

Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano

SITUACION NACIONAL

TOMO 1

Investigación

Julio Cesar Gómez Beltrán

Clara Inés González de B



Septiembre de 2008

CONTENIDO

RESUMEN	4
PRESENTACIÓN.....	5
1. EXCLUSIÓN EN CAPITAL HUMANO Y CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD.....	7
1.1 NIVELES DE EXCLUSIÓN EN CAPITAL HUMANO	7
1.2 DISCAPACIDAD Y EXCLUSIÓN	10
1.3 DIMENSIÓN PERSONAL	13
1.3.1 Dimensión corporal	13
1.3.1.2 Deficiencias por persona	15
1.3.1.3 Principal deficiencia	16
1.3.1.4 Periodo en el cual adquirió la discapacidad	17
1.3.1.5 Origen de la discapacidad	18
1.3.2 Factores personales	21
1.3.2.2 Etnia.....	26
1.3.2.3 Vive solo o acompañado	26
1.3.2.4 Personas a cargo.....	27
1.3.2.5 Beneficio de programas sociales.....	28
1.3.2.6 Ayuda de otras personas.....	30
1.4 DIMENSIÓN INDIVIDUAL	32
1.4.1 Limitaciones en la vida diaria	32
1.5 DIMENSIÓN SOCIAL.....	33
1.5.1 Área geográfica y nivel de la vivienda	35
1.5.2. Servicios Públicos domiciliarios.....	38
1.5.3 Acceso al agua potable	40
1.5.4 Condiciones de la vivienda.....	41
1.5.5 Barreras actitudinales.....	43
1.5.6. Barreras físicas, arquitectónicas	47
1.5.7 Uso de medios de comunicación.....	49
2. EXCLUSIÓN EN SALUD	51
2.1 EXCLUSIÓN EN SALUD	53
2.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	56
2.2.3 Uso de los servicios de salud	60
2.3 PERCEPCIÓN DE RECUPERACIÓN.....	74
3. EXCLUSIÓN EN EDUCACION.....	76
3.1 EXCLUSION EDUCATICA	78
3.2 ALFABETISMO	82

3.3	ASISTENCIA ESCOLAR	83
3.4	TIPO DE ESTABLECIMIENTO AL QUE ASISTE	86
3.5	NIVEL EDUCATIVO.....	87
3.6	APOYOS PARA LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA.....	89
	3.6.1 Integración social y educativa	90
	3.6.2 Desarrollo Humano.....	98
	3.6.3 Oportunidad y equilibrio.....	102
4.	CONCLUSIONES.....	105
5.	RECOMENDACIONES	108
	ANEXO 1. METODOLOGIA.....	110
	INDICADOR DE EXCLUSIÓN	110
	Indicador de exclusión en salud.....	111
	Indicador de exclusión en educación.....	113
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115

RESUMEN

La situación de salud y educación (Capital Humano) de las personas con discapacidad no sólo depende de las acciones independientes de un sector en particular, sino de la acción integral del Estado, de la voluntad política del gobierno central y territorial, de la pertinencia de la oferta, y la construcción de políticas públicas para mejorar condiciones de vida, disminuir el riesgo de exclusión y de discapacidad, es decir, hacer posible el disfrute pleno de los derechos de este grupo poblacional.

El análisis de la información evidencia diferentes grados de exclusión en Capital Humano, exclusión que se relaciona con las condiciones del entorno, con las características individuales y las condiciones sociales en la que se desarrolla la cotidianidad de las personas en situación de discapacidad.

En este primer tomo se analiza la situación general a través de la aplicación de un indicador creado para medir la magnitud de la Exclusión en Capital Humano de las personas en situación de discapacidad en Colombia, y se toma como insumo la información estadística del “Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad”. Mediante el uso del Análisis de Correspondencias Múltiples, se establecen relaciones estadísticas entre las diversas variables del registro para inferir el grado de exclusión con respecto a los derechos de salud y educación de cada individuo, posteriormente se calcula la proporción de personas excluidas en cada entidad territorial, y sobre estos resultados se forman cinco niveles de exclusión para clasificar municipios y departamentos.

PRESENTACIÓN

Al analizar la actual situación de las personas con discapacidad, observamos con preocupación que, pese a los instrumentos y las actividades desarrolladas, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras actitudinales y físicas que les impide participar en igualdad de condiciones con las demás personas en la vida familiar, social y comunitaria, no tienen oportunidad para disfrutar de sus derechos.

Hoy día la gestión pública debe comenzar a responder a los compromisos que el Estado Colombiano adquiere de cara a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹, una convención amplia e integral que promueve y protege los derechos y la dignidad de las personas, impulsa el desarrollo social, la defensa de los derechos y la no discriminación, una convención que tiene en cuenta las recomendaciones tanto de la Comisión de Derechos Humanos como de la Comisión de Desarrollo Social.

La Convención reconoce a la familia como unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad, que la persona con discapacidad debe recibir protección de ésta y del Estado, que aquellos hogares sumergidos en la pobreza y la miseria deben recibir protección integral y la asistencia del Estado. Solo mediante el cumplimiento de estos compromisos se ayudará a disminuir la profunda desventaja social de las personas con discapacidad, se promoverá su participación, y la igualdad de oportunidades en los ámbitos económico, civil, político, social y cultural.

Es en relación a estos derechos, como los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea

¹ ONU. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Diciembre 13 de 2006

necesario, en el marco mismo de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la Convención y que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

Frente a los requerimientos de la Convención y la jurisprudencia que sobre discapacidad se viene produciendo especialmente a través de la Corte Constitucional, el registro le permite al país contar con una línea de base en la cual se observa la magnitud de las necesidades de este grupo poblacional en todos los territorios, orienta la gestión pública, y si la acción es acertada y pertinente, se modifican positivamente los indicadores, y los territorios mejorarán su posición en cuanto a los niveles de exclusión que hoy poseen. La información del registro además facilita identificar aquellos factores asociados a la exclusión que pueden ser modificados mediante la generación de políticas de intervención en discapacidad en el nivel territorial.

La presente investigación de tipo descriptivo², presenta los resultados de la aplicación del registro, de cierta manera permite observar los vacíos que aún tenemos en el desarrollo de la política pública de discapacidad, pues se apuesta a mejorar la calidad de vida de las personas, la situación encontrada es el resultado de los aciertos y desaciertos, de las acciones y omisiones en el desarrollo de la gestión pública nacional y territorial; el análisis se complementa con la aplicación del Indicador de Exclusión en Capital Humano, con el cual logramos clasificar los departamentos según los niveles de exclusión en salud y educación.

Posiblemente quedarán por fuera otros elementos de análisis igualmente importantes, por ello no se pretende dar por terminada la investigación, y se considera como un paso hacia una mayor comprensión del verdadero costo social, político y económico que representa la discapacidad en nuestro país.

² Tamayo y Tamayo, Mario. El proceso de la Investigación científica. Limusa Noriega Editores. México. 2004

1. EXCLUSIÓN EN CAPITAL HUMANO Y CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

1.1 NIVELES DE EXCLUSIÓN EN CAPITAL HUMANO

La exclusión en Capital Humano, se puede comprender como un componente esencial de la exclusión social, entenderla como la negación de los derechos para satisfacer necesidades de salud y educación, también desde el acceso a atención médica o a la afiliación al sistema de seguridad social vigente y la participación dentro del sistema educativo. Para el presente trabajo se considera que la persona con discapacidad registrada y excluida en los derechos de salud³, de educación⁴, o ambos simultáneamente, cumplen la condición de exclusión en Capital Humano.

Para la construcción del indicador se utilizó la base estadística del registro y se aplicó el análisis de correspondencias múltiples, si bien el análisis multivariado permite realizar agrupaciones a través de análisis de cluster, se tomó la decisión de realizar la clasificación⁵ de los territorios a partir del porcentaje de población excluida en Capital Humano que se encuentre en cada uno de ellos.

Cuadro 1. Niveles de exclusión en Capital Humano

Indicador Departamental de exclusión Capital Humano				
Nivel	Límite Inferior	Límite Superior	No. Departamentos	%
Nivel 1 – Bajo	0	47,9	4	12,1%
Nivel 2 – Medio Bajo	48	56,9	7	21,2%
Nivel 3 – Medio	57	59,9	5	15,2%
Nivel 4 – Medio Alto	60	65,9	14	42,4%
Nivel 5 – Alto	66	100	3	9,1%
TOTAL			33	100%

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

³ González CI. Discapacidad y exclusión social en Colombia. El caso de salud: una mirada desde la información estadística del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007

⁴ Gómez JC. Magnitud de la Exclusión Educativa de las personas con discapacidad en Colombia. Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007

⁵ Para ello se utilizó Dalenius que es una metodología usada para asignar los niveles o grupos y define automáticamente los límites de cada grupo.

Al aplicar el Indicador de Exclusión en Capital Humano (IECH), se identificaron 4 departamentos en un nivel de Baja exclusión, estos son aquellos que poseen menos del 48% de personas registradas excluidas (salud-educación); en el nivel de exclusión Medio Bajo se encuentran 7 departamentos, son los que tienen entre el 48% y el 56,9% de sus habitantes registrados excluidos; el nivel Medio de exclusión agrupa 5 departamentos que tienen entre el 57,0% y el 59,9% de su población excluida; en el nivel Medio Alto de exclusión aparecen 14 departamentos, aquellos que tienen entre el 60% y el 65,9% de su población registrada excluida, y finalmente el nivel Alto de exclusión agrupa 3 departamentos que tienen más del 66% de la población excluida. En el cuadro 2 y mapa 1, se observa esta clasificación departamental.

Cuadro 2. Clasificación Departamental según Indicador de Exclusión en Capital Humano

No. Orden	Departamento	IECH	Nivel*	No. Orden	Departamento	IECH	Nivel
1	San Andrés	22,69	B	17	Guajira	60,58	MA
2	Bogotá	32,39	B	18	Norte de Santander	60,84	MA
3	Amazonas	39,55	B	19	Putumayo	61,81	MA
4	Risaralda	46,01	B	20	Guaviare	62,13	MA
5	Caldas	51,21	MB	21	Vaupés	62,77	MA
6	Valle	52,05	MB	22	Antioquia	62,80	MA
7	Quindío	54,82	MB	23	Arauca	63,62	MA
8	Boyacá	55,55	MB	24	Huila	63,64	MA
9	Cesar	55,67	MB	25	Caquetá	63,84	MA
10	Guainía	56,37	MB	26	Casanare	63,99	MA
11	Cundinamarca	56,52	MB	27	Sucre	64,21	MA
12	Meta	57,21	M	28	Vichada	64,24	MA
13	Bolívar	57,67	M	29	Magdalena	65,11	MA
14	Atlántico	57,98	M	30	Santander	65,14	MA
15	Nariño	58,85	M	31	Tolima	67,46	A
16	Chocó	59,71	M	32	Córdoba	69,78	A
				33	Cauca	70,88	A

* B: Bajo, MB Medio: Bajo, M: Medio, MA: Medio Alto, A: Alto

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

1.2 DISCAPACIDAD Y EXCLUSIÓN

La gestión pública debe comenzar a responder hoy por hoy a los compromisos que el Estado Colombiano adquiere de cara a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, una convención que promueve y protege los derechos y la dignidad de las personas, impulsa el desarrollo social, y la no discriminación.

El Estado debe garantizar a las personas el disfrute pleno de los derechos, su aplicación determina en los territorios el grado de **desarrollo social integral**, pues sólo en los municipios los derechos se hacen efectivos. Estos derechos cubren las necesidades humanas fundamentales, necesidades que en nuestra Carta Magna se encuentran elevadas a nivel de derechos constitucionales.

Cuadro 3. Clasificación de la Necesidades Humanas Fundamentales

Necesidad Humana*	Artículos de la Constitución	Fenómeno social
Salud y Saneamiento ambiental	44, 46, 47, 48, 49, 50, 64	Salud y saneamiento básico
Educación	27, 44, 54, 64, 67, 68	Educación
Vivienda	51, 64	Vivienda y saneamiento básico
Seguridad alimentaria	64, 65, 66	Consumo básico
Libertad	13, 15, 16, 17, 18, 19, 20	Derechos ciudadanos
Protección	13, 44, 45, 46, 47, 48	Seguridad Pública, seguridad social
Participación	14, 23, 40	Participación comunitaria
Entendimiento	14, 37, 38	Solidaridad, apoyo comunitario
Identidad	44, 68, 70, 71, 72	Tradiciones culturales
Ocio	52	Recreación y deporte
Creación	16, 44, 54, 61, 64, 0, 71	Inventos y talentos
Afecto	42, 44	Unidad familiar

Elaboró: Gómez JC * Tomando las categorías utilizadas por Max – Neef.

Uno de los más importantes aportes en la nueva concepción de la discapacidad, es entenderla como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y aquellas barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás⁶”. La discapacidad se relaciona estrechamente con la exclusión, es más recurrente dentro de los hogares en condiciones de pobreza, las barreras de la discapacidad contienen múltiples categorías propias de la pobreza y la marginalidad.

En la discapacidad existe una correlación múltiple entre varios agentes: el primero, es la manifestación de la discapacidad que se da en la persona misma, en su *dimensión corporal* (deficiencias en la estructura o funciones corporales); luego en las alteraciones de su *dimensión individual*, en el desarrollo de la cotidianidad (limitaciones en la actividad) y posteriormente en las de la *dimensión social*, que se manifiesta en la forma como la persona se involucra en espacios o roles de la vida común (restricciones en la participación); además cobra especial atención la forma como la persona se relaciona con su entorno inmediato, entorno natural o creado y que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad, CIF, lo identifica como “Factores contextuales”.

Con la información del Registro podemos acercarnos al conocimiento de la discapacidad y el entorno, así que este primer análisis, borda la totalidad de la base estadística, se caracteriza la situación de exclusión social de todas las personas registradas, y esta situación se confronta con la magnitud de la exclusión en los departamentos según el nivel de exclusión en Capital Humano.

Ahora bien, siguiendo el marco conceptual de la discapacidad, se utilizan tres categorías o dimensiones de análisis:

⁶ Naciones Unidas, Asamblea General. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Diciembre 6 de 2006. Pág. 2

- a. Dimensión personal o corporal y Factores Personales: desde el *ser*, es el análisis de aquellas variables relacionadas con las particularidades propias de las personas, las deficiencias en sus estructuras o funciones corporales, se complementa con información sobre las causas de la discapacidad y las características demográficas (sexo, edad, etnia, entre otras).

Las respuestas desde lo territorial, comprende planes, programas, o proyectos dentro del componente de Promoción de espacios protectores y Prevención de la discapacidad, este componente se encuentra estrechamente relacionado con la ejecución del Plan Nacional de Salud Pública.

- b. Dimensión individual, desde el *hacer*, desde las limitaciones que las personas registradas reportan al momento de realizar sus actividades de la vida diaria, en sus habilidades y destrezas, en su capacidad para el desempeño.

La respuesta desde lo territorial se da en el marco del componente de Habilitación y Rehabilitación, mediante la acción responsable de las EPS, el fortalecimiento de los Bancos de Ayudas Técnicas, la generalización de la estrategia de Rehabilitación basada en Comunidad - RBC-, y el control y seguimiento responsable del Estado en cuanto a cobertura y calidad de los servicios.

- c. Dimensión social, desde el *estar* y el *tener*, con la descripción de los factores del entorno que afectan su participación en espacios de vital importancia, en el juego de roles, en su realización como ser humano, y como ciudadano en el pleno disfrute de sus derechos, en el acceso a bienes y servicios en las mismas condiciones de los demás. En el marco del registro analizamos las condiciones de la vivienda: el estrato, la disponibilidad de servicios públicos, el acceso al agua potable, el tipo y forma de tenencia de la vivienda. Finalmente, se muestran los resultados de las variables del registro relacionadas con algunas condiciones sociales o restricciones en la participación.

Las acciones inclusivas van desde la identificación de las barreras actitudinales y físicas a modificar, el fortalecimiento de canales de comunicación, el disfrute de los derechos entre los cuales salud, y la educación son de vital importancia, así como la promoción de la participación organizada por parte de las personas o sus familias en los espacios de veeduría ciudadana y los de planificación establecidos para tal fin en la Ley 1145/2007.

1.3 DIMENSIÓN PERSONAL

La discapacidad y la exclusión afecta en un primer momento a la persona en sí, es ella quien vive, soporta y siente los efectos de la pobreza, o la marginalidad, es en su propio cuerpo, en el grado de bienestar en la cual se manifiesta la acción o la omisión del Estado, es en sus condiciones de vida en las que se hacen patentes los efectos de la política, el cumplimiento o la negación de sus derechos.

1.3.1 Dimensión corporal

Si se compara la información estadística anterior (1993), cuando en nuestro país la discapacidad tan solo se relacionaba con las deficiencias severas como ceguera, sordera, mudez, retraso mental, y pérdida o parálisis en miembros superiores e inferiores, hoy desde la Organización Mundial de la Salud, OMS, podemos apreciar un panorama mucho más amplio y complejo.

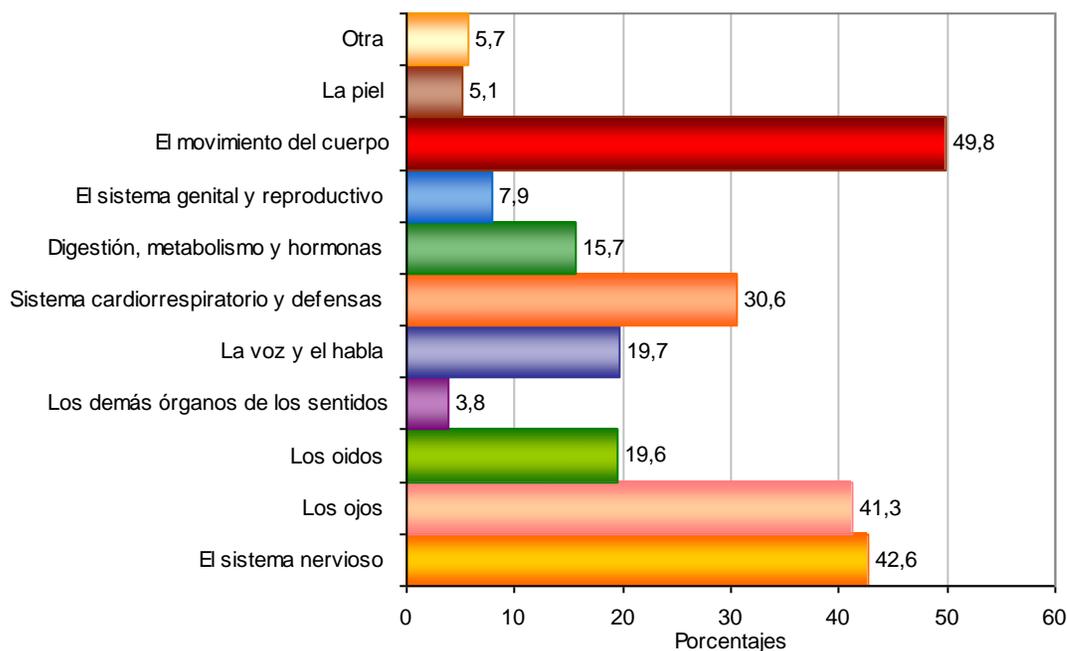
1.3.1.1 Deficiencias

Una persona puede presentar más de una deficiencia, las personas registradas presentan en promedio 2,4 deficiencias permanentes, ya sea ésta física o mental. En las personas registradas, la mayor frecuencia corresponde a deficiencias en funciones o estructuras relacionadas con el movimiento del cuerpo, en sus miembros superiores e inferiores (49,8%); le siguen en orden de importancia aquellas en las cuales se encuentra comprometido el sistema nervioso (42,6%);

los ojos (41,3%); las estructuras relacionadas con voz y habla (19,7%), y las deficiencias en los oídos (19,6%).

Desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, CIF, hoy debemos observar otras personas que anteriormente no habían sido medidas ni atendidas, como aquellas con deficiencias relacionadas con el sistema cardiorrespiratorio y las defensas (30,6%); las que presentan alteraciones en el sistema digestivo, metabólico y endocrino (15,7%); las que involucran el sistema genital, reproductivo (7,9%); piel, uñas y cabello (5,7%), y los sentidos de gusto, olfato y tacto (3,8%), muchas de estas son atendidas desde los territorios y conocen como “las crónicas”.

Gráfico 1. Personas registradas, según deficiencia en la estructura o función corporal

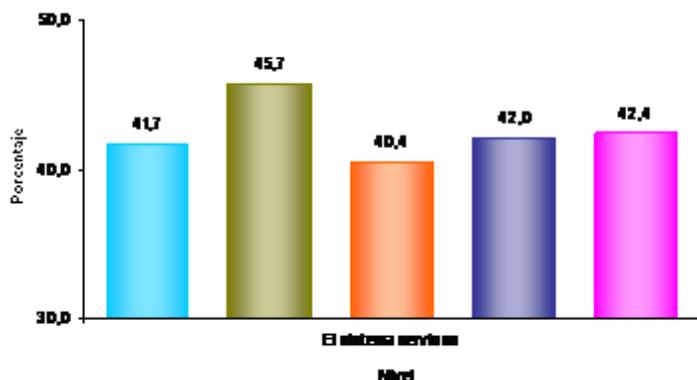


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Las condiciones socio económicas y los perfiles epidemiológicos no son los mismos en todos los departamentos, por tal motivo la anterior distribución presenta variaciones en cada uno de ellos; según el nivel de exclusión en Capital

Humano departamental, observemos el comportamiento en lo que se relaciona con las deficiencias en el sistema nervioso.

Gráfico 2. Porcentaje de personas registradas, según deficiencia en el Sistema Nervioso, por nivel de exclusión en Capital Humano



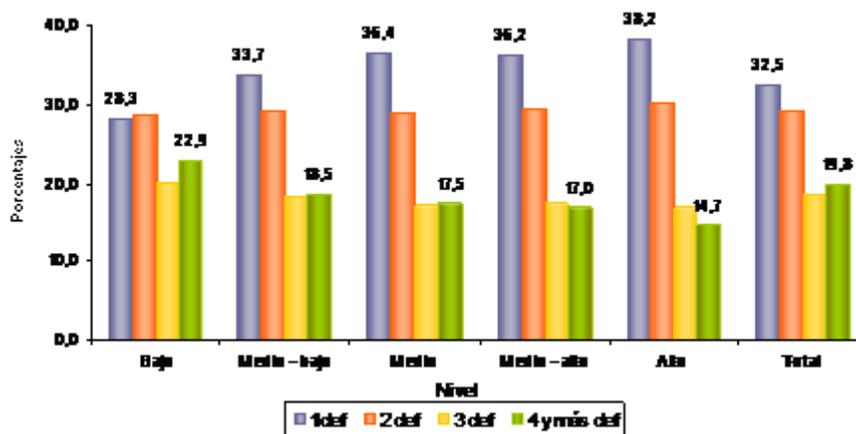
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Mientras que las deficiencias en el sistema nervioso afecta al 42,4% de todas las personas registradas, en los departamentos con un nivel de Baja exclusión en Capital Humano, afecta al 41,7% de las personas; en los departamentos del nivel Medio bajo alcanza la mayor tasa (45,7%); en los departamentos del nivel Medio llega al mínimo de incidencia (40,4%), para subir levemente en los de exclusión Media alta y Alta.

1.3.1.2 Deficiencias por persona

Ahora bien, sí la distribución del tipo de deficiencias es muy similar en todos los niveles de exclusión en salud, al examinar el número de deficiencias por persona, las diferencias son más notorias. El 32,5% del total de las personas presenta una deficiencia; en el nivel de Baja exclusión en Capital Humano es el 28,3% y en el nivel Alto el 38,2%, mientras que el 19,8% del total presenta cuatro o más deficiencias por persona, en el nivel Bajo es el 22,9%, en el nivel Medio bajo el 18,5%, en el nivel Medio el 17,5%, en el nivel Medio alto el 17,0% y en el nivel Alto el 14,7%.

Gráfico 3. Porcentaje de personas registradas, por número de deficiencias por persona, según nivel de exclusión en Capital Humano



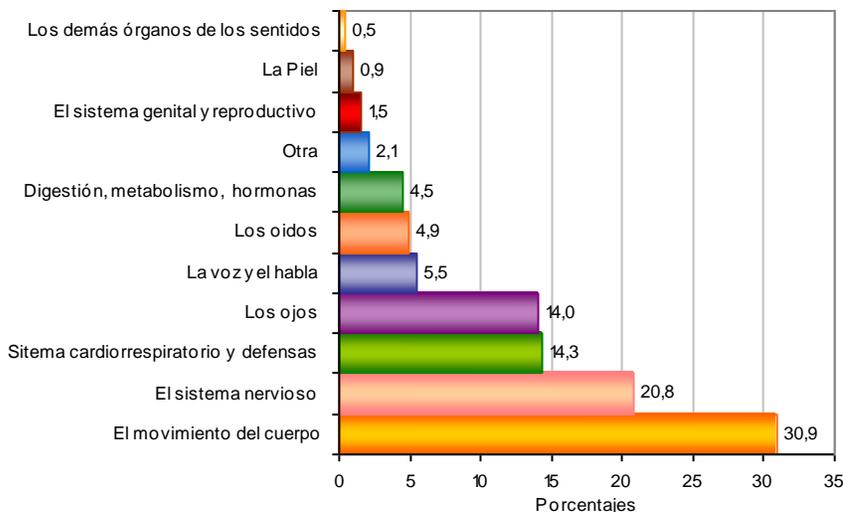
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Algunos datos sugieren que la presencia de un mayor número de deficiencias por persona, no necesariamente significa para algunos de ellos mayores probabilidades de ser excluido o de ser menos excluido, lo que puede ser explicado por la presencia de factores culturales que inciden en que la población con más de una deficiencia busque con mayor frecuencia e insistencia los apoyos o los servicios del Estado, dado que tiene mayores dificultades en el desempeño diario y eso disminuye la posibilidad de sostenerse por sí mismo; mientras que las personas con una deficiencia pueden seguir “normalmente” y al no conocer sobre sus derechos llegan a considerar equivocadamente que no requieren apoyo del Estado.

1.3.1.3 Principal deficiencia

Al explorar la información del registro por principal deficiencia, es decir, la deficiencia que más afecta el desempeño diario, las personas identifican en primer lugar, aquellas estructuras o funciones relacionadas con el movimiento del cuerpo, piernas, brazos, y manos con un 30,9%.

Gráfico 4. Porcentaje de personas registradas, por principal deficiencia en las estructuras o funciones corporales



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En segundo lugar las del sistema nervioso un 20,8%; siguen en tercer lugar las del sistema cardiorrespiratorio 14,3%; luego las de los ojos 14,0%; en quinta posición las deficiencias en estructuras relacionadas con voz y habla 5,5%; sexto lugar para las deficiencias en los oídos 4,9%; luego las de digestión y metabolismo 4,5%; octavo el sistema genital y reproductivo 1,5%; le siguen las deficiencias que relacionan piel, uñas y cabellos 0,9% y finalmente las deficiencias en los sentidos de olfato, gusto y tacto 0,5%. Se menciona la opción “otra” con un 2,1%.

