

La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad

Angel Belzunegui Eraso
Xavier Puig Andreu
Universidad Rovira i Virgili

Resumen

En este artículo presentamos un análisis realizado a partir de los datos de la Encuesta de Integración y Salud 2012 del Instituto Nacional de Estadística, centrado en observar los perfiles resultantes de la combinación entre discapacidad, pobreza, salud y exclusión social. La hipótesis que se ha formulado sostiene que la probabilidad de padecer una situación de exclusión social aumenta a medida que las personas presentan perfiles que acumulan determinantes sociales que afectan a su salud y a sus capacidades expresadas en limitaciones para la vida cotidiana. Para ello presentamos un constructo de exclusión social basado en la adición de determinantes sociales y que actúa como variable dependiente. Los análisis bivariados y un análisis de regresión logística contrastan la hipótesis formulada y descubren los perfiles de vulnerabilidad que presentan mayores probabilidades de estar excluidos. Se presentan también las limitaciones del estudio y propuestas para seguir profundizando en análisis de las relaciones entre salud, exclusión social y discapacidad.

Palabras clave

Discapacidad, Pobreza, Salud, Exclusión social, Desigualdad social

Códigos JEL: I14, I32, Z13, C43

SOCIAL EXCLUSION AND ITS DETERMINANTS RELATING TO HEALTH AND DISABILITY

Abstract

In this article we present an analysis of data from the 2012 Survey on Integration and Health by the Spanish National Institute of Statistics. The analysis aims to determine the different profiles arising from the combination between disability, poverty, health and social exclusion. The resulting hypothesis asserts that the more individual is impacted by social determinants affecting health and their ability to carry out daily activities, the more likely they are to be in a situation of social exclusion. To demonstrate this, we present a construct of social exclusion based on the addition of social determinants and which acts as a dependent variable. The bivariate analyses and a logistic regression analysis verify the hypothesis and reveal profiles of vulnerability that have an increased likelihood of social exclusion. The article also presents the limitations of the study and proposals for the continued in-depth analysis of the relations between health, social exclusion and disability.

Keywords

Disability, Poverty, Health, Social Exclusion, Social Inequality

JEL codes: I14, I32, Z13, C43

Fecha de recepción del original: 6 de mayo de 2016; versión definitiva: 19 de octubre de 2016.

Angel Belzunegui Eraso. Cátedra de Inclusión Social. Universidad Rovira i Virgili. Av. Catalunya, 35. 43002 Tarragona.
Tel.: +34 977558350; E-mail: angel.belzunegui@urv.cat
Xavier Puig Andreu. Cátedra de Inclusión Social. Universidad Rovira i Virgili. Av. Catalunya, 35. 43002 Tarragona.
Tel.: +34 977558350; E-mail: xavierpuigandreu@gmail.com



La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad

Angel Belzunegui Eraso
Xavier Puig Andreu
Universidad Rovira i Virgili

1. Introducción

La salud es una de las dimensiones sobre las que se muestran con mayor intensidad las consecuencias de las situaciones de pobreza, de exclusión social y, en general, de vulnerabilidad social (Leon y Walt, 2001; DeNavas, Proctor y Lee, 2010). Diversos estudios han puesto de manifiesto los efectos de los determinantes sociales en la salud y más en concreto, los efectos que estos determinantes tienen sobre las personas en riesgo de pobreza (Wagstaff, 2002; Wilkinson y Marmot, 2003; Marmot y Wilkinson, 2005; Currie, 2012). Así, aquellas con mayor riesgo de pobreza presentan a su vez mayor probabilidad de padecer problemas crónicos de salud (Montgomery, Kiely Pappas, 1996), involucrándose en mayor número de situaciones discapacitantes y realizan peores evaluaciones subjetivas sobre sus estados de salud (Najman, 2010). Además, Ayala Cañón (2006: 56) señala que “un estado de salud deficiente dificulta el proceso de participación social y fomenta la dependencia de la intervención pública”. De aquí que una salud persistentemente mala pueda conllevar, en relativamente poco tiempo, problemas derivados en la participación en el mercado de trabajo, abandono de los estudios y, más extensamente, menor utilización de recursos individuales que pueden hacer que la persona entre en un ciclo de dependencia funcional. En referencia a las personas con distintos tipos de discapacidad, Díaz Velázquez (2010) advierte de la persistencia de situaciones socialmente limitantes que imposibilitan ejercer de pleno los derechos de ciudadanía a los que hace referencia Marshall y Bottomore (1998). Recordemos que para Marshall estos derechos harían a los miembros de una comunidad, miembros de pleno derecho pero, sin embargo, distintos sujetos verían limitado el ejercicio de su ciudadanía por distintos motivos relacionados con la pobreza, la exclusión social o las situaciones discapacitantes. Por consiguiente, para determinadas situaciones sociales no se cumpliría la práctica sustantiva de estos derechos, la *condición sustantiva* de la que habla Bottomore.

Desde el punto de vista de la territorialización de la pobreza también se ha abordado la conexión entre los indicadores epidemiológicos y el estatus socioeconómico (Goñi Ros, 2008; Fiscella y Williams, 2004), llegando a la conclusión de que dichos estatus se distribuyen segregadamente en el territorio, y en particular en las zonas urbanas (Borrell y Pasarín, 2004), obteniendo cifras muy diversas en lo que se refiere a la esperanza de vida y a la prevalencia de dolencias crónicas o incapacitadoras (Nolasco, *et al.*, 2004; Borrell y Arias, 1993). Es decir, podríamos afirmar que existe una situación socioterritorial a la que nos podríamos referir como una geografía de la pobreza (Powell, Boyne y Ashworth, 2001; Way, 2004) que conllevaría también una geografía de la salud (Chandra y Skinner, 2003). A propósito de estas diferencias territoriales en salud, la herramienta denominada Urban HEART (*Health Equito Assesment and Response Tool*), combina seis indicadores de salud y otros seis determinantes de la misma, que incluyen datos socioeconómicos: la tasa de fecundidad de los adolescentes, la tasa de tuberculosis, el escaso peso al nacer, la esperanza de vida, pero también el índice de renta, el porcentaje de personas con estudios o la participación electoral. Pues bien, aplicada esta herramienta a la ciudad de Barcelona por la Agencia de Salud Pública mostró que la diferencia de esperanza de vida de unas zonas a otras, de unos barrios a otros, es de hasta 11 años (Bartoll, 2014).

Desde una visión más global, Marmot (2005) asegura que existen ya muchas evidencias de que algunos determinantes sociales de la salud actúan de manera similar en diferentes contextos y para enfermedades tanto de transmisión como de no transmisión. Estos determinantes actuarían de forma parecida, aunque con distinta intensidad, en diferentes países. Esta situación ha puesto en alerta a la Organización Mundial de la Salud que quiere elevar un debate social sobre dichos determinantes con el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables. Braithwaite y Mont (2009) señalaron, en su estudio para el Banco Mundial, que entre estos determinantes, la discapacidad juega un papel importante en las condiciones de salud, sobre todo en el caso de que no existan elementos

que compensen los desajustes que provocan las sociedades escasamente enfocadas a solventar las problemáticas estructurales, sociales y económicas asociadas a la falta de diseño universal.

Hay suficiente base empírica para afirmar que el empeoramiento de las condiciones de salud de los individuos es mayor cuanto peores son las condiciones en las que viven. Y no solamente juegan aquí un papel importante las condiciones materiales conectadas con el consumo y la provisión de bienes y servicios, sino que también son vinculantes las condiciones relacionales en las que se desarrolla la vida de las personas. La falta de vínculo social aparece en los estudios, cada vez con más frecuencia, como uno de los factores que más inciden en el aislamiento social y en última instancia en la exclusión social. Este hecho ha sido puesto de manifiesto por Espluga *et al.* (2004) para los jóvenes en situación de precariedad laboral y con escasa formación; San Román (1989) en un estudio pionero mostró la importancia de la red social en las personas mayores y cómo se intensifica la vulnerabilidad de las mismas en los casos de aislamiento social; Valls y Belzunegui (2014) muestran las problemáticas de la pérdida de vínculos sociales para el caso de mujeres, sobre todo en aquellas que presentan problemas de marginalidad; Jaraiz y Vidal Fernández (2014) documentan la pérdida de vínculo social para la parte de la población española más castigada por el desempleo, que quedan privadas de un entorno de relaciones que para algunas personas constituye su principal matriz de sociabilidad. Caso especial es el del *sinhogarismo*, fenómeno en donde confluyen los determinantes más agresivos de la vulnerabilidad (Cabrera, 2008): falta de hogar, abandono institucional, pérdida del vínculo social, precariedad material, exposición a la enfermedad y frecuente padecimiento de dolencias crónicas discapacitantes muchas de ellas relacionadas con la salud mental. Al respecto la Encuesta sobre las Personas sin Hogar del 2012 y publicada por el INE pone de relieve que el 30,7% de las personas sin hogar entrevistadas tienen alguna enfermedad crónica¹. Cabe destacar que el 16,6% reconoce trastornos mentales. Estas enfermedades tienen mayor peso en las mujeres (22,3%) que en los hombres (15,0%) También es importante destacar que el 15,2% tiene alguna discapacidad reconocida.

