

*Quaderns per a la Inclusió Social, 3*



## **Pobreza y discapacidad en España**

**FRANCESC VALLS FONAYET**





Càtedra

d'**Inclusió Social**

# Pobreza y discapacidad en España

Francesc Valls Fonayet



Tarragona, 2012

DIRECCIÓ  
Carme Borbonès i Brescó

EDICIÓ  
Ángel Belzunegui Eraso

MIEMBROS DEL CONSEJO EDITORIAL  
Dr. Sergio Nasarre Aznar, Universitat Rovira i Virgili  
Dr. Carlos Gómez Bahillo, Universidad de Zaragoza  
Dr. Antonio Santos Ortega, Universitat de València  
Dra. Carlota Solé i Puig, Universitat Autònoma de Barcelona

Edita:  
Publicacions URV

1ª. edición: Diciembre del 2012  
ISBN: 978-84-695-6475-2  
Depósito legal: T-105-2013

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:  
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona  
Tel. 977 558 474  
[www.urv.cat/publicacions](http://www.urv.cat/publicacions)  
[publicacions@urv.cat](mailto:publicacions@urv.cat)

Esta edición está sujeta a una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visitad <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o enviad una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

© Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, hecho que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a escala estatal e internacional.

# Índex

Pobreza y discapacidad en España	7
1. Introducción: el estudio de la pobreza entre la población discapacitada	7
2. El impacto de la pobreza sobre la población con discapacidades (2006-2011)	8
2.1 <i>Introducción</i>	8
2.2 <i>La reducción de la pobreza en la población con discapacidades</i>	10
2.3 <i>El efecto clave de las transferencias públicas</i>	18
3. El efecto de la estructura social sobre los niveles de gasto de atención a la discapacidad	21
3.1 <i>Introducción: el gasto como indicador del nivel de vida</i>	21
3.2 <i>El gasto de atención a la discapacidad en España</i>	23
3.3 <i>¿Quién dedica más gasto a la discapacidad? Un análisis en función del nivel de estudios, la relación con la ocupación y el volumen de ingresos</i>	28
3.4 <i>El peso de la dimensión social en el gasto por discapacidad</i>	35
4. Conclusiones	36
Bibliografía	40



# Pobreza y discapacidad en España

*Francesc Valls Fonayet*  
Càtedra d'Inclusió Social  
Universitat Rovira i Virgili

## **1. Introducción: el estudio de la pobreza entre la población discapacitada**

Este número de Quaderns aborda de manera sintética los efectos que la discapacidad conlleva sobre el riesgo de pobreza de las personas discapacitadas y del resto de miembros de sus hogares.

En concreto, consta de dos partes claramente diferenciadas. La primera se centra en la relación establecida entre pobreza y discapacidad, mediante el análisis de las ediciones de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2006 y 2011, con el fin de observar las diferencias que aparecen en este periodo de cinco años de cambios socioeconómicos convulsos. En esta parte se documenta la reducción sustancial del riesgo de pobreza en este colectivo, determinando como principal causa el aumento del potencial protector de las transferencias públicas vinculadas al desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como Ley de Dependencia.

La segunda parte estudia el gasto que los hogares con personas discapacitadas realizan para atender la discapacidad, a partir de la informa-

ción de la Encuesta de Discapacidades, Autonomía y Dependencia del año 2008, que es la última edición disponible. En esta parte se evidencia la importancia de la dimensión social de la discapacidad para entender las diferencias que existen en la estructura del gasto entre los hogares pertenecientes a posiciones desiguales de la estructura social.

## **2. El impacto de la pobreza sobre la población con discapacidades (2006-2011)**

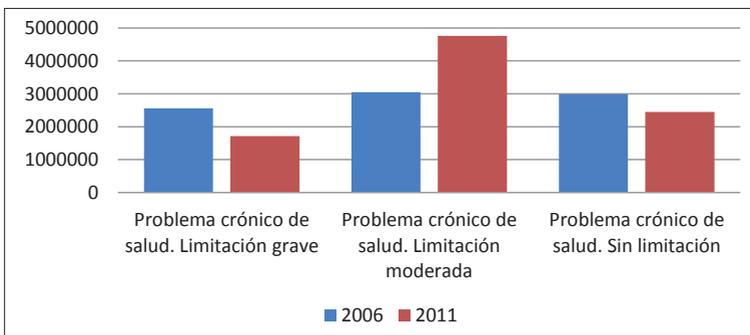
### *2.1 Introducción*

La primera parte la dedicamos al estudio cuantitativo de la renta y las condiciones de vida en los hogares con personas discapacitadas. Para cumplir con tal propósito recurrimos a la ECV por la abundante información, fiabilidad y facilidad de comparación entre distintos periodos que ofrece esta encuesta en dichas dimensiones. En este sentido, el uso de otras encuestas vinculadas al estudio de la salud o de las discapacidades encontraría un obstáculo de primer orden, e insalvable a nuestro entender, a la hora de estudiar las condiciones de vida y el riesgo de pobreza de esta población y de sus hogares, a causa de la construcción deficiente de estas variables. Sin embargo, la profundidad de análisis que ganamos en el estudio de la renta y de las condiciones de vida de los hogares gracias a la ECV se convierte en indefinición a la hora de definir la discapacidad. La ECV no contiene variables específicas sobre la discapacidad de la población encuestada y, por esto, debemos recurrir a unas variables proxy relativas al estado de salud de la población. Aquí nos basamos en el modelo propuesto por Braña y Antón (2011), consistente en escoger las siguientes dos variables como definidoras de la discapacidad de la población: a) si la persona sufre o no problemas de salud de carácter crónico, y b) el grado en que un problema de salud ha afectado al desarrollo de actividades cotidianas en los últimos 6 meses. Concretamente, se ha definido como población discapacitada aquella que respondía afirmativamente a la primera pregunta y que en los últimos 6 meses había estado gravemente limitada para el desarrollo de actividades cotidianas a causa de su mal estado de salud. Por tanto, se han desestimado aquellas personas que no sufrían ningún problema de salud crónico o que, aun sufriendolo, no

estaban limitadas, o solo moderadamente, para desarrollar actividades que la gente realiza habitualmente.

En España, en 2011, 1.715.064 personas de 16 años o más de edad presentaban estas características conjuntas, lo que representa el 4,5 % del total de esta población. En 2006, tanto el valor absoluto como el porcentaje sobre el total de población eran superiores: más de 2,5 millones de personas, lo que equivalía a un 7,1 %. Por tanto, la primera constatación es que en cinco años se ha conseguido una reducción sustancial del número (y porcentaje) de personas cuyos problemas de salud crónicos dificultaban gravemente el desarrollo de actividades cotidianas. Teniendo en cuenta que el porcentaje de población con problemas de salud crónicos prácticamente no ha variado en este período quinquenal (de un 24 % a un 23,4 %), entendemos que esta reducción se da por un trasvase de población con limitación grave a población con limitación moderada. Es decir, aun persistiendo los problemas de salud crónicos en unos porcentajes estables, en cinco años se ha conseguido reducir el impacto de la discapacidad médica sobre la discapacidad social, lo que ha permitido, a su vez, una mayor participación de este colectivo en las actividades cotidianas y, en definitiva, la reducción su dependencia social.

**Gráfico 1. Distribución de la población española mayor de 15 años, en función de la presencia de problemas crónicos de salud y de las limitaciones generales**



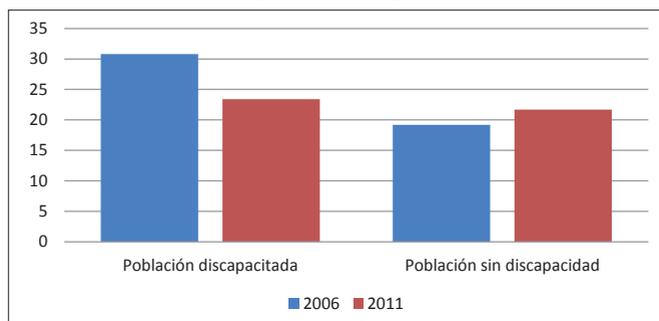
Fuente: elaboración propia a partir de la ECV de 2006 y 2011

Cabe decir que estos resultados contrastan con los datos obtenidos por la EDAD 2008, según la cual 3,4 millones de personas sufrían discapacidad en España, de modo que este método de cálculo se presenta más restrictivo a la hora de definir la población con discapacidad. Esto quiere decir que, posiblemente, estemos definiendo como población discapacitada aquella que sufre con mayor gravedad las consecuencias de su estado de salud, lo cual deberá ser tenido en cuenta a la hora de interpretar los datos que se publican aquí.

## 2.2 La reducción de la pobreza en la población con discapacidades

Entre 2006 y 2011 el porcentaje de personas discapacitadas que sufrían pobreza se ha reducido de forma notable. Un 23,4 % de la población con problemas crónicos de salud y con limitaciones graves se encontraba bajo el umbral de pobreza en 2011, más de 7 puntos por debajo de los valores alcanzados en 2006, en cuyo año el riesgo de pobreza sobre este colectivo era del 30,8 %. Esto supone la adopción de un comportamiento opuesto al del conjunto de población sin discapacidad —y, en consecuencia, al comportamiento de la mayoría de población—, cuyo porcentaje de personas pobres en este mismo periodo de cinco años ha aumentado en prácticamente 2 puntos, pasando del 19,9 % al 21,8 %. Así, la brecha entre el riesgo de pobreza de la población discapacitada y de la población sin discapacidad se ha reducido sustancialmente, de 10,9 puntos en 2006 a únicamente 1,6 puntos en 2011.

