



Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
Facultad de Artes y Educación Física
Departamento de Kinesiología

“Estimación del Índice de Desarrollo Humano en Personas en Situación de Discapacidad en Chile”

Tesis para optar al Título de Licenciado en Kinesiología

Autores:

**MARCELO ALEJANDRO BONTES TAMAYO
CAMILO ADRIAN GUERRA SANCHEZ
NICOLAS IGNACIO LORCA VARGAS**

Profesor guía:

KLGA. DRA. VERÓNICA VARGAS SANHUEZA

Santiago de Chile, junio de 2017



IDENTIFICACION DE TESIS/INVESTIGACION

Título de la tesis,
memoria o seminario : _____

Fecha : _____

Facultad : _____

Departamento : _____

Carrera : _____

Título y/o grado : _____

Profesor guía/patrocinante : _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a través de este documento, la reproducción total o parcial de este trabajo de investigación para fines académicos, su alojamiento y publicación en el repositorio institucional SIBUMCE del Sistema de Bibliotecas UMCE.

Nombre/Firma

Nombre/Firma

Nombre/Firma

Nombre/Firma

Nombre/Firma

Nombre/Firma

Santiago de Chile, _____ de _____ 20_____

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a todas aquellas personas que por generaciones han estado marginadas de una realidad que les pertenece. Ellas son nuestros pacientes, nuestro motivo de estudio, muchas veces segregados, pero con toda la esperanza de poder aportar con un granito de arena en el reconocimiento e integración de las mismas en la sociedad del presente y el futuro.

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestras familias, amigos y cercanos por el apoyo mostrado durante el presente proceso, por brindarnos de sus energías y ganas para nosotros poder seguir adelante incluso en momentos que se veía dificultoso el camino.

A nuestros profesores, educadores y compañeros de carrera, por la exigencia, conocimientos y motivaciones entregadas, y por sobre todo, el disfrutar junto a nosotros esta linda carrera de la kinesiología.

A nuestra profesora guía, Kinesióloga Doctora Verónica Vargas Sanhueza, por clarificarnos el camino respecto a las ideas para la realización de la presente tesis. Y por su tiempo invertido en nuestro proyecto y los conocimientos otorgados para la correcta realización de la misma.

Camilo, Marcelo y Nicolás.

Financiamiento.

Proyecto MYS I/30/2017, aprobado y financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

Tabla de contenido

Páginas

Capítulo I:

1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema.....	2-3
3. Objetivo General y específicos.....	3

Capítulo II: Marco Teórico

1. Índice Desarrollo Humano

1.1 El Desarrollo Humano.....	5-8
1.2 Índice de Desarrollo Humano.....	9
1.3 IDH y Chile.....	9-10

2. Discapacidad

2.1 Definición conceptual.....	11-12
2.2 Hitos históricos sobre la discapacidad.....	12-14
2.3 CIF.....	14-20
2.4 Estadística de las Personas en Situación de Discapacidad a Nivel Mundial.....	20-22
2.5 Desigualdad en la discapacidad.....	22-31

3. Chile

3.1 Panorama en Chile sobre Discapacidad.....	32-33
3.2 Lineamientos políticos sobre la discapacidad.....	33-35
3.3 Situación actual en Chile.....	35-37

Capítulo III: Marco Metodológico

Marco Metodológico.....	38-42
-------------------------	-------

Capítulo IV: Resultados

Nacional.....	43-45
Regional.....	46-51
I Región.....	53-56
II Región.....	57-60
III Región.....	61-64
IV Región.....	65-68
V Región.....	69-76
VI Región.....	77-80
VII Región.....	81-88

VIII Región.....	89-96
IX Región.....	97-104
X Región.....	105-108
XI Región.....	109-112
XII Región.....	113-116
XIII Región.....	117-124
XIV Región.....	125-128
XV Región.....	129-132

Capítulo V:

Conclusión.....	133-134
Discusión.....	135-138

Capítulo VI:

Referencias bibliográficas.....	139-143
---------------------------------	---------

Resumen

Objetivo: Estimar el índice de desarrollo humano en personas en situación de discapacidad a nivel nacional, regional y comunal en Chile según CENSO 2012.

Método: Estudio descriptivo, exploratorio, No experimental, de corte transversal que utilizó como muestra los datos del CENSO 2012, proporcionados por el INE.

Resultados: A nivel nacional se obtuvo un IDH de **0.821** y un IDH ajustado a discapacidad de **0.789**, lo que representa una variación de **4,05%**. La desviación estándar para ambos grupos revela una dispersión similar en ambos grupos, siendo esta +/- **0,021**.

A nivel regional, la Región Metropolitana es la que presenta el mayor índice con **0.844**, seguida de la XII Región con **0.835**, y la II Región con **0,834**. Los que presentan los valores de IDH más bajos son la IX, X, VII y XV Región, con **0.810**, **0.810**, **0.808** y **0.801** respectivamente.

Respecto al IDH ajustado a discapacidad, las regiones que presentan un mayor índice son la Región Metropolitana con **0.811**, la II Región con **0.806** y la XII Región con **0.804**. Nuevamente vuelven a mostrar los valores más bajos a nivel país las regiones IX (**0.778**), X (**0.778**), VII (**0.777**) y XV (**0.770**).

Conclusión: El IDH promedio a nivel nacional, regional y comunal de personas en situación de discapacidad es inferior al IDH de la población total en todos los casos.

El 92,2% de las comunas del país presentan un IDH ajustado a personas en situación de discapacidad menor al promedio nacional.

Palabras clave: IDH, IDH ajustado, Discapacidad, Persona en situación de discapacidad, Desarrollo Humano.

Abstract

Objective: To estimate the human development index in people with disabilities at national, regional and communal levels in Chile according to CENSO 2012.

Method: Descriptive, exploratory, non-experimental, cross-sectional study using the CENSO 2012 data provided by INE.

Results: At the national level, an HDI of **0.821** and a disability-adjusted HDI of **0.789** was obtained, representing a variation of **4,05%**. The standard deviation for both groups reveals a similar dispersion in both groups, +/- **0.021**.

At the regional level, the Region XIII has the highest index with **0.844**, followed by Region XII with **0.835**, and Region II with **0.834**. The lowest HDI values are the IX, X, VII and XV Region, with **0.810**, **0.810**, **0.808** and **0.801** respectively.

With respect to the HDI adjusted for disability, the regions with the highest index are the Region XIII with **0.811**, Region II with **0.806** and Region XII with **0.804**. Again, the lowest values at the country level show the regions IX (**0.778**), X (**0.778**), VII (**0.777**) and XV (**0.770**).

Conclusion: The average national, regional and communal HDI of persons with disabilities is lower than the HDI of the total population in all cases.

92.2% of the country's communes have an adjusted HDI for people with a disability lower than the national average.

Keywords: HDI, adjusted HDI, disability, Human Development.

Introducción

El IDH es un indicador internacional, generado por la ONU a través del Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo (PNUD), que mide los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano: tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno.

Las personas en situación de discapacidad históricamente han sido discriminadas y segregadas por la sociedad. Representan un sector vulnerable de la población que no tiene acceso a educación; a trabajos que se traducen en ingresos justos; a información, comunicación y señaléticas urbanas en relación al resto de la población; acceso fácil al transporte público, a las oficinas gubernamentales y a otros espacios públicos, dificultando su participación en la vida económica, social y política.

Actualmente no contamos con un índice estandarizado para las personas en situación de discapacidad, por lo que nuestra tesis ajustara el IDH para este grupo, específicamente midiéndolo a nivel nacional, regional y comunal del país.

Planteamiento del problema

El mundo transita desde una economía basada en el crecimiento a una enfocada en el desarrollo; la primera mide la cantidad de bienes y servicios producidos por un país; la segunda, en cambio, se enfoca en el nivel de vida y progreso de una nación. El Índice de Desarrollo Humano (**IDH**) nace como una alternativa a la clasificación del progreso de los países solo en base a nivel de su Producto Interno Bruto (PIB). El Índice, en cambio, es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano: tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno. Su importancia radica en el hecho de que dada la inexistencia de un vínculo entre crecimiento económico y desarrollo humano, la verdadera medida del éxito de una sociedad debe centrarse en la manera en que los logros económicos se traducen en beneficios y oportunidades concretas para todas las personas. Dentro de esta línea, las personas con discapacidad, históricamente, han sido marginadas, discriminadas y segregadas por la sociedad. Representan un sector vulnerable de la población que no tiene acceso a educación; a trabajos que se traducen en ingresos justos; a información, comunicación y señaléticas urbanas en relación al resto de la población; acceso fácil al transporte público, a las oficinas gubernamentales y a otros espacios públicos, dificultando su participación en la vida económica, social y política (PNUD, 2008).

Según el SENADIS y el CENSO 2012, las personas con discapacidad son el principal grupo vulnerable en Chile. 1 de cada 8 personas presenta esta condición. A escala mundial, el 46 por ciento de las personas de 60 años de edad y mayores viven con una discapacidad (INE, 2012).

La OMS, a través del informe mundial de la discapacidad 2011, enfatiza en la necesidad de que los países adopten medidas para posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales enmarcados dentro de un plan de acción nacionales que estén fuertemente fundamentados en investigación sobre discapacidad (OMS, 2011).

En el aspecto político nacional, la Constitución de Chile declara en el artículo 1° del Capítulo 1 que las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos. La Ley 20.422 señala, entre otros aspectos, que el Estado tiene la obligación de fomentar la Inclusión Laboral de las Personas con discapacidad. En este sentido, es el Estado entonces quien debe ser el primero en dar cumplimiento a este principio a través de la Inclusión, tanto en el aspecto laboral, sanitario, de transporte, etc., generando políticas públicas que se enmarquen dentro de la lógica global respecto al tema de la discapacidad. Es preciso entonces contribuir con nuevos datos que aporten

a la caracterización de las personas con discapacidad, den cuenta de su estado actual y el desarrollo que comprenden en relación a la población sin discapacidad. El estudio pretende contribuir con información inexistente respecto al IDH en personas con discapacidad, en virtud de generar políticas de las particularidades comunales y lograr un cambio en las comunidades locales. Es una medida de evaluación útil para todos los organismos regionales y municipales que trabajan para el bienestar de las personas.

A la luz de lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la condición de desarrollo humano en las personas en situación de discapacidad a nivel Nacional, regional y comunal?

Dicho esto nos proponemos los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general

“Estimar el Índice de Desarrollo Humano en personas en situación de discapacidad a nivel nacional, regional y comunal en Chile según CENSO 2012.”

Objetivos específicos

- Construir un Índice de Desarrollo Humano para Personas en Situación de Discapacidad.
- Estimar el IDH de la población chilena en situación de discapacidad a nivel nacional, regional y comunal.

Marco Teórico

“La verdadera riqueza de una nación está en su gente. El objetivo básico del desarrollo es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa. Esta puede parecer una verdad obvia, aunque con frecuencia se olvida debido a la preocupación inmediata de acumular bienes de consumo y riqueza financiera.”

1er Informe sobre Desarrollo Humano, 1990,
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

1. Índice de Desarrollo Humano

1.1 El Desarrollo Humano

El mundo transita desde una economía basada en el crecimiento a una enfocada en el desarrollo; la primera mide la cantidad de bienes y servicios producidos por un país; la segunda, en cambio, se enfoca en el nivel de vida y progreso de una nación.

Históricamente se ha utilizado el ingreso per cápita, el ritmo de crecimiento económico y el PIB como criterios base y privilegiados para medir el nivel de desarrollo de los países de renta media y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (PEID). Poniendo énfasis en que el poder adquisitivo y nivel de productividad determinaban el nivel de desarrollo de un país, en consecuencia, el bienestar de su gente (PNUD, 2016).

Si bien la preocupación por el crecimiento se remonta al análisis de los economistas clásicos acerca de las condiciones de la acumulación a largo plazo, terminada la Segunda Guerra Mundial, y con los retos que planteaba la reconstrucción europea, este enfoque paso a ser prioridad, centrándose la atención en el crecimiento económico. Se consideraba que el crecimiento del capital social era la forma de conseguir el desarrollo, y la tasa de crecimiento del PIB per cápita se convirtió en su única medida.

Pigou, quien describió el bienestar económico como la parte mensurable del bienestar humano, fue el primero en utilizar el ingreso como medida del bienestar. Como medida del bienestar, el

ingreso tiene que ver con individuo o con hogares. Se le consideró como una medida de beneficios por venir, en vez de un registro de lo que ya había sucedido.

Sin embargo, los procesos de producción y distribución restringen los ingresos de un individuo o de un hogar. Por lo tanto, el ingreso también constituye un registro de actividad económica, de la producción de bienes y servicios ya alcanzados. El ingreso a nivel nacional -PIB o PNB, como se le llamó- se convirtió en medida de la actividad de la masa total de bienes y servicios producidos, ponderada por sus precios respectivos, en lugar de ser una medida del bienestar individual (PNUD, 1990).

Una visión de desarrollo basado en las personas y en la mejora de su calidad de vida, es la que Manfred Max Neef, en conjunto con Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn, propondrían a través de la publicación de su libro “Desarrollo a Escala Humana” (1986), en él se propone un desarrollo concentrado y sustentado en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad con el Estado (Max-Neef, Elizalde, Hopenhayn, 1986).

John Rawls por su parte, propone dos principios fundamentales en el libro “Teoría de la Justicia” (1971), estos principios son: **Igualdad de la Libertad e Igualdad de Oportunidades.**

El primer principio de igualdad de libertades implica la misma garantía para cada integrante de la sociedad de contar con libertad religiosa, política, de pensamiento y expresión, de movimiento, de ocupación.

El segundo principio de igualdad de oportunidades especifica la necesidad de que se trate de oportunidades reales y no solo formales. Esto quiere decir, que no basta declarar que todos tienen igualdad de oportunidad para desarrollarse como persona sino garantizar las condiciones sociales que permitan una posibilidad real de alcanzar el desarrollo donde no haya más trabas que el esfuerzo individual. Este segundo principio a su vez señala que las desigualdades sociales y económicas tienen que satisfacer dos condiciones:

a) Principio de igualdad de oportunidades: deben relacionarse con puestos y posiciones abiertos para todos en condiciones de plena equidad y de igualdad de oportunidades.

b) Principio de la diferencia: deben redundar en el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (Uribe López, 2008).

Por su parte, los Informes sobre Desarrollo Humano del PNUD, buscan analizar el estado de las sociedades desde el enfoque de Desarrollo Humano. Esto significa evaluar hasta qué punto cada sociedad brinda a sus individuos y grupos los soportes necesarios para realizar sus legítimas aspiraciones, metas y proyectos. Este concepto fue acuñado en 1990, en el primer Informe Mundial de Desarrollo Humano, dirigido por Mahbub ul Haq, y en su momento fue revolucionario, pues incorporó un nuevo acento en el debate mundial sobre el desarrollo. A partir de este enfoque se instaló la idea de que el desarrollo de un país no debe evaluarse sólo en términos de sus logros económicos o el PIB, sino también por las oportunidades que ofrece a las personas para desarrollar sus proyectos de vida (PNUD en Chile, 2017).

La definición del concepto de Desarrollo Humano se puede obtener del Primer Informe sobre Desarrollo Humano, la cual se presentó de la siguiente manera:

El desarrollo humano es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles de desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles.

Pero el desarrollo humano no termina allí. Otras oportunidades, altamente valoradas por muchas personas, van desde la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo y disfrutar de la garantía de derechos humanos.

El desarrollo humano tiene dos aspectos. La formación de capacidades humanas - tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas- y el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas para el descanso, la producción, o las actividades sociales, culturales y políticas. Si el desarrollo humano no consigue

equilibrar estos dos aspectos, puede generarse una considerable frustración humana.

*Según este concepto de desarrollo humano, es obvio que el ingreso es solo una de las oportunidades que la gente desearía tener, aunque ciertamente muy importante. Pero la vida no solo se reduce a eso. **Por lo tanto, el desarrollo debe abarcar más que la expansión de la riqueza y los ingresos. Su objetivo central debe ser el ser humano** (PNUD, 1990).*

La inspiración del enfoque de Desarrollo Humano proviene del trabajo del economista y filósofo Amartya Sen, quien situó en el corazón del debate sobre la igualdad y la justicia social la pregunta por las “libertades” que tienen las personas para hacer y ser aquello que valoran. En vez de poner el foco en los medios de vida, como hace el utilitarismo, por ejemplo, Sen lo sitúa en las oportunidades que tienen las personas para vivir las vidas que desearían vivir. Así, la lucha por la igualdad no se limita a la igualación de medios o recursos que se consideran deseables desde una definición teórica o normativa, como los ingresos económicos, sino a la igualdad de capacidades (capabilities), es decir, la igualdad en el plano de las libertades para ser y hacer aquello que las personas consideran valioso.

El desarrollo humano tiene por objeto las libertades humanas: la libertad de desarrollar todo el potencial de cada vida humana —no solo el de unas pocas ni tampoco el de la mayoría, sino el de todas las vidas de cada rincón del planeta— ahora y en el futuro. Esta dimensión universal es lo que confiere al enfoque del desarrollo humano su singularidad. Sin embargo, una cosa es el principio de universalismo y otra, muy distinta, llevarlo a la práctica. Durante el último cuarto de siglo se ha observado un impresionante progreso en muchos ámbitos del desarrollo humano: la población es más longeva, hay más personas que salen de la pobreza extrema y menos que sufren malnutrición. El desarrollo humano ha enriquecido las vidas humanas, aunque lamentablemente no siempre en la misma medida y, lo que es aún peor, no todas las vidas (PNUD, 2016).

1.2 Índice de Desarrollo Humano (IDH)

El índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno. El IDH es la media geométrica de los índices normalizados de cada una de las tres dimensiones. La dimensión de la salud se evalúa según la esperanza de vida al nacer, y la de la educación se mide por los años promedio de escolaridad de los adultos de 25 años o más y por los años esperados de escolaridad de los niños en edad escolar. La dimensión del nivel de vida se mide conforme al INB per cápita. El IDH usa el logaritmo de los ingresos, y refleja la importancia decreciente del ingreso cuando el INB sigue una tendencia creciente. Las puntuaciones de los tres índices dimensionales del IDH se agregan posteriormente a un índice compuesto utilizando la media geométrica (PNUD, 2016).

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) por lo tanto, se creó para hacer hincapié en que la ampliación de las oportunidades de las personas debería ser el criterio más importante para evaluar los resultados en materia de desarrollo. El crecimiento económico es un medio que contribuye a ese proceso, pero no es un objetivo en sí mismo. El IDH también puede utilizarse para cuestionar algunas opciones de política a nivel nacional, preguntando cómo dos países con el mismo nivel de ingreso nacional bruto (INB) per cápita pueden mostrar resultados de desarrollo humano diferentes. Por ejemplo, el INB per cápita de Malasia es superior al de Chile, pero en Malasia la esperanza de vida al nacer es unos 7 años menor y los años esperados de escolaridad están 2,5 años por debajo de Chile, lo que implica que Chile obtiene un IDH mucho más alto que Malasia. Estas diferencias llamativas pueden estimular el debate sobre las prioridades normativas de los gobiernos (PNUD, 2016).

1.3 IDH y Chile

Chile presentó, en el año 2015, un valor del IDH de 0,847, cifra que lo sitúa en la categoría de desarrollo humano muy alto y en la ubicación número 38 respecto de los 188 países incluidos en el Informe sobre Desarrollo Humano 2016.

Entre el año 1990 y 2015, el valor del IDH de Chile aumento de 0,700 a 0,847, lo que representa un incremento del 20,9%. A tener en cuenta, en este periodo de años la esperanza de vida al nacer en Chile aumentó en 9,3 años, los años promedio de escolaridad aumentaron 1,8 años y los años esperados de escolaridad subieron en 3,4 años, el INB per cápita por su cuenta, presentó un 149,4% de aumento, entre 1990 y 2015 (PNUD, 2016).

	Esperanza de vida al nacer	Años esperados de escolaridad	Años promedio de escolaridad	INB per cápita (PPA en \$ de 2011)	Valor del IDH
1990	72,7	12,9	8,1	8.688	0,700
1995	74,9	12,5	8,4	12.398	0,728
2000	76,9	13,7	8,8	14.171	0,761
2005	78,8	14,9	9,5	15.606	0,796
2010	80,4	15,4	9,8	18.041	0,820
2011	80,7	15,5	9,8	19.142	0,826
2012	81,1	15,6	9,9	20.306	0,831
2013	81,4	16,2	9,9	20.989	0,841
2014	81,7	16,3	9,9	21.352	0,845
2015	82,0	16,3	9,9	21.665	0,847

Tabla: Tendencias del IDH de Chile. (1990-2015)

El IDH de Chile presentado en el año 2015 se encuentra por debajo de la media del grupo de países con desarrollo humano “muy alto” (valor de 0.892) y por encima del 0,751 de valor de media presentado por los países considerados en Latinoamérica y el Caribe. En la región, Argentina y Perú son los países que más próximos están del IDH presentado por Chile, ocupando la ubicación 45 y 87 respectivamente (PNUD, 2016).

	Valor del IDH	Clasificación según el IDH	Esperanza de vida al nacer	Años esperados de escolaridad	Años promedio de escolaridad	INB per cápita (PPA en \$)
Chile	0,847	38	82,0	16,3	9,9	21.665
Argentina	0,827	45	76,5	17,3	9,9	20.945
Perú	0,740	87	74,8	13,4	9,0	11.295
Latinoamérica y el Caribe	0,751	—	75,2	14,1	8,3	14.028
IDH muy alto	0,892	—	79,4	16,4	12,2	39.605

Tabla: IDH de Chile, indicadores que componen este índice al año 2015, y comparación en la región.

2. Discapacidad

La Real Academia Española define a la «discapacidad» como “cualidad del discapacitado”, y «discapacitado» como persona “que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas” (RAE, 2001).

2.1 Definición conceptual

Ante tan escuálida definición resulta imperiosa la labor de explorar los diferentes modelos conceptuales que se han propuesto para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta dialéctica se expresa en una dicotomía entre “modelo médico” versus “modelo social”. Según la Clasificación Internacional de la Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud:

*El **modelo médico** considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud. Por otro lado, el **modelo social** de la discapacidad, considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política” (OMS, 2001).*

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) está basada en un enfoque “biopsicosocial” que integra estos dos modelos opuestos, definiendo discapacidad como: *“un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales.”*. Por consiguiente, la CIF intenta obtener una síntesis y, de esta manera, brindar una visión coherente de las distintas dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual (psicológica) y social (OMS, 2001).

Desde una mirada Nacional, el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS, Chile) define a la Persona en Situación de Discapacidad (PeSD) como: *“aquellas personas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, **actitudinales** y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad”*(SENADIS, 2015).

2.2 Hitos históricos de la discapacidad

Básicamente, la historia de las personas con discapacidad es una historia de exclusión. Según lo revisado en el Seminario Internacional sobre Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas, publicado el año 2004 por la UNICEF, las PeSD en muchas sociedades, fueron:

- *Repudiadas debido a temores, ignorancia y superstición.*
- *Degradadas a la pobreza extrema.*
- *Explotadas o asignadas a funciones menores.*
- *Vistas como un objeto, no sujeto de acción.*

Lo anterior condujo a:

- *Políticas de protección, establecimiento de instituciones separadas de la vida comunitaria, abocadas a la subsistencia, aprendizaje y trabajo.*
- *Provisión de servicios predominantemente médicos, supervisados por personal médico, asistencia social ocasional, con énfasis en el diagnóstico, clasificación y rotulación de los individuos. La educación estaba ausente.*

- *Actitudes de cuidado de estilo caritativo, enfoques de asistencia aislados, las personas con discapacidad eran vistas como objetos de protección.*
- *Programas de rehabilitación a través de los cuales la gente comenzó a creer que estas personas podían mejorar y compensar sus discapacidades; las personas con discapacidad adquirieron mayor identidad de sujeto; la asistencia seguía brindándose en forma segregada.*

Este enfoque fue criticado por aquellos defensores de la integración y la normalización en los años setenta, arguyendo que esta visión generaba el aislamiento y la marginalización de las PeSD. Por contraparte, la teoría de la normalización enfatiza el derecho de las PeSD a vivir con su familia y en su entorno natural, siendo preparados y apoyados para hacer frente a los distintos desafíos que el contexto le presenta.

Un cambio importante se dio en las estrategias de desarrollo, alejándose de los modelos verticalistas y haciendo participe a las PeSD, dando a entender que sin el enfoque horizontal de desarrollo ni la participación activa de los sujetos, el cambio era imposible.

Paulatinamente, el modelo social de discapacidad fue tomando preponderancia, enfatizando en que las políticas públicas y la legislación existentes fueran modificadas en virtud de actuar sobre los factores contextuales, eliminando las barreras físicas e institucionales de tal manera de asegurar la plena participación comunitaria, en igualdad de condiciones, de las PeSD.

Las PeSD fueron empoderándose con fuerza; ya no se conformaban con ser meros objetos de políticas sociales; eran ellos los artífices de los cambios y las decisiones que la sociedad tomara respecto a ellos. El primer acontecimiento que marcó el apoyo a esta nueva interpretación fue el Año Internacional de los Impedidos (1981) con el lema “Plena participación e igualdad”. Sin duda, para muchos países, este fue un momento de cambio y el tema de la discapacidad comenzó a ser reconocido y reflejado en diferentes programas nacionales.

Distintas Organizaciones Mundiales como las Naciones Unidas, UNESCO, OIT y UNICEF han dado a conocer Declaraciones, Programas, Propuestas, Informes y Marcos de Acción, que unen y comprometen a los gobiernos de muchos países en la tarea de lograr la plena Inclusión de Personas en Situación de Discapacidad:

- La *Declaración Universal de Derechos Humanos* en 1948.
- La publicación de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* por parte de la OMS en 1980.
- El *Año Internacional de los Impedidos* (Organización de las Naciones Unidas, ONU) en 1981.
- La *Declaración de los Derechos de los Minusválidos* (ONU) en 1975.
- El *Programa de Acción Mundial para los Impedidos* (ONU) en 1983.
- La *Convención de Derechos del Niño* (ONU) en 1989.
- Las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad* de la ONU en 1993.
- La *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1998.
- La publicación de la segunda edición de la CIDMM, actualizada con el título *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF*, por parte de la OMS el 2001.
- La *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU) en el 2006.

2.3 CIF

En el año 2001 se crea la CIF, la cual sentó las bases de un marco conceptual en relación a las personas con discapacidad desde una mirada del **funcionamiento**.

*La CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud. El concepto de **funcionamiento** se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las **Funciones Corporales, Actividades y Participación**; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un*

perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios (OMS, 2001).

La CIF es parte de las clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene su aplicación en varios aspectos de la salud, como lo son el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, pronóstico, entre otros, haciendo uso del lenguaje estandarizado, unificado y transcultural, posibilitando la comunicación sobre salud entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo (OMS 2001)

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) proporciona un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, siendo complementaria con la CIF en torno a entregar una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones (OMS 2001).

Objetivos de la CIF

La CIF es una clasificación que tiene como propósito ser utilizada en diferentes disciplinas y sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- *Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes.*
- *Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades.*
- *Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo.*
- *Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria (OMS, 2001).*

Aplicaciones de la CIF

Desde su publicación como una versión de prueba en 1980, la CIDDM ha sido empleada para diferentes fines, por ejemplo:

- *Como herramienta estadística – en la recogida y registro de datos (ej. en encuestas y estudios de población o en sistemas de manejo de información).*
- *Como herramienta de investigación – para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales.*
- *Como herramienta clínica – en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados.*
- *Como herramienta de política social – en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación, y para diseñar e implementar políticas.*
- *Como herramienta educativa – para diseño del “currículum”, y para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.*

La CIF ha sido empleada en diversos sectores como las compañías de seguros, el sistema laboral, la seguridad social, la economía, la educación, la política social, el desarrollo legislativo y las modificaciones ambientales. Es parte de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas e incorpora Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Como tal, la CIF nos brinda un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones nacionales. No obstante, su aplicación no versa única y exclusivamente para las PeSD; tiene una aplicación universal, por lo que es válido para todas las personas (OMS, 2001).

La CIF organiza la información según la siguiente imagen:

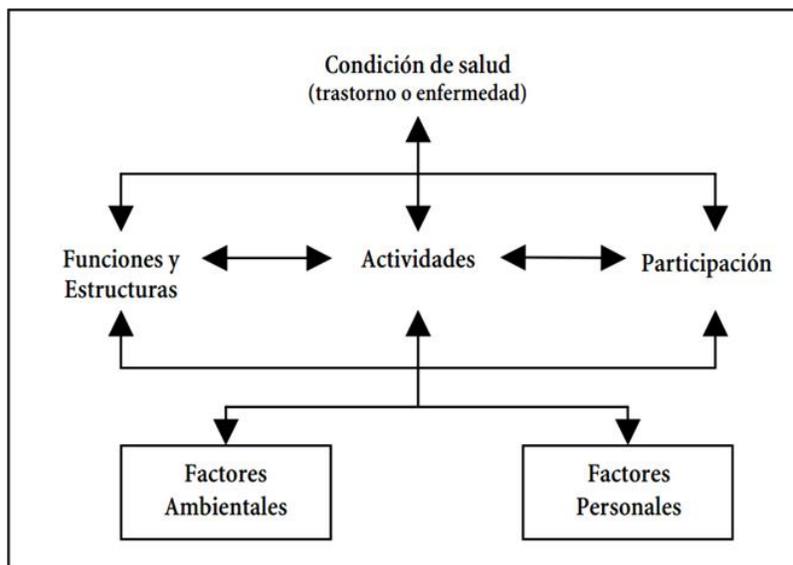


Diagrama explicativo de la propuesta sobre discapacidad (CIF, 2001).

1. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad.

El componente **Cuerpo** consta de dos dimensiones, una para las funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo

El componente **Actividades y Participación** corresponde a los dominios relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social

2. Componentes de Factores Contextuales

El componente de los **Factores Contextuales** consta de una lista de Factores Ambientales que tienen un efecto sobre todos los demás componentes del funcionamiento, y están organizados desde el contexto/entorno más inmediato del individuo y llegando hasta el entorno general.

Los Factores **Personales** son un componente de los Factores Contextuales, sin embargo no están clasificados en la CIF debido a que varían según la cultura de cada sociedad (OMS, 2001).

El funcionamiento de un individuo se entiende como una interacción compleja entre la condición de salud y los factores contextuales. Las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar otro, y las relaciones no se dan de manera lineal unidireccional. Puede

resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones (OMS, 2001).

Respecto a los obstáculos y barreras a las cuales se ven enfrentadas las PeSD, el Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011 (OMS) nos entrega la siguiente información, señalando que los muros contextuales son:

- Políticas y normas insuficientes. *“La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes. Por ejemplo, en lo referente a las políticas educativas inclusivas, una revisión de 28 países que participaron en la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos comprobó que 18 de ellos proporcionaban muy poca información sobre las estrategias propuestas para incluir a los niños con discapacidad en las escuelas, o no mencionan en absoluto la discapacidad o la inclusión”* (Bines H, 2007). En materia de políticas educativas, un déficit común es la falta de incentivos económicos orientados a que los niños con discapacidad asistan a la escuela, sumado a la falta de apoyo y protección social para los niños y sus familias.
- Actitudes negativas. Las creencias y prejuicios constituyen obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social. Por ejemplo, los conceptos erróneos por parte de los empleadores de que las PeSD son menos productivas que las personas sin discapacidad limitan las oportunidades de empleo.
- Prestación insuficiente de servicios. Las PeSD son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo. Según los datos de cuatro países de África meridional, solo el 26-55% de las personas recibía la rehabilitación médica que necesitaba; el 17-37% recibía los dispositivos auxiliares que necesitaba; el 5-23% recibía la formación profesional que necesitaba, y el 5-24% recibía los servicios de bienestar social que necesitaba. Una investigación realizada en los estados indios de Uttar Pradesh y Tamil Nadu demostró que la falta de servicios en la zona era la segunda razón más frecuente por la que las personas no acudían a los centros de salud (Eide et al, 2003. Loeb ME, 2004. citados en el Informe Mundial de Discapacidad de la OMS, 2011).

- Problemas con la prestación de servicios. La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad y accesibilidad de los servicios para las PeSD. Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud en 51 países, las PeSD tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria. Muchos cuidadores están mal remunerados y tienen una formación insuficiente. Un estudio efectuado en los Estados Unidos de América encontró que el 80% de los asistentes sociales no tenía formación ni cualificaciones formales (McFarlane L, McLean J. 2003).
- Financiación insuficiente. La falta de financiación es un impedimento sustancial para la sostenibilidad de los servicios, sea cual sea el nivel de ingresos del país. Por ejemplo, en los países de ingresos altos, entre el 20 y el 40% de las PeSD no tienen cubiertas sus necesidades de asistencia para las actividades cotidianas (Australian Bureau of Statistics, 2003, 2004) (Ottawa, StatisticsCanada, 2001) (Ottawa, Canadian Council on Social Development, 2004) (New ZealandMinistry of Health, 2004) (Kennedy J, 2001). *“En muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos nacionales no pueden proporcionar servicios adecuados, y los proveedores comerciales de servicios no están disponibles o no son financieramente asequibles para la mayoría de las familias. Un análisis de la Encuesta Mundial de Salud de 2002-04 en 51 países señaló que las personas con discapacidad tenían más dificultades que las personas sin discapacidad para obtener exenciones o reducciones de los costos de atención de salud”* (OMS, 2011).
- Falta de accesibilidad. Muchas edificaciones, tanto privadas como públicas, sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas. La falta de acceso al transporte es un motivo común e importante que desanima a las PeSD a buscar trabajo o que les impide acceder a la atención de salud y/o educación. Los informes de los países que tienen leyes sobre la accesibilidad, aun en el caso de que éstas tengan una antigüedad de 20-40 años, confirman un bajo nivel de cumplimiento (Regional report of theAmericas, 2004) (Regional report of Asia 2005) (Regional report of Europe,

2007)(Michailakis D., 1997). Se dispone de poca información en formatos accesibles, y no se satisfacen muchas necesidades de comunicación de las personas con discapacidad. Las personas sordas frecuentemente tienen problemas para acceder a un servicio de interpretación en lengua de señas: una encuesta efectuada en 93 países puso de manifiesto que 31 de ellos no tenían ningún servicio de interpretación, mientras que 30 países tenían 20 o menos intérpretes cualificados (Haualand H, Allen C, 2009). Las PeSD, en comparación con las no discapacitadas, tienen tasas significativamente más bajas de uso de tecnologías de información y comunicación, y en algunos casos es posible incluso que no puedan acceder a productos y servicios tan básicos como el teléfono, la televisión o la Internet.

- Falta de consulta y participación. Muchas personas con discapacidad están marginadas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida. Por ejemplo, donde las personas con discapacidad no pueden decidir y controlar cómo se les preste apoyo en sus hogares.
- Falta de datos y pruebas. *“La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad y la falta de pruebas objetivas sobre los programas que funcionan pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas. Conocer el número de personas con discapacidad y sus circunstancias puede mejorar los esfuerzos para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación de las personas con discapacidad. Por ejemplo, para facilitar la identificación de intervenciones ambientales rentables deben estudiarse mejor el entorno y sus efectos sobre los diferentes aspectos de la discapacidad”.*

2.4 Estadística de las Personas en Situación de Discapacidad a Nivel Mundial

Se estima que más de mil millones de personas viven en el mundo con algún tipo de discapacidad; es decir, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10% (OMS, 2011).

Según la Encuesta Mundial de Salud, *“cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de*

Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave” (OMS, 2011).

El número de PeSD está en aumento. Esto se debe al envejecimiento de la población (las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad) y al incremento de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, la dislipidemia, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos (The global burden of disease, 2004). Las características de la discapacidad en un país están influenciadas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias (OMS, 2011).

Aparte de los obstáculos discapacitantes, las mujeres con discapacidad sufren discriminación de género. Las tasas de matriculación escolar difieren según el tipo de deficiencia; así, los niños con deficiencias físicas suelen tener mejor suerte que los que padecen deficiencias intelectuales o sensoriales. Los más excluidos del mercado laboral son a menudo los que presentan problemas de salud mental o deficiencia intelectual. Las personas con deficiencias más acusadas experimentan con frecuencia mayor desventaja, tal como se ha constatado en innumerables contextos, desde la Guatemala rural (Grech S. 2008) hasta Europa (Grammenos S. 2003).

