 33 %. Esta información introduce un matiz importante en la interpretación de la evolución de las valoraciones realizadas en los últimos años: junto a la diversificación clínica y funcional de los perfiles valorados, los y las profesionales perciben también una ampliación de la demanda asociada al valor instrumental del reconocimiento administrativo, lo que ayuda a contextualizar parte del aumento y de la transformación de las solicitudes en los últimos años.

En conjunto, el análisis de la información cualitativa obtenida en las entrevistas de la segunda fase del estudio sugiere que la discapacidad que se está valorando en la actualidad responde a una demanda más amplia, diversa y compleja que la de etapas anteriores. Los y las profesionales perciben una mayor presencia de personas mayores, un crecimiento muy notable de niños/as con trastornos del neurodesarrollo, un peso creciente de la salud mental y de perfiles mixtos, y una demanda cada vez más atravesada por la búsqueda de apoyos, beneficios o recursos asociados al reconocimiento. Todo ello apunta a una transformación relevante en los perfiles que llegan hoy a los centros de valoración y ofrece una lectura complementaria a los resultados cuantitativos obtenidos en este estudio. En términos generales, la evolución percibida por los y las profesionales durante la última década no apunta tanto a la sustitución de unos perfiles por otros como a una ampliación del espectro de situaciones que llegan a valoración. Esta ampliación refuerza la idea de que la discapacidad actualmente valorada en España es más heterogénea que en etapas previas y que los centros de valoración están atendiendo una demanda crecientemente diversa en edad, complejidad funcional, condiciones de salud y motivaciones para solicitar el reconocimiento.

4.6. RESUMEN DE RESULTADOS

En el **anexo 3** de este informe se recoge de manera gráfica los principales hallazgos del estudio. Los resultados presentados hasta el momento permiten identificar, en primer lugar, una discapacidad valorada en España marcada por **perfiles predominantemente adultos y envejecidos**, con un peso importante de las personas de 35 a 64 años y, en varios territorios, también de los grupos de mayor edad. A ello se suma una distribución por **género relativamente equilibrada** y un claro predominio de personas con **nacionalidad española**, lo que dibuja una base sociodemográfica bastante estable, aunque con diferencias territoriales visibles en la edad y en el tipo de discapacidad alegada.

En segundo lugar, los datos muestran que el acceso al sistema de valoración sigue respondiendo, de forma mayoritaria, a una lógica administrativa relativamente consolidada, caracterizada por el **predominio de la tramitación ordinaria, de las solicitudes iniciales y de los expedientes que culminan con reconocimiento de grado**, generalmente con carácter permanente. Sin embargo, esta pauta general convive con diferencias entre comunidades en el uso de la vía urgente, en el peso de las revisiones, en la clasificación de determinados procedimientos y en los resultados administrativos

finales. Esto sugiere que, aunque existe una base normativa común, la experiencia concreta del procedimiento no es completamente homogénea en el conjunto del territorio.

En relación con los perfiles reconocidos, la imagen más clara que ofrecen los datos es la de una **discapacidad situada sobre todo en niveles intermedios**, con predominio de clases moderadas tanto en el grado final reconocido como en la deficiencia global de la persona y en las limitaciones en la actividad. A ello se añade un peso importante de las clases graves, mientras que las situaciones extremas son claramente minoritarias. Desde el punto de vista corporal y funcional, **destacan especialmente las alteraciones en funciones mentales y del sistema nervioso y las alteraciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento**, lo que configura un perfil en el que tienen un papel central tanto la afectación psíquica y neurológica como las dificultades vinculadas al movimiento y al funcionamiento físico.

Ahora bien, esta fotografía general no debe interpretarse como una realidad uniforme. Uno de los hallazgos más consistentes del estudio es la existencia de una **heterogeneidad territorial apreciable**. Esta variabilidad se observa en la estructura por edades, en el peso de la necesidad de tercera persona y de la movilidad reducida, en la presencia de plurideficiencias, en la distribución de las limitaciones en la actividad y, de manera especialmente clara, en las restricciones en la participación y en las barreras contextuales. Algunas comunidades presentan perfiles más concentrados en niveles bajos o moderados de determinadas dimensiones, mientras que en otras adquieren mayor peso las situaciones complejas, las restricciones graves o determinadas barreras del entorno. Más que una única fotografía cerrada, los resultados muestran una imagen compuesta por perfiles territoriales diversos.

Este conjunto de resultados permite plantear una idea central en este estudio: **el sistema ha avanzado normativamente hacia un modelo más próximo a la CIF y al enfoque biopsicosocial, pero en la práctica la deficiencia sigue ocupando una posición muy central en la configuración del reconocimiento**. Esto no significa que las dimensiones de actividad, participación y contexto estén ausentes. Al contrario, aparecen ya incorporadas y aportan información valiosa sobre la complejidad de los perfiles. Sin embargo, su peso no parece desplegarse con la misma intensidad ni de forma igualmente visible en todos los territorios, especialmente en comparación con la dimensión de deficiencia global. Las entrevistas refuerzan esta lectura. Por un lado, describen una demanda de valoración más amplia, diversa y compleja que la de hace una década, con mayor presencia de personas mayores, de niños/as y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo, de problemas de salud mental y de perfiles mixtos. Por otro, muestran que la implantación del nuevo baremo ha exigido importantes ajustes organizativos, técnicos e informáticos, y que buena parte de las diferencias observadas entre territorios no remiten solo a la población valorada, sino también a las condiciones concretas en las que cada comunidad aplica el modelo.