**Gráfico 2. Evolución de las tasas de pobreza en población con y sin discapacidad. España, 2006-2011**



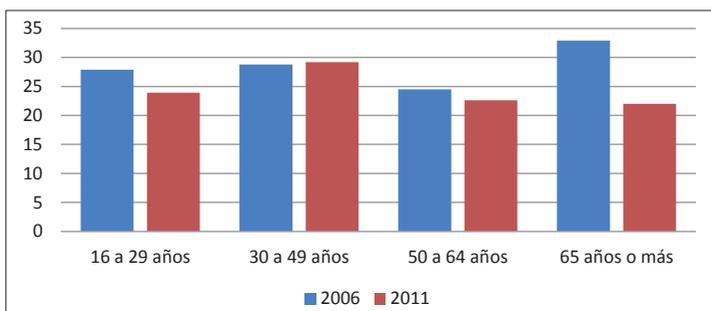
Fuente: elaboración propia a partir de la ECV de 2006 y 2011

¿Dónde se localiza esta reducción de la pobreza entre la población discapacitada? Un primer análisis lo focalizamos en la estructura de edades de la población. Los datos evidencian que la reducción se ha concentrado en la población discapacitada de edad avanzada, cuyo riesgo de pobreza se ha reducido de un 32,9 % a un 22 %. Este colectivo se ha podido beneficiar, por una parte, de la reducción sustancial de la pobreza entre el conjunto de población de edad avanzada (entre la población no discapacitada de más de 64 años, la pobreza también se ha reducido, aunque en menor medida: del 27,8 % al 20,5 %), fruto de la estabilidad de las prestaciones públicas recibidas y del aislamiento respecto a la dinámica excluyente del mercado de trabajo. De hecho, y sirva como paréntesis, además del aumento del riesgo de pobreza, quizás la segunda característica más relevante de este fenómeno en los últimos años ha sido la protección que se ha garantizado a la población de edad avanzada, en contraposición a la vulnerabilidad a la que han quedado relegados otros colectivos, como la infancia. Siguiendo con el análisis, este colectivo de población discapacitada de edad avanzada se habría beneficiado también del aumento en las transferencias dedicadas a la discapacidad durante el período analizado gracias al desarrollo de las ayudas vinculadas a la Ley de Dependencia. Por todo esto, la población de edad avanzada ha dejado de ser el grupo de edad con un riesgo de pobreza más elevado para convertirse en el grupo de edad más protegido dentro de la población discapacitada, y de hacerlo en un periodo extraordinariamente corto de tiempo.

Entre los otros grupos de edad el riesgo de pobreza no ha conseguido unos resultados tan espectaculares. La población discapacitada de entre 30 y 64 años mantiene una afectación de la pobreza a niveles similares a los del año 2006. El motivo es que la reducción general de la pobreza entre la población discapacitada se ha visto frenada, en estos casos, por un empeoramiento de su posición social, en especial dentro del mercado de trabajo, con una reducción sustancial de la población ocupada, que representa ya menos del 15 % de la población discapacitada adulta. Entre la población de 16 a 29 años este empeoramiento no ha sido tan notable puesto que han conseguido mantener las cuotas de ocupación cerca del 20 %, tan solo moderadamente más bajas que las de 2006 (que se situaban en torno a un 25 %), pero que son superiores a las del resto de pobla-

ción discapacitada. Además, se consolida como un grupo con un mayor nivel de instrucción: aproximadamente un 10 % están estudiando, y otro 10 % tienen estudios universitarios finalizados, lo cual debe ser un dato a tener en cuenta en la planificación de futuras políticas sociales destinadas a este colectivo, por la posible configuración de nuevas necesidades y demandas más allá del campo estrictamente físico-médico.

**Gáfico 3. Tasas de pobreza de la población discapacitada, en función del grupo de edad. España, 2006-2011**



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV de 2006 y 2011

Profundizando en el nivel de instrucción, detectamos que cada nivel de estudios ha visto reducido de manera sustancial el riesgo de pobreza en la población discapacitada, solamente a excepción de aquellos que no han recibido nunca formación, que representan prácticamente una cuarta parte del colectivo y cuya tasa de pobreza alcanza el 34,5 %, permaneciendo estable entre 2006 y 2011. Aproximadamente la mitad de este colectivo extremadamente vulnerable está formado por mujeres de edad avanzada que, cuando tenían que formarse, se encontraron con dificultades para acceder y continuar en el sistema formativo (una característica que comparten con buena parte de las otras mujeres de edad avanzada que no sufren discapacidad). Entre la otra mitad encontraríamos, por una parte, a hombres de edad avanzada que cumplen con el mismo perfil citado y, por otra, a personas jóvenes o adultas cuya falta de formación se explicaría, o bien por ser discapacitados desde el nacimiento (o a muy temprana edad), lo cual les impidió desarrollar su etapa formativa, o bien

por pertenecer a extractos sociales muy vulnerables con un marcado índice de fracaso escolar, en cuyo caso la discapacidad no habría sido un obstáculo puesto que ésta sobrevino a edades más tardías. En todo caso, es evidente que este colectivo, de extrema vulnerabilidad y con menores posibilidades de implicación en la vida social, sigue sufriendo un riesgo de pobreza elevado y, además, de tipo crónico e independiente a las mejoras alcanzadas por el resto del colectivo. Un dato a tener en cuenta.

Por el contrario, sí que es relevante la reducción de la pobreza entre la población discapacitada con algún tipo de estudios. De manera transversal, para cada nivel de estudios, una cuarta parte —aproximadamente— de la población que era pobre en 2006 ya no lo es en 2011. Teniendo en cuenta que prácticamente la mitad de la población discapacitada pertenece al primer grupo de instrucción, con estudios primarios, se constata que este es el colectivo que más ha participado en la reducción de la pobreza entre la población discapacitada. Además, esta circunstancia no puede aislarse del análisis demográfico, pues 7 de cada 10 personas discapacitadas con estudios primarios tiene 65 años o más, lo cual confirma que la reducción de la pobreza en este colectivo se debe más a la estructura demográfica, es decir, a la protección que se ha focalizado en la población de edad avanzada, que a un ascenso dentro de la estructura social por parte de este colectivo. De hecho, el 93,8 % de la población discapacitada con estudios primarios está desvinculada del mercado laboral (básicamente por jubilación, por incapacidad o por dedicarse a las labores del hogar).

Para el resto de niveles de estudio, aunque aporten menor capacidad explicativa por su menor peso demográfico dentro de la población discapacitada, la reducción de la pobreza también se ha visto reflejada. Y lo ha sido a pesar de que también presenta un alto grado de inactividad: en torno al 70-75 %.

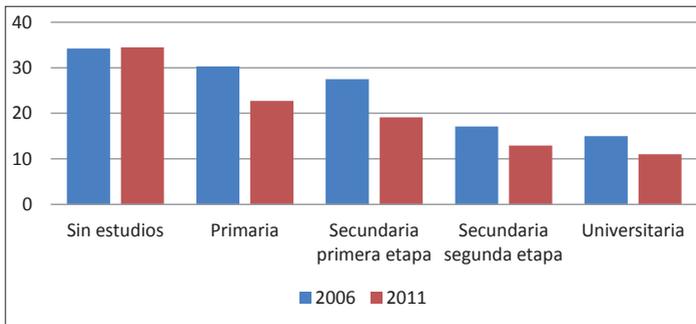
Debemos hacer notar, igualmente, que entre la población discapacitada se reproduce la jerarquización vertical, según la cual a un mayor nivel de estudios le corresponde un menor nivel de pobreza. El gráfico 4 resulta elocuente en este sentido: la proporcionalidad en la reducción de pobreza mantiene este reparto de fuerzas, tanto en 2006 como en 2011, y de manera casi perfecta. Queremos remarcar tres factores explicativos del efecto constante que se establece entre nivel de estudios y pobreza:

a) El primero es la mayor vinculación con el mercado de trabajo de la población con más estudios. Más del 90 % de la población discapacitada que trabaja tiene, como mínimo, estudios secundarios. Además, dentro de la poca cualificación laboral característica del colectivo, se debe reconocer que la población con mayor nivel de estudios consigue alcanzar, en mayor medida, ocupaciones de cierta cualificación.

b) El segundo, entendemos que más explicativo, es la composición del hogar. Teniendo en cuenta que la discapacidad sobrevino a la mayoría de la población a edades superiores a los 16 años, una parte de este bajo nivel formativo se debe a la extracción social y no a la discapacidad en sí misma. De hecho, si nos centramos en la población de extractos acomodados (con unas rentas por unidad de consumo superiores a 50.000 euros anuales), encontramos que el nivel formativo entre las personas discapacitadas es incluso superior al de las personas sin discapacidad: el 75,9 % de las primeras tienen estudios universitarios, por un 68,9 % de las segundas. Una lectura detallada de los datos confirma que la presencia de personas discapacitadas con estudios universitarios en un hogar está relacionada con un mayor nivel educativo y con una mejor posición en el mercado de trabajo por parte de los padres. Y ocurre a la inversa con la población discapacitada con menor nivel formativo. Por el contrario, en los casos de discapacidad adquirida o sobrevinida a edades muy tempranas, la discapacidad sí se convierte en un factor explicativo clave, puesto que el proceso degenerativo actúa limitando progresivamente la capacidad del individuo de obtener un mayor nivel formativo.

c) Otro factor importante (aunque no es objeto de estudio aquí) es el contexto que envuelve a las personas con discapacidad. La falta de adecuación del sistema educativo convencional a las necesidades específicas de la discapacidad puede conllevar un efecto desalentador —cuando no se convierte en un obstáculo— para el desarrollo de la carrera formativa de este colectivo.