La discapacidad impacta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud revelan que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia de discapacidad (OMS, 2002-2004). *“Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad. Los datos de las encuestas a base*

de indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños” (UNICEF 2008).

2.5 Desigualdad en la discapacidad

Infancia.

La Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad exige que los niños y niñas sean reconocidos no como receptáculos pasivos de atención y protección, sino como sujetos de derechos, miembros plenos de sus familias, comunidades y sociedades y con libertad de participar activamente en la toma de las decisiones que afectan a su vida cotidiana.

Según una estimación ampliamente utilizada, alrededor de 93 millones de niños –o sea, 1 de cada 20 niños menores de 14 años– vive con alguna discapacidad moderada o grave” (UNICEF, 2013).

Educación.

La educación es la puerta de entrada a una plena y activa participación en la sociedad. La importancia radica en el derecho propio para el desarrollo humano del educando. Al mismo tiempo para conseguir empleos y tener la capacidad de ganarse la vida como adultos. En rigor, todos los niños y niñas tienen el mismo derecho a la educación, sin embargo en la práctica, a muchos niños se les priva de este derecho, minando su capacidad de disfrutar su derecho como ciudadano y asumir funciones en la sociedad (UNICEF 2013).

En un informe reciente relativo a la Convención sobre los Derechos del Niño se admitía que “los desafíos que enfrentan los niños y niñas con discapacidad en lo concerniente a satisfacer su derecho a la educación continúan siendo complejos”, y que constituyen “uno de los grupos más marginados y excluidos en lo que respecta a la educación” (ONU, 2011).

Los niños con discapacidad tienen menos probabilidades que sus homólogos sin discapacidad de ingresar a la escuela, permanecer en ella y superar los cursos sucesivos. La deserción escolar

está presente en todos los grupos de edad y tanto en los países de ingresos altos como bajos, pero con un patrón más acusado en los países más pobres (OMS, 2011).

Según la OMS, los hombres con discapacidad tienen tasas de terminación en la escuela primaria de 51 por ciento respecto a los hombres sin discapacidad de 61 por ciento. En las mujeres este número es menor tanto en la discapacidad (42 por ciento) como sin discapacidad (53 por ciento) (UNICEF, 2013).

Algunos datos obtenidos a partir de encuestas del hogar practicadas en países de ingresos medianos y bajos muestran que los niños y niñas con discapacidad de entre 6 y 17 años son menos proclives a estar matriculados en la escuela que sus pares no discapacitados (Filmer, D., 2008). Un estudio realizado en 2004 en Malawi concluía que los niños y niñas con discapacidad presentaban el doble de probabilidades de no haber asistido nunca a la escuela que sus compañeros sin discapacidad. De manera similar, un estudio realizado en la República Unida de Tanzania en 2008 concluía que los niños y niñas con discapacidad que asistían a la escuela primaria progresaban a niveles educativos más altos sólo con la mitad de frecuencia que los niños y niñas no discapacitados (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, 2010). La diferencia entre el porcentaje de niños con discapacidad y el porcentaje de niños no discapacitados que asisten a la escuela primaria va desde el 10% en la India hasta el 60% en Indonesia. Por lo que respecta a la enseñanza secundaria, la diferencia en las tasas de asistencia escolar oscila entre el 15% en Camboya y el 58% en Indonesia (Filmer D. 2008). Incluso en países con altos porcentajes de matriculación en la escuela primaria, como los de Europa oriental, muchos niños con discapacidad no asisten a la escuela (OMS, 2011).

En un estudio con niños que tenían necesidades educativas especiales, realizado en 2007 en el Reino Unido, el 55% dijo haber recibido tratos injustos debido a sus discapacidades (Gobierno del Reino Unido, 2007). En Madagascar, un estudio demostró que la ignorancia sobre la discapacidad era muy común entre los progenitores, y que incluso entre los presidentes de las asociaciones de padres y madres, un 48% creía equivocadamente que la discapacidad es contagiosa (D'Aiglepierre, Rohen, 2012).

La educación en la primera infancia no está limitada a la formación preescolar o a la que se imparte en las instituciones de atención infantil. El entorno del hogar y la familia desempeñan

un papel importante en lo concerniente a mediar y facilitar el desarrollo del niño. Estudios practicados en Bangladesh, China, India y Sudáfrica han comprobado que una interacción más profusa entre la madre y el hijo y el aumento de actividades orientadas al crecimiento propician el desarrollo cognitivo de los niños y niñas de corta edad en una variedad de entornos, desde el hogar al centro de salud (Walker, Susan P., et al., 2011).

Los niños y niñas con discapacidad o retraso en el crecimiento presentan mayor probabilidad de alcanzar su máximo potencial cuando son diagnosticados a tiempo. La educación en la primera infancia debería diseñarse en virtud de satisfacer las necesidades individuales del niño o niña. Los primeros años de la infancia son fundamentales debido a que cerca del 80% de la capacidad cerebral se desarrolla antes de los 3 años, y porque el periodo comprendido entre el nacimiento y la escuela primaria es especialmente propicio para adaptar la educación centrada en el desarrollo a las necesidades del niño o niña. Algunos estudios sugieren que los niños y niñas más desfavorecidos son los que más pueden beneficiarse (UNESCO, 2009).

Los planteamientos incluyentes de la educación han sido ratificados en numerosas ocasiones en todo el mundo, como en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, celebrada en 1994, y desde 2002 por medio de la iniciativa sobre el derecho a la educación de las personas con discapacidad, que se enmarca en el programa mundial de educación para todos (UNICEF, 2007) (UNICEF, 2012).

Familia.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pone en relieve el papel de la familia como núcleo natural de la sociedad y el apoyo que el Estado debe otorgar a la familia. Manifiesta que *“las personas con discapacidad y los miembros de sus familias deben recibir la protección y la ayuda necesarias para que las familias puedan contribuir al goce pleno y equitativo de los derechos de las personas discapacitadas”* (ONU, 2006).

Las estimaciones sobre los costos adicionales en los que incurren las familias por motivo de la discapacidad oscilan entre el 11% y el 69% del ingreso en el Reino Unido, entre el 29% y el 37% en Australia, entre el 20% y el 37% en Irlanda, en un 9% en Vietnam y en un 14% en Bosnia y Herzegovina (OMS, 2011). *“Entre los costos directos relacionados con la*

discapacidad figuran el tratamiento médico, los viajes, la rehabilitación o la ayuda para el cuidado de la persona discapacitada, y costos de oportunidad, como los ingresos que dejan de percibirse cuando los progenitores u otros miembros de la familia dejan sus empleos o reducen sus horas de trabajo para poder atender al niño –o a los niños– con discapacidad” (Mont, Daniel M., y NguyenVietCuong, 2011).

Ayudas técnicas y accesibilidad.

Según una encuesta a familiares de niños en situación de discapacidad que se efectuó en el Reino Unido, el 70% de quienes respondieron consideraban que la comprensión y la aceptación de las discapacidades entre los miembros de sus comunidades eran escasas o insatisfactorias, y casi el 50% informaron que tenían problemas para acceder a servicios de apoyo, como centros de atención infantil (Bennett, E., 2009).

Dependiendo de la discapacidad, el niño puede necesitar uno o más servicios y dispositivos de ayuda. Sin embargo, de acuerdo con la OMS, *“en numerosos países de bajos ingresos, solamente entre el 5% y el 15% de quienes requieren tecnología de apoyo pueden obtenerla”* (UNICEF 2013).

La accesibilidad se refiere al diseño de entornos, productos y estructuras. El diseño universal se define como *“la creación de productos y entornos que, en la medida de lo posible, puedan utilizar todas las personas, sin necesidad de adaptaciones o proyectos especializados. Este enfoque gira en torno a diseños convenientes para todos, independientemente de la edad, la capacidad o la situación”* (UNICEF, 2013). El costo de integrar el ámbito de la accesibilidad en los nuevos edificios y en la infraestructura es insignificante; de hecho, representa menos del 1% del costo de desarrollo del capital (BANCO MUNDIAL, 2004). Al contrario, el costo de realizar adaptaciones en edificaciones ya terminadas puede ser mucho más alto, especialmente en las pequeñas, donde puede representar hasta un 20% del costo original (BANCO MUNDIAL, 2004). Tiene sentido integrar el aspecto de la accesibilidad en las etapas iniciales del diseño. Igualmente, debe tomarse en consideración a la hora de financiar proyectos de desarrollo.

Trabajo.

Aun cuando la proliferación de leyes y de otros instrumentos internacionales, regionales y nacionales han aumentado, las personas con discapacidad en todo el mundo siguen siendo

víctimas de la discriminación y exclusión; es muy frecuente que se les nieguen sus derechos en el ámbito laboral (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2015).

El *Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo* (OIT, 2002) define a una persona discapacitada como:

“un individuo cuyas posibilidades de obtener empleo, reintegrarse al empleo y conservar un empleo adecuado, así como de progresar en el mismo, resulten considerablemente reducidas como consecuencia de una disminución física, sensorial, intelectual o mental debidamente reconocida” (OIT, 2015).

En la Declaración de Filadelfia, Conferencia Internacional del Trabajo, 1944, se estipula claramente que:

“Todos los seres humanos, sin distinción de raza, credo o sexo, tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades. El logro de las condiciones que permitan llegar a este resultado debe constituir el propósito central de la política nacional e internacional” (OIT 2015).

Según las estadísticas disponibles, las personas con discapacidad representan aproximadamente mil millones de personas, un 15% de la población mundial. Alrededor del 80 por ciento están en edad de trabajar. Sin embargo, su derecho a un trabajo decente, es con frecuencia denegado. Las personas con discapacidad, en particular las mujeres con discapacidad, se enfrentan a enormes barreras actitudinales, físicas y de información que dificultan el goce a la igualdad de oportunidades en el mundo del trabajo. La tasa de empleo de las personas con discapacidad es inferior, la tasa de desempleo es superior y la tasa de inactividad tiende a ser el doble o más que la de otros trabajadores. Ello conforma una gran pérdida, tanto para las propias personas y sus familias como para la sociedad en su conjunto, de entre un 3 y un 7 por ciento del Producto Interior Bruto, según las estimaciones (Buckup, 2009).

La inexistencia de datos adecuados y comparables sobre la situación de las PeSD en el mercado del trabajo en muchos países hace difícil la generalización. Sin embargo, de la información disponible, es posible, sacar algunas conclusiones sobre la situación actual en el empleo abierto o competitivo (Schur, Kruse y Blank, 2013):

- Las PeSD presentan menos probabilidades que las personas sin discapacidad de tener un empleo a tiempo completo. En la década del 2000, en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sólo un 44 por ciento de las PeSD en edad de trabajar tenía empleo, frente a un 75 por ciento de la población en su conjunto, y sus tasas de empleo estaban disminuyendo en muchos países (OCDE, 2010). En 2010, en la Unión Europea, una de cada seis personas (unos 80 millones) tenía una discapacidad de leve a grave (CE, 2010a). Además, al menos 83 millones de personas padecían problemas de salud mental (Cyhlarova y otros, 2010), aunque únicamente un 45 por ciento de las personas con discapacidad en edad de trabajar estaba trabajando, frente a un 74 por ciento de las personas sin discapacidad (Grammenos, 2010).
- La tasa de empleo de las personas con ciertos tipos de discapacidad, en particular las que tienen problemas de salud mental y aquellas con discapacidad intelectual, parece ser especialmente baja (OMS, 2011). Según los datos recabados, *“las mujeres con discapacidad tienen menos probabilidades de tener un trabajo decente que las mujeres no discapacitadas o que los hombres con discapacidad”* (OCDE, 2010). En varios países de bajos ingresos se han presentado pautas similares a las de los países de altos ingresos (OMS, 2011).
- Si están trabajando, las personas con discapacidad tienen más probabilidades de tener empleos a tiempo parcial, mal remunerados, con pocas proyecciones profesionales y malas condiciones laborales (OIT, 2015). Según las fuentes consultadas, *“un 44 por ciento de los trabajadores con discapacidad trabaja en un contexto de modalidades de empleo contingentes o a tiempo parcial, frente a un 22 por ciento en el caso de las personas sin discapacidad”* (OMS, 2011).
- El índice de desempleo de las PeSD suele ser más alto que el de las personas sin discapacidad. *“Las tasas de desempleo registradas para las PeSD en los países de la OCDE generalmente duplicaban las tasas de las personas sin discapacidad a mediados de la década de los 2000: un 14 por ciento de desempleados con discapacidad registrados, frente a un 7 por ciento de desempleados sin discapacidad”* (OCDE, 2010). No se dispone de datos comparables para muchos países en desarrollo.
- La tasa de participación de las PeSD en el mercado laboral abierto suele ser inferior a la de las demás. *“Poco menos de la mitad (un 49 por ciento) de las personas con*

discapacidad en los países de la OCDE estaban inactivas económicamente a finales de la década de los 2000, frente a un 20 por ciento de las personas sin discapacidad” (OCDE, 2010).

Cifras laborales por país.

En **Australia**, *“la tasa de participación en la fuerza de trabajo de las personas con discapacidad era del 54 por ciento en 2009, frente al 83 por ciento para las personas sin discapacidad. La tasa de desempleo entre las personas con discapacidad era del 7,8 por ciento frente al 5,1 por ciento para las personas sin discapacidad” (OIT, 2015).*

En **Canadá**, *“la tasa de empleo para las personas con discapacidad era del 53,5 por ciento en 2006, frente al 75,1 por ciento para las personas sin discapacidad” (OIT, 2015).*

En **Francia**, *“la tasa de desempleo de las personas con discapacidad en 2007 era dos veces superior a la de las personas sin discapacidad –un 19 por ciento, frente a un 9 por ciento para las personas sin discapacidad” (OIT, 2015).*

En **Alemania**, *“en 2005, la tasa de desempleo de las personas con discapacidad era del 14,5 por ciento, frente al 11,1 por ciento para las personas sin discapacidad” (OIT; 2015).*

En **Hungría**, *“en 2011, la tasa de desempleo de las personas con discapacidad era del 27 por ciento, frente al 10,1 por ciento para el conjunto de la población” (OIT, 2015).*

En **Noruega**, *“el índice de empleo de las personas con discapacidad era del 42,7 por ciento en 2013, frente al 74,2 por ciento para el conjunto de la población” (OIT, 2015).*

En **Suecia**, *“en 2008, el 66 por ciento de las personas con discapacidad participaba en la fuerza de trabajo, frente al 55 por ciento de las personas con discapacidad que tenían una reducida capacidad de trabajar y el 81 por ciento de las personas no discapacitadas. Las tasas de desempleo de estos tres grupos eran de un 6,5, un 9,1 y un 4,9 por ciento respectivamente. El 8,7 por ciento de las personas con capacidad de trabajar reducida estaba en paro, frente a un 4,3 por ciento de la población total” (OIT, 2015).*

En **Suiza**, *“el desempleo de los trabajadores con discapacidad también era superior al de los no discapacitados en 2006, pero su 52 por ciento de tasa de empleo es relativamente elevada*

frente a otros países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos” (OCDE, 2006).

En el **Reino Unido**, “en 2012, la tasa de empleo de las personas con discapacidad era de un 46,3 por ciento, frente a un 76,4 por ciento de las personas sin discapacidad” (OIT, 2015). La diferencia entre ambas cifras supone un total de más de 2 millones de personas.

En **Estados Unidos**, “la tasa de empleo de las personas con discapacidad entre 21 y 64 años era del 33,5 por ciento, frente al 76,3 por ciento para las personas sin discapacidad” (OIT, 2015).

Los datos obtenidos en relación a la fuerza de trabajo de los países en desarrollo presentan una pauta similar de tasas de empleo relativamente bajas para las personas con discapacidad. “En la **India**, se estima que el índice de desempleo de las personas con discapacidad era de un 37,6 por ciento en 2002, frente a un 62,5 por ciento de la población total; en el **Perú**, un 23,8 por ciento de las personas con discapacidad estaban empleadas en 2003, frente a un 64,1 por ciento del conjunto de la población; y en **Zambia**, en 2005, un 45,5 por ciento de las personas con discapacidad tenía empleo, frente a un 56,5 por ciento de la población total” (OMS, 2011).

Según un examen de la información disponible, las razones que explican los elevados índices de desempleo entre las PeSD son:

- *Bajo nivel de educación y formación.*
- *Caída de la demanda de trabajo no cualificado.*
- *Reducción de la fuerza de trabajo de las grandes empresas y los servicios públicos.*
- *Preocupación por los costos de accidentes y seguros.*
- *Reticencia a registrarse como discapacitado.*
- *Falta de información sobre oportunidades laborales.*
- *Desconocimiento por parte de los empleadores de las necesidades y aptitudes de las personas con discapacidad.*
- *La «trampa» de las prestaciones.*
- *El temor a perder prestaciones sociales.*
- *Desánimo tras varias experiencias fallidas en la búsqueda de un trabajo y/o por la imagen negativa que han interiorizado.*

- *Tecnologías y apoyos técnicos/personales inadecuados.* (OIT, 2015)

Disparidades de género en el empleo.

Como se ha señalado con anterioridad, las PeSD se encuentran de manera habitual con dificultades al entrar en el mercado de trabajo abierto. Sin embargo, desde el enfoque de género, las mujeres con discapacidad se enfrentan a mayores barreras para obtener un empleo; los hombres con discapacidad tienen mayor probabilidad de participar en la fuerza de trabajo y casi el doble de probabilidades de encontrar empleo que las mujeres con discapacidad. Por ejemplo, según un estudio realizado en EE UU a primeros de los años ochenta, *“casi un 42 por ciento de los hombres con discapacidad participa en la fuerza de trabajo, frente a un 24 por ciento de mujeres. Además, mientras que más del 30 por ciento de los hombres con discapacidad trabaja a tiempo completo, tan sólo un 12 por ciento de las mujeres con discapacidad dispone de un empleo a tiempo completo. Las mujeres con discapacidad que trabajan a tiempo completo ganan sólo un 56 por ciento de lo que ganan los hombres con discapacidad a tiempo completo”* (Bowe, 1984). *“Únicamente un 3 por ciento de las mujeres con discapacidad se ha registrado en la fuerza de trabajo en Ghana (1996), un 0,3 por ciento en la India (1991) y un 19 por ciento en Filipinas (1992). La mayoría de las mujeres con discapacidad que trabajan lo hacen en el sector informal”* (Messell, 1997). *“Si trabajan, las mujeres con discapacidad a menudo están sujetas a condiciones desiguales de contratación y promoción, desigualdad de acceso a la formación y readaptación profesional, desigualdad de acceso al crédito y a otros recursos productivos, desigualdad de remuneración por un trabajo de igual valor y segregación profesional, y rara vez participan en la toma de decisiones de índole económica”* (OIT, 1996).

Las crisis económicas ponen de manifiesto las barreras a los que se ven enfrentadas las PeSD, y realzan la necesidad de un desarrollo inclusivo y sostenible (OIT, 2009). Aunque los datos globales sobre las PeSD en tiempos de crisis económicas son muy poco fiables, los titulares de noticias respecto a la crisis económica mundial del 2008 ayudan a arrojar un poco de perspectiva sobre el tema:

- Empresas en Japón han eliminado cerca de 2.800 puestos de trabajo para personas con discapacidad el año pasado, el índice más alto en seis años (OIT, 2009).

- En Australia, la disminución del PBI ha llevado a la reducción de US\$ 52 millones del gasto federal para personas con discapacidad (OIT, 2009).
- En el Reino Unido, donde criar a un niño con discapacidad cuesta tres veces más, las familias con niños discapacitados se ven afectados por la crisis y una de cada seis informa que está luchando para poder pagar la comida o la calefacción (OIT, 2009).
- Un estudio reciente en Estados Unidos sobre el Seguro Social de Discapacidad muestra un incremento en el número de personas con discapacidad que están presentando reclamos, alcanzando un máximo de más de 2,3 millones en 2008. (OIT, 2009)

Resulta imperioso que los Estados dejen los mecanismos de empleo protegido que segregan y excluyen a los trabajadores con discapacidad del resto de la fuerza de trabajo, y se centren en promover el acceso de las PeSD al mercado laboral abierto (ACNUDH, 2012).

Según el informe de la OIT “Trabajo decente para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo”:

“En cuanto a la «oferta», los solicitantes de empleo con discapacidad y los trabajadores que adquieren una discapacidad durante su vida laboral necesitan tener acceso a la educación, la formación y las oportunidades de aprendizaje permanente, para dotarse de las competencias requeridas en el mercado laboral. Los solicitantes de empleo con discapacidad necesitan tener acceso a los apoyos necesarios para poder viajar hacia y desde el lugar de trabajo, y llevar a cabo su trabajo. En cuanto a la «demanda», las campañas para concienciar a los empleadores acerca de los beneficios empresariales que conlleva el emplear a personas con discapacidad, junto con los incentivos financieros y servicios de asesoramiento técnico constituyen algunas de las medidas que pueden hacer cambiar las cosas y abrir las puertas a las oportunidades de empleo en el mercado de trabajo abierto” (OIT 2015).

3. CHILE

3.1 Panorama en Chile sobre Discapacidad

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, (ratificada por el Estado de Chile en el año 2008), mandata a los Estados que la han ratificado a:

“reunir información apropiada, incluyendo información estadística y de investigación, que les permita formular e implementar políticas para dar efecto a la presente Convención” (SENADIS, 2015).

El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC I) constituyó un primer hito en el proceso de desarrollar información útil para medir la prevalencia de la discapacidad y contribuir a caracterizar las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad. Este estudio fue realizado en el año 2004 y liderado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), institución antecesora del Servicio Nacional de la Discapacidad. Los resultados de este estudio aportaron, en distintos niveles, información sobre la discapacidad en Chile y plantearon desafíos para el diseño e implementación de políticas públicas en este ámbito. La medición de la discapacidad mediante el ENDISC I basó su marco conceptual en la CIF, lo que permitió trabajar la discapacidad desde una, en ese entonces, nueva perspectiva, de carácter multidimensional y dinámica, que ofrecía la posibilidad de dar cuenta de la complejidad de la discapacidad como hecho individual, pero sobre todo social (SENADIS, 2015). Su diseño muestral corresponde a una muestra probabilística, trietápica, estratificada en el área urbana y rural del país, tomando como base muestral el marco de áreas definido para el Programa Integrado de Encuesta de Hogares (PIDEH) donde la información utilizada correspondió a las viviendas y población del Censo de población y viviendas 1992, con actualización permanente de secciones. Su población de estudio corresponde a hombres y mujeres, residentes en los hogares que habitan en las viviendas particulares ocupadas, siendo seleccionadas una de ellas para responder. (SENADIS, 2015)

El 10 de febrero de 2010 entró en vigencia la Ley N°20.422, que reemplaza a la Ley 19.284, la cual establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. En consecuencia, se crea el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS),

el cual continua con las acciones de Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), cuyo fin es promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las PeSD (SENADIS, 2015).

Transcurridos ya más de 10 años desde la primera medición sobre discapacidad en el país, la demanda por información respecto de la prevalencia y caracterización de la población en situación de discapacidad exige la producción de datos actualizados que se construyan sobre un marco conceptual que se ajuste a las recomendaciones internacionales en la materia. Así surge el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC II), el cual tomando en cuenta desde la población objetivo correspondiente a todos los niños entre 2 y 17 años y los adultos de 18 y más años, residentes en viviendas particulares a lo largo del territorio nacional proporcionó los siguientes resultados:

En total 2.836.818 personas desde los 2 años en adelante se encuentran en situación de discapacidad en Chile, que corresponde al 16,7% de la población del país en el año 2015. Cuando se observa la distribución de la población en situación de discapacidad por tramo de edad, se observa que la discapacidad se incrementa significativamente a medida que aumenta la edad, siendo la población adulta mayor (60 años y más) el tramo que presenta mayor cantidad de PeSD (38,3%). Por otra parte, la población con menor número de PeSD son los niños, niñas y adolescentes con un 5,8% de PeSD (SENADIS, 2015).

Respecto al total de población de 2 años y más, en promedio existe casi el doble de mujeres que se encuentran en situación de discapacidad a diferencia de los hombres, donde las mujeres alcanzan un 20,3% de PeSD, mientras que los hombres obtienen un 12,9%. Respecto a la prevalencia regional de la discapacidad en la población de 2 años y más, no se observan diferencias importantes con la prevalencia nacional, a excepción de las regiones de Arica y Parinacota con un 23,4% de personas en situación de discapacidad, Antofagasta con un 7,9% de personas en situación de discapacidad, La Araucanía con un 13,4% de PeSD, y la región de Aysén con un 11,2% de PeSD (SENADIS, 2015).

3.2 Lineamientos políticos sobre discapacidad

Nuestro país ha abordado la discapacidad desde distintos prismas o modelos, en una evolución histórica que ha ido asumiendo las distintas visiones que se han desarrollado sobre la temática

en el mundo. Desde la ratificación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, en el año 2008, se ha asumido un modelo centrado en las personas, el respeto de sus derechos y el fomento de su independencia y autonomía, el cual desafía a abandonar el asistencialismo y generar las condiciones que permitan a las personas con discapacidad su plena inclusión social y una efectiva igualdad de oportunidades (SENADIS, 2013).

El nuevo paradigma sobre discapacidad ya no centra su análisis en la condición de salud de la persona como único elemento constitutivo de ésta, sino que nos llama a entender la discapacidad como el resultado de la interacción de esa deficiencia con elementos contextuales, como barreras del entorno y restricciones a la participación en la sociedad. Lo anterior implica un nuevo modelo en la sociedad la que debe hacer las adecuaciones para incluir a las personas con discapacidad, eliminando esas barreras y evitando esas restricciones que impiden a las personas con discapacidad estar en igualdad de condiciones con las demás (SENADIS, 2013).

Ya el 19 de febrero de 1987 se establece la Ley N° 18.600, la cual es llamada Ley de deficientes mentales, la cual busca como dicta en su artículo 1 *“La prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades constituyen derechos para la persona con discapacidad mental y deberes para su familia y la sociedad en su conjunto”*. En enero de 1994 se promulgo la Ley N° 19.284, la Ley de discapacitados, que Establece Normas para la Plena Integración Social de las Personas con Discapacidad, junto a la dictación de la Ley, se asignan por primera vez recursos del Estado para contribuir a la plena integración de las personas con discapacidad, por medio de la creación del Fondo Nacional de la Discapacidad, FONADIS, cuya misión era *“contribuir a hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad. En el año 1999, el Comité de Ministros Sociales aprobó la Política Nacional de Discapacidad, este instrumento entrega los principales lineamientos que deben guiar el accionar gubernamental en materia de discapacidad. La Ley N° 20.244 en el 2010 define a la persona con discapacidad como aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (CASEN, 2011).*

Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), dependientes del Ministerio de Salud, son las encargadas de calificar y certificar la discapacidad de una persona, para efectos de que pueda ser receptora de ciertos beneficios específicos. Además, debe quedar registro de esa calificación en el Registro Nacional de la Discapacidad que debe llevar el Servicio de Registro Civil e Identificación (Biblioteca del Congreso Nacional, 2017).

En este contexto, la principal consecuencia normativa en nuestro país es la Ley N° 20.422 que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, de 2010. Esta Ley mandata la elaboración de un instrumento que aborde integralmente la temática y se transforme en una verdadera carta de navegación para la acción del Estado y una guía para nuestra sociedad, lo que se concreta con la presente Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad. Esta Política se inspira en el nuevo paradigma de la discapacidad, los principios y orientaciones establecidos en los instrumentos internacionales y recogidos por nuestra legislación en la materia, y por tanto, tiene como base el respeto de los derechos humanos y su promoción, así como la concepción y construcción de una sociedad inclusiva y respetuosa de la diversidad, con las consecuencias sociales y culturales que de ello se derivan (SENADIS, 2010).

Así es que la ley 20.422 señala que el Estado tiene la obligación de fomentar la Inclusión Laboral de las Personas con discapacidad. En este sentido, es el Estado entonces quien debe ser el primero en dar cumplimiento a este principio a través de la Inclusión Laboral de las personas con discapacidad en la administración pública y desde ahí hacia las otras esferas de injerencia, sin embargo no ha habido avances en esta materia (Fundación Nacional de Discapacitados, 2012).

3.3 Situación nacional actual

Laboral

En el 2015, las personas que estaban ocupadas en el país rondaba la cifra de 7.680.211, el total de personas desocupadas son 527.338 y el total de personas que se encuentran inactivas son 3.229.411. Del total de personas ocupadas el 13,3% corresponde a PeSD; del total de personas desocupadas el 14,9% corresponde a PeSD; y del total de personas inactivas el 31,6% corresponde a PeSD.

En base a esta información se puede afirmar que 1 de cada 10 personas que trabajan son personas en situación de discapacidad, a la vez, 1 de cada 10 personas que están buscando trabajo son personas en situación de discapacidad; y, finalmente, 3 de cada 10 personas que no participan del mercado laboral son personas en situación de discapacidad (SENADIS, 2015).

Educación

El promedio de años de estudio para las personas que están en situación de discapacidad es de 8,6 años, mientras que, para las personas que no están bajo esa situación, es de 11,6 años, evidenciando que las personas en situación de discapacidad estudian, en promedio, menos años que la población nacional (11 años). Cuando observamos la población en situación de discapacidad según severidad, se evidencia que la población en situación de discapacidad severa estudia en promedio 7,1 años, mientras que las personas que están en situación de discapacidad leve a moderada estudian en promedio 9,6 años.

Se evidencia una menor proporción de personas en situación de discapacidad con educación superior (completa e incompleta), y una mayor proporción en los niveles educacionales básica completa o inferiores. Este resultado evidencia una falta de condiciones para la continuación de estudios en educación media, y que se ve reflejado de forma más categórica en la educación superior. Sin embargo, también hay que tener en cuenta que una proporción considerable de la población en situación de discapacidad que no completa ni siquiera los estudios básicos. Si se considera a la población en situación de discapacidad mayor de 18 años que tiene básica incompleta y la que no tiene educación formal corresponden a 804.207 personas (30,9% de la población adulta en situación de discapacidad) (SENADIS, 2015).

Respecto al nivel educacional, no se observan diferencias significativas entre la población en situación de discapacidad y la que no lo está, en los niveles de educación parvularia y básica. Sin embargo, si se observa la modalidad de educación especial, un 11,8% de la población en situación de discapacidad asiste a este nivel, a diferencia de un 0,6% de la población sin situación de discapacidad. Por otra parte, en la educación media, también se observan diferencias, donde la población en situación de discapacidad que asiste corresponde a un 12% mientras que la población sin situación de discapacidad que asiste corresponde a un 25,3% (SENADIS, 2015).

Salud

Respecto a la autopercepción del estado de salud, hay una fuerte relación con la situación de discapacidad. Es decir, las personas en situación de discapacidad declaran tener un peor estado de salud en comparación con las personas sin situación de discapacidad (2,3% de las personas sin situación de discapacidad y 30,1% de las personas en situación de discapacidad definen su salud como “mala o muy mala”). Al analizar este resultado, considerando los grados de severidad de la situación de discapacidad, la diferencia se hace más notoria (un 18,5% del total de personas en situación de discapacidad leve a moderada, califica su salud como “mala o muy mala”; y un 46,4% del total de personas en situación de discapacidad, como severa). Respecto a aquellas personas que definen su estado de salud como “bueno o muy bueno”, un 70,6% de las personas sin situación de discapacidad se califica dentro de estas categorías, mientras que en el grupo de personas en situación de discapacidad leve a moderada, un 22,0% y, en el grupo de personas en situación de discapacidad severa, sólo un 9,8% (SENADIS, 2015).

MARCO METODOLÓGICO

4. Comité Ético.

Esta investigación científica no precisa de aprobación por un comité de ética científico dado que los datos están disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) y son de origen público.

Diseño de la Investigación.

a) Tipo de estudio.

Descriptivo, exploratorio.

b) Diseño de estudio.

No experimental, corte transversal.

Es descriptivo puesto que lo que se busca conocer y describir son las características y perfiles de personas, grupos y comunidades. Así mismo, es exploratorio ya que indaga en el desarrollo de las PeSD mediante un cálculo que hasta la fecha no existe. Y es un estudio de tipo transversal-no experimental, debido a que la fuente de datos es el CENSO poblacional.

Universo y Muestra.

La muestra de este estudio corresponde a 16.634.603 personas, correspondiente a la totalidad de la población del CENSO 2012 de Chile.

$N=n$ (población del CENSO 2012).

Procedimiento.

Los datos fueron proporcionados por la oficina de información del Instituto Nacional De Estadísticas (INE). Estos fueron analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 23.0. En este, se realizó un filtro, seleccionando las variables atinentes a presente estudio: Sexo, Edad, Nacionalidad, Comuna (código), Nivel de educación cursando, Último curso aprobado, Dificultad Física, Mudez, Dificultad Psiquiátrica, Sordera, Ceguera.

Variables del Estudio.

- Sexo.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal dicotómica.

Definición conceptual: Naturaleza orgánica-biológica con la que se nace un individuo.

Definición operacional: Hombre o mujer.

- Edad.

Tipo de variable: Cuantitativa ordinal.

Definición conceptual: Cantidad de años, meses y días de vida del sujeto.

Definición operacional: Número de años cumplidos al momento de ser encuestado.

- Nacionalidad.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Definición conceptual: La máxima expresión de vínculo entre una persona con un estado.

Definición operacional: Todas las consideradas en el CENSO.

- Comuna.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Definición conceptual: Corresponde a la unidad básica del Territorio Político-Administrativo del país.

Definición operacional: Comuna a la cual pertenece el sujeto al momento de ser encuestado.

- Nivel de educación cursado.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Definición conceptual: Nivel educacional alcanzado por el sujeto.

Definición operacional: Todas las consideradas en el Censo. (Primaria, Diferencial, Secundario, Técnico, Universitario, Magister, Doctorado).

- Último curso aprobado.

Tipo de variable: Cuantitativa ordinal.

Definición conceptual: último año aprobado por el sujeto en su nivel educacional.

Definición operacional: 0°, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°.

- Discapacidad.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Definición conceptual: Término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Concepto que indica los aspectos negativos de la interacción, entre un individuo y sus factores contextuales, considerando los ambientales y personales.

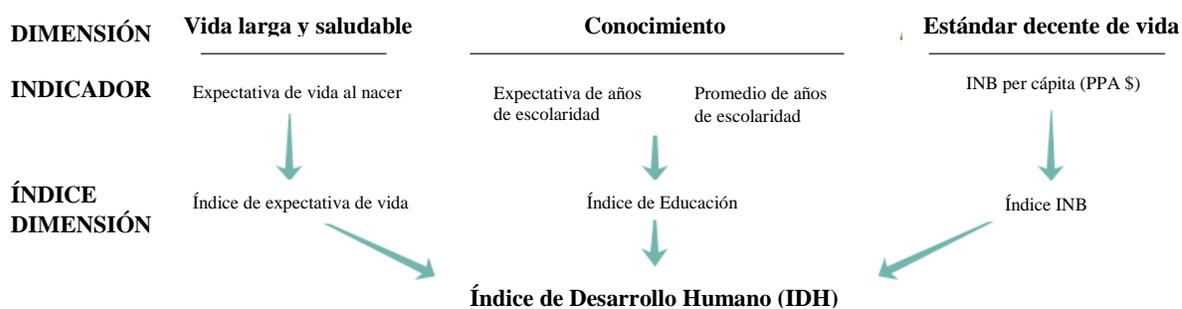
Definición operacional: Dificultad física, mudez, dificultad psiquiátrica, sordera, ceguera. (Módulos del CENSO 2012)

Análisis y procesamiento de la información.

Las variables atingentes fueron luego ingresadas a una matriz de datos en el programa Microsoft Office® Excel 2013 para su posterior procesamiento.

Estos datos fueron tabulados según división comunal, y ordenados en tablas de distribución de frecuencias.

A estos datos, y para la construcción del Índice de Desarrollo Humano, se le aplicó la fórmula proporcionada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en su ficha técnica actualizada al año 2016. En este se otorga una presentación gráfica explicativa para entender el índice:



La fórmula es:

$$IDH = (I_{Salud} * I_{Educación} * I_{Ingreso})^{1/3}$$

Esta está compuesta de tres dimensiones, para las cuales es preciso conocer los valores máximos y mínimos (disponibles en la ficha técnica del IDH), para ser utilizados en la siguiente fórmula:

$$\text{ÍNDICE DIMENSIÓN} = \frac{\text{Valor Actual} - \text{Valor Mínimo}}{\text{Valor Máximo} - \text{Valor Mínimo}}$$

Los resultados se presentan en tablas y gráficos, en conjunto a un relato descriptivo del mismo.

