



# **REHABILITACIÓN EN COSTA RICA: SITUACIÓN Y PERSPECTIVA**

**Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA)  
Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE)**

362.4.728.6  
A265r

Agencia de Cooperación Internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial  
Rehabilitación en Costa Rica: Situación y perspectivas/ Agencia de Cooperación Internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial  
a ed. – San José: C.R.: La Agencia y el Consejo, 2006  
208 p. 21 X 14 cm

ISBN: 9968-791-08-3

1. SISTEMA NACIONAL DE REHABILITACIÓN (COSTA RICA)
2. DIAGNOSTICO DE SERVICIOS DE REHABILITACION
3. PARADIGMAS EN DISCAPACIDAD
4. ESTADISTICAS
5. ORGANIZACIONES DE PERSONAS CON LIMITACIONES
6. PLAN DE ACCION EN REHABILITACION
1. TITULO

## **Equipo de Trabajo**

### **Investigadoras:**

Dra. Cristine Ares  
M.Sc. Julie Chan

### **Equipo coordinadores:**

M.Sc. Rodrigo Jiménez, Consultor senior JICA  
M.Sc. Yoko Ishibashi, JICA  
Lic. Takanori Sasaki, JICA  
M.Sc. Lizbeth Barrantes, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

### **Diagramación y Artes Finales**

Alejandro Pacheco y Marcela Arroyave

Las opiniones expresadas en el documento son responsabilidad exclusiva de sus autores y no refleja necesariamente, las posiciones u opiniones de las insituciones auspiciadoras.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito del Consejo Nacional de Rehabilitación y de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón  
Heredia, Costa Rica, Marzo 2006.

Este documento puede solicitarlo en el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Gestión de Información y Comunicación.

---

---

# INDICE

---

---

TEMA	PAG
Presentación	3
<b>I. Marco filosófico, conceptual y jurídico</b>	<b>3</b>
1.1. Marco filosófico: evolución de los paradigmas y modelos de atención en materia de rehabilitación	3
1.1.1. El Modelo Tradicional	3
1.1.2. El Modelo Biológico	4
1.1.3. El Modelo de los Derechos Humanos	5
1.2. Atención en materia de rehabilitación en Costa Rica, según la evolución de paradigmas	11
1.2.1. Atención en materia de Rehabilitación en Costa Rica según el Modelo Tradicional	11
1.2.2. Atención en materia de Rehabilitación en Costa Rica según el Modelo Biológico	11
1.2.3. Atención en materia de Rehabilitación en Costa Rica según el Modelo de los Derechos Humanos	14
1.3. Marco conceptual: evolución y uso de un lenguaje común	16
1.3.1. Algunas definiciones básicas	16
1.3.2. De dónde venimos? Hacia dónde nos dirigimos?	21
1.4. Marco jurídico	22
1.4.1. El contexto jurídico internacional y regional	22
1.4.2. El contexto jurídico nacional	30
<b>II. Acceso a los servicios de rehabilitación</b>	<b>34</b>
2.1. Demanda de servicios	35
2.1.1. Estadísticas generales de la población y tendencias	35

2.1.2. Estadísticas generales de la población con discapacidad y tendencias	51
2.1.3. Estadísticas generales de la población adulta mayor y tendencias	62
2.2. Oferta de servicios	66
2.2.1. Servicios ofrecidos desde el Sector Salud	66
2.2.2. Servicios ofrecidos fuera del Sector Salud: Otros Actores Involucrados	110
2.3. Relación demanda / oferta	136
2.3.1. Consideraciones generales	136
2.3.2. Necesidades manifiestas en relación con los servicios de rehabilitación y apoyo para las personas con discapacidad que ofrecen instituciones públicas y ONGs	140
<b>III. Oferta académica para la formación y capacitación del recurso humano vinculado a servicios de rehabilitación</b>	145
<b>IV. Balance general y lineamientos base para la definición de un plan de acción en rehabilitación</b>	155
4.1. Balance general	155
4.2. Lineamientos base para la definición de un plan de acción en rehabilitación	164
<b>Anexo - Disposiciones del Manual de Normas para la habilitación de establecimientos que brindan atención en terapia física. MS, 2005</b>	168
Fuentes de información	174