En definitiva, los resultados aquí presentados permiten sostener que la discapacidad que hoy se valora en España se define por una **doble característica**: una **base común reconocible**, que ofrece una imagen bastante consistente de los grandes

perfiles atendidos, y una **variabilidad territorial** relevante, que introduce matices importantes en la forma en que esos perfiles son registrados, interpretados y reconocidos. Este hallazgo resulta especialmente útil ya que sitúa la imagen actual de la discapacidad en España no como una realidad estática o uniforme, sino como el resultado de la interacción entre cambios sociales y demográficos, evolución de la demanda, nuevo marco normativo y formas diversas de implementación autonómica.

5. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en este estudio permiten formular una serie de recomendaciones orientadas a mejorar la atención que se presta a las personas con discapacidad en los procesos de valoración, así como a reforzar la capacidad del sistema para responder de forma más homogénea a una demanda cada vez más amplia, diversa y compleja. Estas recomendaciones derivan de las propuestas expresadas por las personas responsables de los centros, de las limitaciones observadas por el equipo investigador durante el proceso de recogida de información y de las fortalezas identificadas en la colaboración con los territorios participantes. En términos de políticas públicas, la evidencia recogida apunta a la necesidad de seguir desarrollando el sistema no solo desde el punto de vista normativo, sino también en sus condiciones organizativas, técnicas y de coordinación interterritorial, con el fin de reducir variaciones evitables en la aplicación del modelo y favorecer una mayor equidad en el reconocimiento de la discapacidad en el conjunto del territorio.

Tabla 15. Principales recomendaciones y necesidades a las que responden

RECOMENDACIÓN PROPUESTA	NECESIDAD A LA QUE RESPONDE
Mejorar los sistemas de información y el acceso a los datos	Los centros tienen dificultades para extraer y usar la información, y existen diferencias en la calidad y comparabilidad de los registros.
Conectar mejor las aplicaciones y mejorar la interoperabilidad	En varios territorios, la gestión y la valoración siguen funcionando con sistemas poco conectados o antiguos.
Compartir mejor los criterios de aplicación del baremo	Se observan diferencias entre territorios y equipos en la forma de interpretar algunas dimensiones del modelo.
Favorecer más espacios de coordinación técnica entre territorios	La aplicación del baremo no siempre es homogénea y conviene compartir soluciones y experiencias útiles.
Aumentar y estabilizar los recursos humanos de los centros	La carga de trabajo es alta y el nuevo baremo exige más tiempo por expediente.
Revisar tiempos, agendas y cargas de trabajo	Mantener ritmos previos puede generar demoras, sobrecarga y dificultades para aplicar bien el modelo.
Extender mecanismos de triaje o cribado previo	La demanda ha crecido y es más diversa, por lo que no todos los expedientes requieren el mismo circuito.
Definir mejor los criterios de priorización	Algunos casos requieren respuesta más rápida y conviene ordenar la demanda de forma más clara y consistente.

Reforzar perfiles profesionales relevantes en los equipos	El nuevo modelo exige una mirada más multidimensional y algunos perfiles están resultando especialmente útiles.
Mantener formación continuada y espacios de contraste técnico	La formación inicial no es suficiente y siguen existiendo dudas en la aplicación práctica del baremo.
Mejorar la información a la ciudadanía y a los/as profesionales derivantes	Parte de la demanda llega con expectativas poco ajustadas sobre lo que valora el sistema y sus efectos.
Reforzar la función de orientación y acompañamiento	La valoración puede ser también una oportunidad para orientar a la persona hacia apoyos y recursos.
Revisar revisiones y trámites con poco valor añadido	Algunas revisiones reiteradas o algunos procedimientos concretos generan carga sin aportar mejoras sustantivas.
Elaborar orientaciones para perfiles emergentes y casos complejos	Están aumentando perfiles como personas mayores, neurodesarrollo, salud mental y situaciones mixtas o plurales.
Reforzar la capacidad del sistema para analizar sus propios resultados	El sistema necesita conocer mejor cómo se está aplicando y qué diferencias persisten entre territorios.
Impulsar seguimiento y evaluación continua del modelo	La consolidación del nuevo baremo requiere ajustes progresivos y evidencia sobre qué está funcionando mejor.

De manera transversal, los resultados muestran que, aunque el Real Decreto incorpora formalmente el modelo de la CIF y supone un avance hacia enfoques psicosociales y de derechos, en la práctica persisten desafíos relevantes. En particular, se observa que la dimensión de deficiencia global (BDGP) continúa actuando como eje dominante en la determinación del grado de discapacidad, mientras que las dimensiones de actividad, participación y factores contextuales presentan una amplia variabilidad territorial y una integración menos consistente en la práctica evaluadora. Asimismo, las diferencias entre comunidades autónomas también se evidencian en la presencia de “datos no registrados”, que no se explican por factores poblacionales sino por los criterios propios de la aplicación, organización y registro de la información. Por ello, una línea de actuación prioritaria consiste en reforzar los mecanismos que permitan traducir de forma más consistente el modelo biopsicosocial a la práctica cotidiana de la valoración, reduciendo variaciones interpretativas evitables entre territorios y entre equipos.