1.3.1.4 Periodo en el cual adquirió la discapacidad

El tiempo que lleva la persona en esta situación es vital para analizar posibilidades de rehabilitación y factores de riesgo que pueden estar presentes en cada uno de los principales ciclos vitales. Con base en la información de la pregunta que indaga en el registro por el tiempo que lleva la persona con la principal deficiencia, se realizó una clasificación de la misma, y se calcularon las frecuencias, los resultados por niveles de exclusión Capital Humano se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 4. Porcentaje de personas por periodo en el cual adquirió la discapacidad, por nivel de exclusión en Capital Humano

Nivel de exclusión	Al nacer	Niñez	Adolescencia	Juventud	Adulterz	Adulto mayor
Bajo	14,3	6,0	7,3	9,9	43,3	19,2
Medio bajo	22,4	8,3	8,8	10,5	32,7	17,2
Medio	18,2	7,9	9,4	10,8	35,5	18,2
Medio alto	23,6	8,4	9,5	10,9	32,6	15,0
Alto	24,7	8,4	8,7	10,1	30,4	17,7
Total	20,2	7,6	8,6	10,4	35,7	17,4

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

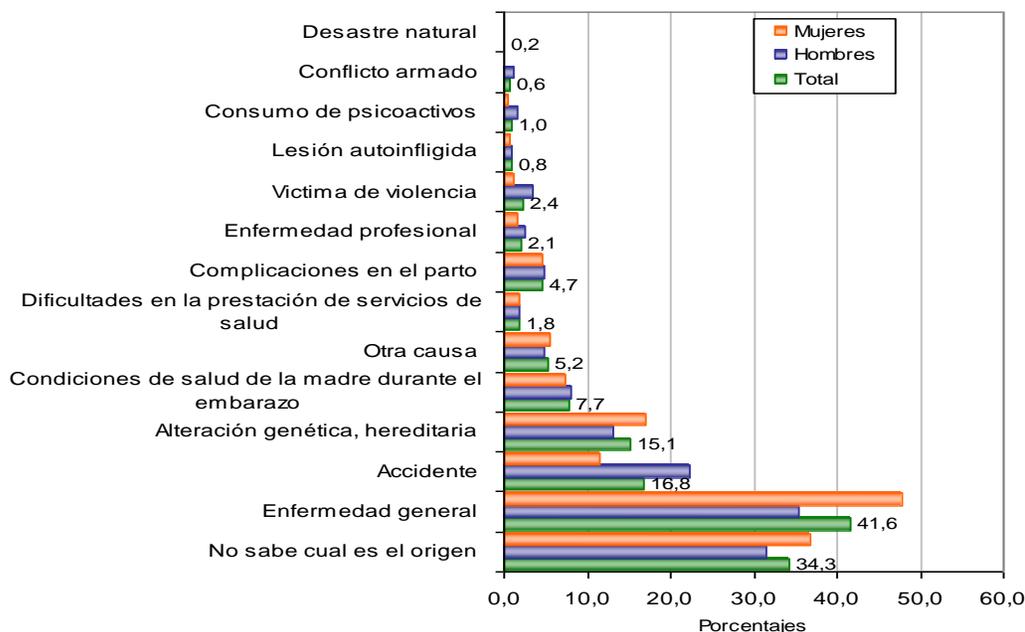
En el nivel Alto de exclusión en Capital Humano se presentan las mayores frecuencias de adquisición de las deficiencias al nacer y la niñez, mientras que en la adolescencia y en la juventud las mayores frecuencias se registran en el nivel Medio alto. Las deficiencias originadas en la adulterz y en la vejez, presentan las mayores proporciones en el nivel Bajo. Lo anterior sugiere que la exclusión está relacionada de alguna manera con el periodo en el cual se adquirió, y se destaca más el que las personas registradas hayan nacido con la misma (20,2%), o la hayan adquirido en la adulterz (35,7).

De otro lado, es probable que haya exclusión como resultado de la discapacidad, o que la discapacidad se haya generado porque el individuo hubiese sido excluido en salud, previamente, pero los datos del registro no permiten comprobar estas relaciones de causalidad.

1.3.1.5 Origen de la discapacidad

Las condiciones de vida de la persona, la familia, el entorno, su ubicación geográfica, las condiciones socioeconómicas y culturales, determinan el bienestar de las personas, establecen un perfil epidemiológico único que los caracteriza en cada uno de sus territorios. No todas las personas registradas, conocen el origen o la causa de su discapacidad, el 34,3% manifiesta desconocerlo, el 31,5% de los hombres y el 36,8% de las mujeres.

Gráfico 5- Porcentaje de personas registradas, según causa de la discapacidad.



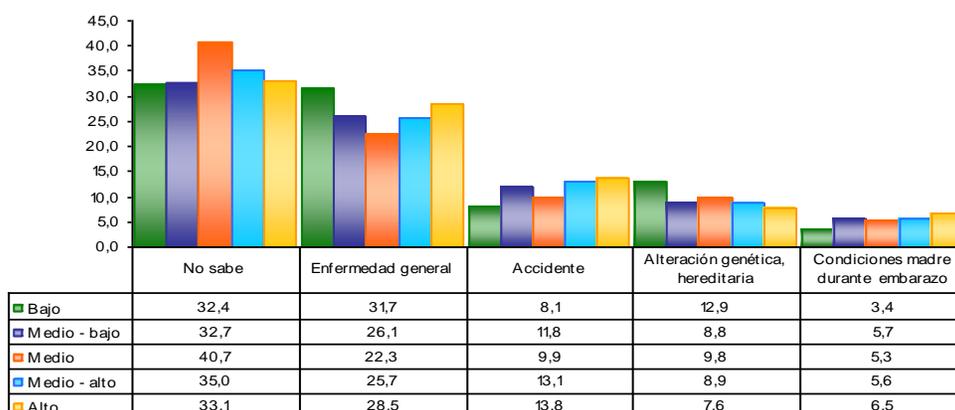
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Las cuatro principales causas de la discapacidad identificada en nuestro país corresponde a las enfermedades generales (41,6%); a los accidentes el 16,8% (de tránsito 26,7%, en el hogar 30,1%, en centros educativos 1,2%, de trabajo 27,9%, deportivos 2,0%, otros 11,6%); a las alteraciones genéticas – hereditarias (15,1%); a las condiciones de la madre durante el embarazo el 7,7%; a las complicaciones en el momento del parto 4,7%. Luego aparecen las enfermedades profesionales (2,1%), como víctimas de violencia (2,4%), a las dificultades en la prestación de servicios de salud (1,8%); al consumo de psicoactivos (1%), a lesiones autoinfligidas (0,8%), como víctimas del conflicto armado (0,6%). Cabe resaltar como dentro de las víctimas de la guerra, el 60,7% son por la acción de armas de fuego, 12,3% por bomba y explosivos, 15,1% por minas antipersona y 11,3% por otro tipo de arma.

La información sobre el origen de la discapacidad sugiere que la exclusión puede estar marcada por el acceso o no a la información de la causa, la que no sólo es importante para la persona y su familia, sino para los planificadores quienes deben

realizar el diseño y ejecución de programas que permitan identificar los posibles riesgos de su población (perfil epidemiológico), al tener certeza sobre las causas que ocasionan situaciones de discapacidad en un territorio determinado, se facilita la identificación de factores de riesgo y factores protectores, se focalizan los recursos disponibles para la promoción de espacios saludables y la prevención de la discapacidad.

Gráfico 6- Porcentaje de personas registradas, por principales causa de la discapacidad, según nivel de exclusión en Capital Humano.



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

De acuerdo con el nivel de exclusión en Capital Humano en los departamentos, la estructura de las principales causas de la discapacidad cambian, mientras que a nivel nacional el 34,3% de las personas no saben cuál es el origen, este porcentaje varía del 33,1% en el nivel de Alta exclusión, al 40,7% en los departamentos del nivel Medio.

La enfermedad general como causa principal afecta al 41,6% de las personas registradas, pero afecta desde el 31,7% en departamentos del nivel Bajo de exclusión, al 22,3% en los del nivel Medio. Los accidentes como causa de discapacidad son más frecuentes en departamentos con Altos niveles de exclusión (13,8%), y menos en los de Baja exclusión (8,1%). Las causas genéticas o hereditarias son muy importantes en departamentos de Baja exclusión (12,9%), mientras que las complicaciones de la madre durante el embarazo son

especialmente frecuentes en los departamentos con niveles de Alta exclusión (6,5%).

1.3.2 Factores personales

Los aspectos relacionados con las variables demográficas como la edad y el sexo, son fundamentales en la caracterización de la discapacidad y corresponden a los factores contextuales de la CIF y definidos como “factores personales” que no están clasificados, pero que se pueden incorporar al aplicar la clasificación⁷.

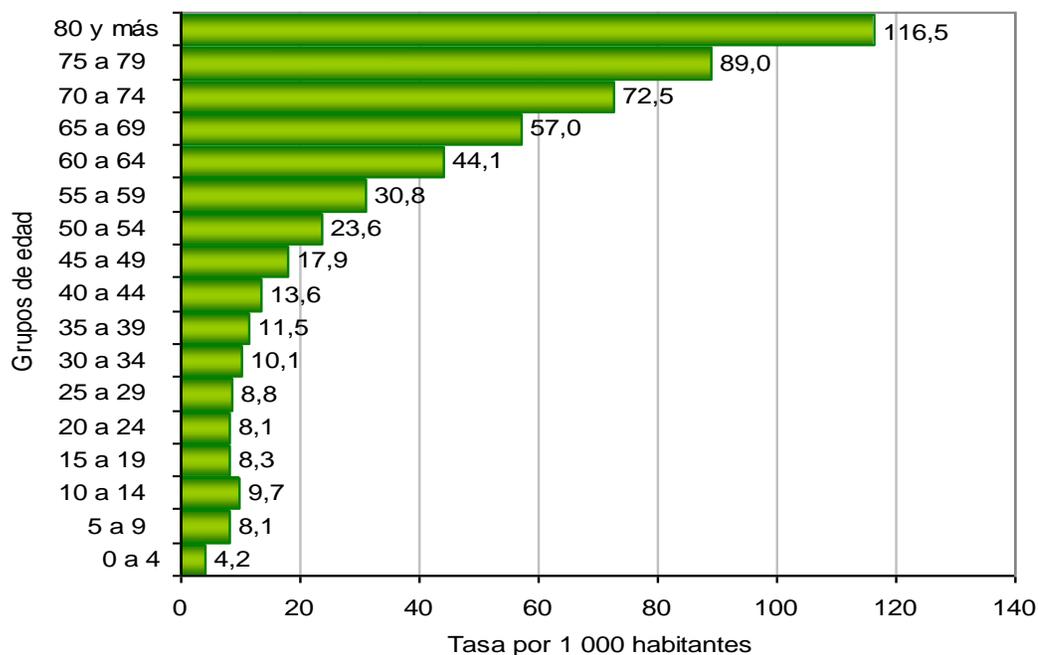
El riesgo de presentar una situación de discapacidad aumenta con la edad, dado que con el avance en el ciclo vital, el ser humano pierde habilidades y destrezas. Para realizar estudios de tipo demográfico que contemplen variables que son afectadas por la estructura de la edad, se recomienda realizar una “tipificación”⁸ del evento a observar y analizar, es decir, la prevalencia de la discapacidad por grupos de edad. Al confrontar el total de la población obtenida en el Censo General 2005, con la de las personas con discapacidad registradas, el anterior análisis de hace más evidente.

La edad de las personas registradas va de los cero a los 116 años. La prevalencia muestra que por cada mil niños registrados de cero a cuatro años, 4,2 de ellos son niños con discapacidad; en los menores de 5 a 9 años la tasa es del 8,1; en los niños de 10 a 14 años del 9,7; en los jóvenes de 15 a 19 años el 8,3; a partir de los 44 años es mayor su frecuencia alcanzando el 17,9; en el grupo de 60 a 64 años el 44,1 y en las personas mayores de 80 años la prevalencia es de 116,5 abuelos por cada mil habitantes.

⁷ OMS, CIF, pág. 232

⁸ CELADE. Demografía II. Weltri, Carlos, Editor, pág 36

Gráfico 7. Prevalencia por mil, según grupos de edad



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

1.3.2.1 Distribución por sexo y edad

La información del Registro reporta una proporción mayor de mujeres (52,2%) que de hombres (47,8%), esta distribución es cercana a la proporción de la población total del país⁹.

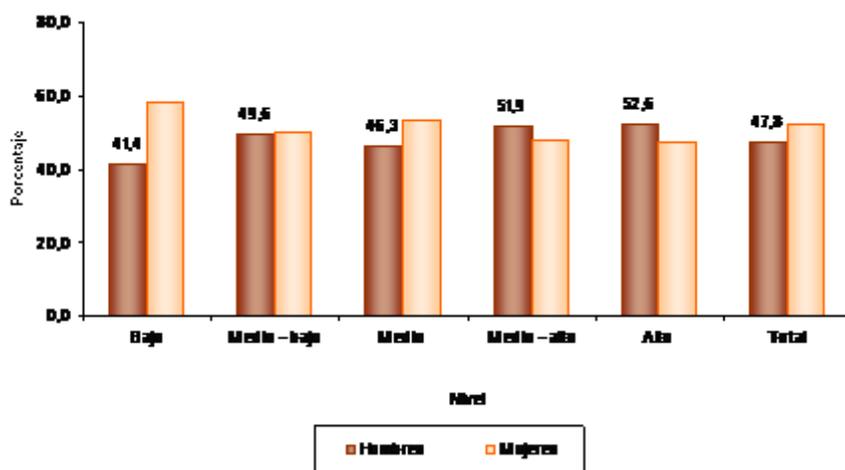
La Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad llama en su artículo 6º a los Estados para que se reconozca que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación, por lo cual deben adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se deben tomar todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades

⁹ Según el Censo General 2005, del DANE, las mujeres son el 51% de la población.

fundamentales, sobre este particular es necesario avanzar rápidamente en estudios que permitan analizar más en profundidad la situación de la mujer con discapacidad en nuestro país.

Si observamos el siguiente Gráfico, vemos como esta composición nacional varía en los departamentos según el nivel de exclusión en Capital Humano, son hombres en los departamentos con nivel Bajo el 41,4%, en el nivel Medio bajo son el 49,6%, en el nivel Medio el 46,3%, en el Medio alto el 51,9% y en el nivel Alto el 52,6%. La mayor participación de mujeres se da en el nivel Bajo (58,6%) y la menor se encuentra en los departamentos del nivel Alto (47,4%).

Gráfico 8. Porcentaje personas registradas por sexo, según nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Existen igualmente algunas diferencias al revisar la información por los grupos de edad. En el siguiente cuadro y gráfico se observa como la proporción de hombres es mayor desde los cero hasta los 35 años, de allí en adelante son las mujeres quienes presentan una mayor proporción siendo el más alto porcentaje en aquellas mujeres que son mayores de 85 años (59,4%).

Cuadro 5. Porcentaje de personas registradas por sexo y grupos de edad

Grupos de edad	total	% Hombres	% Mujeres
Total		47,8	52,2
De 0 a 4 años	2,7%	55,9	44,1
De 5 a 9 años	5,3%	57,5	42,5
De 10 a 14 años	6,3%	56,2	43,8
De 15 a 19 años	5,1%	55,1	44,9
De 20 a 24 años	4,4%	55,3	44,7
De 25 a 29 años	4,3%	54,1	45,9
De 30 a 34 años	4,4%	52,0	48,0
De 35 a 39 años	5,0%	49,5	50,5
De 40 a 44 años	5,5%	47,3	52,7
De 45 a 49 años	6,1%	45,0	55,0
De 50 a 54 años	6,4%	42,8	57,2
De 55 a 59 años	6,7%	42,3	57,7
De 60 a 64 años	7,3%	43,1	56,9
De 65 a 69 años	7,8%	43,4	56,6
De 70 a 74 años	7,6%	43,7	56,3
De 75 a 79 años	6,7%	45,1	54,9
De 80 a 84 años	4,6%	44,3	55,7
De 85 años y más	3,9%	40,6	59,4

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

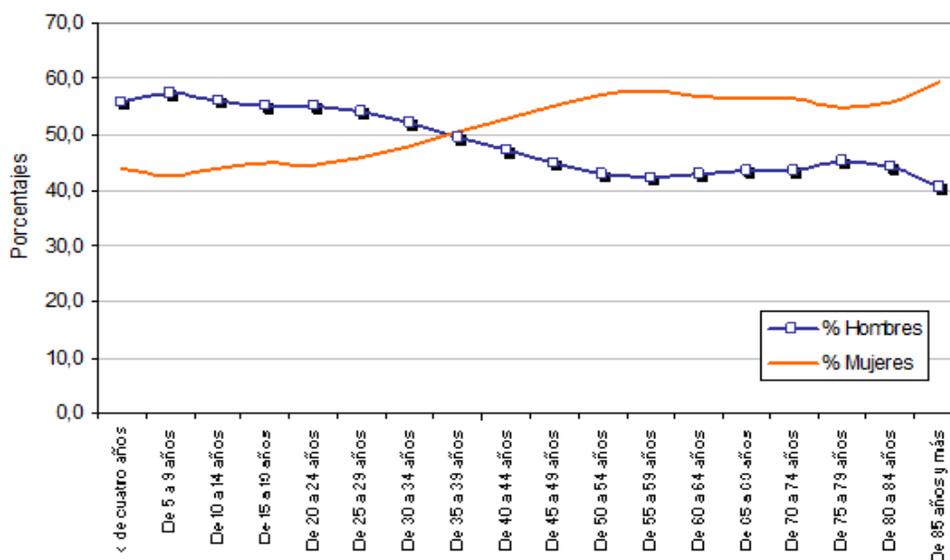
Es posible observar la estrecha relación existente entre la prevalencia de la discapacidad, la edad y el sexo de la persona. Al respecto, y más específicamente con relación a los niños y niñas con discapacidad, la Convención en su artículo 7º, plantea que:

1. Se han de tomar todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3. Se ha de garantizar que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Gráfico 9. Porcentaje de personas registradas por sexo y grupos de edad



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

La discapacidad se va incrementando conforme aumenta el número de años vividos por la persona y es mayor en mujeres después de los 35 años.

1.3.2.2 Etnia

Es indudable que la discapacidad, su presencia, su frecuencia, su impacto, y la forma como se le conciba o atienda, se encuentra íntimamente relacionada con factores de tipo cultural, creencias, mitos, o tradiciones. Los aspectos culturales relacionados con cada etnia inciden en las condiciones de vida de las personas, y por ende en las condiciones de salud y educación de estos grupos poblacionales. Según la pregunta de autorreconocimiento étnico, incluida en el Registro, encontramos que el 90,8% de las personas con discapacidad son mestizos, el 4,7% son afrodescendientes, el 2,7% son indígenas y siguen con muy escasa participación en su orden: palenqueros, raizales del archipiélago y por último personas del pueblo Rrom.

1.3.2.3 Vive solo o acompañado

El registro incluye variables que buscan acercarse a la medición de aspectos que identifican vulnerabilidades de las personas con discapacidad. En general, la vulnerabilidad se define como “el factor de riesgo interno de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser susceptible a sufrir un daño”¹⁰.

La vulnerabilidad está relacionada con la predisposición física, económica, política o social que posee un grupo poblacional de ser afectado o de sufrir daños en caso de que un fenómeno desestabilizador se manifieste. El vivir solo o acompañado, es una de las condiciones de vulnerabilidad y hace que la persona en situación de discapacidad tenga mayor o menor probabilidad de exclusión, los datos del registro reportan que el 6,1% de las personas viven solas.

¹⁰ <http://www.ineter.gob.ni/geofisica/proyectos/georiesgos/terminos.html>, consultado el 29 de julio de 2007

1.3.2.4 Personas a cargo

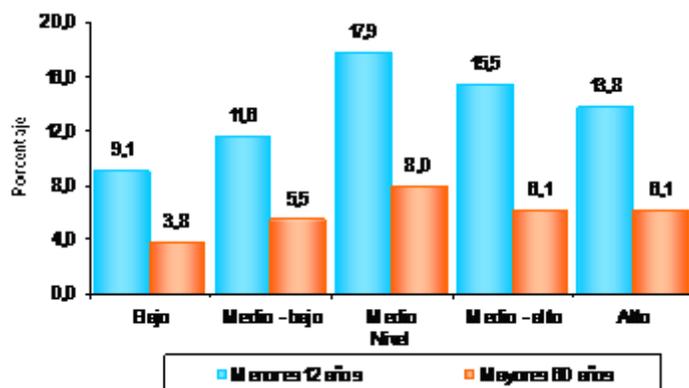
Generalmente dadas las situaciones en las que se encuentran las personas con discapacidad registradas, aluden situaciones en las que se cuenta con pocos recursos, precariedad en la inserción laboral, y fragilidad en los vínculos relacionales; esta situación de vulnerabilidad se hace más crítica, no sólo para el individuo, sino para su núcleo familiar, en el caso de que las personas con discapacidad tengan a su cargo otras personas, y muy especialmente si las personas a cargo son niños o adultos mayores.

Si la persona registrada tiene personas a cargo¹¹ es otro de los aspectos contemplados en el registro como un factor de vulnerabilidad (ver Gráfico), dado que se presume que para tener responsabilidades económicas con otras personas se requiere percibir ingresos. El 16,2% de las personas mayores de 10 años tienen otras personas a cargo, el 14,0% tiene niños menores de 12 años y el 6,1% tiene a su cargo personas mayores de 60 años.

En el siguiente gráfico observamos como en los departamentos con Bajo nivel de exclusión en Capital Humano se dan los porcentajes más bajos tanto para niñez como adultos mayores a cargo (9,1% y 3,8%), mientras que en los departamentos del nivel Medio se dan los toques, el 17,9% tiene niños menores de 12 años a cargo, y el 8% tiene mayores de 60 años que dependen económicamente de la persona registrada. En los departamentos de nivel Medio alto y nivel Alto las tasas de dependencia bajan hasta colocarse en el 13,8% niñez nivel Alto y 6,1% mayores de 60 años en el mismo nivel. En conclusión, aquellos departamentos con niveles de exclusión en Capital Humano Medio, Medio alto y Alto, presenta mayores tasas de dependencia que los del nivel Bajo y Medio bajo.

¹¹ Esto significa que la persona registrada tiene personas que dependen económicamente de ella

Gráfico 10. Porcentaje de personas registradas con personas a cargo, por niveles de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

1.3.2.5 Beneficio de programas sociales

El modelo de protección social, adoptado por el país, mediante la fusión de los anteriores Ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social, en el Ministerio de la Protección Social, se fundamenta:

“en mecanismos para proteger a los hogares de situaciones adversas que les impiden el acceso a los bienes y servicios indispensables para satisfacer sus necesidades básicas. Sus instrumentos son: i) la *Seguridad Social*, que debe estar disponible para toda la población, y mitiga los riesgos idiosincrásicos de enfermedad, muerte, accidentes laborales, desempleo, vejez, etc.; ii) la *Asistencia Social*, que busca apoyar la situación de los más pobres y vulnerables; y iii) la *Red de Protección Social*, que contrarresta ó mitiga los choques covariados generados por choques macroeconómicos ó desastres naturales. El primer componente evita que los hogares reduzcan rápidamente su nivel de consumo cuando se presentan distintos tipos de riesgos, el segundo tiene como objetivo sacar a los hogares de la pobreza crónica o estructural y el tercero busca proteger a los más pobres de los efectos presentes y futuros de las crisis económicas y los desastres naturales.”¹²

La Convención en su artículo 28 dice al respecto del nivel de vida de las personas con discapacidad y los servicios de protección social:

¹² Núñez, Jairo y Cuesta Laura. Propuesta para el diseño de un sistema de protección social para Colombia. DOCUMENTO CEDE 2006-25. ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica). Julio de 2006

1. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;

b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;

c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;

d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;

e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Con el fin de disminuir las condiciones de vulnerabilidad de los diferentes grupos poblacionales, el Estado ha creado algunos servicios sociales que deben ser brindados a la población en riesgo. El registro indaga si la persona es beneficiaria de servicios del Bienestar Familiar o cualquier otro servicio social prestado por otras entidades.

Los menores de cero a 17 años (infancia), son cerca del 20% del total de las personas registradas, es un grupo poblacional que debe ser atendido y protegido por el Estado, a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, pero tan solo se atiende al 4,6% de toda la población; y el 89,4% del total de las personas registradas, menciona que no tienen acceso a ningún tipo de programa de bienestar social en sus municipios.

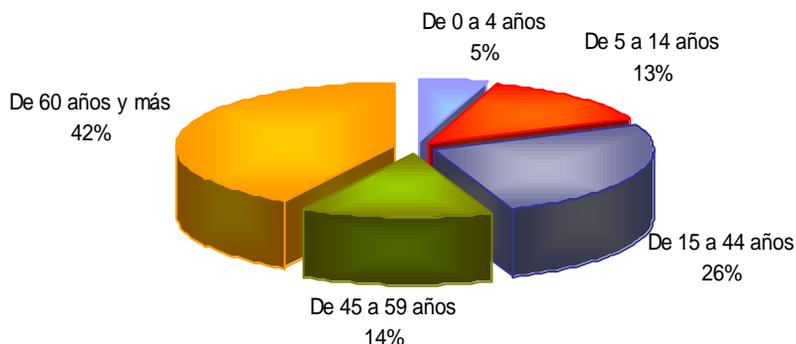
1.3.2.6 Ayuda de otras personas

El 37,9% de las personas registradas, de acuerdo con el grado de severidad de su discapacidad requieren de la ayuda permanente de otra persona (cuidador). Esto significa que no son autónomas por sí mismas para el desarrollo de las actividades cotidianas, especialmente en lo que se refiere a su autocuidado, es decir, al desarrollar actividades como bañarse, vestirse, y alimentarse por sí mismos, estas son personas que tienen un alto grado de dependencia, y por consiguiente define algunas características individuales que determinan condiciones de su calidad de vida.

El 5% de las personas que requieren el apoyo de otra persona son niños entre los cero y 4 años, el 13% están entre los 5 y 14 años, un apreciable 26% corresponde a persona entre los 15 y 44 años, el 14% son personas entre los 45 y 59 años, y el 42% son adultos mayores de 60 años.

Alrededor del 82% de las personas que requieren ayuda permanente tienen 15 años o más, lo que implica que en los territorios se deben estar llevando a cabo programas de promoción de espacios saludables y prevención de la discapacidad en los cuales se preste especial atención a los cuidadores, estas personas deben recibir orientaciones adecuadas para el manejo y cuidado de las personas con discapacidad a su cargo, los cuidadores en nuestro medio fácilmente se identifican como de alto riesgo.

Gráfico 11. Porcentaje de personas que requieren ayuda permanente de otra persona, según grupos de edad



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Las personas que hacen parte del hogar son quienes brindan en mayor proporción la ayuda permanente a quienes lo requieren (alrededor del 89,2%). De otra parte, el 4,8% de las personas se apoyan en personas empleadas, el 3,8% son personas externas no empleadas y el 2,0% otras personas; el 80,4% de los cuidadores son mujeres, y el 16,4% son hombres.

En las indagaciones realizadas durante la entrega de resultados del registro, se percibe que los programas para cuidadores no son frecuentes en los territorios y por tanto, es una condición que incrementa la vulnerabilidad de los hogares de las personas especialmente entre los grupos de edad de 15 a 44 años y los de 60 años y más.