---

---

# INDICE DE CUADROS

---

---

<b>CUADRO</b>	<b>PAG</b>
Cuadro No.1: Comparación entre los diferentes paradigmas históricos existentes en discapacidad y rehabilitación.	10
Cuadro No. 2: Análisis comparativo conceptual: CIDDM vs. CIF.	17
Cuadro No. 3: Estadísticas vitales de la población de Costa Rica. 1970 a 2015.	36
Cuadro No. 4: Causas de muerte en la población y tasas por 10 mil habitantes. (1972, 1992, 1997, 2001 y 2003).	40
Cuadro No. 5: Comparación entre las principales causas de muerte, años 1972 y 2003.	42
Cuadro No. 6: Egresos hospitalarios, por año y diagnósticos principales. (1987, 1992, 1997, 2001, 2003).	44
Cuadro No. 7: Consulta externa total y consulta promedio por habitante, según provincia de residencia, 1987, 1992, 1997 y 2002.	48
Cuadro No. 8: Demanda de consulta externa por causa en porcentajes 1987, 1992, 1997 y 2002.	49
Cuadro No. 9: Comparación entre las principales causas de consulta externa, años 1987 y 2002.	50
Cuadro No. 10: Población total asegurada, según sexo, zona y grupos de edad. Julio 2004.	50
Cuadro No. 11: Población total por nivel de pobreza según sexo y zona. Julio 2004.	51
Cuadro No. 12: Población estimada con algún grado de discapacidad por zona y región de planificación, Julio 1998.	54
Cuadro No. 13: Distribución porcentual de la población con discapacidad por zona y región según tipo de discapacidad. Julio 1998.	56
Cuadro No. 14: Estimación de la población con discapacidad por grupos	57

de edad, sexo y zona según años seleccionados.

Cuadro No. 15: Población total y población con discapacidad que recibió o no alguna consulta médica en los últimos seis meses. Julio 1998.	58
Cuadro No. 16: Población total con discapacidad que recibió o no alguna consulta médica en los últimos seis meses, según tipo de discapacidad. Julio 1998.	59
Cuadro No. 17: Población total y población con discapacidad que recibió consulta médica en los últimos seis meses, según número de consultas recibidas. Julio 1998.	59
Cuadro No. 18: Promedio de consultas médicas recibidas por zona, según se tiene o no discapacidad y tipo de discapacidad. Julio 1998.	60
Cuadro No. 19: Población total y población con discapacidad que recibió consulta médica en los últimos seis meses, por lugar de la última consulta. Julio 1998.	61
Cuadro No. 20: Población con discapacidad estimada por nivel de aseguramiento. Julio 1998.	61
Cuadro No. 21: Población con discapacidad estimada por nivel de pobreza. Julio 1998.	62
Cuadro No. 22: Centros de Segundo y Tercer Nivel de atención. CCSS	79
Cuadro No. 23: Centros con jefatura de fisiatría y servicios de rehabilitación por categoría de unidad de servicio. CCSS, 2005.	82
Cuadro No. 24: Servicios de rehabilitación a nivel nacional según tipo. CCSS, 2005.	84
Cuadro No. 25: Recurso Humano vinculado a Servicios de Rehabilitación por Centro Médico. CCSS, Año 2005.	85
Cuadro No. 26: Consultas especializadas en fisiatría por Centro Médico y Área. CCSS, 2004.	87
Cuadro No. 27: Sesiones terapéuticas según Centro Médico y tipo de terapia. CCSS, 2004.	88
Cuadro No. 28: Consulta externa por diagnósticos principales. CENARE, 2004.	89
Cuadro No. 29: Diez primeras causas de egresos hospitalarios. CENARE 2004	91

Cuadro No. 30: Presupuestos solicitados para servicios con fisiatra, por centro médico. CCSS, 2004.	93
Cuadro No. 31 Total de Consultas de Psiquiatría por año. CCSS, 1998-2000.	96
Cuadro No. 32: Centros médicos por provincia, según prestación de servicios INS,2005.	106
Cuadro No. 33: Personal relacionado a servicios de rehabilitación por localización. INS, 2005.	106
Cuadro No. 34: Sesiones terapia brindadas por área geográfica y tipo. INS, 2004.	108
Cuadro No. 35: Subsidios para ayudas técnicas por unidad de trámite e instancia receptora. CNREE, 2004.	114
Cuadro No. 36: Servicios de Rehabilitación en sedes del CNREE. 2005.	116
Cuadro No. 37: Servicios de terapia de lenguaje por región e instancia educativa. MEP, 2005.	119
Cuadro No. 38: Servicios de terapia de lenguaje por región e instancia educativa. MEP, 2005.	121
CUADRO No. 39: Terapeutas Físicos por instancia educativa. MEP, 2005.	122
Cuadro No. 40: Recurso humano ligado a servicios de terapia por instancia MEP, 2005.	123
Cuadro No. 41: CAIPAD, por alternativa de atención según región educativa. MEP, 2005.	125
Cuadro No. 42: Oferta de carreras afines a la práctica en servicios y programas de rehabilitación	1151