En este contexto, una primera recomendación consiste en **reforzar los sistemas de información y de explotación de datos** de los centros de valoración. Una de las principales limitaciones detectadas en el estudio ha sido la dificultad de acceso a la información estadística por parte de los propios centros, ya que en muchos casos la extracción de datos depende casi exclusivamente de los servicios informáticos. Esta situación limita tanto la gestión interna como la capacidad de planificación que se desprende del uso de esos datos. En coherencia con ello, resulta prioritaria la necesidad de operacionalizar y facilitar el uso de las herramientas informáticas, mejorar la interoperabilidad entre sistemas y facilitar un mayor aprovechamiento de los datos disponibles. Esta línea aparece con especial claridad en Cataluña y Asturias, donde se

insiste en la necesidad de mejorar el aplicativo y conectar mejor la información, así como en Andalucía, donde se señala el peso de la interoperabilidad en el funcionamiento del sistema. Desde una perspectiva más concreta de política pública, esta mejora podría abordarse mediante la definición de un conjunto mínimo común de variables e indicadores de seguimiento comparables entre territorios, la revisión compartida de categorías especialmente heterogéneas y el desarrollo de cuadros de mando básicos que permitan a los centros disponer de información periódica sobre volumen de solicitudes, tiempos de tramitación, distribución de resultados y peso de las distintas dimensiones del baremo. Del mismo modo, sería conveniente promover **planes de mejora progresiva de la interoperabilidad entre aplicaciones de gestión y de valoración**, de forma que los equipos puedan acceder con mayor facilidad a los datos agregados necesarios para la gestión y la evaluación, sin depender exclusivamente de apoyos informáticos externos.

En segundo lugar, los resultados indican la necesidad de reforzar la coherencia técnica del **modelo biopsicosocial** en la práctica de valoración. Aunque el nuevo baremo incorpora dimensiones como la participación o los factores ambientales, su peso en la determinación de la discapacidad aún está en proceso. En este sentido, sería recomendable desarrollar guías compartidas, ejemplos de buenas prácticas o espacios de contraste de datos para alcanzar mayor homogeneidad en la aplicación del baremo y reforzando su aplicabilidad. En esta línea, también sería útil seguir favoreciendo espacios de coordinación e intercambio técnico entre territorios, que permitan avanzar en criterios más compartidos de aplicación del baremo y en una mayor consistencia en aquellos ámbitos donde se observan más diferencias.

En tercer lugar, se recomienda incrementar los recursos **humanos y organizativos** de los centros de valoración. La elevada carga de trabajo de los equipos, evidenciado tanto en las entrevistas como en las dificultades para la recogida de datos del estudio, constituye una limitación importante del sistema. A ello se suma el impacto del nuevo baremo, que requiere más tiempo por expediente y tiene efectos directos sobre el número de citas diarias, las listas de espera y la capacidad de respuesta de los equipos. En relación con esta cuestión, comunidades como Madrid, La Rioja, Cataluña y Cantabria plantean la necesidad de ampliar plantillas, mejorar las condiciones para atraer profesionales (especialmente del ámbito médico) así como asegurar espacios y condiciones de trabajo adecuados.

En esta misma línea, se considera necesario **revisar la planificación de tiempos, agendas y cargas de trabajo** de los centros en función de las exigencias reales del nuevo baremo. Esta revisión podría traducirse en una reconsideración de ratios de atención, agendas y cargas máximas de valoración por profesional, adaptándolas al tipo de expediente y no solo al número de citas programadas. Asimismo, resultaría conveniente impulsar **medidas de estabilización de equipos y cobertura de vacantes en perfiles clave**, especialmente en ámbitos sanitarios y técnicos con mayor impacto en el proceso, con el fin de reducir la fragilidad organizativa que varios territorios han puesto de manifiesto.

Otra recomendación relevante es la consolidación de **mecanismos de triaje o cribado previo** al proceso de valoración que permitan priorizar mejor los expedientes y adecuar la respuesta a la situación real de la persona solicitante. Esta propuesta aparece de forma explícita en País Vasco, donde se plantea un triaje que permita detectar valoraciones no procedentes, revisiones innecesarias y expedientes susceptibles de valoración no presencial. También Madrid, Galicia, Andalucía, Asturias y Comunidad Valenciana apuntan, desde distintos enfoques, a la necesidad de ordenar mejor la demanda, evitar valoraciones reiteradas sin cambios sustanciales y concentrar los esfuerzos en los casos con mayor necesidad o urgencia. En términos de política pública, podría ser útil favorecer la generalización progresiva de mecanismos de triaje técnico-administrativo que ya están funcionando en algunos territorios, con el objetivo de ordenar mejor la demanda y adecuar el circuito de valoración a las características reales de cada expediente. Esta línea podría facilitar una identificación más temprana de casos urgentes, expedientes susceptibles de valoración documental, situaciones que requieren una intervención multiprofesional más intensiva o revisiones con escaso valor añadido. Asimismo, **avanzar hacia criterios compartidos de priorización, especialmente para colectivos con mayor vulnerabilidad** o necesidad de respuesta rápida, contribuiría a una ordenación más consistente de la demanda en el conjunto del territorio español.