1.4 DIMENSIÓN PERSONAL

Además de las deficiencias en estructuras o funciones corporales, otro de los componentes de la discapacidad, incorporados en la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS, es el de las *limitaciones en la actividad*, definidas como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades de la vida diaria¹³.

El propósito de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, descrito en su artículo 1º, determina que la persona con discapacidad es aquella que presenta deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación, que se debe promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

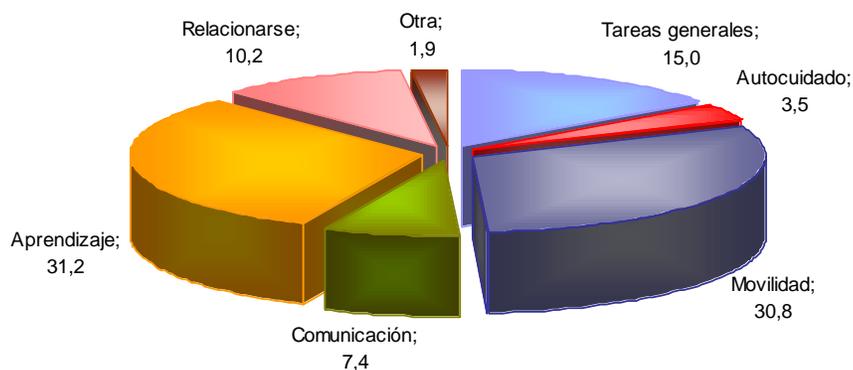
1.4.1 Limitaciones en la vida diaria

Con el objetivo de acercarse a la medición de las limitaciones, el registro incluyó una pregunta, en la cual cada persona puede responder más de una opción.

Reagrupando la información del registro, al aplicar la clasificación de la CIF, la mayor prevalencia de las limitaciones se da en aquellas actividades relacionadas con el aprendizaje y la aplicación del conocimiento (31,2%); luego aparecen las que involucran la movilidad (30,8%).

¹³ OMS, CIF Pág. 11

Gráfico 12- Porcentaje de personas registradas según limitaciones en las actividades de la vida diaria



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En un tercer lugar se encuentran las limitaciones al momento de ejecutar tareas o demandas generales bien sea por causas físicas o mentales (15%); le siguen aquellas dificultades para relacionarse con las demás personas y el entorno (10,2%); para la comunicación (7,4%); y finalmente aquellas con limitaciones para alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo (3,5%). Las personas registradas manifiestan tener en promedio 2,77 limitaciones cada uno.

1.5 DIMENSIÓN SOCIAL

El círculo perverso “discapacidad – pobreza”, parece confirmarse mediante la evidencia estadística del registro, el argumento de que la discapacidad es más recurrente en aquellos hogares pobres, se explica por las difíciles condiciones de vida que les rodea, pues se crean mayores posibilidades para la presencia de factores de riesgo (mala alimentación, altos niveles de desatención en salud, escaso acceso a los servicios públicos, saneamiento básico, etc.); la discapacidad a su vez crea mayores riesgos de pobreza, la discapacidad por lo general aparta a la persona de reales posibilidades para generar ingresos al interior de su hogar,

además, su tratamiento exige múltiples sacrificios económicos por parte de su familia.

Sobre el particular la Convención llama a la necesidad de diseñar respuestas del Estado que permitan a las personas con discapacidad y sus familias el tener acceso a bienes, programas y servicios en igualdad de condiciones a todos los demás, en su artículo 9º, impulsa a los Estados a:

1. Para que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados deben adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluyen la identificación y posterior eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplican, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados deben adoptar medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;

- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
- f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
- g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;
- h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

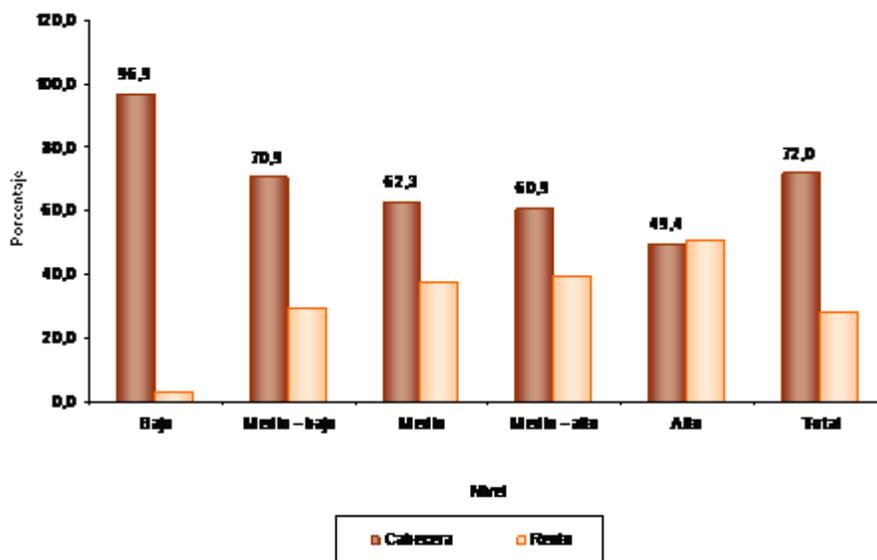
Algunas de barreras comienzan a ser identificadas en el nivel de la vivienda, en la disponibilidad a servicios públicos, y en la condición de tenencia de la vivienda, entre otras. A continuación daremos una mirada, a través de la información del registro, del contexto más próximo en el que se desempeñan las personas registradas con discapacidad.

1.5.1 Área geográfica y estrato de la vivienda

Existen diferenciales entre el acceso a bienes y servicios de quienes residen en las áreas rurales con respecto a los residentes de las áreas urbanas. La distribución reportada por el Censo General 2005, indica que aproximadamente un 75% de la población reside en las cabeceras municipales (urbana) lo que indica que el país enfrenta un proceso de urbanización, proceso que facilitaría en teoría el montaje de las redes de los servicios públicos domiciliarios, y la prestación de servicios de salud, educación, recreación, comercio, entre otros.

Al examinar los datos del registro por área geográfica, presentados en el siguiente gráfico, en el total se observa una mayor proporción de personas en el área de la cabecera municipal (72%), y menor en el área del resto (28%).

Gráfico 13. Porcentaje de personas registradas por área geográfica, según nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Esta proporción es diferencial según el nivel de exclusión en Capital Humano, así, en los departamentos del nivel Bajo el 96,9% reside en la cabecera y en los del nivel Alto el 49,4%, sugiriendo que la exclusión está relacionada con el escaso acceso que tiene la población residente en el área rural de los municipios.

Con el propósito de cobrar a los residentes de las viviendas, de manera diferencial, los consumos de energía eléctrica, gas, agua, alcantarillado, aseo y telefonía fija, en Colombia los inmuebles residenciales se clasifican hasta en seis grupos (estratos), homogéneos en sí y heterogéneos entre sí, según sus características físicas y de hábitat urbano o rural.

Los estratos de la vivienda van del 1 al 6, el primero es el de condiciones más críticas (bajo) y el nivel 6 es de mejores (alto). La estratificación, conceptual y

políticamente se consideró como una clasificación de entorno urbanístico, denominada como al principio “focalización geográfica”¹⁴. Esta clasificación se conoce como la estratificación socioeconómica. El Registro recoge estos datos en una de las preguntas del entorno, información tomada de uno de los recibos de servicios públicos.

Parece existir cierta correspondencia entre el estrato de la vivienda y el nivel de ingresos económicos de las familias, según estudios realizados en Bogotá, las personas del estrato uno (bajo-bajo), tienen ingresos menores a un salario mínimo legal promedio mes; los del estrato dos (bajo) tienen entre uno y tres salarios mínimo legal promedio mes; sin embargo estas condiciones de vida del promedio de los hogares, se ven seriamente afectadas si a su interior vive una persona con discapacidad.

Según la información del Registro, al analizar la relación existente entre las personas registradas, y el estrato de la vivienda, observamos:

El 42,4% del total de las personas informan que residen en viviendas del estrato uno, el 36,6% se encuentran en viviendas del estrato dos, entre estos dos segmentos (1 – 2) se encuentra el 79% de toda la población con discapacidad registrada; son hogares que se caracterizan por sus bajos niveles en la satisfacciones de sus necesidades esenciales.

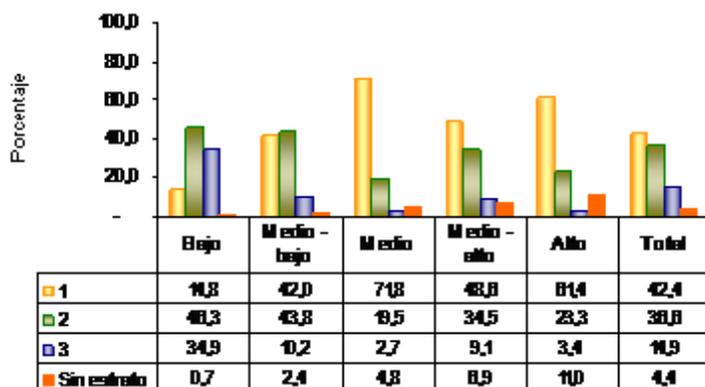
El 14,9% de las personas pertenecen al estrato 3; los estratos 4, 5 y 6 tienen muy poca representación, en estos estratos se han registrado personas que viven especialmente en instituciones públicas o privadas (ancianatos, centros de rehabilitación) y el 4,4% no tienen estrato asignado en sus viviendas.

Según el nivel de exclusión en Capital Humano, el porcentaje de personas residente en estrato uno aumenta del 14,8% en los departamentos con niveles

¹⁴ Alzate, María Cristina La estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios en Colombia. ¿Solidaridad o Focalización?. CEPAL Colombia. Bogotá, septiembre de 2006

Bajos de exclusión, al 71,8% en los departamentos de nivel Medio, igual sucede con la proporción de personas residentes en viviendas sin estrato 0,7% en los de Bajo nivel al 11% en el nivel Alto de exclusión.

Gráfico 14. Porcentaje de personas registradas por nivel de exclusión en Capital Humano, según estrato de la vivienda



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

1.5.2. Servicios Públicos domiciliarios

Dado que la Salud está definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social¹⁵ y desde una perspectiva social en la cual el acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental sino que es un elemento esencial para la construcción de Capital Humano, la distribución equitativa de los bienes, servicios y oportunidades de salud se inscribe en el marco de la teoría de la justicia de Rawls¹⁶, que plantea que todos los bienes sociales deben ser distribuidos igualitariamente, y establece que los bienes sociales deben ser organizados para el máximo beneficio de los más necesitados.

Por lo anterior, el acceso a los servicios públicos domiciliarios propende por una mejor calidad de vida y, por lo tanto, tiende a satisfacer necesidades de salud,

¹⁵ Definición de la OMS, expuesta en el capítulo del marco conceptual del presente documento

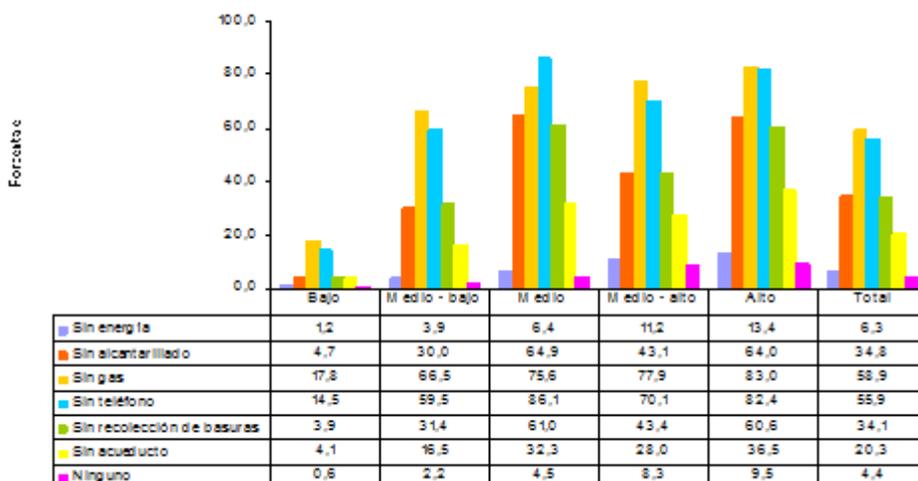
¹⁶ Citado por Acuña, María Cecilia. Exclusión, protección social y derecho a la salud. OPS/OMS: Marzo 2005, página 1

como bienes sociales deben tender a una cobertura universal, que apunte a una justicia social en beneficio de los más desaventajados. La accesibilidad a servicios públicos domiciliarios, mejora las condiciones de las viviendas y, por ende, la calidad de vida de las personas que las habitan.

En este sentido, Garay plantea que una forma de observar la exclusión social, es a través del grado de accesibilidad que las personas pueden tener con respecto a los bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. El Estado debe garantizar la accesibilidad en igualdad de condiciones a los demás, al entorno físico, a una vivienda digna, al transporte, a la comunicación, a bienes y servicios públicos.

En el siguiente gráfico se observa el nivel de acceso que las personas registradas tienen con respecto a los servicios públicos domiciliarios, servicios que al ser garantizados por el Estado, aportan a mejores condiciones de vida y menos factores de riesgo.

Gráfico 15. Porcentaje personas que residen en viviendas SIN acceso a servicios públicos, por nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

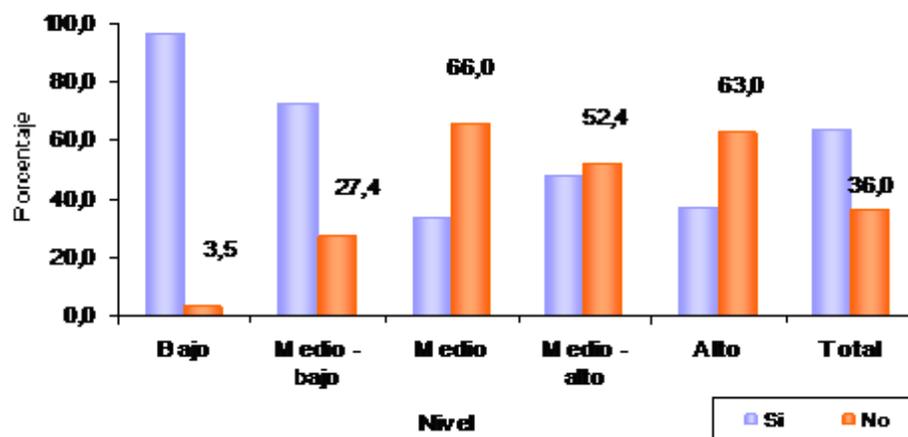
El servicio de energía eléctrica presenta una cobertura casi universal 93,7% del total de personas residen en viviendas con este servicio; el 65,2% de las personas residen en viviendas con servicio de alcantarillado; no cuenta con servicio de gas el gas natural el 58,9% de las viviendas; el 55,9% de las personas residen en viviendas que no tienen acceso al servicio de telefónico; el 34,1% no cuenta con servicio de recolección de basuras y el 20,3% residen en viviendas sin servicio de acueducto; existe un 4,4% de las personas registradas que reside en viviendas que no tiene acceso a ningún servicio público. Estas proporciones de no cobertura se incrementan conforme aumenta el nivel de exclusión en Capital Humano.

1.5.3 Acceso al agua potable

El disponer de agua potable para la preparación de los alimentos, es otra de las características del entorno, y es uno de los principales factores protectores de la salud. Si bien el 79,2% de las viviendas cuenta con el servicio de acueducto, esto no garantiza que para la preparación de sus alimentos las familias dispongan de agua apta para el consumo humano, un gran número de nuestros municipios no disponen de agua potable; el 36,0% de personas reportan que en sus viviendas no tienen acceso al agua potable, este es un factor de riesgo especialmente presente y muy significativo para aquellos hogares de la costa atlántica, costa pacífica, sur del país y los antiguos territorios nacionales.

En los departamentos con Bajo nivel de exclusión en Capital Humano se reporta hasta un 3,5% sin acceso al agua potable, mientras que en los departamentos con niveles de exclusión Alta llega al 63,0% las personas que no cuentan con agua potable para la preparación de sus alimentos.

Gráfico 16. Porcentaje de personas registradas, por condición de disponibilidad de agua potable para la preparación de alimentos, según nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

1.5.4 Condiciones de la vivienda

Las condiciones de la vivienda, como entorno inmediato en el cual se desarrollan las actividades cotidianas del ser humano, son un componente fundamental en la generación de barreras o factores protectores que conllevan a condiciones inadecuadas o adecuadas para el desempeño diario. Según la Convención en su artículo 19, plantea que se ha de garantizar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, de tal forma que no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.

1.5.4.1 Tipo de vivienda

Además del estrato de la vivienda y el acceso a servicios públicos, el tipo de vivienda en la cual residen las personas igualmente nos permite considerar factores de condiciones de vida, el 80,2% de las personas registradas residen en viviendas tipo casa. El 7,7% en vive en apartamentos, otro 6,4% adicional vive en

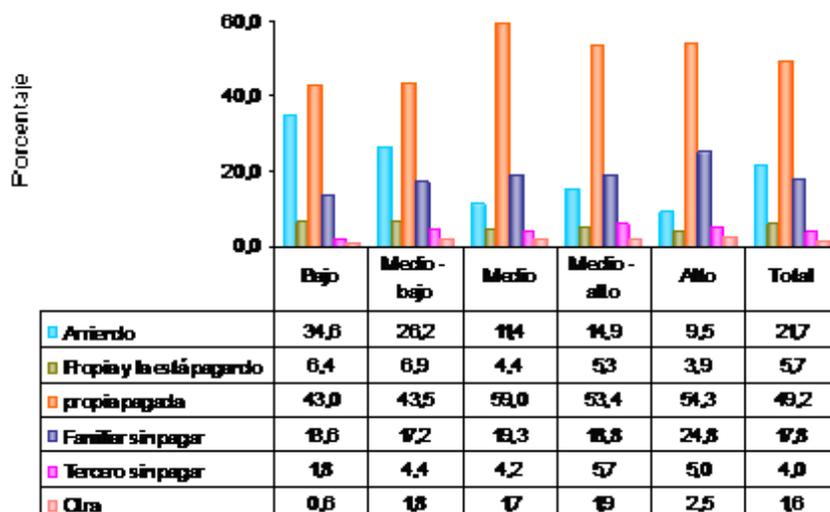
cuartos, el 1,3% vive en instituciones públicas (Ej. ancianatos, centros de rehabilitación) y el 2% en instituciones privadas, un pequeño porcentaje de las personas en situación de discapacidad vive en la calle y en otro tipo de viviendas (carrocerías, furgones, ramadas).

1.5.4.2 Tenencia de la vivienda

Si examinamos las diferentes formas de tenencia de esa vivienda, el 21,7% paga arriendo o subarriendo, el 5,7% vive en vivienda propia y aún la están pagando, el 49,2% en vivienda propia totalmente paga, el 17,8% en vivienda de un familiar sin pagar arriendo y el 4,0% en casa de un tercero sin pagar arriendo; entre estos dos últimos grupos contabilizamos un 21,8% de las personas que posiblemente no disponen de recursos necesarios para proveerse de vivienda por su propia cuenta.

Esta situación en los departamentos se incrementa en mayor proporción conforme aumenta el nivel de exclusión en Capital Humano, 15,4% en los del nivel Bajo y un 29,8% en los del nivel Alto.

Gráfico 17. Porcentaje personas registradas, por nivel de exclusión en Capital Humano, según condición de tenencia de la vivienda



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

1.5.5 Barreras actitudinales

Existen múltiples espacios en donde las personas encuentran barreras que les impide disfrutar plenamente de sus derechos, de un mayor desarrollo, con plena autonomía y en igualdad de condiciones. En primer lugar podríamos mencionar aquellos obstáculos que están presentes en la actitud que hacia ellos manifiestan las demás personas con respecto a su situación de discapacidad, los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas afectan en gran manera, apartan, marginan, excluyen.

Es responsabilidad del Estado impulsar amplias campañas de sensibilización e información en la búsqueda del cambio de imaginarios que la sociedad maneja con respecto a la discapacidad, se ha de informar masivamente a la población sobre la discapacidad misma, sobre los derechos de las personas y sus familias, identificar y potencializar capacidades, atender, rehabilitar y fomentar dentro de la academia un mayor conocimiento por parte de docentes, alumnos y en especial profesionales que en su rol tienen cercanías con estas personas.

La Convención en su artículo 8º, insta a los Estados a la toma de conciencia en los siguientes términos:

- a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
- b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
- c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

- a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública orientadas a:
- i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
 - ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
 - iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
- b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
- c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la Convención;
- d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

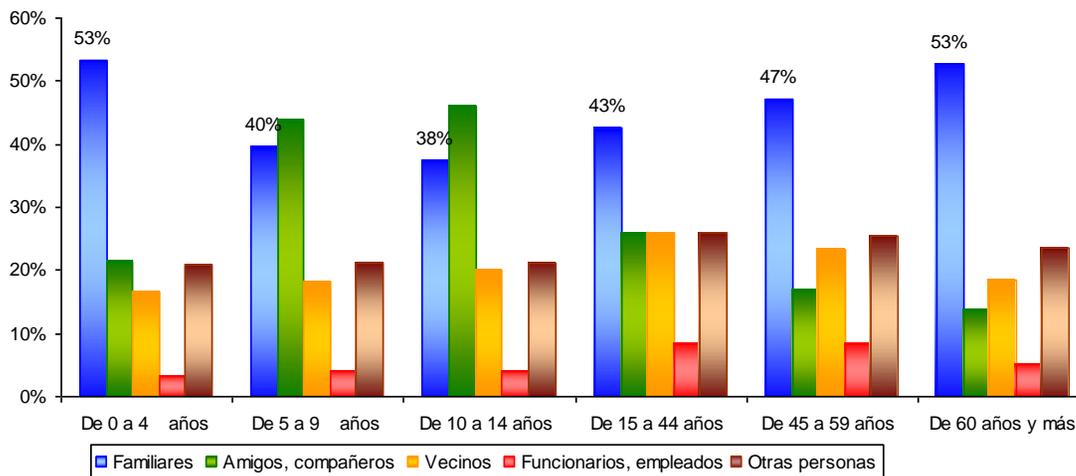
Según el Registro, cerca del 23% de las personas en situación de discapacidad perciben actitudes negativas por parte de otras personas. Las actitudes que más les afectan, que son más recurrentes son aquellas que provienen de las personas que hacen parte de su propio grupo familiar 38%; también las que perciben por parte de “amigos y compañeros” son el 19%; por parte de sus vecinos el 18%: de los funcionarios o empleados el 5%, y de otras personas 20%.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, el comportamiento de las demás personas, cambia según la edad de la persona en situación de discapacidad y el lugar en el cual se encuentre, en el cual interactúe.

El contexto inmediato en el que se desenvuelve un individuo, como miembro de una sociedad, hace que se encuentre el contacto directo con otras personas. Para

el caso de las personas en situación de discapacidad, es frecuente que la familia, los amigos, compañeros o demás personas de su entorno, generen actitudes de sobreprotección o de rechazo que le impiden el desarrollo de actividades cotidianas con mayor autonomía.

Gráfico 18. Porcentaje de personas registradas, por grupos de edad, según percepción de actitudes negativas.



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

El primer espacio de protección de las personas en situación de discapacidad lo constituye su familia, su hogar, se espera que mientras la persona allí se encuentre, va a encontrar los soportes básicos necesarios que le van a facilitar el afrontar posteriormente nuevos retos. Si la persona es aceptada, amada, y respetada, esta persona podrá tener mejores desempeños en lo educativo, en lo laboral, en lo social, en su vida, afrontara la vida con mayor optimismo. ¿Pero, y si esto no se da, si no logra el apoyo siquiera de su familia?

Pues, los menores de cero a 4 años que perciben actitudes negativas, se ven especialmente afectados por la actitud de su propio grupo familiar (53%). La persona en situación de discapacidad debe afrontar diferentes retos, tiene que luchar permanentemente por ser aceptado en ámbitos como la escuela, y el trabajo; la forma como se le trate, si es aceptado o rechazado, va a estar presente

de por vida en él. Si ese primer paso fue de aceptación, fue de apoyo, tendrá un futuro, definitivamente en mejor perspectiva que quienes no lo tuvieron¹⁷.

El segundo espacio de crecimiento personal y social es la escuela, pero, en los centros educativos pareciera que se presenta aún una actitud social de abierta exclusión, según la información del Registro, los niños que se encuentran especialmente en edad escolar, declaran que quienes más le afectan con sus actitudes negativas son sus pares, sus amigos, sus compañeros, para aquellos niños que están entre los 5 y 9 años de edad en un 44% de los casos, y para los que están entre los 10 y 14 años con un 46%. ¿Significaría lo anterior que las condiciones que se viven dentro de los centros educativos no son las mejores, incluso a pesar de los objetivos de la política de inclusión educativa?

Para las personas que se encuentran entre los 15 y 44 años, los de 45 a 59 años y los mayores de 60 años, es nuevamente la familia de quien perciben mayores barreras actitudinales. De qué manera, cómo será que pueden esperarse resultados positivos a programas nacionales (Rehabilitación basada en comunidad – RBC) cuando no hemos hecho lo suficiente para cambiar el imaginario de las personas; ¿Con estas condiciones, cuáles pueden ser los resultados en la construcción de Redes de apoyo a la discapacidad, cuando contamos con personas no empoderadas, con familias no protectoras, y con un Estado no corresponsable?

La percepción de actitudes negativas por parte de funcionarios o de empleados es la que menos se menciona, y es más notoria en las personas de 15 a 59 años (8,4%). Sin embargo, si tenemos en cuenta la naturaleza sencilla, y los bajos niveles de autoestima que por lo general presentan las personas en situación de discapacidad o sus familias de cara a estos actores, ¿Cuál sería la medida si aquellos conocieran y defendieran sus derechos?

¹⁷ Fernández, Aleida. Díaz, OC. Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad. En Cuervo, C., Trujillo, A., Vargas, D., Mena, B., Pérez, L. (Eds) (2005) Discapacidad e inclusión social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 313

La Organización Mundial de la Salud presentó, en la década del 80, la estrategia de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), como una forma para llevar los procesos de rehabilitación a las comunidades más apartadas, y en los últimos años se ha orientado a la inclusión social de las personas con discapacidad, promoviendo su reconocimiento, representatividad y participación en diferentes escenarios comunitarios y sociales.

En Colombia esta estrategia poco a poco va cobrando importancia en los territorios, se hace necesario seguir trabajando con la familia, con la comunidad y la sociedad para eliminar las barreras (actitudinales y físicas), se sugiere entonces fortalecer los programas específicos dentro de la comunidad educativa, en los que se involucren a los compañeros y amigos, además de la familia, la comunidad en general y la misma persona en situación de discapacidad.