**Gráfico 4. Tasas de pobreza de la población discapacitada, en función del nivel de estudios. España, 2006-2011**



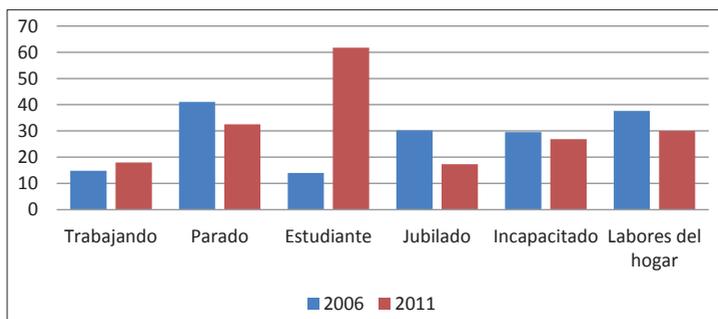
Fuente: elaboración propia a partir de la ECV de 2006 y 2011

Otro indicador de análisis es la relación con la actividad. El gráfico 5 muestra cómo la población discapacitada que trabaja presenta un riesgo de pobreza inferior al resto. Esto se explica, por una parte, por la aportación excepcional de rentas que estas personas pueden realizar a sus hogares. Pero, sobre todo, porque el hecho de estar trabajando indica que la persona discapacitada dispone de cierta autonomía, lo cual repercute en la mayor actividad laboral del resto de miembros del hogar, que a su vez ayuda a aumentar la renta global. Este fenómeno es particularmente visible cuando estudiamos las madres de las personas discapacitadas: si la persona discapacitada trabaja, el porcentaje de madres que también trabaja es 13 puntos superior a la media (34,8 % respecto a 21,5 %), y el de madres que se dedican al trabajo reproductivo se reduce en casi 8 puntos (62,4 % respecto a 70 %). En todo caso, cabe recordar que el peso de los ocupados sobre el total de personas discapacitadas es bajo (5,5 %).

Otro dato indicativo de la excepcionalidad del colectivo es que en el periodo 2006-2011 las tasas de pobreza se han reducido sustancialmente entre la población discapacitada inactiva o parada (a excepción de los estudiantes, que son una parte muy reducida del colectivo), mientras que, paradójicamente, han aumentado entre la población discapacitada que trabaja. Esto se explica por el menor impacto que tienen, en este colectivo, las transferencias públicas, que se han convertido en el motor de la reducción de la pobreza entre la población con discapacidad,

como se apunta en el apartado 2.3. De hecho, la ocupación ha perdido el liderazgo como factor de protección ante la pobreza en la población discapacitada, con una tasa del 17,9 %, en favor de la jubilación, que ya es, el año 2011, el tipo de actividad que aporta mayor protección para las personas discapacitadas (tasa de pobreza del 17,3 %).

**Gráfico 5. Tasas de pobreza de la población discapacitada, en función de la relación con la actividad. España, 2006-2011**



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV de 2006 y 2011

Por último, debemos remarcar el vínculo que se establece entre el nivel formativo y la relación con la actividad. De igual modo que sucede con el conjunto de la población, disponer de un elevado nivel formativo facilita a las personas con discapacidad insertarse laboralmente. Especialmente efectivos en este sentido son los niveles de educación postobligatorios: entre un 15 % y un 17 % de la población discapacitada con estudios secundarios estaba trabajando en 2011, mientras que este porcentaje se reduce ligeramente, hasta el 12,9 %, para la población discapacitada con estudios universitarios. Por el contrario, la exclusión laboral se hace evidente entre las personas discapacitadas con menor formación: en 2011 estaba trabajando menos del 2 % de la población discapacitada con estudios primarios y menos del 0,5 % de la población sin estudios. Además, la mayor formación influye también en la inactividad, no solamente por la disminución de personas inactivas a medida que aumenta el nivel formativo, sino por su distribución interna: el acceso al mercado de trabajo para la población con formación media o superior facilita la obtención de prestaciones de jubilación o de incapacitación, mientras

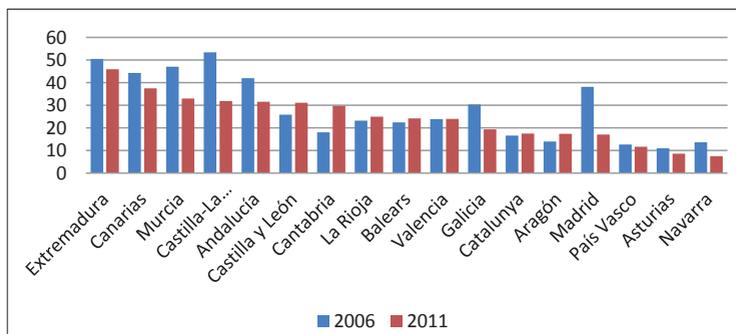
que la población discapacitada con formación básica o sin formación se concentra en mayor medida en la inactividad por dedicación a las tareas del hogar, sin acceso a prestaciones públicas reconocidas.

Por último, un análisis territorial confirma las mayores tasas de pobreza entre la población discapacitada que vive, precisamente, en las Comunidades Autónomas (CCAA) con mayores tasas de pobreza entre el conjunto de población. Las CCAA del sur de España presentan unas tasas de pobreza superiores a las del norte, con unos porcentajes que sobrepasan el 30 % del colectivo en 2011, pero que sobrepasaban el 40 % en 2006. En el otro extremo, determinadas CCAA del norte, como Navarra, Asturias y el País Vasco, presentan las tasas de pobreza más bajas entre la población discapacitada, en los dos años analizados, y siempre por debajo del 15 %, alcanzando incluso unas inusuales tasas de pobreza inferiores al 10 % entre la población discapacitada en el último año. La protección que en estas CCAA se puede ofrecer a la población con discapacidad llega a ser tal que se consigue que sus tasas de pobreza sean incluso algunas décimas inferiores a las de la población no discapacitada.

La explicación de esta desigualdad territorial debemos buscarla en la estructura social de la población discapacitada. Las CCAA con menores tasas de pobreza en este colectivo se caracterizan por unos mayores porcentajes de población discapacitada con algún tipo de formación y, dentro de estos, por un mayor porcentaje de población con estudios secundarios o superiores. Por ejemplo, en Asturias, Navarra o País Vasco, más del 85 % de la población discapacitada tiene algún tipo de formación. Además, más del 40 % de las personas discapacitadas que tenían algún tipo de formación habían conseguido completar con éxito estudios secundarios. En el otro extremo, CCAA como Extremadura, Murcia o Andalucía presentan menores porcentajes de población discapacitada con algún tipo de formación (entre un 60 % y un 65 %). Este dato era esperable: si la mayoría de discapacidades aparece a edades adultas, aquellas CCAA con un mayor nivel formativo concentrarán, también, la mayor parte de población discapacitada con estudios secundarios o universitarios, puesto que estos habrán sido alcanzados antes de la aparición de la discapacidad. Pero es un dato relevante porque incide en la ocupación y la inactividad. En las CCAA con menores tasas de pobreza se detectan unos mayores niveles de ocupación —dentro de los resultados

modestos característicos del colectivo—. Más sustancial resulta el análisis de la inactividad, no solo por su volumen total, que lo es (por ejemplo, en Navarra el porcentaje de personas discapacitadas inactivas es del 55,2 %, ante el 81,4 % de media estatal), sino también por su estructura. Las CCAA en las que se cumple la relación entre escasa formación, escasa ocupación y alta inactividad por dedicación a las tareas del hogar —como consecuencia de la escasa vinculación laboral— presentan unas mayores tasas de pobreza que aquellas CCAA que han conseguido romper este círculo, aunque solo sea en lo referente a la distribución interna de la población inactiva (obteniendo más peso, por ejemplo, la población jubilada o la incapacitada). Romper este círculo facilita el acceso de la población discapacitada a determinadas prestaciones públicas que garantizan un notable efecto protector ante la pobreza, para ellas y para sus hogares.

**Gráfico 6. Tasas de pobreza de la población discapacitada, por Comunidad Autónoma. España, 2006-2011**



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV 2006 y 2011

### 2.3 El efecto clave de las transferencias públicas

El cálculo del riesgo de pobreza se obtiene a partir de la suma de todas las rentas que entran en un hogar. La desagregación de estas rentas permite determinar hasta qué punto las transferencias públicas se convierten en un elemento protector de la población, permitiendo incluso recalcular el volumen de población pobre que existiría en una sociedad

si se eliminasen estas transferencias, es decir, contabilizando solamente los salarios laborales u otros rendimientos económicos de tipo privado.

Esto permite analizar el grado de protección que ejercen las transferencias públicas sobre la población discapacitada. La información de este análisis, para los años 2006 y 2011, se resume en la tabla 1. Antes de pasar al análisis debemos hacer algunas anotaciones. En primer lugar, se han desestimado las transferencias de supervivencia y jubilación, principalmente para neutralizar el importante efecto que las pensiones de jubilación tienen en la reducción global de la pobreza entre la población de edad avanzada. En segundo lugar, se muestran las tasas de pobreza moderada (esto es, la población de hogares que se sitúan por debajo del umbral del 60 % de la renta media), las tasas de pobreza severa (por debajo del umbral del 40 %) y de pobreza extrema (por debajo del umbral del 25 %). Por último, se muestra también el efecto reductor de las transferencias, contabilizado como porcentaje de reducción de la tasa de pobreza respecto a la misma tasa antes de las transferencias.

