

Características Socio-económicas de las Personas con Discapacidad en España: Un Estudio Empírico

PASCUAL SÁEZ, MARTA Y CANTARERO PRIETO, DAVID

Departamento de Economía. Facultad de CCEE y EE. Universidad de Cantabria. Avda. de los Castros s/n. Santander 39005.

Telf.: +34 942 201628/25. Fax: +34 942 201603. E-mail: marta.pascual@unican.es - david.cantarero@unican.es

RESUMEN

El incremento continuado en el número de personas con algún tipo de discapacidad en nuestro país ha motivado un creciente interés por el estudio de su situación tanto desde el punto de vista económico como social. El objetivo de este trabajo es analizar las características socio-económicas de las personas con discapacidad prestando especial atención a sus ingresos y a sus hábitos de vida. En este sentido, la obesidad y el tabaquismo son dos problemas del siglo XXI que están teniendo implicaciones negativas sobre la salud de la población padeciendo enfermedades que pueden afectar directamente a su bienestar. Así, nos centramos en aquellos individuos que tienen alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia que les impide desarrollar su actividad diaria. Para ello, utilizaremos fundamentalmente la información contenida en el Panel de Hogares de la Unión Europea para España (1994-2001).

Palabras clave: Discapacidad, datos de panel, Panel de Hogares de la Unión Europea.

Socio-economic Characteristics Of People With Disabilities In Spain: An Empirical Study

ABSTRACT

The increasing number of people with some disabilities in our country has motivated a growing interest in the study of their situation from an economic and social point of view. The objective of this paper is to analyze the socio-economic characteristics of people with disabilities paying special attention to their income and their lifestyles. In these sense, obesity and smoking are two problems of XXI century which supposes negative effects over population health in terms of illness that directly affects their welfare. In particular, we will focus on those individuals hampered in daily activities by a chronic or mental health problem, illness or disability. For this purpose, we will use the information contained in the European Community Household Panel for Spain (1994-2001).

Keywords: Disability, Panel Data, European Community Household Panel.

Clasificación JEL: I1; I12; I120.

(*) Los autores agradecen la financiación recibida por el Instituto de Estudios Fiscales (IEF) y el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2004-02810). Asimismo, agradecemos los comentarios y sugerencias realizados por el editor y los evaluadores anónimos que han colaborado a mejorar el trabajo. No obstante, los autores son totalmente responsables de los errores que puedan existir.

Artículo recibido en abril de 2006 y aceptado para su publicación en octubre de 2007.

Artículo disponible en versión electrónica en la página www.revista-eea.net, ref.: e-25305.

1. INTRODUCCIÓN

El paulatino incremento de la esperanza de vida en los países desarrollados plantea un importante conflicto en este nuevo siglo¹. Por una parte, es un indicador de progreso de las sociedades modernas pero, por otro lado, se puede traducir en diversos problemas de especial importancia: poblaciones cada vez más envejecidas, incremento del gasto sanitario, mayores tasas de dependencia, cuidados de larga duración, etc.

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES-99), el 9% de la población española tiene alguna discapacidad. Obviamente, a medida que la edad de los individuos aumente este porcentaje se incrementa. Dentro de la Unión Europea existen grandes diferencias en cuanto al porcentaje de individuos con algún tipo de discapacidad. Los países mediterráneos (Grecia, España e Italia) tienen los niveles más bajos de discapacidad mientras que en Finlandia tienen la tasa más alta (Grammenos, 2003; Pascual y Cantarero, 2007). Este hecho no sólo se debe a las diferencias en la composición de la población por cohortes de edad sino que también hay que tener en cuenta otros factores como las diferencias culturales, el nivel de educación, las condiciones de trabajo y familiares, estilos de vida, localización geográfica, etc. (Jenkins y Rigg, 2004).

Por otra parte, la aparición en los últimos años de problemas de salud relacionados con la obesidad y el tabaquismo, y su incidencia en enfermedades crónicas relacionadas con la discapacidad ha hecho que se incrementen las desigualdades en salud entre diferentes grupos sociodemográficos. Así, existe una estrecha relación entre estilos de vida y discapacidad entendida en sentido amplio. Es decir, la obesidad y el tabaquismo incrementan la probabilidad de que la población en general desarrolle enfermedades crónicas o tenga limitaciones que le impidan realizar su actividad diaria, con los problemas económicos y sociales que ello supone.

Por ello, hemos considerado las implicaciones de la discapacidad como problemas de las sociedades modernas que deben abordarse desde los poderes públicos y para ello necesitamos conocer las características socio-económicas de los individuos que no pueden desarrollar su actividad diaria debido a alguna enfermedad crónica, incapacidad o deficiencia. La estructura del trabajo es la siguiente. La Sección 2 analiza las características generales de la discapacidad en España. Las fuentes de información y las variables incluidas en el estudio son descritas en la Sección 3. En la Sección 4 se estudia para el caso de nuestro país la incidencia de las desigualdades

1 Según los cálculos de Naciones Unidas, presentados en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en el año 2050 el 21% de la población tendrá más de 60 años.

socioeconómicas en la discapacidad, entendida en sentido amplio, de los individuos. Finalmente, las conclusiones del trabajo son recogidas en la Sección 5.

2. LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA: CARACTERÍSTICAS GENERALES

En los últimos años, se está produciendo un creciente interés por parte de los poderes públicos por el estudio de la situación de las personas con discapacidad tanto desde el punto de vista económico como social y familiar (Haveman y Wolfe, 2000). El pasado año 2003 fue declarado como “Año Europeo de las personas con discapacidad” por el Consejo de la Unión Europea. Con este motivo, se adoptaron en España diferentes iniciativas de política social y económica, entre las que caben destacar la Ley 41/2003, de 18 de Noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, la Ley 51/2003, de 2 de Diciembre, de Igualdad de oportunidades, no-discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), la Ley 52/2003, de 10 de Diciembre, de disposiciones específicas y materia de Seguridad Social, la Ley 53/2003, de 10 de Diciembre, sobre empleo público de discapacitados, el Informe sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en España del Consejo Económico y Social (2003) y el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2003-2007) aprobado por el Consejo de Ministros el 5 de Diciembre de 2003. Asimismo, recientemente, se ha aprobado la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La primera pregunta que nos planteamos es qué se entiende por el término “discapacidad”. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), el término “Discapacidad” engloba todos los componentes: deficiencias², a nivel corporal; limitaciones en la actividad³, a nivel individual, y restricciones en la participación⁴, a nivel social. Sin embargo, la definición que se hace de discapacidad por parte de las diferentes organizaciones difiere en cierta

2 Se entienden aquellos problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida.

3 Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Estas dificultades pueden aparecer como una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar.