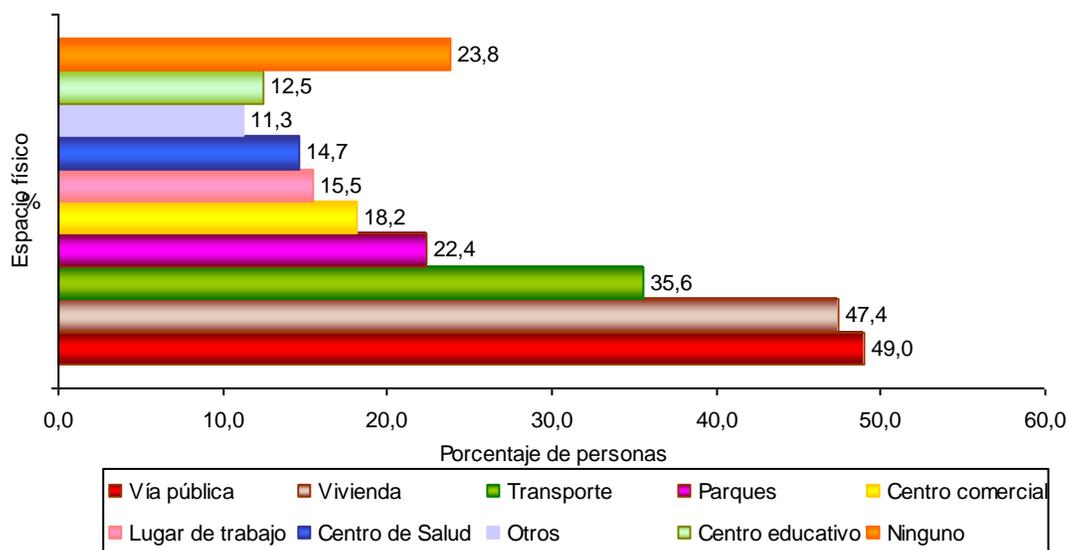
1.5.6. Barreras físicas, arquitectónicas

Además del contacto directo con otras personas, entre los factores ambientales relacionados con el entorno inmediato del individuo, también se encuentran los espacios físicos como la vivienda, el lugar de trabajo o de estudio, los centros de salud, las calles, avenidas, y demás lugares en los que se desarrolla la cotidianidad de las personas. Las políticas de inclusión social están orientadas a permitir o facilitar el acceso y uso de espacios a las personas con discapacidad.¹⁸

A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, el Estado debe asegurar la accesibilidad al espacio público, al transporte, a la información, a la comunicación, a todas las instalaciones abiertas al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.

¹⁸ Presidencia de la República. Bases para la formación de política Pública en Discapacidad. pág. 50

Gráfico 19. Porcentaje de personas registradas, por percepción de las barreras físicas



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Según el gráfico, el 76% de todas las personas registradas, perciben barreras físicas en su entorno; de éstas cerca del 47,4% encuentra este tipo de barreras en su propia vivienda (dormitorio, baño, escaleras, pasillos, sala, comedor). Las familias no están lo suficientemente motivadas para realizar las adecuaciones necesarias de los espacios o equipamientos que le permitan un mayor bienestar a su familiar, no existe quien les asesore al respecto y la mayor parte de los hogares carece de recursos para realizarlas.

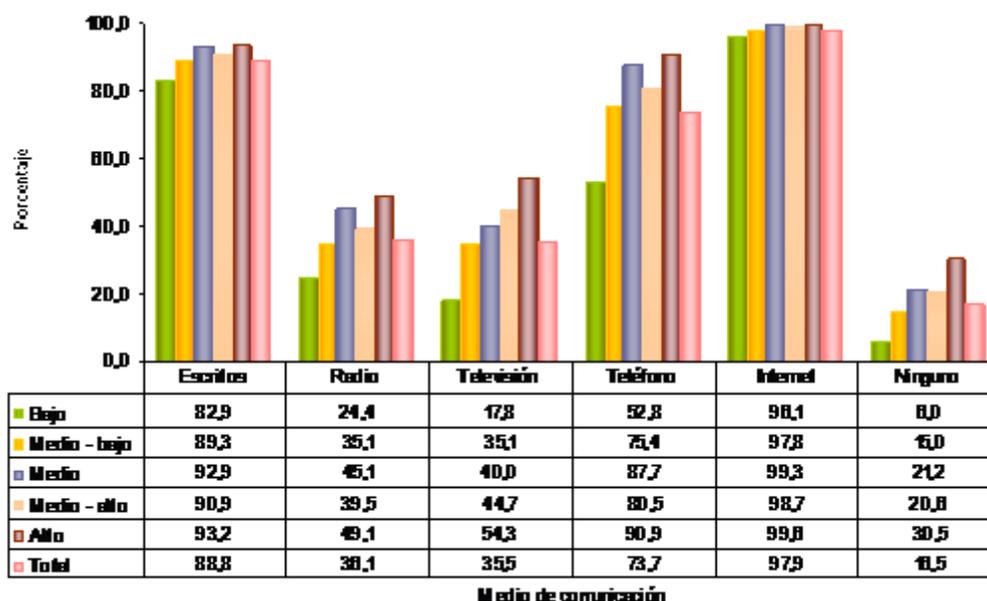
La Ley de accesibilidad no es cumplida de manera persistente, el 49,0%, de las personas percibe barreras en la vía pública (andenes y calles); en nuestros municipios, especialmente en medianos y pequeños, no se tienen andenes o son angostos, tienen diferentes niveles, o están sin rampas; el 35,6% de las personas enfrenta barreras en el transporte público (vehículos de transporte público, paraderos y terminales), tienen grandes dificultades para su movilidad, para asistir incluso a sus servicios de salud, educación, rehabilitación y trabajo; el 22,4%, tiene problemas para disfrutar de los parques; el 12,5% de las personas registradas, especialmente en edad escolar, encuentran barreras físicas en los

centros educativos; el 15,5% tiene barreras en los lugares de trabajo; el 14,7% percibe las barreras en los centros de salud; el 18,2%, en centros comerciales y tiendas.

1.5.7 Uso de medios de comunicación

Los medios de comunicación son incluidos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, CIF, dentro de los factores ambientales como productos y tecnología para la comunicación¹⁹, el acceso a los mismos propician una participación activa en el entorno social de las personas en situación de discapacidad.

Gráfico 20. Porcentaje de personas registradas que NO utilizan medios de comunicación por tipo de medio, según nivel de exclusión en Capital Humano.



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

La información es vital para las personas, ello incide en su calidad de vida, en su conocimiento, en su aprendizaje; la información y la comunicación a la cual

¹⁹ CIF. Pág 189

puedan tener acceso las personas hace parte del entorno cercano, el registro mide el nivel de utilización de algunos medios de comunicación, así el 88,8% de las personas registradas informa que no usa medios escritos de comunicación, y el 16,5% no utiliza ninguno.

El canal de comunicación e información más utilizado por las personas es la televisión (74,5%); le sigue muy de cerca la radio (73,9%), luego en orden de importancia el teléfono (25,48%), los medios escritos como la prensa, libros, revistas (10,2%), y por último el Internet (2, 1%). Es a través de estos mismos canales por los cuales los municipios, sus administraciones y las instituciones han de hacer llegar sus mensajes e información a las personas, a sus familias.

2. RETOS PARA ASEGURAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Si la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades²⁰”, una compleja combinación de factores del ambiente, los comportamientos, las capacidades básicas, los servicios de salud, las condiciones de vida (alimentación, empleo, educación, servicios públicos domiciliarios, vivienda, ingreso) y la cultura, todas estas necesidades básicas deben estar cubiertas.

Hoy dentro de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, el derecho a la salud y la rehabilitación cobra gran importancia, la Convención en su artículo 25 menciona que:

Los Estados reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin que se le discrimine por motivos de discapacidad. Debemos adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, se incluirá igualmente la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados se comprometen a:

- a) Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionar los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la

²⁰ Definición de la OMS. 1948

aparición de nuevas situaciones de discapacidad, incluidos los niños, las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionar esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Se exigirá a los profesionales de la salud a prestar a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Se prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Se impedirá que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Además, en su artículo 26 nos comprometemos en cuanto a habilitación y rehabilitación a:

1. Adoptar medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados deben organizar, intensificar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Promover el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Promover la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

2.1 EXCLUSIÓN EN SALUD

La exclusión se entiende como fenómeno multidimensional, que no solamente hace referencia a la negación de acceso a bienes y servicios producidos por una sociedad, sino que se hace visible mediante la marginación y la segregación de cualquier tipo²¹; la medición de la exclusión en salud puede abordarse desde la información del registro, es un primer acercamiento.

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud no es sólo un derecho humano fundamental y la base para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales, es también junto al derecho de la educación un elemento primordial para la construcción de Capital Humano. Se requiere que los bienes, servicios y oportunidades de salud sean distribuidos de tal manera que las personas alcancen y conserven un estado de salud que permita generar y mantener el tejido social y la plataforma productiva²².

Al tomar como insumo la información del registro, las personas que se consideran excluidas del derecho a la salud, son aquellas que cumplen con las siguientes reglas:

1. Todas aquellas que en el momento del Registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación y tampoco le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes.
2. También se encuentran personas que en el momento del registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o

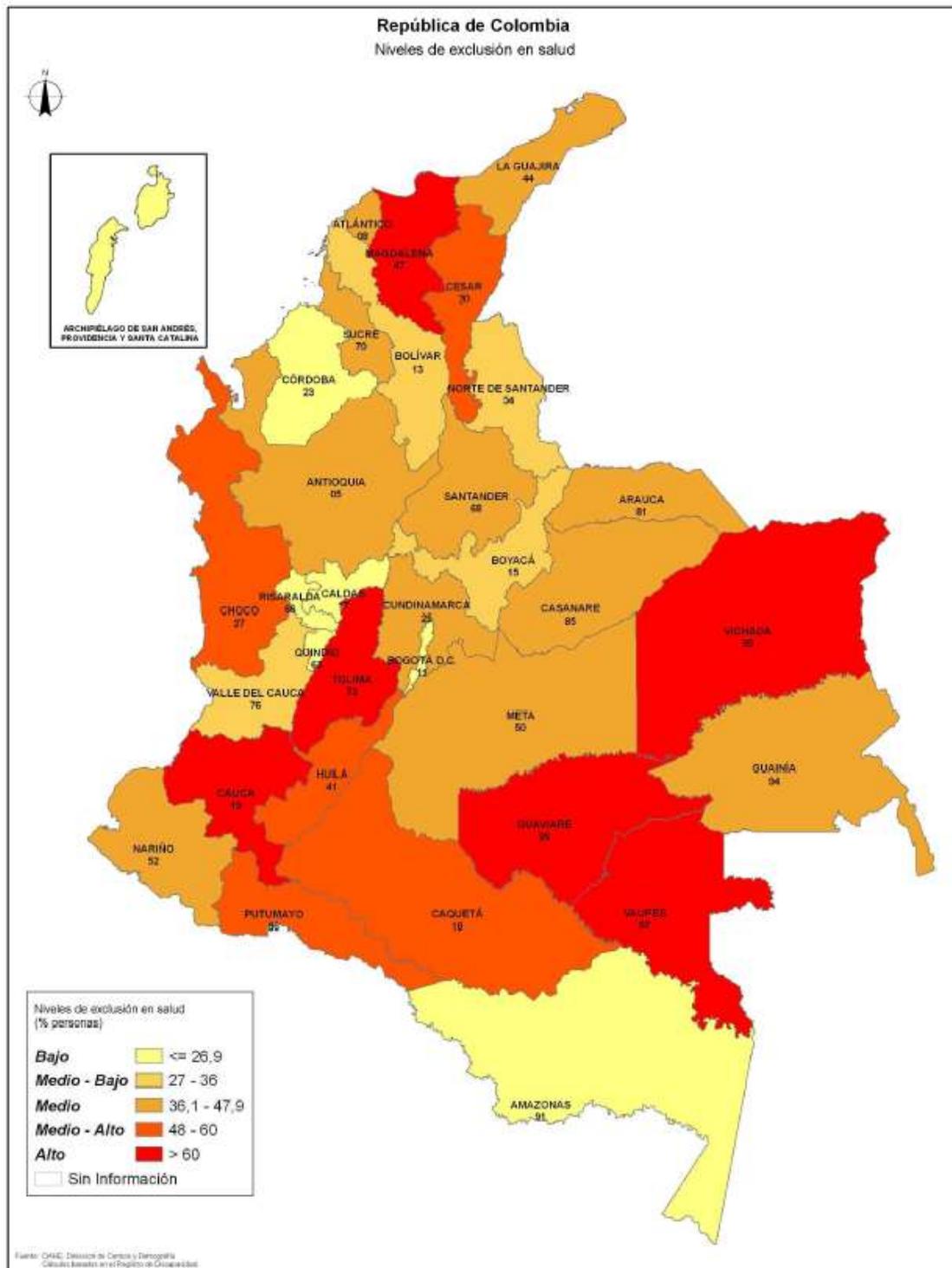
²¹ Betancourt, C. Pág. 170

²² Castro Albarrán, Juan Manuel Esteban. reflexiones conceptuales sobre la promoción de la salud, pág. 6

- medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, no están afiliados a salud y usan medicamentos permanentes.
3. Además, se encuentran las personas que en el momento del registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos especiales, no usan ayudas especiales, prótesis o medicamentos especiales, no están afiliados a salud, no usan medicamentos permanentes, no han recibido atención general en salud en el último año y él y su familia recibieron orientación sobre el manejo de su discapacidad.
 4. Asimismo, en este grupo de excluidos se encuentran las personas que no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, no les ordenaron rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están usando las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, si han recibido atención general en salud en el último año y él o su familia no han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad.
 5. También, se encuentran las personas que no le ordenaron rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, no han recibido atención general en salud en el último año y él o su familia no ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad.
 6. El último segmento de este grupo, está conformado por las personas que en el momento del registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, no les ordenaron medicamentos permanentes, no han recibido atención general en salud en el último año, y él o su familia no han recibido orientación sobre el manejo.

Al aplicar el Indicador de exclusión en Salud²³ a los 830 municipios se observa la siguiente distribución geográfica por departamentos, según los grupos o niveles de exclusión.

²³ González CI. Discapacidad y exclusión social en Colombia. El caso de salud: una mirada desde la información estadística del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007



2.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Una de las mediciones más usadas para identificar la exclusión en salud, es mediante el uso de indicadores externos en el que se determina el número de personas que no están cubiertas por el sistema de seguridad social. Una segunda medida se orienta a la medición en las disparidades de acceso en las que se incluye el nivel de pobreza, la restricción geográfica y los antecedentes culturales. La pobreza, identificada como la carencia absoluta de recursos, o falta de poder adquisitivo que impide la satisfacción de necesidades mínimas, entre ellas los cuidados de salud. La restricción geográfica mide el número de personas que, aunque tienen derecho a acceder a los servicios de salud, en la práctica están demasiado aisladas, o que no tienen servicios en su comunidad.²⁴

2.2.1 Afiliación

Tradicionalmente, la afiliación a salud es la medición de exclusión más usada, sin embargo no existe consenso con respecto a los resultados obtenidos luego de la aplicación de la Ley 100, expedida como estrategia de aseguramiento universal y para acceder a un Plan Obligatorio de servicios igualitario. Según el informe de evaluación realizado por Saúl Franco²⁵, en los primeros cuatro años de aplicación de la Ley 100 se presentó un incremento importante de la afiliación, pero a partir de 1998 la tendencia cambió y se tiene una falta de cobertura del 46%.

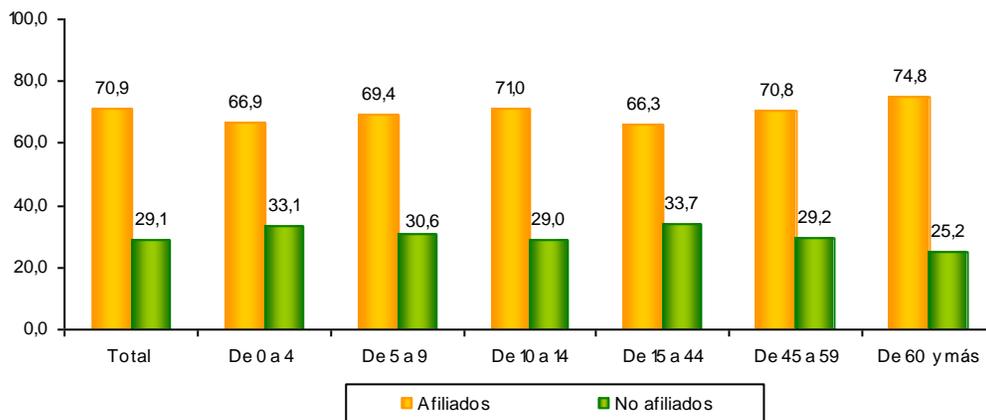
Con la información del Registro, se observa cómo el 70,9% de las personas registradas están afiliadas al Sistema, el 29,1% de ellas no lo están, no cuentan con esta oportunidad, con este derecho; una de cada tres personas, se encuentra excluida de los servicios de salud y por tanto presentan una mayor vulnerabilidad respecto al total de la población. Esto es especialmente evidente para aquellas

²⁴ Hernán Rosenberg y Bernt Andersson. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000

²⁵ Franco Agudelo, Saúl. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma en salud y seguridad social en Colombia. Revista Gerencia y Políticas en Salud. No. 4 junio de 2003

personas de 15 a 44 años con un 33,7% de no afiliación, y en los menores de 4 años, para quienes el porcentaje de no afiliación es del 33,1%.

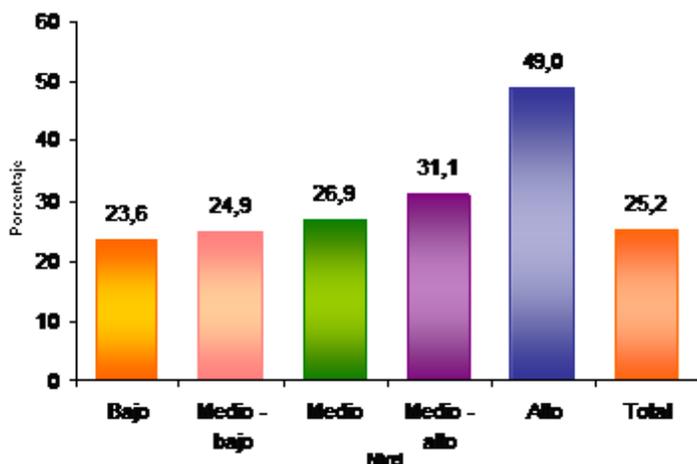
Gráfico 21. Cobertura de aseguramiento en salud, por sexo, según grupos de edad



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Esta información nacional presenta diferenciales en los departamentos al revisar la información por nivel de exclusión en Capital Humano, lo cual se evidencia el siguiente Gráfico.

Gráfico 22. Porcentaje de personas sin afiliación a salud, por nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En el nivel Bajo, el 23,6% de las personas registradas no tiene afiliación a salud, el en nivel Medio bajo sube al 24,9%; en el nivel Medio, al 26,9; en el nivel Medio alto al 31,1% y en el nivel Alto de exclusión al 49,0%.

Al examinar los datos por grupos de edad, también se observan diferencias por departamento según nivel de exclusión en Capital Humano. En el nivel Bajo, el mayor porcentaje de personas no afiliadas se presenta en el grupo de 15 a 44 años (28,4%); los niños de 0 a 9 años (26,5%), y el 24% de los niños de 10 a 14 años; el 20,5% de las personas de 60 años y más, de este nivel, no tienen afiliación.

Cuadro 6. Porcentaje de personas sin afiliación a salud, por nivel de exclusión en Capital Humano, según grupos de edad

Grupo edad	Nivel Bajo	Nivel Medio bajo	Nivel Medio	Nivel Medio alto	Nivel Alto
De 0 a 4 años	26,5	28,4	33,1	32,3	54,5
De 5 a 9 años	26,5	26,7	30,6	30,1	47,9
De 10 a 14 años	24,0	25,5	29,6	29,3	45,6
De 15 a 44 años	28,4	28,2	31,7	35,7	52,6
De 45 a 59 años	23,4	25,4	26,5	32,7	50,0
De 60 años y más	20,5	21,2	22,0	26,4	46,1
Total	23,6	24,9	26,9	31,1	49,0

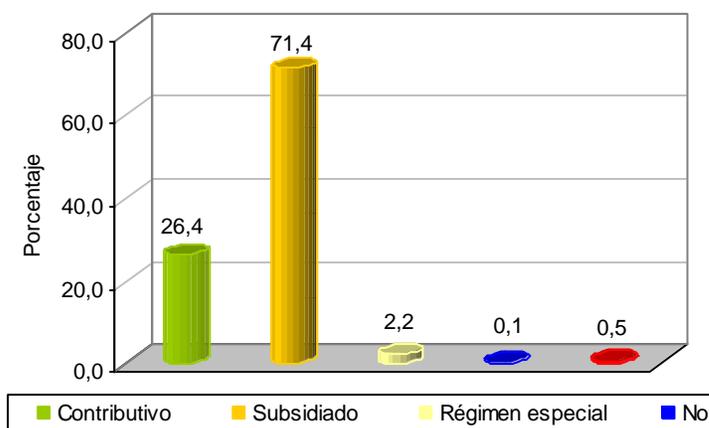
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

De otro lado, en el nivel de Alta exclusión en Capital Humano se observan los mayores porcentajes de no afiliación en todos los grupos de edad: el 54,5% en los niños de 0 a 4 años, el 47,9% en los niños de 5 a 9 años, el 45,6% en el grupo de 10 a 14 años, el 52,6% en el grupo de 15 a 44 años, el 50% de la población de 45 a 69 años y el 46,1% de las personas de 60 años y más, coincidiendo con los grupos de mayor exclusión del indicador.

2.2.2 Tipo de afiliación

Al sistema de seguridad social en Colombia se ingresa a través de dos regímenes, excluyentes entre sí: régimen contributivo y régimen subsidiado. El contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio²⁶.

Gráfico 23. Porcentaje de personas registradas, por tipo de afiliación al SGSSS



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

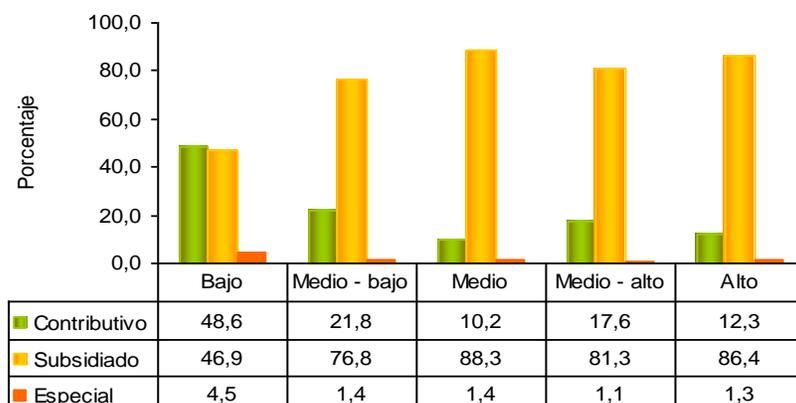
De quienes están afiliados, el 26,4% del total de afiliados, hacen parte del régimen contributivo; el 71,4%, son del régimen subsidiado (niveles 1 y 2 del SISBEN) y el 2,2%, lo son de alguno de los regímenes especiales.

El tipo de afiliación al sistema de seguridad social, presenta diferencias, según el nivel departamental de exclusión en Capital Humano. En el nivel Bajo, el 48,6% de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo, el 46,9% al subsidiado y el 4,5% al especial; sin embargo en los departamentos del nivel de Alta exclusión,

²⁶ Ministerio de la Protección Social. Programa Nacional de Salud 2002-2006, pág 6

la mayor parte de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado (86,4%), el 12,3% al contributivo y el 1,3% al régimen especial.

Gráfico 24. Porcentaje de personas registradas, por nivel de exclusión en Capital Humano, según tipo de afiliación a salud



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Se observan altas coberturas en el régimen subsidiado en aquellos departamentos que muestran mayor exclusión (niveles Medio, Medio alto y Alto), sin embargo la sola afiliación no garantiza el acceso a la totalidad de los servicios.

2.2.3 Uso de los servicios de salud

La tenencia de un carné de salud, no garantiza el ejercicio de este derecho, algunas de las preguntas incluidas en el registro²⁷ indagan por la utilización de los servicios de salud, como una aproximación a la medición de las disparidades de acceso. A continuación se realiza un análisis de las mismas, y comparando los resultados generales con la agrupación de departamentos por nivel de exclusión en Capital Humano.

²⁷ Estas preguntas están incluidas en el capítulo IV del formulario del registro.

2.2.3.1 Orientación sobre el manejo de la discapacidad

Anteriormente anotábamos que en la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, RBC, uno de los componentes más importante es el trabajo con la familia dado que la estrategia responde al “cambio del cuidado institucional al cuidado en el hogar, a la reestructuración del cuidado de la salud y provee entrenamiento tanto a los cuidadores como a los profesionales de las áreas sociales y de la salud; buscando ante todo el reconocimiento de la persona con discapacidad, como una persona con habilidades y destrezas para la realización de sus actividades”.²⁸

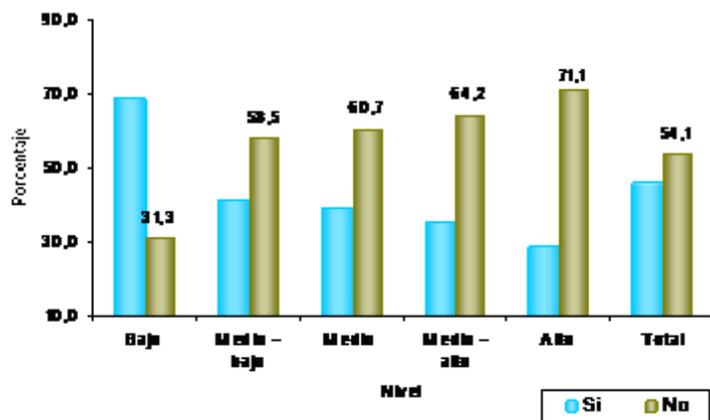
Ahora bien, el cambio del cuidado institucional al cuidado en el hogar exige, entre otros apoyos, que las personas con discapacidad y su familia reciban una excelente orientación sobre el manejo de la discapacidad, sin embargo, el 54,1% del total de las personas registradas refieren no haber recibido este tipo de información.

En siguiente gráfico se evidencia que a pesar de los enormes esfuerzos realizados en los últimos años para hacer de la estrategia una herramienta de apoyo para la inclusión de las personas en situación de discapacidad, es preciso reforzar el trabajo con los miembros del hogar, en todos los ámbitos, en la totalidad de los municipios, y en todos los departamentos.

En los departamentos del nivel Bajo de exclusión en Capital Humano, el 31,3% de las personas no han recibido información sobre el manejo de la discapacidad, en los de Media baja exclusión el 58,5%, en los nivel Medio el 60,7%, y en los de exclusión Media alta y Alta, se incrementa al 64,2% y el 71,1%, respectivamente, personas que no han tenido acceso a este servicio.

²⁸ Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento sobre discapacidad. Bogotá, 2003, Pág. 5

Gráfico 25. Porcentaje de personas registradas que recibió orientación sobre el manejo de su discapacidad, por nivel de exclusión en Capital Humano.