Resultados a Nivel Nacional

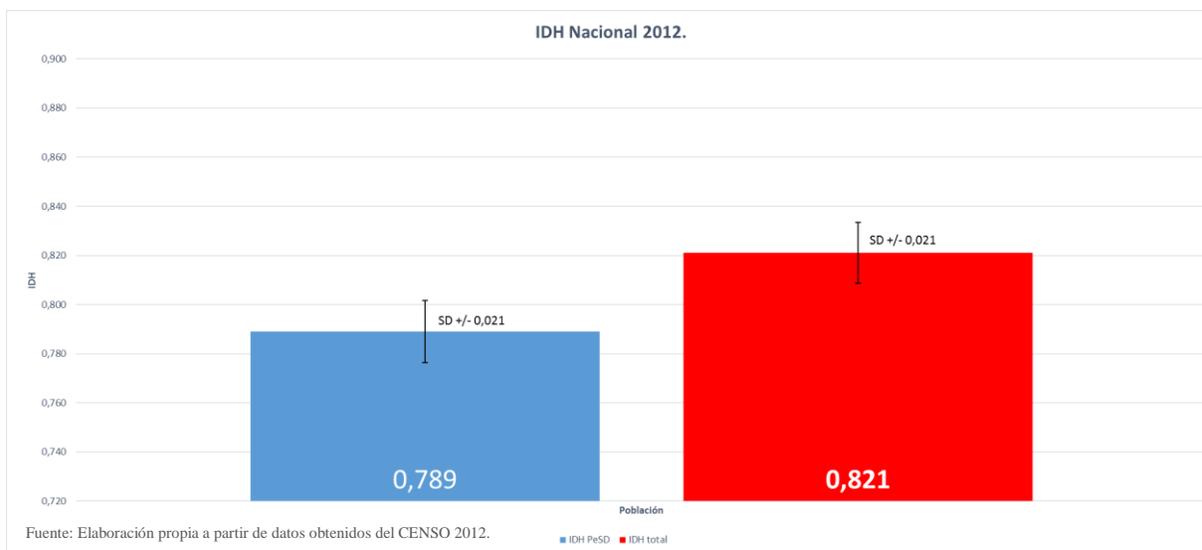


Gráfico 1.

El gráfico 1 muestra los resultados del IDH e IDH ajustado a discapacidad en Chile. A nivel nacional, el estudio arrojó que el IDH Nacional total es de **0.821**, mientras que al ajustar el IDH a discapacidad se obtiene el valor de **0.789**. La diferencia entre los dos valores es de **0.032**, lo que representa una variación del **4,05%**. La desviación estándar de cada uno revela una dispersión similar en ambos grupos, siendo esta +/- **0,021**. Expresado según el coeficiente de variación, tanto en el grupo nacional total como en el de discapacidad, se puede observar que ambos grupos presentan una homogeneidad similar, con valores de **2,66%** y **2.56%** respectivamente.

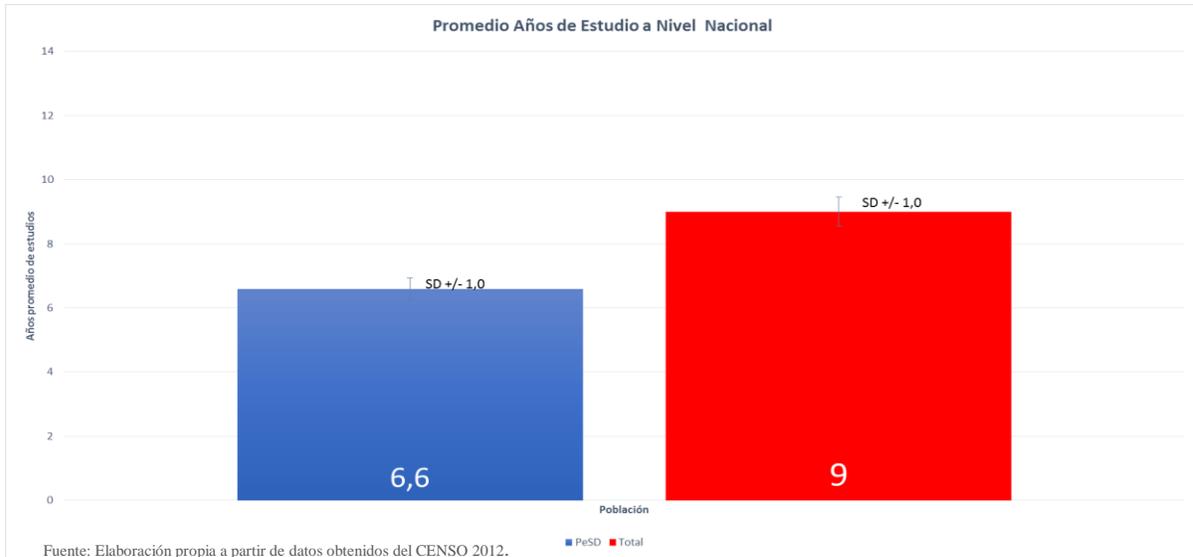


Gráfico 1.2

El gráfico 1.2 muestra los resultados de años de estudio promedio para Chile, tanto para la población total (en rojo) como para la población de PeSD (en azul). El estudio muestra que la media nacional de años de estudio promedio es de **9,0** años. La media de años de estudio promedio para las PeSD es de **6,6** años. Las PeSD estudian en promedio **2,4** años menos que el total de la población, lo que equivale a un **26,6%** menos. En cuanto a la dispersión de los datos, ambos grupos muestran un comportamiento similar, expresándose en ambos una desviación estándar de **1,0** años. En relación al coeficiente de variación, las PeSD muestran una mayor heterogeneidad (**15,1%**) frente al total de la población (**11,1%**).

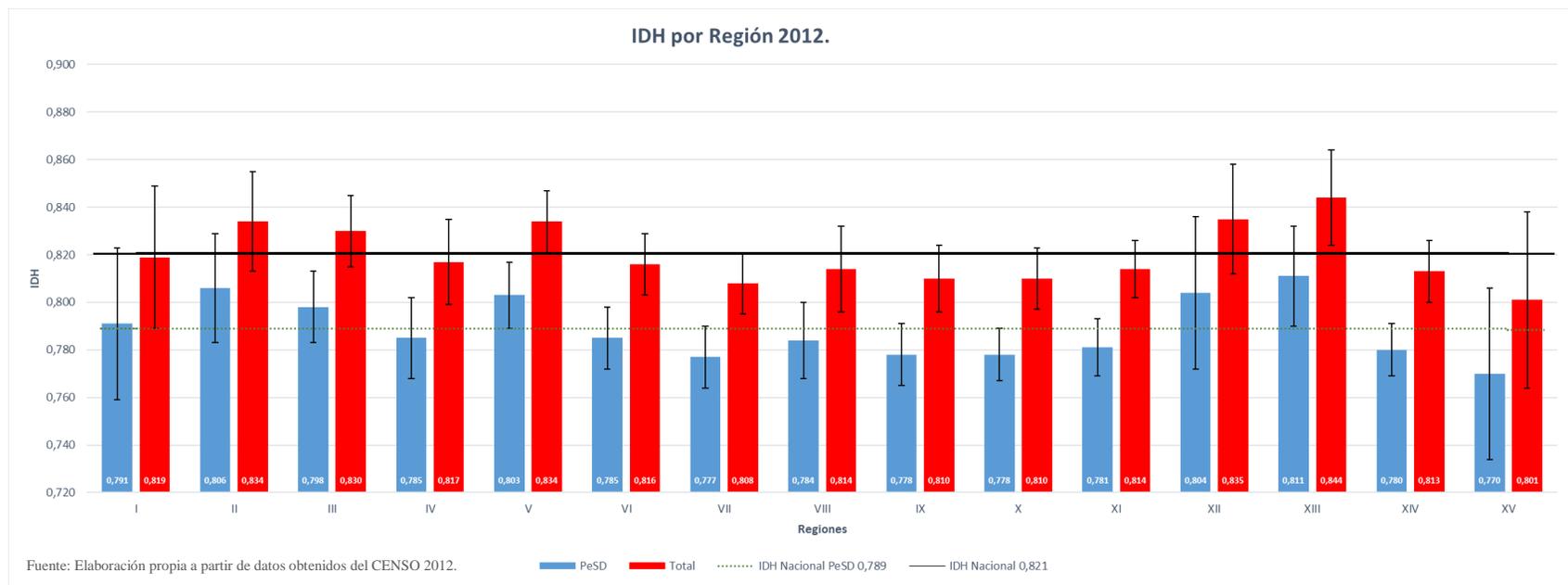


Gráfico 2.

El gráfico 2 muestra el IDH y el IDH ajustado a discapacidad dentro de las 15 Regiones de Chile. Existen 5 Regiones que están sobre el promedio Nacional de IDH (**0.821**): II, III, V, XII y XIII, siendo la Región Metropolitana la que presenta el mayor índice con un **0.844**, seguida de la XII Región de Magallanes y la Antártica chilena con **0.835**, y la II Región de Antofagasta con **0.834**. Los que presentan los valores de IDH más bajos son la IX, X, VII y XV Región, con **0.810**, **0.810**, **0.808** y **0.801** respectivamente.

Respecto al IDH ajustado a discapacidad observamos que ninguna de las regiones logra sobrepasar la línea promedio de IDH Nacional y a diferencia de la descripción del IDH por regiones, son 6 las regiones que sobrepasan el promedio de IDH ajustado a discapacidad Nacional (**0.789**), estas regiones son la I, II, III, V, XII y XIII. Las regiones que presentan un mayor índice son la Región Metropolitana con **0.811**, la II Región de Antofagasta con **0.806** y la XII Región con **0.804**. Nuevamente vuelven a mostrar los valores más bajos a nivel país las regiones IX (**0.781**), X (**0.778**), VII (**0.777**) y XV (**0.770**).

REGIÓN	IDH PeSD	Desviación Estándar	Coef. de Variación (%)	IDH	Desviación Estándar	Coef. de Variación (%)
I	0,791	0.032	4.05	0,819	0.030	3.66
II	0,806	0.023	2.85	0,834	0.021	2.52
III	0,798	0.015	1.88	0,830	0.015	1.81
IV	0,785	0.017	2.17	0,817	0.018	2.20
V	0,803	0.014	1.74	0,834	0.013	1.56
VI	0,785	0.013	1.66	0,816	0.013	1.59
VII	0,777	0.013	1.67	0,808	0.013	1.61
VIII	0,784	0.016	2.04	0,814	0.018	2.21
IX	0,778	0.013	1.67	0,810	0.014	1.73
X	0,778	0.011	1.41	0,810	0.013	1.60
XI	0,781	0.012	1.54	0,814	0.012	1.47
XII	0,804	0.032	3.98	0,835	0.023	2.75
XIII	0,811	0.021	2.59	0,844	0.020	2.37
XIV	0,780	0.011	1.41	0,813	0.013	1.60
XV	0,770	0.036	4.68	0,801	0.037	4.62

Tabla 1.

La tabla 1. muestra las regiones de Chile según la dispersión de los índices comunales expresadas en porcentaje a través del coeficiente de variación. Se observa que en la mayoría de las regiones el IDH nacional tiene más heterogeneidad que el IDH ajustado a discapacidad, a excepción de 5 regiones en donde la heterogeneidad es mayor para el índice ajustado; estas regiones son la I, II, V, XII y XIII. En relación al IDH, son 3 las regiones que comprenden una heterogeneidad superior a la observada a nivel nacional, siendo la I, la XII y la XV región, con valores de **3.66%**, **2.75%** y **4.62%** respectivamente. En cuanto al IDH ajustado a discapacidad, son 5 regiones las que poseen una heterogeneidad superior a la comprendida a nivel nacional, siendo la I, II, XII, XIII y XV región, con valores de **4.05%**, **2.85%**, **3.98%**, **2.59%** y **4.68%** respectivamente.

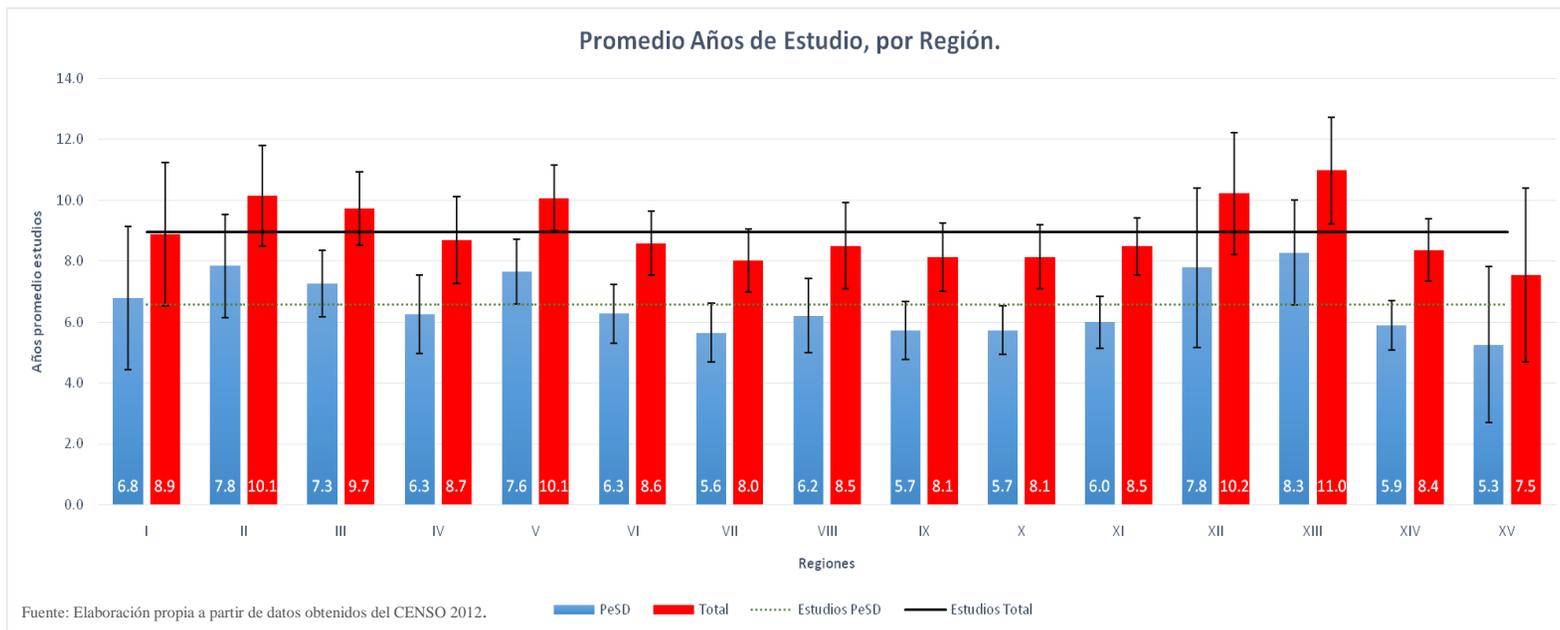


Gráfico 2.1

El gráfico 2.1 muestra la distribución de las regiones de Chile en relación al promedio de años de estudio y su desviación estándar. Existen 5 Regiones que están sobre la media Nacional de años estudiados en promedio (**9.0**años): II, III, V, XII y XIII, siendo la Región Metropolitana la que presenta el mayor valor con **11.0** años, seguida de la XII Región de Magallanes y la Antártica chilena con **10.2** años, y la II Región de Antofagasta con **10.1** años. Las que presentan los valores de años de estudio más bajos son la IX, X, VII y XV Región, con **8.1**, **8.1**, **8.0** y **7.5** años respectivamente.

Respecto al grupo de PeSD, se observa que ninguna de las regiones logra sobrepasar la línea media de “años de estudio promedio” (**9.0** años); mientras que el “promedio de años de estudio en PeSD” a nivel nacional (**6.6** años) es superado solamente por 6 regiones: la I, II, III, V, XII y XIII región. Las regiones que presentan más años de estudio en las PeSD son la Región Metropolitana con **8.3**años, la II Región de Antofagasta con **7.8** años y la XII Región con **7.8** años. Los años de estudio en PeSD más bajos a nivel país los presentan las regiones IX (**5.7**), X (**5.7**), VII (**5.6**) y XV (**5.3**).

REGIÓN	Años de Estudio PeSD	Desviación estándar	Coef. de Variación (%)	Años de Estudio Población Total	Desviación estándar	Coef. de Variación (%)
I	6.8	2.4	34.7	8.9	2.4	26.5
II	7.8	1.7	21.5	10.1	1.6	16.3
III	7.3	1.1	15.2	9.7	1.2	12.4
IV	6.3	1.3	20.4	8.7	1.4	16.4
V	7.6	1.1	13.9	10.1	1.1	10.7
VI	6.3	1.0	15.5	8.6	1.0	12.2
VII	5.6	1.0	17.2	8.0	1.0	12.9
VIII	6.2	1.2	19.6	8.5	1.4	16.6
IX	5.7	1.0	16.7	8.1	1.1	13.7
X	5.7	0.8	13.9	8.1	1.0	12.9
XI	6.0	0.9	14.3	8.5	0.9	11.1
XII	7.8	2.6	33.8	10.2	2.0	19.6
XIII	8.3	1.7	20.8	11.0	1.7	15.9
XIV	5.9	0.8	13.6	8.4	1.0	12.2
XV	5.3	2.6	48.6	7.5	2.9	37.9

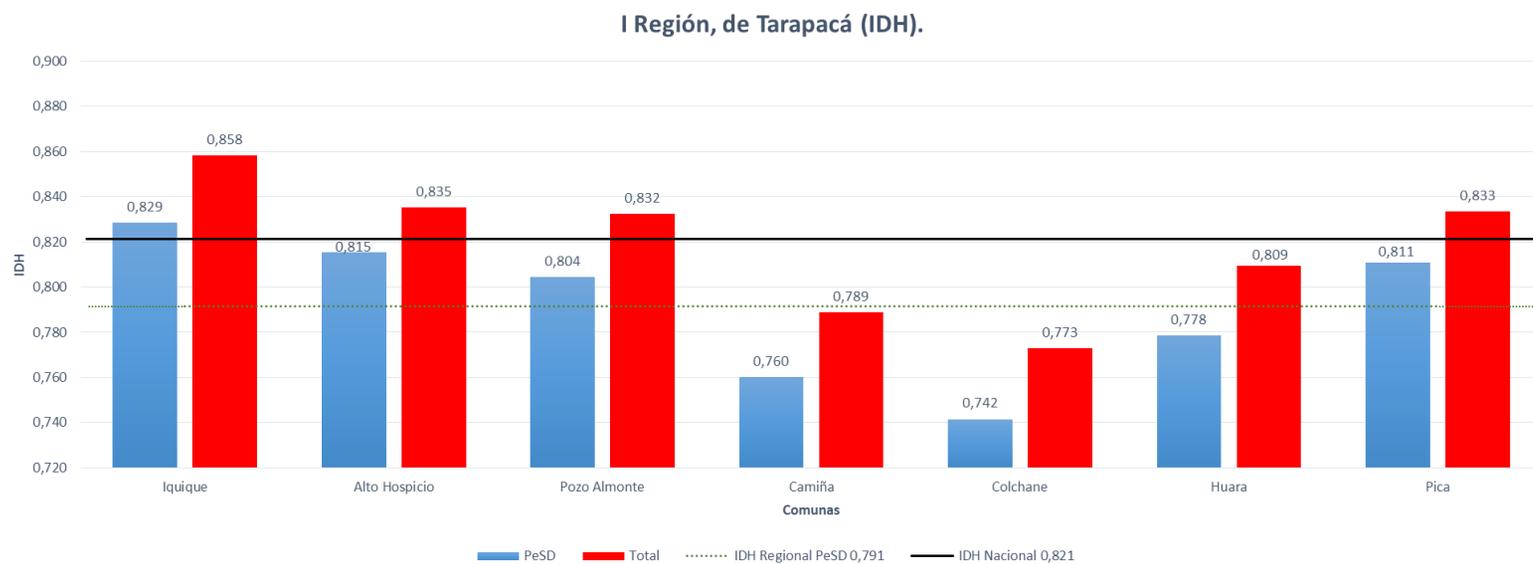
Tabla 2.

La tabla 2 muestra las regiones de Chile según la dispersión de datos según el promedio de años de estudio comunales expresadas en porcentaje a través del coeficiente de variación. En relación al promedio de años de estudio en PeSD, se observa que en TODAS las regiones, sin excepción alguna, existe una mayor heterogeneidad que en la población total. En relación al total nacional, sólo la I región presenta una heterogeneidad inferior a la observada a nivel nacional (**11.1 %**), con un valor de **10.7%**. En cuanto a los años de estudio en PeSD, 4 regiones presentan una heterogeneidad inferior a la media de estudios en PeSD, siendo la V (**13.9 %**), la X (**13.9 %**), la XI (**14.3%**) y XIV (**13.6%**) regiones.

La región con menor diferencia entre las variaciones de datos entre el grupo de PeSD y el nacional total es la X Región de los Lagos, con una diferencia de **1.0 %**, mientras que la mayor diferencia se observa en la XII Región de Magallanes y Antártica Chilena, con un valor de diferencia de **14.2%**.

Resultados por región

I Región de Tarapacá



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 3.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Iquique	0,829	0,858	0,030
Alto Hospicio	0,815	0,835	0,020
Pozo Almonte	0,804	0,832	0,028
Camiña	0,760	0,789	0,029
Colchane	0,742	0,773	0,031
Huara	0,778	0,809	0,031
Pica	0,811	0,833	0,023
Total	0,791	0,819	0,027

El gráfico 3 muestra la I Región, este nos indica que de las 7 comunas que conforman la Región de Tarapacá, destacándose la comuna de Iquique con un valor de IDH de **0.858** (junto a Antofagasta las únicas 2 comunas de la zona norte en aparecer entre las 20 primeras a nivel nacional), y 6 comunas están por debajo del promedio nacional, siendo Colchane la 2da comuna con el más bajo IDH a nivel nacional (**0.773**, solo supera a General Lagos de la XV región que presenta **0.759**).

Ajustando el IDH a discapacidad, nos encontramos con que la comuna de Iquique supera el promedio de IDH nacional con un **0.829**, ubicándose en la 10° posición nacional si los ordenamos por IDH ajustado a discapacidad. Además, y por contrapartida, esta región tiene a dos comunas ubicadas en las últimas 20 posiciones a nivel nacional según IDH ajustado a discapacidad, Camiña (331°) y Colchane (345°).

Entre las comunas con menor y mayor diferencia entre IDH e IDH a discapacidad tenemos a Alto Hospicio con **0.020** y a Colchane junto a Huara con **0.031**.

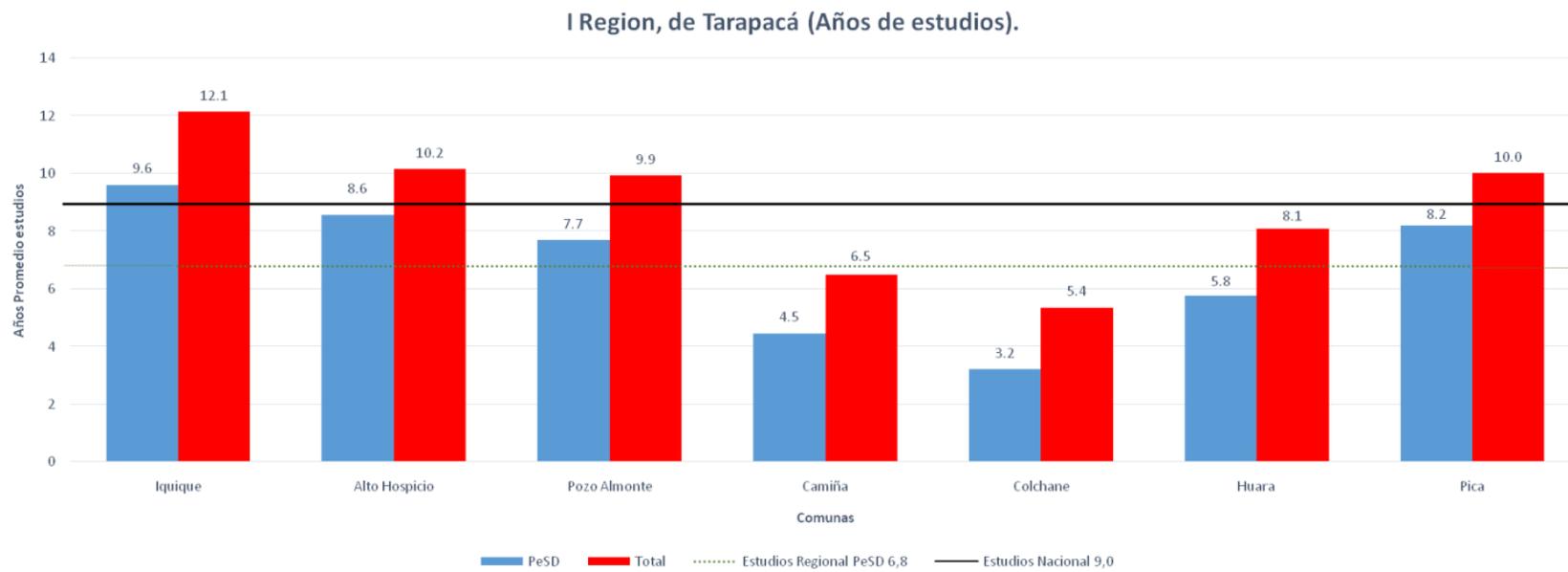


Gráfico 3.1.

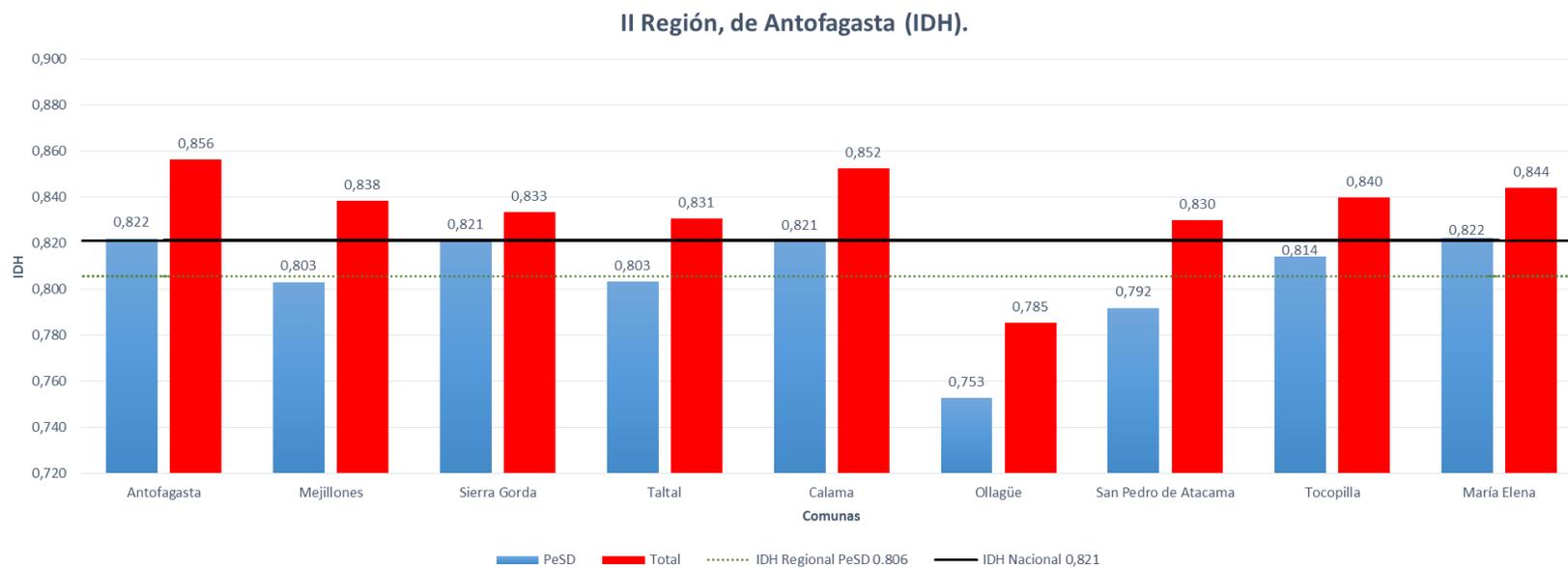
Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Iquique	9,6	12,1	2,5
Alto Hospicio	8,6	10,2	1,6
Pozo Almonte	7,7	9,9	2,2
Camiña	4,5	6,5	2,0
Colchane	3,2	5,4	2,1
Huara	5,8	8,1	2,3
Pica	8,2	10,0	1,8
Total	6,8	8,9	2,1

El gráfico 3.1 muestra la I Región de Tarapacá en relación al promedio de años de estudio comunales según población total y PeSD. Los años de estudio a nivel comunal total muestran que solo 4 comunas superan la media nacional total, destacándose Iquique con **12.1** años, seguida de Alto Hospicio, Pica y Pozo Almonte; mientras que las comunas con valores más bajos son Camiña (**6.5** años) y Colchane (**5.4** años)

En relación a los años de estudio en PeSD, sólo la comuna de Iquique supera la media nacional total con **9.6** años. Por otra parte, Camiña y Colchane presentan los valores más bajos para este sector, **4.5** y **3.2** años respectivamente.

Las comunas que presentan menor y mayor diferencia en relación a los años de estudio entre la población total y en PeSD son Alto Hospicio (**1.6** años) e Iquique (**2.5** años), respectivamente.

II Región de Antofagasta



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 4.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Antofagasta	0,822	0,856	0,034
Mejillones	0,803	0,838	0,035
Sierra Gorda	0,821	0,833	0,012
Taltal	0,803	0,831	0,027
Calama	0,821	0,852	0,031
Ollagüe	0,753	0,785	0,033
San Pedro de Atacama	0,792	0,830	0,038
Tocopilla	0,814	0,840	0,026
María Elena	0,822	0,844	0,022
Total	0,806	0,834	0,029

El gráfico 4 muestra la II Región. En esta región apreciamos que 8 de sus 9 comunas están sobre el promedio nacional de IDH, en contrapartida Ollagüe es poseedor del valor más bajo (**0,785**) y ocupando la 5ta posición en cuanto a los IDH más bajos del país (342°).

En cuanto al IDH ajustado a discapacidad, Antofagasta representa la 2da región con el más alto índice en el país, destacándose María Elena (**0.822**), Antofagasta (**0.822**) y Sierra Gorda (**0.821**) que además se ubican en la 20°, 21° y 23° ubicación respecto del IDH ajustado a discapacidad.

Por contraparte, tenemos a la comuna de Ollagüe ocupando la 4ta peor ubicación a nivel nacional de IDH ajustado a discapacidad con su posición 343°, muy distante de la comuna de San Pedro de Atacama que es la siguiente más baja de la II Región en la posición 144°.

La comuna que presenta menor diferencia entre IDH es Sierra Gorda con **0.012** versus la que presenta mayor diferencia San Pedro de Atacama con **0.038**.

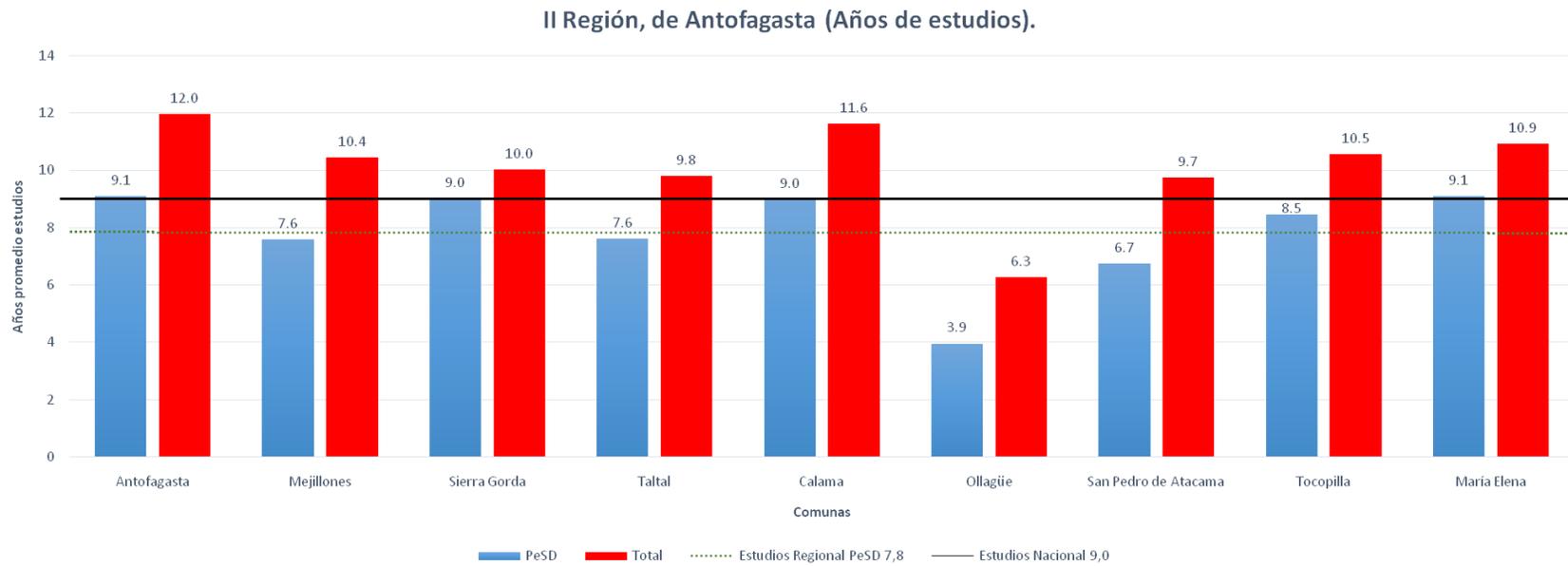


Gráfico 4.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Antofagasta	9,1	12,0	2,9
Mejillones	7,6	10,4	2,8
Sierra Gorda	9,0	10,0	1,0
Taltal	7,6	9,8	2,2
Calama	9,0	11,6	2,6
Ollagüe	3,9	6,3	2,3
San Pedro de Atacama	6,7	9,7	3,0
Tocopilla	8,5	10,5	2,1
María Elena	9,1	10,9	1,8
Total	7,8	10,1	2,3

El gráfico 4.1 muestra la II Región de Antofagasta en su distribución comunal según años de estudio promedio. En relación a los años de estudio total, el gráfico muestra que 8 de sus 9 comunas superan la media nacional total, a excepción de la comuna de Ollagüe, en donde el promedio es de **6.3** años de estudio.

En relación al grupo de PeSD, Antofagasta y María Elena son las comunas que presentan mayor cantidad de años de estudio promedio (**9.1** años); junto a Sierra Gorda y Calama, son las 4 regiones que alcanzan o superan la media nacional total. Por otra parte, Ollagüe es la comuna con menos años de estudio en el grupo de PeSD (**3.9** años).

La comuna que presenta menor diferencia entre la población total y la de PeSD según años de estudio es Sierra Gorda con **1.0** años, mientras que San Pedro de Atacama es la comuna con mayor diferencia (**3.0** años).