Los resultados arrojan a la luz la evidencia de que gran parte de la reducción de la pobreza en la población discapacitada se explica por el efecto de las transferencias públicas. Concretamente, en 2011 las transferencias públicas consiguen que un 42,9 % de población discapacitada deje de ser pobre, que un 66,7 % deje de sufrir pobreza severa y que un 71,2 % deje de vivir en la pobreza extrema. En 2006, para este mismo colectivo de población discapacitada la reducción fue sustancialmente menor, y las transferencias solo conseguían sacar un 23 % de personas de la pobreza, un 49 % de personas de la pobreza severa y un 65 % de personas de la pobreza extrema. Nótese que las diferencias entre el efecto reductor de 2006 y 2011 son mayores en los casos de pobreza moderada: es decir, las transferencias han resultado más efectivas en los casos en que las personas discapacitadas se encuentran cerca del umbral de pobreza. Un análisis comparado entre los dos años muestra que, sin contabilizar las transferencias públicas, el riesgo de pobreza entre la población discapacitada habría aumentado por los tres tipos de pobreza analizados en el período 2006-2011. Este comportamiento es coherente con el del conjunto de la población española, debiéndose a los efectos de la recesión económica y a las dificultades de inserción y permanencia en el mercado

de trabajo, tanto de las personas discapacitadas como de aquellas que conviven en sus hogares.

El análisis de este mismo efecto para la población sin discapacidad confirma lo visto. Destacamos dos ideas. La primera es que el potencial reductor de las transferencias públicas es claramente inferior para este grupo de población: en 2011 consiguen sacar a un 25,9 % de personas de la pobreza moderada, a un 39,6 % de personas de la pobreza severa y a un 48,6 % de personas de la pobreza extrema. Todos estos valores son sustancialmente inferiores a los alcanzados por la población discapacitada. En segundo lugar, las diferencias de potencial reductor prácticamente no han variado entre 2006 y 2011 para la población sin discapacidad, especialmente en el caso de la pobreza moderada, lo cual explica que el riesgo de pobreza para este colectivo haya aumentado a partir del momento en que la situación económica del país se ve gravemente perjudicada.

**Tabla 1. Tasas de pobreza moderada, severa y extrema antes y después de transferencias sociales (sin contabilizar las de jubilación y supervivencia), y efecto reductor de la pobreza de estas transferencias. Población con discapacidad y sin discapacidad. España, años 2006 y 2011**

		2006			2011		
		<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Efecto reductor</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>Efecto reductor</i>
Población discapacitada	Pobreza moderada	40	30,8	23	41	23,4	42,9
	Pobreza severa	19,6	10	49	21,3	7,1	66,7
	Pobreza extrema	9,5	3,3	65,3	11,8	3,4	71,2
Población sin discapacidad	Pobreza moderada	24,8	18,4	25,8	29,3	21,7	25,9
	Pobreza severa	11,2	7,5	33	16,9	10,2	39,6
	Pobreza extrema	5,4	3	44,4	10,9	5,6	48,6

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV 2006 y 2011

### **3. El efecto de la estructura social sobre los niveles de gasto de atención a la discapacidad**

#### *3.1 Introducción: el gasto como indicador del nivel de vida*

Esta segunda parte del artículo se centra en el análisis del gasto por parte de los hogares con personas discapacitadas, mediante el uso de la Encuesta de Discapacidades, Autonomía y Dependencia Personal de 2008. El debate sobre el uso de la variable de referencia en los estudios sobre pobreza está vigente desde la puesta en marcha de las primeras encuestas cuantitativas sobre presupuestos familiares y sobre condiciones de vida. Las investigaciones se han organizado en dos grupos predominantes en función de la variable de referencia utilizada: la renta o el gasto. En ambos grupos, la estrategia metodológica equipara el nivel de bienestar de las personas con la disponibilidad material de recursos, ya sea calculando su volumen de entrada (renta) o de salida (gasto) durante un periodo concreto. Como sucede también en cuanto a la definición de pobreza, el uso de un indicador u otro no es un hecho banal ni neutro, puesto que los resultados variarán en función de la elección (De la Cal, 2009).

Por otra parte, tampoco hay acuerdo sobre la mayor idoneidad de una de las dos variables para medir el bienestar de la población, más allá de la calidad de los datos disponibles sobre una variable o la otra en cada encuesta sobre condiciones de vida. La variable gasto presenta una mayor estabilidad ante cambios puntuales de la capacidad económica del hogar, pues se basa en la idea de renta permanente, que incluye la renta actual pero también la renta acumulada en periodos anteriores, así como la renta esperada en el futuro. En cambio, la variable ingresos proporciona una imagen real de la capacidad económica del hogar en un momento dado, lo cual vendría a determinar con mayor precisión la posición económica real del hogar, independientemente de cómo gasten los hogares estos recursos disponibles. Mercader-Prats (1998) detecta que aunque la correlación entre renta y gasto es esperable, no es inequívoca: según sus cálculos, solamente la mitad de la población definida como pobre por sus bajos niveles de renta pertenecería al grupo de población de bajo nivel de consumo, lo cual evidencia la influencia que tiene la elección metodológica de la variable de referencia sobre los resultados obtenidos. Pérez (2009) apunta que hasta principios de la década de 1990 el estudio del gasto había sido

predominante en España debido a la construcción metodológica de la Encuesta de Presupuestos Familiares y de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. Concretamente, por la mayor fiabilidad de los datos sobre el gasto de los hogares y por la detección de que algunos hogares subestimaban su renta, sobre todo la procedente del capital, del trabajo por cuenta propia y de determinadas prestaciones sociales (excepto la jubilación). El problema, así pues, era doble: no solo existía un problema de subestimación, sino que esta subestimación no se distribuía uniformemente entre el conjunto de hogares (Cantó *et alii*, 2000).

La puesta en marcha del Panel de Hogares de la Unión Europea entre 1994 y 2001 y de la Encuesta de Condiciones de Vida (desde 2004), ambas por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE), termina con este debate puesto que solamente aportan información sobre la renta de los hogares. Por ello, y por la mayor capacidad de comparación de esta variable con los datos europeos (a través de las encuestas estatales pertenecientes al modelo europeo armonizado EU-SILC), desde la segunda mitad de la década de 1990 el gasto ha pasado a ser una variable secundaria, si no olvidada, en la medición de la pobreza.

Además de este problema metodológico, el uso de la variable gasto como determinante del nivel de vida de las personas remite también a una cuestión conceptual, centrada en la validez del constructo metodológico, es decir, en la relación entre la variable utilizada como indicador (renta o gasto) y la realidad que se quiere explicar (las condiciones de vida de la población). Las ventajas que suscita el análisis del gasto respecto al de la renta son, fundamentalmente, las siguientes: *a)* es una medida más concreta de las condiciones reales de vida de la población en el presente, puesto que la renta no contempla las pautas de acumulación o de aprovechamiento de los recursos disponibles en forma de ahorros y de patrimonio; *b)* en consecuencia, el gasto es un indicador de mayor estabilidad, en el sentido de que los hogares no modifican sustancialmente sus hábitos de consumo a causa de pequeñas variaciones puntuales de renta, y menos si las expectativas a medio o largo plazo mantienen tal estabilidad, y *c)* si se considera que el nivel de vida depende de la utilidad que las personas dan a sus recursos, y no de la simple disponibilidad de ellos, el consumo aparece como una variable más válida que la renta.

Pero, por otra parte, se debe tener precaución ante ciertas desventajas contrastadas que, en resumen, son las siguientes: *a)* existe una cierta influencia grupal en las pautas de consumo del individuo, por lo que no resulta siempre correcto relacionar un bajo nivel de gasto con una escasez de medios (como la no correspondencia entre los niveles de renta de la población jubilada y la austeridad en el consumo de dicho colectivo); *b)* la inclusión de bienes duraderos que pueden alterar sustancialmente el volumen de gasto de un año a otro, aun manteniéndose las condiciones de vida (y el volumen de renta) relativamente estables, y *c)* la dificultad que tienen los hogares para calcular de forma precisa el gasto anual, lo que favorece la generalización de aproximaciones o redondeos.

### *3.2 El gasto de atención a la discapacidad en España*

La Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD)<sup>1</sup> dispone de una serie de preguntas sobre el gasto que realizan los hogares para atender la discapacidad de alguno de sus miembros. Esta información no está exenta de algunas problemáticas relevantes, que podemos agrupar en dos niveles:

En un nivel genérico, la dificultad de los hogares para calcular los costes anuales de la discapacidad, tanto en lo que refiere a la dimensión exclusivamente monetaria como a la definición concreta de qué gastos son imputables exclusivamente a la discapacidad, qué gastos lo son parcialmente, cómo se pondera el posible desajuste, etc. Esto implica que los datos que ofrecen los hogares sean habitualmente unas estimaciones redondeadas.