---

---

# INDICE DE GRAFICOS

---

---

GRAFICO	PAG
Gráfico No. 1: Población proyectada versus estructura de la población de 65 años y más, para el período 1970 – 2015.	37
Gráfico No. 2: Costa Rica: Pirámide de población 1998.	38
Gráfico No. 3: Costa Rica: Pirámide de población 2015.	38
Gráfico No. 4: Evolución de la tasa de mortalidad infantil. Costa Rica, 1990-2003. (tasas por mil nacimientos).	43
Gráfico No. 5: Egresos hospitalarios según cinco diagnósticos principales por grupos de edad, 2001.	47
Gráfico No. 6: Distribución porcentual de la población con discapacidad, según grupos de edad. Julio 1998.	56
Gráfico No. 7: Población de 65 años y más por sexo y zona. Julio 2004.	63
Gráfico No. 8: Población de 65 años y más por grupos de edad. Julio 2004.	63
Gráfico No. 9: Estimación porcentual de la población adulta mayor para los años 1998, 2000, 2005 y 2015.	64



---

---

# PRESENTACIÓN

---

---

El diagnóstico Nacional sobre Servicios de Rehabilitación en Costa Rica, constituye uno de los componentes del **Estudio básico de la discapacidad cuyo objetivo es formular un programa modelo de cooperación para la República de Costa Rica y Centroamérica ( México y República Dominicana)**, realizado bajo acuerdo entre la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica(MIDEPLAN).

El presente diagnóstico fue desarrollado con el fin de determinar las condiciones de la oferta de servicios de rehabilitación y la demanda que sirva para fortalecer el sistema de rehabilitación en Costa Rica.

Dado que los servicios de rehabilitación son muy amplios y de diversa índole, para efectos del presente diagnóstico se han privilegiado aquellos relacionados con Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje y Provisión de Ayudas Técnicas. La presente investigación, acoge como indicadores principales de análisis las políticas y modelos de atención, los servicios de rehabilitación disponibles y las condiciones de la población que requiere de los servicios.

El examen sobre las condiciones de las personas que requieren de servicios de rehabilitación, busca particularmente ampliar la visión que se tiene sobre la eficiencia de los servicios y la asignación de recursos para los mismos, y lograr un balance entre oferta y demanda. Para ello fue necesario considerar las especificidades y necesidades de la población en relación con los servicios que se prestan, con los recursos disponibles para rehabilitación, los ámbitos de atención y las condiciones de los sistemas de información institucional. Por lo demás, y en consideración a la línea complementaria de la acción pública, se tornó necesario estimar los servicios y programas en el área de rehabilitación que llevan a la práctica instancias del sector privado y de la sociedad civil.

Todo lo anterior se desarrolló con las limitaciones de los sistemas de información (recolección y registro de datos), barrera a la cual el diagnóstico se enfrentó debido a que el modelo de referencia de los Derechos Humanos, que orienta la ejecución del Proyecto JICA-CNREE, a la fecha no está incorporado en el quehacer institucional, especialmente en los modelos operativos ya que en los discursos y planes sí están presentes muchos elementos de dicho paradigma.

El documento consta de cuatro capítulos que a continuación se describen:

**El primero** consta de tres apartados: **Marco Filosófico, Marco Conceptual y Marco Jurídico**. En el Marco Filosófico se realiza un vistazo general sobre la evolución histórica de los principales paradigmas de concepción de la discapacidad y su

atención en materia de rehabilitación, a saber, Modelo Tradicional, Modelo Biológico y Modelo de los Derechos Humanos. Se parte de la premisa de que su separación es de índole metodológica para facilitar su comprensión, pero que en la práctica coexisten elementos de los diferentes modelos con una mayor tendencia hacia el Modelo Biológico. En lo que respecta al Marco Conceptual, se aportan algunas definiciones básicas que han sido a su vez permeadas por los diferentes paradigmas filosóficos y que han orientado los servicios de rehabilitación. Se propone la utilización de un nuevo marco conceptual más acorde con el paradigma de los Derechos Humanos. En el marco jurídico se exponen los principales instrumentos internacionales, regionales y nacionales en esta materia, así como su evolución histórica y enfoque.