III Región de Atacama

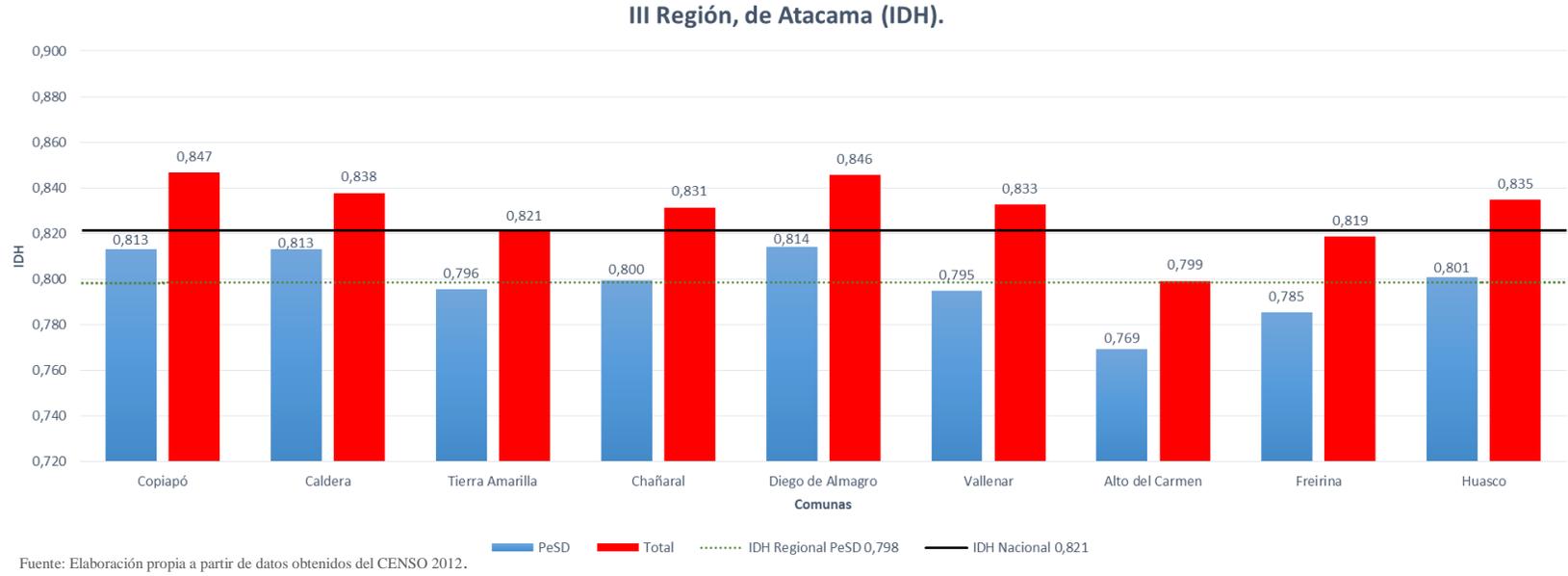


Gráfico 5.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Copiapó	0,813	0,847	0,033
Caldera	0,813	0,838	0,025
Tierra Amarilla	0,796	0,821	0,025
Chañaral	0,800	0,831	0,032
Diego de Almagro	0,814	0,846	0,032
Vallenar	0,795	0,833	0,038
Alto del Carmen	0,769	0,799	0,030
Freirina	0,785	0,819	0,033
Huasco	0,801	0,835	0,034
Total	0,798	0,830	0,031

El gráfico 5 muestra la Región de Atacama. En esta tenemos a Copiapó, Diego de Almagro y Caldera como las comunas más destacadas en cuanto a IDH con **0.847**, **0.846** y **0.838** respectivamente. En la región 2 comunas no logran sobrepasar el promedio nacional siendo Alto del Carmen (**0.799**) y Freirina (**0.819**) las más bajas.

En el IDH ajustado a discapacidad, podemos ver los 3 índices más bajos de la región en las comunas de Vallenar (**0.795**), Freirina (**0.785**) y Alto del Carmen (**0.769**).

Las comunas que presentan menor diferencia entre IDH son Caldera y Tierra Amarilla, ambos con **0.025**. En cuanto la mayor diferencia está en la comuna de Vallenar con **0.038**.

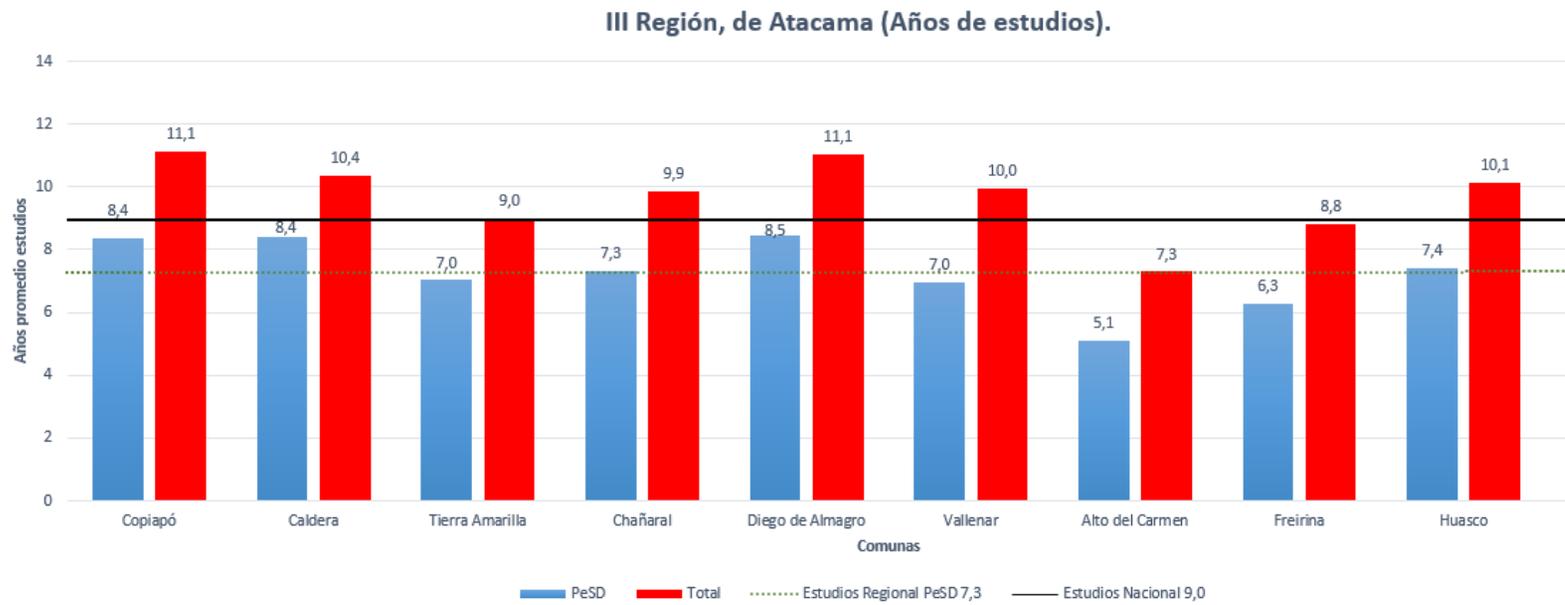


Gráfico 5.1.

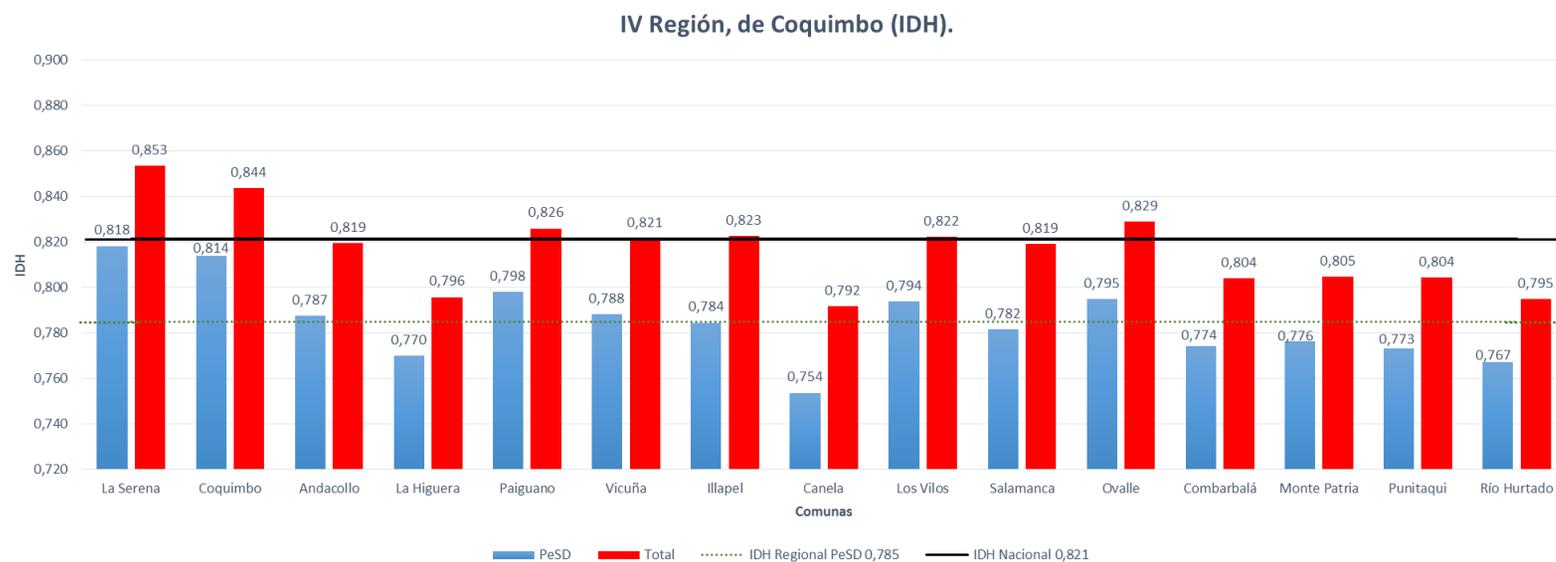
Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Copiapó	8,4	11,1	2,7
Caldera	8,4	10,4	2,0
Tierra Amarilla	7,0	9,0	2,0
Chañaral	7,3	9,9	2,5
Diego de Almagro	8,5	11,1	2,6
Vallenar	7,0	10,0	3,0
Alto del Carmen	5,1	7,3	2,2
Freirina	6,3	8,8	2,5
Huasco	7,4	10,1	2,7
Total	7,3	9,7	2,5

El gráfico 5.1 muestra la III Región de Atacama en su distribución comunal según años de estudio promedio. En relación a los años de estudio en la población total, Copiapó, Diego de Almagro y Caldera destacan como las comunas con los mayores años de estudio promedio. Sólo 2 de las 9 comunas no superan la media nacional, siendo Freirina (**8.8**) y Alto del Carmen (**7.3**) como las comunas con menores años de estudio.

En cuanto a los años de estudio en la población de PeSD, ninguna comuna supera la media nacional total. Diego de Almagro es la comuna con más años de estudio (**8.5**), en tanto que Alto del Carmen es la comuna con menor cantidad (**5.1**).

Las comunas que presentan menor diferencia de años de estudio entre la población total y la población de PeSD son Caldera y Tierra Amarilla con **2.0** años. Al contrario, Vallenar se posiciona como la comuna con la diferencia mayor (**3.0** años)

IV Región de Coquimbo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 6.

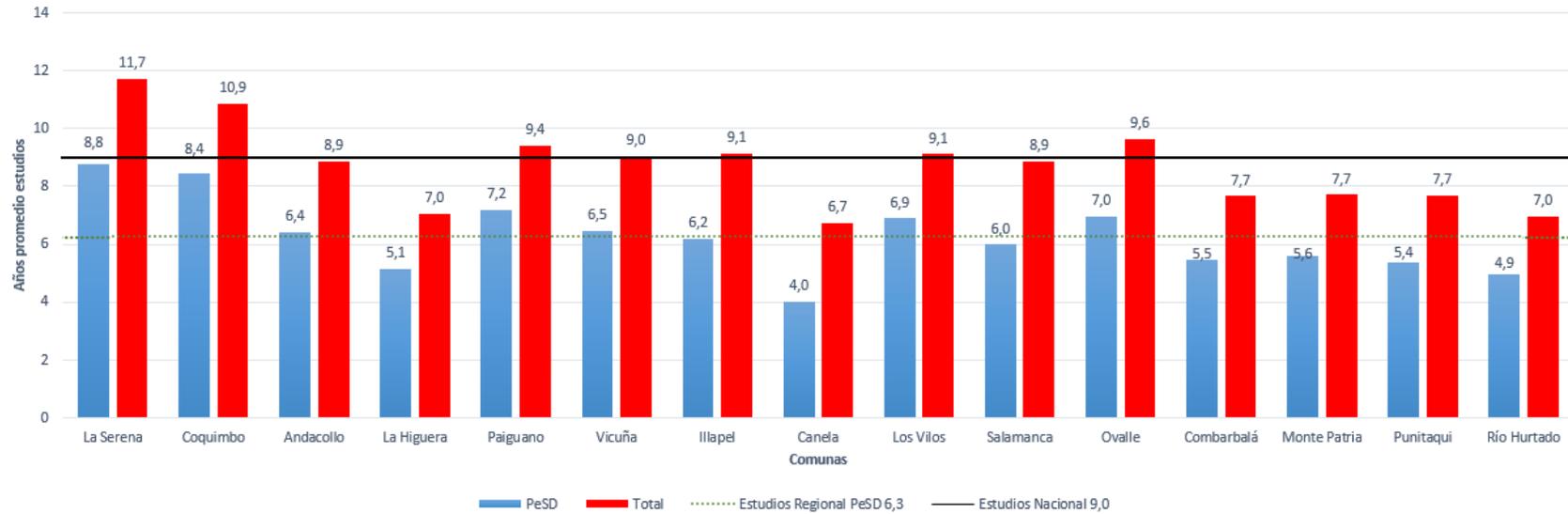
Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
La Serena	0,818	0,853	0,035
Coquimbo	0,814	0,844	0,030
Andacollo	0,787	0,819	0,032
La Higuera	0,770	0,796	0,026
Paiguano	0,798	0,826	0,028
Vicuña	0,788	0,821	0,033
Illapel	0,784	0,823	0,038
Canela	0,754	0,792	0,038
Los Vilos	0,794	0,822	0,029
Salamanca	0,782	0,819	0,038
Ovalle	0,795	0,829	0,034
Combarbalá	0,774	0,804	0,030
Monte Patria	0,776	0,805	0,028
Punitaqui	0,773	0,804	0,031
Río Hurtado	0,767	0,795	0,028
Total	0,785	0,817	0,032

El gráfico 6 muestra la IV Región, esta presenta 7 comunas que superan a la media nacional en relación al IDH, siendo las 3 comunas más altas La Serena (**0.853**), Coquimbo (**0.844**) y Ovalle (**0.829**).

En relación al IDH ajustado a discapacidad, se observa que ninguna región supera la media de IDH nacional, siendo las comunas de La Serena y Coquimbo las que más se acercan con **0.818** y **0.814** respectivamente. En contraposición, las 3 comunas con el índice más bajo son La Higuera, Río Hurtado y Canela, siendo esta última la 6ta con menor índice a nivel nacional con **0.754**.

Las comunas con menor y mayor diferencia en IDH son la Higuera con **0.026**, y con **0.038** Illapel, Salamanca y Canela.

IV Región, de Coquimbo (Años de estudios).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 6.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
La Serena	8,8	11,7	2,9
Coquimbo	8,4	10,9	2,4
Andacollo	6,4	8,9	2,5
La Higuera	5,1	7,0	1,9
Paiguano	7,2	9,4	2,2
Vicuña	6,5	9,0	2,6
Illapel	6,2	9,1	2,9
Canela	4,0	6,7	2,7
Los Vilos	6,9	9,1	2,2
Salamanca	6,0	8,9	2,9
Ovalle	7,0	9,6	2,7
Combarbalá	5,5	7,7	2,2
Monte Patria	5,6	7,7	2,1
Punitaqui	5,4	7,7	2,3
Río Hurtado	4,9	7,0	2,0
Total	6,3	8,7	2,4

El gráfico 6.1 muestra la IV Región de Coquimbo en su distribución comunal según años de estudio promedio. En relación a los años de estudio en la población total, 7 comunas superan la media nacional total, donde destacan La Serena con **11.7** años, Coquimbo con **10.9** años y Ovalle con **9.6** años entre las más altas.

En relación a los años de estudio en la población de PeSD, ninguna comuna alcanza el valor nacional total. Destacan La Serena (**8.8** años) y Coquimbo (**8.4** años) como las comunas más altas, al contrario de Canela que destaca como la comuna con menos años de estudio (**4.0** años).

Al comparar los años de estudio entre las poblaciones totales y de PeSD, se observa que la Higuera es la comuna con menor diferencia (1.9 años); en tanto que La Serena e Illapel son las comunas con mayor diferencia (**2.9** años).

V Región de Valparaíso

Quinta Cordillera

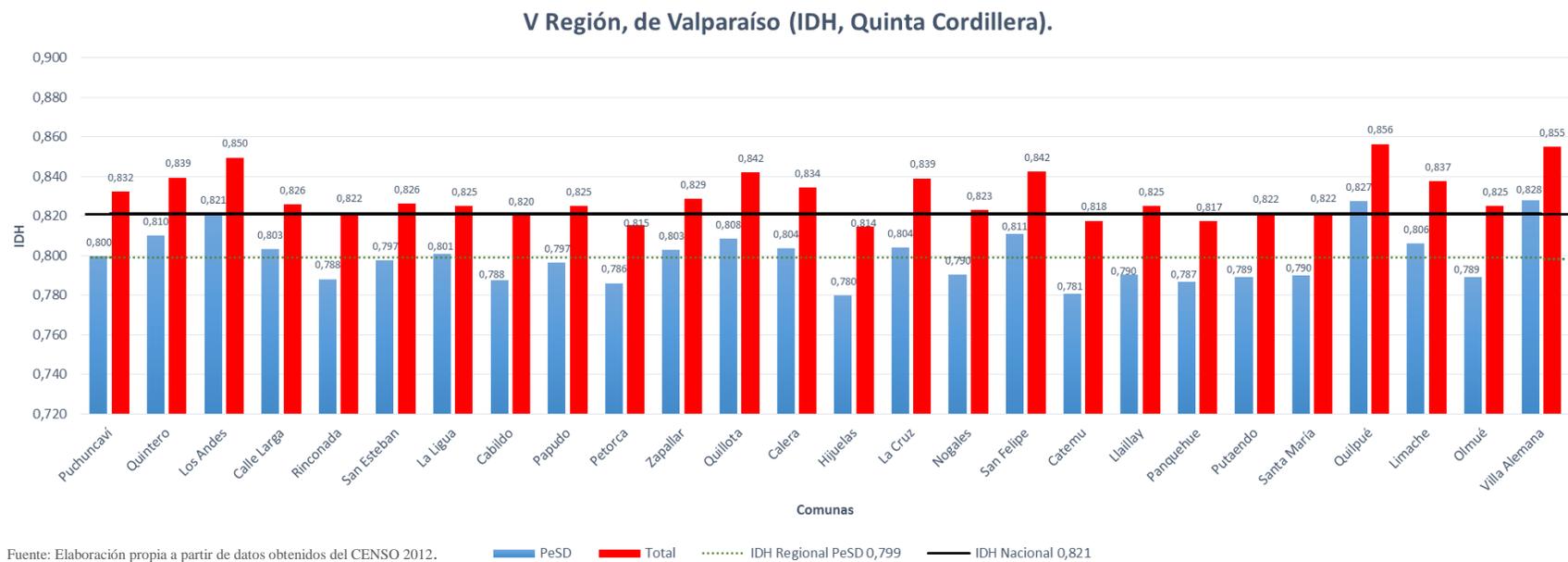


Gráfico 7.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Puchuncaví	0,800	0,832	0,032
Quintero	0,810	0,839	0,029
Los Andes	0,821	0,850	0,028
Calle Larga	0,803	0,826	0,022
Rinconada	0,788	0,822	0,034
San Esteban	0,797	0,826	0,029
La Ligua	0,801	0,825	0,024
Cabildo	0,788	0,820	0,032
Papudo	0,797	0,825	0,028
Petorca	0,786	0,815	0,029
Zapallar	0,803	0,829	0,026
Quillota	0,808	0,842	0,034
Calera	0,804	0,834	0,031
Hijuelas	0,780	0,814	0,035

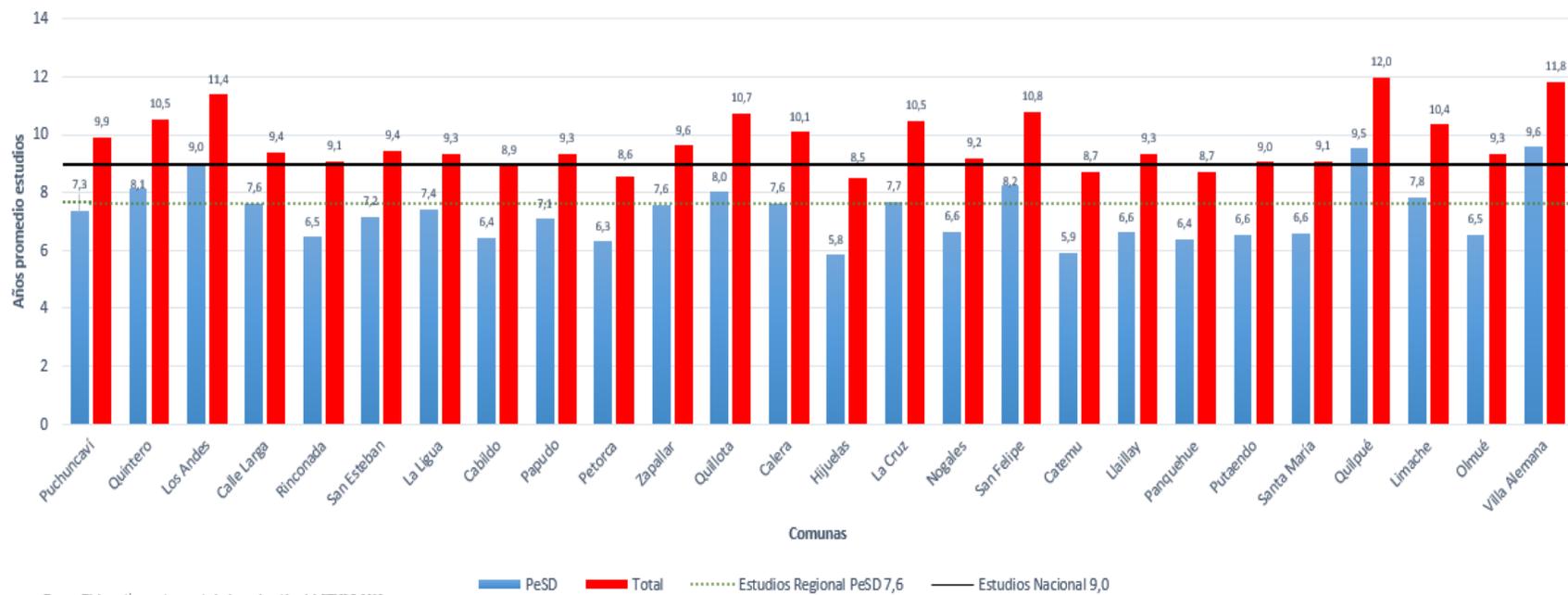
La Cruz	0,804	0,839	0,035
Nogales	0,790	0,823	0,033
San Felipe	0,811	0,842	0,031
Catemu	0,781	0,818	0,037
Llaillay	0,790	0,825	0,035
Panquehue	0,787	0,817	0,031
Putendo	0,789	0,822	0,032
Santa María	0,790	0,822	0,032
Quilpué	0,827	0,856	0,029
Limache	0,806	0,837	0,031
Olmué	0,789	0,825	0,036
Villa Alemana	0,828	0,855	0,027
Total	0,799	0,830	0,031

El gráfico 7 nos muestra la V Región de Valparaíso en su división Quinta Cordillera, en esta son 5 las comunas que no alcanzan el promedio de IDH nacional, siendo en orden decreciente las más bajas Catemu (**0.818**), Panquehue (**0.817**), Petorca (**0.815**) e Hijuelas (**0.814**).

Al ajustar el IDH a discapacidad, observamos 3 comunas alcanzando el promedio de IDH nacional, y posicionándose en los 25 primeros a nivel nacional, Villa Alemana (11°), Quilpué (12°) y Los Andes (24°). Las comunas que presentan un menor índice son Catemu e Hijuelas, con **0.781** y **0.780** respectivamente.

Calle Larga representa la menor diferencia entre sus índices, con **0.022**. La mayor diferencia entre índices es de **0.037** y está reflejado por Catemu.

V Región, de Valparaíso (Años estudios, Quinta Cordillera).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 7.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Puchuncaví	7,3	9,9	2,6
Quintero	8,1	10,5	2,4
Los Andes	9,0	11,4	2,4
Calle Larga	7,6	9,4	1,8
Rinconada	6,5	9,1	2,6
San Esteban	7,2	9,4	2,3
La Ligua	7,4	9,3	1,9
Cabildo	6,4	8,9	2,5
Papudo	7,1	9,3	2,2
Petorca	6,3	8,6	2,2
Zapallar	7,6	9,6	2,1
Quillota	8,0	10,7	2,7
Calera	7,6	10,1	2,4

Hijuelas	5,8	8,5	2,6
La Cruz	7,7	10,5	2,8
Nogales	6,6	9,2	2,6
San Felipe	8,2	10,8	2,6
Catemu	5,9	8,7	2,8
Llailay	6,6	9,3	2,7
Panquehue	6,4	8,7	2,3
Putendo	6,6	9,0	2,5
Santa María	6,6	9,1	2,5
Quilpué	9,5	12,0	2,4
Limache	7,8	10,4	2,5
Olmué	6,5	9,3	2,8
Villa Alemana	9,6	11,8	2,3
Total	7,3	9,8	2,4

El gráfico 7.1 muestra la distribución comunal según años de estudio promedio, en su división territorial Quinta Cordillera. En relación a los años de estudio en la población total, la gran mayoría de las comunas supera la media nacional total, a excepción de 4: Catemu (**8.7** años), Panquehue (**8.7** años), Petorca (**8.6** años) e Hijuelas (**8.5** años).

En cuanto a los años de estudio en las PeSD, 3 comunas alcanzan la media nacional total, siendo Villa Alemana (**9.6** años), Quilpué (**9.5** años) y Los Andes (**9.0** años). Las comunas con menos años de estudio son Catemu e Hijuelas, con **5.9** y **5.8** años respectivamente.

Al comparar los años de estudio entre las dos poblaciones, se obtiene que Calle Larga (**1.8** años) es la comuna con menor diferencia, mientras que Catemu, La Cruz y Olmué son las comunas con mayor diferencia (**2.8** años).

Quinta Costa

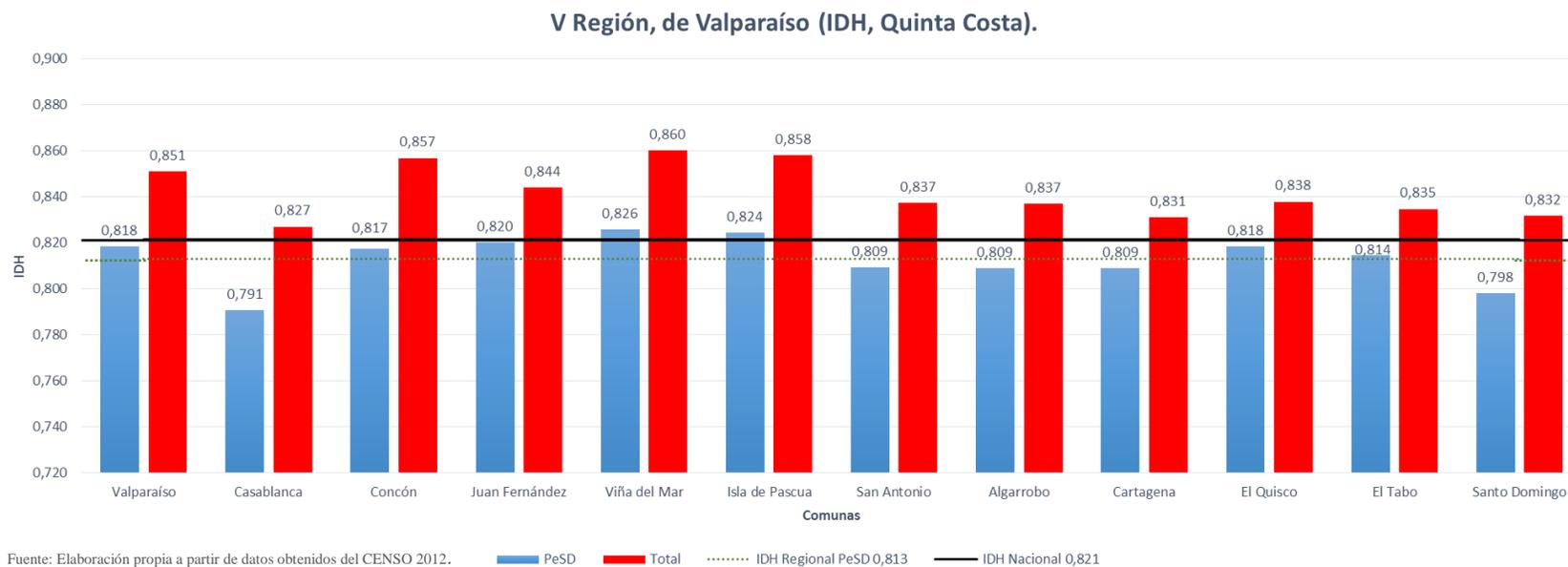


Gráfico 8.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Valparaíso	0,818	0,851	0,033
Casablanca	0,791	0,827	0,036
Concón	0,817	0,857	0,039
Juan Fernández	0,820	0,844	0,024
Viña del Mar	0,826	0,860	0,034
Isla de Pascua	0,824	0,858	0,034
San Antonio	0,809	0,837	0,028
Algarrobo	0,809	0,837	0,028
Cartagena	0,809	0,831	0,022
El Quisco	0,818	0,838	0,019
El Tabo	0,814	0,835	0,020
Santo Domingo	0,798	0,832	0,034
Total	0,813	0,842	0,029

El gráfico 8 muestra la V Región de Valparaíso en su división Quinta Costa. En relación al IDH, se observa en rojo que todas las comunas superan la media nacional, siendo Viña del Mar la mejor posicionada con un índice de **0.860**.

En cuanto al IDH ajustado a discapacidad, sólo 2 comunas alcanzan el promedio de IDH nacional, donde estas 2 están dentro de los 25 primeros a nivel nacional: Viña del Mar (15°) e Isla de Pascua (17°). Los índices más bajos están en las comunas de Santo Domingo (**0.789**) y Casa Blanca (**0.791**), que no superan el promedio regional.

Al comparar el IDH e IDH ajustado a discapacidad, la comuna de El Quisco (**0.019**) presenta la menor diferencia, mientras que Concón representa la mayor diferencia con **0.039**.

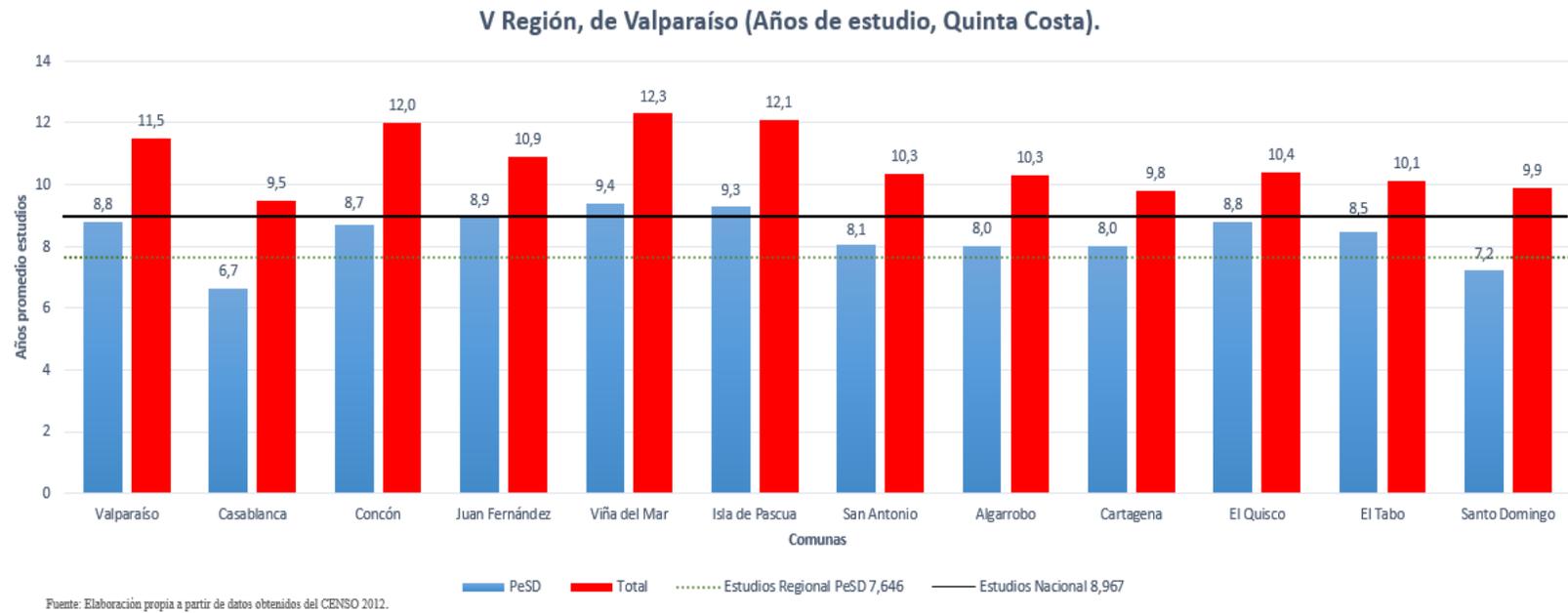


Gráfico 8.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Valparaíso	8,8	11,5	2,7
Casablanca	6,7	9,5	2,8
Concón	8,7	12,0	3,3
Juan Fernández	8,9	10,9	2,0
Viña del Mar	9,4	12,3	2,9
Isla de Pascua	9,3	12,1	2,8
San Antonio	8,1	10,3	2,3
Algarrobo	8,0	10,3	2,3
Cartagena	8,0	9,8	1,8
El Quisco	8,8	10,4	1,6
El Tabo	8,5	10,1	1,6
Santo Domingo	7,2	9,9	2,7
Total	7,5	10,0	2,4

El gráfico 8.1 muestra la distribución comunal según años de estudio promedio en la V Región de Valparaíso, en su división territorial Quinta Costa. En relación a los años de estudio en la población total, se observa que todas las comunas superan la media nacional, siendo Viña del Mar la comuna con mayor cantidad de años de estudio (**12.3** años).

En cuanto a los años de estudio en las PeSD, sólo 2 comunas alcanzan la media nacional total, siendo Viña del Mar (**9.4** años) e Isla de Pascua (**9.3** años). Las comunas con los menores años de estudio son Santo Domingo y Casablanca, con **7.2** y **6.7** años respectivamente.

Al comparar los años de estudio entre las dos poblaciones, El Quisco y El Tabo son las comunas con menores diferencias (**1.6** años), mientras que Concón es la comuna que presenta la mayor diferencia (**3.3** años).

VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins

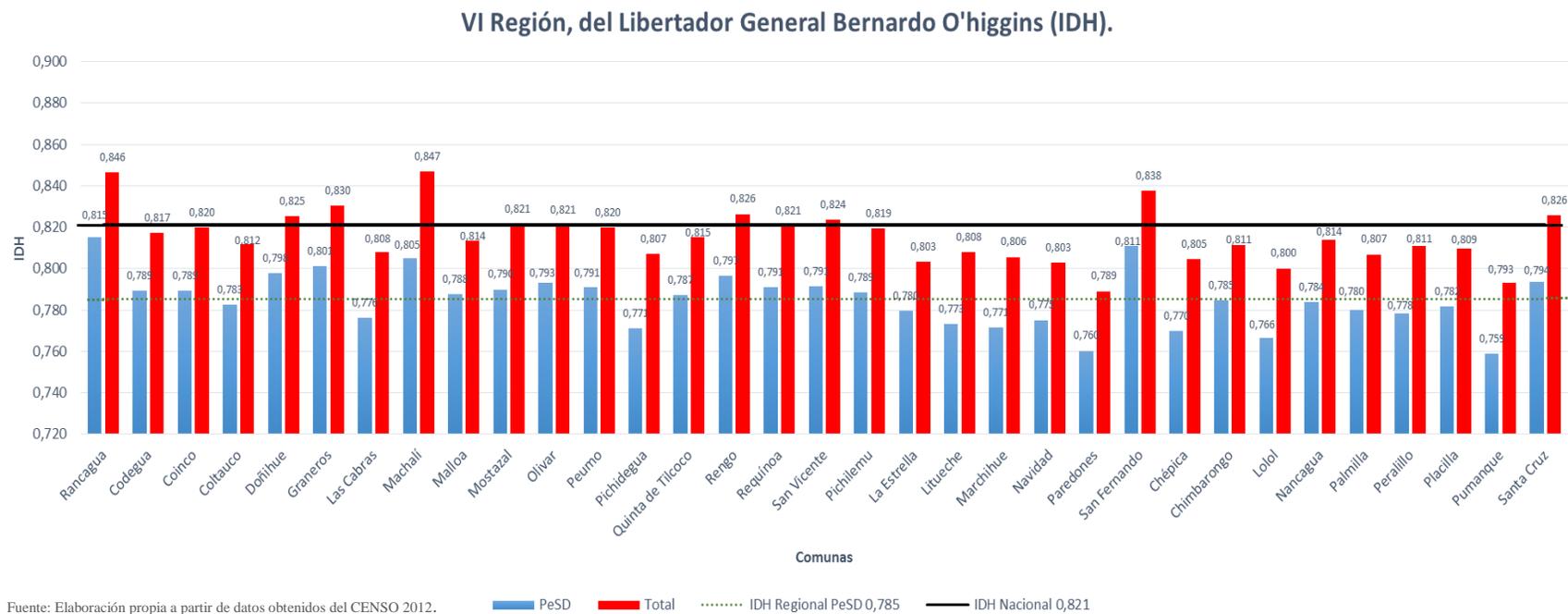


Gráfico 9.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Rancagua	0,815	0,846	0,031
Codegua	0,789	0,817	0,028
Coinco	0,789	0,820	0,030
Coltauco	0,783	0,812	0,029
Doñihue	0,798	0,825	0,028
Graneros	0,801	0,830	0,029
Las Cabras	0,776	0,808	0,032
Machalí	0,805	0,847	0,042
Malloa	0,788	0,814	0,026
Mostazal	0,790	0,821	0,032
Olivar	0,793	0,821	0,028
Peumo	0,791	0,820	0,028
Pichidegua	0,771	0,807	0,036
Quinta de Tilcoco	0,787	0,815	0,028
Rengo	0,797	0,826	0,030
Requínoa	0,791	0,821	0,030
San Vicente	0,791	0,824	0,032

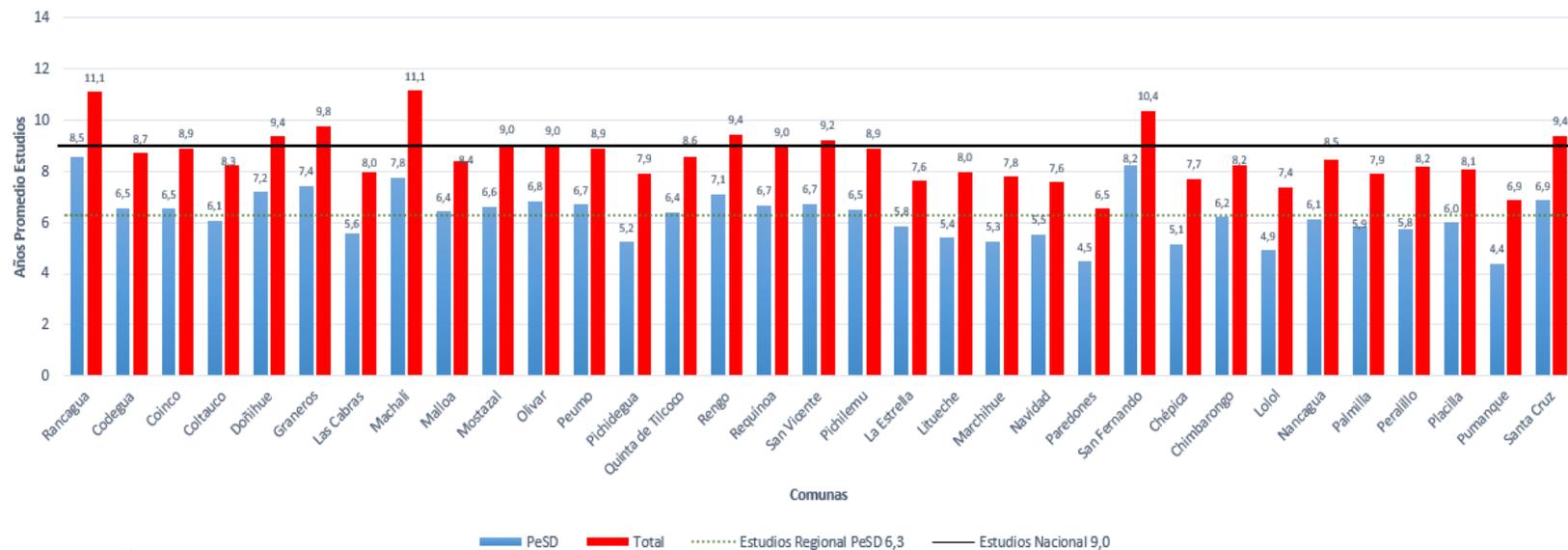
Pichilemu	0,789	0,819	0,031
La Estrella	0,780	0,803	0,024
Litueche	0,773	0,808	0,035
Marchihue	0,771	0,806	0,034
Navidad	0,775	0,803	0,028
Paredones	0,760	0,789	0,029
San Fernando	0,811	0,838	0,026
Chépica	0,770	0,805	0,035
Chimbarongo	0,785	0,811	0,027
Lolol	0,766	0,800	0,034
Nancagua	0,784	0,814	0,030
Palmilla	0,780	0,807	0,027
Peralillo	0,778	0,811	0,032
Placilla	0,782	0,809	0,028
Pumanque	0,759	0,793	0,034
Santa Cruz	0,794	0,826	0,032
Total	0,785	0,816	0,030

El gráfico 9 muestra la distribución por comunas según IDH e IDH ajustado a discapacidad, en la VI Región. A nivel de IDH, 11 comunas superan el promedio nacional, siendo las comunas con más altos índices Machalí y Rancagua, con un valor de **0.847** y **0.846** respectivamente.

En cuanto al IDH ajustado a discapacidad, las 3 comunas mejor posicionadas son Rancagua (**0.815**), San Fernando (**0.811**) y Machalí (**0.805**). Las comunas con el índice más bajo de la región son Lolol (**0.766**), Paredones (**0.760**) y Pumanque (**0.759**). Estas dos últimas están posicionadas en las 20 comunas más bajas del país, 19° y 11° respectivamente.

Al realizar la comparación entre índices, Palmilla (**0.027**), Malloa (**0.026**) y La Estrella (**0.024**) presentan las menores diferencias. Litueche con **0.035**, Pichidegua con **0.036** y Machalí **0.042** son las comunas de mayor diferencia.

VI Región, del Libertador General Bernardo O'higgins (Años de estudios).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 9.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Rancagua	8,5	11,1	2,6
Codegua	6,5	8,7	2,2
Coinco	6,5	8,9	2,4
Coltauco	6,1	8,3	2,2
Doñihue	7,2	9,4	2,2
Graneros	7,4	9,8	2,3
Las Cabras	5,6	8,0	2,4
Machalí	7,8	11,1	3,4
Malloa	6,4	8,4	2,0
Mostazal	6,6	9,0	2,4
Olivar	6,8	9,0	2,2
Peumo	6,7	8,9	2,2
Pichidegua	5,2	7,9	2,7
Quinta de Tilcoco	6,4	8,6	2,1
Rengo	7,1	9,4	2,3
Requínoa	6,7	9,0	2,3
San Vicente	6,7	9,2	2,5

Pichilemu	6,5	8,9	2,4
La Estrella	5,8	7,6	1,8
Litueche	5,4	8,0	2,6
Marchihue	5,3	7,8	2,5
Navidad	5,5	7,6	2,0
Paredones	4,5	6,5	2,1
San Fernando	8,2	10,4	2,1
Chépica	5,1	7,7	2,6
Chimbarongo	6,2	8,2	2,0
Lolol	4,9	7,4	2,5
Nancagua	6,1	8,5	2,3
Palmilla	5,9	7,9	2,0
Peralillo	5,8	8,2	2,4
Placilla	6,0	8,1	2,1
Pumanque	4,4	6,9	2,5
Santa Cruz	6,9	9,4	2,5
Total	6,3	8,6	2,3

El gráfico 9.1 muestra la distribución comunal según años de estudio promedio en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. En relación a los años de estudio en la población total, 11 comunas superan la media nacional total, siendo Machalí y Rancagua las comunas mejor posicionadas (**11.1** años)

En cuanto a los años de estudio en las PeSD, ninguna comuna supera la media nacional total. Las 3 comunas mejor posicionadas son Rancagua (**8.5** años), San Fernando (**8.2** años) y Machalí (**7.8** años). Las comunas con menos años de estudio de la región son Lolol (**4.9** años), Paredones (**4.5** años) y Pumanque (**4.4** años).

Al comparar los años de estudio entre las dos poblaciones, Palmilla (**2.0** años), Malloa (**2.0** años) y La Estrella (**1.8** años) presentan las menores diferencias. Machalí, en tanto, es la comuna de mayor diferencia de años (**3.3**)

VII Región del Maule

Maule Norte

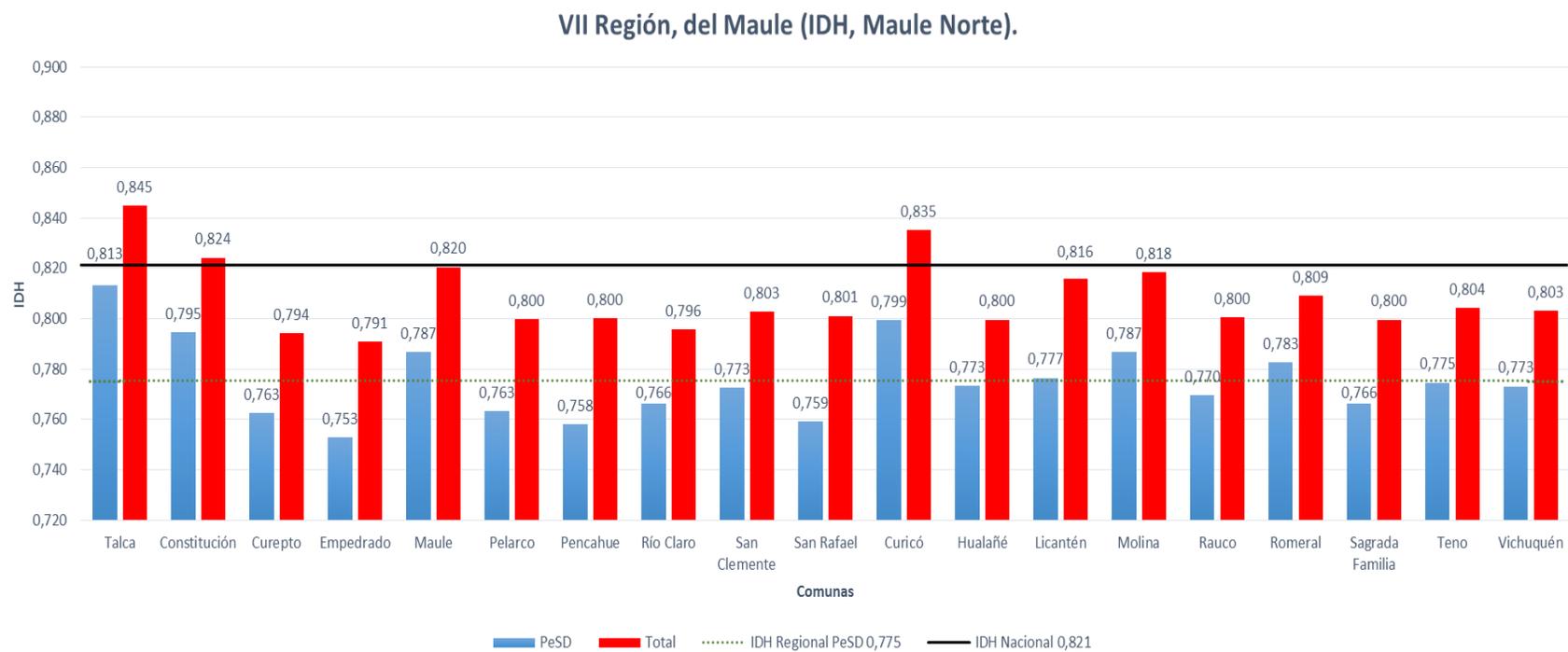


Gráfico 10.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Talca	0,813	0,845	0,032
Constitución	0,795	0,824	0,030
Curepto	0,763	0,794	0,032
Empedrado	0,753	0,791	0,038
Maule	0,787	0,820	0,034
Pelarco	0,763	0,800	0,037
Pencahue	0,758	0,800	0,042
Río Claro	0,766	0,796	0,029
San Clemente	0,773	0,803	0,030
San Rafael	0,759	0,801	0,042

Curicó	0,799	0,835	0,036
Hualañé	0,773	0,800	0,026
Licantén	0,777	0,816	0,039
Molina	0,787	0,818	0,032
Rauco	0,770	0,800	0,031
Romeral	0,783	0,809	0,026
Sagrada Familia	0,766	0,800	0,033
Teno	0,775	0,804	0,030
Vichuquén	0,773	0,803	0,030
Total	0,775	0,808	0,033

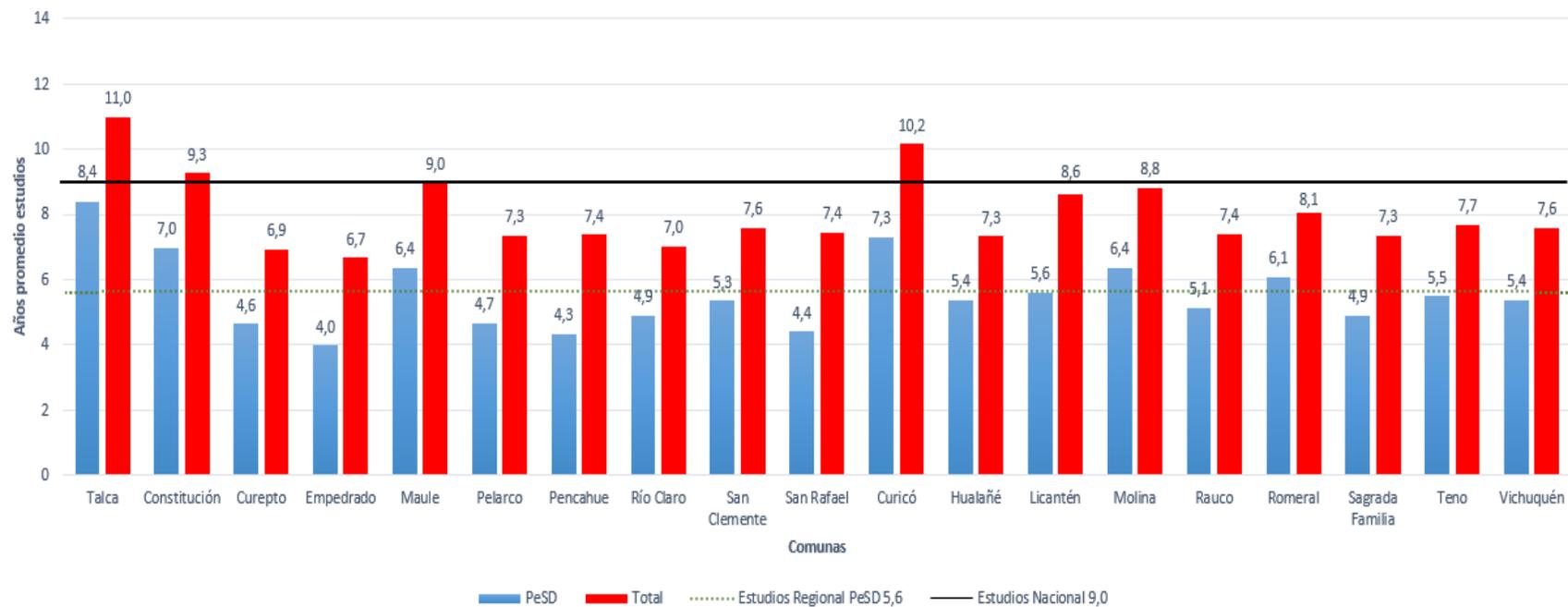
El Gráfico 10 muestra la VII Región en su división Maule Norte. Es la 2da región con los valores más bajos en relación al IDH e IDH ajustado a discapacidad, **0.791** y **0.853** respectivamente.

Dentro de la división Maule Norte, sólo 3 comunas superan el promedio de IDH nacional, siendo Talca el mayor valor con **0.845**.

En relación al IDH ajustado a discapacidad, se encuentran 5 comunas dentro de las 25 comunas con menor índice a nivel nacional, Pelarco (23°), Curepto (21°), San Rafael (12°), Pencahue (9°) y Empedrado (5°).

Al comparar el IDH e IDH ajustado a discapacidad, encontramos las menores diferencias en las comunas de Hualañé y Romeral con **0.026**. En cambio, la mayor diferencia se aprecia en San Rafael y Pencahue con **0.042**.

VII Región, del Maule (Años de estudios, Maule Norte).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 10.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Talca	8,4	11,0	2,6
Constitución	7,0	9,3	2,3
Curepto	4,6	6,9	2,3
Empedrado	4,0	6,7	2,7
Maule	6,4	9,0	2,6
Pelarco	4,7	7,3	2,7
Pencahue	4,3	7,4	3,1
Río Claro	4,9	7,0	2,1
San Clemente	5,3	7,6	2,2
San Rafael	4,4	7,4	3,0

Curicó	7,3	10,2	2,8
Hualañé	5,4	7,3	1,9
Licantén	5,6	8,6	3,0
Molina	6,4	8,8	2,4
Rauco	5,1	7,4	2,3
Romeral	6,1	8,1	2,0
Sagrada Familia	4,9	7,3	2,4
Teno	5,5	7,7	2,2
Vichuquén	5,4	7,6	2,2
Total	6,1	8,3	2,2

El gráfico 10.1 muestra la distribución comunal según años de estudio promedio en la VII Región del Maule, en su división territorial Maule Norte. Es la 2da región con los menores años de estudio promedio, tanto para la población de PeSD como para la total, **5.6** y **8.0** años respectivamente. En relación a los años de estudio en la población total, solo 4 comunas en esta división territorial superan la media nacional, donde Talca se posiciona como la comuna con más años de estudio (**11.0**).

En relación a los años de estudio en PeSD, ninguna comuna supera la media nacional total. Talca sigue posicionándose como la comuna con mayor cantidad de años de estudio (**8.4**), mientras que Empedrado es la comuna con menor número de años de estudio (**4.0**).

Al comparar los años de estudio entre las poblaciones, se encuentra que las menores diferencias están en las comunas de Hualañé y Romeral con **1.9** años. En cambio, la mayor diferencia se aprecia en San Rafael y Pencahue con **3.0** años.

Maule Sur

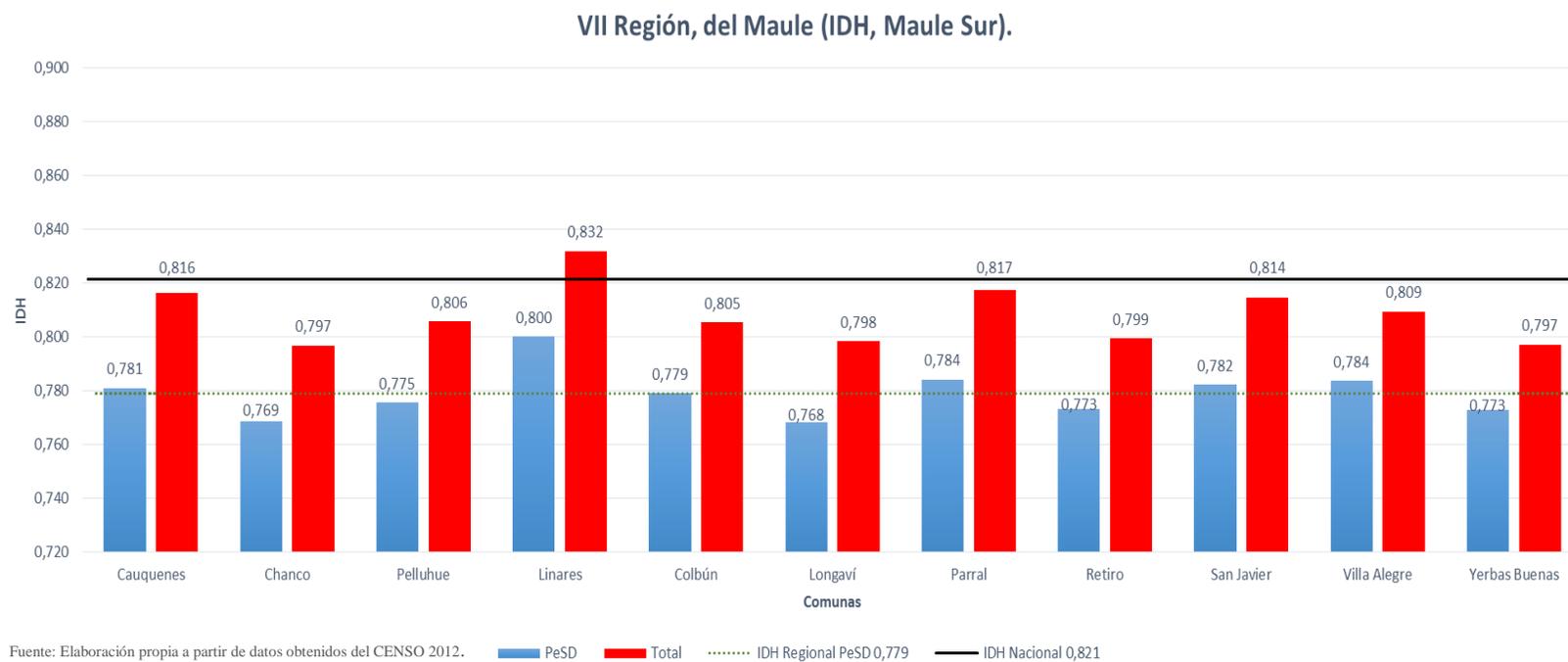


Gráfico 11.

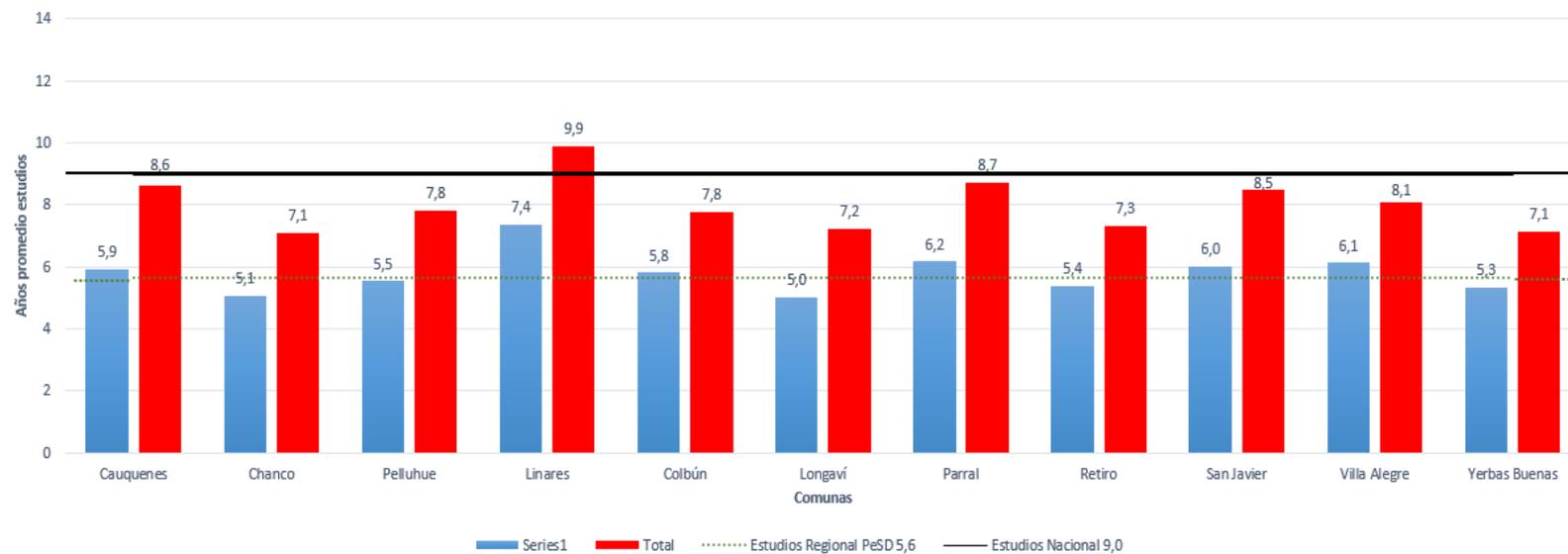
Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Cauquenes	0,781	0,816	0,035
Chanco	0,769	0,797	0,028
Pelluhue	0,775	0,806	0,030
Linares	0,800	0,832	0,032
Colbún	0,779	0,805	0,026
Longaví	0,768	0,798	0,030
Parral	0,784	0,817	0,033
Retiro	0,773	0,799	0,026
San Javier	0,782	0,814	0,032
Villa Alegre	0,784	0,809	0,026
Yerbas Buenas	0,773	0,797	0,024
Total	0,779	0,808	0,029

En el gráfico 11 muestra la VII Región en su división Maule Sur, donde solo 1 comuna logra superar la media nacional, siendo esta la comuna de Linares con un valor de IDH de **0.832**.

En cuanto a IDH ajustado a discapacidad, la que muestra el mayor índice es Linares (**0.800**), mientras que la comuna con el valor más bajo es Longaví (**0.768**).

Al observar la diferencia en relación a IDH e IDH ajustado a discapacidad, Yerbas Buenas presenta la menor diferencia con **0.024**. La comuna Cauquenes por su parte muestra la mayor diferencia expresado con **0.035**.

VII Región, del Maule (Años de estudios, Maule Sur).



Puente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 11.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Cauquenes	5,9	8,6	2,7
Chanco	5,1	7,1	2,0
Pelluhue	5,5	7,8	2,3
Linares	7,4	9,9	2,5
Colbún	5,8	7,8	2,0
Longaví	5,0	7,2	2,2
Parral	6,2	8,7	2,5
Retiro	5,4	7,3	1,9
San Javier	6,0	8,5	2,5
Villa Alegre	6,1	8,1	2,0
Yerbas Buenas	5,3	7,1	1,8
Total	5,8	8,0	2,2

El gráfico 11.1 muestra la distribución comunal según años de estudio promedio en la VII Región del Maule, en su división territorial Maule Sur. En relación a los años de estudio en la población total, solo la comuna de Linares logra superar la media nacional total con un valor de **9.9** años.

En relación a los años de estudio en las PeSD, la comuna con más años de estudio es Linares con **7.4** años. A la inversa, Longaví es la comuna con menos años de estudio (**5.0**).

Al comparar los años de estudio entre las 2 categorías, se observa que Yerbas Buenas es la comuna que presenta la menor diferencia con **1.8** años. Por el contrario, la comuna de Cauquenes muestra la mayor diferencia expresado con **2.7** años.

VIII Región del Bío Bío

Bío Bío Costa

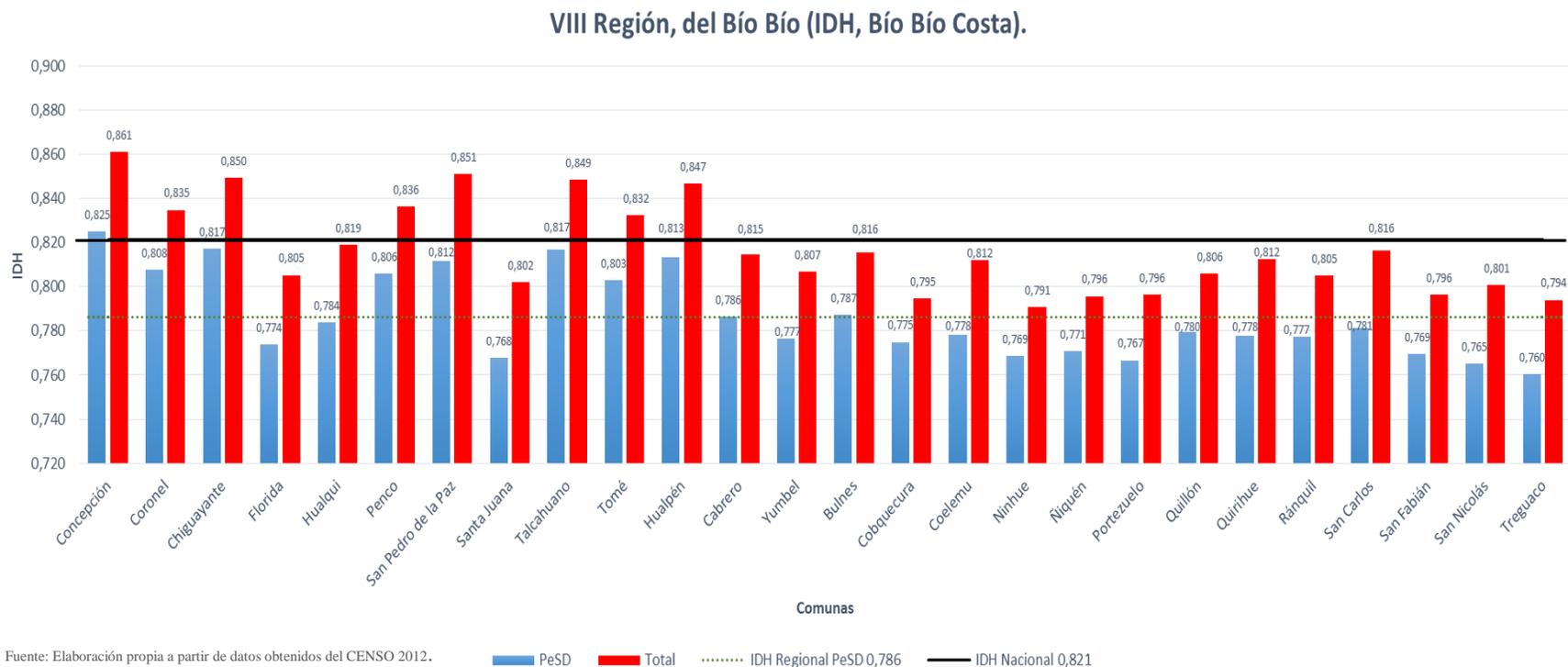


Gráfico 12.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Concepción	0,825	0,861	0,036
Coronel	0,808	0,835	0,027
Chiguayante	0,817	0,850	0,032
Florida	0,774	0,805	0,031
Hualqui	0,784	0,819	0,035
Penco	0,806	0,836	0,030
San Pedro de la Paz	0,812	0,851	0,039
Santa Juana	0,768	0,802	0,035
Talcahuano	0,817	0,849	0,032
Tomé	0,803	0,832	0,030
Hualpén	0,813	0,847	0,033
Cabrero	0,786	0,815	0,028
Yumbel	0,777	0,807	0,030

Bulnes	0,787	0,816	0,028
Cobquecura	0,775	0,795	0,020
Coelemu	0,778	0,812	0,034
Ninhue	0,769	0,791	0,022
Ñiquén	0,771	0,796	0,025
Portezuelo	0,767	0,796	0,030
Quillón	0,780	0,806	0,026
Quirihue	0,778	0,812	0,035
Ránquil	0,777	0,805	0,028
San Carlos	0,781	0,816	0,035
San Fabián	0,769	0,796	0,027
San Nicolás	0,765	0,801	0,036
Treguaco	0,760	0,794	0,034
Total	0,786	0,817	0,031

El gráfico 12 muestra la VIII Región en su división BíoBío Costa, donde 8 de 26 comunas alcanzan el promedio de IDH nacional, destacándose la comuna de Concepción con **0.861**, posicionándolo en el 1° lugar de toda la VIII Región y en el 10° a nivel nacional.

Ajustando el IDH a discapacidad, se observa que sólo la comuna de Concepción supera el promedio de IDH nacional, ocupando el puesto 16° a nivel Nacional. En las ultimas 3 posiciones dentro de la división BíoBío Costa se encuentran las comunas de Portezuelo (**0.767**), San Nicolás (**0.765**) y Treguaco (**0.760**), posicionándose esta última entre las 20 comunas con menor índice a nivel país.

En relación de las diferencias de IDH e IDH ajustado, la comuna de Cobquecura presenta la menor diferencia (**0.020**), mientras que San Pedro de la Paz representa la mayor diferencia (**0.039**).

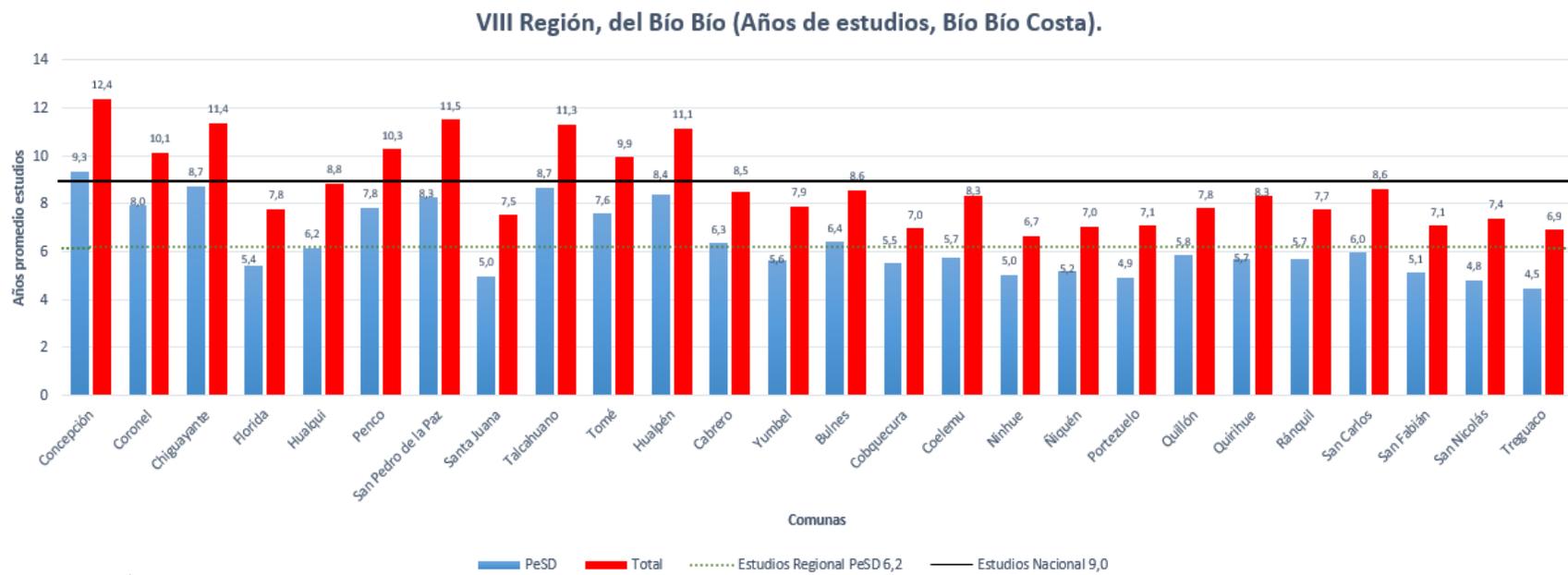


Gráfico 12.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Concepción	9,3	12,4	3,0
Coronel	8,0	10,1	2,2
Chiguayante	8,7	11,4	2,7
Florida	5,4	7,8	2,3
Hualqui	6,2	8,8	2,7
Penco	7,8	10,3	2,4
San Pedro de la Paz	8,3	11,5	3,2
Santa Juana	5,0	7,5	2,5
Talcahuano	8,7	11,3	2,6
Tomé	7,6	9,9	2,4
Hualpén	8,4	11,1	2,7
Cabrero	6,3	8,5	2,2
Yumbel	5,6	7,9	2,3

Bulnes	6,4	8,6	2,2
Cobquecura	5,5	7,0	1,5
Coelemu	5,7	8,3	2,6
Ninhue	5,0	6,7	1,6
Ñiquén	5,2	7,0	1,8
Portezuelo	4,9	7,1	2,2
Quillón	5,8	7,8	2,0
Quirihue	5,7	8,3	2,6
Ránquil	5,7	7,7	2,1
San Carlos	6,0	8,6	2,7
San Fabián	5,1	7,1	2,0
San Nicolás	4,8	7,4	2,6
Treguaco	4,5	6,9	2,4
Total	6,2	8,5	2,3

El gráfico 12.1 muestra la VIII Región, en su división Bío Bío Costa. Con respecto a los años de estudios promedio, el mayor valor lo presenta Concepción con **12,4** años y San Pedro de la Paz con **11,5** años.