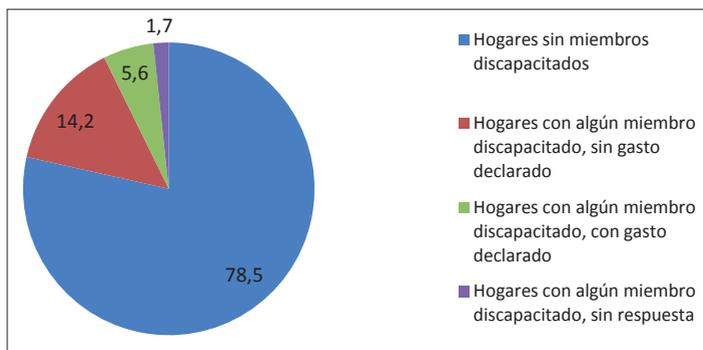
En un nivel particular, la elevada falta de respuesta, derivada de la construcción metodológica de la encuesta, se traduce en que un 80,2 % de los hogares no responde a esta variable. La práctica totalidad corresponde a hogares sin miembros discapacitados y, por tanto, se les puede

---

<sup>1</sup> La *Encuesta de Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia* es la tercera de una serie de macroencuestas destinadas a cubrir la información de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento y el estado de salud de la población, tras las olas de 1986 y de 1999. Tanto la metodología como las escalas utilizadas siguen las directrices marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La discapacidad ha sido identificada con limitaciones importantes para realizar actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevé que duren más de un año y tengan origen en una deficiencia. La muestra final sobre la que se han obtenido los datos de análisis es de 96.075 hogares, incluyendo todos los miembros que viven en ellos.

imputar un gasto inexistente, con lo que se convierten en falsos casos perdidos. Aun así, esta relación no es automática, y un 1,7 % de hogares sin respuesta declara tener algún miembro discapacitado. Por otra parte, el 14,2 % de los hogares tiene algún miembro discapacitado pero declaran no tener ningún gasto asociado a la discapacidad. Finalmente, como se aprecia en el gráfico 1.1, el 5,6 % del total de los hogares españoles declara tener que hacer frente a algún tipo de gasto por motivos de discapacidad de alguno de sus miembros. Es en relación a este volumen de hogares que hemos centrado el análisis de la cuantía y la naturaleza del gasto por discapacidad.

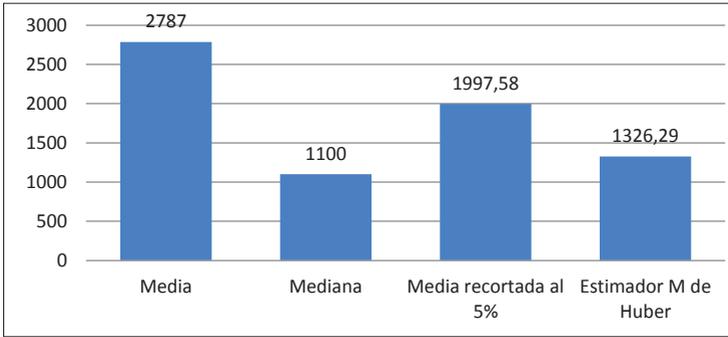
**Gráfico 7. Estructura de respuesta de los hogares españoles sobre el gasto dedicado a la discapacidad (porcentajes). España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

Este 5,6 % de hogares españoles con miembros discapacitados y con gasto declarado por discapacidad invierte una media de 2.787 euros anuales en bienes y servicios para atender la discapacidad. Aun así, esta cuantía se encuentra sensiblemente sesgada por la presencia de un pequeño porcentaje de hogares con un gasto muy elevado, superior a los 20.000 euros anuales. Otros indicadores menos sensibles a la presencia de casos extremos (como la mediana, la media recortada al 5 % o diversos estimadores de centralidad más robustos) apuntan a una cuantía sensiblemente inferior, en una horquilla de entre 1.100 y 2.000 euros anuales.

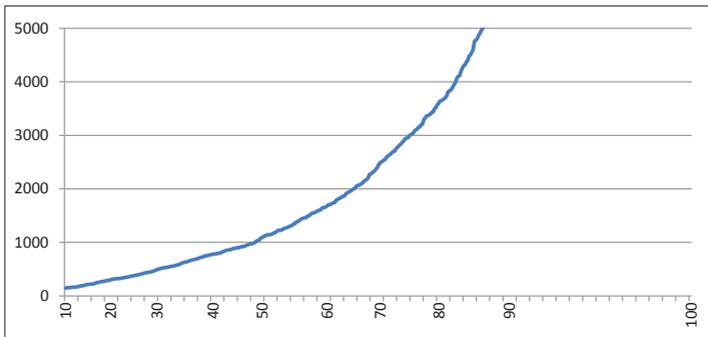
**Gráfico 8. Gasto anual de los hogares dedicado a la discapacidad. Distintos indicadores de centralidad. España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

Como se observa en el gráfico 9, que indica la distribución acumulada de los hogares españoles en función del gasto dedicado a la discapacidad, el 50 % de los mismos presenta un gasto inferior a 1.100 euros anuales, y un 25 % gasta menos de 400 euros anuales. Por el contrario, la parte superior de la distribución presenta mayor elasticidad: prácticamente un 25 % de los hogares con personas discapacitadas dedica más de 3.000 euros anuales a la discapacidad, mientras que el 10 % superior dedica más de 6.500 euros anuales.

**Gráfico 9. Distribución acumulada de hogares en función del gasto dedicado a la discapacidad, en euros anuales (solo hogares con gasto declarado dedicado a la discapacidad). España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

Las condiciones de vida de estos hogares están determinadas por un doble eje. El primer eje favorece un efecto unificador del conjunto de hogares con miembros discapacitados, puesto que todos ellos deben poseer un mayor nivel de recursos para poder optar a un nivel de vida similar al de los hogares sin miembros discapacitados. Es decir, *ceteris paribus*, los primeros tienen mayores necesidades (en términos de fármacos, de atención y cuidado personal, de capacitación de la persona, de adquisición de bienes y servicios adecuados, de adaptación de la vivienda, etc.) y, por tanto, requieren mayores recursos a gastar para poder alcanzar un mismo nivel de funcionalidad en la sociedad. Esta concepción parte de la teoría de capacidades de Sen (1984, 1995, 1999), según la cual lo relevante en el estudio de la pobreza no es la cantidad de recursos disponibles, variable que solamente se mueve en un plano instrumental, sino el nivel de vida de las personas, que es aquello intrínsecamente importante. La discapacidad o un mal estado de salud, entre otros factores, dificultan el acceso a los recursos, pero a la vez también impiden que un mismo volumen de recursos sea indicativo de un mismo nivel de vida, puesto que la capacidad de transformar estos recursos en funcionamiento social no es equivalente.

En España, distintas investigaciones han intentado cuantificar el volumen de recursos suplementarios que los hogares con personas discapacitadas deben poseer para conseguir un nivel de vida similar al de los hogares sin personas discapacitadas. En esta línea, recientemente Braña y Antón (2011) han cuantificado los costes de la discapacidad y sus efectos sobre la pobreza concluyendo que, una vez cuantificados estos costes (que suponen en torno al 40 % de la renta del hogar en casos de discapacidad moderada y del 70 % en casos de discapacidad severa), la incidencia, la intensidad y la severidad de la pobreza aumentan de manera sustancial: si en el hogar habita un miembro con discapacidad moderada, el riesgo de pobreza se duplica (del 29,6 % al 59,3 %), mientras que en los hogares con miembros con discapacidad severa se triplica y pasa a incumbir la práctica totalidad de hogares (del 30,3 % al 93 %). Un efecto similar sucede con las tasas de pobreza extrema (con el umbral de pobreza situado en el 30 % de la renta media): en los hogares con discapacidad moderada el porcentaje de ellos que caería en la pobreza extrema sube del 3,5 % al 17,3 %, mientras que en los hogares con discapacidad severa lo hace del 2,8 % al 56,4 %.

**Tabla 2. Indicadores de incidencia, intensidad y severidad de pobreza (y pobreza extrema), según si se consideran o no los costes de discapacidad de miembros del hogar. España, 2007**

		<i>Sin considerar los costes de discapacidad</i>			<i>Considerando los costes de discapacidad</i>		
		<i>Incidencia</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Severidad</i>	<i>Incidencia</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Severidad</i>
Pobreza extrema	Población total	0,027	0,009	0,006	0,090	0,030	0,015
	Discapacidad moderada	0,035	0,009	0,004	0,173	0,047	0,020
	Discapacidad severa	0,028	0,008	0,005	0,564	0,197	0,091
Pobreza	Población total	0,198	0,056	0,024	0,273	0,105	0,056
	Discapacidad moderada	0,296	0,079	0,031	0,593	0,223	0,110
	Discapacidad severa	0,303	0,084	0,033	0,930	0,493	0,304

Fuente: Braña y Antón (2011: 23)

En una línea similar, Malo y Dávila (2006), mediante una modificación en la ponderación de los miembros del hogar para otorgar un mayor peso a los miembros discapacitados (asumiendo la hipótesis de que su presencia aumenta los costes del hogar en mayor volumen que el de una persona no discapacitada), calculan que el riesgo de pobreza aumentaría entre un 60 % y un 80 % en tal simulación, hasta duplicarse en caso de que en el hogar residieran dos o más discapacitados.

El segundo eje, por el contrario, está menos explotado analíticamente. En él se aprecia una fuerza centrífuga, de disgregación del colectivo, originada por la dimensión social de la discapacidad. Aunque se trate de un colectivo estructuralmente descalificado (en el sentido de que tienen unas peores condiciones de vida que la población no discapacitada), no se debería homogeneizar a toda la población discapacitada, pues ella misma está estructurada socialmente en relación con los factores clásicos de jerarquización social, como la clase, el género o la edad. Esta disgregación queda patente al observar los comportamientos de gasto por discapacidad, en cuyo análisis nos centramos en los siguientes apartados de este capítulo, con el objetivo de dar respuesta a este vacío analítico.

### *3.3 ¿Quién dedica más gasto a la discapacidad? Un análisis en función del nivel de estudios, la relación con la ocupación y el volumen de ingresos*

Que la presencia de individuos con discapacidad en el hogar implica un aumento del gasto es un dato previsible, como lo es también que este aumento varía en función del tipo y del grado de discapacidad. Por ejemplo, sabemos que los hogares con personas discapacitadas que están gravemente limitadas dedican una media de 3.713 euros anuales a atender la discapacidad, un gasto entre un 36 % y un 70 % superior al de aquellos hogares en los que la discapacidad o bien no supone ninguna limitación, o en todo caso supone una limitación moderada<sup>2</sup>.