4 Son los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc., en el contexto real en el que viven. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de la persona con discapacidad, con la participación de una persona sin discapacidad en una situación análoga o comparable.

medida. En el año 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una clasificación general de la discapacidad basada en la restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.

Por otra parte, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99), se entiende por discapacidad, a efectos de la Encuesta, toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de 1 año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Además, se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas. Se hace, sin embargo, una excepción, recogiendo también algunas discapacidades que no tienen su origen en una deficiencia claramente delimitada, sino que, más bien, obedecen a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente.

Obviamente, la severidad de las discapacidades afecta a la calidad de vida de los individuos. Así, la OMS considera cuatro niveles que determinan la severidad de las discapacidades que hacen referencia al grado de dificultad para realizar cada actividad con ayudas o sin ayudas: sin ninguna dificultad, con dificultad moderada, con dificultad grave e imposibilidad de realizar la actividad.

Tomando como punto de partida la información proporcionada por la OMS a través de la CIF, el Instituto Nacional de Estadística (INE) identifica en la EDDES distintos tipos de deficiencias asociadas a las diferentes discapacidades. En el Cuadro 1 se recogen los diferentes tipos de deficiencias. Así, las deficiencias se agrupan de manera genérica en las categorías física, mental y sensorial. Se considera que una persona tiene una “deficiencia física” cuando padece anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). Asimismo, se incluyen las deficiencias del sistema nervioso (parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otros) y alteraciones viscerales (aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario). En cuanto a las deficiencias mentales, pese a ser de difícil cuantificación y clasificación, la EDDES incluye en la categoría de “deficiencia mental” los retrasos mentales en sus distintos grados (severo, moderado y leve) además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales (autismo, esquizofrenias, trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros). Finalmente, en la categoría “deficiencias sensoriales” se incluyen a aquellas personas que presentan trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje.

CUADRO 1
Tipos de deficiencias

Deficiencias físicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deficiencias osteoarticulares: Cabeza, Columna vertebral, Extremidades superiores, Extremidades inferiores. ➤ Deficiencias del sistema nervioso: Parálisis de extremidades superiores, Parálisis de extremidades inferiores, Paraplejía, Tetraplejía, Trastornos de la coordinación de movimientos, Otras. ➤ Deficiencias viscerales: Aparato respiratorio, Aparato cardiovascular, Aparato digestivo, Aparato genitourinario, Sistema endocrino-metabólico, Sistema hematopoyético y sistema inmunitario.
Deficiencias mentales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraso mental y otros trastornos mentales: Retraso madurativo, Retraso mental profundo y severo, Retraso mental moderado, Retraso mental leve y límite. ➤ Enfermedades mentales: Demencias, Otros trastornos mentales.
Deficiencias sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deficiencias del oído: Sordera prelocutiva, Sordera postlocutiva, Mala audición. ➤ Deficiencias visuales: Ceguera total, Mala visión. ➤ Deficiencias del lenguaje: Mudez (no por sordera), Habla dificultosa.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información suministrada por el INE, la EDDES y el Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España del Consejo Económico y Social (2003).

Así, para la EDDES-99, el número total de personas con discapacidad en España asciende a 3.528.221, lo que supone un 9 por ciento de la población española. Por otra parte, el número de personas con algún tipo de discapacidad aumenta paulatinamente con la edad. De esta manera, la mayor parte de las personas con discapacidad con edad laboral se concentra entre los individuos con edades comprendidas entre los cincuenta y los sesenta y cuatro años. En definitiva, el aumento de la esperanza de vida trae consigo un incremento en el número de personas con alguna discapacidad. Otro factor a tener en cuenta, es el sexo de los individuos. El hecho de que en la mayoría de los países las mujeres tengan una esperanza de vida superior a la de los hombres, hace que el número de mujeres (mayores de 50 años) con algún tipo de discapacidad sea superior al de los hombres. Por otra parte, dado que las poblaciones más envejecidas se encuentran en el medio rural, es en los municipios de pequeño tamaño donde existe un mayor número de personas con algún tipo de discapacidad. Así, en la Tabla 1 se presenta la distribución por Comunidades Autónomas (CCAA) de las personas de 6 a 64 años con discapacidades siendo Andalucía (56,3) y Murcia (55,9) las CCAA con una mayor tasa de discapacitados por cada 1000 habitantes.

Por otra parte, es importante destacar que uno de los problemas que nos encontramos cuando abordamos estudios de este tipo es la falta de información actualizada, homogénea (que permita realizar comparaciones al menos a nivel europeo) y con un alto grado de desagregación relativa a las características socioeconómicas de los hogares e individuos. En este sentido, la mayoría de países de la Unión Europea tienen sus propias Encuestas Nacionales de Salud y de Discapacidad aunque sus características y diseño dificultan las comparaciones entre ellas. Estas encuestas suelen ser de corte transversal. Así por ejemplo, en España, nos tenemos que remontar al año 1999 en el caso de la última Encuesta específica sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.

En este trabajo nos centraremos en un aspecto muy concreto relacionado con la discapacidad como son las características socioeconómicas de los individuos que tienen alguna enfermedad crónica (física o mental) o alguna incapacidad o deficiencia que les impide desarrollar su actividad diaria sin prestar atención al tipo de deficiencia.

TABLA 1

Personas con Discapacidad en España por Comunidades Autónomas

Comunidades Autónomas	Personas de 6 a 64 años con discapacidades	% Personas de 6 a 64 años con discapacidades	Tasa por 1.000 habitantes	Personas de 65 y más años con discapacidades	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	319.994	22,76	56,3	388.837	394,4
Aragón	31.499	2,24	36,6	64.548	268,2
Asturias	37.227	2,65	46,8	63.776	299,8
Baleares	27.265	1,94	45,9	29.684	259,6
Canarias	54.394	3,87	40,9	51.891	272,2
Cantabria	18.402	1,31	45,6	29.748	315,3
C. Mancha	57.015	4,06	45,0	107.881	339,6
Castilla y León	84.213	5,99	46,2	191.087	372,7
Cataluña	224.960	16,00	47,8	339.553	328,6
Ceuta	2.865	0,20	49,5	2.604	303,6
C. Valenciana	124.921	8,88	40,3	187.954	300,5
Extremadura	35.102	2,50	43,3	67.189	357,3
Galicia	103.570	7,37	50,5	168.620	324,3
Madrid	149.996	10,67	37,6	197.804	263,2
Melilla	3.481	0,25	69,3	3.227	426,0
Murcia	48.701	3,46	55,9	62.558	404,9
Navarra	14.251	1,01	35,1	26.124	287,8
País Vasco	62.908	4,47	39,1	80.693	239,2
Rioja	5.226	0,37	26,5	8.877	183,3
TOTAL	1.405.992	100,00	45,9	2.072.652	322,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999).