Si bien los indicadores de salud son persistentemente peores entre la población con escasos recursos, las personas con riesgo de exclusión social severa presentan problemáticas aún más agudas en el terreno de la salud (De Andrés *et al.*, 2002). De tal manera que a mayor riesgo de exclusión social, los estados de salud son manifiestamente peores. Y esto ocurre en las diferentes dimensiones del concepto salud: la dimensión física, la dimensión psicológica y la social (Oliveira y Villaverde, 1999).

Los problemas de salud se acrecientan a medida que las personas van quedando aisladas de su entorno familiar, de amistades o de las relaciones de vecindad, esto es, en la medi-

da en que las personas pierden red social a la que acudir cuando se encuentran con problemas vitales. Al mismo tiempo, la cronicidad de ciertas enfermedades puede llegar a producirse tras procesos de pauperización y de aislamiento social. Estas constataciones encajan bien en la teoría del desarrollo de distintos tipos de funcionamientos (de capacidades puestas en la práctica) de Amartya Sen. La conexión entre la pobreza y la pérdida de salud redundaría en situaciones recursivas en las que las personas no pueden desplegar sus capacidades y esto afectaría a su vez a los procesos de cronicidad tanto de la pobreza como de la pérdida de salud. Tal como lo entiende Sen (1999) la pobreza limitaría el potencial de la persona como ser humano.

Si estas evidencias han sido constatadas para la población en general, no son menos constatables para la población que presenta algún tipo de discapacidad (Dewa y Lin, 2000; Falvo, 2013; Gignac y Cott, Badley, 2000; Fried *et al.*, 2004; Livneh y Antonak, 2005). En este caso, los problemas de salud se agudizan en comparación con el resto de la población. La combinación de discapacidad y deterioro de la salud nos sitúan ante una problemática de interés para su estudio junto a los riesgos de pobreza y exclusión. Al respecto Sánchez Morales (2014: 64) habla del círculo vicioso al que sugestivamente denomina DPE (Discapacidad, Exclusión social y Pobreza): “cuando las discapacidades tienen lugar antes de la jubilación suelen estar asociadas a las condiciones de vida y laborales de los sectores de la población con menores niveles de renta y nivel educativo. Lo cual da lugar a un círculo vicioso de conexión y retroalimentación entre la discapacidad, la pobreza y la exclusión social”.

El objetivo de este artículo es precisamente adentrarnos en el análisis de la combinación de determinados aspectos de la salud con la pobreza y determinadas dimensiones de la exclusión social, comparando la población que presenta algún tipo de discapacidad y la que declara no tenerla. Los datos que se han utilizado provienen de la Encuesta de Integración Social y Salud 2012 (en adelante, EISS-2012) lanzada por el Instituto Nacional de Estadística, y más en concreto de la encuesta realizada a individuos, con una base muestral $n = 16.614$, en la que 2.696 personas, o sea el 18,4%, declara presentar algún tipo de discapacidad. Como se advierte más adelante, la EISS-2012 no permite diferenciar entre tipos de discapacidad, por lo que no podemos aislar la discapacidad sobrevenida por enfermedad crónica o por accidentalidad. Por tanto, en este texto se utiliza la categoría discapacidad en un sentido amplio.

En la primera parte de este artículo se exponen algunas ideas relacionadas con la multidimensionalidad del concepto de exclusión social y la necesidad de separarlo analíticamente del concepto de pobreza. Se expone también en este apartado la hipótesis de nuestro trabajo. Posteriormente se dedica un breve apartado a los aspectos metodológicos y analíticos abordados en el trabajo. A continuación se muestra la radiografía de la población sin discapacidad y la población que afirma tener alguna discapacidad, a partir de algunos indicadores sociodemográficos y otros más específicos sobre diversos aspectos de la salud. Seguidamente se propone una medida de la exclusión social basada en la construcción de un índice sintético de determinantes de exclusión a partir de diversas dimensiones que se centran en las limitaciones para realizar

¹ Este tipo de encuesta es sin periodicidad fija. El ámbito poblacional son las personas sin hogar, de 18 ó más años, que acuden a los centros que ofrecen servicios de alojamiento y/o restauración ubicados en los municipios mayores de 20.000 habitantes. El ámbito territorial es el de municipios mayores de 20.000 habitantes en toda España. La Encuesta se llevó a cabo en 2012 a una muestra de 3.000 servicios.

actividades cotidianas. Este apartado incluye un análisis de regresión logística para calcular las probabilidades de que una persona con determinadas características presente exclusión social o no. El artículo finaliza con una discusión sobre el alcance de los resultados, las limitaciones del estudio y las perspectivas que se abren para nuevos estudios sobre exclusión social de las personas con discapacidad.

2. Exclusión social y enfoque analítico

La exclusión social tiene que abordarse con una mirada más amplia que el simple hecho de no disponer de recursos monetarios y/o económicos para hacer frente a lo que podría considerarse una vida estándar. Superada la visión monetarista de la exclusión social, podemos adentrarnos con mayor profundidad en el concepto y señalar dimensiones que han sido poco estudiadas pero no por ello menos relevantes que la exclusiva falta de recursos monetarios. Agulnik (2002) señala que la exclusión social involucra diversas dimensiones de privación y participación, como por ejemplo y en un sentido amplio, el consumo, la producción, la actividad política y la participación social. Sin embargo, este autor pone de manifiesto que la correlación entre las distintas dimensiones de la exclusión social no es tan elevada como se espera, lo que abre interesantes perspectivas para el estudio pormenorizado de las dimensiones constituyentes de la exclusión y hace que ésta haya de ser identificada de manera multidimensional. Al respecto, Hernández Pedreño (2008: 15) afirma que “desde los años ochenta del siglo XX, el término exclusión social tiende a sustituir al de pobreza, incorporando, para muchos, los emergentes procesos que en la nueva modernidad impiden la integración social de un gran número de colectivos sociales, y no solamente por una cuestión de desigualdad económica”. Desde un plano analítico más general Tezanos (2014) se interroga sobre qué está ocurriendo en algunas sociedades para que las desigualdades crezcan de forma aparentemente descontrolada. Para este autor el crecimiento de la desigualdad operaría, incluso, como uno de los factores que explican el curso de la crisis que, lejos de ser exclusivamente una crisis financiera y coyuntural, es una crisis de redistribución con un mayor alcance del que a veces se estima.

Para Levitas *et al.* (2000), la exclusión social es un proceso complejo que opera en distintas dimensiones y que implica la falta de recursos, de bienes y de servicios, así como la incapacidad para participar en actividades de ocio, culturales, de participación social y política o, más ampliamente, de relaciones sociales, actividades que la mayoría de las personas pueden desarrollar sin que haya determinantes sociales que se lo impidan. Para Tezanos (2014: 26) “[...] el principio de encadenamiento de las desigualdades y la existencia de unos umbrales críticos de ruptura, de forma que cuando en la sociedad se vulnera el principio o criterio de solidaridad-equidad en un aspecto, generalmente se está dispuesto (o aumenta la disposición) a vulnerarlo en múltiples aspectos (efecto de acumulatividad)”.

Desde una perspectiva más amplia, no podemos establecer una identificación automática entre pobreza y exclusión social, ya que si atendemos a un concepto no demasiado restrictivo de exclusión social podríamos encontrarnos con población excluida pero no necesariamente pobre (Belzunegui y Valls, 2012). Tal como afirman Morgan *et al.* (2007), el concepto de exclusión social no ha conseguido una definición consensuada, aunque desde un punto de vista global hay una mayor tendencia a ligarlo a las situaciones de pérdida de red relacional. Esta falta de consenso es particularmente visible cuando se abordan problemáticas referidas a la salud mental, por lo que la norma suele ser construir el concepto con bases empíricas diferentes y explícitas.