Respecto de los años de estudio en PeSD, Concepción presenta el mayor valor con **9,3** años y el menor valor de años de estudio se aprecia en la comuna de Treguaco con **4,5**.

Al observar las diferencias entre años de estudios, tenemos que la menor diferencia se aprecia en la comuna de Cobquecura con **1,5** años, mientras que la mayor diferencia se aprecia en San Pedro de la Paz con **3,2** años.

Bío Bío Cordillera

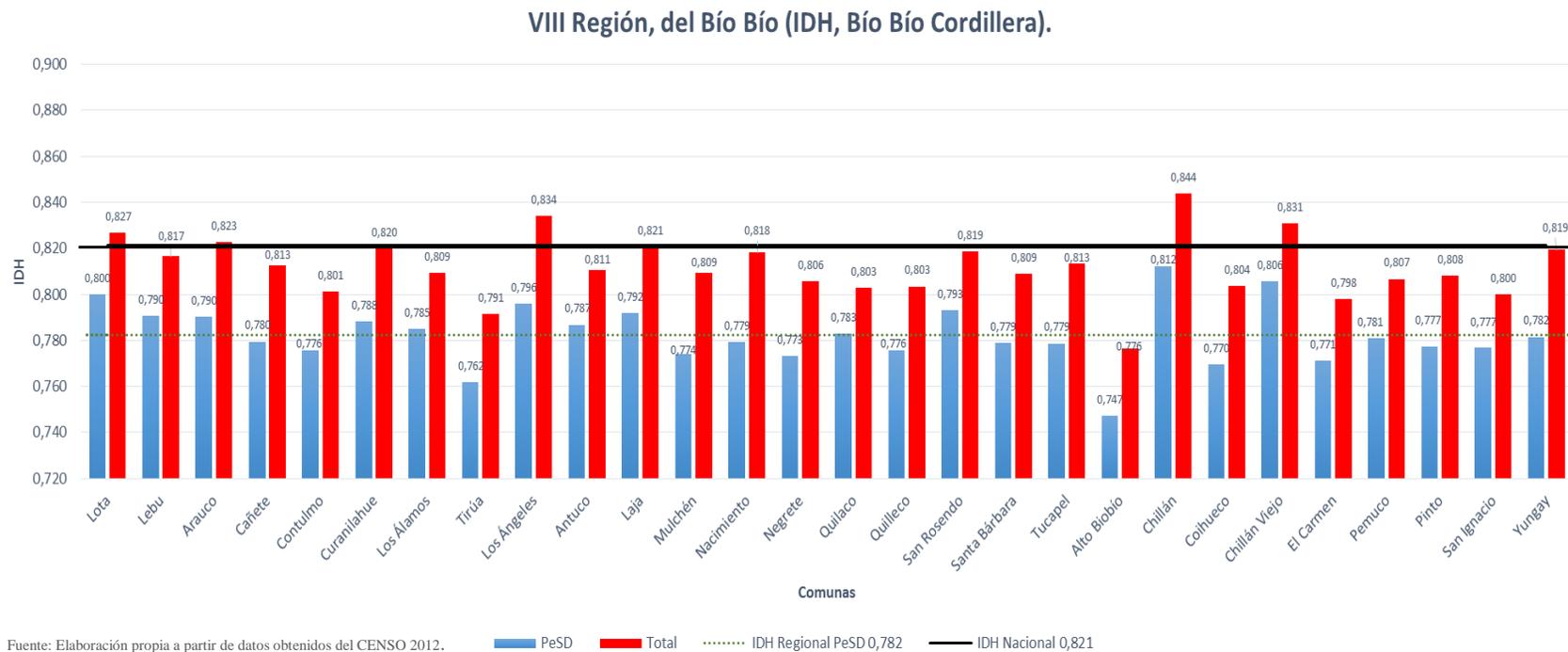


Gráfico 13.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Lota	0,800	0,827	0,027
Lebu	0,790	0,817	0,026
Arauco	0,790	0,823	0,032
Cañete	0,780	0,813	0,033
Contulmo	0,776	0,801	0,026
Curanilahue	0,788	0,820	0,032
Los Álamos	0,785	0,809	0,025
Tirúa	0,762	0,791	0,030
Los Ángeles	0,796	0,834	0,038
Antuco	0,787	0,811	0,024
Laja	0,792	0,821	0,029
Mulchén	0,774	0,809	0,036
Nacimiento	0,779	0,818	0,039
Negrete	0,773	0,806	0,032

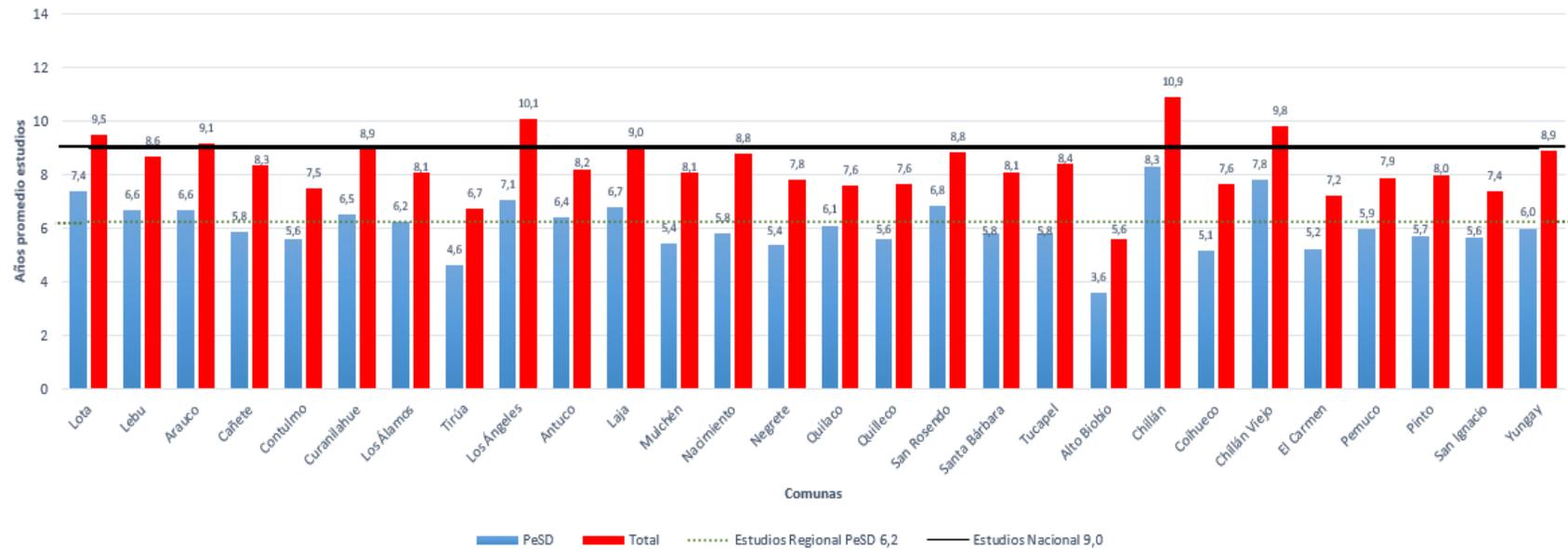
Quilaco	0,783	0,803	0,020
Quilleco	0,776	0,803	0,028
San Rosendo	0,793	0,819	0,026
Santa Bárbara	0,779	0,809	0,030
Tucapel	0,779	0,813	0,035
Alto Biobío	0,747	0,776	0,029
Chillán	0,812	0,844	0,031
Coihueco	0,770	0,804	0,034
Chillán Viejo	0,806	0,831	0,025
El Carmen	0,771	0,798	0,027
Pemuco	0,781	0,807	0,026
Pinto	0,777	0,808	0,031
San Ignacio	0,777	0,800	0,023
Yungay	0,782	0,819	0,038
Total	0,782	0,812	0,030

El gráfico 13 muestra la VIII Región en su división Bío Bío Cordillera, en ella destacan Chillan (**0.844**), Los Ángeles (**0.834**) y Chillan Viejo (**0.831**) como índices más altos, y las comunas de El Carmen (**0.798**), Tirúa (**0.791**) y Alto BíoBío (**0.776**) como las con menor IDH.

Al ajustar el IDH a discapacidad, ninguna comuna de la región logra superar el promedio nacional de IDH. Entre las más bajas de la región podemos nombrar a Tirua (**0.762**) y Alto BíoBío (**0.747**), en la posición 20° y 3° respecto de los índices más bajos a nivel nacional.

Al comparar IDH e IDH ajustado a discapacidad, la menor diferencia lo presentan las comunas de Quilaco con **0.020** y San Ignacio con **0.023**. La mayor diferencia es de **0.039** y **0.038** en las comunas de Nacimiento y Los Ángeles.

VIII Región, del Bío Bío (Años de estudios, Bío Bío Cordillera).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 13.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Lota	7,4	9,5	2,1
Lebu	6,6	8,6	2,0
Arauco	6,6	9,1	2,5
Cañete	5,8	8,3	2,5
Contulmo	5,6	7,5	1,9
Curanilahue	6,5	8,9	2,4
Los Álamos	6,2	8,1	1,9
Tirúa	4,6	6,7	2,1
Los Ángeles	7,1	10,1	3,0
Antuco	6,4	8,2	1,8
Laja	6,7	9,0	2,2
Mulchén	5,4	8,1	2,7
Nacimiento	5,8	8,8	3,0
Negrete	5,4	7,8	2,4

Quilaco	6,1	7,6	1,5
Quilleco	5,6	7,6	2,1
San Rosendo	6,8	8,8	2,0
Santa Bárbara	5,8	8,1	2,3
Tucapel	5,8	8,4	2,6
Alto Biobío	3,6	5,6	2,0
Chillán	8,3	10,9	2,6
Coihueco	5,1	7,6	2,5
Chillán Viejo	7,8	9,8	2,0
El Carmen	5,2	7,2	2,0
Pemuco	5,9	7,9	1,9
Pinto	5,7	8,0	2,3
San Ignacio	5,6	7,4	1,7
Yungay	6,0	8,9	2,9
Total	6,1	8,3	2,2

En el gráfico 13.1 se aprecia la VIII Region en su division Bío Bío Cordillera. En lo que respecta a los años promedio de estudios se observan los mayores valores en Chillan (**10,9**) y Los Angeles (**10,1**). Alto Bío Bío por su parte, representa el menor valor con **5,6** años promedio y la 3° posición entre los menores valores a nivel nacional.

Referente a los años promedio de estudios en PeSD, Tirua y Alto Bío Bío estan ubicadas en las ultimas 20 posiciones a nivel país, con **4,6** y **3,6** años promedio respectivamente.

Al comparar los años de estudio entre las 2 categorías, se observa que Quilaco es la comuna que presenta la menor diferencia con **1,5** años. Por el contrario, las comunas de Los Angeles y Nacimiento muestran la mayor diferencia expresado con **3,0** años.

IX Región de la Araucanía

Araucanía Norte

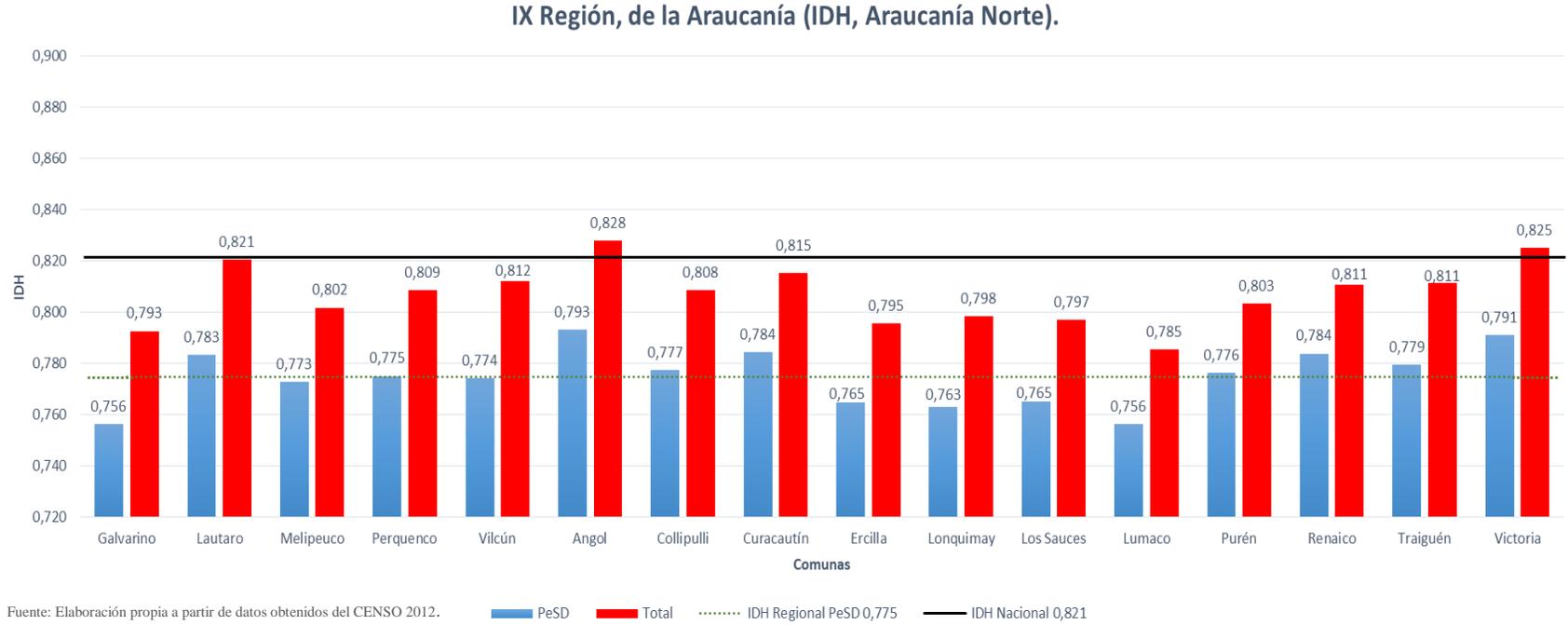


Gráfico 14.

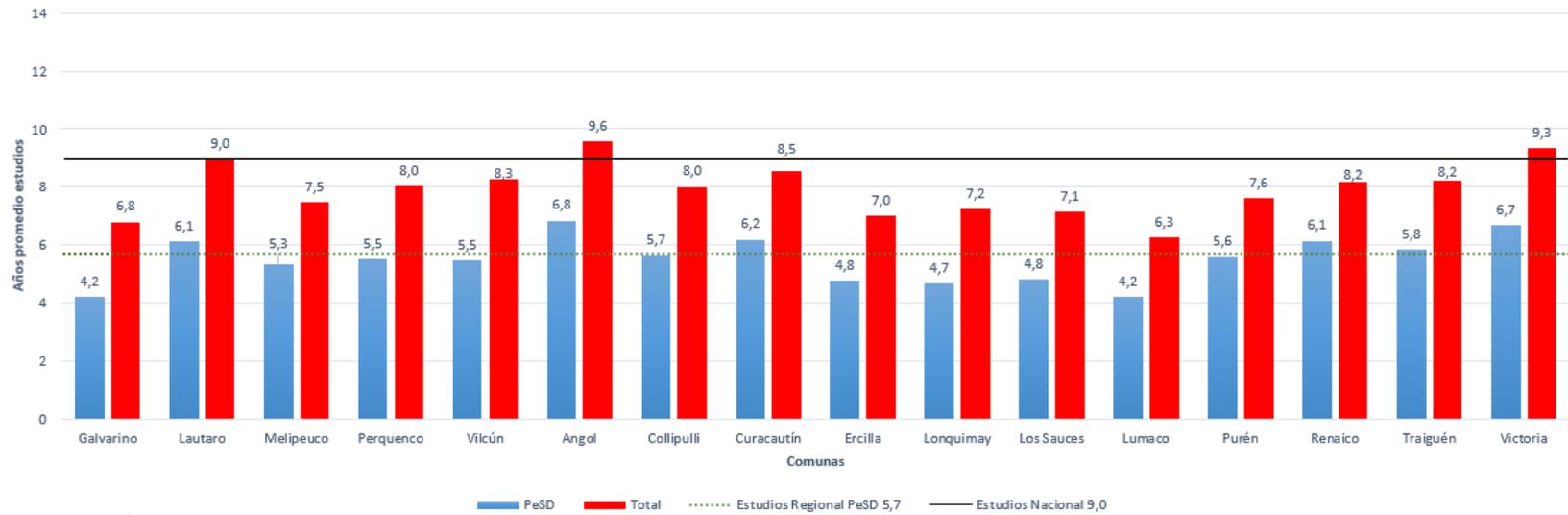
Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Galvarino	0,756	0,793	0,036
Lautaro	0,783	0,821	0,037
Melipeuco	0,773	0,802	0,029
Perquenco	0,775	0,809	0,034
Vilcún	0,774	0,812	0,038
Angol	0,793	0,828	0,035
Collipulli	0,777	0,808	0,031
Curacautín	0,784	0,815	0,031
Ercilla	0,765	0,795	0,031
Lonquimay	0,763	0,798	0,035
Los Sauces	0,765	0,797	0,032
Lumaco	0,756	0,785	0,029
Purén	0,776	0,803	0,027
Renaico	0,784	0,811	0,027
Traiguén	0,779	0,811	0,032
Victoria	0,791	0,825	0,034
Total	0,775	0,807	0,032

En el gráfico 14 muestra la IX Región en su división Araucanía Norte, donde las comuna de Angol (**0.828**), Victoria (**0.825**) y Lautaro (**0.821**) son las más altas.

En cuanto a IDH ajustado a discapacidad, la que muestra los mayores índices son Angol (**0.793**) y Victoria(**0.791**), mientras que las comunas con los valores más bajo son Lumaco (**0.756**) y Galvarino (**0.756**), perteneciendo también a los valores más bajos a nivel nacional, ocupando el 8° y el 7° lugar de las comunas con menor índice.

Al observar la diferencia en relación a IDH e IDH ajustado a discapacidad, Purén presenta la menor diferencia con **0.027**. La comuna Lautaro por su parte muestra la mayor diferencia expresado con **0.037**.

IX Región, de la Araucanía (Años de estudios, Araucanía Norte).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 14.1.

Comunas	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Galvarino	4,2	6,8	2,6
Lautaro	6,1	9,0	2,9
Melipeuco	5,3	7,5	2,1
Perquenco	5,5	8,0	2,5
Vilcún	5,5	8,3	2,8
Angol	6,8	9,6	2,7
Collipulli	5,7	8,0	2,3
Curacautín	6,2	8,5	2,3
Ercilla	4,8	7,0	2,2
Lonquimay	4,7	7,2	2,6
Los Sauces	4,8	7,1	2,3
Lumaco	4,2	6,3	2,1
Purén	5,6	7,6	2,0
Renaico	6,1	8,2	2,0
Traiguén	5,8	8,2	2,4
Victoria	6,7	9,3	2,6
Total	5,5	7,9	2,4

En el gráfico 14.1 se muestra el promedio de años de estudios de la IX Región en su división Araucanía Norte. Esta región solo muestra 3 comunas que alcanzan el promedio nacional, siendo estas Angol (**9,6**), Victoria (**9,3**) y Lautaro (**9,0**).

Cuando apreciamos los valores referentes a PeSD, ninguna comuna se aproxima al promedio nacional, siendo los mayores valores los de las comunas de Angol y Victoria, con 6,8 y 6,7 respectivamente. Los menores valores se aprecian en las comunas de Lumaco y Galvarino, posicionadas 8° y 7° referente a menores años promedio a nivel nacional.

Al comparar los años de estudio, Purén y Renaico son las comunas que presentan la menor diferencia con **2,0** años. En contraparte, la comuna de Lautaro muestra la mayor diferencia expresado con **2,9** años.

Araucanía Sur

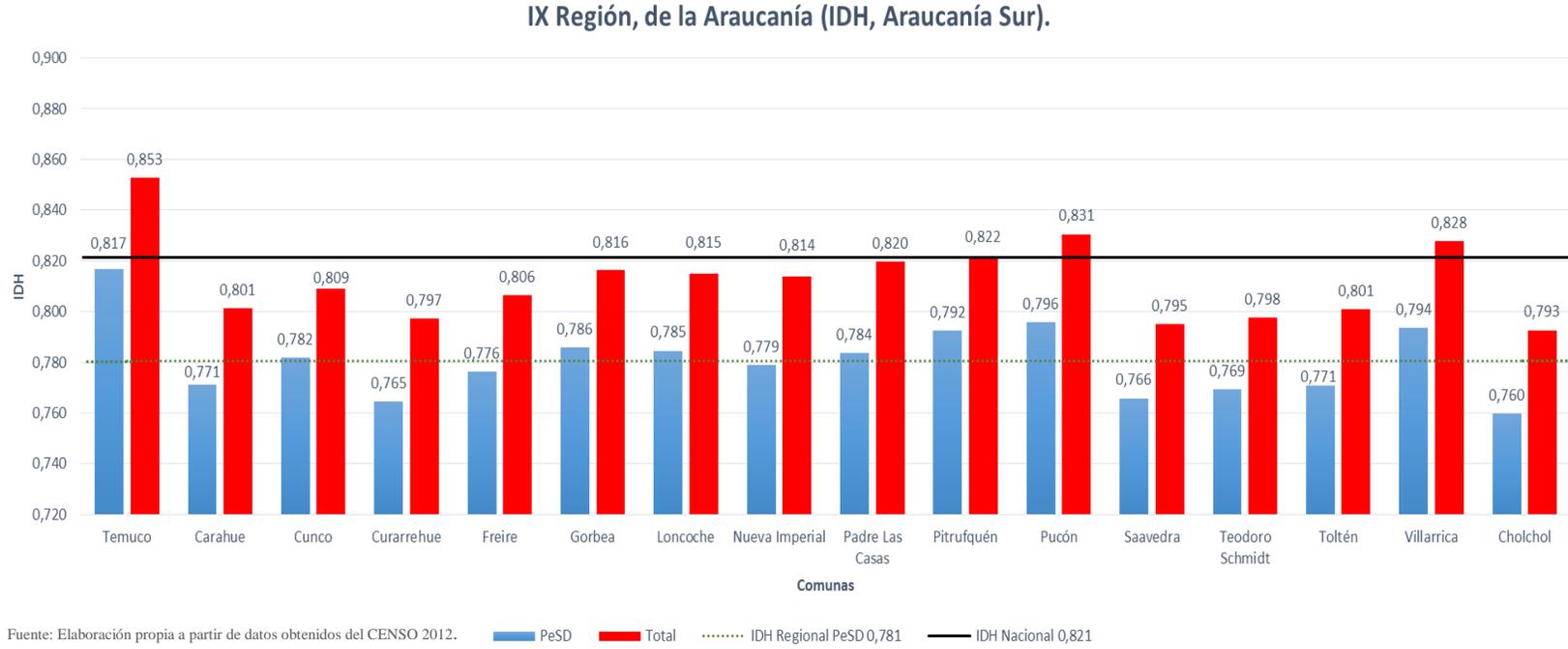


Gráfico 15.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Temuco	0,817	0,853	0,036
Carahue	0,771	0,801	0,030
Cunco	0,782	0,809	0,027
Curarrehue	0,765	0,797	0,033
Freire	0,776	0,806	0,030
Gorbea	0,786	0,816	0,030
Loncoche	0,785	0,815	0,030
Nueva Imperial	0,779	0,814	0,035
Padre Las Casas	0,784	0,820	0,036
Pitrufquén	0,792	0,822	0,030
Pucón	0,796	0,831	0,035
Saavedra	0,766	0,795	0,029
Teodoro Schmidt	0,769	0,798	0,028
Toltén	0,771	0,801	0,030
Villarrica	0,794	0,828	0,034
Cholchol	0,760	0,793	0,033
Total	0,781	0,812	0,032

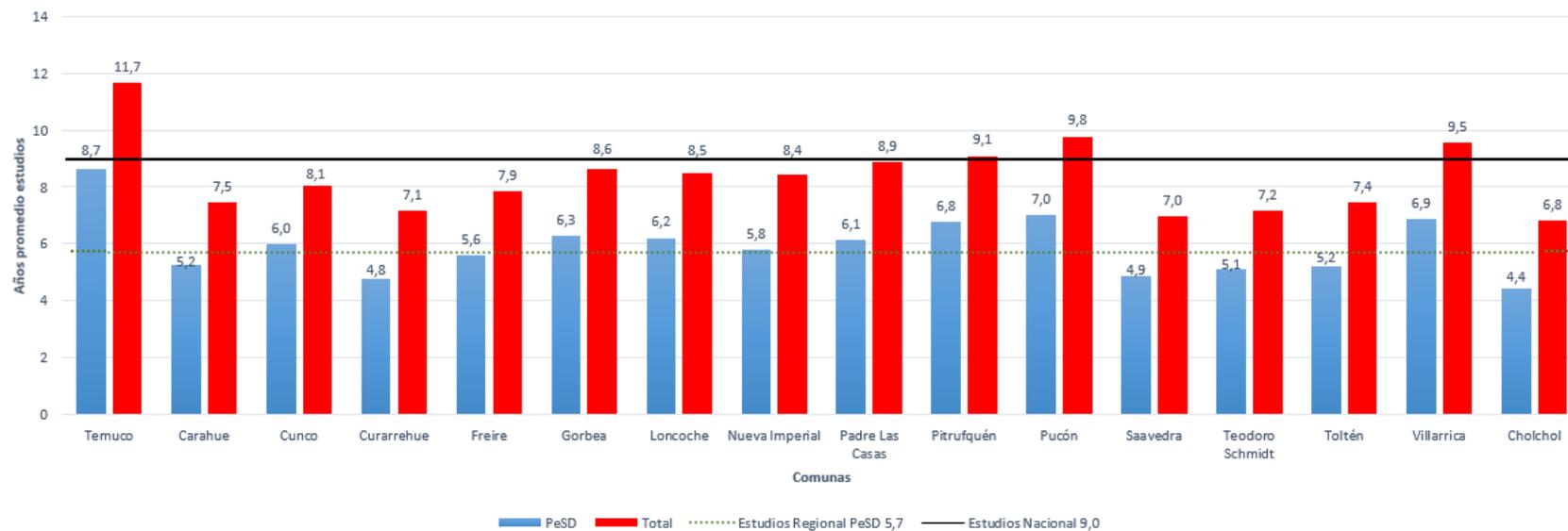
El Gráfico 15 muestra la IX Región en su división Araucanía Sur, comprendiendo 16 comunas. En esta segmentación regional tan solo 4 comunas logran sobrepasar el promedio nacional de IDH siendo el más alto Temuco con **0.853**.

Dentro de la división Araucanía Sur, las 2 comunas con el promedio de IDH nacional más baja fueron Cholchol y Saavedra con un valor de **0.793** y **0.795** respectivamente.

En relación al IDH ajustado a discapacidad, la comuna con el valor más alto fue Temuco con **0.817**, en contrapartida, el menor índice fue mostrado por Cholchol con **0.760**.

Al comparar el IDH e IDH ajustado a discapacidad, encontramos la menor diferencia en las comunas de Cunco con **0.027**. En cambio, la mayor diferencia se aprecia en Temuco y Padre las casas con **0.036**.

IX Región, de la Araucanía (Años de estudios, Araucanía Sur).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Grafico 15.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Temuco	8,7	11,7	3,0
Carahue	5,2	7,5	2,2
Cunco	6,0	8,1	2,1
Curarrehue	4,8	7,1	2,4
Freire	5,6	7,9	2,2
Gorbea	6,3	8,6	2,3
Loncoche	6,2	8,5	2,3
Nueva Imperial	5,8	8,4	2,6
Padre Las Casas	6,1	8,9	2,7
Pitrufquén	6,8	9,1	2,3
Pucón	7,0	9,8	2,7
Saavedra	4,9	7,0	2,1
Teodoro Schmidt	5,1	7,2	2,1
Toltén	5,2	7,4	2,2
Villarrica	6,9	9,5	2,7
Cholchol	4,4	6,8	2,4
Total	5,7	8,2	2,5

El gráfico 15.1 muestra a la IX Región en su división Araucanía Sur. Respecto de los años promedio de estudios, sólo 4 de sus 16 comunas supera el promedio nacional. La comuna que representa el mayor valor es Temuco con **11,7** años promedio. Por contraparte, Cholchol (**6,8**) es la comuna que presenta el menor promedio.

En lo que se refiere a los años promedio de estudios en PeSD, Cholchol es la que presenta el menor promedio con **4,4**, siendo la 14° ubicación a nivel nacional de los menores promedios de estudios.

Al comparar los años de estudios en PeSD con la población Total, las comunas de Cunco, Saavedra y Teodoro Schmidt son las que presentan menor diferencia con **2,1** años. Al contrario, Temuco es la comuna con la mayor diferencia con **3,0** años.

X Región de los Lagos

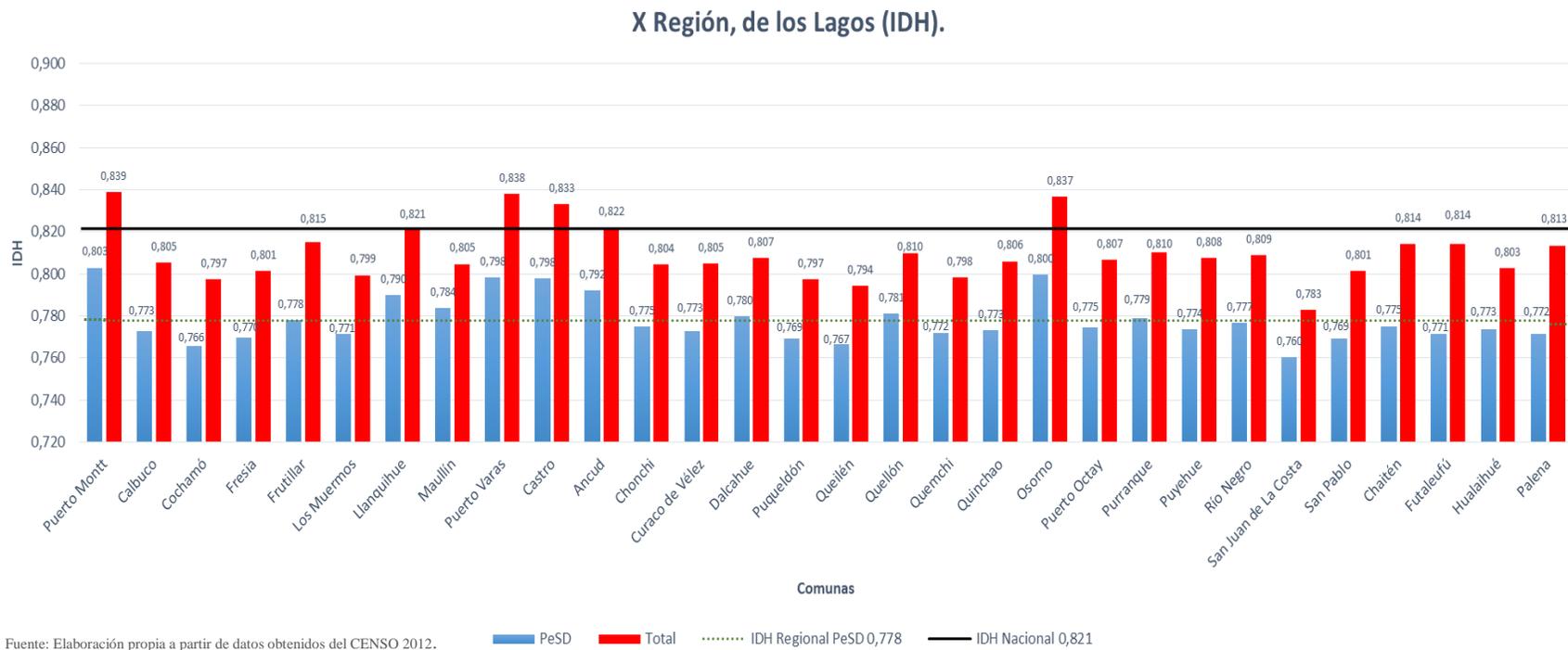


Gráfico 16.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Puerto Montt	0,803	0,839	0,036
Calbuco	0,773	0,805	0,032
Cochamó	0,766	0,797	0,032
Fresia	0,770	0,801	0,032
Frutillar	0,778	0,815	0,037
Los Muermos	0,771	0,799	0,028
Llanquihue	0,790	0,821	0,031
Mauñín	0,784	0,805	0,021
Puerto Varas	0,798	0,838	0,039
Castro	0,798	0,833	0,035
Ancud	0,792	0,822	0,030
Chonchi	0,775	0,804	0,029
Curaco de Vélez	0,773	0,805	0,032
Dalcahue	0,780	0,807	0,028
Puqueldón	0,769	0,797	0,028

Queilén	0,767	0,794	0,028
Quellón	0,781	0,810	0,029
Quemchi	0,772	0,798	0,026
Quinchao	0,773	0,806	0,033
Osorno	0,800	0,837	0,037
Puerto Octay	0,775	0,807	0,032
Purranque	0,779	0,810	0,031
Puyehue	0,774	0,808	0,034
Río Negro	0,777	0,809	0,032
San Juan de La Costa	0,760	0,783	0,023
San Pablo	0,769	0,801	0,032
Chaitén	0,775	0,814	0,039
Futaleufú	0,771	0,814	0,043
Hualaihué	0,773	0,803	0,029
Palena	0,772	0,813	0,042
Total	0,778	0,810	0,032

En el gráfico 16 se presenta la X Región de Los Lagos. Esta presenta 30 comunas, de las cuales 6 superan el IDH nacional; los valores más altos de esta región son Puerto Montt, Puerto Varas, Osorno, Castro y Ancud con un valor de **0.839**, **0.838**, **0.837**, **0.833** y **0.822** respectivamente. Por contraparte, existen 2 comunas incluidas dentro de las 20 comunas con menor IDH, siendo estas Queilén (18°) y San Juan de la Costa (4°).

En relación al IDH ajustado a discapacidad, ninguna logra superar la media nacional de IDH, siendo Puerto Montt (**0.803**) y Osorno (**0.800**) las que presentan mayor índice. Cochamo (**0.766**) y San Juan de la Costa (**0.760**) presentan el índice menor.

Las comunas con menor y mayor diferencia entre IDH e IDH ajustado a discapacidad son Mauñín con **0.021**, y con **0.043** Futaleufú.

X Region, de los Lagos (Años de estudios).