3. FUENTES DE INFORMACIÓN: EL PANEL DE HOGARES DE LA UNIÓN EUROPEA (PHOGUE)

En los últimos años se ha producido un considerable incremento en los países de la Unión Europea en la cantidad de información relativa a las características socio-demográficas de los hogares e individuos. A nivel europeo disponemos del Panel de Hogares y en algunos países se dispone de Encuestas Nacionales de Salud y de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud que permiten profundizar en aspectos tan importantes como la relación entre la salud y diferentes aspectos sociodemográficos como la educación, el empleo, la pobreza, etc. Sin embargo, es preciso señalar que este tipo de encuestas específicas no existen en todos los países de la Unión Europea-15 como por ejemplo en Grecia, Luxemburgo e Irlanda (Hupkens *et al.*, 1999).

En cuanto a las fuentes de información utilizadas en este estudio, señalar que, fundamentalmente, los datos provienen del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) lo que permite disponer de un periodo de tiempo lo suficientemente amplio en comparación con la EDDDES española. Esta base de datos contiene información sobre individuos y hogares en todos los países de la Unión Europea y comprende ocho olas (1994-2001). La principal ventaja es que esta información es homogénea entre los países dado que el cuestionario y el proceso de elaboración del mismo es muy similar entre ellos⁵.

El PHOGUE se coordina desde la *Statistical Office of the European Communities* (EUROSTAT). Asimismo, este Panel incluye información detallada relativa a ingresos, educación, empleo, salud, etc. El PHOGUE no sólo describe la situación de la población en un momento determinado, sino que además los hogares elegidos en el primer ciclo se mantienen durante los ciclos sucesivos, permitiendo la entrada de nuevos miembros y siguiendo a los miembros que han abandonado el hogar, o al hogar en su conjunto, si éste ha cambiado de dirección dentro de la Unión Europea. En este sentido, es importante destacar que hasta la fecha nunca había existido, para toda la Unión Europea, un panel fijo y armonizado para poder estudiar los factores socio-económicos de los hogares y los individuos de la Unión Europea (Cantarero *et al.*, 2005).

Esta base de datos representativa de hogares de diferentes países de la Unión Europea fue elaborada por primera vez en 1994 y estaba formada por 60.500 hogares (aproximadamente 170.000 individuos) para los 12 Estados Miembros. En el caso

5 Véase Peracchi (2002) para una descripción general del PHOGUE y el tratamiento de los problemas del *attrition*, la no-respuesta y los factores de elevación en el panel.

de España, la primera ola estaba compuesta por 7.206 hogares (23.025 individuos) mientras que en la octava ola (2001) se incluían 4.966 hogares (14.320 individuos). La Tabla 2 incluye información detallada a este respecto acerca de la muestra de hogares e individuos del PHOGUE para España y todas las olas disponibles.

Tabla 2
Composición de la muestra de hogares e individuos en el PHOGUE
(1994-2001)
Número de observaciones sin ponderar

País	Concepto	Ola 1 (1994)	Ola 2 (1995)	Ola 3 (1996)	Ola 4 (1997)	Ola 5 (1998)	Ola 6 (1999)	Ola 7 (2000)	Ola 8 (2001)
España	Hogares	7206	6522	6267	5794	5485	5418	5132	4966
	Individuos	23025	20708	19712	18167	16728	16222	15048	14320

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE.

Según el PHOGUE, el porcentaje de individuos que no pueden realizar su actividad diaria por alguna enfermedad crónica, física o mental, o alguna incapacidad o deficiencia está cerca del 40%. Así, en la Tabla 3 puede observarse como en 2001, el 26% de los individuos declara estar impedido intensamente y el 42,7% hasta cierto punto, si bien estas cifras pueden estar bastante influenciadas por el problema del desgaste de la muestra (*attrition*) y precisamente por la no respuesta del colectivo de las personas con algún tipo de limitación (Jones, Koolman y Rice, 2006; Contoyannis et al., 2004).

Sin embargo, el PHOGUE sólo nos permite realizar estimaciones a nivel autonómico con la muestra ampliada correspondiente al año 2000. Así, en este año, las CCAA con mayores problemas de discapacidad son Murcia, Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Baleares. Este hecho se hace especialmente patente si se considera la población mayor de 65 años y aquellas CCAA que tienen una tasa de discapacidad por encima de la media nacional (Gráfico 1).

Por otra parte, el progresivo aumento de las enfermedades crónicas, los peores hábitos de vida, etc., están produciendo un incremento paulatino en el porcentaje de la población que por alguna causa (física, mental o deficiencia) no puede desarrollar su actividad diaria.

GRAFICO 1

CCAA con % de individuos impedidos (intensamente o hasta cierto punto) por alguna enfermedad o discapacidad para desarrollar su actividad diaria por encima de la media nacional



Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE 2000 (muestra ampliada).

Es importante resaltar que la literatura previa relativa a la asociación entre variables socioeconómicas y estado de salud, suele provenir de datos de corte transversal. En este sentido, el uso de datos de panel aporta información relevante sobre la dinámica de la salud de los individuos y la renta (Ettner, 1996; Benzeval y Judge, 2001, Fritjers et al., 2005). Dados los objetivos de este trabajo resulta especialmente interesante mostrar diferentes tablas descriptivas de porcentajes de personas con limitaciones según niveles de renta, edad, género y estado civil (véanse Tablas 3-5). Así, podemos observar que el mayor porcentaje de adultos que declara tener alguna limitación se encuentra en los niveles más bajos de renta (ingresos mensuales del hogar inferiores a 793 euros), mayores de 65 años, viudos y fundamentalmente mujeres.

TABLA 3
Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y grado de impedimento que le supone alguna enfermedad

Niveles	Número de personas (miles)	Personas que tienen alguna enfermedad (porcentaje)	Personas que tienen alguna enfermedad (miles)	Le impide intensamente	Le impide hasta cierto punto	No le impide nada
Hasta 397 euros	561,3	38,2	214,6	40,5	50,3	-
De 398 a 793 €	4.040,50	38,8	1.566,60	33,1	50,5	16,4
De 794 a 1190 €	4.891,40	27,2	1.330,40	30,0	42,2	27,6
De 1191 a 1587 €	5.199,10	23,5	1.223,70	27,0	37,7	34,5
De 1588 a 2380 €	7.736,80	18,2	1.410,30	19,9	37,8	42,2
Más de 2380 €	10.438,00	15,5	1.622,70	18,4	42,7	38,8
Todos	32.867,00	22,4	7.368,20	26	42,7	31,1

NOTA: El símbolo “-“ significa que el número de observaciones muestrales es inferior a 20 por lo que no se facilita el dato correspondiente. Unidades: Número total de adultos y porcentajes horizontales. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE).

