

# DIZABILITATEA CA O CONDIȚIE DETERMINANTĂ A SĂRĂCIEI

FILIP GUTTMAN\*

## ABSTRACT

### DISABILITY AS A DETERMINANT POVERTY FACTOR

This work seeks to identify the direct relationships between disability and a person's socioeconomic status. It is an attempt to outline the elements that define disability and the costs it entails in a social system which, at the moment, is precarious and unstable. At the same time, this work emphasizes the important role disability plays, and the frequent interdependence between disability and poverty. This work outlines an agenda for future research in this field.

**Keywords:** disability, poverty, causes and effects, costs.

## INTRODUCERE

Există o legătură directă între dizabilitate și sărăcie? Care ar putea să fie aceasta și cum este influențată educația și ocuparea forței de muncă de către persoanele cu dizabilități? În lucrarea de față vom încerca să descriem acest fenomen al „riscului la sărăcie” al persoanelor aflate în situația unei incapacități funcționale, fără să facem referire și la persoanele care, neavând o formă a dizabilității, s-ar putea încadra într-un „handicap social”. Considerăm oportună dezbateră această problemă, deoarece persoanele cu handicap constituie 10% din populația lumii (Wolfensohn, 2004), fiind important ca noile politici din România să se axeze în această direcție, a îmbunătățirii statutului economic a persoanelor cu dizabilități.

## PERSPECTIVE GENERALE ASUPRA PROBLEMEI

Persoanele cu dizabilități sunt estimate ca formând aproximativ 10% din orice populație (OMS, *apud* Yeo, 2001) și o proporție și mai mare trăiește în sărăcie cronică. În ultima perioadă au existat tot mai multe voci care au cerut mai

---

\* Correspondence address to drd. Filip Guttman: Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca; e-mail: filipguttman@gmail.com

multe informații despre relația dintre sărăcie și dizabilitate. Acest fapt se datorează constatării că populația cu dizabilități este, în mod disproporțional, cea mai săracă dintre săracii din toate părțile lumii, iar obiectivele de dezvoltare internațională nu pot fi atinse fără a include și persoanele cu dizabilități (Yeo, 2001).

Până de curând au existat puține date cantitative despre relația dintre sărăcie și dizabilitate. Totuși, cele mai relevante date despre cauza principală a sărăciei au fost găsite ca fiind excluziunea de la viața socială, economică și politică. O declarație comună la toate reuniunile internaționale este aceea că una din cinci persoane sărace din țările în curs de dezvoltare are o dizabilitate. Dincolo de numărul de persoane cu dizabilități, apare întrebarea câte din ele sunt sărace, și invers, dintre săraci, câți sunt cu dizabilități (Banca Mondială – BM, 2008). Aceste două întrebări sunt cu atât mai greu de evaluat, cu cât cunoaștem complexitatea măsurării atât a sărăciei, cât și a dizabilității. Autoarea Elwan (1999) a menționat, într-o notă de subsol dintr-o lucrare pentru Banca Mondială, un procent de 20% de persoane cu dizabilități dintre săracii din întreaga lume, însă această estimare nu pare să fie bazată pe evidențe clare.

La o privire mai atentă asupra literaturii de specialitate privitoare la legătura dintre sărăcie și dizabilitate, prima constatare este cea că în țările dezvoltate s-au relevat impactul dizabilității asupra realizărilor în educație și asupra venitului și, de asemenea, adecvarea și echitatea programelor guvernamentale, iar în prezent se pune accentul pe înlăturarea barierelor și creșterea participării sociale a persoanelor cu dizabilități. În ceea ce privește țările în curs de dezvoltare, informația despre dizabilitate este foarte limitată, iar literatura de specialitate tinde să se centreze pe ceea ce se știe în general despre sănătate, dizabilități, sărăcie și populații vulnerabile și se bazează foarte mult pe studii de caz (Elwan, 1999).