Pero el gasto por discapacidad no solamente se explica por factores médicos o físicos, y desde la sociología debería centrar el estudio en esta premisa. Los datos disponibles indican que una parte sustancial del efecto que la discapacidad tiene sobre las condiciones de vida de los hogares depende de factores sociales. Incluso, en determinadas situaciones, la dimensión social de la discapacidad llega a ejercer un mayor peso explicativo que la estricta dimensión física-médica. A raíz de esto, concluimos que una misma discapacidad llega a tener asociado un nivel de gasto muy desigual.

Nos aproximamos ahora a esta cuestión mediante el análisis de la relación entre la posición social del hogar y el gasto que este dedica a la atención a la discapacidad. Para evitar el sesgo que el grado de gravedad de la discapacidad podría tener sobre el coste anual, se ha neutralizado la variable «Limitación para realizar algunas actividades», mediante su segmentación en tres categorías desagregadas y analizadas independientemente. Son las siguientes: *a)* Algún miembro del hogar se encuentra gravemente limitado; *b)* Algún miembro del hogar se encuentra limitado, pero ninguno de ellos gravemente, y *c)* Ningún miembro del hogar se encuentra limitado. Para definir la posición social del hogar se han recogido los datos relativos a la persona de referencia, definida como aquella que, residiendo habitualmente en el hogar, es la que más aporta periódicamente a su presupuesto total. A nuestro entender, es un indicador

---

<sup>2</sup> Las diferencias en el gasto, en función del grado de limitación asociada a la discapacidad, son estadísticamente significativas a un nivel 0,1, con lo cual podemos confirmar que, evidentemente, el grado de discapacidad está asociado al gasto dedicado a la discapacidad.

óptimo del posicionamiento social del hogar, y que escapa al concepto tradicional de padre/cabeza de familia.

Dos de los indicadores clave de la posición social son el nivel formativo alcanzado y la relación con el mercado de trabajo. En lo referente al primero, los hogares con miembros discapacitados tienden a aumentar el gasto dedicado a la discapacidad a medida que aumenta el nivel formativo de la persona de referencia (con un aumento del gasto de entre un 22 % y un 83 % por cada etapa superior de nivel formativo, en función del grado de limitación de la persona discapacitada), respetándose siempre la jerarquía según la cual a mayor grado de limitación, mayor gasto destinado a la discapacidad. Así, los hogares en los que la persona de referencia tiene estudios universitarios son los que más invierten en atender la discapacidad, especialmente si la persona con discapacidad sufre una limitación grave: en tal caso el gasto medio asciende hasta los 5.087 euros anuales, muy por encima de lo que pueden dedicar el resto de hogares: los 3.421 euros de los hogares con estudios secundarios, los 4.631 euros de los hogares con estudios primarios y los 2.950 euros de los hogares sin estudios. Pero no únicamente: incluso, los hogares encabezados por una persona de referencia con estudios universitarios y cuya persona discapacitada no sufre una limitación grave, o no sufre ninguna limitación, invierten más en atender la discapacidad que el resto de hogares en los que la persona discapacitada sufre una limitación grave, solamente a excepción de los hogares con estudios primarios (ligados a una edad avanzada). De aquí que debamos resaltar el componente social de la atención a la discapacidad, que sobrepasa cualquier lectura estrictamente médica-física.

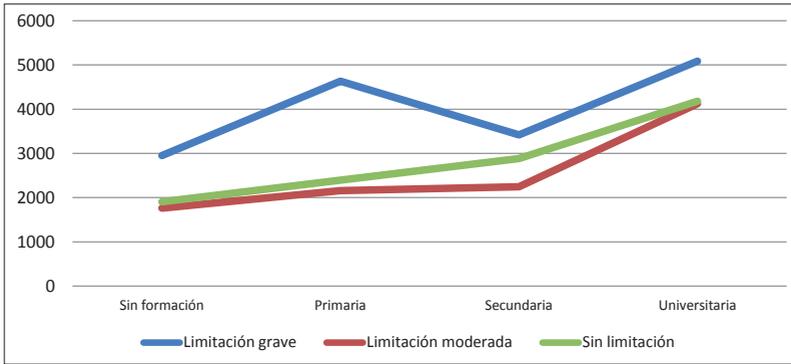
Cuando la discapacidad no supone una limitación, o en todo caso supone una limitación moderada, el gasto dedicado a ella se relaja. Esta reducción presenta dos características relevantes. La primera es que se reproduce la distribución jerárquica anterior: a una posición más acomodada en la escala social le sigue correspondiendo un mayor gasto para atender la discapacidad. La segunda es que la reducción no es proporcional sino regresiva. Los hogares con menor nivel formativo reducen sustancialmente el gasto dedicado a la discapacidad cuando ésta no supone una limitación grave en relación a cuando sí la supone, a diferencia de los hogares con mayor nivel formativo, cuyo comportamiento es más estable

entre los distintos escenarios. La reducción es del 35-40 % del gasto en los hogares cuya persona de referencia no tiene estudios, del 50-55 % cuando la persona de referencia tiene estudios primarios, de un 15-35 % cuando tiene estudios secundarios, y en torno al 18 % cuando tiene estudios universitarios. Como resultado, las desigualdades de gasto entre los distintos niveles formativos son superiores en los casos de limitación moderada o de ausencia de limitación a los casos de limitación grave. Esta mayor elasticidad del gasto evidencia una estrategia de adaptación a las circunstancias que implica que, cuando la discapacidad no supone una limitación grave, los hogares con menos recursos opten por reservar un montante sustancial de estos recursos a la adquisición de otros bienes esenciales, que pasan por delante de la atención a la dimensión social de la discapacidad, mientras que los grandes gastos en atención a la discapacidad solo se dan en caso de que la limitación sea grave y requiera este sobreesfuerzo. En cambio, los hogares con mayor nivel formativo tienen un comportamiento más rígido, lo que les permite seguir manteniendo unas condiciones de vida confortables, tanto para la persona discapacitada como para el resto de miembros del hogar, sea cual sea el grado de limitación asociado a la discapacidad, gracias al sostén de unos niveles estructuralmente altos de gasto.

A este modelo le debemos añadir una única excepción, que queda visiblemente remarcada en el gráfico 10: existe un pico en los hogares con estudios primarios y con limitaciones graves, con un gasto que asciende a una media de 4.630 euros. Esta alteración se explica porque en esta categoría se concentra población de edad avanzada con limitaciones graves derivadas de la discapacidad, con unas rentas estables y con una menor proporción de gasto en otras partidas de primera necesidad (como, por ejemplo, la atención a niños o los costes de hipoteca o alquiler de la vivienda, que generalmente ya están amortizados), lo cual les permite dedicar una parte sustancial de sus recursos a la discapacidad. Si se neutraliza este efecto (por ejemplo, aquí se ha realizado mediante un segundo análisis limitado a la población de 16 a 64 años), la tendencia general descrita anteriormente, según la cual a mayor nivel formativo le corresponde un mayor gasto en discapacidad, no solo se reproduce sino que gana nitidez<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Mediante un análisis de la varianza (ANOVA) se ha confirmado que las medias del gasto por discapacidad son diferentes significativamente entre los diferentes niveles de estudio (desagregando los

**Gráfico 10. Gasto medio anual dedicado a la discapacidad, según nivel de estudios de la persona de referencia, y grado de limitación de la persona de referencia. España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

En lo referente a la relación con el mercado de trabajo, el comportamiento del gasto se mantiene fiel a la misma tendencia: por regla general, los hogares cuya persona de referencia está trabajando pueden dedicar más gasto a la discapacidad, y este gasto es a la vez mayor si el empleo que se ocupa tiene mayor cualificación. El gasto medio de mayor cuantía se da, pues, en los hogares cuya persona de referencia trabaja en el segmento superior del mercado de trabajo (donde se encuentran las ocupaciones de directivo o de gerente de una empresa o de la administración pública, de técnico, científico, intelectual, de profesional o de técnico de apoyo, entre otras), con un intervalo del gasto que se mueve entre los 3.970 euros anuales si la persona discapacitada del hogar está moderadamente limitada hasta los 5.374 si lo está gravemente. Toman-

datos en función del grado de limitación). Además, un análisis *post hoc* permite localizar las diferencias entre pares de categorías. Cuando la persona discapacitada se encuentra gravemente limitada, la igualdad es superior —como se ha dicho— y la única media con diferencias estadísticamente significativas (a un nivel 0,01) se localiza entre los hogares cuya persona de referencia tiene estudios universitarios y los hogares cuya persona de referencia no tiene estudios. En los casos de limitación moderada, los hogares cuya persona de referencia tiene estudios universitarios forman un grupo significativamente diferente al resto. Por último, cuando la discapacidad no supone una limitación, los hogares con estudios universitarios vuelven a formar un grupo independiente, mientras que también encontramos una media diferente entre los hogares con estudios secundarios y los hogares sin estudios. Las diferencias grupales aumentan, así pues, a medida que se reduce la gravedad de la discapacidad.

do estos datos como referencia, los hogares cuya persona de referencia trabaja en un segmento inmediatamente inferior, como asalariado cualificado (administrativo, operario, vendedor, auxiliares, entre otras categorías), destinan un 40 % menos a la discapacidad: entre 2.350 euros si la persona discapacitada está moderadamente limitada y 3.300 si lo está gravemente. La capacidad de dedicar recursos para atender la discapacidad se reduce aún más en situaciones de paro o de empleo no cualificado (mozos, peones, entre otros), con un techo máximo de 2.000 euros anuales, sea cual sea el grado de limitación. Esto refleja otra vez la influencia de la dimensión social de la discapacidad sobre el gasto de los hogares: los hogares con mejor posición en el mercado de trabajo pueden destinar el doble de recursos para atender la discapacidad que aquellos hogares que se concentran en las posiciones más precarias o que están excluidos del mundo laboral, incluso si en los primeros la limitación es moderada o inexistente y en los segundos la limitación es grave.