Asimismo, los resultados sugieren la conveniencia de seguir avanzando en la diversificación de los perfiles profesionales dentro de los equipos de valoración. La presencia en los equipos de profesionales de ámbitos como la terapia ocupacional y la enfermería, ya extendida en buena parte de las comunidades, resulta coherente con el carácter multidimensional del baremo y favorece una valoración más ajustada de las dimensiones funcionales y contextuales. En esta línea, podría ser útil definir orientaciones técnicas que ayuden a **asegurar que los equipos cuenten con los perfiles profesionales más adecuados para aplicar el nuevo modelo de valoración**, reforzando especialmente aquellas figuras que ya han demostrado aportar valor en la práctica.

A la luz de las entrevistas realizadas, conviene reforzar de manera expresa la **formación continuada de los equipos de valoración** y los mecanismos de homogeneización de criterios entre centros y profesionales. La implantación del nuevo baremo ha mostrado que no basta con una formación inicial, sino que resulta necesario mantener espacios estables de actualización, contraste técnico y resolución de dudas, especialmente en aquellos componentes del baremo que exigen mayor interpretación profesional. En esta línea, varias comunidades autónomas han señalado la utilidad de los encuentros de equipo, las sesiones de revisión de casos y los grupos de trabajo temáticos como herramientas para mejorar la consistencia de la valoración y reducir la variabilidad interna. De forma complementaria, sería recomendable **desarrollar un programa continuado de formación y actualización técnica coordinado** entre Administraciones, que combine formación inicial, actualización periódica y espacios de contraste de casos. Este programa podría incluir módulos específicos sobre la aplicación integrada del baremo, valoración de perfiles emergentes, análisis de supuestos complejos o fronterizos, formación en participación y factores contextuales y mecanismos de apoyo entre iguales, como seminarios de casos.

También se ha identificado la necesidad de **mejorar la información y orientación ofrecida a la ciudadanía y a los/as profesionales derivantes**. Una parte relevante de la sobrecarga del sistema parece asociarse a solicitudes promovidas con escaso conocimiento sobre qué es la discapacidad, qué evalúa el baremo y qué efectos tiene realmente el reconocimiento. Esta cuestión se señala con claridad en Madrid, La Rioja, Galicia, Asturias y Andalucía, que insisten en la conveniencia de reforzar la difusión, la sensibilización y la formación dirigida no solo a la ciudadanía, sino también a servicios sanitarios, servicios sociales comunitarios y otros agentes que orientan a las personas antes de iniciar el procedimiento. De ello se deriva una recomendación clara: desarrollar estrategias de información pública y formación interinstitucional que permitan ajustar mejor las expectativas, reducir solicitudes improcedentes y mejorar la derivación de casos. En términos concretos, podría contemplarse la elaboración de guías breves de orientación, materiales digitales accesibles y contenidos específicos dirigidos a atención primaria, servicios sociales, educación y entidades del tercer sector, con el fin de facilitar una comprensión más precisa del procedimiento y de sus criterios básicos.

Asimismo, se señala la conveniencia de **reforzar la función de orientación, acompañamiento y derivación** dentro o alrededor de los propios centros de valoración. Esta idea aparece especialmente desarrollada en Castilla y León, donde se plantea aprovechar el centro como puerta de entrada para identificar necesidades y orientar a las personas hacia otros recursos. También en Baleares, donde se propone incorporar figuras específicas de acompañamiento durante el proceso o una orientación más sólida una vez reconocido el grado. En la misma línea, Navarra subraya que la detección de barreras ambientales debería ir acompañada de alguna forma de intervención u orientación para contribuir a su reducción. Esto sugiere que los procesos de valoración podrían ganar eficacia social si se conciben no solo como un mecanismo de calificación, sino también como un **espacio de orientación especializada y conexión con apoyos y recursos**.

Otra recomendación relevante consiste en **revisar determinados aspectos del procedimiento de revisión y del diseño del sistema**, especialmente en aquellos casos en los que las sucesivas solicitudes no generan efectos sustantivos para la persona ni mejoran su acceso a derechos o apoyos. Esta preocupación aparece en País Vasco, Asturias y Comunidad Valenciana, donde se cuestiona el sentido de algunas revisiones reiteradas o de la lógica excesivamente porcentual del sistema actual. Sin perjuicio de que esta cuestión requeriría un debate normativo más amplio, los resultados apuntan a la conveniencia de explorar fórmulas que permitan reducir revisiones de escaso valor añadido, simplificar procedimientos concretos (por ejemplo, en movilidad) y mejorar la eficiencia global del sistema.