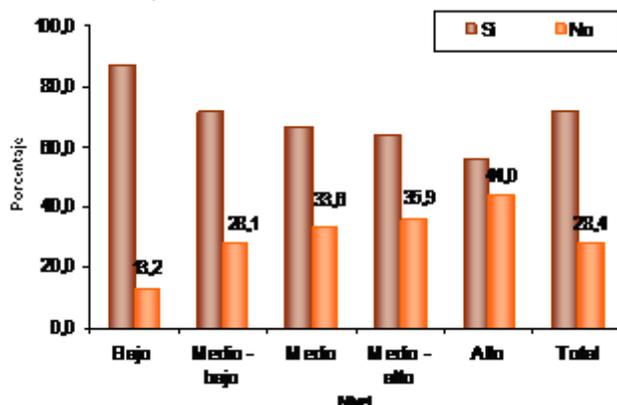


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

2.2.3.2 Atención en salud en el último año

Al indagar sobre el acceso a los servicios de atención general en salud en el último año, en el gráfico se observa que poseen mayor acceso las personas que residen en los departamentos clasificados en los niveles Bajo y Medio bajo de exclusión en Capital Humano (86,8% y 71,9%, respectivamente), mientras quienes residen en los niveles Medio alto y Alto el 35,9 y el 44,0% de la población no ha recibido atención en salud en el último año.

Gráfico 26. Porcentaje de personas que recibió atención en salud en el último año, por nivel de exclusión en Capital Humano

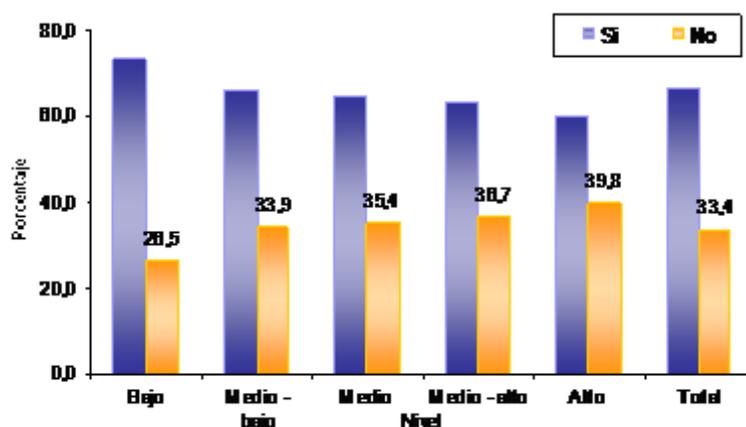


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

2.2.3.3 Diagnóstico oportuno

El 33,4% del total de la población refiere que su condición no fue oportunamente diagnosticada, evidenciando que existe una parte importante de la población que no tiene acceso oportuno a esta información. Al revisar los datos por nivel de exclusión en Capital Humano, se observan diferencias.

Gráfico 27. Porcentaje de personas que recibieron diagnóstico oportuno, por nivel de exclusión en Capital Humano



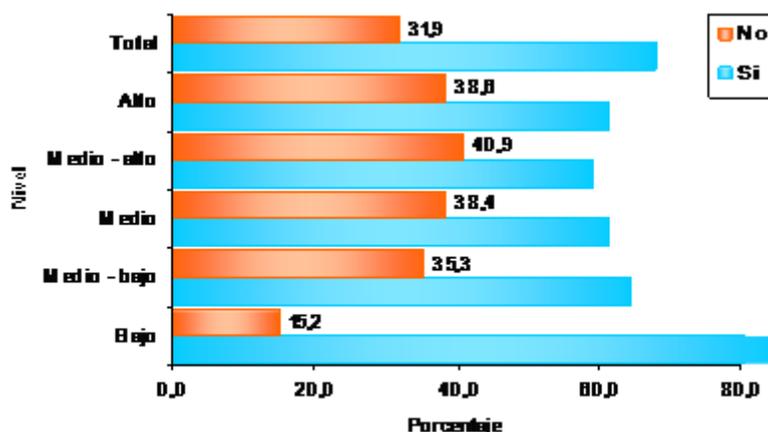
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Contar con un diagnóstico oportuno determina posibilidades de rehabilitación y de inclusión de las personas en situación de discapacidad. Los datos evidencian que un significativo grupo de personas no posee diagnóstico oportuno sobre su condición, se aumenta la brecha del acceso a los servicios a que tiene derecho. El 26,5% de las personas residentes en los departamentos del nivel Bajo de exclusión en Capital Humano, reportan no tener diagnóstico oportuno, el 33,9% del nivel Medio bajo, el 35,4% del nivel Medio, el 36,7% del nivel Medio alto, y el 39,8% del nivel Alto.

2.2.3.4 Ordenan ayudas técnicas

En cuanto a las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes que requieren las personas en situación de discapacidad, en el registro se indaga por ellas y por la ayuda de otras personas. Con respecto al acceso de ayudas técnicas, se pregunta si las personas han recibido orden por parte de los servicios de salud, y el 31,9% del total de población registrada reporta no haberla recibido. Según los resultados por nivel de exclusión en Capital Humano, se observa:

Gráfico 28. Porcentaje de personas que le ordenaron usar ayudas especiales, por nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

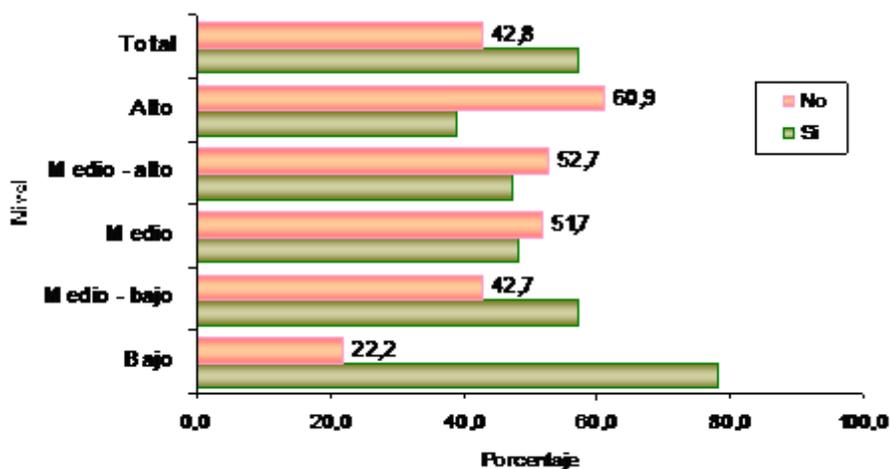
Las diferencias por nivel son significativas; mientras en los departamentos con nivel Bajo de exclusión en Capital Humano, el 15,2% de las personas no han recibido orden para el uso de ayudas, en los niveles Medio alto y Alto esta población representa el 40,9% y el 38,6%, respectivamente.

2.2.3.5 Utilizan las ayudas

En el país aún existe la tendencia a manejar de manera no técnica el componente de las ayudas técnicas, en el nivel nacional, en algunos departamentos y en un

número apreciable de municipios todavía no se tiene un claro conocimiento de cómo debe funcionar el programa “Banco de Ayudas Técnicas”. Ahora, el 42,8% del total de personas registradas no utiliza las ayudas, proporción que aumenta según el nivel de exclusión en Capital Humano en los departamentos. Así, en el nivel Bajo el 22,2% de las personas no utilizan las ayudas, en el nivel Medio bajo es el 42,7%, en el nivel Medio el 51,7%, en el Medio alto el 52,7% y en el nivel Alto el 60,9%.

Gráfico 29. Porcentaje de personas que utiliza ayudas especiales, por grupos nivel de exclusión en Capital Humano

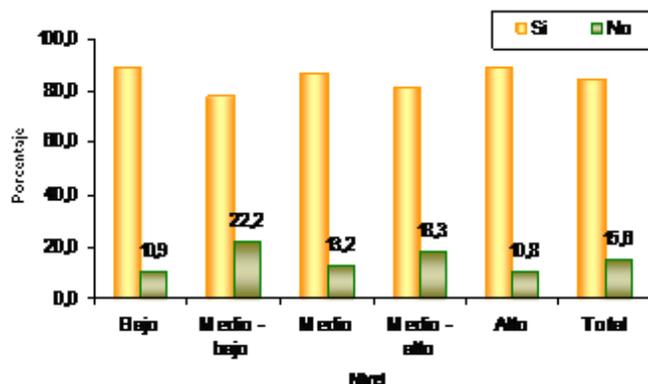


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

2.2.3.6 Necesitan ayudas

Al preguntar por la necesidad de usar las ayudas técnicas, el 84,4% del total de la población registrada cree que aún las necesita, por niveles de exclusión en Capital Humano se observa:

Gráfico 30. Porcentaje de personas que cree que aún necesitan ayudas especiales, por nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

El 89,1% de las personas que habitan en departamentos del nivel Bajo de exclusión, el 77,8% del nivel Medio bajo, el 86,8% del nivel Medio, el 81,7% del nivel Medio alto y el 89,2% del nivel Alto, refieren que aún necesitan las ayudas técnicas, prótesis o medicamentos permanentes.

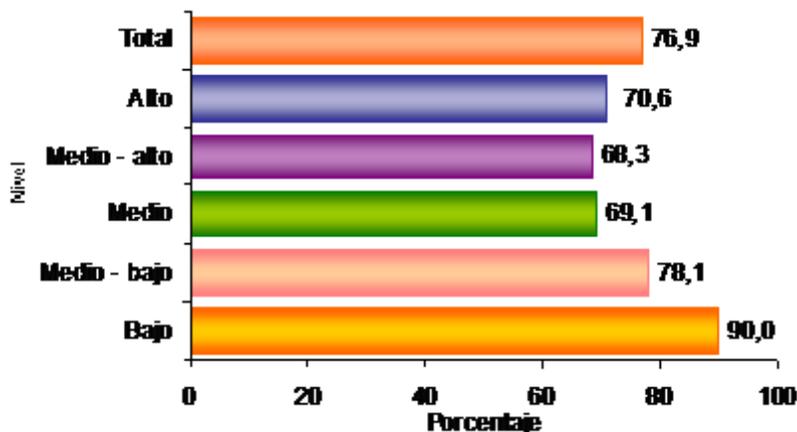
2.2.3.7 Rehabilitación ordenada

Sin duda alguna, la rehabilitación, es uno de los componentes fundamentales de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, pero igualmente es uno de los derechos más vulnerados. Según denuncia pública en el tema de atención en salud y rehabilitación integral para las personas con discapacidad²⁹, el 45% de de las personas debe acudir a la tutela para poder recibir el servicio de rehabilitación, los trámites que exigen a las mismas pueden demorar hasta más de 35 días y los Hospitales del 3° nivel están incumpliendo con su obligación en aras de la austeridad.

²⁹ Comité Consultivo Nacional de Discapacidad. Informe de gestión. Octubre de 2005, pág 6

Según los datos del registro, el 76,9% del total de las personas recibió orden de rehabilitación, los datos son diferenciales según el nivel de exclusión en Capital Humano.

Gráfico 31. Porcentaje de personas a quienes les ordenaron rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano



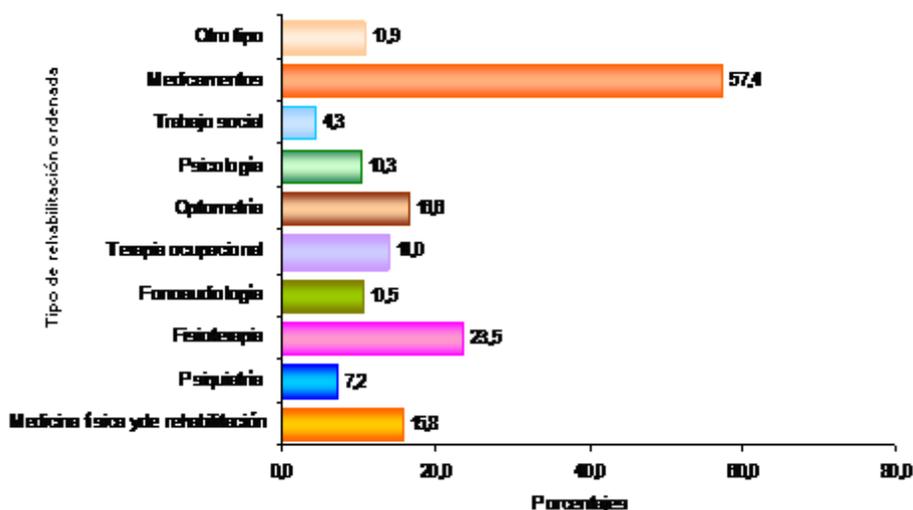
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

La proporción de personas que recibieron orden de rehabilitación disminuye según aumenta en los departamentos el nivel de la exclusión en Capital Humano. El 90,0% de las personas residentes en los del nivel Bajo de exclusión, recibieron orden de rehabilitación; el 78,1% del nivel Medio Bajo; el 69,1% del nivel Medio; el 68,3% del nivel Medio alto y el 70,6% del nivel Alto.

2.2.3.8 Distribución de la rehabilitación ordenada

El tipo de limitaciones de las personas en situación de discapacidad, determina los procesos de rehabilitación que debe recibir. Como se mencionó anteriormente, las limitaciones de movilidad (cuerpo, movilidad gruesa y fina) son las más frecuentes en la población registrada, y este dato guarda correspondencia con los tipos de rehabilitación ordenada. Es decir, el tipo de limitaciones de las personas en situación de discapacidad, determina de cierta manera el tipo de procesos de rehabilitación que deben recibir.

Gráfico 32. Porcentaje de personas registradas, por tipo de rehabilitación ordenada



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Al 15,8% de las personas les ordenaron atención de medicina física y de rehabilitación; al 7,2% acudir a psiquiatría; al 23,5% acudir a procesos de rehabilitación en fisioterapia; al 10,5% fonoaudiología; al 14,0% de las personas registradas se les ordena acudir a rehabilitación en terapia ocupacional; al 16,6% de las personas les indican acudir a optometría; al 10,3% de las personas que les ordenaron procesos de rehabilitación debieron acudir a psicología, al 4,3% trabajo social; al 57,4% medicamentos permanentes, y al 10,9% otro tipo de rehabilitación.

Este comportamiento presenta algunas diferencias según el nivel de exclusión en Capital Humano de los departamentos.

Cuadro 7. Porcentaje de personas a quienes les ordenaron rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano, según tipo de rehabilitación ordenada

Tipo de rehabilitación ordenada	Nivel Bajo	Nivel Medio bajo	Nivel Medio	Nivel Medio alto	Nivel Alto
Medicina física y de rehabilitación	18	17	13	15	12
Psiquiatría	7	9	5	7	7
Fisioterapia	23	27	16	21	30

Tipo de rehabilitación ordenada	Nivel Bajo	Nivel Medio bajo	Nivel Medio	Nivel Medio alto	Nivel Alto
Fonoaudiología	8	14	8	10	14
Terapia ocupacional	15	19	8	11	11
Optometría	14	19	14	17	21
Psicología	12	13	7	9	7
Trabajo social	6	6	2	3	2
Medicamentos	72	50	55	49	49
Otro tipo	9	13	11	12	9

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

La proporción de personas que recibieron orden de rehabilitación en medicina física varía entre el 12% (nivel Alto) y el 18% (nivel Bajo), fonoaudiología entre 8% (niveles Bajo y Medio) y el 14% (niveles Medio bajo y Alto), la optometría entre el 14% (niveles Bajo y Medio) y el 21% (nivel Alto). Las órdenes recibidas para medicamentos permanentes se presentan en mayores porcentajes en los departamentos del nivel uno.

2.2.3.9 Orden de rehabilitación por grupos de edad

La edad de la persona, y la incidencia de las diferentes clases de limitaciones que presentan al desarrollar sus actividades de la vida diaria, establece igualmente la frecuencia de los diferentes tipos de rehabilitación ordenada.

Cuadro 8. Distribución de la población registrada, por grupos de edad, según tipos de rehabilitación ordenada.

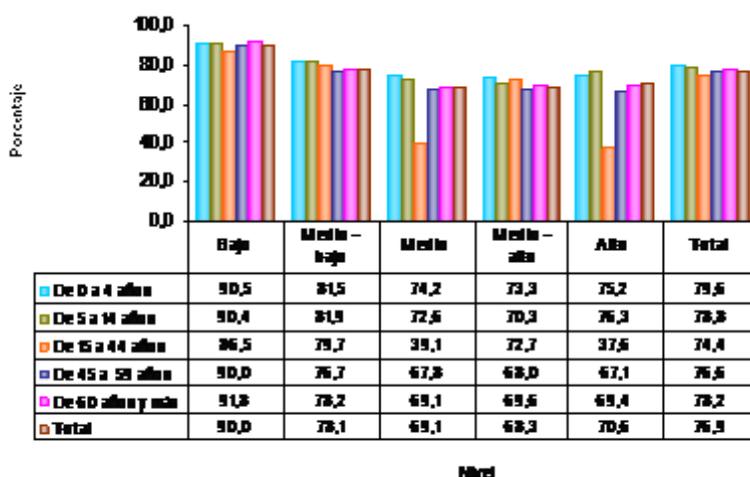
Tipo de rehabilitación ordenada	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
Medicina física y de rehabilitación	15,79	21,9	17,2	16,5	14,7	14,9
Psiquiatría	7,18	3,8	8,6	12,1	6,8	3,6
Fisioterapia	23,54	34,9	26,2	25,1	21,8	21,7
Fonoaudiología	10,51	22,5	27,2	12,6	5,0	5,8

Tipo de rehabilitación ordenada	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
Terapia ocupacional	14,02	27,0	27,4	17,0	9,7	8,9
Optometría	16,61	13,3	19,7	14,5	16,3	17,6
Psicología	10,29	11,4	25,2	15,5	6,4	3,8
Trabajo social	4,35	6,9	9,2	5,6	2,8	2,5
Medicamentos	57,45	35,2	30,9	46,8	64,5	71,4
Otro tipo	10,88	17,1	13,4	11,7	10,3	9,4

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Ahora bien, al examinar los datos de la rehabilitación ordenada por grupos de edad y nivel de exclusión en Capital Humano en los departamentos, se observan significativas diferencias. Mientras en los de nivel Bajo, más del 76,9% de la población registrada, en todos los grupos de edad, ha recibido orden de rehabilitación, en los del nivel Alto de exclusión, esta proporción varía entre el 37,6% en el grupo de 15 a 44 años y el 76,3% en los niños de 5 a 14 años.

Gráfico 33. Porcentaje de personas que les ordenaron rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano, según grupos de edad

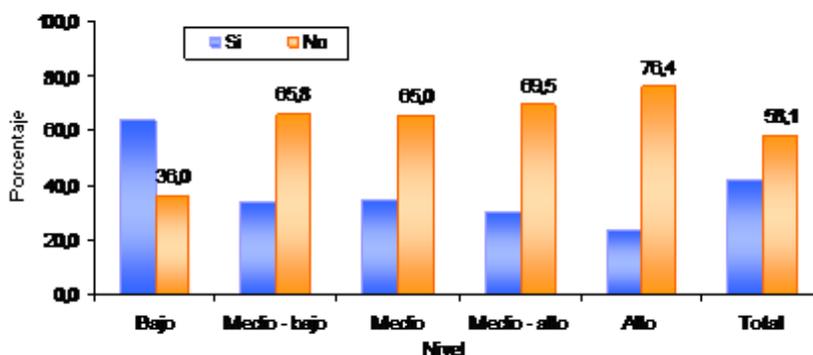


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

2.2.3.10 Asistencia a servicios de rehabilitación

En cuanto al acceso a los servicios de salud, el registro contempla una pregunta que indaga si la persona asiste a los servicios de rehabilitación.

Gráfico 34. Porcentaje de personas que asiste al servicio de rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

El 58,1% del total de personas al momento del registro, no asiste a procesos de rehabilitación, las diferencias son significativas en los departamentos por nivel de exclusión, el 36,0% de las personas residentes en los departamentos del nivel Bajo, no asisten al servicio de rehabilitación; sube al 65,8% en los del nivel Medio; al 65,0% en los de nivel Medio; el 69,5% en el nivel Medio alto y el 76,4% en los del nivel Alto, se evidencian importantes diferencias en la accesibilidad de los servicios de rehabilitación.

2.2.3.11 Pago de servicios de rehabilitación

En cuanto al pago de los servicios de rehabilitación de quienes reportaron asistir, la mayor proporción (72,2%) de personas manifestó que éste es cubierto por el sistema de seguridad social en el que se hallan afiliados. Por niveles de exclusión en Capital Humano se puede apreciar que en el nivel Bajo, el 75,1% de las

personas que asisten a rehabilitación, reportó que los costos son cubiertos por el sistema de seguridad social, el 12,0% por la familia, el 7,2%, personalmente.

Cuadro 9. Porcentaje de personas que asiste al servicio de rehabilitación, por fuente de financiación, según nivel de exclusión en Capital Humano

Grupo de Nivel	SGSSS	La familia	Personalmente	Una ONG	Empleador	Otro
Nivel Bajo	75,1	12,0	7,2	0,9	1,4	3,3
Nivel Medio bajo	72,1	16,6	4,0	1,3	0,8	5,1
Nivel Medio	74,3	16,0	5,8	0,8	0,8	2,2
Nivel Medio alto	69,1	18,1	5,7	0,9	0,7	5,4
Nivel Alto	52,6	35,3	6,1	1,4	0,7	3,9
Total	72,2	15,7	6,2	1,0	1,1	3,9

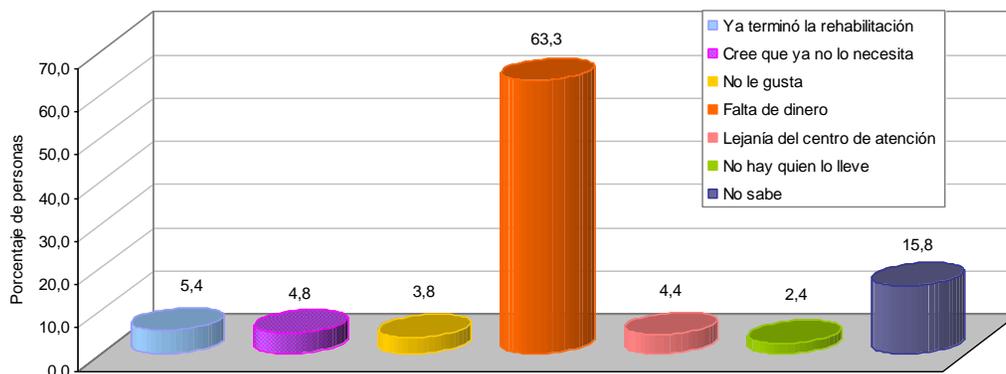
Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

A medida que aumenta el nivel de exclusión en Capital Humano en departamentos, disminuye la proporción del pago de los servicios de rehabilitación por parte del sistema de seguridad social, mientras que aumenta el de la familia y el aporte personal.

2.2.3.12 Razones de no asistencia a rehabilitación

Del total de personas a quienes les ordenaron procesos de rehabilitación, cerca del 87,6% no están asistiendo, las razones para no asistir son diversas. La principal razón es por la falta de dinero 63,3%, el que una persona este afiliada a salud, no le está garantizando acceso a servicios de rehabilitación, las entidades prestadoras de salud públicas o privadas, niegan frecuentemente este derecho a sus afiliados, y no existen controles fuertes en los territorios, ni siquiera en el nivel central para que se proteja a la persona y sus familias; otra razón para esta sinrazón es porque ya terminó (5,4%); cree que ya no lo necesita (4,8%), o porque el centro de rehabilitación queda muy lejos (4,4%); porque no hay quien lo lleve 2,4% y no lo sabe 15,8%.

Gráfico 35. Porcentaje de personas registradas, según razones por las cuales no asiste al servicio de rehabilitación ordenada



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Este comportamiento presenta diferenciales si lo observamos según nivel departamental de exclusión en Capital Humano.

Cuadro 10. Porcentaje de personas que no asiste a rehabilitación, por causa de no asistencia, según nivel de exclusión en Capital Humano

Nivel exclusión	Ya terminó	No necesita	No le gusta	Falta de dinero	Centro lejano	No lo llevan	No sabe
Nivel Bajo	12,5	6,7	6,4	44,3	4,5	3,6	22,0
Nivel Medio bajo	5,8	5,8	4,1	60,3	4,5	2,9	16,6
Nivel Medio	3,0	3,3	2,8	71,3	3,7	1,9	14,1
Nivel Medio alto	3,8	4,6	3,3	66,4	4,2	1,8	15,9
Nivel Alto	2,0	3,0	2,2	77,0	5,0	2,0	8,8
Total	5,4	4,8	3,8	63,3	4,4	2,4	15,8

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Si bien la falta de dinero es la primera causa de no asistencia a los servicios de rehabilitación, la proporción de población es mayor en los niveles Medio y Alto (71,3% y 77,0%), evidenciando que la carencia de recursos o de poder adquisitivo impide la satisfacción de necesidades mínimas, entre ellas los cuidados de salud.

De las personas que no asisten a rehabilitación, el 80,3% no saben si en su municipio existen este tipo de servicios.

2.3 PERCEPCIÓN DE RECUPERACIÓN

La percepción que tienen las personas sobre la recuperación de su condición de discapacidad y las causas de la misma, expresa situaciones de dificultad en el acceso a los servicios de rehabilitación.

Del total de personas registradas, el 76,9% manifiesta que no se está recuperando de su discapacidad. Sin embargo este comportamiento presenta diferenciales en los departamentos por nivel de exclusión en Capital Humano, en el siguiente cuadro se presentan los datos de la percepción de recuperación.

Cuadro 11. Porcentaje de personas registradas, por percepción de recuperación, según nivel de exclusión en Capital Humano

Nivel de exclusión Capital Humano	Si	No
Nivel Bajo	24,8	75,2
Nivel Medio bajo	23,9	76,1
Nivel Medio	27,0	73,0
Nivel Medio alto	20,6	79,4
Nivel Alto	17,8	82,2
Total	23,1	76,9

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

El 24,8% de las personas que residen en los departamentos de nivel Bajo de exclusión en Capital Humano, manifiestan que se están recuperando de su discapacidad; el 23,9% del nivel Medio bajo; el 27,0% del nivel Medio; el 20,6% del nivel Medio alto y el 17,8% del nivel Alto.

Por otra parte, la principal razón de la recuperación que argumentan las personas registradas son: gracias a los servicios de salud y rehabilitación recibidos (42,0%), la ayuda de Dios (26,0%), y al apoyo de su familia (18,3%). Esta razón varía según el grupo de edad.

Cuadro 12. Porcentaje de personas registradas, por grupos de edad, según causa de recuperación

Causa recuperación	Total	0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años
No se está recuperando	77,8	65,2	67,4	77,5	79,1	77,7
A los servicios de salud	42,0	49,3	39,7	35,0	44,0	46,8
Al apoyo de la familia	18,3	23,3	25,9	21,5	12,8	10,9
A su empeño por salir	9,3	1,8	5,8	13,7	11,4	9,4
A la ayuda de Dios	26,0	21,5	21,1	25,8	27,2	28,0
A la medicina alternativa	3,1	2,0	1,7	2,6	3,7	3,9
Otro	1,3	2,1	2,1	1,3	1,0	0,8

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

La distribución de las causas de recuperación en los departamentos por nivel de exclusión en Capital Humano dice que la percepción de recuperación gracias a los servicios de salud, oscila entre el 48,3% (nivel Bajo) y el 34,0% (nivel Alto) disminuyendo con el aumento de la exclusión, mientras que la proporción del apoyo de la familia aumenta con el nivel de exclusión y la ayuda de Dios se mantiene entre el 23,9% (nivel Medio) y el 27,9% (nivel Medio bajo).