Tot Ann Elwan arată că dizabilitatea este un termen relativ și măsurarea ei implică dificultăți, incluzând lipsa fiabilității și validității instrumentelor, dintre care cele mai multe sunt slab standardizate și produc estimări necomparabile. Rata estimată a dizabilităților din țările dezvoltate pare să fie mai mare decât cea din țările în curs de dezvoltare, probabil pentru că există diferențe în definirea noțiunii și în felul în care este colectată informația și datorită ratei mai mari a populației îmbătrânite din țările dezvoltate (*ibidem*).

În ciuda lipsei datelor comparate, se știe sigur că: a trăi în sărăcie crește posibilitatea obținerii unei dizabilități; persoanele cu dizabilități ating rate mai înalte de sărăcie, ca rezultat al faptului că au dizabilități; iar atunci când săracii devin și persoane cu dizabilități, ei ajung mai marginalizați decât persoanele sănătoase (Yeo, 2001).

## O SCURTĂ DESCRIERE A DIZABILITĂȚII

De-a lungul timpului, definirea handicapului sau a dizabilității a fost dificilă și a trecut prin modificări importante. Termenul de handicap, aplicabil realităților umane, a glisat de la sensul medical, de limitare fizică a capacității oamenilor, la cel de dezavantaj social, rezultat al unor deficiențe. În timpul procesului de

revizuire a publicației „Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé” (CIF) a Organizației Mondiale a Sănătății – OMS (2001), revizuire începută în 1980 și încheiată în 2001, s-a renunțat la termenul de handicap, adoptându-se cel de dizabilitate. În cele din urmă, OMS a definit, în 2001, dizabilitatea ca un termen generic pentru deficiențe (afectări), limitări de activitate și restricții de participare și a relevat aspectul negativ al interacțiunii individ-context. Cea mai recentă definiție și poate cea mai corectă, dată de o organizație internațională, este cea a Națiunilor Unite – ONU, din 2006, în cadrul Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități: dizabilitatea este un concept ce evoluează și ea rezultă din interacțiunea persoanelor cu deficiențe și a barierelor atitudinale și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate, la un nivel egal cu celelalte persoane.

Problematica dizabilității este abordată, în principal, din perspectiva a două modele: cel medical sau individual și cel social (Manea, 2006, p. 1). Colectivul mandatat de OMS și condus de Phillip Wood a propus, în 1980, cunoscutul model medical valabil și azi. Acest model explică handicapul ca pe un dezavantaj, o diferență defavorizantă, rezultantă a unui lanț causal, în care se pornește de la o maladie invalidantă, se trece prin deficiență și incapacitate și „se produce” handicapul. Modelul medical atrage insistent atenția asupra pierderilor sau incapacităților individuale, considerând că dificultățile persoanelor cu handicap sunt datorate inferiorității lor biologice și psihologice. Consecința medicalizării excesive a interpretării handicapului a fost asimilarea sintagmelor „persoană handicapată” – „persoană bolnavă” (Popescu & Pleșa, 1998, p. 27).

În schimb, modelul social aduce o viziune modernă asupra înțelegerii dizabilității. De fapt, mediul social este vinovat de apariția bolilor, infirmităților, deficiențelor sau disfuncțiilor care pot afecta sănătatea unui individ. Și asta pentru că, deși punem încă pe seama individului răspunderea pentru apariția unei boli sau deficiențe, nu individul în cauză este cel vinovat, ci societatea în care acesta evoluează (G.S.P.H., 2001, p. 14). Livius Manea afirmă în articolul său în care descrie modelele de abordare a dizabilităților, că din perspectiva acestui model, „intervențiile se concentrează asupra mediului, urmărindu-se eliminarea restricțiilor, a barierelor care împiedică participarea persoanelor cu deficiențe la diferitele aspecte ale vieții sociale” (Manea, 2006, p. 2).