Finalmente, los perfiles de demanda han variado y reflejan una realidad diferente: hay un mayor número de personas mayores, de problemas de salud mental y de solicitudes “instrumentales”, destinadas a los beneficios que se pueden obtener del reconocimiento de la discapacidad. Este cambio está teniendo un impacto directo en el funcionamiento de los centros, al incrementar la presión sobre el sistema y al introducir tipologías de casos que requieren tiempos, enfoques y respuestas distintas. En este contexto, se hace necesario ajustar la organización del proceso de valoración y los

criterios de priorización para **dar respuesta a esta mayor heterogeneidad**, evitando que la sobrecarga y la falta de diferenciación afecten a la calidad de la atención y a la equidad en el acceso. Por ello, sería recomendable **promover orientaciones técnicas específicas para este tipo de situaciones**, de manera que los equipos dispongan de referencias más claras para su valoración y se reduzca la variabilidad interpretativa entre territorios.

A este conjunto de recomendaciones se suma la necesidad de reforzar la capacidad del sistema para generar conocimiento sobre sus propios resultados. Más allá de la gestión del procedimiento, los datos analizados ponen de manifiesto que el proceso de valoración tiende a producir una “foto fija” de la situación de la persona en un momento determinado, con limitada capacidad para captar su evolución, la interacción con el entorno o los cambios en sus necesidades de apoyo a lo largo del tiempo. Del mismo modo, la complejidad y heterogeneidad territorial observadas sugieren que la mejora del sistema no puede depender únicamente de cambios normativos o técnicos, sino que requiere estrategias explícitas de implementación, basadas en procesos graduales, espacios de intercambio entre territorios y mecanismos de evaluación continua.

En conjunto, estas recomendaciones apuntan a una idea central: la consolidación del modelo introducido por el Real Decreto 888/2022 no depende únicamente de su adecuación conceptual, sino de la capacidad del sistema para sostenerlo organizativa, técnica y territorialmente. Avanzar en coordinación, sistemas de información, formación, ordenación de la demanda, refuerzo de equipos y evaluación continua no constituye, por tanto, un complemento accesorio, sino una condición necesaria para que el modelo pueda aplicarse de forma más homogénea, equitativa y ajustada a la realidad de las personas que hoy solicitan la valoración de la discapacidad en España.

6. CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido obtener una aproximación actualizada a la realidad de la discapacidad valorada en España, combinando información cuantitativa procedente de distintas comunidades autónomas con información cualitativa aportada por profesionales con experiencia directa en los procesos de reconocimiento y valoración. En conjunto, los resultados ofrecen una visión amplia de la discapacidad que está siendo valorada en el momento actual, así como de algunas transformaciones recientes que parecen estar modificando tanto el perfil de las personas solicitantes como las exigencias organizativas del sistema.

El **anexo 4** recoge de manera visual las principales conclusiones del estudio. Desde una perspectiva cuantitativa, el estudio permite concluir que la discapacidad valorada actualmente en España se concentra sobre todo en personas adultas y de edad avanzada, con una presencia relevante tanto de situaciones vinculadas al envejecimiento como de perfiles funcionales complejos. En términos generales, predominan las solicitudes iniciales tramitadas por vía ordinaria y los expedientes que finalizan con reconocimiento de grado. Los resultados del nuevo baremo se sitúan mayoritariamente en niveles intermedios, especialmente en las dimensiones de deficiencia global y limitación en la actividad, mientras que en participación se observa

una mayor heterogeneidad territorial. Asimismo, las alteraciones más frecuentes se relacionan con funciones mentales y del sistema nervioso y con funciones neuromusculoesqueléticas, y las barreras ambientales identificadas se concentran especialmente en productos y tecnología, apoyos y relaciones personales y servicios, sistemas y políticas públicas. En términos analíticos, estos resultados sugieren que la discapacidad reconocida continúa configurándose principalmente a partir de dimensiones vinculadas al funcionamiento individual, mientras que la participación y el contexto, aun estando incorporados en el diseño normativo, presentan una presencia más desigual y menos visible en la práctica valorativa.

En lo referente a la información cualitativa recogida en este estudio, se concluye que, aunque los procesos de valoración presentan una estructura general relativamente común en las distintas comunidades autónomas, persisten diferencias organizativas importantes en la manera de gestionar la demanda, distribuir perfiles profesionales, utilizar valoraciones presenciales o por informes, y articular mecanismos de priorización, revisión y cierre técnico de los expedientes. Las entrevistas reflejan, además, que la implantación del nuevo baremo ha supuesto un proceso de adaptación complejo, en el que han tenido un peso destacado la necesidad de formación, la construcción de criterios compartidos, la adecuación de los sistemas informáticos y el incremento del tiempo requerido por expediente. De este modo, el estudio confirma que el cambio normativo ha ido acompañado de un esfuerzo organizativo considerable, cuyo impacto ha sido desigual entre territorios en función de sus recursos y de su grado de preparación previa.