TABLA 4
Adultos por sexo, edad y grado de impedimento que le supone alguna enfermedad

Niveles	Número de personas (miles)	Personas que tienen alguna enfermedad (porcentaje)	Personas que tienen alguna enfermedad (miles)	Le impide intensamente	Le impide hasta cierto punto	No le impide nada
Ambos sexos						
Todos	32.867,00	22,4	7.368,20	26,0	42,7	31,1
De 16 a 29 años	8.316,60	6,8	564,10	14,4	31,7	53,9
De 30 a 44 años	9.163,90	12,6	1.155,20	22,9	32,7	43,7
De 45 a 64 años	8.714,20	27,3	2.377,80	21,5	47,2	31,3
65 años o más	6.672,40	49,0	3.271,20	32,4	44,9	22,5
Varones						
Todos	15.817,50	20,8	3.295,10	26,1	39,6	34,2
De 16 a 29 años	4.205,40	6,7	282,10	19,7	23,3	57,0
De 30 a 44 años	4.546,40	13,7	623,50	22,9	35,9	41,2
De 45 a 64 años	4.254,60	26,3	1.116,90	25,3	41,1	33,5
65 años o más	2.811,00	45,3	1.272,50	29,8	43,7	26,3

Mujeres						
Todos	17.049,60	23,9	4.073,20	25,9	45,3	28,6
De 16 a 29 años	4.111,10	6,90	281,90	-	40,1	50,8
De 30 a 44 años	4.617,40	11,5	531,70	22,8	29,0	46,6
De 45 a 64 años	4.459,60	28,3	1.260,90	18,0	52,6	29,3
65 años o más	3.861,40	51,8	1.998,70	34,1	45,7	20,2

NOTA: El símbolo “-” significa que el número de observaciones muestrales es inferior a 20 por lo que no se facilita el dato correspondiente.

Unidades: Número total de adultos y porcentajes horizontales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Año 2001.

TABLA 5

Adultos por estado civil y grado de impedimento que le supone alguna enfermedad

Estado civil	Número de personas (miles)	Personas que tienen alguna enfermedad (porcentaje)	Personas que tienen alguna enfermedad (miles)	Le impide intensamente	Le impide hasta cierto punto	No le impide nada
Todos	32.867,00	22,4	7.368,20	26,0	42,7	31,1
Casados	17.962,10	25,0	4.489,40	23,3	43,4	33,0
Separados/ divorciados	704,9	28,6	201,8	-	56,5	-
Viudos	2.522,80	48,6	1.224,90	35,9	45,9	18,1
Solteros	11.677,20	12,4	1.452,20	27,0	36,1	36,9

NOTA: El símbolo “-” significa que el número de observaciones muestrales es inferior a 20 por lo que no se facilita el dato correspondiente. Unidades: Número total de adultos y porcentajes horizontales.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Año 2001.

4. METODOLOGÍA Y EVIDENCIA EMPÍRICA

Para clasificar e identificar a los individuos con algún tipo de discapacidad nos basaremos en la información relativa a salud de los individuos que aparece en el PHOGUE a lo largo de diversos años. En particular, nos centraremos en aquellos individuos que contestan afirmativamente a la pregunta “¿le impide alguna enfermedad crónica física o mental o incapacidad o deficiencia desarrollar su actividad diaria?” Es decir, el análisis se basa en la autovaloración que los individuos hacen de su propio estado de salud. Obviamente, podría producirse una sobreestimación en

el número de personas con discapacidad (los individuos pueden tratar de justificar una situación de desempleo o de percepción de subsidios o prestaciones sociales relacionadas con la discapacidad) o incluso una infraestimación (tener algún tipo de discapacidad no es socialmente aceptable o no está “bien visto”). Sin embargo, tal y como señalan García-Serrano y Malo (2002), Pagán y Marchante (2004) y Malo (2003) es poco probable en el PHOGUE dado el carácter anónimo de esta encuesta, el hecho de que no esté implícita en la propia cuestión su relación con el mercado laboral y que las preguntas sobre el mercado de trabajo y discapacidad no estén próximas en el cuestionario, con lo cual disminuye la posibilidad de que exista un sesgo de autojustificación.

Metodológicamente, nos basaremos en los modelos de respuesta cualitativa. En particular, nos centraremos en primer lugar en aquellos individuos que declaran en el PHOGUE que alguna enfermedad crónica física o mental, o alguna incapacidad o deficiencia les impide intensamente o hasta cierto punto desarrollar su actividad diaria (IMPIDE). Asimismo, compararemos estos resultados con los obtenidos cuando la variable dependiente toma el valor uno si el individuo está impedido intensamente para desarrollar su actividad diaria (IMPIDEINTENS). Es decir, esta segunda situación sería más restrictiva. Además aprovecharemos la estructura de panel de esta base de datos frente a la visión estática de la EDDDES-99.

El modelo probit estructural para un panel de datos (en el que el tamaño de los grupos no tiene porqué ser igual) puede expresarse como (véase Greene, 2003):

$$\begin{aligned}
 y_{it}^* &= \beta'x_{it} + \varepsilon_{it} \quad \varepsilon \sim N(0,1), \quad i = 1, \dots, n, \quad t = 1, \dots, T, \\
 y_{it} &= 1 \quad \text{si } y_{it}^* > 0, \quad \text{y } 0 \text{ en caso contrario.}
 \end{aligned}
 \tag{1}$$

La técnica econométrica empleada se basa en un modelo de panel probit utilizando la información contenida en el PHOGUE desde 1998 hasta el año 2001⁶ (cuatro años) y en total se están considerando 51.045 observaciones. En este caso, es importante tener en cuenta que el modelo probit no debe enfocarse desde la perspectiva de efectos fijos pues no se puede eliminar la heterogeneidad y estimar los coeficientes si cada sección cruzada tiene un gran número de observaciones. Así, nuestras variables dependientes toman, en la primera situación, el valor 1 si el individuo tiene alguna enfermedad, incapacidad o deficiencia que le impide intensamente desarrollar su actividad diaria y 0 en otro caso y en la segunda situación, toma el valor 1 si el individuo tiene algu-

6 La razón de utilizar exclusivamente los últimos cuatro años del PHOGUE se basa en que es en estos años en los que se dispone de información sobre el Índice de Masa Corporal (IMC) de los individuos.

na enfermedad, incapacidad o deficiencia que le impide intensamente o hasta cierto punto desarrollar su actividad diaria y 0 en otro caso

En cuanto a las variables explicativas, se han considerado seis grupos (características personales, nivel educativo, estado civil, renta del hogar, ocupación y estilos de vida). El Cuadro 2 muestra los nombres de las variables explicativas utilizadas y las correspondientes definiciones.