#### **FACTORI SOCIALI, ECONOMICI, POLITICI ȘI DE ALT TIP CARE CAUZEAZĂ SĂRĂCIA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI**

Relația dintre dizabilitate și sărăcie variază în cadrul culturilor și între culturi. Deși multe persoane cu dizabilități trăiesc în sărăcie și experimentează discriminarea, nu toate sunt sărace în termeni economici. Sărăcia nu se referă doar la dimensiunea veniturilor, ci și la excludere socială și lipsa de putere. Este

cunoscut deja faptul că oamenii devin săraci deoarece sunt excluși din instituțiile sociale unde accesul se bazează pe status, privilegii, rasă și gen. Excluziunea duce la lipsa resurselor, așteptări scăzute, predispoziție spre îmbolnăviri și educație slabă (Yeo, 2001).

Persoanele cu dizabilități sunt discriminate din naștere sau din momentul în care au contractat o dizabilitate. În comunitățile deja sărace, un copil cu dizabilitate poate ajunge chiar mai exclus. Acolo unde resursele sunt limitate, împărțirea egală a resurselor la copiii cu dizabilități poate fi văzută ca iresponsabilitate economică, din moment ce aceștia nu le vor putea înapoia în viitor în familie. Așa cum afirmă Ashton (1999), lipsa investițiilor într-un copil cu deficiențe nu reprezintă doar ignoranță, ci o decizie disperată, dar rațională. Astfel, de cele mai multe ori, copiii cu dizabilități ajung ultimii la mâncare și alte resurse de bază și au o posibilitate foarte scăzută de a fi trimiși la școală, de teamă că nu vor putea face față sau că apariția lor va afecta perspectivele de căsătorie ale fraților sau pentru că investiția presupusă pentru ei este meritată cu prioritate de alții. Consorțiul de Dezvoltare și Dizabilitate Internațională a estimat că la 98% din copiii cu dizabilități din țările în curs de dezvoltare le este negată educația formală (IDDC, 1999).

Acei copii care primesc în cele din urmă educație sunt tratați de cele mai multe ori inferior, au slabe așteptări de la ei înșiși, precum și din partea celorlalți și nu primesc suportul necesar pentru a putea participa în mod egal. Chiar din start sunt excluși de la interacțiunea zilnică pe care copiii fără dizabilități o primesc de gata.

Mulți copii cu dizabilități devin copiii străzii, iar în unele cazuri dizabilitățile sunt provocate pentru cerșit. În ciuda numărului mare de copii ai străzii cu dizabilități, aceștia sunt de multe ori excluși de la programele pentru copiii străzii, deoarece dizabilitatea este o problemă pusă în responsabilitatea altor specialiști (Yeo, 2001).

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în jur de două milioane de femei pe an suferă de dizabilități și complicații pe termen lung, în urma sarcinii și a nașterii. Cele mai comune și mai frecvent întâlnite cauze ale dizabilităților motorii sunt accidentele stradale, la locul de muncă sau în casă, chiar și traume peri- și postnatale, precum și infecții, ca poliomielita; adesea, copiii sunt victime ale malnutriției. Cu alte cuvinte, dizabilitatea accentuează sărăcia prin accentuarea izolării sociale atât pentru indivizi, cât și pentru familiile afectate. Copiii cu dizabilități sunt supuși unui risc mai mare la mortalitate infantilă sau la riscul de a fi neglijați și malnutriți, în aceeași situație aflându-se și persoanele adulte care întâmpină dificultăți în a-și găsi un loc de muncă, astfel „adâncindu-se” mai tare în sărăcie. Rezultatele „cercului vicios” al dizabilității și sărăciei, elaborate de Departamentul de Dezvoltare Internațională (Department for International Development), ne arată că persoanele cu dizabilități sunt „sărace între săraci”, iar rata de alfabetizare este mai scăzută decât în cazul restului de populație. Femeile cu o deficiență suferă o dublă discriminare, atât din punctul de vedere al dizabilității, cât și din cel al perspectivei de gen. Studiile elaborate de UNESCO ne sugerează că