Cuadro 13. Porcentaje de personas registradas que perciben recuperación, por nivel de exclusión Capital Humano, según causa de la recuperación

Causa de recuperación	Nivel Bajo	Nivel Medio bajo	Nivel Medio	Nivel Medio alto	Nivel Alto
Servicios de salud	48,3	38,2	44,4	39,2	34,0
Apoyo de la familia	13,1	20,3	19,3	20,3	23,2
Su empeño por salir adelante	10,7	9,5	6,7	8,6	10,7
A la ayuda de Dios	24,6	27,9	23,9	27,2	26,5
Medicina alternativa	1,8	3,0	4,6	3,6	4,0
Otro	1,5	1,2	1,0	1,2	1,6

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

3. RETOS PARA ASEGURAR EL DERECHO A LA EDUCACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En materia de discapacidad, es indudable que el Estado Colombiano ha de tomar como referente en sus procesos de planificación los compromisos que se han adquirido de cara a la Convención internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁰.

Con respecto al derecho de educación podemos observar que en el artículo 24, los Estados Partes reconocen este derecho a las personas con discapacidad. Para hacer efectivo este derecho sin ningún tipo de discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes deben asegurar un sistema de educación *inclusivo a todos los niveles*, igualmente se plantea la necesidad de la enseñanza a lo largo de toda la vida.

La Convención busca desarrollar el potencial humano a plenitud, el sentido de la dignidad y la autoestima de las personas, también reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana. Se deben realizar todos los esfuerzos necesarios para desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, y sus aptitudes mentales y físicas; debemos hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

Para garantizar el derecho a la educación de las personas con discapacidad, los Estados deben asegurar que las personas no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de su discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria, una educación de calidad y en igualdad de condiciones con las demás personas.

³⁰ ONU. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Diciembre de 2006

Esto significa que se deben hacer los ajustes razonables en función de las necesidades individuales; es decir facilitar las medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión. Los Estados deben brindar a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y el desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena en el ámbito de la educación y como miembros plenos de una comunidad.

Los Estados Partes a su vez deben adoptar las medidas pertinentes, para facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos, habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares; se debe facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas.

Los Estados deben asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación *más apropiados para cada persona* y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social. Los Estados deben adoptar las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén *cualificados* en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Dentro de esa formación se debe incluir *la toma de conciencia* sobre la misma discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de las técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

Los compromisos frente a la Convención van incluso más adelante a las garantías de nuestra propia Carta Política, pues los Estados deben también asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la

formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados han de asegurar que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

El derecho a la educación³¹ hace parte de los factores ambientales (e) contemplados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF, que junto con el desarrollo del derecho a la salud se conoce como Capital Humano³².

3.1 EXCLUSION EDUCATIVA

Según Amartya Sen, una persona con el mismo nivel de ingreso “puede beneficiarse de la educación por la posibilidad de leer, argumentar, comunicar, elegir con mayor información, y ser tenida en cuenta más seriamente por otros;” la educación por tanto no solo incide en el mejoramiento de los ingresos sino que brinda mejores condiciones en la capacidad de elegir desde la perspectiva de la capacidad humana. “Si una persona llega a ser más productiva mediante una mejor educación y una mejor salud, es de esperar que también pueda dirigir mejor su propia vida y tener más libertad para hacerlo.”³³ La educación hace que la persona tenga mejores oportunidades para alcanzar una vida digna, para que sea más eficiente en la producción de bienes o servicios, si las personas tienen acceso a la educación mejoran el componente de Capital Humano en los territorios.

En los últimos años se han sucedido múltiples transformaciones que inciden en lo económico, social y cultural, desafortunadamente estos cambios han venido acentuando las condiciones de desigualdad, y dentro del grupo de los desposeídos, de los que no cuentan con oportunidades, se encuentra la mayor parte de las personas en situación de discapacidad.

³¹ CIF, Capítulo 5 Factores ambientales (e). Servicios, sistemas y políticas de educación y formación (e 585). Pág. 220

³² Sen, Amartya. Capital humano y capacidad humana. FORO DE ECONOMÍA POLÍTICA - Teoría Económica www.red-vertice.com/fep Fecha de creación 15/09/2004 14:46

³³ Sen, Amartya. Capital humano y capacidad humana. pág. 2

En capítulos anteriores se observó cómo en sus hogares las privaciones se hacen más notorias, más críticas, la poca atención que reciben, es solo aquella que pueden obtener con los insuficientes recursos que pueden disponer en sus hogares; la presencia del Estado sigue siendo marginal en buena parte del territorio nacional, es necesario mejorar su capacidad de protección y atención, las acciones deben ser pertinentes con las condiciones de pobreza y desamparo en las cuales se debaten estas personas junto con sus familias.

Es en medio de estas condiciones en las cuales las personas se “preparan” para afrontar las posibilidades de acceso a la educación en sus municipios, existen otras barreras que interfieren en su permanencia y promoción escolar, pero éstas se crean, y se viven al interior de las mismas instituciones educativas. Al abordar la información del registro con respecto a la educación, analizamos primero la situación general de las personas registradas, observamos las posibles causas o razones, y comparamos luego esa situación con la mirada departamental según su nivel o grado de exclusión en Capital Humano.

Los resultados se obtienen y analizan cuando la educación en el mundo y en nuestro país se asume como un derecho³⁴, como una posibilidad de realización de todos los miembros de una sociedad. No se puede negar que se hayan logrado avances, especialmente a nivel de un marco jurídico que respalda estas intencionalidades, pero se evidencian aún grandes obstáculos, hoy se presentan mayores retos a la gestión pública para materializar los ideales, se deben asignar y preparar los recursos, crear los mecanismos, y organizar los procesos para promover la inclusión.

Al tomar como insumo la información del registro, las personas que se consideran excluidas del derecho a la educación, son aquellas que cumplen con las siguientes reglas:

³⁴ Constitución Política, artículo 67

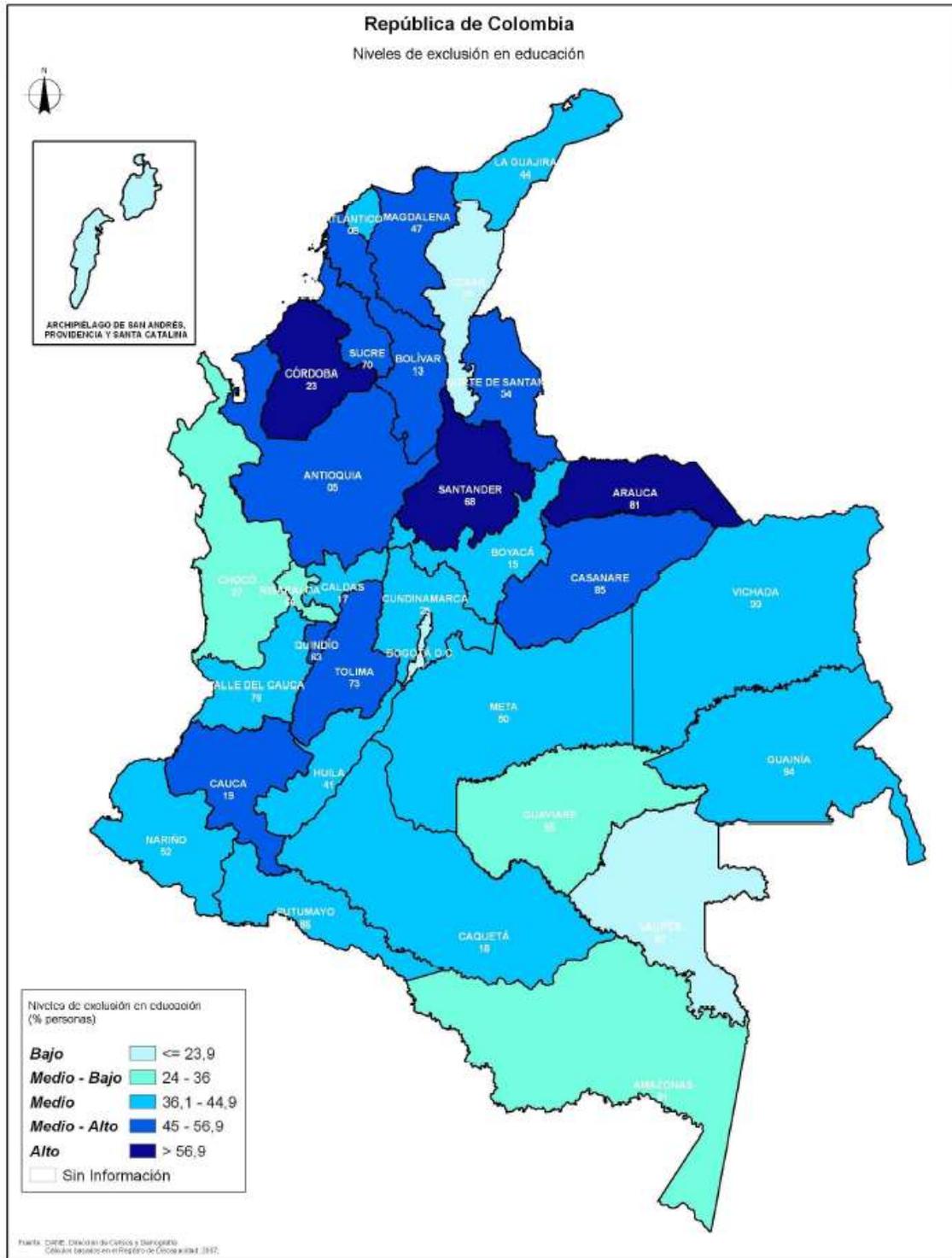
1. En el primer segmento se encuentran los que **no** tienen ningún año escolar Y **no** saben leer y escribir Y mencionan por lo menos una causa por la cual no estudian, se identifican como “excluidos”.
2. El segundo segmento los que **no** tienen ningún año escolar Y **si** saben leer y escribir, se identifican como “excluidos”.
3. El tercer segmento los que **no** tienen ningún año escolar Y **no** saben leer y escribir Y están asistiendo actualmente a un establecimiento educativo, se identifican como “excluidos”.
4. El cuarto segmento corresponde a los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **no** están asistiendo a establecimientos educativos Y respondieron **no** saber leer y escribir, se identifican como “excluidos”.

Se obtuvieron otros tres grupos de personas que cumplen condiciones diferentes y que no hacen parte de las personas clasificadas como excluidas en educación

5. El quinto segmento generado por los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **no** están asistiendo a establecimiento educativos Y **si** saben leer y escribir, se identifican como “menos excluidos”.
6. El sexto segmento lo conforma los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **si** están asistiendo a establecimientos educativos Y **no** saben leer y escribir, se identifican como “menos excluidos”.
7. El séptimo segmento lo conforma los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **si** están asistiendo a establecimiento educativos Y **si** saben leer y escribir, se identifican como “menos excluidos”.

Si aplicamos el Indicador de Exclusión en Educación³⁵ a los 830 municipios con información del registro, se observa la siguiente distribución geográfica por departamentos.

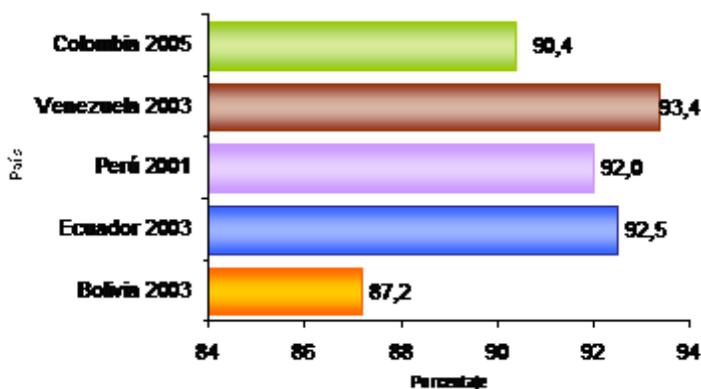
³⁵ Gómez JC. Magnitud de la Exclusión Educativa de las personas con discapacidad en Colombia. Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007



3.2 ALFABETISMO

La tasa de alfabetismo es un indicador que refleja de alguna manera el desarrollo social de un país, permite observar los resultados obtenidos en un territorio a través del tiempo luego de invertir cierta cantidad de recursos a la educación de los pueblos, es la relación que existe entre las personas que a partir de cierta edad declaran saber leer y escribir y el total de la población que contestó dicha pregunta. Al comparar nuestra tasa de alfabetismo 90.4%³⁶, con la de los países de la Comunidad Andina, Colombia solo supera la tasa de Bolivia.

Gráfico 36. Países de la comunidad andina / alfabetismo mayores de 14 años de edad



Fuente: DANE. 2006. Boletín de Educación. Censo 2005

Nuestro niveles de alfabetismo mantenían una tendencia de crecimiento positiva hasta el año de 1993; para 1964 la tasa de calculaba en 72,9%, para 1973 subió al 82%, luego presentó un incremento no tan acentuado y en 1985 se llega al 87,7%, posteriormente para 1993 el crecimiento es más lento aún y se coloca en un 90,6%, doce años después, en 2005 la tasa decrece al 90,4%.

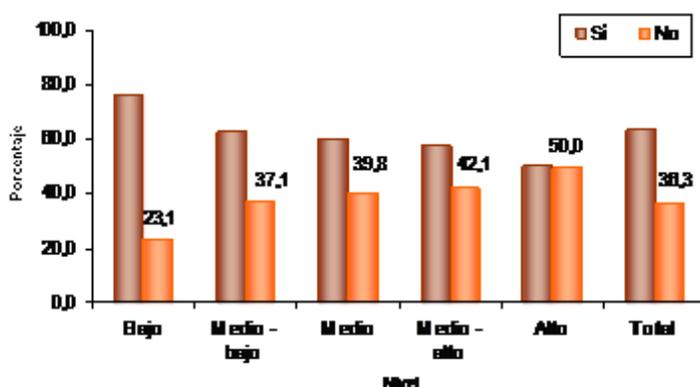
Ahora bien, según el registro, la tasa de alfabetismo dentro de las personas con discapacidad registrada es del 63,7%, es decir el 36,3% de las personas de tres años o más, no saben leer ni escribir, es evidente que existe una gran desigualdad para con estas personas, esa desigualdad, y todo lo que ella implica, repercute

³⁶ Censo General 2005

negativamente en el desempeño de los diferentes roles que han de asumir, las personas analfabetas están en un alto grado de vulnerabilidad.

La proporción de la población analfabeta aumenta en los departamentos con el nivel de exclusión en Capital humano, así, el 23,1% de las personas del nivel Bajo, reportó no saber leer y escribir, el 37,1% del nivel Medio bajo, el 39,8% del nivel Medio, el 42,1% del nivel Medio alto y el 50,0% del nivel Alto.

Gráfico 37. Porcentaje de personas por alfabetismo, según nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

3.3 ASISTENCIA ESCOLAR

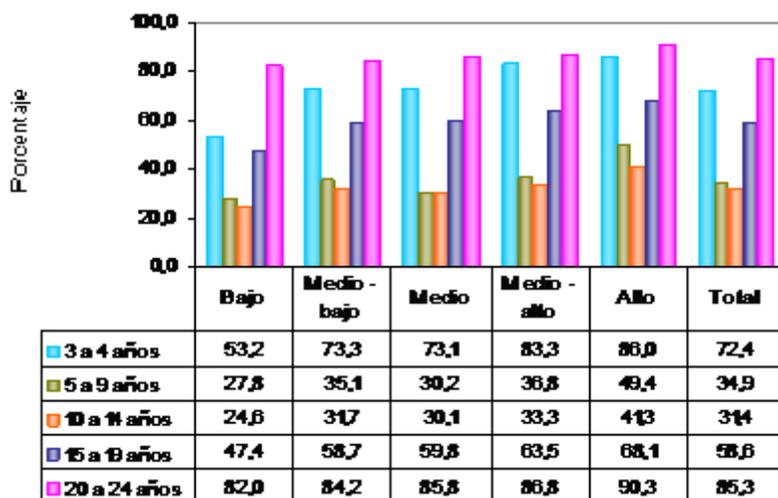
Las desigualdades en educación se pueden apreciar igualmente en cuanto a las oportunidades que las personas en situación de discapacidad tienen para acceder (ingresar) a la escuela, a los colegios, a las universidades, a los servicios de la educación regular. De las personas registradas con tres años o más, el 87,6% de ellas no asisten actualmente a un establecimiento educativo, de los niños que se encuentran entre los 3 y 4 años no asisten el 72,4%.

Al comparar la no asistencia en otros por grupos de edad, observamos que de las personas que se encuentran entre los 5 y 9 años, no asiste el 34,9%; de los de 10 a 14 años no asisten a la escuela el 31,4%; de aquí en adelante la tasa de no

asistencia se incrementa, en los jóvenes de 15 a 19 años al 58,6%, y en las personas de 20 a 24 años no asiste según el registro el 85,3% de ellas.

Estos porcentajes aumentan en los departamentos conforme se incrementa el grado de exclusión en Capital Humano, así por ejemplo, el 53,2% en el nivel Bajo y el 86,0% en el nivel Alto, de los niños y niñas de 3 a 4 años no asiste, al igual que el 47,4% y el 68,1% de los jóvenes de 15 a 19 años, de los mismos niveles de exclusión.

Gráfico 38. Porcentaje de personas registradas, de tres años o más, que NO asisten a un centro educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según grupos de edad



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En la medida en que se avanza en el nivel educativo, las posibilidades de acceder y permanecer son cada vez menores, de esta manera pareciera que la educación no hace parte del proyecto de vida de buena parte de la población en situación de discapacidad.

Las principales razones por las cuales las personas registradas no asisten a los establecimientos educativos, son: porque ya terminó o considera que no está en edad escolar (35,8%) y por su discapacidad (30,3%).

Gráfico 39. Porcentaje de personas que no asiste a un establecimiento educativo, según causa de no asistencia

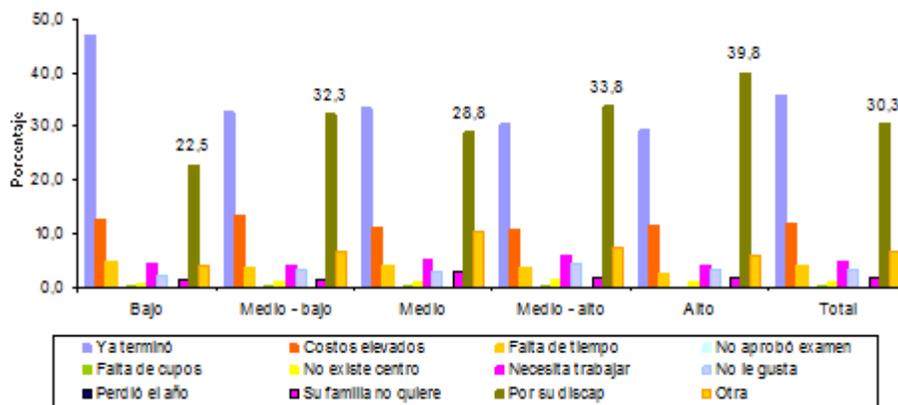


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En el siguiente gráfico se observa por niveles de exclusión en Capital Humano la distribución de las causas de no asistencia, el 47,0% de las personas que no asisten a establecimientos de educación formal, que residen en los departamentos de nivel Bajo, manifiestan que no asisten porque ya terminaron o no están en edad escolar.

El 32,8% del nivel Medio bajo, el 33,2% del nivel Medio, el 30,3% del nivel Medio alto y el 29,4% del nivel Alto, mientras que la segunda causa se aduce a la condición de discapacidad, con mayores proporciones en los niveles de mayor exclusión: 22,5% en el nivel Bajo, 32,3% en el nivel Medio bajo, 28,8% en el Medio, 33,8% en el Medio alto y 39,8% en el Alto.

Gráfico 40. Porcentaje de personas que no asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según causa de no asistencia

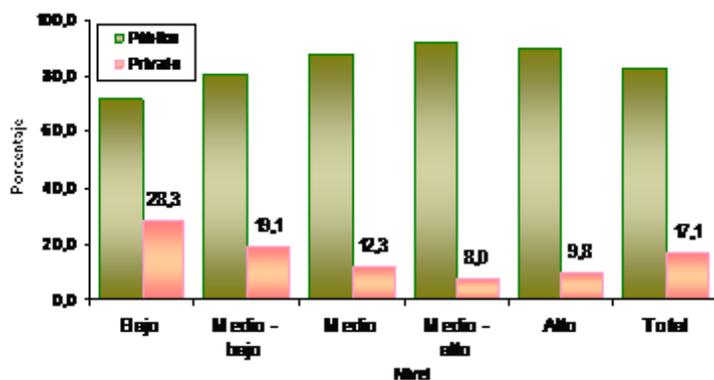


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

3.4 TIPO DE ESTABLECIMIENTO AL QUE ASISTE

El 82,9% del total de personas que asisten a algún establecimiento de educación formal, asisten a una institución pública. Observemos los resultados en los departamentos por nivel de exclusión en Capital Humano.

Gráfico 41. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según tipo de establecimiento



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

La proporción de asistencia escolar a establecimientos privados es mayor en los niveles de menor exclusión: el 28,3% de las personas que asisten del nivel Bajo, el 19,1% del nivel Medio bajo, el 12,3% del Medio, el 8,0% del Medio alto y el 9,8% del nivel Alto.

3.5 NIVEL EDUCATIVO

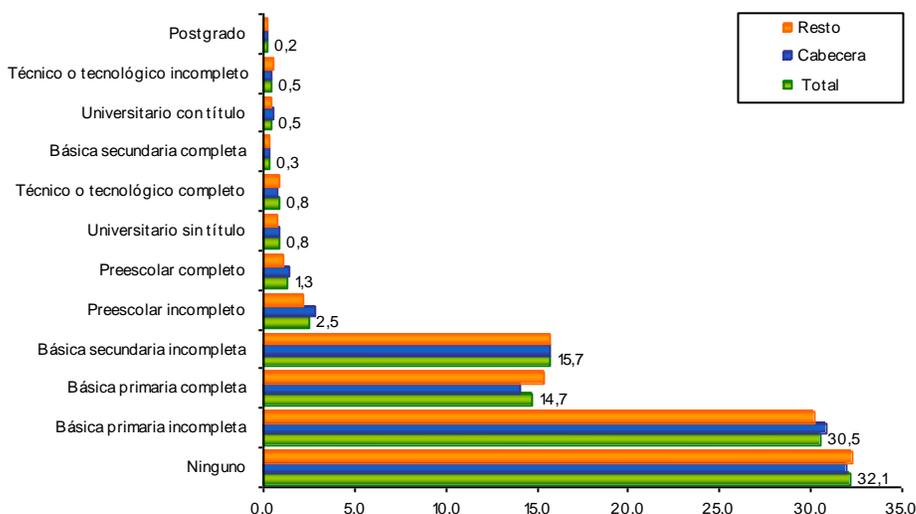
El nivel educativo alcanzado es otro de los indicadores que evidencia más claramente la exclusión de las personas en situación de discapacidad, en el área de educación. Según los datos del Censo General 2005, el 10,5% de la población total del país no tiene ningún nivel educativo.

La calidad de vida, y los obstáculos al acceso, repercuten necesariamente en el nivel de educativo que alcanzan las personas con discapacidad. El 32,1% de las personas registradas nunca pudieron entrar a la escuela, o aprobar al menos un grado escolar.

Además del altísimo porcentaje de personas que no accedieron a la escuela, el 30,5% de las personas registradas no alcanzaron a terminar la primaria, con los anteriores sumamos un 62,6% de personas que no tienen de por sí oportunidad alguna para lograr por sus propios medios ni ahora ni a futuro de no cambiar la situación, una existencia digna. Terminar la primaria, bien lo sabemos no significa gran cosa en una sociedad altamente competitiva, el 14,7% logró aprobar el grado 5º de primaria, el acumulado es del 77,3%.

El 15,7% ingresa a grados de la básica secundaria pero no la terminan, el acumulado es entonces del 93,0%. El sistema educativo solo ha permitido que el 0,3% termine la secundaria, el 0,8% ingresa pero no termina estudios universitarios, el 0,5% ingresa pero no termina carreras técnicas, el 0,5% logran terminar estudios universitarios.

Gráfico 42. Porcentaje de personas mayores de 2 años, por nivel educativo alcanzado



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En el siguiente cuadro se presentan los datos del nivel educativo alcanzado, según los datos del registro, para cada nivel departamental de exclusión en Capital Humano.

Cuadro 14. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en Capital Humano, según nivel educativo alcanzado

Nivel educativo	Nivel Bajo	Nivel Medio bajo	Nivel Medio	Nivel Medio alto	Nivel Alto
Ninguno	28,6	36,3	35,5	40,9	48,4
Básica primaria incompleta	28,0	31,5	34,4	35,5	31,9
Básica primaria completa	16,8	13,1	11,7	10,6	8,4
Básica secundaria incompleta	19,4	12,7	11,6	8,5	6,9
Preescolar incompleto	2,1	2,8	3,0	2,5	2,7
Preescolar completo	1,2	1,5	1,7	1,0	0,8
Universitario sin título	1,3	0,6	0,5	0,2	0,2
Técnico o tecnológico completo	1,1	0,5	0,4	0,2	0,2
Básica secundaria completa	0,2	0,3	0,4	0,2	0,2
Universitario con título	0,5	0,3	0,2	0,1	0,1
Técnico o tecnológico incompleto	0,7	0,3	0,3	0,2	0,1
Postgrado	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Los datos muestran significativas diferencias en el nivel educativo alcanzado: por lo general a mayor exclusión en Capital Humano, mayor proporción de personas con ningún nivel (28,6% en el nivel Bajo, y 48,4% en el nivel Alto), al igual que con primaria incompleta (28,0% en el nivel Bajo, 35,5% en el nivel Medio alto, 31,9% en el nivel Alto). Primaria completa, secundaria y grados superiores presentan mayor proporción de población en los departamentos de menor exclusión en Capital Humano.

El 73,4% de las personas residentes en los departamentos del nivel Bajo, suman ningún nivel, primaria completa o incompleta, el 80,9% en el nivel Medio bajo, el 81,6% en el nivel Medio, el 87,0% en el Medio alto y el 88,7% en el nivel Alto, mientras que el nivel profesional o de postgrado lo alcanzan solo el 2% en los departamentos del nivel Bajo, y menos del 1% los demás niveles (el 0,9% en el nivel Medio bajo, 0,8% en el Medio, 0,4% en el Medio alto y el 0,3% en el Alto).

3.6 APOYOS PARA LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA

¿Cuáles pueden ser las causas de las altas tasas de analfabetismo y de inasistencia escolar que caracteriza a las personas en situación de discapacidad en nuestro país? Buena parte de esta situación se explica por las mismas condiciones de penuria en la cual ellas viven con sus familias, es el resultado de la relación existente entre la discapacidad, la pobreza, y la marginalidad. Sin embargo, nuestra Constitución establece que debe existir una corresponsabilidad por parte del Estado, que el Estado es también responsable, que el Estado debe proteger, apoyar y dar oportunidades.