En primer lugar, se han tenido en cuenta las características personales de los individuos (género y edad) representadas por las variables HOMBRE, EDAD y EDAD2. Así, para permitir una relación flexible entre la discapacidad y la edad, se ha utilizado una función polinómica cuadrática (Balía y Jones, 2005). El segundo grupo de variables se refiere al máximo nivel de educación completado. En este caso se quiere estudiar el impacto del nivel de estudios del individuo. Para ello, se ha construido la variable ANALFABETO (que toma el valor 1 si el individuo no tiene estudios y 0 en otro caso). En tercer lugar, en cuanto al estado civil, se ha considerado una variable dicotómica (CASADO) intentando reflejar con ello parte del impacto de ciertas variables relacionadas con el entorno social y familiar del individuo.

Asimismo, se ha tenido en cuenta la influencia de la renta (INGRESOS) sobre el grado de discapacidad, entendida en sentido amplio, de los individuos. En realidad, aquellos grupos socioeconómicos de menor renta es de esperar que tuvieran una peor salud y estén más limitados por alguna enfermedad crónica o discapacidad. En este sentido se ha considerado al logaritmo de los ingresos de los hogares después de impuestos (INGRESOS) utilizando la escala de la OCDE modificada para tener en cuenta el tamaño del hogar y su composición⁷. Para cada persona, la “renta neta total equivalente” es calculada como la renta neta total del hogar dividida por el tamaño equivalente del hogar. En este caso, se ha optado por incluirla definiéndola como el logaritmo de los ingresos de los hogares dada la relación de concavidad entre renta y estado de salud (Gravelle, 1998).

Otras variables incluidas en el análisis se refieren a la situación en el mercado de trabajo y a los estilos de vida del individuo. Para ello se ha considerado una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo está en paro (PARADO). Asimismo, se han tenido en cuenta como variables relativas a estilos de vida si el individuo fuma habitualmente (FUMA), si tiene un Índice de Masa Corporal superior a 25 (SOBREPESO), o si lo tiene superior a 30 (OBESO).

⁷ La escala de la OCDE modificada da un peso de 1 al primer adulto, 0.5 a otras personas de 14 o mayor edad y 0.3 a cada niño de edad menor que 14.

La definición de sobrepeso y obesidad en los estudios epidemiológicos está basada principalmente en el Índice de Masa Corporal (IMC), a pesar de algunos de sus problemas y limitaciones metodológicas. Dicho IMC se calcula comúnmente tanto para hombres como para mujeres como el peso en kilogramos del individuo dividido por el cuadrado de la altura en metros. Este índice utilizado por la OMS (1997) y de uso generalizado proporciona una clasificación de los adultos: por debajo de 18.5 es peso ligero, entre 18.5 y 25 es normal o saludable⁸, entre 25 y 30 es pre-obeso⁹ y por encima de 30 es obeso. La variable IMC es proporcionada en el cuestionario de adultos del PHOGUE. Obviamente, dado que esta información es proporcionada por el encuestado puede incorporar algún grado de error dado que las personas de elevado peso pueden ser más propensas a engañar al entrevistador, y ello puede infraestimar el porcentaje de población obesa de un país (Chou *et al.*, 2004).

CUADRO 2
Variables y definiciones

Variable	Definición
Características Personales	
Género (HOMBRE)	1 si hombre, 0 en otro caso
Edad (EDAD)	Edad en años a 31 de Diciembre de la ola actual
Edad cuadrática (EDAD2)	Edad ²
Nivel Educativo	
Sin estudios (ANALFABETO)	1 si el nivel de estudios del sustentador principal es analfabeto o sin estudios, 0 en otro caso
Estado civil	
Casado (CASADO)	1 si casado, 0 en otro caso
Renta	
Renta Neta (INGRESOS)	Logaritmo de la renta neta del hogar equivalente (escala modificada OCDE)
Ocupación	
Situación profesional: Parado (PARADO)	1 si parado, 0 en otro caso
Estilos de vida	
Sobrepeso (SOBREPESO)	1 si índice de masa corporal mayor que 25, 0 en otro caso
Obesidad (OBESO)	1 si índice de masa corporal mayor que 30, 0 en otro caso
Fumador (FUMA)	1 si es fumador, 0 en otro caso

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE.

8 En concreto, según la OMS (1997), un valor de IMC entre 20 y 22 Kg/m²es "ideal" para un adulto con independencia de su sexo en el sentido de que se minimizarían los riesgos de mortalidad y morbilidad.

9 La categoría de pre-obeso suele denominarse también como sobrepeso aunque este término técnicamente se refiere a aquellos individuos con una IMC de 25 o más incluyendo así a los obesos.

Los resultados de la estimación se presentan en las Tablas 6 y 7 considerando como variables independientes tanto la obesidad como el sobrepeso. Es importante tener en cuenta que con el panel probit con efectos aleatorios asumimos que los efectos individuales se distribuyen normalmente y están incorrelacionados con las variables explicativas (Contoyannis, Jones y Rice, 2004; Wooldridge, 2005). Cuando la variable dependiente es IMPIDE (es decir, que toma el valor 1 si el individuo está impedido intensamente o hasta cierto punto), el coeficiente de correlación intragrupos, es de 0.6725 cuando se considera el sobrepeso como variable explicativa y 0.6719 cuando se considera la obesidad. Análogamente, cuando la variable dependiente es IMPIDEINTENS (es decir, que toma el valor 1 si el individuo está impedido intensamente), el coeficiente de correlación intragrupos, es de 0.6374 cuando se considera el sobrepeso como variable explicativa y 0.6347 cuando se considera la obesidad. Esto sugiere que los efectos individuales suponen en todos los casos más del 60% de la variación aleatoria.