doar 1–2% din copiii cu o anumită deficiență, din țările în curs de dezvoltare, primesc educație, băieții fiind, mai frecvent, beneficiarii unui sistem de educație, comparativ cu populația de sex feminin. Aceleași studii ne arată că femeile sunt de la două până la trei ori mai expuse unui abuz sexual, în cazul în care suferă de o anumită dizabilitate, comparativ cu restul populației, accesul acestora la îngrijiri pentru sănătatea reproducerii fiind minimală, de aici putând rezulta, astfel, o vulnerabilitate crescută la probleme de sănătate; mai mult decât atât, femeile cu dizabilități sunt, în general, considerate inactive sexual.

15% dintre dizabilități pot fi prevenite, dar, în același timp, sunt direct legate de sărăcie; de exemplu, Organizația Mondială a Sănătății estimează că, în total, sunt 1,5 milioane de copii cu deficiență de vedere și 120 milioane cu deficiență de auz, majoritatea în Africa și Asia, în cazul cărora un acces deficitar la educație ar putea să crească riscul de sărăcie.

Revenind la factorii care au o asociere puternică cu dizabilitatea: vârsta, educația, venitul, rasa, etnicitatea și genul, menționăm, în continuare, că Ficke (1991), în lucrarea sa referitoare la Biroul de Recensământ din US, a afirmat că, deși dizabilitatea cauzează cu siguranță sărăcie, situația inversă ar putea fi la fel de adevărată, extinderea acestor scenarii fiind necunoscută.

Compendiul Națiunilor Unite, făcând referire la consistența internă a rezultatelor cercetărilor, observă că un mare număr din cercetări arată că persoanele cu dizabilități sunt în medie mai puțin educate, au un statut socio-economic mai slab și sunt mai numeroase în mediile rurale sau sărace decât persoanele fără dizabilități (UN, 1990). Aceeași sursă afirmă că, analizând studiile de caz, acestea arată că ratele ridicate de dizabilitate sunt asociate cu următoarele: analfabetism ridicat, nutriție săracă, greutate scăzută la naștere, rată mai mare de șomaj, și mobilitate ocupațională scăzută. Se ajunge chiar la afirmația conform căreia, în multe privințe, rata de dizabilitate este un indicator socio-economic, un indice al sărăciei sau al dezvoltării. Este unic, prin faptul că estimează calitatea vieții de subzistență sau a persoanelor care reușesc să evite mortalitatea și continuă să trăiască, deși cu modificări semnificative ale funcțiilor.

#### PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI, ÎN DATELE STATISTICE

Organizația Forumului European al Dizabilității (EDF) prezintă pe *site*-ul propriu câteva date succinte despre situația persoanelor cu dizabilități în Europa, din care le vom reproduce pe cele mai interesante:

– persoanele cu dizabilități reprezintă 10% din populația Uniunii Europene, însumând 50 de milioane de indivizi;

– unul din patru europeni are în familie un membru cu dizabilitate, iar șase din zece cunoaște o persoană cu dizabilitate;

– populația cu dizabilități este de două până la trei ori mai puțin angajată în câmpul muncii și are o probabilitate de mai puțin de 50% să atingă al treilea nivel de educație decât cea fără dizabilități;

– cu cât este mai sever gradul de dizabilitate, cu atât scade participarea la piața forței de muncă, iar veniturile persoanelor cu dizabilități, angajate, sunt mult mai mici decât cele ale persoanelor fără dizabilități; doar 38% dintre deficienții cu vârstele cuprinse între 16 și 34 de ani au venit, față de 68% din cei fără deficiențe (după EDF, 2009).