En nuestro estudio sobre las personas con discapacidad nos hemos encontrado esta situación: personas que se encuentran por encima del umbral de la pobreza pero que debido a enfermedades crónicas y/o a determinadas discapacidades, pueden considerarse excluidas de una parte de las actividades que pueden realizar cotidianamente la mayoría de las personas. Como veremos más adelante, las personas que presentan limitaciones severas, o que declaran alguna discapacidad o que señalan padecer problemas crónicos o enfermedad de larga duración, tienen mayor probabilidad de verse afectadas por determinantes sociales que los acerquen a situaciones de exclusión social, incluyendo o no la pobreza. La mayoría de determinantes sociales a los que hacemos referencia tienen que ver con factores exógenos a las propias personas, esto es, son ajenos a su discapacidad, a sus limitaciones o al padecimiento de una enfermedad crónica. Por ejemplo, la falta de recursos financieros, las barreras arquitectónicas, la falta de acceso a la información, la distancia física o la falta de transporte adecuado.

Por tanto, es necesario establecer la distinción entre los factores exógenos que inciden en los procesos de exclusión social de las personas con discapacidad y los factores endógenos que afectan directamente a la incapacitación y, por tanto, pueden desembocar en situaciones de exclusión. De entre los factores exógenos, destacan muy claramente las barreras arquitectónicas y en general el diseño de los espacios urbanos no accesibles, pero hay otros factores que pasan más desapercibidos y que tienen que ver con las estructuras institucionales como por ejemplo, el tipo de institución escolar y su orientación, el apoyo de las instituciones públicas con transferencias sociales o la discriminación en el mercado de trabajo². Estos, y otros factores más, componen todo un complejo sistema que pueden llegar a aislar a las personas que tienen alguna discapacidad y aumentar así las probabilidades de exclusión social. Para Marbán y Rodríguez Cabrero (2014: 33) la inclusión activa requeriría de “servicios de calidad universales, accesibles y garantizados para todas las personas, sobre todo los servicios de sanidad, educación y servicios sociales, así como el acceso a una vivienda digna. Estos servicios deben ser garantizados por los Estados de Bienestar y deben contar con la participación ciudadana en cuanto a su diseño, aplicación y valoración”.

² Puede consultarse un estudio detallado sobre el impacto de las transferencias sociales en la pobreza de la población con discapacidad en Belzunegui, Puig y Valls (2014).

Entre los factores endógenos, resaltaría el tipo y grado de discapacidad y la cronicidad de determinados problemas de salud asociados o no a la discapacidad, así como otros aspectos como la falta de confianza en uno mismo. Entre los factores endógenos y exógenos, hay una zona intermedia de situaciones que se desarrollan en el seno de la familia con lo que ésta se convierte también en una entidad fuertemente determinante a la hora de lograr mayores o menores cuotas de participación social o de aislamiento social (Sánchez Morales, 2014).

Por otra parte, el riesgo de pobreza correlaciona fuertemente con el riesgo de exclusión social. De tal forma que a medida que se intensifica la pobreza, también aumenta el riesgo de exclusión social, hasta llegar a un punto en que las dos situaciones suelen encontrarse concretándose en perfiles sociales de gran vulnerabilidad. En esta relación bidireccional hay otra variable o variables intervinientes, como el hecho de presentar limitaciones para realizar actividades cotidianas y la situación de tener una discapacidad. Una vez realizada esta constatación, nuestra hipótesis es que la relación entre discapacidad y las limitaciones para realizar tareas de la vida cotidiana, aumenta la probabilidad de exclusión social. En esta relación, la situación de pobreza sería una variable interviniente de primera magnitud. Así pues, las probabilidades de exclusión social aumentan en la medida en que encontramos perfiles de personas con discapacidad, con limitaciones derivadas de enfermedades crónicas y en situaciones de pobreza. O dicho de otro modo, cuanto más se acentúan los perfiles sociales de personas con discapacidad y pobreza, mayor es la probabilidad de que se encuentren en situaciones de exclusión social.

3. Metodología y análisis de los datos

Como hemos apuntado anteriormente los datos que sustentan el análisis proceden de la Encuesta de Integración Social y Salud 2012 (EISS-2012) publicada por el INE, concretamente del módulo realizado a individuos. La base muestral es muy amplia ($n = 16.614$), por lo que se ha segmentado en dos submuestras, una que reúne a las personas que declaran presentar algún tipo de discapacidad (en adelante, PD) ($n_1 = 2.696$) y la otra que acoge al resto (en adelante, PSD). Todos los análisis se han realizado con el programa estadístico SPSS en su versión 25.

La mayoría de las variables utilizadas son de carácter nominal u ordinal. En determinados análisis, que se explican con detalle más adelante, se ha procedido a elaborar índices a partir de dichas variables. Estos índices han sido tratados como variables ordinales y han servido para simplificar la información a través de procesos aditivos.

La naturaleza propia de las variables iniciales, nominales y ordinales, aseguran la inexistencia del problema de colinealidad, problema más propio de los análisis de regresión lineal múltiple con variables métricas. Los índices incluidos presentan correlaciones moderadas entre ellos, hecho que supera dicho problema. Además, se ha optado por la regresión logis-

tica ya que se puede aplicar en situaciones que exigen menos restricciones que, por ejemplo, el análisis discriminante. La regresión logística permite asignar a los individuos a grupos con una variable dependiente dicotómica nominal y/u ordinal como destino. Las variables independientes pueden ser cuantitativas, ordinales o nominales, a las que se asocian coeficientes de regresión y su significación, permitiendo conocer qué categorías (ahora variables *dummy*) son las que mejor predicen la pertenencia a un grupo determinado de la variable dependiente.

Inicialmente y para abordar el estudio de la asociación entre pobreza, salud, discapacidad y exclusión social, planteamos un análisis bivariado distinguiendo en un primer momento la población sin discapacidad (PSD) y la población que presenta algún tipo de discapacidad (PD). Esta distinción se ha realizado a partir de la pregunta directa de la EISS-2012 sobre si el individuo tiene o no una discapacidad. El análisis bivariado ha permitido observar las diferencias entre las dos poblaciones que en la mayoría de las situaciones presentan significatividad estadística (pruebas chi-cuadrado para una $p=0,05$).

Para la determinación de la población que se encuentra bajo el umbral de la pobreza (8.320,7 euros anuales para una persona que vive sola, para el año de referencia en el que se tomaron los datos, 2011) se partió de la variable ingresos por tramos en el hogar de la persona encuestada. Esta variable se combinó junto al tipo de hogar, calculando los distintos umbrales siguiendo la escala modificada de la OCDE, y con la variable dificultades para afrontar determinados gastos. De esta forma se pudo asignar la situación dicotómica de pobre / no pobre a los individuos de la muestra, si bien hay que advertir que esta variable resultante es una aproximación a la realidad. Al no existir un indicador cuantitativo y directo de renta, necesariamente se ha de optar por una variable proxy de pobreza. Esto implica asumir un error en la designación de la categoría pobre / no pobre que no podemos cuantificar.

Asimismo, partimos de un constructo de exclusión social – que se explica más detenidamente en el siguiente apartado – a partir de distintas dimensiones de la EISS-2012: vínculo social, asistencia a espectáculos de cultura, uso de internet, posibilidades de hacer realidad los hobbies personales, formación y empleo. El modelo para la construcción de un índice neto de determinantes de exclusión social es un modelo aditivo que tiene como base el número de determinantes de situaciones de exclusión en estas diferentes dimensiones. A efectos comparativos, se ha procedido a estandarizar el índice neto de determinantes de exclusión social logrando un Índice de Determinantes de Exclusión Social que refleja no tanto la situación de exclusión en sí misma como la situación personal ante el número de determinantes que hacen que la persona esté excluida de un conjunto global de actividades (como hemos apuntado, hobbies, movilidad, cultura, relaciones, empleo, formación, etc.).

Este índice resultante ha servido de base para establecer ciertos análisis bivariantes a través de tables de contingencia, una vez dicotomizado. También se ha utilizado para realizar análisis de comparación de medias y ANOVA de un factor para las variables que se ha estimado podrían ser factores influyentes en la exclusión social.

Posteriormente hemos realizado un análisis de regresión logística (Logit) para determinar las probabilidades de padecer una situación de exclusión social. En este punto, también podemos avanzar que las probabilidades de experimentar una situación de exclusión social aumentan con la discapacidad, tanto en hombres como en mujeres. Esta asociación se intensifica si además las personas presentan limitaciones severas.

4. Características comparadas entre la población con y sin discapacidad

Respecto a algunos indicadores de salud contenidos en la EISS-2012, se constatan diferencias significativas entre las personas con y sin discapacidad, en lo relativo a la percepción de la salud, en padecer o no una enfermedad de larga duración o crónica, en las limitaciones para realizar determinadas actividades de la vida cotidiana o en la mayoría de enfermedades consignadas en la encuesta (Cuadro 1 y Cuadro 2).