**Gráfico 11. Gasto medio anual dedicado a la discapacidad, según situación de actividad de la persona de referencia y grado de limitación de la persona discapacitada. España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

1 = Ocupado, dirección o técnico; 2 = Ocupado, asalariado cualificado;  
3 = Ocupado sin cualificación; 4 = Desempleado; 5 = Jubilado o Incapacitado.

Mención aparte merecen los hogares en los que la persona de referencia está jubilada o incapacitada, ya que responden a una lógica ligada a la población de edad avanzada: aunque se encuentran fuera del

mercado de trabajo, la relativa estabilidad en el ingreso de las pensiones les permite aumentar el gasto por discapacidad a niveles similares a los de la población asalariada cualificada: cerca de 4.000 euros anuales en los casos de limitación grave, y por encima de 2.000 euros en el resto de grados de limitación<sup>4</sup>.

Además de estos dos indicadores tradicionales, hemos utilizado uno complementario para relacionar la posición social con el gasto dedicado a la discapacidad: la capacidad monetaria del hogar, medida en función de los ingresos mensuales de la persona de referencia. Mediante su uso pretendemos dar cuenta directamente de las posibilidades que tienen de adquirir bienes materiales y de su impacto en la adquisición de recursos para atender la discapacidad.

Este es el indicador que presenta mayores diferencias de gasto por discapacidad, siguiendo una relación positiva, como se esperaba, según la cual cuanto más ingrese el hogar más gastará en atender la discapacidad. Los hogares cuya persona de referencia pertenece al tramo inferior de ingresos, es decir, inferiores a 1.000 euros mensuales, destinan una menor cuantía a la discapacidad, partiendo de 1.750 euros anuales y alcanzando los 3.000 euros si la limitación es grave. A partir de estas cantidades, el aumento del gasto es progresivo y lineal, generalmente a raíz de un 30 % a un 40 % por cada tramo superior de ingresos (establecidos aquí en divisiones de 1.000 euros mensuales), por lo que las cantidades dedicadas a la discapacidad en los hogares pertenecientes al cuarto y último tramo (en los que la persona de referencia ingresa más de 3.000 euros mensuales) duplican las de los hogares pertenecientes al primer tramo de ingresos, y se sitúan cerca de 7.000 euros anuales en casos de limitación grave, y cerca de 5.000 euros anuales en el resto de niveles de limitación.

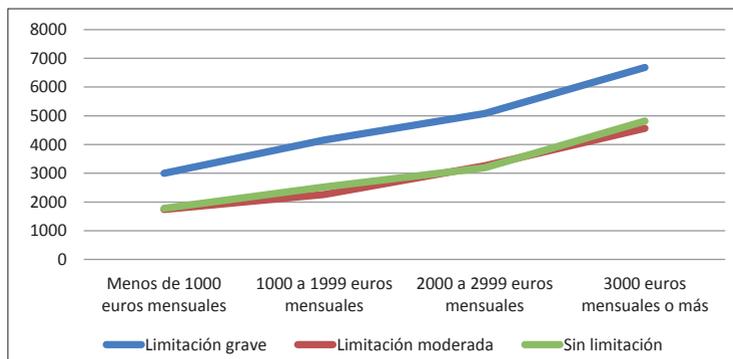
Aunque hemos destacado la progresividad del gasto por discapacidad en relación con el tramo de ingresos al que pertenece el hogar, cabe remarcar otra vez las diferencias que existen en el grado de progresividad, debidas al componente social de la discapacidad. En los casos en

---

4 Como en el caso anterior, hemos realizado aquí un análisis de la varianza (ANOVA) que nos ha confirmado que las medias del gasto por discapacidad son diferentes significativamente a un nivel 0,01 entre las distintas categorías laborales, excepto en los casos de limitación grave, en cuyo caso las diferencias no son estadísticamente significativas a este nivel. En los casos de limitación moderada o de ausencia de limitación, los hogares cuya persona de referencia trabaja y lo hace en las categorías más cualificadas del mercado laboral se posicionan como un grupo con identidad propia y presentan diferencias significativas respecto al resto de hogares.

que las personas discapacitadas del hogar están gravemente limitadas, el aumento del gasto entre los distintos tramos de ingresos es sustancialmente menor (de un 122 % entre el primer y el último tramo) que en los hogares donde la persona discapacitada no está limitada o lo está moderadamente (de entre un 162 % y un 170 %). Esto indica que, mientras que los hogares con menos posibilidades pueden reducir su aportación a la discapacidad cuando ésta conlleva una limitación moderada o nula, los hogares con mayores ingresos siguen manteniendo un gasto elevado, que no se destina tanto a la atención a la discapacidad médica sino que está pensado para mantener una mayor calidad de vida en el conjunto tanto de la persona con discapacidad como para el resto de personas que componen el hogar<sup>5</sup>.

**Gráfico 12. Gasto medio anual dedicado a la discapacidad, según ingresos mensuales de la persona de referencia y grado de limitación de la persona discapacitada. España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

<sup>5</sup> Como en los casos anteriores, hemos comprobado, mediante un análisis de la varianza (ANOVA), que las medias son diferentes a un nivel de significación de 0,01. El análisis entre pares de categorías indica que cuando la discapacidad conlleva una limitación grave, las únicas diferencias significativas del gasto se encuentran entre los dos tramos de ingresos extremos. Cuando la discapacidad conlleva una limitación moderada o nula, las diferencias significativas aparecen entre cualquier tramo de ingresos no colindante. De esta manera, se confirma la misma tendencia observada en los indicadores anteriores.

### *3.4 El peso de la dimensión social en el gasto por discapacidad*

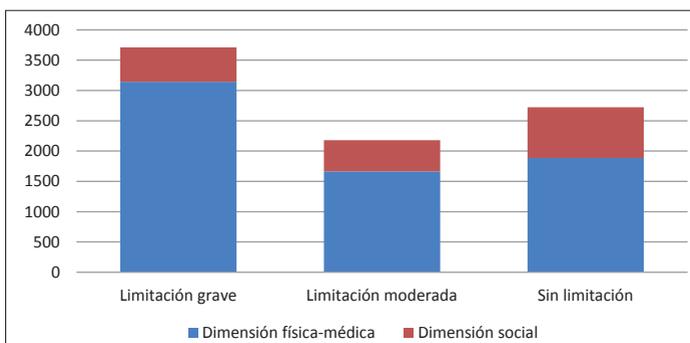
Una vez llegados a este punto hemos buscado determinar qué parte del gasto total de los hogares puede atribuirse a la dimensión social de la discapacidad y qué parte a la simple dimensión física-médica. Hemos agrupado las 3 variables analíticas (nivel de estudios, relación con la ocupación y cuantía mensual de ingresos) en una nueva dimensión explicativa, mediante un análisis de correspondencias múltiple. Esta dimensión es la que mayor varianza acumulaba respecto a las variables originales (con un autovalor de 1,973), y puede ser considerada como la dimensión de posición social. Posteriormente, a través de un análisis de clasificación bietápico hemos agrupado los hogares en categorías sociales homogéneas, es decir, similares entre sí y diferentes a los hogares del resto de grupos. Con este análisis se han obtenido 3 grupos de hogares diferenciados por su posición social, sobre los cuales hemos realizado un análisis comparativo del gasto por discapacidad.

Para ello hemos estimado que el gasto medio de los hogares está determinado completamente por la dimensión física-médica, y que la variabilidad en torno a este gasto medio (por encima o por debajo) se explica por la dimensión social. Los resultados agrupados indican que la dimensión social explica un 23,2 % del gasto medio por discapacidad de los hogares españoles con personas discapacitadas, que es de 2.787 euros anuales. Además, como se esperaba, el peso de esta dimensión social es inversamente proporcional a la gravedad de la limitación por discapacidad: representa el 15,3 % del gasto en los casos de limitación grave, el 23,7 % en los casos de limitación moderada y el 30,7 % en los de ausencia de limitación.

Como se aprecia en el gráfico 1.6, el gasto dedicado a la discapacidad es claramente superior en los hogares con limitación grave, especialmente a causa del peso de la dimensión física-médica, a la que se destinan 3.145 euros de los 3.713 de media, por los 568 destinados a cubrir la dimensión social. En estos casos, el núcleo irreductible de la discapacidad tiene que centrar casi toda la atención de los hogares, mientras que la dimensión social queda al alcance solamente de los hogares más acomodados. En cambio, si la limitación producida por la discapacidad no es grave, el gasto medio se reduce sustancialmente, sobre todo debido a la reducción del gasto explicado por la dimensión física-médica, a la

cual se dedican menos de 2.000 euros anuales de media, mientras que la dimensión social se mantiene en unos valores absolutos estables, entre 516 y 836 euros anuales, debido al esfuerzo que los hogares más acomodados siguen realizando para atender la discapacidad, en términos de mejora de condiciones de vida.