El discurso de los y las profesionales sugiere que en los últimos diez años se han producido cambios relevantes en los perfiles de las personas solicitantes. De manera recurrente, las entrevistas apuntan al aumento de solicitudes entre personas mayores, al crecimiento muy notable de la demanda vinculada a trastornos del neurodesarrollo en infancia y adolescencia, al mayor peso de la salud mental y de perfiles más complejos o mixtos, y a una utilización cada vez más extendida de la valoración como vía de acceso a apoyos, beneficios o recursos de distinta naturaleza. Todo ello dibuja un sistema que atiende hoy una demanda más amplia, diversa y compleja que la de etapas anteriores, y que debe responder no solo a cambios epidemiológicos o demográficos, sino también a transformaciones sociales, institucionales y culturales en la comprensión de la discapacidad.

En base a todo lo anterior, puede concluirse que el sistema de valoración de la discapacidad en España se encuentra en una fase de consolidación del nuevo marco normativo, pero también de desafíos a nivel organizativo. El estudio muestra que la aplicación del Real Decreto 888/2022 ha permitido avanzar hacia un modelo más coherente con los enfoques biopsicosociales y de derechos, al incorporar de manera más explícita dimensiones relacionadas con la actividad, la participación y el entorno. En este sentido, la consolidación efectiva del nuevo modelo no depende solo de la solidez del marco normativo, sino también de la capacidad real de los centros para sostenerlo mediante recursos suficientes, formación continuada, herramientas informáticas adecuadas y mecanismos de coordinación interna.

De manera transversal, el informe permite afirmar con mayor claridad que este avance normativo hacia un modelo biopsicosocial convive todavía con una práctica de valoración en la que la deficiencia mantiene una centralidad muy relevante como criterio de reconocimiento. Esta **distancia entre el plano normativo y su traducción efectiva constituye una de las ideas centrales del estudio**. Del mismo modo, la diversidad organizativa autonómica y la desigual disponibilidad de recursos, sistemas de información y capacidades técnicas sugieren la **existencia de posibles desigualdades territoriales en la aplicación del modelo, al menos en términos de homogeneidad, comparabilidad y condiciones de implementación**. Desde esta perspectiva, el desarrollo futuro del sistema requiere no solo consolidar el marco conceptual introducido por el Real Decreto 888/2022, sino también reforzar los instrumentos de coordinación, apoyo técnico y ajuste organizativo que permitan traducir ese avance normativo en una práctica valorativa más equilibrada y equitativa en todo el territorio.

En este sentido, una de las conclusiones más relevantes del informe es que la mejora de los procesos de valoración no depende únicamente del diseño normativo del baremo, sino también de la capacidad real del sistema para aplicarlo con consistencia, recursos suficientes y herramientas adecuadas. Reforzar la calidad de los sistemas de información, mejorar la interoperabilidad y el acceso a los datos, incrementar las plantillas y estabilizar los equipos, ordenar mejor la demanda y fortalecer la orientación a la ciudadanía aparecen, en este contexto, como líneas prioritarias para la mejora del sistema.

En definitiva, este estudio ofrece una fotografía actual de la discapacidad que se está valorando en España y de los principales retos asociados a su reconocimiento administrativo. Los resultados presentados en este informe permiten no solo describir la situación actual de la discapacidad en España, sino también identificar tendencias, tensiones y necesidades relevantes para orientar futuras decisiones normativas, organizativas y de política pública en este ámbito.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buntinx, W. H. E. y Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x>.
- España. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de enero de 2000, núm. 22, pp. 3317-3410.
- España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, 20 de octubre de 2022, núm. 252, pp. 142461-142861. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-17105>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (s. f.). *Grado de discapacidad*. IMSERSO.
- Navas, P., Gómez, L. E., Verdugo, M. Á. y Schalock, R. L. (2012). Derechos de las personas con discapacidad intelectual: implicaciones de la Convención de Naciones Unidas. *Siglo Cero*, 43(3), 7-28.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. ONU. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/42407>.
- Ruiz, M. (2 de diciembre de 2024). *¿Cómo funciona la valoración del grado de discapacidad? Así lo explica el Gobierno*. Servicio de Información sobre Discapacidad (SID). <https://sid-inico.usal.es/noticias/como-funciona-la-valoracion-del-grado-de-discapacidad-asi-lo-explica-el-gobierno/>.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Tassé, M. J. y Verdugo, M. Á. (2018). A holistic theoretical approach to intellectual disability: Going beyond the four current perspectives. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 56(2), 79-89. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-56.2.79>.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. Á. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. Á. (2012). A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 63-72. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2012.00329.x>.
- Verdugo, M. Á., Navas, P., Gómez, L. E. y Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036-1045. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01585.x>.

8. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS. PRIMERA FASE

1. Nombre completo del centro: _____

2. ¿En qué comunidad/ciudad autónoma se ubica? _____

3. Email de contacto: _____

4. Teléfono de contacto: _____

5. Edad de los solicitantes en el último año:

Media de edad: _____

Número de solicitantes según su rango de edad:

· 0-18 años: _____

· 19-34 años: _____

· 35-64 años: _____

· 65-79: años: _____

· 80+ años: _____

· No consta: _____

6. Número de solicitantes según su género:

· Masculino: _____

· Femenino: _____

· No binario: _____

· No consta: _____

7. Número de solicitantes según su nacionalidad:

· Española: _____

· Extranjera: _____

· No consta: _____

8. Número de solicitantes según el tipo de discapacidad alegada en la solicitud:

· Física: _____

· Psíquica/intelectual/mental: _____

· Sensorial: _____

· Otras (*especificar tipo*): _____

9. **Número total** de solicitudes resueltas: _____

10. **Número de solicitudes resueltas según el carácter del procedimiento:**

- Procedimientos ordinarios: _____
- Procedimientos de urgencia: _____

11. **Número de solicitudes resueltas por tipo de trámite:**

- Valoraciones/reconocimientos iniciales: _____
- Revisiones a instancia de parte (agravación/mejoría): _____
- Revisiones de oficio (plazo de validez o cambio de circunstancias): _____
- Traslados de expediente (cambio de domicilio): _____
- Otros (*indique tipo y número*): _____

12. **Número de solicitudes resueltas por tipo de resultado administrativo:**

- Reconocimiento con grado de discapacidad: _____
- No se reconoce grado (no alcanza umbral): _____
- Desistimiento / renuncia: _____
- No comparecencia: _____
- No consta: _____

13. **Número de resoluciones emitidas según el carácter del reconocimiento de la discapacidad establecido en la resolución:**

- Reconocimiento **permanente** (sin previsión de revisión): _____
- Reconocimiento **revisable** (con plazo fijado o condición de revisión prevista): _____
- Reconocimiento **temporal o condicionada** (por duración limitada o proceso evolutivo): _____
- No consta / en trámite de revisión: _____

14. **Grado Final de Discapacidad**: Indique el número de personas cuya valoración ha resultado en cada clase de discapacidad reconocida, conforme a la integración de las cuatro dimensiones (BDGP, BLA, BRP-QD y BFCA) establecida en el Real Decreto 888/2022:

Clase final de discapacidad reconocida (GFD)	Descripción del tipo de discapacidad	Porcentaje total reconocido	Nº de personas
Clase 0	Discapacidad insignificante o sin limitación funcional	0 – 4 %	_____
Clase 1	Discapacidad leve	5 – 24 %	_____
Clase 2	Discapacidad moderada	25 – 49 %	_____

Clase final de discapacidad reconocida (GFD)	Descripción del tipo de discapacidad	Porcentaje total reconocido	Nº de personas
Clase 3	Discapacidad grave	50 – 95 %	_____
Clase 4	Discapacidad total	96 – 100 %	_____
No consta / no evaluado			_____

15. Indique el número de personas a las que se les ha reconocido la **necesidad de tercera persona** (servicio de asistencia personal o dependencia funcional): _____

16. Indique el número de personas que han recibido el reconocimiento de **dificultades de movilidad** (tarjeta de estacionamiento o baremo de movilidad reducida): _____

17. Nivel de deficiencia reconocido durante el proceso de valoración (**Dimensión BDGP: Baremo de Evaluación de la Deficiencia Global de la Persona**):

Número de personas con:

- Clase 0. Deficiencia insignificante o sin limitación (0-4 %): _____
- Clase 1. Deficiencia con limitación leve (5-24 %): _____
- Clase 2. Deficiencia con limitación moderada (25-49 %): _____
- Clase 3. Deficiencia con limitación grave (50-95 %): _____
- Clase 4. Deficiencia con limitación total (96-100 %): _____

18. Indique el número de personas que presentaron alteraciones significativas en las siguientes estructuras y funciones corporales:

Funciones y estructuras corporales	Nº de personas
1. Funciones mentales y estructuras del sistema nervioso	_____
2. Funciones sensoriales, del dolor y estructuras del ojo y del oído	_____
3. Funciones y estructuras involucradas en la voz y el habla	_____
4. Funciones y estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	_____
5. Funciones y estructuras de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	_____
6. Funciones y estructuras genitourinarias y reproductoras	_____
7. Funciones y estructuras neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	_____
8. Funciones y estructuras de la piel y estructuras relacionadas	_____
No consta / no evaluado	_____

19. Indique el número de personas valoradas en el último año que presentan más de una deficiencia (**plurideficiencia**) según la evaluación de la dimensión BDGP (Baremo de Deficiencia Global de la Persona):

Categoría de deficiencia concurrente	Nº de personas
Personas con una sola deficiencia (solo deficiencia principal)	_____
Personas con dos deficiencias (principal + 1 asociada)	_____
Personas con tres deficiencias	_____
Personas con cuatro o más deficiencias	_____
No consta / no evaluado	_____

20. Nivel de limitación en la actividad reconocido durante el proceso de valoración (*Dimensión*

BLA: Baremo de Evaluación de Limitaciones en la Actividad):

Número de personas con:

- Clase 0. Sin limitación o limitación insignificante (0–4 %): _____
- Clase 1. Limitación leve (5–24 %): _____
- Clase 2. Limitación moderada (25–49 %): _____
- Clase 3. Limitación grave (50–95 %): _____
- Clase 4. Limitación total (96–100 %): _____