TABLA 6
Modelo para datos de panel con efectos aleatorios.
Variable dependiente: IMPIDE. España (1998-2001)

	Coef.	Std. Err.	z	P>z		Coef.	Std. Err.	z	P>z
HOMBRE	-0,0751	0,0374	-2,01	0,045	HOMBRE	-0,0498	0,0373	-1,34	0,181
EDAD	0,0750	0,0060	12,43	0,000	EDAD	0,0768	0,0060	12,84	0,000
EDAD2	-0,0003	0,0001	-4,92	0,000	EDAD2	-0,0003	0,0001	-5,25	0,000
ANALFABETO	0,7395	0,0468	15,81	0,000	ANALFABETO	0,7327	0,0467	15,67	0,000
CASADO	-0,3036	0,0410	-7,40	0,000	CASADO	-0,2986	0,0410	-7,28	0,000
INGRESO	-0,1595	0,0189	-8,43	0,000	INGRESO	-0,1583	0,0189	-8,37	0,000
PARADO	0,0927	0,0572	1,62	0,105	PARADO	0,0925	0,0572	1,62	0,106
SOBREPESO	0,1491	0,0287	5,19	0,000	OBESO	0,2478	0,0303	8,18	0,000
FUMA	-0,1867	0,0343	-5,44	0,000	FUMA	-0,2112	0,0344	-6,14	0,000
Nº observac.	51045				Nº observac.	51045			
Wald chi2(8)	2365,23				Wald chi2(8)	2664,04			
Prob > chi2	0,0000				Prob > chi2	0,0000			
Log likelihood	-15483,9				Log likelihood	-15464,26			

TABLA 7
Modelo para datos de panel con efectos aleatorios.
Variable dependiente: IMPIDEINTENS. España (1998-2001)

	Coef.	Std. Err.	z	P>z		Coef.	Std. Err.	z	P>z
HOMBRE	0,0441	0,0449	0,98	0,325	HOMBRE	0,0677	0,0447	1,51	0,130
EDAD	0,0500	0,0073	6,88	0,000	EDAD	0,0501	0,0072	6,99	0,000
EDAD2	-0,0001	0,0001	-1,54	0,123	EDAD2	-0,0001	0,0001	-1,61	0,107
ANALFABETO	0,6503	0,0517	12,59	0,000	ANALFABETO	0,6372	0,0515	12,38	0,000
CASADO	-0,3752	0,0485	-7,73	0,000	CASADO	-0,3702	0,0484	-7,64	0,000
INGRESO	-0,1465	0,0239	-6,12	0,000	INGRESO	-0,1456	0,0239	-6,09	0,000
PARADO	-0,1765	0,0867	-2,03	0,042	PARADO	-0,1744	0,0865	-2,02	0,044
SOBREPESO	0,1084	0,0366	2,96	0,003	OBESO	0,2546	0,0375	6,79	0,000
FUMA	-0,0833	0,0442	-1,89	0,059	FUMA	-0,1103	0,0442	-2,50	0,013
Nº observac	51045				Nº observac	51045			
Wald chi2(8)	1259,24				Wald chi2(8)	1294,27			
Prob > chi2	0,0000				Prob > chi2	0,0000			
Log likelihood	-8428,53				Log likelihood	-8410,19			

En cuanto a la interpretación cualitativa de los coeficientes se observa que con la edad aumenta la probabilidad de que un individuo tenga alguna enfermedad crónica, física o mental que le impida desarrollar su actividad diaria. Por otra parte, dado que la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres, cabe esperar una mayor tasa de discapacidad en este sector de la población aunque estas diferencias no son significativas hasta los 65 años.

La educación es otro factor a tener en cuenta. Un mayor nivel educativo del individuo implica mejores condiciones de trabajo, mayores ingresos y posiblemente conductas o estilos de vida más saludables (Fuchs, 2004). Asimismo, la falta de estabilidad en el trabajo tiene efectos físicos y psicológicos en la salud del individuo. En esta línea, el desempleo es otro de los factores relacionados con la discapacidad en un doble sentido (Baldwin *et al.*, 1993): el paro puede generar un efecto psicológico negativo sobre la salud del individuo y aquellos individuos que declaran tener algún tipo de limitación es más probable que estén en una situación de desempleo. Los resultados obtenidos muestran que el coeficiente de la variable PARADO tiene un signo positivo como cabría esperar.

Por otro lado, la relación entre renta y discapacidad tiene un efecto doble. En primer lugar, individuos con rentas altas tienen más posibilidades de acceder a los servicios

sanitarios y así prevenir enfermedades crónicas y algunos tipos de discapacidad¹⁰. En segundo lugar, los problemas de salud pueden afectar a la situación laboral de los individuos (en términos de una menor productividad y como consecuencia menores ingresos). Con respecto a los resultados se observa que el coeficiente de la variable INGRESOS tiene un signo negativo en todos los casos. Es decir, cuanto mayores sean los ingresos, menor es la probabilidad de que un individuo tenga limitaciones para desarrollar su actividad diaria aunque obviamente esta relación no es lineal.

Finalmente, en relación a las variables incluidas dentro del estilo de vida de los individuos se percibe que tanto el sobrepeso como especialmente la obesidad de los individuos aumentan la probabilidad de que un individuo tenga limitaciones (por enfermedad crónica física o mental o incapacidad) para desarrollar su actividad diaria. (Contoyannis y Jones, 2004; Balia y Jones, 2005; Costa-Font y Gil, 2005). Otro aspecto importante en cuanto al colectivo de discapacitados se referiría al grado de su limitación y su merma en la igualdad de oportunidades respecto al resto de personas entre ellas las dificultades para acceder al mercado laboral (Ruiz Cantero, 2000). Por una parte, si no distinguimos entre individuos con una discapacidad severa o moderada o bien si la prevalencia de la enfermedad crónica no es suficientemente larga los resultados podrían distorsionarse.

Sin embargo, el hecho de modelizar la limitación en la vida diaria que un individuo declara tener en el momento de la encuesta (debida a alguna enfermedad crónica física o mental o incapacidad o deficiencia) puede estar en función de variables que temporalmente pueden no estar relacionadas con el momento en que se inició esta discapacidad (Malo, 2003). Mientras que en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES-99) se conoce la fecha que en se originó la discapacidad o en el Módulo de personas con discapacidad y su relación con el empleo del 2º trimestre de la Encuesta de Población Activa de 2002 se conoce si el origen de la discapacidad es congénito, está relacionado con el parto o es debido a otras causas, en el PHOGUE no se dispone de información acerca del origen de la discapacidad y del momento en el que se manifestó. Dado que la relación causal especificada podría no estar teniendo en cuenta este relevante aspecto puesto que una discapacidad manifestada desde la infancia no se puede explicar con el estado civil, la edad, el nivel de estudios y la renta actual del individuo, profundizaremos en el análisis incluyendo una nueva variable explicativa. En particular, consideraremos

10 Es necesario destacar que una de las limitaciones de este enfoque se encuentra en la posible presencia de causalidad inversa. Es decir, en el modelo se postula que los individuos con bajos niveles de renta pueden tener mayores probabilidades de padecer limitaciones para las actividades de la vida diaria cuando también es posible que el hecho de tener precisamente una limitación sea la consecuencia de tener bajos ingresos.

como variable explicativa la limitación del individuo en la primera ola del panel (véase Hernández-Quevedo et al¹¹, 2007; Wooldridge, 2005).