Algunos datos clarifican las diferencias que se pueden observar en las dos poblaciones respecto a una selección de indicadores de salud. Muy sintéticamente:

- El 15% de las personas con discapacidad (PD) considera que tienen un estado de salud muy bueno + bueno, frente al 80,5% de personas sin discapacidad (PSD). Por el contrario, las PD que consideran que tienen un estado malo o muy malo de salud representan el 35,2% frente al 1,5% de las PSD.
- El 89% de las PD tienen algún problema de salud crónico o de larga duración, frente al 32% de las PSD.
- El 24% de las PD se han visto severamente limitadas para realizar actividades cotidianas debido a problemas de salud, frente al 1% de las PND.
- Las probabilidades de que cualquier enfermedad que se ha considerado esté asociada al factor discapacidad son muy elevadas prácticamente en todos los casos (Cuadro 1), especialmente en las enfermedades degenerativas (VIH, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, Parkinson), con un 94,7% de probabilidad de que una persona con discapacidad presente alguna de estas enfermedades respecto a una persona que no tenga discapacidad. Le siguen las enfermedades articulares (89,5%), los problemas mentales (87,7%) o cáncer (87%) (Cuadro 2).
- De la misma manera, la población pobre padece más incidencia de enfermedades articulares (52,5% en la población pobre frente al 43% en la no pobre), enfermedades

Cuadro 1. Enfermedades o problemas de salud crónicos que padece la población con y sin discapacidad

	PSD	PD
1. Problemas en brazos y manos (incluye artritis o reuma)	21%	55%
2. Problemas en piernas y pies (incluye artritis o reuma)	26%	67%
3. Problemas en espalda y cuello (incluye artritis o reuma)	39%	65%
4. Problemas de corazón o de circulación, tales como tensión alta (incluye accidentes cerebro-vasculares con consecuencias de larga duración)	27%	53%
5. Alergia, tales como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alergia alimentaria o de otro tipo (incluye el asma alérgica)	28%	25%
6. Problemas respiratorios (incluye asma o bronquitis crónica; excluye reacciones alérgicas como el asma alérgica)	9%	26%
7. Problemas de estómago, hígado, riñón o digestivos (excluye las reacciones alérgicas)	16%	36%
8. Enfermedades de la piel (incluye desfiguración genérica; excluye reacciones alérgicas, como dermatitis)	6%	12%
9. Diabetes	8%	20%
10. Cáncer (tumores malignos, también incluye leucemia y linfoma)	2%	7%
11. Epilepsia (incluye ataques)	1%	2%
12. Fuertes dolores de cabeza (como migrañas)	15%	26%
13. Ansiedad crónica	6%	25%
14. Depresión crónica	4%	25%
15. Dificultades de aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas)	3%	20%
16. Otros problemas mentales, nerviosos o emocionales	5%	23%
17. Otras enfermedades degenerativas (como VIH, esclerosis múltiple, Alzheimer o enfermedad de Parkinson)	1%	11%
18. Otra enfermedad o condición de salud de larga duración	10%	23%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.

Cuadro 2. Odds Ratios de padecer enfermedad y tener discapacidad*

	OR	intervalo de confianza de la OR	Probabilidad de que la enfermedad esté asociada a la PD	Chi-cuadrado de Haenszel-Mantel**	V Cramer
Enfermedad articular	8,521	[7,74; 9,38]	89,50%	43,83	0,479
Problemas cardiacos y circulación	5,329	[4,89; 5,79]	84,20%	38,97	0,322
Problemas alérgicos	1,481	[1,34; 1,63]	59,70%	7,85	0,065
Enfermedades respiratorias	5,405	[4,86; 6,01]	84,40%	31,07	0,257
Enfermedades digestivas	4,64	[4,23; 5,09]	82,30%	32,42	0,268
Enfermedades en la piel	3,279	[2,84; 3,77]	76,60%	16,49	0,136
Diabetes	4,662	[4,15; 5,23]	82,30%	25,98	0,215
Cáncer	6,717	[5,53; 8,15]	87,00%	19,29	0,160
Problemas mentales	7,142	[6,56; 7,76]	87,72%	46,01	0,381
Enfermedades degenerativas	18,073	[15,02; 21,7]	94,75%	30,68	0,254

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.

* Los análisis viariados que contiene este trabajo se han basado en las indicaciones realizadas en Sáez Rambla et al. (2005), concretamente en lo que se refiere a los indicadores de prevalencia e incidencia.

** Test significativo $p < 0,01$.

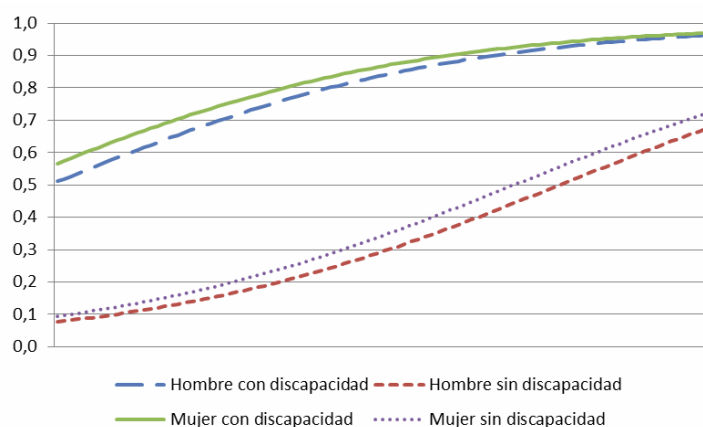
de corazón (27% frente a 23,3%), enfermedades digestivas (18,9% frente a 13,9%) o depresión crónica (9,2% frente a 5,7%) y ansiedad crónica (10,8% frente a 6,7%). Para enfermedades como las alergias, los tumores y la epilepsia no hay significatividad estadística entre la población pobre y no pobre. Una comparación sobre el número medio de enfermedades acumuladas por la población pobre y no pobre, muestra que la población pobre presenta un mayor número de enfermedades ($t = 11,874$; $p < 0,000$).

- Si se analizan solamente las personas con discapacidad, se observa que las mujeres presentan mayor incidencia en las enfermedades articulares, las alergias, los problemas digestivos, los dolores de cabeza y migrañas, la ansiedad y la depresión. Los hombres presentan mayor incidencia en los problemas respiratorios y en los tumores. Y no hay diferencias significativas por lo que hace referencia al sexo en enfermedades como la diabetes, las enfermedades del corazón, las enfermedades de la piel, la epilepsia y las enfermedades degenerativas. Una prueba T para la media de la suma acumulativa de enfermedades para hombres y mujeres con discapacidad por separado, muestra como las mujeres con discapacidad acumulan un mayor número de enfermedades que los hombres con discapacidad ($t = 10,198$; $p < 0,000$).

- La edad también correlaciona con la probabilidad de padecer alguna enfermedad de larga duración o crónica, aumentando dicha probabilidad a medida que las personas aumentan en edad. Un análisis de regresión en la que participa también la variable tener o no tener una discapacidad muestra claramente esta correlación (ver Gráfico 1). Las mujeres con discapacidad son las que presentan mayor probabilidad de padecer una enfermedad crónica, superior a la de los hombres con discapacidad. Las probabilidades

de mujeres y hombres con discapacidad van convergiendo conforme avanza la edad. Las mujeres sin discapacidad también presentan mayores probabilidades que los hombres sin discapacidad de padecer una enfermedad crónica, pero a diferencia de la evolución convergente de las personas con discapacidad, las que no la tienen aumentan las probabilidades respecto a los que no la tienen conforme aumenta la edad.

Gráfico 1. Probabilidad de padecer una enfermedad crónica según sexo, la edad y tener o no una discapacidad*



Fuente: elaboración propia a partir de EISS-2012.

* El modelo de regresión ajusta satisfactoriamente (R^2 de Nagelkerke = 0,327), prediciendo correctamente el 73% de los casos muestrales respecto al hecho de si padecerán o no problemas crónicos de salud. La expresión para el cálculo de la probabilidad de tener una enfermedad crónica vendría definida por: $\Pi = [1 / (1 + e^{-[-2,516 + (0,226 \cdot \text{Sexo}) + (0,033 \cdot \text{Edad}) + (2,525 \cdot \text{Discapacidad})]})]$

Cuadro 3. Distribución porcentual del riesgo de pobreza en PD y PSD*

	No Pobre	Pobre
Situación laboral		
Empleo indefinido	87% (3250)	13% (487)
Empleo temporal	75,8% (626)	24,2% (200)
Autónomo	81,5% (737)	18,5% (167)
Sexo		
Hombre	76,5% (4606)	23,5% (1418)
Mujer	72,8% (5108)	27,2% (1912)
Nivel formativo		
No sabe leer ni escribir	60,9% (162)	39,1% (104)
Estudios primarios	65,3% (1601)	34,7% (851)
Estudios secundarios obligatorios	69,7% (3796)	30,3% (1653)
Estudios Secundarios postobligatorios	80,3% (1926)	19,8% (474)
Estudios universitarios	90% (2229)	10% (248)
Presenta discapacidad		
No	76,3% (8098)	23,7% (2521)
Sí	66,6% (1616)	33,4% (809)
Presenta problemas de salud crónicos		
No	76,8% (5646)	23,2% (1707)
Sí	71,3% (4001)	28,7% (1607)
Presenta limitaciones		
No presenta limitaciones	76,9% (6931)	23,1% (2086)
Limitado severamente	65,1% (448)	34,9% (240)
Limitado pero no severamente	69,9% (2303)	30,1% (990)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.
*Todas las relaciones presentan significatividad estadística: $p < 0,01$.