21. Indique el número de personas que presentaron limitaciones significativas en los siguientes dominios de actividad:

Dominio de actividad y ejemplos	Nº de personas
Aprendizaje y aplicación del conocimiento:	_____
Tareas y demandas generales:	_____
Comunicación:	_____
Movilidad:	_____
Autocuidado:	_____
Vida doméstica:	_____
Interacción y relaciones interpersonales:	_____
Áreas principales de la vida:	_____
Vida comunitaria, social y cívica:	_____
No consta / no evaluado	_____

22. Nivel de restricciones en la participación reconocido durante el proceso de valoración

(Dimensión BRP-QD: Baremo de Evaluación de las Restricciones en la Participación)):

Número de personas con:

- Clase 0. Sin restricción o restricción insignificante (0–4 %): _____
- Clase 1. Restricción leve (5–24 %): _____
- Clase 2. Restricción moderada (25–49 %): _____
- Clase 3. Restricción grave (50–95 %): _____
- Clase 4. Restricción total (96–100 %): _____

23. Indique el número de personas que presentaron dificultades significativas en los siguientes ámbitos de participación:

Ámbito de participación y ejemplos	Nº de personas
Aprendizaje y aplicación del conocimiento:	_____
Tareas y demandas generales:	_____
Comunicación:	_____
Movilidad:	_____
Autocuidado:	_____
Vida doméstica:	_____
Interacción y relaciones interpersonales:	_____
Áreas principales de la vida:	_____
Vida comunitaria, social y cívica:	_____
No consta / no evaluado:	_____

24. Factores ambientales valorados durante el proceso (*Dimensión BFC*: Baremo de Evaluación de los Factores Contextuales que actúan como barrera). Indique el número de personas en las que se han identificado barreras principales en los siguientes dominios ambientales:

Factores ambientales y ejemplos	Nº de personas
e1. Productos y tecnología: ayudas técnicas, adaptaciones, dispositivos de apoyo	_____
e2. Entorno natural y construido: barreras arquitectónicas, transporte, accesibilidad del hogar	_____
e3. Apoyos y relaciones personales: disponibilidad de cuidadores, red familiar o social	_____
e4. Actitudes de la sociedad: estigma, discriminación, trato social negativo	_____
e5. Servicios, sistemas y políticas públicas: acceso a prestaciones, servicios sanitarios o sociales	_____
No consta / no evaluado	_____

25. Antes de finalizar la encuesta, ¿desea añadir algún comentario u observación adicional que considere relevante para complementar o aclarar la información proporcionada?

ANEXO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. SEGUNDA FASE

1. ¿Cómo se gestiona el proceso de valoración desde la primera demanda hasta el cierre y seguimiento del caso en su centro?
2. ¿Podría describir las medidas o ajustes que ha implementado su centro para adaptarse a los requerimientos establecidos en el Real Decreto 888/2022?
3. ¿Cuáles son las dificultades más relevantes que encuentran para aplicar el modelo de valoración establecido en el Real Decreto 888/2022, tanto en recursos humanos como en medios técnicos?
4. Desde vuestra experiencia, ¿qué acciones o medidas podrían implementarse para fortalecer la atención a las personas con discapacidad en los centros de valoración?
5. Desde la experiencia de su centro, ¿cómo ha evolucionado el perfil de las personas valoradas y de las situaciones de discapacidad atendidas en los últimos 10 años, en comparación con el periodo anterior a la entrada en vigor del Real Decreto 888/2022? ¿Ha percibido cambios en el tipo de deficiencias, limitaciones o necesidades que predominan actualmente respecto a etapas anteriores?

ANEXO 3. INFOGRAFÍA CON LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO



Fuente: elaboración propia.



Fuente: elaboración propia.

ANEXO 5. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe ofrece una aproximación actualizada a la discapacidad valorada en España a partir de información procedente de distintas comunidades autónomas. A partir de los datos recogidos en los centros de valoración y de las entrevistas a profesionales responsables de estos procesos, el documento describe los perfiles de las personas solicitantes, las principales características de las valoraciones realizadas y algunos de los cambios asociados a la aplicación del Real Decreto 888/2022. El informe proporciona así una fotografía actual de la discapacidad que está siendo valorada en España, junto con la evolución observada en los perfiles valorados durante los últimos diez años y recomendaciones para mejorar la atención a las personas con discapacidad durante los procesos de valoración. Entre los hallazgos más relevantes, el estudio pone de relieve la persistencia de una cierta distancia entre el avance normativo hacia un modelo biopsicosocial y el peso todavía predominante de la deficiencia en la lógica práctica de la valoración, así como la existencia de diferencias territoriales que pueden condicionar la aplicación efectiva del modelo.



 @RPDiscapacidad

 RPDiscapacidad

 @RPDiscapacidad

 @rpdiscapacidad.bsky.social

 @RPDiscapacidad

www.rpdiscapacidad.gob.es

 @CEDID_dis

 <https://es.linkedin.com/company/cedid-dis>

 @CEDID_dis

www.cedid.es



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

 REAL
PATRONATO SOBRE
DISCAPACIDAD



CENTRO ESPAÑOL DE
DOCUMENTACIÓN E
INVESTIGACIÓN SOBRE
DISCAPACIDAD