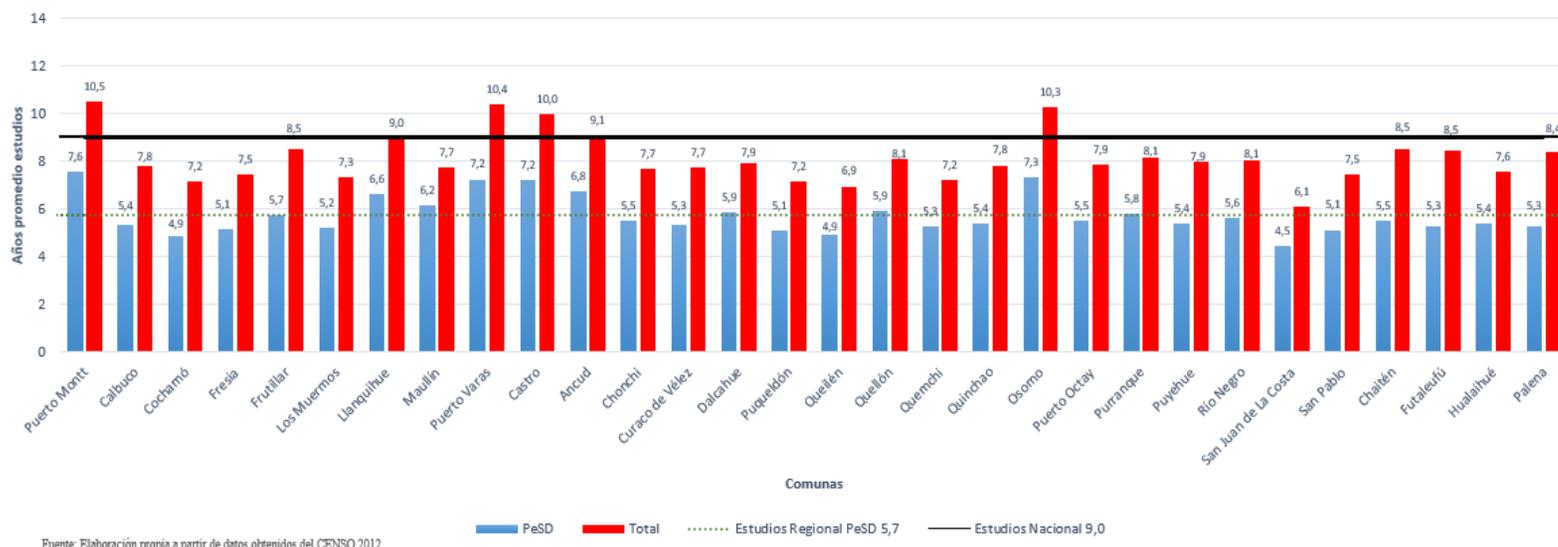


Grafico 16.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Puerto Montt	7,6	10,5	2,9
Calbuco	5,4	7,8	2,4
Cochamó	4,9	7,2	2,3
Fresia	5,1	7,5	2,3
Frutillar	5,7	8,5	2,8
Los Muermos	5,2	7,3	2,1
Llanquihue	6,6	9,0	2,4
Maullín	6,2	7,7	1,6
Puerto Varas	7,2	10,4	3,1
Castro	7,2	10,0	2,8
Ancud	6,8	9,1	2,3
Chonchi	5,5	7,7	2,2
Curaco de Vélez	5,3	7,7	2,4
Dalcahue	5,9	7,9	2,1
Puqueldón	5,1	7,2	2,1

Queilén	4,9	6,9	2,0
Quellón	5,9	8,1	2,2
Quemchi	5,3	7,2	1,9
Quinchao	5,4	7,8	2,4
Osorno	7,3	10,3	2,9
Puerto Octay	5,5	7,9	2,4
Purranque	5,8	8,1	2,3
Puyehue	5,4	7,9	2,5
Río Negro	5,6	8,1	2,4
San Juan de La Costa	4,5	6,1	1,6
San Pablo	5,1	7,5	2,4
Chaitén	5,5	8,5	3,0
Futaleufú	5,3	8,5	3,2
Hualaihué	5,4	7,6	2,2
Palena	5,3	8,4	3,1
Total	5,7	8,1	2,4

En el gráfico 16.1 se muestra la X Región respecto a los años promedio de estudios. Solo 6 comunas logran sobrepasar el promedio nacional (Puerto Montt, Puerto Varas, Osorno, Castro, Ancud y Llanquihue).

Respecto a los años promedio de estudios en PeSD, los mayores valores están presentados en las comunas de Puerto Montt (**7,6**) y Osorno (**7,3**). Los menores valores a su vez, están reflejados por las comunas de Cochamó, Queilén y San Juan de la Costa, con **4,9**, **4,9** y **4,5** respectivamente.

Al observar la diferencia de años de estudios, la menor diferencia se aprecia en las comunas de Maullín y San Juan de la Costa con **1,6** años. Por el contrario, la mayor diferencia se aprecia en Futaleufú con **3,2** años.

XI Región de Aysén del General Carlos Ibáñez Del Campo

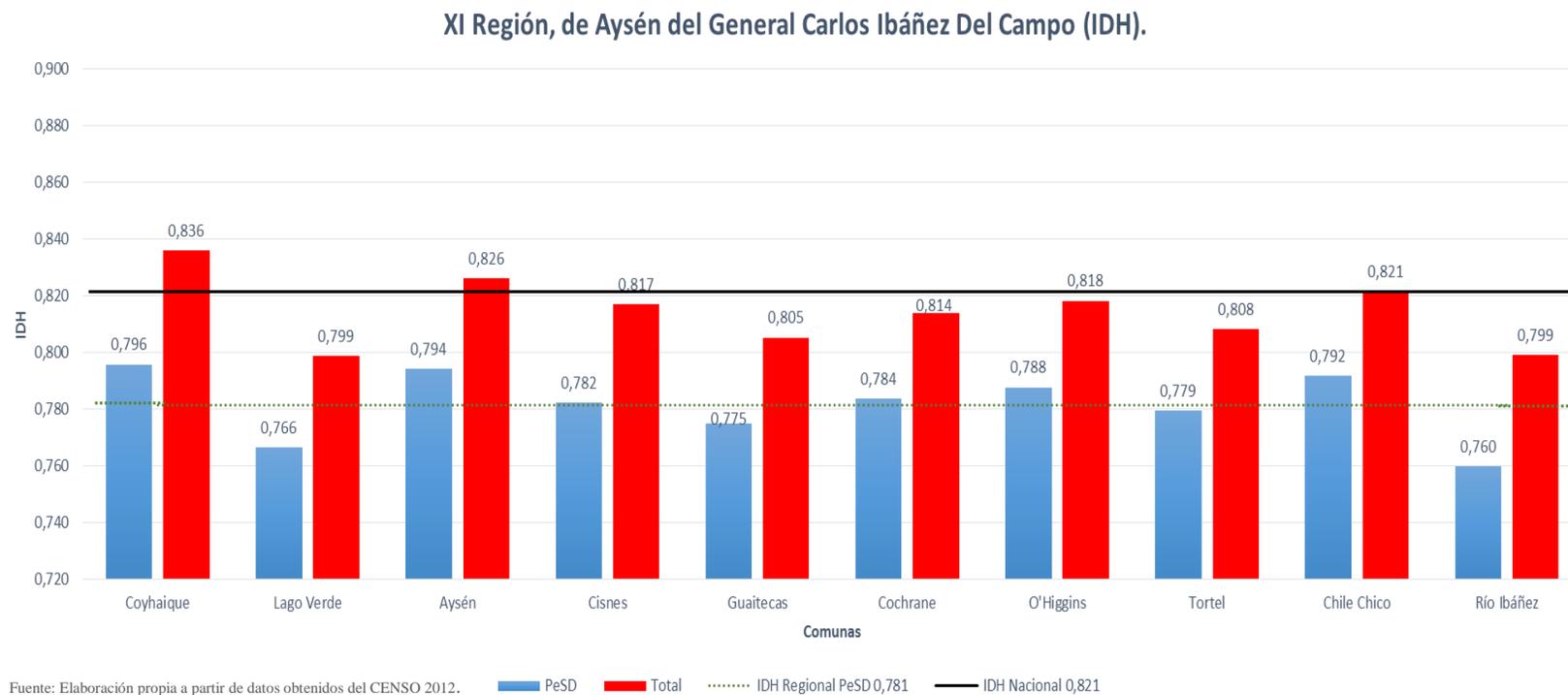


Gráfico 17.

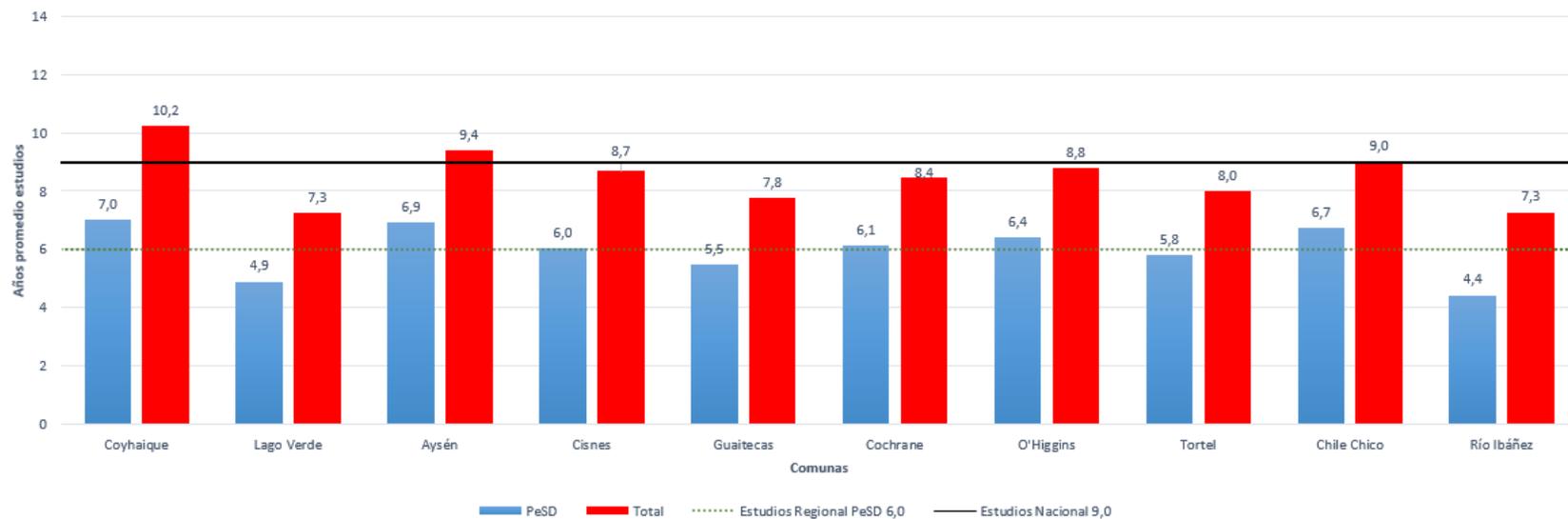
Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Coyhaique	0,796	0,836	0,040
Lago Verde	0,766	0,799	0,032
Aysén	0,794	0,826	0,032
Cisnes	0,782	0,817	0,035
Guaitecas	0,775	0,805	0,030
Cochrane	0,784	0,814	0,030
O'Higgins	0,788	0,818	0,031
Tortel	0,779	0,808	0,029
Chile Chico	0,792	0,821	0,030
Río Ibáñez	0,760	0,799	0,039
Total	0,781	0,814	0,033

El gráfico 17 nos muestra las 10 comunas que conforman la XI Región de Aysén del General Carlos Ibáñez Del Campo, los valores más altos regionales son la comuna de Coyhaique, Aysén y Chile Chico con un valor de IDH de **0.836, 0.826 y 0.821** respectivamente. Las comunas con un valor más bajo vienen siendo Lago Verde y Río Ibáñez con un IDH de **0.799**, siendo las de menor valor en la región.

Ajustando el IDH a discapacidad, Río Ibáñez con un IDH de **0.760** está ubicada en la 13° posición en cuanto a los menores valores de IDH ajustado.

Entre las comunas con menor y mayor diferencia entre IDH e IDH a discapacidad tenemos a Tortel con **0.029** y a Coyhaique con **0.040**.

XI Región, de Aysén del General Carlos Ibáñez Del Campo (Años de estudios).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 17.1.

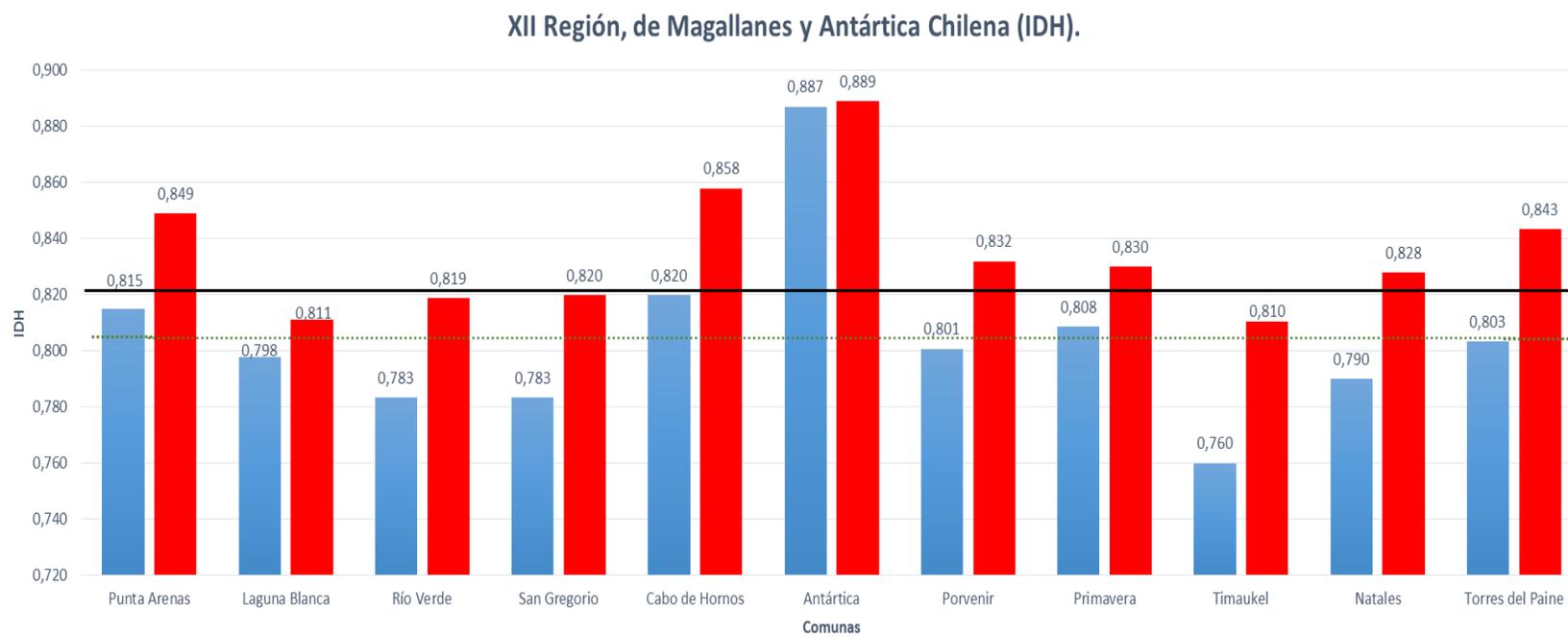
Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Coyhaique	7,0	10,2	3,2
Lago Verde	4,9	7,3	2,4
Aysén	6,9	9,4	2,5
Cisnes	6,0	8,7	2,6
Guaitecas	5,5	7,8	2,3
Cochrane	6,1	8,4	2,3
O'Higgins	6,4	8,8	2,4
Tortel	5,8	8,0	2,2
Chile Chico	6,7	9,0	2,3
Río Ibáñez	4,4	7,3	2,8
Total	6,0	8,5	2,5

El grafico 17.1 muestra la XI Región respecto a los años promedio de estudios. De las 10 comunas de la región, solo 3 superan la media nacional, siendo estas Coyhaique, Aysén y Chile Chico.

Cuando se aprecia los años de estudios respecto a las PeSD, se observa que Coyhaique presenta **7,0** años promedio de estudios, siendo el mas elevado de la región. Por otra parte, sólo Lago Verde y Rio Ibañez estan bajo los **5,0** años de promedio de estudios, con **4,9** y **4,4** años promedio respectivamente.

Al comparar años de estudios entre las 2 categorias, la menor diferencia se observa en Tortel con **2,2** años. Al contrario, Coyhaique muestra la mayor diferencia con **3,2** años.

XII Región de Magallanes y Antártica Chilena



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

■ PeSD ■ Total IDH Regional PeSD 0,804 — IDH Nacional 0,821

Gráfico 18.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Punta Arenas	0,815	0,849	0,034
Laguna Blanca	0,798	0,811	0,013
Río Verde	0,783	0,819	0,035
San Gregorio	0,783	0,820	0,036
Cabo de Hornos	0,820	0,858	0,038
Antártica	0,887	0,889	0,002
Porvenir	0,801	0,832	0,031
Primavera	0,808	0,830	0,021
Timaukel	0,760	0,810	0,050
Natales	0,790	0,828	0,038
Torres del Paine	0,803	0,843	0,040
Total	0,804	0,835	0,031

El gráfico 18 muestra la XII Región de Magallanes y Antártica Chilena. De las 11 comunas que conforman la región, 7 superan la media nacional en relación al IDH, siendo la comuna de la Antártica la más sobresaliente con **0.889**, ocupando a la vez el 4° lugar a nivel nacional. La comuna con menor valor es Timaukel con **0.810**.

En relación al IDH ajustado a discapacidad, solo la comuna de la Antártica supera la media nacional de IDH con un valor de **0.887**, posicionándose en el 1° lugar a nivel nacional. Las comunas con índice más bajo son Río verde (**0.783**), San Gregorio (**0.783**) y Timaukel (**0.760**). Esta última está dentro de las 20 comunas con índice más bajo, ocupando el lugar 14° a nivel nacional.

Al comparar el IDH e IDH ajustado a discapacidad, se observa la menor diferencia en la comuna de la Antártica con un valor de **0.002**. En contraparte, Timakuel presenta la mayor diferencia, con un valor de **0.050**.

XII Región, de Magallanes y Antártica Chilena (Años de estudios).

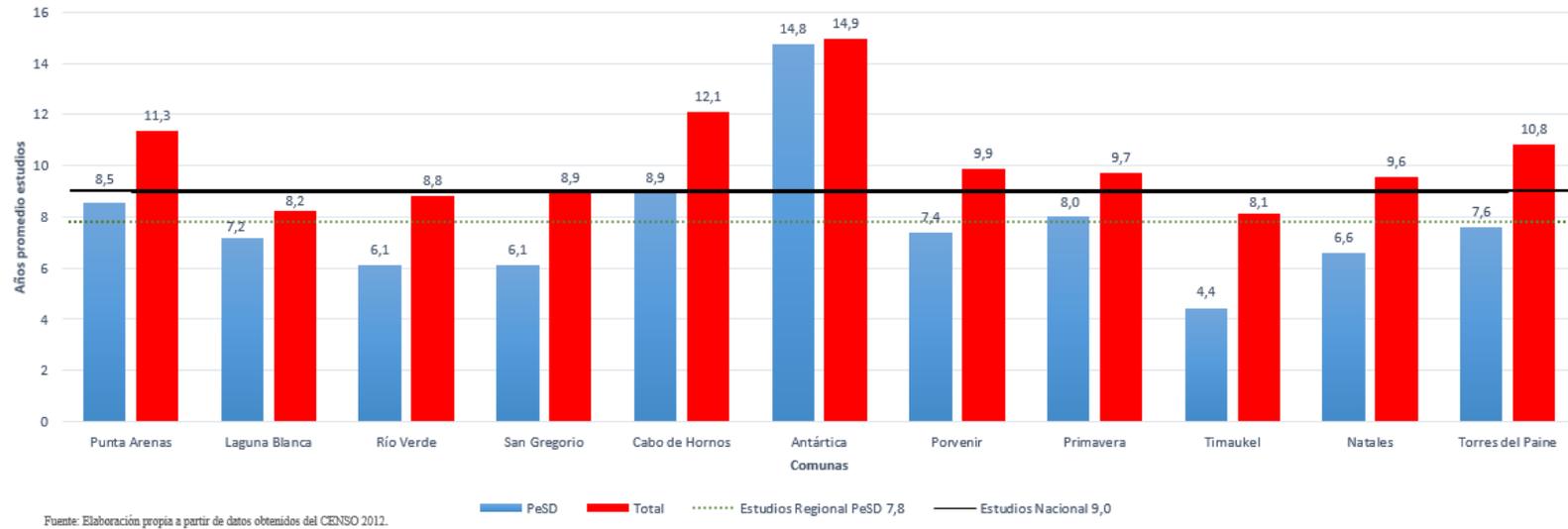


Gráfico 18.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Punta Arenas	8,5	11,3	2,8
Laguna Blanca	7,2	8,2	1,0
Río Verde	6,1	8,8	2,7
San Gregorio	6,1	8,9	2,8
Cabo de Hornos	8,9	12,1	3,2
Antártica	14,8	14,9	0,1
Porvenir	7,4	9,9	2,5
Primavera	8,0	9,7	1,7
Timaukel	4,4	8,1	3,7
Natales	6,6	9,6	3,0
Torres del Paine	7,6	10,8	3,2
Total	7,8	10,2	2,4

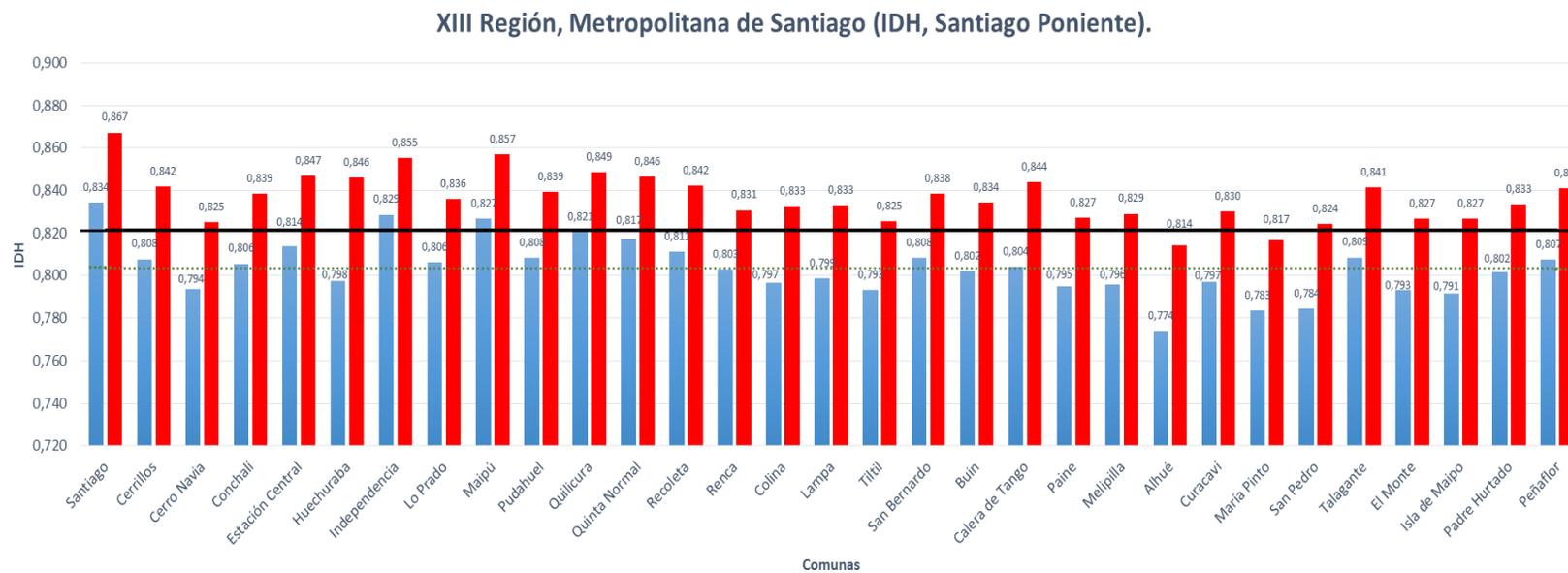
En el gráfico 18.1 se muestran los años promedio de estudios de la XII Región. De las 11 comunas de la region, 7 logran superar la media nacional, la Antártica Chilena con **14,9** años promedio es la comuna en la 4° posición a nivel país.

Al observar los años promedio de estudios referentes a PeSD, la Antártica Chilena (**14,8**) logra posicionarse 1° a nivel nacional. La comuna de Timaukel, por su parte, es la que presenta el menor valor regional con **4,4** años promedio, estando 14° entre las de menos promedio de estudios.

Apreciando las diferencia entre las 2 categorías, la menor diferencia la observamos en la comuna de la Antartica con **0,1** años. Por el contrario, Timaukel con **3,7** años es la que presenta la mayor diferencia.

XIII Región Metropolitana de Santiago

Santiago Poniente



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

■ PeSD ■ Total IDH Regional PeSD 0,804 — IDH Nacional 0,821

Gráfico 19.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Santiago	0,834	0,867	0,033
Cerrillos	0,808	0,842	0,034
Cerro Navia	0,794	0,825	0,031
Conchalí	0,806	0,839	0,033
Estación Central	0,814	0,847	0,033
Huechuraba	0,798	0,846	0,048
Independencia	0,829	0,855	0,027
Lo Prado	0,806	0,836	0,030
Maipú	0,827	0,857	0,030
Pudahuel	0,808	0,839	0,031
Quilicura	0,821	0,849	0,028
Quinta Normal	0,817	0,846	0,029
Recoleta	0,811	0,842	0,031
Renca	0,803	0,831	0,028
Colina	0,797	0,833	0,036
Lampa	0,799	0,833	0,034

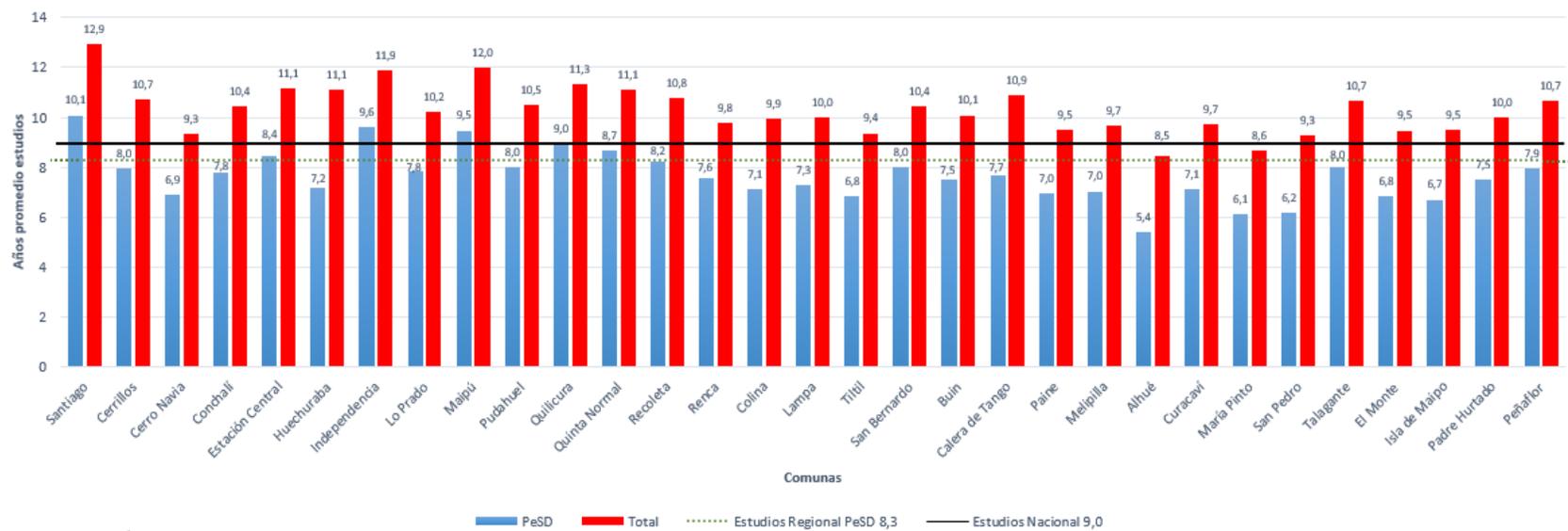
Tiltíl	0,793	0,825	0,032
San Bernardo	0,808	0,838	0,030
Buín	0,802	0,834	0,032
Calera de Tango	0,804	0,844	0,040
Paine	0,795	0,827	0,032
Melipilla	0,796	0,829	0,033
Alhué	0,774	0,814	0,041
Curacaví	0,797	0,830	0,033
María Pinto	0,783	0,817	0,033
San Pedro	0,784	0,824	0,040
Talagante	0,809	0,841	0,033
El Monte	0,793	0,827	0,034
Isla de Maipo	0,791	0,827	0,036
Padre Hurtado	0,802	0,833	0,032
Peñaflor	0,807	0,841	0,034
Total	0,804	0,837	0,033

El gráfico 19 muestra la XIII Región en su división Santiago Poniente. De las 31 comunas los valores más bajos los poseen María Pinto y Alhué, con **0.817** y **0.814**. Por otra parte, el mayor valor corresponde la comuna de Santiago con **0.867**, ubicándose 8° a nivel nacional.

Ajustando el índice a discapacidad, las 4 comunas con mayor índice de IDH son Santiago (**0.834**), Independencia (**0.829**), Maipú (**0.827**) y Quilicura (**0.821**) estas comunas. A su vez, los menores valores del índice los apreciamos en Isla de Maipo, San Pedro, María Pinto y Alhué, con **0.791**, **0.784**, **0.783** y **0.774** respectivamente. A nivel nacional se observa a Santiago e Independencia posicionados en las primeras 10° ubicaciones, 9° y 7° respectivamente.

Al comparar entre IDH e IDH ajustado a discapacidad, se aprecia que las menores diferencias están en Independencia y Renca con **0.027** y **0.028** respectivamente. Por otro lado, la mayor diferencia está en Huechuraba con **0.048**.

XIII Región, Metropolitana de Santiago (Años de estudios, Santiago Poniente).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 19.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Santiago	10,1	12,9	2,8
Cerrillos	8,0	10,7	2,8
Cerro Navia	6,9	9,3	2,4
Conchalí	7,8	10,4	2,7
Estación Central	8,4	11,1	2,7
Huechuraba	7,2	11,1	3,9
Independencia	9,6	11,9	2,2
Lo Prado	7,8	10,2	2,4
Maipú	9,5	12,0	2,5
Pudahuel	8,0	10,5	2,5
Quilicura	9,0	11,3	2,3
Quinta Normal	8,7	11,1	2,4
Recoleta	8,2	10,8	2,5
Renca	7,6	9,8	2,2
Colina	7,1	9,9	2,9
Lampa	7,3	10,0	2,7

Tiltil	6,8	9,4	2,5
San Bernardo	8,0	10,4	2,4
Buín	7,5	10,1	2,6
Calera de Tango	7,7	10,9	3,2
Paine	7,0	9,5	2,5
Melipilla	7,0	9,7	2,6
Alhué	5,4	8,5	3,1
Curacaví	7,1	9,7	2,6
María Pinto	6,1	8,6	2,5
San Pedro	6,2	9,3	3,1
Talagante	8,0	10,7	2,7
El Monte	6,8	9,5	2,6
Isla de Maipo	6,7	9,5	2,8
Padre Hurtado	7,5	10,0	2,5
Peñaflor	7,9	10,7	2,7
Total	9,7	12,1	2,5

El gráfico 19.1 muestra a la XIII Región en su división Santiago Poniente. En cuanto a los años promedio de estudios, sólo María Pinto y Alhué, con **8,6** y **8,5** años respectivamente, no superan la media nacional.

Al observar los años promedio de estudios referentes a las PeSD, se aprecia a Santiago e Independencia posicionadas como 7° y 9° a nivel nacional. Por contraparte, los menores valores de esta división regional se aprecia en las comunas de San Pedro, María Pinto y Alhué, con **6,2**, **6,1** y **5,4** respectivamente.

La menor diferencia se aprecia en las comunas de Independencia y Renca, con **2,2** años. La mayor diferencia se observa en la comuna de Huechuraba con **3,9** años.

Santiago Oriente

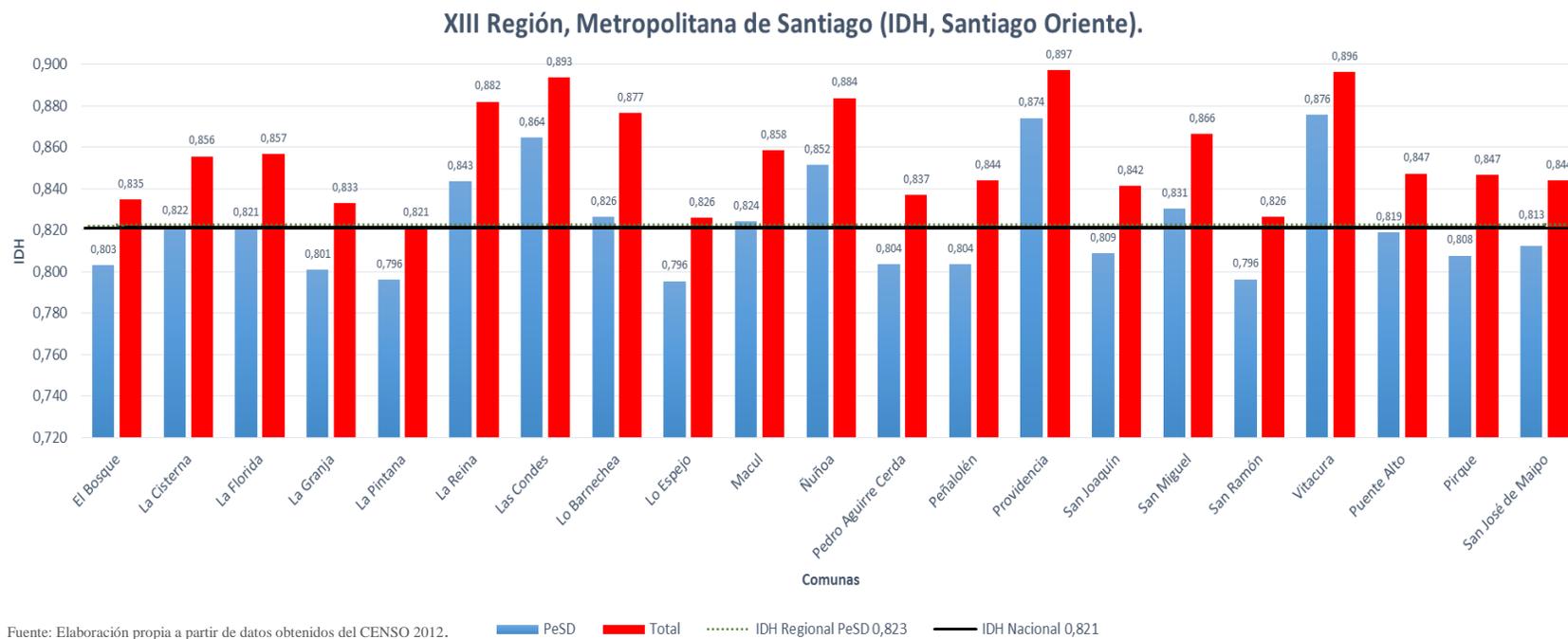


Gráfico 20.

Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
El Bosque	0,803	0,835	0,032
La Cisterna	0,822	0,856	0,033
La Florida	0,821	0,857	0,036
La Granja	0,801	0,833	0,032
La Pintana	0,796	0,821	0,025
La Reina	0,843	0,882	0,039
Las Condes	0,864	0,893	0,029
Lo Barnechea	0,826	0,877	0,050
Lo Espejo	0,796	0,826	0,030
Macul	0,824	0,858	0,034
Ñuñoa	0,852	0,884	0,032

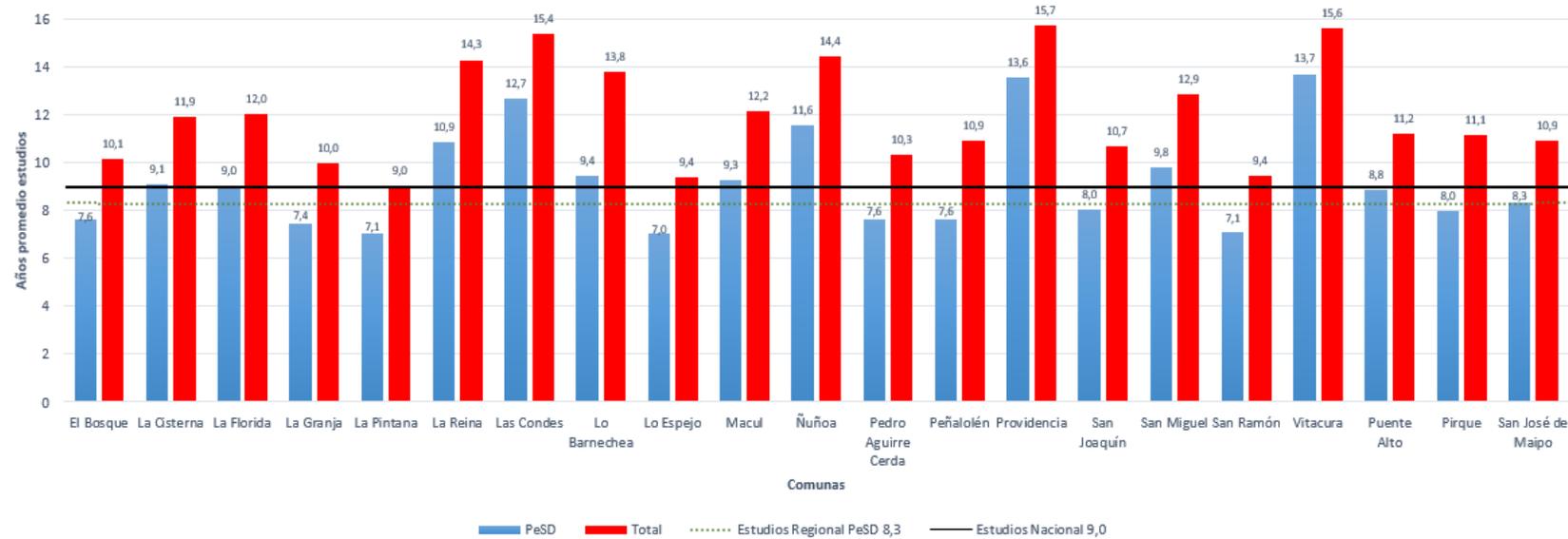
Pedro Aguirre Cerda	0,804	0,837	0,033
Peñalolén	0,804	0,844	0,040
Providencia	0,874	0,897	0,023
San Joaquín	0,809	0,842	0,033
San Miguel	0,831	0,866	0,036
San Ramón	0,796	0,826	0,030
Vitacura	0,876	0,896	0,021
Puente Alto	0,819	0,847	0,028
Pirque	0,808	0,847	0,039
San José de Maipo	0,813	0,844	0,032
Total	0,823	0,856	0,033

El gráfico 20 muestra la XIII Región en su división de Santiago Oriente. En relación al IDH, se observan que 21 de las 21 comunas superan la media nacional, destacándose Providencia, Vitacura, Las Condes, Ñuñoa y La Reina.