La precaria situación económica de las familias, condiciona el ingreso de sus hijos a la educación, vimos como cerca del 83% de las personas registradas que asisten a establecimientos educativos, lo hacen en los de tipo público, y esos establecimientos no están garantizando el ingreso de todas las personas, la

demanda supera ampliamente la oferta del Estado, por otra parte, parece que algo sucede al interior de la institución educativa, algo no funciona, es necesario desde los territorios garantizar la permanencia y la promoción.

La atención de las necesidades educativas especiales tiene que ver con el conjunto del sistema educativo, incluso, van más allá del sistema educativo, pues impactan los índices de bienestar, los derechos humanos y las libertades colectivas e individuales de un pueblo.

La Ley 115/94, Ley General de la Educación, en su artículo 47 obliga a los territorios a incluir dentro de sus Planes de Desarrollo, programas de apoyo pedagógico para satisfacer las necesidades de la población con limitaciones o talentos excepcionales. En un gran número de nuestros municipios no se tuvo información sobre las “escuelas integradoras”, hoy día otro tanto de ellos no conocen como funciona la “inclusión educativa”; otros, los más no saben cuántos niños en situación de discapacidad no asisten a las aulas, un apreciable número de ellos no conocen los alcances del decreto 2082/96, en el que se reglamenta la atención educativa para las personas con limitaciones o talentos excepcionales.

La integración educativa en nuestro país se fundamentaba en cuatro principios rectores: a) la Integración social y educativa, b) el Desarrollo humano, c) la Oportunidad y el equilibrio y por último d) el Soporte específico. Veamos:

3.6.1 Integración social y educativa

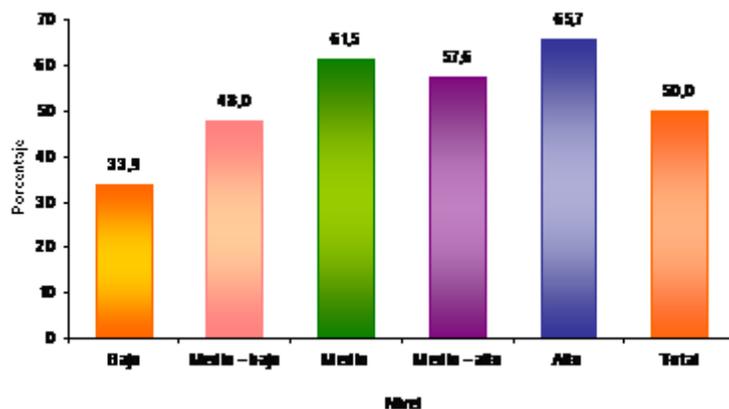
La norma establece la necesidad por parte del Estado de brindar *los apoyos especiales de carácter pedagógico, tecnológico y terapéutico*, que sean necesarios para lograr un desarrollo integral.

Sin embargo, son realmente pocos los establecimientos educativos que están desarrollando esfuerzos para integrar verdaderamente a las personas en situación de discapacidad, existen experiencias positivas en algunas de las principales

ciudades capitales, sin embargo no son suficientes para atender las necesidades educativas. En algunas ciudades capitales de departamento existen tan pocos establecimientos, que no pueden ofertar los suficientes cupos, algunas personas tienen que atravesar todos los días la ciudad para acudir a las aulas, y si se trata de menores de edad, eso significa la dedicación de más tiempo y recursos económicos; en nuestro país, en más de 800 pequeños municipios, si existe una escuela integradora no hay dos, las plantas físicas se caracterizan por sus barreras de accesibilidad y no cuentan con los apoyos necesarios.

La ley nos habla que la escuela, el establecimiento educativo debe contar con un adecuado *apoyo pedagógico*, y un “adecuado apoyo”, significa un número apropiado de docentes *debidamente formados y capacitados* para trabajar con personas en situación de discapacidad, del total de personas registradas que asisten a un establecimiento educativo, el 50% manifiestan que no cuentan con este tipo de apoyo.

Gráfico 43. Porcentaje de personas registradas, mayores de dos años, que estudian y no cuentan con apoyos pedagógicos, por nivel de exclusión en Capital Humano



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En los departamentos del nivel Bajo de exclusión en Capital Humano, el 33,9% de las personas que estudian no cuentan con apoyo pedagógico, mientras que en el nivel Alto el porcentaje sube al 65,7%.

No se cuenta con los maestros necesarios, muchos de los docentes aún desconocen o se espantan frente a la discapacidad, los que de manera consciente quieren apoyar el proceso, no saben cómo hacerlo.

La discapacidad no hace parte de los pensum en gran parte de las instituciones formadoras de futuros docentes. Las buenas intenciones no son suficientes cuando el maestro tiene que vivir la realidad diaria del niño que no le entiende, que necesita apoyos y además tiene cuarenta niños más en el aula para atender. El resultado de esta situación es que el maestro claudica o evita el compromiso de vincular niños o jóvenes con discapacidad. Esto es algo a tener en cuenta, pues no todos los maestros pueden asumir el reto, porque no todos los retos son de la misma categoría³⁷, cada niño es un caso diferente y las metodologías en la escuela son rígidas.

Es necesario tener claro que la inclusión educativa de las personas en situación de discapacidad, sólo es posible si se transforma la institución en su totalidad. ¿En qué sentido?, comenzando por la manera como se adecuan y disponen las instalaciones físicas, en la forma como enseñan los profesores, en los materiales que se deben utilizar, en disponer de los apoyos tecnológicos necesarios, en los sistemas de promoción, en el currículo.

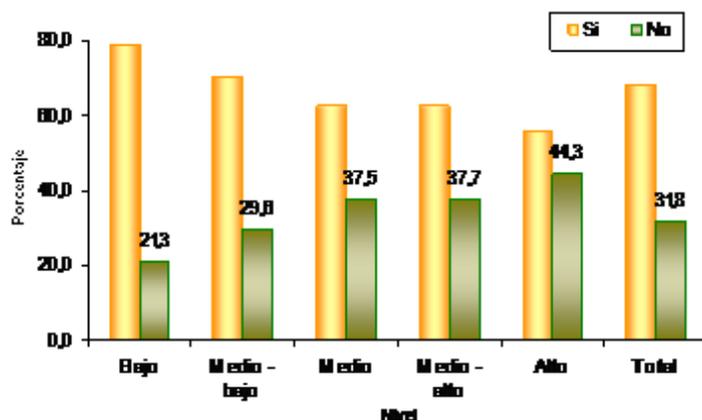
La inclusión solo será posible en la medida en que el currículo sea flexible y atienda las necesidades de los estudiantes, para ello deberían desaparecer los grados en función de los años escolares, y más bien desglosar las materias de estudio en unidades o logros que van superándose sin límite de tiempo hasta alcanzar los dominios que corresponden al nivel educativo (especialmente en básica primaria, y básica secundaria), es necesario tener presente que algunos chicos en situación de discapacidad no tienen los mismos ritmos. En este caso, los chicos regulares fluirían por las unidades y terminarían en el tiempo previsto el

³⁷ Fernández, Aleida. Díaz, OC. Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad. En Cuervo, C., Trujillo, A., Vargas, D., Mena, B., Pérez, L. (Eds) (2005) Discapacidad e inclusión social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 304

ciclo, mientras que los que tienen necesidades educativas especiales podrían tardarse un poco, es necesario esperarlos, acompañarlos.

En este contexto, la percepción de la atención adecuada a las necesidades educativas por parte de los docentes, es otro de los aspectos que hace parte del entorno educativo. Al indagar en el Registro, por la percepción sobre los docentes, el 31,8% del total de las personas que asisten a establecimientos educativos declaran que los docentes NO atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales.

Gráfico 44. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según percepción de atención adecuada de los docentes



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Al examinar los datos de los departamentos por niveles de exclusión en Capital Humano, se observa que esta percepción presenta diferencias importantes. Así, en el nivel Bajo, el 21,3% de las personas que asisten reportaron no recibir atención adecuada, sube al 29,6% en el nivel Medio bajo, al 37,5% en el nivel Medio, al 37,7% en nivel Medio alto y el 44,3% en nivel Alto. Los datos sugieren que el acceso a los servicios de apoyo es menor en los niveles de mayor exclusión.

La ley también establece que es imprescindible incorporar en los establecimientos educativos *apoyos tecnológicos* – AT, en los procesos de enseñanza-aprendizaje,

en la medida en que se debe avanzar en la mejora de los equipamientos e infraestructuras de los centros educativos, se debe avanzar en incluir los apoyos, todos ellos con criterios de accesibilidad y de “Diseño para Todos”. Sería de gran utilidad crear “Bancos de Experiencias Exitosas”, para acumular y compartir en todos los establecimientos las buenas prácticas de la enseñanza a personas con discapacidad con Apoyos Tecnológicos en el aula, esta opción podría ser la vía más adecuada para evitar errores, bien invertir recursos y actuar acertadamente en el objetivo de la mejora de la calidad de la enseñanza.

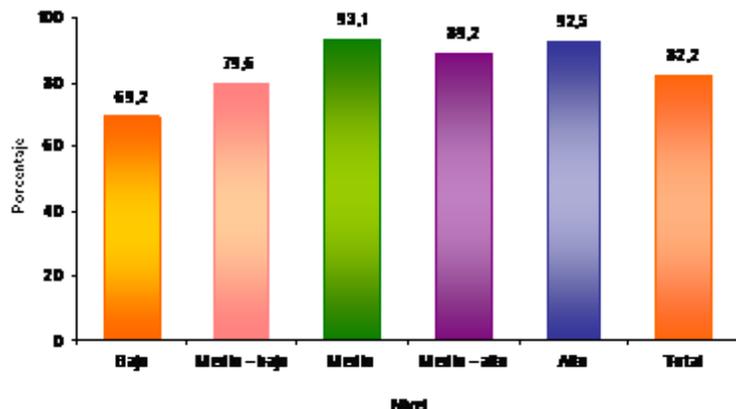
Por su enorme relevancia, hay que hacer hincapié en la importancia que tienen los docentes en el reto de incorporar los Apoyos Tecnológicos en la educación. Mientras ellos no echen de menos la tecnología para preparar sus clases, para trabajar en el aula y dispongan o sustituyan los métodos y los recursos tradicionales por los tecnológicos, no se podrá decir que los apoyos se han incorporado a la enseñanza o que están facilitando el cambio educativo, que estamos facilitando procesos de inclusión, ahora más que nunca, el papel de los docentes es imprescindible, de la actitud del Estado, y de los docentes, dependerá que los apoyos tecnológicos sean un factor que influya de forma decisiva en la calidad de la enseñanza.

De las personas en situación de discapacidad registradas y que asisten a un establecimiento educativo, el 82,2% informa que no cuentan con apoyos tecnológicos en sus establecimientos, es decir, no solo no cuentan con el número de docentes, ni con la calidad de los mismos, sino que la situación se hace más crítica cuando los establecimientos educativos no cuentan con los recursos mínimos de carácter tecnológico que les permita un adecuado desenvolvimiento en sus labores académicas. Observemos esta percepción en los departamentos por nivel de exclusión en Capital Humano.

En los departamentos con niveles Bajos de exclusión en Capital Humano, el 69,2% de las personas declaran que en sus establecimientos educativos no se

dispone de apoyos tecnológicos, el 79,6% en los del nivel Medio bajo, el 89,2 en los del Medio alto y el 92,5% en lo del nivel Alto.

Gráfico 45. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según percepción sobre ausencia de apoyos tecnológicos



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

Una adecuada voluntad política, una buena gestión se expresa con la dotación a las escuelas y demás establecimientos educativos, dotación que debe ser garantizada por el Estado, mediante acciones como la importación directa, sin aranceles, en el mundo existe una amplia gama de apoyos de esta índole, pero, en muchas de nuestras escuelas no existe siquiera un ábaco, no existen regletas ni punzones para la escritura en braille, eso sin mencionar aquellos apoyos tecnológicos necesarios para la población con problemas auditivos, o con limitaciones de comunicación.

No se insistirá lo suficiente en que la discapacidad no es el origen de la desintegración familiar, escolar, laboral y social; sino que éstas son las consecuencias sociales de la discapacidad. La inclusión o la exclusión de las personas con discapacidad no tiene un origen biológico, sino social; y no es lo mismo origen biológico que consecuencia social, la solución es por tanto más política.

Un niño en situación de discapacidad severa podría no integrarse a una escuela, pero a otro sí; lo mismo, un alumno en situación de discapacidad leve o sin discapacidad, podría no integrarse a diferentes escuelas. Nada garantiza de antemano, la inclusión, se trata de una construcción de la experiencia escolar, en la cual se tiene en cuenta el proyecto de vida de la persona, de su familia, de sus expectativas, de las oportunidades que la sociedad ofrece, de una acertada política de Estado, del seguimiento y la evaluación pedagógica continúa.

En algunos municipios las Unidades de Atención Integral - UAI, atienden la población en situación de discapacidad en turno alterno, en lugares externos, pero con la escuela no brindan la oportunidad de interactuar con el maestro de grupo del niño, es una forma más de apartar, de excluir, en cierta manera se sigue culpabilizando al estudiante en forma exclusiva de su atraso, de su fracaso, de “su” no inclusión.

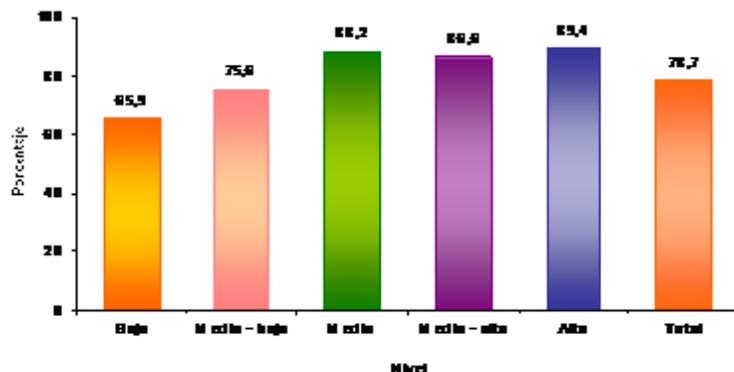
El acompañamiento terapéutico debe ser inmediato y permanente en la escuela, reubicando a los profesionales de apoyo dentro de las escuelas, en las aulas de apoyo. Estos equipos deben brindar apoyo a la escuela regular para atender a los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales con o sin discapacidad en el ámbito de su propia escuela.

Los equipos docentes y de apoyo al docente (psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, etc.) conforman un grupo multiprofesional que con estrategias propias de su disciplina de formación, construyen estrategias y tácticas de identificación, intervención y evaluación de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales.

Este apoyo fundamental en los procesos de inclusión en nuestro país, no existen o son mínimos, existe un tira y afloje entre los territorios y el nivel nacional sobre la financiación del recurso, mientras esto se resuelve, el 78,7% de las personas

registradas informan que los establecimientos educativos a donde están asistiendo, no cuentan con apoyos terapéuticos.

Gráfico 46. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según percepción sobre ausencia de apoyos terapéuticos



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En el siguiente cuadro se aprecian los resultados de la pregunta incluida en el registro, con respecto a este tema, según el nivel de exclusión en Capital Humano.

Cuadro 15. Porcentaje de personas que asiste a establecimientos educativos, por no disponibilidad de servicios de apoyo, según nivel de exclusión en Capital Humano

Niveles	Pedagógicos	Tecnológicos	Terapéuticos	Ninguno
Nivel Bajo	33,9	69,2	65,9	25,6
Nivel Medio bajo	48,0	79,6	75,6	42,9
Nivel Medio	61,5	93,1	88,2	57,5
Nivel Medio alto	57,6	89,2	86,6	53,6
Nivel Alto	65,7	92,5	89,4	61,7
Total	50,0	82,2	78,7	44,6

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En resumen, para satisfacer las necesidades de la población en situación de discapacidad, los municipios están obligados a incluir apoyos pedagógicos, tecnológicos y terapéuticos en sus instituciones educativas. La disponibilidad de estos apoyos muestra mayores proporciones en los departamentos con niveles con menor exclusión en Capital Humano, el 25.6% de las personas que residen en

los departamentos del nivel Bajo, no cuentan con ninguno de estos tipo de apoyos, el 42,3% en los del nivel Medio bajo, el 57,5% en los del nivel Medio, el 53,6% del nivel Medio alto y el 61,7% los del nivel Alto.

3.6.2 Desarrollo Humano

Se orienta a garantizar un proceso integral de las potencialidades de las personas con limitaciones, satisfacer sus intereses y alcanzar el logro de valores humanos, éticos, intelectuales, culturales, ambientales y sociales.

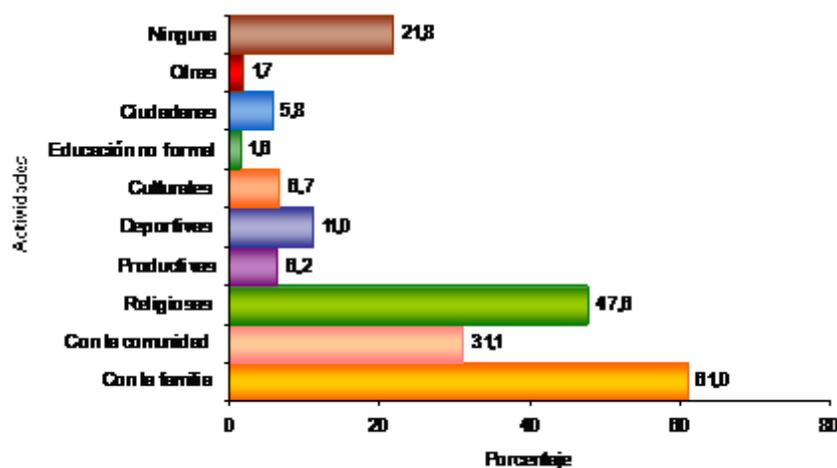
La respuesta del Estado, y de las diferentes instituciones que tienen responsabilidad frente a la discapacidad, actualmente no obedece a una acción coordinada entre ellos, no se evidencia un liderazgo claro, no se demuestra un poder de convocatoria, la actividad se caracteriza por su fragmentación, por el menor esfuerzo, se expresa en los distanciamientos existentes entre los diversos sectores³⁸ - particularmente entre educación y salud, que hasta el momento han desarrollado acciones de forma independiente -; se considera en muchos de nuestros municipios que la inclusión educativa se orienta solo a “tener dentro de la escuela”, sin articularse a los requerimientos, a las condiciones de la familia, del entorno, a las necesidades académicas, a las posibilidades laborales, al desarrollo de la cultura, a su participación social, aún no se logra la preparación necesaria para que las personas en situación con discapacidad participen de manera activa en los roles de la vida diaria.

Como una aproximación a la medición de la participación de las personas en situación de discapacidad en los territorios, se analizan algunos resultados de las preguntas incluidas en el registro, acordes con el esquema propuesto por la Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, CIF, en la parte de actividades y participación, en los capítulos 7 (interacciones y relaciones

³⁸ Algunos de los esfuerzos que aun no revelan resultados específicos se ubican en los documentos oficiales: Política Pública en Discapacidad: Metodología para la Formación. Consejería Presidencial para la Política Social. Bogotá, septiembre de 2002, y, Bases para la Formación de Política Pública en Discapacidad 2003-2006, Presidencia de la República. Consejería Presidencial de Programas Especiales. Red de Solidaridad Social. Bogotá, 2003.

interpersonales), 8 (área principales de la vida) y 9 (vida comunitaria, social y cívica).³⁹.

Gráfico 47- Porcentaje de personas mayores de nueve años, por ámbitos de participación en la vida diaria.



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

En el Gráfico se observa que el 21,8% de las personas registradas no participa en ningún espacio de la vida diaria; cerca del 39% no se relaciona adecuadamente en actividades siquiera con su familia o amigos; el 69% no se involucra en acciones con el vecindario, con la comunidad; el 52% no participa en actividades relacionadas con la religión, con la espiritualidad; el 93,8% ya sea por su discapacidad o falta de oportunidades tiene serias dificultades para involucrarse en actividades de tipo productivo. El 89% no participa de actividades relacionadas con la recreación o el deporte; el 93,3% de las personas registradas no encuentran oportunidades para participar de actividades de tipo cultural; tan solo participan en actividades relacionadas con la educación informal el 1,6%; y el 94,2% no se involucra en actividades de tipo ciudadano.

Al examinar los datos en los departamentos por nivel de exclusión en Capital Humano, se observa que la proporción de no participación es más alta en los

³⁹ OMS. CIF. págs. 171-183

niveles de mayor exclusión (el 14,2% en el nivel Bajo, 24,4% en el Medio bajo, 27,4% en el Medio, 22,7% en el Medio alto y 26,0% en el Alto). La siguiente es la estructura de participación según las diferentes actividades, para departamentos según nivel.

Cuadro 16. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en Capital Humano, según tipo de actividades en las que participa

Tipo de Actividad	Nivel Bajo	Nivel Medio bajo	Nivel Medio	Nivel Medio alto	Nivel Alto	Total
Con la familia	68,7	57,6	55,6	59,7	58,4	61,0
Con la comunidad	29,2	30,3	29,9	35,2	29,8	31,0
Religiosas	55,3	46,8	42,3	46,5	38,7	47,6
Productivas	6,4	6,7	4,6	6,8	5,7	6,2
Deportivas	13,6	11,7	8,7	10,6	7,2	11,0
Culturales	5,9	7,9	6,9	7,3	4,9	6,7
Educación no formal	2,3	1,9	0,9	1,3	0,8	1,6
Ciudadanas	4,1	6,6	6,5	5,5	8,0	5,8
Otras	1,1	1,9	1,8	2,2	1,6	1,7
Ninguna	14,2	24,4	27,4	22,7	26,0	21,8

Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

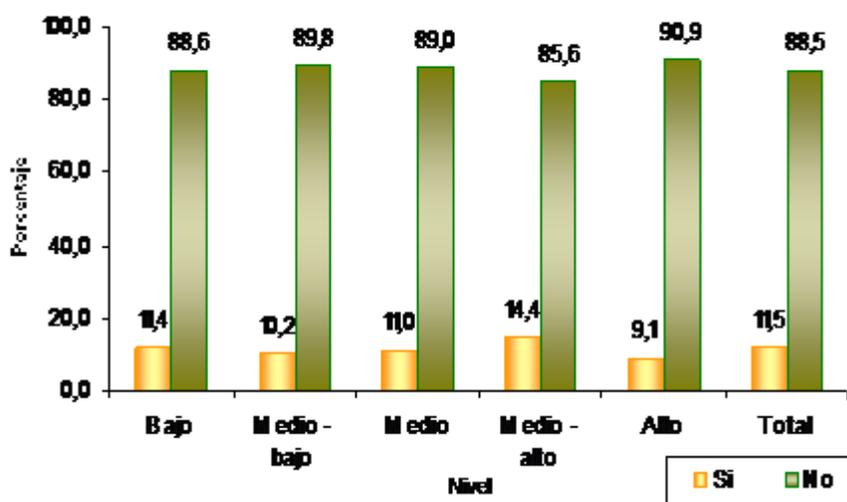
Los datos muestran que la participación en actividades con la familia, religiosas, deportivas, culturales y de educación no formal, presentan mayor proporción en los departamentos con niveles de menor exclusión, las actividades con la comunidad y las productivas, tienen mayor porcentaje en los departamentos con niveles de mayor exclusión.

3.6.2.1 Participación en organizaciones

Al indagar sobre la participación en organizaciones de cualquier tipo, los resultados revelan que una proporción significativa de las personas es situación de discapacidad, no forma parte de este tipo de estructuras sociales, el 88,5% del total de personas de 10 años y más. En el siguiente gráfico se observa la estructura de participación en organizaciones en los departamentos, por nivel de exclusión en Capital Humano.

La participación en organizaciones oscila entre el 14,4% en el nivel Medio alto y el 9,1% en el nivel Alto, lo que significa que sólo una de cada 10 personas en situación de discapacidad, está involucrada en estas estructuras de organización social.

Gráfico 48. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en Capital Humano, según participación en organizaciones

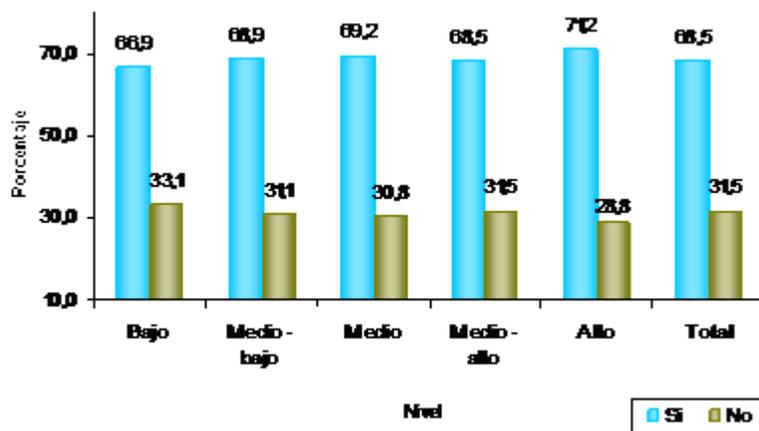


Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

3.6.2.2 Intensión de participar en organizaciones en pro de la discapacidad

Al indagar si a la persona registrada le interesa participar en alguna organización en defensa de los derechos de las personas con discapacidad, 7 de cada diez personas refieren que si participaría, información básica para retomar procesos de organización para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad en los términos de la Ley 1145 del 2007. Esta estructura se mantiene sin mayores variaciones en los departamentos sin importar su nivele de exclusión en Capital Humano.

Gráfico 49. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en Capital Humano, según intensidad de participación en organizaciones a favor de las personas con discapacidad



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

3.6.3 Oportunidad y equilibrio

El tercer principio, hace referencia a la organización del servicio educativo de tal forma que garantice el *acceso, la permanencia, la promoción*.

Anteriormente ya se mencionaba como su desconocimiento por parte de los responsables permite que hoy por hoy, no hayamos logrado un proceso de inclusión educativa sólido, las administraciones territoriales no han sido lo suficientemente diligentes para preparar las condiciones necesarias de acceso, las acciones previas dirigidas a la detección temprana son insignificantes, no existen procesos de valoración de los chicos para determinar sus reales posibilidades de acceso, no existen espacios de coordinación entre los sectores de salud y educación, igual sucede entre lo público y lo privado, dentro de los establecimientos educativos acabamos de anotar como existen serias dificultades para que cuenten con los servicios de apoyo que garanticen el avance, la permanencia y la promoción.

Existen igualmente muchos problemas no resueltos, en cuanto a la aceptación de la inclusión educativa por parte de la comunidad educativa (alumnos, padres de familia, docentes).

3.6.4 Soporte específico

Para finalizar, el cuarto principio permite que la persona en situación de discapacidad puede recibir atención específica y en determinados casos, individual y calificada dentro del servicio público educativo, según sea la naturaleza de la limitación y las propias condiciones de accesibilidad. Al igual que los principios anteriores, al respecto aún falta una verdadera voluntad política que lo haga posible, el reto es que hay mucho por investigar, desarrollar e implementar en un apreciable número de nuestros municipios.