Así, hemos considerado dos nuevos modelos estadísticos en los que nuestra dependiente es una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo declara estar impedido en el año 2001 (IMPIDE) o impedido intensamente en el año 2001 (IMPIDEINTENS) pero considerando también como variable explicativa una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo declaró estar impedido en el año 1994 (IMPIDE-94) o en su caso si esta limitación es de carácter intenso (IMPIDEINTENS). De este modo, un conjunto de factores, contenidos en un vector x explicaría estas relaciones por lo que el modelo de probabilidad es una regresión de la forma:

$$E(y | x) = F(x, \beta). \quad (2)$$

El conjunto de parámetros β refleja el impacto de los cambios en x sobre la probabilidad. A fin de poder estimar la ecuación, una especificación no lineal de $F(\cdot)$ puede prevenir la inconsistencia lógica y la posibilidad de predecir probabilidades más allá del intervalo $[0,1]$. Las especificaciones paramétricas no lineales más comunes son los modelos logit y probit que han sido analizados. Así, podemos usar una interpretación de variable latente (Jones, 2001; Greene, 2003) a través de los modelos probit estimados por máxima verosimilitud. La función de regresión empleada en este caso y cuyos resultados se muestran en la Tablas 8 y 9 incluye dos tipos de variables explicativas. El primer tipo puede ser tratada como si fueran variables continuas (la edad del individuo o la renta) y el segundo tipo como variables dummy o binarias (las referidas al nivel educativo o los estilos de vida). Por tanto, podremos analizar tanto los efectos cualitativos como cuantitativos de cada una de las variables explicativas.

11 En el trabajo de Hernández-Quevedo et al. (2007) se analiza la persistencia de las limitaciones en salud en todos los países de la Unión Europea a partir del PHOGUE. Sus resultados se basan en modelos dinámicos no lineales de datos de panel utilizando como variables endógenas las limitaciones en la actividad diaria y prestando especial atención a la heterogeneidad no observada.

TABLA 8

Estimación modelo probit. Variable dependiente: IMPIDE

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
HOMBRE	-0,0623	0,0372	-1,68	0,0940	-0,0092	0,0079
EDAD	0,0512	0,0077	6,63	0,0000	0,0112	0,0016
EDAD2	-0,0002	0,0001	-3,69	0,0000	-0,0001	0,0000
ANALFABETO	-0,1013	0,0623	-1,63	0,1040	-0,0208	0,0122
CASADO	-0,1451	0,0408	-3,56	0,0000	-0,0314	0,0092
INGRESO	-0,1160	0,0239	-4,85	0,0000	-0,0245	0,0051
PARADO	0,1747	0,0885	1,97	0,0480	0,0395	0,0222
SOBREPESO	0,1350	0,0375	3,60	0,0000	0,0463	0,0103
FUMA	-0,0343	0,0446	-0,77	0,4420	-0,0084	0,0094
IMPIDE-94	11,2908	0,0393	28,75	0,0000	0,3284	0,0139
Nº observac.	9091					
LR chi2(10)	2224,20					
Prob > chi2	0,0000					
Log likelihood	-3281,73					

TABLA 9

Estimación modelo probit. Variable dependiente: IMPIDEINTENS

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
HOMBRE	0,0089	0,0482	0,19	0,8530	0,0021	0,0043
EDAD	0,0206	0,0099	2,08	0,0380	0,0015	0,0009
EDAD2	0,0000	0,0001	0,36	0,7160	0,0000	0,0001
ANALFABETO	-0,0423	0,0851	-0,50	0,6190	-0,0032	0,0072
CASADO	-0,1442	0,0515	-2,80	0,0050	-0,0133	0,0050
INGRESO	-0,1224	0,0298	-4,11	0,0000	-0,0103	0,0027
PARADO	0,0913	0,1255	0,73	0,4670	0,0079	0,0126
SOBREPESO	0,0511	0,0484	1,06	0,2910	0,0282	0,0061
FUMA	-0,0933	0,0608	-1,53	0,1250	-0,0074	0,0051
IMPIDE-94	1,1470	0,0647	17,73	0,0000	0,2209	0,0202
Nº observac.	9091					
LR chi2(9)	559,82					
Prob > chi2	0,0000					
Log likelihood	-2006,812					

De los resultados obtenidos pueden extraerse conclusiones importantes. En primer lugar, si un individuo declara que tiene alguna limitación para desarrollar su vida diaria en 1994, aumenta la probabilidad de que siga declarando que tiene esa limitación en el año 2001 (el incremento es del 32% en el caso de que la limitación sea definida como “hasta cierto punto” y el 22,09% si la limitación es “intensa”. Por otra parte, se observa que si el individuo tiene sobrepeso aumenta la probabilidad de que declare que tiene alguna limitación aunque en el caso del consumo de tabaco esta relación tiene el signo opuesto. Una explicación plausible se basa en la propia definición de esta variable que viene condicionada por la información disponible. En este sentido nos basamos en una pregunta concreta a la que contestan los individuos: “¿Fuma o ha fumado usted?” con cinco posibles respuestas: Diariamente; Ocasionalmente; No fuma pero ha fumado diariamente; No fuma pero ha fumado ocasionalmente; Nunca fumó. Así, la variable FUMA que se utiliza en el análisis empírico es una variable dicotómica que toma el valor de 1 ($x = 1$) si el individuo fuma (diariamente u ocasionalmente) y 0 ($x = 0$) en otro caso. Es decir, no se hace referencia a la cantidad de tabaco consumida ni cuántos años lleva fumando. Asimismo, con respecto a los INGRESOS, la relación es claramente negativa en todos los casos lo que viene a confirmar los resultados anteriores. Es decir, a mayor nivel de ingresos, menor es la probabilidad de que un individuo declare que tiene alguna limitación para realizar su actividad diaria¹².

5. CONCLUSIONES

Desde los últimos años uno de los objetivos prioritarios de los poderes públicos es garantizar un alto nivel de bienestar y, por ende, de salud. Esto incluye la preocupación por la igualdad de oportunidades, la integración social y laboral, y la no-discriminación de las personas con algún tipo de discapacidad o limitación. En esta línea, las desigualdades socioeconómicas en morbilidad, discapacidad y estilos de vida están siendo objeto de un riguroso estudio en la Unión Europea para establecer adecuadas políticas que contribuyan a mejorar la salud de la población.

12 Resultados similares han sido obtenidos por Hernández-Quevedo et al. (2007). Estos autores utilizan la salud inicial de los individuos para controlar la posible existencia de causalidad inversa y cuantificar el grado de dependencia. Asimismo, también ponen de manifiesto la importancia de la variable ingresos que tiene un efecto negativo y significativo para España, Portugal y Países Bajos en su especificación sin limitación severa y que también es significativo en la especificación para limitación severa en el caso de Grecia.

En este trabajo se han planteado dos claros objetivos. En primer lugar, profundizar en aquellos aspectos relacionados con la discapacidad y, en segundo lugar, estudiar la conexión existente entre diferentes factores socioeconómicos y discapacidad.