En relación al IDH ajustado a discapacidad, 10 de las comunas supera el promedio nacional de IDH, en donde 6 de las primeras 10 posiciones está representada por esta división regional, Vitacura (**0.876**), Providencia (**0.874**), Las Condes (**0.864**), Ñuñoa (**0.852**), La Reina (**0.843**) y San Miguel (**0.831**). Las comunas con el menor índice son La Pintana, San Ramón y Lo Espejo con **0.796**.

Al comparar el IDH e IDH ajustado a discapacidad, la menor diferencia se encuentra en las comunas de Providencia (**0.023**), La Pintana (**0.025**) y Vitacura (**0.021**). La mayor diferencia se aprecia en Peñalolén (**0.040**), La Reina (**0.039**) y Lo Barnechea (**0.050**).

XIII Región, Metropolitana de Santiago (Años de estudios, Santiago Oriente).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 20.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
El Bosque	7,6	10,1	2,5
La Cisterna	9,1	11,9	2,8
La Florida	9,0	12,0	3,0
La Granja	7,4	10,0	2,6
La Pintana	7,1	9,0	2,0
La Reina	10,9	14,3	3,4
Las Condes	12,7	15,4	2,7
Lo Barnechea	9,4	13,8	4,3
Lo Espejo	7,0	9,4	2,4
Macul	9,3	12,2	2,9
Ñuñoa	11,6	14,4	2,9

Pedro Aguirre Cerda	7,6	10,3	2,7
Peñalolén	7,6	10,9	3,3
Providencia	13,6	15,7	2,2
San Joaquín	8,0	10,7	2,6
San Miguel	9,8	12,9	3,1
San Ramón	7,1	9,4	2,4
Vitacura	13,7	15,6	1,9
Puente Alto	8,8	11,2	2,3
Pirque	8,0	11,1	3,2
San José de Maipo	8,3	10,9	2,6
Total	9,2	12,0	2,7

En el gráfico 20.1 se muestran los años promedio de estudios de la XIII Región en su división Santiago Oriente. En esta, la totalidad de las comunas sobrepasa el promedio nacional, presentando la comuna de Providencia y Vitacura los mayores valores.

Al observar la cantidad de años promedio de estudios referentes a las PeSD, se aprecia que 6 de las primeras 10 posiciones a nivel nacional se encuentran en esta división regional, siendo Vitacura (**13,7**), Providencia (**13,6**) y Las Condes (**12,7**) las que más destacan. El menor valor se ve representada en La Pintana, San Ramón y la comuna de Lo Espejo, con **7,1**, **7,1** y **7,0** respectivamente.

La menor y mayor diferencia se aprecian en las comunas de Vitacura con **1,9** años y Lo Barnechea con **4,3** años.

XIV Región de los Ríos

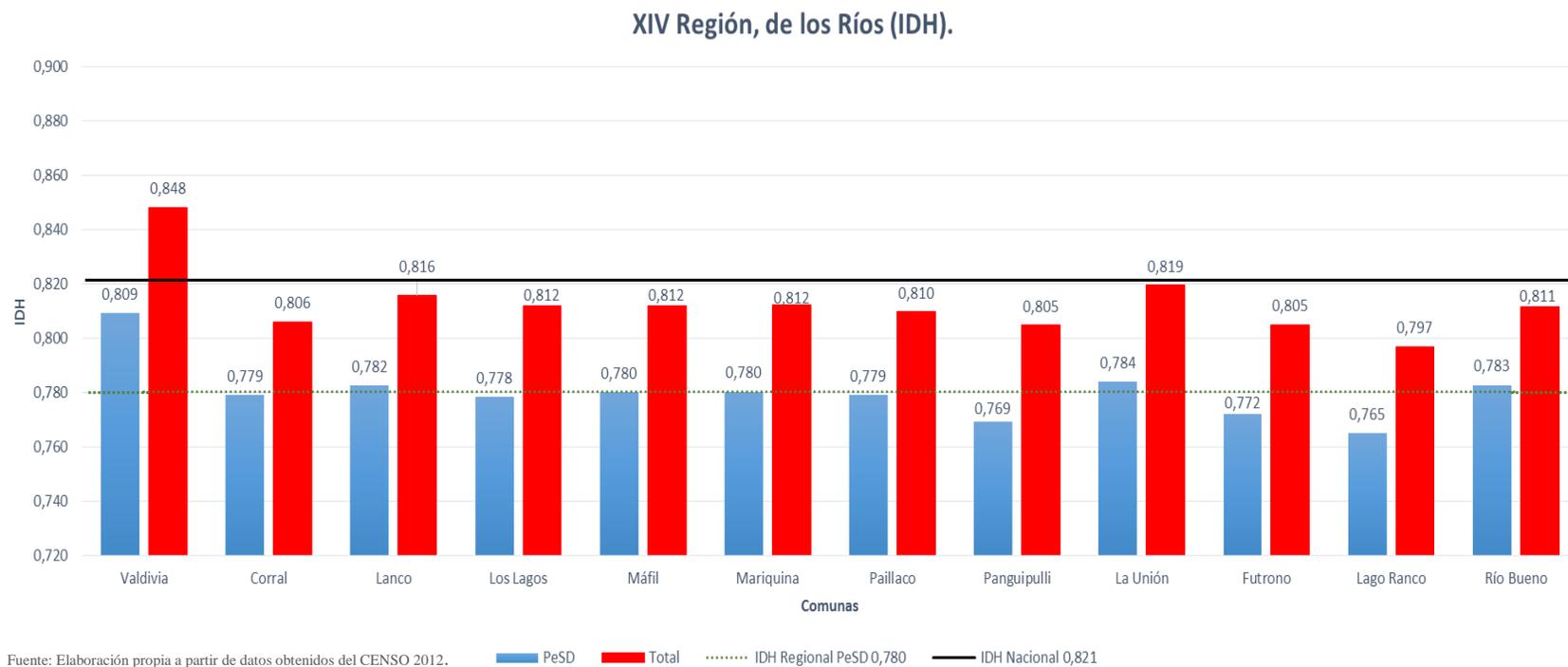


Gráfico 21.

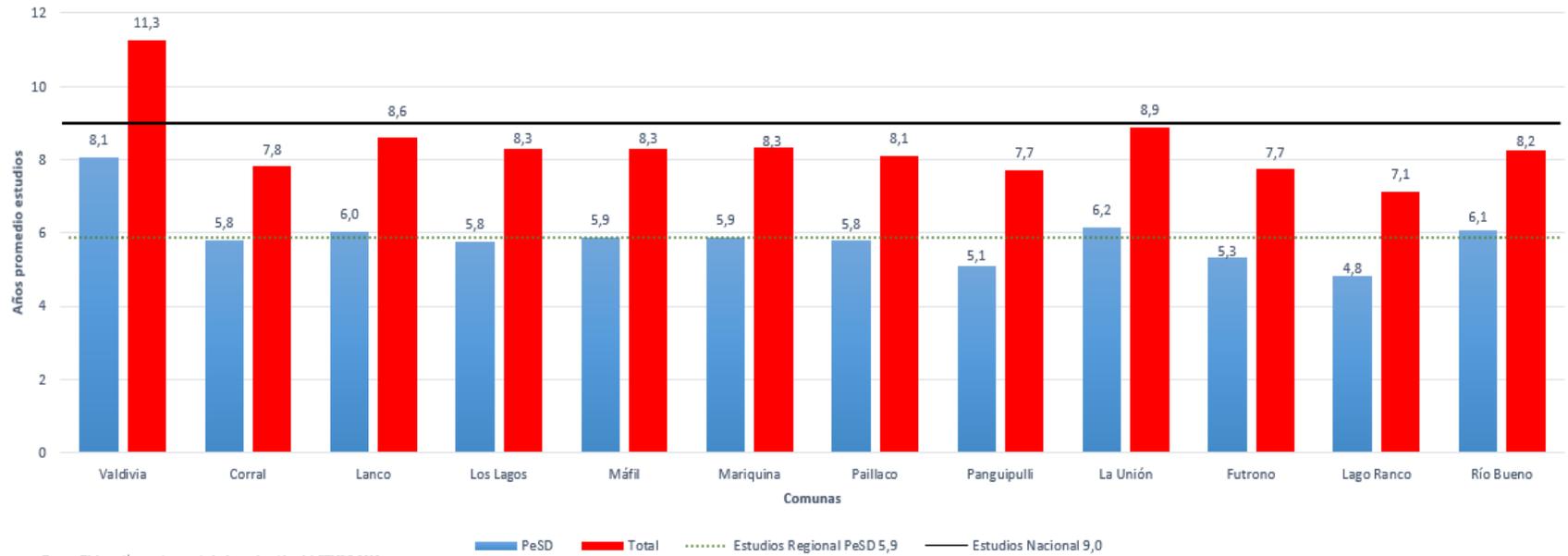
Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Valdivia	0,809	0,848	0,039
Corral	0,779	0,806	0,027
Lanco	0,782	0,816	0,033
Los Lagos	0,778	0,812	0,033
Máfil	0,780	0,812	0,032
Mariquina	0,780	0,812	0,032
Paillaco	0,779	0,810	0,031
Panguipulli	0,769	0,805	0,035
La Unión	0,784	0,819	0,035
Futrono	0,772	0,805	0,033
Lago Ranco	0,765	0,797	0,032
Río Bueno	0,783	0,811	0,029
Total	0,780	0,813	0,033

El gráfico 21 muestra la XIV Región. En relación al IDH nacional, se puede observar que de sus 12 comunas sólo Valdivia supera el promedio nacional, con un valor de **0.848**. Lago Ranco, por su parte, es la comuna con el menor valor en su índice (**0.797**).

En relación al IDH ajustado a discapacidad, se observa que ninguna comuna supera el promedio nacional de IDH. El valor más alto está nuevamente en la comuna de Valdivia (**0.809**). Lago Ranco es la comuna con el menor índice de la región, con un valor de **0.765**.

La menor diferencia al comparar IDH e IDH ajustado a discapacidad la apreciamos en Corral con **0.027**, y en contraposición, la comuna de Valdivia con **0.039** con la mayor diferencia.

XIV Región, de los Ríos (Años de estudios).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 21.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Valdivia	8,1	11,3	3,2
Corral	5,8	7,8	2,0
Lanco	6,0	8,6	2,5
Los Lagos	5,8	8,3	2,5
Máfil	5,9	8,3	2,4
Mariquina	5,9	8,3	2,4
Paillaco	5,8	8,1	2,3
Panguipulli	5,1	7,7	2,6
La Unión	6,2	8,9	2,7
Futrono	5,3	7,7	2,4
Lago Ranco	4,8	7,1	2,3
Río Bueno	6,1	8,2	2,2
Total	5,9	8,4	2,5

El gráfico 21.1 muestra a la XIV Region. En cuanto a los años promedio de estudios, se aprecia que sólo la comuna de Valdivia logra superar el promedio nacional, con **11,3** años de promedio de estudios. Por otro lado, Lago Ranco es la comuna que presenta el menor valor con **7,1** años promedio.

Cuando apreciamos los valores referentes a las PeSD, sobresale la comuna de Valdivia con **8,1** años promedio, seguido a distancia por la comuna de La Union con **6,2** años promedio. Las comunas que presentan los menores valores de años promedio son Panguipulli y Lago Ranco, con **5,1** y **4,8** respectivamente.

En relacion a las diferencias entre años de estudio en PeSD y Total, la menor se aprecia en Corral con **2,0** años, y por el contrario, la mayor diferencia se puede apreciar en la comuna de Valdivia con **3,2** años.

XV Región de Arica y Parinacota

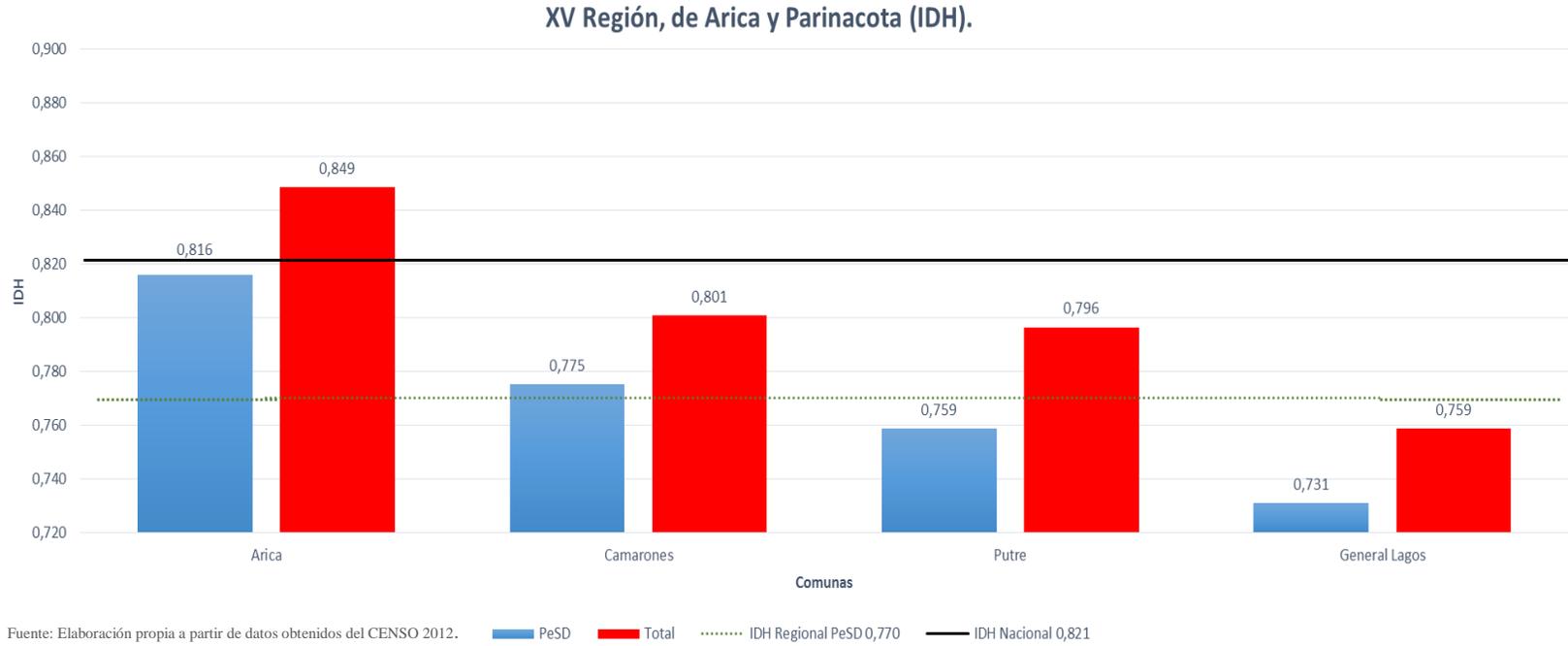


Gráfico 22.

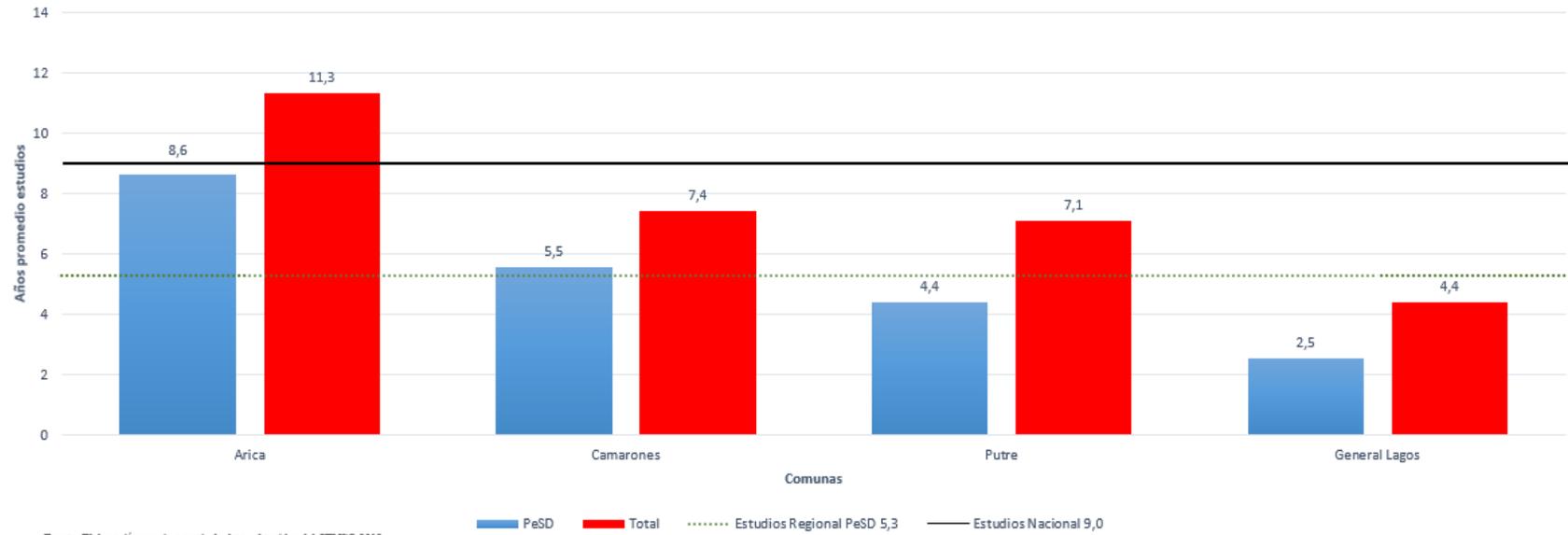
Comunas	IDH PeSD	IDH Total	Diferencia
Arica	0,816	0,849	0,033
Camarones	0,775	0,801	0,026
Putre	0,759	0,796	0,038
General Lagos	0,731	0,759	0,028
Total	0,770	0,801	0,031

El gráfico 22 nos muestra la XV Región, la cual indica que Arica con **0.849** de IDH, es la única comuna que supera la media nacional. General Lagos (**0.759**), por su parte, es la comuna con el IDH más bajo a nivel país.

En cuanto al IDH ajustado a discapacidad, se muestra que ninguna comuna logra superar el promedio nacional de IDH, en donde Putre ocupa la posición 10° y General Lagos la 1° ubicación dentro de las comunas con menores índices a nivel nacional, con **0.759** y **0.731** respectivamente.

En cuanto a la comparación de IDH e IDH ajustado a discapacidad, en esta región se ve ordenada de menor a mayor diferencia: Camarones (**0.026**), General Lagos (**0.028**), Arica (**0.033**) y Putre (**0.038**).

XV Región, de Arica y Parinacota (Años de estudios).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del CENSO 2012.

Gráfico 22.1.

Comuna	Años de estudios PeSD	Años de estudios Total	Diferencia
Arica	8,6	11,3	2,7
Camarones	5,5	7,4	1,9
Putre	4,4	7,1	2,7
General Lagos	2,5	4,4	1,8
Total	5,3	7,5	2,3

En el gráfico 22.1 se muestra la XV Región respecto a los años promedio de estudios. Se puede observar que Arica, con **11,3** años, es la única comuna de la región que supera la media nacional. A su vez, General Lagos presenta el valor de años de estudios más bajo a nivel nacional, con **4,4** años de promedio de estudios.

Al observar la cantidad de años promedio de estudios en PeSD, se aprecia a 2 comunas de la región entre los 10 menores valores a nivel país, siendo estos la comuna de Putre en la 10° posición (**4,4** años) y la comuna de General Lagos en la 1° posición a nivel nacional (**2,5** años).

Al comparar los años de estudio entre las 2 categorías, se observa que General Lagos es la comuna que presenta la menor diferencia con **1,8** años. Por el contrario, las comunas de Arica y Putre muestran la mayor diferencia expresado con **2,7** años.

Conclusiones

Las personas en situación de discapacidad estudian en promedio menos años que la población total, en todo orden de organizaciones territoriales. En consecuencia, al comparar los índices, tanto a nivel nacional, como regional y comunal, el IDH ajustado a discapacidad resultó ser inferior respecto del IDH. Así mismo, ningún IDH regional ajustado a discapacidad logra alcanzar el IDH promedio del país. A nivel comunal, la tendencia es similar, a excepción de 27 comunas que alcanzan y/o superan el promedio de IDH de Chile, donde la concentración está mayoritariamente en la XIII Región Metropolitana.

Discusión

La presente investigación es pionera a nivel mundial, en cuanto a realizar un ajuste del Índice del Desarrollo Humano (IDH) para la población de personas en situación de discapacidad. Actualmente no existen estudios similares relacionados al IDH ajustado a personas en situación de discapacidad.

Sin embargo, y dada las limitaciones que presentó el estudio, en cuanto a la fuente de datos, calidad de los estudios, y a raíz de los resultados obtenidos, se puede exponer la situación nacional y mundial en relación a la educación que las personas en situación de discapacidad son capaces de acceder.

En relación a la educación una primera fuente de datos resulta ser el “Informe Mundial sobre la Discapacidad”, en el cual se expone que el **50,6%** de los hombres con discapacidad había terminado la escuela primaria, en comparación con el **61,3%** de los hombres sin discapacidad. Al analizar datos de mujeres respecto a escuela primaria se observa un porcentaje del **41,7%** con discapacidad frente a un **52,9%** en las mujeres sin discapacidad. Respecto de los años promedio de estudios obtenidos en la población mundial, son **7,03** años en hombres sin discapacidad en comparación a los **5,96** años en hombres con discapacidad. En mujeres, en tanto, vemos **6,26** años promedio de estudios en mujeres sin discapacidad y **4,98** años promedio de estudios en mujeres con discapacidad (OMS, 2011).

En cuanto a datos sobre países, los datos proporcionados por la literatura, indican que es menos probable que los jóvenes que presenten algún tipo de discapacidad asistan a centros educacionales que sus pares sin discapacidad. Una tendencia acentuada de mayor forma en países de bajos recursos. Las tasas de asistencia a la escuela primaria por parte de jóvenes con o sin discapacidad va desde valores como 10% en la India a 60% en Indonesia, mientras que al hablar de educación secundaria la brecha va de 15% en Camboya al 58% en Indonesia.

Al observar datos sobre Europa oriental, países con altas tasas de matriculación en educación primaria, muchos jóvenes con discapacidad no asisten a la escuela. En 2002, las tasas de matrícula de niños con discapacidad de 7 a 15 años ascendían a 81% en Bulgaria, 58% en Moldavia y 59% en Rumania, y 96%, 97% y 93% respectivamente al apreciar datos sobre niños sin discapacidad (OMS, 2011).

Según la Encuesta Mundial de la Salud 2014, en 14 de 15 países de bajos y medianos ingresos,

la población activa con discapacidad tiene un tercio menos de probabilidades de terminar el ciclo de enseñanza primaria (UNESCO, 2014).

En relación a Latinoamérica, la CEPAL señala que los logros promedio en las personas con discapacidad difícilmente superan los 3 años de estudio. En Uruguay, Costa Rica y Panamá se encuentra la mayor proporción de PeSD que han completado 7 años de educación, correspondientes a la enseñanza primaria. México, Colombia y el Salvador son los países, en orden decreciente, que tienen la menor proporción de PeSD que han completado la enseñanza primaria (CEPAL, 2012).

Limitaciones del estudio

Si bien la forma metodológica de análisis de datos es correcta, los mismos orígenes de los datos tienen limitaciones, en primera parte los datos analizados provienen del CENSO 2012, el cual en sí tuvo problemas de validación por diferentes causas, una de ella fue la cobertura incompleta a nivel país, reconocidas por parte del INE en la auditoría efectuada al CENSO la cual deja de manifiesto que: *“Las principales conclusiones de esta auditoría indican que la base de datos analizada presenta serios problemas en aspectos demográficos, en cuanto a la cobertura obtenida, estructura de población por sexo y edad y variables de migración. También se registran inconsistencias tanto en las variables sociales y económicas de la base, como en las de vivienda y hogar”*. Así como también el hecho de que no tuviese preguntas más específicas para las personas en situación de discapacidad al no estar interiorizada una ideología o mirada sobre PeSD, sino más bien una mirada limitada sobre discapacidad que solo consideró 5 preguntas relacionadas al tema: dificultad física, mudez, dificultad psiquiátrica, sordera y ceguera (INE, 2012).

Como segundo punto estaría el hecho de que para la obtención del cálculo correcto de IDH se necesitan datos de tres dimensiones, datos sobre la esperanza de vida, datos sobre educación, y el INB per cápita. Con la información recopilada solo logramos obtener datos de la dimensión de educación y las otras dos dimensiones fueron tomadas en relación a datos nivel país, por lo tanto, y al no poder modificar o ajustar los otros dos parámetros, como resultado final se logró obtener una diferencia mínima en la comparación de IDH entre población total y las PeSD.

Proyecciones del estudio

Entre las proyecciones de la presente investigación se puede hacer referencia al aporte que este tiene en cuanto a la recopilación de información en cuanto a las personas en situación de discapacidad, al crear interés en relación al desarrollo humano que estas personas alcanzan y cuál es su situación de vida.

En otro ámbito, este estudio viene a ser una crítica a los instrumentos de recopilación de información de la población chilena, en especial al CENSO, el cual no tiene una visión de “situación de discapacidad”, sino una visión desactualizada de la discapacidad apuntando fundamentalmente a si la persona es ciega, sorda, muda o con limitante física. Se sugiere una revisión de la metodología en la recopilación de información sobre la situación de discapacidad, acercándose más a la utilizada en el instrumento ENDISC II, el cual hace divisiones por nivel de limitación (PeSD leve, moderada y severa), lo que está más en concordancia con la mirada propuesta por la CIF y permitiría recopilar de manera más efectiva información sobre las PeSD en Chile.

Referencias

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). 2012. Estudio temático sobre el trabajo y el empleo de las personas con discapacidad.
- Australian Bureau of Statistics, 2003. Testing a disability question for the census. Canberra, Family and Community Statistics Section.
- Australian Bureau of Statistics, 2004. Disability, ageing and carers: summary of findings, 2003 Canberra.
- Banco Mundial, 2004. Basado en las evaluaciones del Departamento de Trabajos Públicos de Sudáfrica, AccessibleDesign Case Studies, 2004, in Metts, Robert, 'Disability and Development', documento de antecedentes preparado para el programa de la investigación sobre discapacidad y desarrollo, Washington, D.C., págs. 15–45.
- Banco Mundial, 2009. People with disabilities in India: from commitments to outcomes. Washington, DC.
- Bedoya Abella, Claudia, 2010, "AmartyaSen y el desarrollo Humano". Universidad Cooperativa de Colombia.
- Bennett, E., 2009. Contact a Family, 'What Makes My Family Stronger: A report into what makes families with disabled children stronger – socially, emotionally and practically', Londres.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017, Inclusión social de personas con discapacidad.
- Bines H, Lei P, eds. 2007. Education's missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. Milton Keynes, World Vision UK.
- Bolivar, Gardy. Elizalde, Antonio, 2009, "Desarrollo Humano y Justicia". Rev. de la Universidad Bolivariana, vol.8, n23.
- Bowe, F. 1984. Disabled women in America: A statistical report drawn from census data (Washington, D.C., President's Committee on Employment of the Handicapped).
- Buckup, Sebastian, 2009. 'The Price of Exclusion: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work', International Labour Office Employment Working Paper No. 43, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- CE, 2010a. European disability strategy 2010-2020: A renewed commitment to a barrier-free Europe. Comunicación de la Comisión Europea.
- CEPAL, 2012, Panorama Social de América Latina, Naciones Unidas.
- Cyhlarova, E. et al., 2010. Economic burden of mental illness cannot be tackled without research investment, en Mental Health Foundation (Londres, Institute of Psychiatry) (Instituto de Psiquiatría de Londres)
- D'Aiglepierre, Rohen, 2012) FocusDevelopmentAssociation y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'ExclusionScolaire et Moyensd'InclusionauCyclePrimaire a Madagascar', febrero de 2012, pág. 67.)
- Eide A, Loeb M. 2006. Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study. Oslo, SINTEF.
- Eide AH et al. 2003a. Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey. Oslo, SINTEF.
- Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. 2003b. Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative, national study. Oslo, SINTEF.

- Filmer, D., 2008. 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', *World Bank Economic Review*, vol. 22, no. 1, págs. 141–163.
- FONADIS, 2015, I Estudio Nacional de Discapacidad.
- Fundación Nacional de Discapacitados, 2011, Discapacidad en Chile.
- Gobierno de Chile, 2011, CASEN.
- Gobierno del Reino Unido, 2007 'The Consolidated 3rd and 4th Periodic Report to UN Comité sobre los Derechos del Niño', Reino Unido, julio de 2007, pág. 31.
- Grammenos S. 2003. *Illness, disability and social inclusion*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Grammenos, S. 2010. *Indicators of Disability Equality in Europe: Comparative data on a selection of quantitative implementation indicators*. ANED.
- Grech S. 2008 *Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty*. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*.
- Haualand H, Allen C. 2009. *Deaf people and human rights*. Helsinki, World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf.
- Jin, X., et al., 2007 "'Care for Development" Intervention in Rural China: A prospective follow-up study', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 28, no. 3, 2007, págs. 213–218.
- Kennedy J. 2001. *Unmet and under met need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys*. *Medical Care*.
- Loeb ME, Eide AH, eds. 2004. *Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study*. Oslo, SINTEF.
- Max Neef, Elizalde & Hopenhayn, 1986, "Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro".
- McFarlane L, McLean J. 2003. *Education and training for direct care workers*. *Social Work Education*.
- Messell, E. 1997. *Employment strategies for women with disabilities*. Publicación presentada en el Foro Internacional de Liderazgo para Mujeres con Discapacidad, Washington, DC, 15–20 de junio de 1997 (Ginebra, OIT).
- Michailakis D. 1997 *Government action on disability policy: a global survey*. Stockholm, Institute on Independent Living.
- Ministerio de Salud Chile, 2016, II Estudio Nacional de la Discapacidad ENDISC.
- Mont, Daniel M., y Nguyen Viet Cuong, 2011. 'Disability and Poverty in Vietnam', *World Bank Economic Review*, vol. 25, no. 2, págs. 323–359.
- Nahar, Baitun, et al., 2009 'Effects of Psychosocial Stimulation on Growth and Development of Severely Malnourished Children in a Nutrition Unit in Bangladesh', *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 63, no. 6, junio de 2009, págs. 725–731.
- Nair, M. K., et al., 2009. 'Effect of Child Development Centre Model Early Stimulation among At Risk Babies: A randomized controlled trial', *Indian Pediatrics*, vol. 46, suplemento, enero de 2009, págs. s20–s26.

- OCDE, 2010. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*, OCDE iLibrary.
- OIT, 1996. *Recomendación Sobre el Trabajo a Domicilio*.
- OIT, 2002. *El Trabajo Decente y la Economía Informal*. Conferencia Internacional del Trabajo, 90° Reunión.
- OIT, 2009. *Información Sobre Discapacidad y Trabajo Decente*.
- OIT, 2015. *Trabajo decente para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo OIT*.
- OMS, 2011, *INFORME MUNDIAL LA DISCAPACIDAD*.
- ONU, 2006. *Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad*.
- ONU, 2007, *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*.
- ONU, 2014, *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*, Guía de formación N° 19.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *EFA Global Monitoring Report 2010: Reaching the marginalized*, UNESCO y Oxford University Press, Paris y Oxford, UK, 2010; Loeb, M. E., and Arne H. Eide, eds., ‘Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study’, SINTEF Health Research, Oslo, 26 de agosto de 2004, , 31 de enero de 2013; Gobierno de la República Unida de Tanzania, ‘2008 Tanzania Disability Survey’, Oficina Nacional de Estadísticas de la República Unida de Tanzania, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania, 2009, pág. 19, , 31 de enero de 2013.
- Organización de las Naciones Unidas, 2011. *Informe del Secretario General sobre la situación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, A/66/230, Naciones Unidas, Nueva York, 3 de agosto de 2011, pág. 8.
- OMS Organización Mundial de la Salud, 2001, *Clasificación Internacional de la Funcionalidad CIF*.
- OMS Organización Mundial de la Salud, 2011, *Informe Mundial sobre la Discapacidad*.
- OMS Organización Mundial de la Salud, 2002-2004. *World Health Survey*. Geneva.
- Ottawa, Canadian Council on Social Development, 2004. *Supports and services for adults and children aged 5–14 with disabilities in Canada: an analysis of data on needs and gaps*.
- Ottawa, Statistics Canada, 2001. *Disability supports in Canada, 2001: participation and activity limitation survey*.
- PNUD. 2008. *Derecho de las personas con discapacidad*.
- PNUD Chile, 2017, “Chile en 20 años: un recorrido a través de los Informes del Desarrollo Humano”.
- PNUD, 1990, “Desarrollo Humano Informe”.
- PNUD, 2016, “Desarrollo Humano para todas las personas, Nota explicativa para los países sobre el Informe sobre Desarrollo Humano 2016, Chile”.
- PNUD, 2016, “Informe sobre Desarrollo Humano 2016”.
- PNUD, 2016, “Nota técnica para el cálculo del IDH”
- PNUD, hdr.undp.org.
- PNUD, <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>.

- Potterton, Joanne, et al., 2010. 'The Effect of a Basic Home Stimulation Programme on the Development of Young children Infected with HIV', *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 52, no. 6, junio de 2010, págs. 547–551.
- Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo, 2016, "Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso".
- RAE; Diccionario de la lengua española, 20ª edición, tomo I, México, Espasa Calpe, 2001, p. 831.
- Regional report of Asia 2005. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2005.
- Regional report of Europe 2007. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2007.
- Regional report of the Americas 2004. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2004.
- Schur L., Kruse D., y Blank P., 2013. *People with Disabilities: Sidelined or Mainstreamed?* Cambridge University Press, TheKelvingroveReview.
- Sen, Amartya, 1998, "Bienestar, justicia y mercado".
- Sen, Amartya, 2000, "Desarrollo y Libertad".
- SENADIS, 2010, Manual sobre la Ley N°20.422.
- SENADIS, 2013, Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013.
- SENADIS, 2015, Libro Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad.
- SENADIS, 2015, II Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISCII).
- The global burden of disease, 2004, Geneva, World Health Organization.
- UNESCO, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2009. 'Inclusion of Children with Disabilities: The early childhood imperative', UNESCO Policy Brief on Early Childhood No. 46, UNESCO, París, abril–junio de 2009.
- UNICEF 2004, Seminario Internacional: Inclusión Social, Discapacidad y Políticas Públicas.
- UNICEF, 2007. Promoting the Rights of Children with Disabilities, Innocenti Digest No. 13, pág. 27.
- UNICEF, 2008. University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York.
- UNICEF, 2012. The Right of Children with Disabilities to Education: A rights-based approach to inclusive education, 2012, pág. 8; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 'The Right to Education for Persons with Disabilities: Towards inclusion – An Education for All flag ship'.
- UNICEF, 2013. Estado Mundial de la Infancia, Niños y Niñas con Discapacidad.
- Uribe Lopez, Mauricio, 2008, "John Rawls y el paradigma del Desarrollo Humano". Universidad Nacional, Bogotá.
- Walker, Susan P., et al., 2011. 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', págs. 1325–1338.
- Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2004. Living with disability in New Zealand: a descriptive analysis of results from the 2001 Household Disability Survey and the 2001 Disability Survey of Residential Facilities.