Los datos de la EISS-2012 que hemos analizado corroboran los hallazgos de la literatura sobre la asociación entre los problemas de salud, la percepción de los mismos y el hecho de padecer algún tipo de problemática discapacitante. Sin embargo, los ítems de la encuesta no permiten descubrir si los problemas de discapacidad son anteriores a la cronicidad de alguna enfermedad o posteriores, aunque podemos suponer que en muchos casos cronicidad y discapacidad se retroalimentan. Estaríamos por tanto ante una relación que en muchos casos es simétrica, ya que tanto la discapacidad puede generar cronicidad de determinadas enfermedades como los problemas persistentes de salud pueden concluir en una situación discapacitante.

Respecto a la situación de pobreza³, los datos analizados indican también relaciones estadísticamente significativas con variables que en la literatura aparecen frecuentemente como determinantes del riesgo de pobreza (Tezanos, 2013).

Los datos de la EISS-2012 corroboran también los hallazgos de la literatura sobre la asociación entre los problemas de salud, el padecer algún tipo de problemática discapacitante y presentar una situación de pobreza. Además, el hecho de no tener un trabajo indefinido está relacionado también con mayor riesgo de pobreza, así como ser mujer, tener estudios de secundaria obligatoria y más claramente estudios primarios o sin estudios.

5. Las dimensiones de la exclusión social

Los problemas de salud y la discapacidad, asociadas como hemos visto, pueden tener efectos claramente determinantes sobre algunas dimensiones de la exclusión social. La exclusión social es un hecho multidimensional en el que confluyen diversas situaciones. Para poder abordar la complejidad del constructo proponemos la elaboración de un índice sintético de determinantes de la exclusión social a partir de una batería de ítems que se aplica a las siguientes dimensiones: Dimensión 1: Movilidad; Dimensión 2: Accesibilidad; Dimensión 3: Educación / Formación; Dimensión 4: Empleo; Dimensión 5: Acceso a Internet; Dimensión 6: Contacto y apoyo social y Dimensión 7: Ocio. La batería de ítems de respuesta dicotómica plantea, con algunas variaciones para cada dimensión, la imposibilidad de realizar determinadas tareas y/o actividades por las siguientes causas (a lo que nosotros hemos denominado determinantes): 1) Razones económicas (falta de dinero, no puede permitírselo); 2) Por estar demasiado ocupado (con el trabajo, la familia, otras responsabilidades); 3) Por falta de conocimiento y/o información del entorno; 4) Por enfermedad o problemas de salud crónicos; 5) Por limitación de larga duración en las actividades básicas; 6) Por falta de transporte adecuado; 7) Por la falta de condiciones del entorno de la vivienda; 8) Por falta

³ La variable dicotómica Pobre / No pobre se ha construido aquí *ad hoc* a partir de variables de la EISS-2012. Por tanto, se trata de una variable *proxy*, tal como se ha comentado.

Cuadro 4. Odds Ratios de estar en situación de pobreza y determinadas variables

	OR	intervalo de confianza de la OR	Probabilidad de que las diferentes variables estén asociadas a la situación de pobreza.	Chi-cuadrado de Haenszel-Mantel
Situación laboral: Trabajo no indefinido	1,7969	[1,54; 2,08]	64,20%	7,74*
Sexo: Mujer	1,2159	[1,12; 1,32]	54,80%	4,82*
Estudios: Estrictamente obligatorios	2,6999	[2,46; 2,95]	72,90%	21,70**
Presenta discapacidad: SI	1,6081	[1,46; 1,77]	61,60%	9,80*
Problemas de salud crónicos: SI	1,3285	[1,23; 1,44]	57,00%	7,03*
Presenta limitaciones severas: SI	1,6082	[1,37; 1,89]	61,60%	5,79*

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

de confianza en uno mismo o por la actitud de otras personas; 9) Por la falta de ayudas técnicas que le impide salir de casa siempre que lo desea y 10) Por la falta de asistencia o de ayuda personal que le impide salir de casa siempre que lo desea.

A partir de la adición de estos determinantes (excluyendo el ítem 2) para cada dimensión, se ha elaborado un índice neto de determinantes de exclusión social que es el resultado de la suma de todas las puntuaciones con valor 1 en todos los ítems de cada dimensión (número de ítems 104). Los valores resultantes para cada individuo indican el número total de impedimentos que acumulan. Las puntuaciones se han estandarizado para que alcancen valores entre los rangos [0, 1] a través de la siguiente expresión:

$$\text{Índice estandarizado de determinantes} = \frac{\sum(D_1 \dots D_n)}{k}$$

Siendo $D_1 \dots n$ el valor correspondiente a cada uno de los índices que representan las dimensiones consideradas y k el número total de puntuaciones de los determinantes que pueden acumularse en todas las dimensiones. El rango de variación del índice resultante va del valor 0, que identifica a aquellas personas que no tienen ningún determinante de exclusión social, hasta el valor 1 que sería el caso de la máxima acumulación de determinantes de exclusión social.

A efectos de considerar a las personas como personas con mayor número de determinantes de exclusión, se ha adoptado la media de la distribución, teniendo en cuenta que es una distribución fuertemente asimétrica hacia la derecha. Este tipo de distribuciones permite identificar bien los casos raros y extremos y siempre que tenga un rango intercuartílico pequeño, como es el caso, se puede utilizar la media como valor de corte para dicotomizar la variable. Por tanto, se agrupó a los individuos en aquellos que tenían un número de determinantes por encima del valor medio y aquellos que presentan valores por debajo de la media, dando como resultado una variable dicotómica que nos servirá como constructo para calcular las probabilidades individuales del riesgo de exclusión. Para simplificar el lenguaje, nos referimos a personas con o sin exclusión pero en realidad hay que tener en cuenta que de lo que

hablamos realmente es del número de determinantes sociales que acumulan las personas y que las acercan o alejan de una situación de exclusión. Otra constatación a tener en cuenta es que el hecho de compartir el valor 1 (exclusión) en la variable dicotómica, no quiere decir que no haya diferencias importantes entre las personas que comparten esta categoría. La variable dicotómica ofrece información sobre si se está por encima o debajo de la media del número de determinantes sociales, mientras que el índice neto de determinantes de exclusión posibilita establecer una graduación de la exclusión que más adelante utilizamos precisamente para detectar las personas que mayor riesgo de exclusión social tienen (esto es, las personas que mayor número de determinantes sociales acumulan, por tanto las que tienen mayor puntuación en el índice neto).

El resultado de esta división es que el 71% de la muestra ($n = 10343$) se puede considerar que no presenta exclusión social mientras que el 29% ($n = 4271$), presenta exclusión en diversos grados. Obsérvese que este valor es más elevado que el porcentaje de personas que presentan situación de pobreza ya que aquí se están midiendo muchas más dimensiones que la monetaria. Esto es, una persona puede no ser pobre pero puntuar en determinados ítems de exclusión social al permanecer aislada, o al presentar una enfermedad altamente incapacitante que le impide realizar actividades relacionales. La casuística es elevada e intentar su identificación rebasaría el objetivo de este artículo.