**Gráfico 13. Gasto medio anual dedicado a la discapacidad, según estructura del gasto. España, 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de la EDAD 2008

#### 4. Conclusiones

El análisis de la relación entre pobreza y discapacidad nos lleva a hablar, como primera y principal idea, de la reducción del riesgo de pobreza entre las personas con discapacidad. Si en 2006 las tasas de pobreza en este colectivo eran del 30,8 %, en 2011 se habían reducido hasta un 23,4 %. Este proceso ha recorrido el sentido opuesto al de la población no discapacitada (y, en consecuencia, al del conjunto de población), cuyas tasas de pobreza aumentaron en este mismo periodo del 19,2 % al 21,7 %. Por esto, en 2011, el tradicional y sustancial desequilibrio en las tasas de pobreza entre población discapacitada y no discapacitada se había reducido a unos mínimos 1,7 puntos.

La segunda idea es que la reducción de la pobreza entre la población discapacitada se ha dado con una alta dosis de transversalidad, beneficiando a prácticamente todos los perfiles supervisados de población discapacitada. Una transversalidad que se explica por el efecto de

las transferencias públicas (sin incluir las pensiones de jubilación o las prestaciones de supervivencia) hacia las personas con discapacidad y sus hogares. En 2011 las transferencias públicas consiguieron reducir la pobreza entre la población discapacitada en un 42,9 %, mientras que en 2006 solo alcanzaban un efecto del 23 %. Sin el efecto de las transferencias públicas, el riesgo de pobreza entre la población discapacitada habría aumentado ligeramente en el período 2006-2011, adaptándose coherentemente con el comportamiento del conjunto de la población. A la vista de los resultados, las políticas derivadas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia y a las familias, conocida como Ley de Dependencia, han conseguido generar un sustancial impacto protector frente al riesgo de pobreza de este colectivo.

Una tercera idea es la importancia del extracto social de los hogares para entender las condiciones de vida de la población discapacitada. Entendiendo que la mayoría de discapacidades aparecen a edades adultas, existen características sociales —como el nivel formativo— que no se explican tanto por la discapacidad como por la posición social de la persona y de su hogar. Esto es relevante por el efecto que tiene en cuanto a posibilidades de inserción laboral (se ha detectado que una mayor formación facilita la inserción laboral de personas discapacitadas) y por el acceso posterior a prestaciones sociales (como la jubilación o la incapacitación), aspectos que inciden positivamente en la reducción del riesgo de pobreza entre la población discapacitada. Es decir, la aparición de la discapacidad no implica una neutralización de las condiciones de vida (una vuelta a empezar desde cero, para todos) sino que el itinerario social influye de manera decisiva en la configuración de las nuevas condiciones de vida.

En todo caso, y como cuarta idea, debemos resaltar que siguen persistiendo amenazas sobre este colectivo, el bienestar del cual depende en gran medida del mantenimiento de estas políticas públicas. En este sentido, las condiciones sociales estructurales de este colectivo no han mejorado. Sin el efecto de las transferencias públicas, el riesgo de pobreza entre la población discapacitada habría aumentado en el período 2006-2011. Igualmente, si el peso de las transferencias públicas se hubiera mantenido estable a niveles de 2006, el riesgo de pobreza seguiría situándose por encima del 30 %. Además, el impacto reductor de estas

transferencias públicas pierde eficacia en los casos de mayor gravedad e, incluso, la pobreza extrema ha aumentado entre la población discapacitada, tanto antes como después de contabilizar las transferencias públicas. Con los datos disponibles resulta difícil determinar si este aumento se debe a la caída a la pobreza de población discapacitada o a la aparición de discapacidad entre población que ya sufría pobreza extrema. En este sentido, el hecho de que la discapacidad tenga un carácter más crónico que la pobreza extrema, así como un mayor volumen numérico, nos lleva a aceptar la primera opción como más explicativa. En todo caso, es evidente que las transferencias públicas están encontrando un obstáculo para romper el vínculo entre pobreza extrema y discapacidad. En este contexto se entiende el estancamiento en altos porcentajes de pobreza de la población discapacitada más vulnerable, como la que no ha recibido nunca formación.

La segunda parte del artículo analiza los datos relativos al gasto por discapacidad y saca a la luz una constatación que se reproduce de manera estable: la dimensión social de la discapacidad promueve que los hogares con mayores recursos inviertan una mayor cuantía para atender la discapacidad, mientras que los hogares con menos recursos invierten una cantidad claramente inferior. Mediante el análisis de las diferentes estrategias familiares hemos podido cuantificar el efecto de esta dimensión social. De hecho, a la hora de evaluar las estrategias de los hogares para hacer frente a la discapacidad encontramos que, en algunas ocasiones, esta dimensión social adquiere un mayor peso que la dimensión física-médica. Así, a igual grado de limitación, los hogares con rentas superiores a 3.000 euros mensuales dedican una cantidad media entre un 120 % y un 170 % superior para atender la discapacidad que aquellos hogares con una renta inferior a 1.000 euros mensuales. Menos previsible es que, incluso entre distintos niveles de gravedad, las diferencias entre hogares sigan siendo sustanciales. Así, solo aceptando la importancia de la dimensión social de la discapacidad podemos entender que los hogares acomodados cuyo miembro discapacitado no tiene ninguna limitación sigan invirtiendo entre un 40 % y un 60 % más en atender la discapacidad que los hogares con menos recursos en los que la persona discapacitada está gravemente limitada.

Con ello, entendemos que la atención a la discapacidad presenta un núcleo irreductible de necesidades que todos los hogares con miembros discapacitados deben afrontar, sea cual sea su posición económica. Superado este núcleo inicial, entra en escena la dimensión social de la discapacidad, que se caracteriza por un comportamiento más elástico: los hogares con mayores recursos tienden a aumentar el gasto para ampliar y mejorar la atención a sus miembros discapacitados, sin un horizonte máximo nítido, con lo que consiguen mejorar las condiciones de vida tanto de las personas discapacitadas como del resto de miembros del hogar. Bajo la óptica de estos hogares, el gasto en discapacidad no es solo paliativo sino que representa, además, una inversión para el mantenimiento de la posición social del hogar. Por otra parte, los hogares situados en los últimos escalones de la estructura social tienen mayores dificultades para dar respuesta a esta dimensión social, y la vulnerabilidad inherente a su posición se agrava por la presencia de individuos discapacitados que, además de limitar la entrada de renta en el hogar (por sus mayores dificultades de inserción laboral), también ejercen presión sobre la proporción de recursos disponibles del hogar dedicados a su atención.

Como decimos, la dimensión social de la discapacidad se caracteriza por su elasticidad. Cuando la discapacidad es grave, se acortan las diferencias entre posiciones sociales desiguales: todos los grupos sociales deben invertir en la discapacidad, sin excusas, sea cual sea su poder adquisitivo. A menudo las diferencias en el gasto entre distintos grupos de hogares no son estadísticamente significativas o, en todo caso, únicamente los hogares cuya persona de referencia se sitúa en los escalones superiores de la jerarquía social pueden invertir una cuantía significativamente superior al resto para cubrir la discapacidad. En cambio, cuando la persona discapacitada puede desempeñar actividades cotidianas sin una limitación grave, las diferencias entre los distintos grupos sociales aumentan, debido a que en estos casos la dimensión social adquiere una mayor importancia: es aquella parte de gastos que no forma parte del núcleo irreductible de la discapacidad la que incide en la diferenciación social.

## Bibliografia

- BRAÑA, F. J.; ANTÓN, J. I. (2011). «Pobreza, discapacidad y dependencia en España», *Papeles de Economía Española*, n. 129, 14-25.
- CANTÓ, O.; DEL RÍO, C.; GRADÍN, C. (2000). «La situación de los estudios de desigualdad y pobreza en España», *Cuadernos de gobierno y administración*, 2, 25-94.
- DE LA CAL, M. L. (2009). «Avances metodológicos para el análisis y la comprensión de la desventaja social femenina», *Revista Internacional de Organizaciones*, 3, 29-47.
- HUETE, A.; SOLA, A.; LARA, P. (2010). *Los jóvenes con discapacidad en España. Informe de situación 2010*. Madrid: Cinca.
- MALO, M. A.; DÁVILA, D. (2006). *La protección social de las personas con discapacidad: ayudas técnicas, ayudas personales y pobreza*. Madrid: FIPROS/Seguridad Social.
- MERCADER-PRATS, M. (1998). «Identifying Low Standards of Living: Evidence from Spain», *Research on Economic Inequality*, 8, 155-173.
- PEREDA, C.; DE PRADA, M. A.; ACTIS, W. (2012). *Discapacidades e inclusión social*. Barcelona: Obra Social «La Caixa».
- PÉREZ, S. (2009). «El estudio de la pobreza en España desde una óptica económica: medición y políticas», *Estudios de Economía Aplicada*, vol. 27-2, 249-272.
- RODRÍGUEZ-SANZ, M.; CARRILLO, P.; BORRELL, C. (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA., 1993-2003*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SEN, A. (1984). *Poverty and Famines: an essay on entitlement and deprivation*. New York: Oxford University Press.
- SEN, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- SEN, A. (1999). *Desarrollo y libertad*. Madrid: Planeta.



La col·lecció Quaderns per a la Inclusió Social pretén ser el vehicle periòdic d'anàlisi i de reflexió-formació vers temes que en aquests temps ocupen i preocupen la societat: la vulnerabilitat i l'augment de riscos socials. Des d'aquestes pàgines s'aporten respostes i propostes per millorar i optimitzar els processos i mètodes d'intervenció social, així com identificar problemàtiques en funció de l'entorn per aportar-hi coneixement i pensament a un objectiu específic: el manteniment i l'enfortiment de la cohesió social.

## Col·laboren



**Fundación ONCE**  
para la cooperación e integración social  
de personas con discapacidad

Desenvolupament Local 



**Diputació Tarragona**



[ publicacions ]

**urv**