Statisticile realizate de Eurostat în 2002 vin în completare cu variațiile procentajului de persoane cu dizabilități, angajate, din Europa, cel mai mare regăsindu-se în Finlanda (32%) și cel mai mic în România: 5,8% (Dupré, Karjalainen, 2003, p. 1). Tot din această cercetare, numită „Angajarea persoanelor cu dizabilități în Europa în 2002”, aflăm că doar aproape 16% din persoanele cu dizabilități și cu restricții de muncă primesc asistență la locul de muncă (*ibidem*, p. 5).

La nivel național, conform datelor recensământului realizat de INS în 2002 despre populația României și ale datelor ANPH din ultimul trimestru din 2009, despre numărul persoanelor cu dizabilități din România, reiese că procentul acestora din urmă este de 3% din populație. Chiar dacă procentajul nu pare semnificativ, trebuie să menționăm că, totuși, din acest număr de aproximativ 650 000 de persoane, 97% se află în îngrijirea familiilor și doar 4% sunt încadrate în muncă (ANPH, 2009). Acestea sunt însă numai cifrele oficiale, care nu includ grupurile „din umbră”, situate periferic în statistici, din diverse motive, cum ar fi apartenența la grupuri marginalizate sau din cauza unor factori ce țin de școlarizare, cultură, apartenența la rețele sociale, lipsă de comunicare și informații etc.

Aceste date statistice contribuie la cercetările și teoria despre legătura puternică și bidirecțională dintre dizabilitate și sărăcie și subliniază rezultatele empirice pe această temă.

## COSTURILE SOCIO-ECONOMICE ALE DIZABILITĂȚII

Sarcinile de îngrijire a unei persoane cu dizabilitate revine cel mai adesea membrilor familiei, de obicei ocupându-se mamele sau membri ai familiei de sex feminin, îngrijirea unui copil cu dizabilități severe putând aduce un plus în efortul casnic al mamei, ea nemaiputând să se ocupe de alte activități precum un serviciu (Miles, 1999). Dizabilitatea nu afectează doar individul, ci are și un impact asupra întregii comunități. Costurile excluderii persoanelor cu dizabilități de la participarea la activitățile comunității sunt foarte crescute, situație care ar trebui ameliorată de societate, în special în cazul persoanelor care au grijă de acestea. Excluderea poate să ducă la neproductivitate și pierdere de potențial uman, astfel încât Națiunile Unite estimează că 25% din populație este afectată de dizabilități (Despouy, 1993).

Costurile dizabilităților au trei componente principale:

- costurile directe de tratament, inclusiv cele de transport și acces;
- costurile indirecte ale celor care nu sunt afectați (asistenții personali sau alte persoane care au grijă de aceștia);
- costurile adiționale datorate incapacităților (după Erb & Harris-White, 1999).

Astfel, mai multe date internaționale ne sugerează că, în medie, consumul, precum și veniturile unei persoane cu dizabilități sunt mai reduse, dizabilitatea fiind considerată, metaforic, „fața ascunsă a sărăciei africane” (White, 1999).

### CONCLUZII ȘI PROPUNERI

Proiectantul politicilor sociale are responsabilitatea de a lua în considerare întregul ciclu de viață al individului și de a ține seama de faptul că dizabilitatea este o stare normală a vieții. Din cauza limitărilor funcționale, individul cu o anumită dizabilitate nu reușește să participe la viața socială și pe piața forței de muncă în egală măsură cu o persoană fără dizabilități; astfel, riscul de a deveni defavorizat economic este mai mare.

Este știut faptul că accesul la educație este afectat dublu, pe de o parte de limitările pe care o anumită dizabilitate le implică și, pe de altă parte, de eventuala precaritate economică.

Principala direcție care trebuie avută în vedere de către politicile sociale, și de cele privitoare la persoanele cu dizabilități, este diminuarea riscului la sărăcie printr-un mai bun acces pe piața forței de muncă și la sistemul de educație la toate nivelurile. Principala modalitate de îndeplinire a acestui obiectiv major este aplicarea măsurilor de incluziune socială, prin măsuri de politică socială eficiente.