Nos interesa descubrir ahora si la exclusión social está relacionada con determinadas variables como presentar discapacidad, tener una enfermedad crónica, presentar limitaciones severas para realizar actividades o situarse bajo el umbral de la pobreza. Incluimos en el análisis sexo, nivel de formación (estudios obligatorios o postobligatorios) y tener o no un trabajo indefinido. En primer lugar calculamos las Odds Ratio correspondientes a estas posibles asociaciones. Las Odds Ratio (OR) resultantes del cruce de variables sociodemográficas y de salud con el riesgo de pobreza muestran la significatividad de estas relaciones. Para el cálculo de las OR se han dicotomizado las variables politómicas teniendo como referencia siempre una categoría en la que se dé absolutamente la característica

Cuadro 5. Odds Ratio para el riesgo de exclusión

	OR	intervalo de confianza de la OR	Probabilidad de que las diferentes variables estén asociadas al riesgo de exclusión	Chi-cuadrado de Haenszel-Mantel
Situación laboral: Trabajo no indefinido / Trabajo indefinido	1,407	[1,23; 1,60]	58,47%	5,074*
Sexo: Mujer / Hombre	1,581	[1,46; 1,70]	61,25%	12,34**
Estudios: Obligatorios / Postobligatorios	2,228	[2,05; 2,41]	69,02%	19,95**
Presenta discapacidad: SI / NO	12,570	[11,5; 13,7]	92,63%	57,39**
Problemas de salud crónicos: SI / NO	2,831	[2,63; 3,04]	73,89%	28,13**
Presenta limitaciones severas: SI / NO	4,402	[4,08; 4,74]	81,48%	39,13**
Riesgo de pobreza: Pobre / no pobre	2,405	[2,21; 2,61]	70,63%	21,16**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.

en cuestión, por ejemplo tener problemas de salud crónicos, presentar discapacidad o presentar limitaciones severas. En el caso de la variable nivel de estudios, la dicotomía está entre tener estudios menores o iguales a los obligatorios o tener más que estudios obligatorios; en el caso de la situación laboral, la dicotomía está en tener un empleo indefinido o no tenerlo.

El Cuadro 5 muestra las Odds Ratio correspondientes a las variables en las que la primera categoría es la de referencia. Así, hay una probabilidad del 92,6% de que la exclusión social esté asociada a tener discapacidad frente a no tenerla, o un 70,6% de que esté asociada a la situación de pobreza frente a la situación de no pobreza. Asimismo se comprueba una asociación importante (81,4%) entre pobreza y tener limitaciones severas o entre tener problemas de salud crónico y pobreza (73,9%).

Observando los valores medios del índice neto de determinantes de exclusión, las pruebas T de comparación de me-

dias de PSD ($x = 3,08$) y PD ($x = 13,72$) prueban la existencia de diferencia significativa entre los valores de los dos grupos ($t = 46,2$; $p < 0,000$). Asimismo, la media del grupo que tiene alguna enfermedad crónica ($x = 7,37$) es significativamente diferente ($t = 31,3$; $p < 0,000$) a la media del grupo que no presenta cronicidad ($x = 3,33$). Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las medias de los grupos que presentan limitaciones, se ha realizado un análisis ANOVA de un factor que ha puesto de manifiesto que los tres grupos considerados, a) personas con limitaciones severas, b) personas con limitaciones moderadas y c) personas sin limitaciones, también presentan medias estadísticamente significativas en el índice ($x = 16,28$; $x = 7,74$ y $x = 3,23$, respectivamente).

Respecto a la medida de la intensidad de la exclusión social, se constata que el 42% de las personas que presentan determinantes de exclusión social (1.794 de 4.271), puede considerarse que tienen una exclusión severa. La población que

Cuadro 6. Variables de la ecuación

	B	E.T.	Wald	Sig.
Sexo (Cat. Ref. Hombre)				
Mujer	0,288	0,045	41,077	0,000
Riesgo de pobreza (Cat. Ref. No pobre)				
Pobre	0,865	0,048	323,167	0,000
Limitación (Cat. Ref. Limitación severa)				
Limitación pero no severa	-0,77	0,112	47,493	0,000
Sin limitación	-1,136	0,115	98,04	0,000
Discapacidad (Cat. Ref. Sin discapacidad)				
Con discapacidad	2,111	0,064	1089,7	0,000
Constante	-0,771	0,117	43,388	0,000

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.

R² de Nagelkerke = 0,307; Porcentaje global pronosticado = 79,5%.

padece exclusión severa representa el 12,3% de la muestra total. Esta población excluida de forma severa está formada muy mayoritariamente por personas con alguna discapacidad (el 75% de la población con exclusión severa), con limitaciones severas o moderadas (74,2%), con problemas de salud de larga duración o crónicos (77,3%), con estudios secundarios obligatorios (44%) o primarios (33,7%), que viven en hogares unipersonales (24,8%) o en los formados con parejas con hijos (26,3%), son mayoritariamente mujeres (67,7%) y tienen una edad media de 58,4 años.

Para finalizar el análisis se plantea un modelo de regresión logística binaria para hallar la ecuación que nos permita calcular la probabilidad de presentar una situación de exclusión social. La variable formación y situación laboral no han sido introducidas en el modelo al dejar una parte importante de la muestra fuera del análisis por la elevada no respuesta. De tal manera que el modelo pivota fundamentalmente sobre variables de salud.

La expresión resultante para el cálculo de la probabilidad de presentar una situación de exclusión vendría definida por:

$$\pi = \frac{1}{1 + e^{-[-0,771 + (0,288 \cdot \text{Sexo}) + (0,865 \cdot \text{Pobreza}) + (-0,77 \cdot \text{Lim. no severa}) + (-1,136 \cdot \text{Sin lim.}) + (2,111 \cdot \text{Discapacidad}]}}$$

Los coeficientes negativos de las variables limitación no severa y sin limitación indican una relación inversamente proporcional entre la exclusión social y padecer o no limitaciones. Sin embargo, el coeficiente de regresión de pobreza, ser mujer y tener discapacidad, indican relaciones positivas con el hecho de padecer exclusión social. Así, en nuestro modelo, el riesgo de exclusión se acrecienta si se es mujer, se tiene una discapacidad y limitación severa y se es pobre.

Una vez establecido el punto de corte en el valor = 0,5 para asignar la probabilidad de padecer o no una situación de exclusión social, vemos que las probabilidades varían de manera considerable según los perfiles seleccionados. Prácticamen-

te todos los perfiles de hombres y mujeres sin discapacidad quedan fuera del influjo de los determinantes de la exclusión social, excepto para los casos de mujeres y hombres que padecen limitaciones severas. En estos dos últimos casos, el valor es ligeramente superior en el caso de los hombres (0,52) mientras que en el caso de las mujeres es más claramente superior (0,59). Con lo cual, se vuelve a poner de manifiesto aquí la importancia de padecer una limitación severa a la hora de desplegar los funcionamientos de la vida cotidiana. Las restricciones provocadas por la limitación severa se centran fundamentalmente en los problemas de accesibilidad a edificios y otros espacios (68% de las personas con limitación severa) y en menor medida a no poder desarrollar actividades de ocio (17%), a no acudir a eventos culturales (16%), restringe su movilidad (19%). Esto es, en el caso de las personas sin discapacidad, tienen que darse dos condiciones simultáneas para que haya riesgo de exclusión social: ser pobre y padecer una limitación severa.

Por el contrario, los perfiles de las personas con discapacidad presentan todos ellos probabilidades superiores al 0,5 de acumular determinantes de exclusión social. Para las personas con discapacidad la limitación severa o moderada, y el hecho de ser o no pobre, puede aumentar la intensidad de la exclusión social que se traduce en un aumento de probabilidad de padecer exclusión social. El perfil que más se acerca a la probabilidad absoluta es el de mujer con discapacidad, pobre y limitación severa, con una probabilidad de acumular el máximo número de determinantes de exclusión social de 0,92. El perfil de hombre con discapacidad, no pobre y sin limitación presenta una probabilidad de exclusión de 0,55. Las probabilidades de exclusión van descendiendo a medida que la limitación es menos severa y no se es pobre, pero la reducción de la probabilidad no es suficiente como para que este colectivo de personas con discapacidad esté exenta de padecer exclusión.

Cuadro 7. Probabilidades de exclusión social según distintos perfiles

	Mujer		Hombre	
	Con discapacidad	Sin discapacidad	Con discapacidad	Sin discapacidad
Pobre con limitación severa	0,9237	0,5944	0,9007	0,5235
Pobre con limitación moderada	0,8485	0,4042	0,8077	0,3372
Pobre sin limitación	0,7953	0,3199	0,7444	0,2608
No pobre con limitación severa	0,8359	0,3815	0,7925	0,3163
No pobre con limitación moderada	0,7022	0,2222	0,6388	0,1764
No pobre sin limitación	0,6206	0,1653	0,5508	0,1293

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EISS-2012.

6. Discusión y limitaciones del análisis

El análisis realizado pone de manifiesto la interdependencia entre los estados de salud, la discapacidad y los riesgos de pobreza y exclusión social. A nivel comparativo la PD respecto a la PSD presenta percepciones más negativas respecto a su estado de salud (35,2% considera que su salud es mala o muy mala, frente al 1,5% respectivamente), mayores grados de cronicidad o de enfermedades de larga duración (89,3% frente a 32%), mayor riesgo de pobreza (33,4% frente a 23,7%) y mayor puntuación en el índice de determinantes de la exclusión social (74,6% frente a 19%). Se ha comprobado también que la PD tiene mayor probabilidad de acumular determinantes que comporten determinados grados de exclusión social: la población con alguna discapacidad acumula de media 13,72 determinantes de exclusión social frente a los 3,08 determinantes de media que presenta la PSD.