Se ha utilizado como principal fuente de información el Panel de Hogares de la Unión Europea-PHOGUE para España (1994-2001) con el objeto de analizar las características sociodemográficas de la discapacidad entendida en sentido amplio. En esta encuesta se pregunta a los individuos si tienen alguna enfermedad crónica (física o mental) o alguna incapacidad o deficiencia que les impide desarrollar su actividad diaria. De esta manera, aquellos individuos que responden “sí, intensamente” son clasificados como discapacitados.

El análisis de las características socioeconómicas relacionadas con la discapacidad y las enfermedades crónicas indica que aquellos individuos con bajo nivel educativo, con rentas bajas, desempleo o con problemas psicológicos o mentales tienen un mayor riesgo de no poder desarrollar su actividad diaria con normalidad. El estudio realizado se ha basado en los modelos de elección discreta. En particular, se utilizan modelos probit y panel probit (de efectos aleatorios). Así, existen factores claves que pueden determinar el desarrollo normal de la actividad diaria por parte de los individuos como son la edad, el género, el nivel educativo, los ingresos y la obesidad.

En cualquier caso, siguen siendo necesarias políticas económicas, sociales y fiscales que, en términos de modelos de atención socio-sanitaria más adecuados, palien, al menos en parte, esta situación. A pesar de que aún estamos en una fase de incipiente desarrollo de las políticas específicas en España, no sólo para las personas que tienen algún tipo de discapacidad sino también para aquellas que tienen algún tipo de limitación que les impide desarrollar su actividad diaria, sigue siendo necesaria la intervención de los poderes públicos para garantizar mejoras en la calidad de vida de los ciudadanos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BALDWIN, M., ZEAGER, L. A., FLACCO, P. R. (1993) Gender Differences in Wage Losses from Impairments. Estimates from the Survey of Income and Program Participation, *The Journal of Human Resources*, XXIX, 3, pp. 866-87.
- BALIA, S., JONES, A.M. (2005) Mortality, lifestyle and socio-economic status, HEDG Working Paper 05/02, University of York.

- BENZEVAL, M. Y JUDGE, K. (2001) "Income and health: the time dimension", *Social Science and Medicine*, 52, 1371-90.
- CANTARERO, D., PASCUAL, M., SARABIA, J.M. (2005) Effects on income inequality on population health: New evidence from the European Community Household Panel, *Applied Economics*, Volume 37(1), pp. 87-91.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2003) Informe 4/2003 sobre la situación de las personas con discapacidad en España, CES, Madrid.
- CONTOYANNIS, P., JONES, A.M. (2004) Socio-economic status, health and lifestyle, *Journal of Health Economics*, vol. 23(5), pp. 965-995.
- CONTOYANNIS, P., JONES, A.M., RICE, N. (2004) The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey, *Journal of Applied Econometrics*, 19, pp. 473-503.
- COSTA-FONT, J., GIL., J. (2005) Obesity and the incidence of chronic diseases in Spain: A seemingly unrelated probit approach, *Economics and Human Biology*, 3, pp. 188-214.
- CHOU, S-Y., GROSSMAN, M., SAFFER, H. (2004) An economic analysis of adult obesity: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, *Journal of Health Economics*, 23, pp. 565-587.
- ETTNER, J.S. (1996) "New evidence on the relationship between income and health", *Journal of Health Economics*, 15, 67-85.
- EUROSTAT (1994-2001) Panel de Hogares de la Unión Europea para España. Madrid.
- FRITJERS, P., HAIKEN-DENEW, J.P., SHIELDS, M.A. (2005) "The causal effect of income and health: evidence from German reunification", *Journal of Health Economics*, 24, 997-1017.
- FUCHS, V.R. (2004) Reflections on the socio-economic correlates of health, *Journal of Health Economics*, 23, 653-661.
- GARCÍA-SERRANO, C., MALO, M.A. (2002) Discapacidad y Mercado de Trabajo en la Unión Europea, *Cuadernos Aragoneses de Economía*, 12(2), pp. 237-255.
- GRAMMENOS, S. (2003) *Illness, Disability and Social Inclusion* (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions).
- GRAVELLE, H. (1998) How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact?, *British Medical Journal*, 316, no. 7128, pp. 382-385.
- GREENE, W.H. (2003) *Econometric Analysis* (5th Edition, Prentice Hall, New York).
- HAVEMAN, R., WOLFE, B. (2000) The Economics of Disability and Disability Policy, en Culyer, A. y Newhouse, J. (ed.) *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Part 2, Chapter 18, pp. 995-1051, (Amsterdam, North-Holland).

- HERNANDEZ-QUEVEDO, C., JONES, A.M., RICE, N. (2007) Persistence in health limitations: a European comparative analysis, HEDG Working Paper, 07/03.
- HUPKENS, C.L.H., BERG, J.V.D., ZEE, J.V.V. (1999) National health interview surveys in Europe: an overview, *Health Policy*, 47, pp. 145-168.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1999) Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud (EDDES). INE, Madrid.
- JENKINS, S.P., RIGG, J.A. (2004) Disability and Disadvantages: Selection, Onset and Duration Effects, *Journal of Social Policy*, Volume 33, Issue 03, pp. 479-501.
- JONES, A.M. (2001) *Applied Econometrics for Health Economists – A Practical Guide*. Office of Health Economics, Whitehall London.
- JONES, A.M., KOOLMAN, X., RICE, N. (2006) Health-related Attrition in the BHPS and ECHP: using inverse probability weighted estimators in non linear models, *Journal of the Royal Statistical Society, Series A (Statistics in Society)*, 169, pp. 543-569.
- MALO, M.A. (2003) Las personas con discapacidad en el mercado de trabajo español, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Nº 46, pp. 99-126.
- PAGÁN, R., MARCHANTE, A.J. (2004) Análisis de las Diferencias Salariales por Discapacidad en España: el caso de los Varones, *Hacienda Pública Española*, 171(4), pp. 75-100.
- PASCUAL, M., CANTARERO, D. (2007) Socio-demographic determinants of disabled people: An empirical approach based on the European Community Household Panel, *The Journal of Socio-Economics*, 36, pp. 275-287.
- PERACCHI, F. (2002) The European Community Household Panel: a review, *Empirical Economics*, 27, pp. 63-90.
- RUIZ CANTERO, M.T. (2000) *Mejorar las oportunidades para las personas con discapacidad* (Informe SESPAS, pp. 69-80, Granada).
- WOOLDRIDGE, J. (2005) Simple Solutions to the Initial Conditions Problem in Dynamic, Nonlinear Panel Data Models with Unobserved Heterogeneity, *Journal of Applied Econometrics*, 20, pp. 39-54.