Din cele menționate mai sus, reiese o evidentă legătură între dizabilitate și calitatea vieții unui individ cu anumite limitări funcționale, și nu doar în sfera muncii, ci și în cea a relațiilor interpersonale. De aceea, datorită insuficienței literaturii de specialitate și a datelor empirice la nivel de politici sociale, se pot deschide noi direcții de cercetare, care să ne ofere o imagine adecvată asupra acestor aspecte la nivelul României.

În opinia noastră, măsurile de politică socială pentru persoanele cu dizabilități ar trebui să realizeze o convergență între măsurile pasive, legislative și cele active de integrare pe piața forței de muncă, prin aplicarea reală a măsurilor legislative. Considerăm utilă metoda de a combina aceste două abordări, la baza cărora să stea serviciile de orientare profesională și vocațională, precum și servicii de recuperare și reabilitare funcțională și socială.

Nu în ultimul rând, dacă dorim să vorbim de o bună incluziune socială a persoanelor cu dizabilități, trebuie menționat faptul că pentru realizarea acesteia trebuie avute în vedere și campanii solide, duse cu scopul de a schimba o mentalitate încă distorsionată, asupra persoanelor cu dizabilități.

**BIBLIOGRAFIE**

1. ASHTON, B. (1999), *Promoting the Rights of Disabled Children Globally – Disabled Children Become Adults: Some Implications*, Action on Disability & Development.
2. BRAITHWAITE, J., MONT, D. (2008), *Disability and Poverty: A Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications*, Banca Mondială.
3. BROCK, K., (1999), *A Review of Participatory Work on Poverty and Illbeing. Consultations with the Poor*, Prepared for Gloval Synthesis Workshop, September 22–23, 1999, Poverty Group, PREM, World Bank, Washington, DC.
4. DESPOUY, L. (1993), *Human Rights and Disabled Persons (Study Series 6)*, Centre For Human Rights, Geneva UN New York.
5. DUPRÉ, D., KARJALAINEN, A. (2003), *Employment of Disabled People in Europe in 2002*, Statistics in focus, Population and Social Conditions, Theme 3–26/2003, Eurostat, European Communities.
6. ELWAN, ANN (1999), *Poverty and Disability. A Survey of the Literature*, Human Development Network, Banca Mondială.
7. ERB, HARISS-WHITE, B. (1999). *Adult Disability, Poverty and Downward Mobility: The Macro and Micro Picture From India*, Development Studies Association Annual Conference, University of Beth.
8. FICKE, R.C. (1991), *Digest of Data on Persons with Disabilities*, Washington, DC. National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
9. Grupul de Studiu al Problematicii Handicapului (2001), *Oameni asemenea: Persoanele cu handicap din România*, București, Editura Compania.
10. International Disability and Development Consortium (IDDC) (1999). *Seen and Heard: Promoting the Rights of Disabled Children Globally*, Brighton.
11. MANEA, L. (2006), Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație, *Calitatea vieții*, 1–2: 1–10.
12. MILES (1999), *Strengthening Disability and Development Work*, BOND discussion paper.
13. Organizația Mondială a Sănătății (2001), *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*.
14. POPESCU, GABRIELA, PLEȘA, O. (coord.) (1998), *Handicap. Readaptare. Integrare*, București, Editura Pro Humanitate.
15. United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office (1990). *Disability Statistics Compendium*, New York, Statistics on Special Population Groups, Series Y, No. 4.
16. WHITE, H. (1999), *Africa Poverty Status Report*, Third Draft, SPQ.
17. YEO, R. (2001), *Chronic Poverty and Disability*, Background Paper Number 4, Chronic Poverty Research Centre.
18. www.anph.ro – Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap (ANPH).
19. www.edf-feph.org – European Disability Forum (EDF).
20. www.insse.ro. – Institutul Național de Statistică (INS).