Si bien la discapacidad no es en sí misma una condición que comporte causalmente la pobreza ni la exclusión social, los datos muestran relaciones estadísticas importantes entre el hecho de tener una discapacidad y la mayor probabilidad de padecer riesgo de exclusión social. Esta relación viene acompañada de otros factores que actúan como variables coadyuvantes, como es tener o no limitaciones severas y padecer cronicidad. Ser mujer también actúa aquí como un factor que cuando aparece incrementa la probabilidad de pobreza y de exclusión social (con mayor nitidez esta que aquella). Aunque no se han introducido las variables formación y situación laboral en el análisis de regresión por falta de muestra (demasiados valores *missing*), y comprobando en los análisis bivariados que la relación de asociación es significativa entre aquellas variables y pobreza, por un lado, y exclusión social por otro, todo hace pensar que menor formación y trabajos no indefinidos, incrementarían la probabilidad de exclusión social.

El análisis destaca el perfil de dos colectivos a los cuales se debería prestar una atención especial a la hora de pensar y diseñar políticas públicas destinadas a la reducción de los determinantes que los afectan. Por un lado, las mujeres que presentan discapacidad, limitaciones severas, enfermedad crónica y pobreza (submuestra: $n = 438$). Este colectivo de mujeres representa el 3% de la población total y el 5,5% del total de mujeres. Asimismo, representa el 13,1% del total de pobres, y el 23% de las mujeres pobres. Y por último, representan el 16,3% del total de la población con discapacidad y el 25,3% de las mujeres con discapacidad. Son mujeres que tienen una edad media de 63 años, el 38,4% viven solas, con una probabilidad de estar en una situación de exclusión social de 0,863 y que acumulan una media de enfermedades (véase lista del Cuadro 1) de 6,02. Por otro lado, el colectivo de hombres con este perfil (submuestra: $n = 211$), tiene una edad media algo menor, 58,5 años, con una probabilidad de caer en la exclusión social de 0,828 y con un número medio de enfermedades (lista Cuadro 1) de 5,14. Estos hombres representan el 3,1% del total de los hombres, el 14,9% del total de hombres pobres y el 21,9% del total de hombres que presentan discapacidad.

Una primera limitación del análisis reside en la falta de da-

tos precisos de la EISS-2012 para llegar a determinar el riesgo de pobreza de la muestra. Para salvar esta deficiencia, se ha procedido a construir una variable dicotómica (pobre / no pobre) como una variable *proxy* a partir de los ingresos por tramos en el hogar de referencia. La propia naturaleza de los datos de esta variable ordinal hace que haya situaciones que puedan quedar en zonas inciertas, por lo que se procedió a realizar un análisis de segmentación que incluyó además variables como el tipo de hogar y las dificultades para pagar los gastos cotidianos. El constructo del riesgo de pobreza reflejó que un 22,8% de la muestra se situaba bajo el umbral de la pobreza para el año considerado (8.320,7 euros anuales para una persona que vive sola). Esta cifra no se aparta sustancialmente de la recogida por otras fuentes estadísticas como la Encuesta de Condiciones de Vida 2012, que la sitúa en el 20,8%. Por tanto, nuestro dato presenta una sobreestimación del riesgo de pobreza que hay que tener en cuenta a la hora de establecer conclusiones.

Para determinar la población con discapacidad se utilizó directamente la variable dicotómica, Persona con discapacidad, recogida en la EISS-2012, de tal manera que el 18,4% ($n = 2.696$) manifiesta tener una discapacidad. Esta variable también presenta limitaciones a la hora de trabajar con ella e imputar la situación de discapacidad. La primera limitación tiene que ver con que engloba cualquier situación discapacitante, esto es, generaliza la situación de discapacidad a todas las personas independientemente de la edad. Esto comporta el problema de tratar de la misma manera a las personas con discapacidades sobrevenidas por la edad y que en muchas ocasiones son producidas por problemas de cronicidad de enfermedades (degenerativas), a las personas que tienen discapacidad por accidentalidad y a las personas que nacen ya con algún tipo de discapacidad. Para este problema no hay solución factible con los datos de la encuesta. Otro de los límites está en que la EISS-2012 no pregunta directamente sobre el tipo de discapacidad ni el grado de discapacidad de la persona, lo que hace imposible realizar análisis más detallados sobre la combinación de determinadas variables sociodemográficas o situacionales con las distintas variantes de la discapacidad.

Por último, el constructo índice de determinantes de exclusión social, como ya hemos indicado, refleja la situación de la persona ante la acumulación de determinantes sociales que hacen que una persona presente potencialmente una situación de exclusión, entendiéndose por esta un conjunto de dimensiones de la vida cotidiana que se espera puedan ser realizadas sin apenas limitaciones. Por consiguiente, este índice es una aproximación a la situación de exclusión social basado no tanto en una variable monetaria sino en un conjunto de dimensiones más amplio. Sin embargo, esta limitación del constructo tiene la ventaja de mostrar una realidad más amplia que la que se limita a asociar exclusión social y falta de recursos monetarios. Y como resultado, nos ofrece un índice más extenso que el que podría derivarse si solamente tuviéramos en cuenta los ingresos. De todas maneras, los valores más elevados de este índice concuerdan con las situaciones de pobreza, con la discapacidad y con el grado de limitaciones para realizar actividades diarias, como se ha puesto de manifiesto en el análisis de regresión logística.

La EISS-2012 adolece de algunos defectos que nos vamos encontrando en los programas estadísticos cuando se trata de explorar analíticamente las situaciones de la población con discapacidad. El primero de ellos, y más evidente, es la falta de registros exactos sobre las diferentes variantes de la discapacidad. Hubiera parecido razonable que en la EISS-2012 se hubieran introducido ítems que permitiesen analizar la población con discapacidad según el tipo de discapacidad y el grado de la misma para comprobar la hipótesis de que a mayor grado de discapacidad y en determinadas discapacidades, los riesgos de pobreza y exclusión social aumentan. Sin embargo, con la información que ofrece la encuesta, la contrastación de esta hipótesis solo puede realizarse a través de variables proxy. El segundo de ellos es la inexistencia de información acerca de las transferencias monetarias que recibe la población con discapacidad, hecho que impide realizar análisis acerca del riesgo de pobreza antes y después de transferencias. Este problema ya se puso de manifiesto con los datos de la EDAD2008, con lo que los análisis realizados fueron aproximaciones a través de constructos a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida (Belzunegui, Puig y Valls, 2012). Paralelamente a este problema, la EISS-2012 ofrece un indicador de ingresos muy limitado, con lo cual obliga de nuevo a realizar aproximaciones para llegar a determinar la población que se encuentra bajo el umbral de la pobreza.

Por tanto, el análisis que hemos presentado, a pesar de sus limitaciones, ha pretendido arrojar luz sobre la combinación de variables como discapacidad, estado de salud, pobreza y exclusión social. Las tendencias que se observan a través de los análisis es la de asociaciones entre las situaciones de mayor precariedad y vulnerabilidad con el hecho de tener una situación discapacitante para la realización de determinadas actividades de la vida. La hipótesis que hemos formulado ha quedado contrastada por los datos ofrecidos en el análisis: las situaciones en las que se combina discapacidad y pobreza y limitaciones para la vida cotidiana, acaban redundando en situaciones de exclusión social. Hemos contrastado esta hipótesis añadiendo el valor de la probabilidad que tienen distintos perfiles de personas de acumular determinantes de exclusión social, valor que claramente muestra las diferencias entre grupos.

El análisis que presentamos puede ayudar a la acción pública y a la de las entidades que trabajan en el tercer sector a identificar los grupos poblacionales que presentan mayor vulnerabilidad. La acción contra la pobreza o contra la exclusión social no debe limitarse a la provisión de transferencias monetarias ya que una acción global debería ir más allá del sostenimiento material. Hemos visto como la exclusión social está compuesta de dimensiones multicapa que en último término se combinan para apartar a las personas de la participación social en un sentido amplio. Este hecho plantea retos interesantes a la acción pública (institucional o no) a la hora de afrontar situaciones que cada vez son más frecuentes en nuestra sociedad, debido entre otras cosas a factores como el envejecimiento de la población, la mayor esperanza de vida, la precariedad laboral y la ruptura del vínculo social. Lógicamente estos factores actúan de forma distinta según las características de las personas y su ubicación en la estratificación social.

Las líneas de investigación que deben abordarse a futuro tienen que centrarse en análisis más específicos de las problemáticas en torno a la discapacidad. Para ello es necesario tener datos monetarios de la persona con discapacidad y del hogar en el que reside, datos desglosados convenientemente para que puedan ser identificadas las rentas procedentes de transferencias de las que no lo son. Solo así se podrán realizar estimaciones mucho más precisas del impacto de las transferencias monetarias en la reducción de la pobreza en las personas con discapacidad.