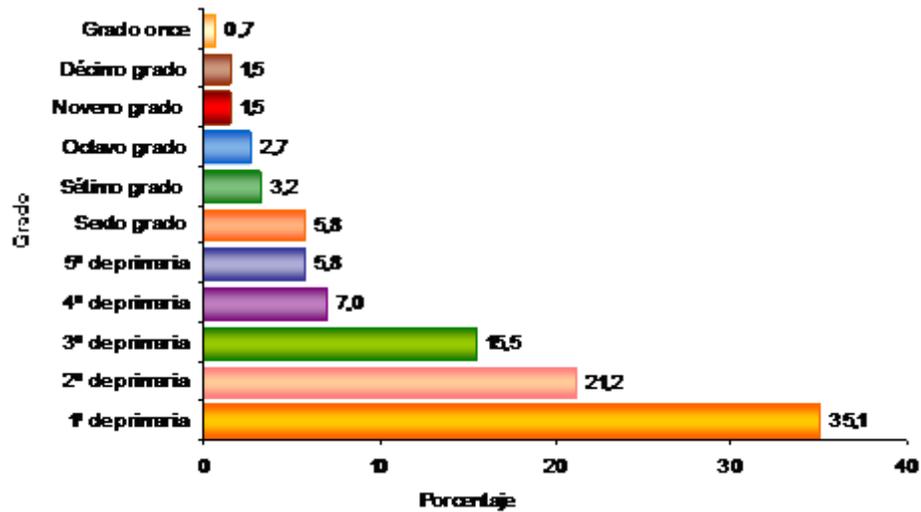
Los bajos niveles de promoción, al relacionarlos con los grados de repitencia nos llevan a pensar que si bien pueden relacionarse con la capacidad misma de los chicos, también tiene que ver indiscutiblemente con sus condiciones de vida, con los currículos y las metodologías utilizadas por los docentes, y con la ausencia de soportes específicos.

Si antes vimos cómo son realmente pocos los chicos que se incorporan a la escuela, y cómo la escuela tiene una gran cantidad de barreras que le impiden su adecuado desarrollo; una vez inician su actividad educativa, las personas registradas informan que del total de grados repetidos el 35,1% ocurren cuando se cursa el primer grado de primaria.

De allí en adelante, su dinámica se asemeja a la de un filtro, la repitencia en el segundo grado de primaria representa el 21,20%, la del tercer grado de primaria el 15,45%; luego la frecuencia disminuye notoriamente, solo que no sabemos si es porque los apoyos funcionan de mejor manera, o simplemente porque el número de personas ya es realmente muy reducido, la repitencia del cuarto de primaria representa el 7%, la de quinto el 5,84%, se mantiene al entrar en la básica

secundaria, la repitencia del sexto grado representa el 5,81%, la del séptimo 3,15%, la del octavo 2,67%, la del noveno 1,54%, décimo 1,47% y en la del once el 0,74%.

Gráfico 50- Porcentaje de personas registradas según repitencia por nivel educativo



Fuente: DANE. 2008. Cálculos de los autores

4. CONCLUSIONES

Para entender la exclusión en Capital Humano, se tienen distintas miradas y depende del marco desde el cual se defina, se puede comprender como un componente esencial de la exclusión social y entenderla como la negación de los derechos para satisfacer necesidades de salud y educación. Otra forma de mirarla, es limitarla sólo al acceso a atención médica o a la afiliación al sistema de seguridad social vigente y la participación dentro del sistema educativo.

Ahora bien, las condiciones de salud de un grupo poblacional no sólo dependen de las acciones del sector salud, sino del conjunto de políticas integrales orientadas a mejorar las condiciones de vida, disminuir el riesgo de exclusión y de discapacidad. Los individuos, y por ende los hogares, más vulnerables se enfrentan a riesgos de deterioro, pérdida o imposibilidad de acceso a condiciones habitacionales, sanitarias, educativas, laborales, de participación, de acceso diferencial a la información y a las oportunidades.

Se potencializan los recursos disponibles si se logra privilegiar la aplicación de acciones a grupos familiares y no a individuos agregados como seres aislados. Es recomendable trabajar la exclusión de modo que permita analizar las diferencias, las heterogeneidades, el mayor o menor nivel o grado de fragilidad y de riesgo de las familias de personas en situación de discapacidad, lo que incluye análisis en diferentes ámbitos, unos hacen parte del contexto o entorno, otros de las características de los individuos y sus hogares y otros de las condiciones sociales entendidas como el conjunto de bienes, servicios y oportunidades con que cuenta una sociedad como un todo. La salud y la educación deben ser entendidas como derechos primarios, por su impacto directo al derecho a una vida digna.

El análisis mostró que la accesibilidad a bienes, servicios y oportunidades están favorecidas por condiciones del entorno, entre las que se cuenta la distribución espacial de la población. Los departamentos, con mayor población en el área rural

presentan mayores niveles de exclusión. Asimismo, los niveles de pobreza más alta, expresados en el estrato de las viviendas, la disponibilidad a los servicios públicos domiciliarios y la disponibilidad de agua potable para cocinar, se encuentran en los departamentos clasificados con mayor exclusión en salud. La disponibilidad de servicios públicos domiciliarios, mejoran las condiciones de las viviendas y, por ende, la calidad de vida de las personas.

En los departamentos donde se presenta una mayor proporción de exclusión, se presenta igualmente un menor uso de medios de comunicación como los escritos, el teléfono y la televisión. El Internet no aún es un medio masivo usado por las personas en situación de discapacidad.

En cuanto a las condiciones individuales, los departamentos con mayores proporciones de población con minorías étnicas, esto es indígenas y afro descendientes, presentan mayores niveles de exclusión. Estos niveles también están relacionados con el periodo en el cual se adquirió la deficiencia, tomando importancia el que las personas hayan nacido con la misma, o la hayan adquirido en la vejez.

Asimismo, los datos sugieren que la exclusión afecta más a los hombres, dado que en el nivel Medio alto y Alto se presenta una mayor proporción de hombres, mientras que en el nivel Bajo y Medio bajo la proporción de mujeres es mayor. Esto quizás esté relacionado posiblemente con la inequidad en el acceso a los servicios de salud y educación, y a menores oportunidades de cualificación laboral y condiciones geográficas sociales relacionadas con el entorno. Al examinar los datos por área geográfica, se encuentra que la proporción de hombres es también mayor en el área rural (resto), con mayores frecuencias en todos los niveles, a excepción del nivel Medio.

En cuanto a la estructura de la población registrada, el alto porcentaje de personas mayores de 60 años en situación de discapacidad, originada por las enfermedades crónicas, confirma la noción de la discapacidad como una condición natural del ser

humano, invitando a las diferentes esferas sociales (estado, sociedad, familia e individuos) a preparar un entorno adecuado para hacer de esta situación un estadio “normal” en el que se favorezcan las condiciones de inclusión para la totalidad de la población.

Los datos evidencian que las personas que residen en los departamentos de mayor exclusión en Capital Humano, tienen los niveles más bajos de educación, lo que soporta la noción de exclusión económica de este grupo poblacional. Los datos sugieren que el acceso a los servicios de apoyo educativo es menor en los niveles de mayor exclusión. Así, la disponibilidad de servicios de apoyo muestra mayores proporciones en los niveles con menor exclusión.

Existen diferencias en el nivel educativo alcanzado por las personas registradas: a mayor exclusión en Capital Humano, mayor proporción de personas con ningún nivel educativo, al igual que con primaria incompleta, mientras que la primaria completa, secundaria y grados superiores presentan mayor proporción de población en los departamentos de menor exclusión. Los datos muestran una escasa oportunidad de formación en todos los niveles de exclusión en Capital Humano, lo que conlleva a una baja cualificación laboral.

Se ha demostrado que la información del registro posee una gran riqueza estadística, que no sólo evidencia brechas importantes de este grupo poblacional con respecto a la población total, a través de indicadores básicos como razones, proporciones, distribuciones de frecuencias, o relacionando variables entre sí, y confrontando diversos marcos conceptuales, sino que mediante el uso de herramientas estadísticas como el análisis multivariado, permite confirmar hallazgos que la teoría sobre la discapacidad expone en sus diversos estudios, como es el caso de las relaciones pobreza – discapacidad – exclusión.⁴⁰

⁴⁰ Un ejemplo reciente de estudios realizados es el de Janeth Hernández: Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Tesis UN. 2004

5. RECOMENDACIONES

El carácter multidimensional de la exclusión en Capital Humano requiere de políticas multisectoriales que afecten el entorno y especialmente las relacionadas con salud y educación. El resultado del estudio sugiere aspectos fundamentales de las condiciones de la población clasificada como excluida: el primero, que la población excluida enfrenta múltiples fuentes de exclusión y el segundo que la totalidad de los territorios poseen población excluida, con diferentes niveles (medidos en porcentajes de población excluida). En términos de acciones de políticas públicas, estos resultados sugieren que las políticas orientadas a atenuar esta situación no debieran concentrarse en una sola dimensión de exclusión sino que deben ser multisectoriales e intersectoriales.

Colombia ya cuenta con información sobre las condiciones en las que se desempeñan las personas con discapacidad, se pueden obtener indicadores básicos como porcentajes o tasas, que permiten tener medidas que resumen su situación. Esta información puede tener miradas distintas, con una mayor complejidad en su elaboración, pero que igualmente aportan valiosos hallazgos. Las administraciones locales, los sectores, las organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad en general, cuentan con herramientas estadísticas que permiten verla desde diferentes ángulos, la información está disponible para ser usada y realizar estudios que complementen o sigan la línea propuesta en el presente trabajo, enriqueciendo y fortaleciendo espacios de investigación que den cuenta de la situación de la población con discapacidad, indaguen especialmente sobre relaciones de causalidad de los procesos de exclusión, además de evaluar los alcances de las acciones adelantadas en términos de las líneas de la política pública a todo nivel y muestren sus avances.

La exclusión social, y más específicamente la exclusión en salud y educación de las personas con discapacidad, es un concepto nuevo que presenta desafíos metodológicos en su medición y caracterización. Por tanto, se recomienda profundizar en su estudio para generar mayor conciencia respecto de la existencia de este fenómeno, y seguir avanzando en los procesos de análisis de los datos disponibles, que permiten identificar necesidades, indicadores de calidad de vida y profundizar en las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

Con el fin de profundizar en algunos de los aspectos explorados en este estudio, que se llevó a cabo como un primer acercamiento a la medición de la exclusión, es recomendable la realización de estudios que proporcionen más elementos para afinar las mediciones de la exclusión, especialmente en lo relacionado con los grados de severidad de las deficiencias y de las limitaciones, las relaciones de causalidad entre exclusión y discapacidad, y viceversa, entre otros.

En un mismo departamento existen municipios con diferentes niveles de exclusión, que requieren de políticas de carácter local, por tanto, es recomendable que en el conjunto de estrategias a desarrollar para reducirla, se desarrollen algunas acciones focalizadas, orientadas a mejorar el Capital Humano en los territorios más afectados.

Este estudio es el comienzo de un largo camino para llegar a comprender en nuestro país las causas que determinan la exclusión de las personas con discapacidad. Como tal, no pretende abordar el fenómeno en su totalidad, se aportan elementos que contribuyen a la discusión en este tema. Esperamos que se genere debate e interés por el estudio de la exclusión de las personas con discapacidad, como un problema fundamental que se debe enfrentar, no solo a nivel sectorial, sino en los espacios de coordinación intersectorial, tanto en lo local como lo nacional.

ANEXO 1. METODOLOGIA

INDICADOR DE EXCLUSIÓN

En el proceso de construcción de los indicadores de exclusión en salud y educación, la información del registro se procesó mediante el programa SAS y el SPAD (Estadística para análisis de datos), para el indicador en sí se utilizó la metodología de Análisis de Correspondencias Múltiple, ACM, que es una técnica para analizar las relaciones de dependencia e independencia de un conjunto de variables categóricas a partir de los datos de una tabla de contingencia. Se elaboró un indicador para cada una de las áreas o temas contenidos en el formulario del Registro de discapacidad salud, y educación como capítulos separados e independientes entre sí.

Posteriormente, para reunir a los individuos registrados como “excluidos” o “menos excluidos” en salud o educación, se tomó la información suministrada por el indicador, se construyeron grupos por medio de un árbol de regresión, se asignaron reglas o condiciones a cada grupo, y de acuerdo con ello se clasificó la persona como *excluida o menos excluida*. El indicador tiene un valor entre cero y cien, y muestra el nivel de exclusión de las personas registradas bien sea en salud o educación, a un mayor valor del indicador corresponde un mayor grado de exclusión territorial, un mayor número de personas excluidas en el territorio.

Para obtener un indicador municipal, se procedió a realizar el cálculo del porcentaje de personas excluidas, mediante el cociente entre el número total de personas clasificadas como excluidas, sobre el total de personas registradas, por cien.

Una vez aplicadas las reglas que resultaron de la aplicación de los factores resultantes de la construcción del indicador.

Indicador de exclusión en salud

Para el indicador de salud, una vez aplicado el procedimiento de ACM, teniendo en cuenta el factor de correlación, se seleccionan once de las veinte variables que están incluidas en el módulo de salud del formulario. Las siguientes son las variables que contribuyeron en la construcción del indicador de exclusión en salud:

Pregunta 46: “Está afiliado a salud”

Pregunta 47: “Cuál es el tipo de afiliación”

Pregunta 50: “Usted o su familia ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad”

Pregunta 51: “Ha recibido atención general en salud, en el último año”

Pregunta 52: “Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes”

Pregunta 53: “Usa actualmente las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes”

Pregunta 59: “Medicamentos permanentes

Pregunta 60: “Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación”

Pregunta 61: “Quién paga la rehabilitación”

Pregunta 62: “El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es”

Pregunta 63: “Por qué no recibe servicio de rehabilitación”

Los grupos de personas clasificados como excluidos son los que cumplen con las siguientes reglas:

7. Todas aquellas que en el momento del Registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación y tampoco le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes.

8. También se encuentran personas que en el momento del registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, no están afiliados a salud y usan medicamentos permanentes.
9. Además, se encuentran las personas que en el momento del registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, le ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos especiales, no usan ayudas especiales, prótesis o medicamentos especiales, no están afiliados a salud, no usan medicamentos permanentes, no han recibido atención general en salud en el último año y él y su familia recibieron orientación sobre el manejo de su discapacidad.
10. Asimismo, en este grupo de excluidos se encuentran las personas que no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, no les ordenaron rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están usando las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, si han recibido atención general en salud en el último año y él o su familia no han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad.
11. También, se encuentran las personas que no le ordenaron rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, no han recibido atención general en salud en el último año y él o su familia no ha recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad.
12. El último segmento de este grupo, está conformado por las personas que en el momento del registro no estaban asistiendo al servicio de rehabilitación, les ordenaron ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no usan las ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes, no están afiliados a salud, no les ordenaron medicamentos permanentes, no han recibido atención general en salud en el último año, y él o su familia no han recibido orientación sobre el manejo.

Indicador de exclusión en educación

De las once variables que están incluidas en el capítulo de educación del formulario del Registro, se toman seis (6) como variables activas por ser quienes más contribuyeron en la construcción del indicador:

Pregunta 66: “Sabe leer y escribir”;

Pregunta 67: “Asiste actualmente a algún establecimiento educativo”;

Pregunta 71: “Cuál es la causa principal por la cual no estudia”;

Pregunta 75: “La educación que ha recibido responde a sus necesidades”;

Pregunta 72c: Escolaridad (reagrupada);

Pregunta 74b: Años escolares repetidos (reagrupada).

El indicador presenta valores entre cero y cien, el mayor valor corresponde a un mayor grado de exclusión, a un mayor número de personas excluidas, de acuerdo a los diferentes segmentos (7) de categorización construidos:

8. En el primer segmento se encuentran los que **no** tienen ningún año escolar Y **no** saben leer y escribir Y mencionan por lo menos una causa por la cual no estudian, se identifican como “excluidos”.
9. El segundo segmento los que **no** tienen ningún año escolar Y **si** saben leer y escribir, se identifican como “excluidos”.
10. El tercer segmento los que **no** tienen ningún año escolar Y **no** saben leer y escribir Y están asistiendo actualmente a un establecimiento educativo, se identifican como “excluidos”.
11. El cuarto segmento corresponde a los que **repetieron** o no algún año escolar Y actualmente **no** están asistiendo a establecimientos educativos Y respondieron **no** saber leer y escribir, se identifican como “excluidos”.

- 12.El quinto segmento generado por los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **no** están asistiendo a establecimiento educativos Y **si** saben leer y escribir, se identifican como “menos excluidos”.
- 13.El sexto segmento lo conforma los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **si** están asistiendo a establecimientos educativos Y **no** saben leer y escribir, se identifican como “menos excluidos”.
- 14.El séptimo segmento lo conforma los que **repitieron** o no algún año escolar Y actualmente **si** están asistiendo a establecimiento educativos Y **si** saben leer y escribir, se identifican como “menos excluidos”.

Posteriormente este indicador permite mediante un proceso de estratificación, obtener una “clasificación” de los municipios según el grado (número de personas) de exclusión en educación, resultado que puede ser observado también gráficamente a través de su georreferenciación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzate, María Cristina La estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios en Colombia. ¿Solidaridad o Focalización? CEPAL Colombia. Bogotá, septiembre de 2006
- Betancourt, C. Pág. 170
- Castro Albarrán, Juan Manuel Esteban. reflexiones conceptuales sobre la promoción de la salud, pág. 6
- CELADE. Demografía II. Welti, Calos, Editor, pág 36
- Comité Consultivo Nacional de Discapacidad. Informe de gestión. Octubre de 2005, pág 6
- Constitución Política, artículo 67
- DANE. Censo General 2005
- Definición de la OMS, expuesta en el capítulo del marco conceptual del presente documento
- Definición de la OMS. 1948
- Fernández, Aleida. Diaz, OC. Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad. En Cuervo, C., Trujillo, A., Vargas, D., Mena, B., Pérez, L. (Eds) (2005) Discapacidad e inclusión social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 304
- Fernández, Aleida. Diaz, OC. Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad. En Cuervo, C., Trujillo, A., Vargas, D., Mena, B., Pérez, L. (Eds) (2005) Discapacidad e inclusión social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 313
- Franco Agudelo, Saúl. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma en salud y seguridad social en Colombia. Revista Gerencia y Políticas en Salud. No. 4 junio de 2003
- <http://www.ineter.gob.ni/geofisica/proyectos/georiesgos/terminos.html>, consultado el 29 de julio de 2007
- Gómez JC. Magnitud de la Exclusión Educativa de las personas con discapacidad en Colombia. Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007
- González CI. Discapacidad y exclusión social en Colombia. El caso de salud: una mirada desde la información estadística del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Tesis de Grado Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. 2007
- Hernán Rosenberg y Bernt Andersson. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000
- Hernández Janeth: Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Tesis UN. 2004
- Ministerio de la Protección Social. Programa Nacional de Salud 2002-2006, pág 6
- Naciones Unidas, Asamblea General. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Diciembre 6 de 2006. Pág. 2

Núñez, Jairo y Cuesta Laura. Propuesta para el diseño de un sistema de protección social para Colombia. DOCUMENTO CEDE 2006-25. ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica). Julio de 2006

OMS: CIF, Capítulo 5 Factores ambientales (e). Servicios, sistemas y políticas de educación y formación (e 585). Pág. 11, 171, 183, 189, 220, 232,

Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Diciembre de 2006

Presidencia de la República. Bases para la formación de política Pública en Discapacidad. pág. 50

Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, DANE - MEN

[Secretaría Distrital de Salud.](http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/descargas/politicas/discapacidad_2003.doc)
[http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/descargas/politicas/discapacidad_2003.doc.](http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/descargas/politicas/discapacidad_2003.doc)
[Consultado 1º de agosto de 2007](#)

Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento sobre discapacidad. Bogotá, 2003, Pág. 5

Según el Censo General 2005, del DANE, las mujeres son el 51% de la población.

Sen, Amartya. CH y capacidad humana. FORO DE ECONOMÍA POLÍTICA - Teoría Económica www.red-vertice.com/fep Fecha de creación 15/09/2004 14:46

Sen, Amartya. CH y capacidad humana. pág. 2

Tamayo y Tamayo, Mario. El proceso de la Investigación científica. Limusa Noriega Editores. México. 2004

LISTADO DE CUADROS

CUADROS	Página
Cuadro 1. Niveles de exclusión territorial en Capital Humano	7
Cuadro 2. Clasificación Departamental según Indicador de Exclusión en CH	8
Cuadro 3. Clasificación de la Necesidades Humanas Fundamentales	10
Cuadro 4. Porcentaje de personas por periodo en el cual adquirió la discapacidad, por nivel de exclusión en Capital Humano	18
Cuadro 5. Porcentaje de personas registradas por sexo y grupos de edad	24
Cuadro 6. Porcentaje de personas sin afiliación a salud, por nivel de exclusión en Capital Humano, según grupos de edad	58
Cuadro 7. Porcentaje de personas a quienes les ordenaron rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano, según tipo de rehabilitación ordenada	68
Cuadro 8. Distribución de la población registrada, por grupos de edad, según tipos de rehabilitación ordena.	69
Cuadro 9. Porcentaje de personas que asiste al servicio de rehabilitación, por fuente de financiación, según nivel de exclusión en Capital Humano	72
Cuadro 10. Porcentaje de personas que no asiste a rehabilitación, por causa de no asistencia, según nivel de exclusión en Capital Humano	73
Cuadro 11. Porcentaje de personas por percepción de recuperación, según nivel de exclusión en Capital Humano	74
Cuadro 12. Porcentaje de personas registradas, por causa de recuperación, según grupos de edad	75
Cuadro 13. Porcentaje de personas que perciben recuperación, por nivel de exclusión Capital Humano, según causa de la recuperación	75
Cuadro 14. Porcentaje de personas por grupos de nivel de exclusión en CH, según nivel educativo alcanzado	88
Cuadro 15. Porcentaje de personas que asiste a establecimientos educativos, por no disponibilidad de servicios de apoyo, según nivel de exclusión en Capital Humano	97
Cuadro 16. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en salud, según tipo de actividades en las que participa	100

LISTADO DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	Pagina
Gráfico 1. Personas registradas, según deficiencia en la estructura o función corporal	14
Gráfico 2. Personas registradas, según deficiencia en el Sistema Nervioso, por nivel de exclusión en Capital Humano	15
Gráfico 3. Porcentaje de deficiencias por persona, según nivel de exclusión en Capital Humano	16
Gráfico 4. Porcentaje de personas por principal deficiencia en las estructuras o funciones corporales	17
Gráfico 5. Distribución porcentual de las principales causa de la discapacidad.	19
Gráfico 6. Distribución porcentual de las principales causa de la discapacidad, según nivel de exclusión en Capital Humano	20
Gráfico 7. Prevalencia por mil, según grupos de edad	22
Gráfico 8. Porcentaje personas registradas por sexo, según indicador de exclusión en Capital Humano	23
Gráfico 9. Porcentaje de personas registradas por sexo y grupos de edad	25
Gráfico 10. Porcentaje de personas registradas con personas a cargo, por niveles de exclusión en Capital Humano	28
Gráfico 11. Porcentaje de personas que requieren ayuda permanente de otra persona, según grupos de edad	31
Gráfico 12. Porcentaje de las Limitaciones en las actividades de la vida diaria	33
Gráfico 13. Porcentaje de personas registradas por área geográfica	36
Gráfico 14. Porcentaje de personas registradas, según estrato de la vivienda	38
Gráfico 15. Porcentaje personas que residen en viviendas SIN acceso a servicios públicos, por nivel de exclusión en Capital Humano	39
Gráfico 16. Porcentaje de viviendas con disponibilidad de agua potable	41
Gráfico 17. Porcentaje de personas registradas, por condición de disponibilidad de agua potable para la preparación de alimentos, según nivel de exclusión en Capital Humano	42
Gráfico 18. Porcentaje de personas registradas, por grupos de edad, según percepción de actitudes	45

GRÁFICOS	Página
negativas.	
Gráfico 19. Porcentaje de personas registradas, por percepción de las barreras físicas.	48
Gráfico 20. Porcentaje de personas registradas que NO utilizan medios de comunicación por tipo de medio, según nivel de exclusión en Capital Humano	49
Gráfico 21. Cobertura de aseguramiento en salud, por sexo, según grupos de edad	57
Gráfico 22. Porcentaje de personas sin afiliación a salud, por nivel de exclusión en Capital Humano	57
Gráfico 23. Población en situación de discapacidad, según tipo de afiliación al SGSSS	59
Gráfico 24. Porcentaje de personas por tipo de afiliación a salud, según nivel de exclusión en Capital Humano	60
Gráfico 25. Porcentaje de personas que recibió orientación sobre el manejo de su discapacidad, por nivel de exclusión en Capital Humano	62
Gráfico 26. Porcentaje de personas que recibió atención en salud en el último año, por nivel de exclusión en Capital Humano	62
Gráfico 27. Porcentaje de personas que recibieron diagnóstico oportuno, por nivel de exclusión en Capital Humano	63
Gráfico 28. Porcentaje de personas que le ordenaron usar ayudas especiales, por nivel de exclusión en Capital Humano	64
Gráfico 29. Porcentaje de personas que utiliza ayudas especiales, por nivel de exclusión en Capital Humano	65
Gráfico 30. Porcentaje de personas que cree que aún necesita ayudas especiales, por nivel de exclusión en Capital Humano	66
Gráfico 31. Porcentaje de personas a quienes les ordenaron rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano	67
Gráfico 32. Porcentaje de personas registradas, por tipo de rehabilitación ordenada	68
Gráfico 33. Porcentaje de personas que les ordenaron rehabilitación, por grupos de edad, según nivel de exclusión en Capital Humano	70
Gráfico 34. Porcentaje de personas que asiste al servicio de rehabilitación, por nivel de exclusión en Capital Humano	71
Gráfico 35. Distribución de las razones por las cuales no asiste al servicio de rehabilitación ordenada	73
Gráfico 36. Países de la comunidad andina / alfabetismo mayores de 14 años de edad	82

GRÁFICOS	Página
Gráfico 37. Porcentaje de personas por alfabetismo, según nivel de exclusión en Capital Humano	83
Gráfico 38. Porcentaje de personas registradas, de tres años o más, que NO asisten a un centro educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según grupos de edad	84
Gráfico 39. Porcentaje de personas que no asiste a un establecimiento educativo, según causa de no asistencia	85
Gráfico 40. Porcentaje de personas que no asiste a un establecimiento educativo, por de exclusión en Capital Humano, según causa de no asistencia	86
Gráfico 41. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según tipo de establecimiento	86
Gráfico 42. Porcentaje de personas mayores de 2 años, por nivel educativo alcanzado	88
Gráfico 43. Porcentaje de personas registradas mayores de dos años, que estudian y no cuentan con apoyos pedagógicos, por nivel de exclusión en Capital Humano	91
Gráfico 44. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según percepción de atención adecuada de los docentes	93
Gráfico 45. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según percepción sobre ausencia de apoyos tecnológicos	95
Gráfico 46. Porcentaje de personas que asiste a un establecimiento educativo, por nivel de exclusión en Capital Humano, según percepción sobre ausencia de apoyos terapéuticos	97
Gráfico 47. Porcentaje de personas mayores de nueve años, por ámbitos de participación en la vida diaria.	99
Gráfico 48. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en Capital Humano, según participación en organizaciones	101
Gráfico 49. Porcentaje de personas por nivel de exclusión en Capital Humano, según intensidad de participación en organizaciones a favor de las personas con discapacidad	102
Gráfico 50. Porcentaje de personas registradas según repetencia por nivel educativo	104