Otra línea de estudio interesante es la comparación de las problemáticas asociadas a la discapacidad sobrevenida y la que no es sobrevenida. Desafortunadamente en los análisis que realizamos sobre personas con discapacidad raramente podemos distinguir a las personas según este tipo de clasificación. Es más, una parte de las personas consideradas con discapacidad son realmente personas dependientes, generalmente mayores de edad, que presentan problemáticas compartidas y otras diferentes a las personas a las que se reconoce una discapacidad por ejemplo desde la infancia. Aunque en última instancia haya concomitancias entre estos dos grandes grupos de población, sería necesario estudiar sus especificidades para poder tener un mejor y más detallado conocimiento de sus perfiles y para poder abordar con mayor eficacia las problemáticas que presentan tanto desde las administraciones públicas como de las entidades que trabajan en el ámbito de la atención social.

Bibliografía

- AGULNIK, PH. (2002): *Understanding social exclusion*, CASEbrief nº 23, Londres, London School of Economics.
- AYALA CAÑÓN, L. (2006): "La monitorización de la desigualdad y la exclusión social: hacia un sistema integrado de indicadores", en Vidal Fernández, Fernando (dir.), *V Informe FUEM de políticas sociales: La exclusión social y el estado del bienestar en España*. Madrid, FUEM, pp. 43-59.
- BARTOLL, X. (coord.) (2014): *Informe: La salut a Barcelona 2014*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- BELZUNEGUI, A., PUIG, X. y VALLS, F. (2014): "Discapacidad y pobreza en España en el período 2006-2011: el impacto de las transferencias sociales", *Sistema: Revista de ciencias sociales*, 233-231, pp. 49-62.
- BELZUNEGUI, A. y VALLS, F. (2012): "Más allá de la renta. Aproximación multidimensional a la vulnerabilidad desde una perspectiva de género", en Belzunegui, Angel (coord.), *Socialización de la pobreza en España. Género, edad y trabajo en los riesgos frente a la pobreza*. Barcelona, Icaria, pp. 113-138.
- BORRELL, C. y PASARÍN, M. I. (2004): "Desigualdad en salud y territorio urbano", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), pp. 01-04.
- BORRELL, C. y ARIAS, A. (1993): "Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona, 1983-89", *Gaceta Sanitaria*, 7 (38), pp. 205-220.

- BRAITHWAITE, J. y MONT, D. (2009): "Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications", *ALTER-European Journal of Disability Research/Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 3 (3), pp. 219-232.
- CABRERA CABERERA, P. J. (2008): "Personas sin hogar", en Hernández Pedreño, Manuel (coord.), *Exclusión social y desigualdad*. Murcia, Universidad de Murcia, pp. 185-228.
- CHANDRA, A. y SKINNER, J. (2003): *Geography and racial health disparities*, NBER Working Papers Series, nº 9513. Cambridge, National Bureau of Economic Research.
- CURRIE, C. et al. (2012): *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- DE ANDRES, J. et al. (2002): "Salud y marginación social", *Documentación Social*, 127, pp. 97-123.
- DeNAVAS-WALT, C.; PROCTOR, B. D. y LEE, Ch. H. (2010): *Income, poverty, and health insurance coverage in the United States (2005)*. Washington, DIANE Publishing.
- DEWA, C. S. y LIN, E. (2000): "Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace", *Social science & medicine*, 51 (1), pp. 41-50.
- DÍAZ VELÁZQUEZ, E. (2010). "Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad", *Revista Política y Sociedad*, 47 (1), pp. 115-135.
- ESPLUGA, J., LEMKOW, L., BALTÍERREZ, J. y KIESELBACH, Th. (2004): *Desempleo juvenil, exclusión social y salud*. Barcelona, Icaria Editorial.
- FALVO, D. (2013): *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Burlington, Jones & Bartlett Publishers.
- FISCELLA, K. y WILLIAMS, D. R. (2004): "Health disparities based on socioeconomic inequities: implications for urban health care", *Academic Medicine*, 79 (12), pp. 1.139-1.147.
- FRIED, L. P. et al. (2004): "Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care", *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59 (3), pp. M255-M263.
- GIGNAC, M., COTT, Ch. y BADLEY, E. M. (2000): "Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perceptions of independence and dependence", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55 (6), pp. 362-372.
- GOÑI ROS, B. (2008): "Identificación, localización y caracterización de las secciones censales desfavorecidas de la Región Metropolitana de Barcelona", *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 12 (272) (sin numeración).
- HERNÁNDEZ PEDREÑO, M. (2008): "Pobreza y exclusión social en las sociedades del conocimiento", en Hernández Pedreño, Manuel, *Exclusión social y desigualdad*. Murcia. Universidad de Murcia, pp. 15-58.
- JARAI, G. y VIDAL FERNÁNDEZ, F. (coords.) (2014): "Capital social y cultural en España", en Capítulo VI del *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid, Fundación Foessa, pp. 451-532.
- LEON, D. A. y WALT, G. (2001): *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Londres, Oxford University Press.
- LEVITAS, R., PANTAZIS, Ch., FAHMY, E., GORDON, D., LLOYD, E. y PATSIOS, D. (2007): *The Multidimensional Analysis of Social Exclusion: A Research Report for the Social Exclusion Task Force*. Bristol, University of Bristol.
- LIVNEH, H. y ANTONAK, R. F. (2005): "Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors", *Journal of Counseling & Development*, 83 (1), pp. 12-20.
- MARBÁN, V. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2014): "Estrategias y políticas de Inclusión Social Activa", *Sistema. Revista de Ciencias Sociales*, 233-234, pp. 29-47.
- MARMOT, M. (2005): "Social determinants of health inequalities", *The Lancet*, (365) 9464, pp. 1.099-1.104.
- MARMOT, M. y WILKINSON, R. (eds.) (2005): *Social determinants of health*. Oxford, OUP.
- MARSHALL, T. H. y BOTTOMORE, T. B. (1998): *Ciudadanía y clase social*. Madrid, Alianza Editorial.
- MONTGOMERY, L. E., KIELY, J. L. y PAPPAS, G. (1996): "The effects of poverty, race, and family structure on US children's health: data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991", *American Journal of Public Health*, 86 (10), pp. 1401-1405.
- MORGAN, C., BURNS, T., FITZPATRICK, R., PINFOLD, V. y PRIEBE, S. (2007): "Social exclusion and mental health", *The British Journal of Psychiatry*, 191 (6): 477-483.
- NAJMAN, J. M. et al. (2010): "Timing and Chronicity of Family Poverty and Development of Unhealthy Behaviors in Children: A Longitudinal Study", *Journal of Adolescent Health*, 46 (6), pp. 538-544.
- NOLASCO, A. et al. (2004): "Análisis de la mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), pp. 7-15.
- OLIVEIRA, R. y VILLAVARDE, C. (1999): "Las dimensiones de la salud y la vejez", *Geriatría: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 15 (1), pp. 32-40.
- POWELL, M., BOYNE, G. y ASHWORTH, R. (2001): "Towards a geography of people poverty and place poverty", *Policy & politics*, 29 (3), pp. 243-258.
- SÁEZ RAMBLA, M., SÁNCHEZ PÉREZ, I., NAVARRO GINÉ, A. y MARTÍN MATEO, M. (2005): *Tasas de prevalencia, incidencia y recurrencia: bases estadísticas y algoritmos de estandarización con SPSS*. Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona.
- SAN ROMÁN, T. (1989): "Sobre ancianidad y marginación", en *Vejez y Cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- SÁNCHEZ MORALES, M^a R. (2014): "Las familias vulnerables con personas con discapacidad en España", *Sistema. Revista de Ciencias Sociales*, 233-234, pp. 63-77.
- SEN, A. (1999): *Development as Freedom*. Nueva York, Knopf.
- TEZANOS, J. F. (ed.) (2013): *En los bordes de la pobreza*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- TEZANOS, J. F. (2014): "Tendencias en desigualdad, discriminación y exclusión social", *Sistema. Revista de Ciencias Sociales*, 233-234, pp. 11- 27.
- VALLS, F. y BELZUNEGUI, A. (2014): "La pobreza en España desde una perspectiva de género", Documento de Trabajo para el Capítulo II del *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid, Fundación Foessa, pp.1-35.
- WAGSTAFF, A. (2002): "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of the world health organization*, 80 (2), pp. 97-105.
- WAY, U. (2004): *Poverty by postal code: The geography of neighbourhood poverty 1981-2001*. Toronto, United Way of Greater Toronto and The Canadian Council on Social Development.
- WILKINSON, R. G. y MARMOT, M. (2003): *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen, World Health Organization.