**El segundo capítulo “Acceso a los Servicios de Rehabilitación”** se divide en tres apartados: Demanda de servicios, Oferta de servicios y Relación oferta / demanda.

En el apartado **“Demanda de Servicios”** se ofrecen estadísticas generales de la población del país y sus tendencias. Además se analiza el cambio en la demanda de los servicios de salud bajo los indicadores de egresos hospitalarios y consulta externa. Además, se ofrece información específica sobre la población con discapacidad y la población adulta mayor y sus tendencias. De tal modo, se examina la demanda histórica y la demanda actual de servicios de salud, que en diversos aspectos perfila la demanda a futuro de servicios de rehabilitación.

El apartado **“Oferta de Servicios”** ha sido dividido en dos partes. La primera muestra los servicios ofrecidos desde el Sector Salud, específicamente la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, instituciones que por Ley No.7,600 tienen la responsabilidad de brindarlos. Semnj analiza también el papel del Ministerio de Salud. La segunda parte describe y analiza otros actores involucrados en la prestación de servicios de rehabilitación, sean estos actores, gubernamentales o no gubernamentales. Se expone el papel del ente rector en discapacidad, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Por último, el capítulo ofrece un **balance entre la oferta y la demanda** y se incorporan las necesidades manifiestas en este sentido, principalmente desde la óptica de las personas con discapacidad.

**En el tercer capítulo** se recopila información sobre **la oferta existente a nivel académico** para la formación, capacitación y actualización de recursos humanos en rehabilitación.

Concluyentemente, **el cuarto capítulo** cierra el documento con un **balance general** con el que se busca recapitular y destacar elementos importantes tratados a lo largo de todo el documento. Además se exponen algunos **lineamientos base** que deben ser tomados en consideración para la elaboración de un Plan Nacional de Rehabilitación.

---

---

# MARCO FILOSOFICO, CONCEPTUAL Y JURÍDICO<sup>4</sup>

---

---

---

## 1.1 MARCO FILOSÓFICO: EVOLUCIÓN DE LOS PARADIGMAS Y MODELOS DE ATENCIÓN EN MATERIA DE REHABILITACIÓN

---

En general, se han identificado tres etapas históricas en la concepción de la discapacidad y por ende, en su atención, específicamente en el ámbito de la rehabilitación<sup>5</sup>: el Modelo Tradicional, el Modelo Biológico<sup>6</sup> y el Modelo de los Derechos Humanos. Dichas concepciones han orientado las políticas de los Estados y sus instituciones especializadas y se reflejan en la evolución de los servicios públicos de rehabilitación en Costa Rica.

Los modelos no se encuentran en estado puro y coexisten aún hoy día, pudiéndose establecer únicamente tendencias mayores hacia uno u otro. Dicha situación no es exclusiva del país, sino que es un fenómeno que se da a nivel mundial.

### 1.1.1 El Modelo Tradicional

Al hablar de Modelo Tradicional se hace referencia a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad que asigna un papel de marginación orgánico-funcional y social a las personas con discapacidad porque las ubica en un sitio marcado, en un puesto asignado, con plaza permanente entre los atípicos y los pobres, con el denominador común de la dependencia y el sometimiento. Se trata de una concepción que va desde el exterminio hasta el rechazo y aislamiento en donde

---

<sup>1</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 14, inédito.

<sup>2</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 15, inédito.

<sup>3</sup> El seminario mencionado tuvo como principales objetivos: Comprender el nuevo paradigma en discapacidad a partir del enfoque de derechos humanos y la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud) y su impacto en el modelo actual de rehabilitación. Conocer y retroalimentar la situación de la rehabilitación en Costa Rica. Analizar la importancia de la participación y liderazgo de las personas con discapacidad y el apoyo intersectorial en el ámbito comunitario. Se consideró este un buen escenario para la validación del diagnóstico dado que los y las participantes provenían de diferentes sectores relacionados con los servicios de rehabilitación en el país y podían hacer aportes significativos para enriquecer el documento. Fundamentalmente se identificaron algunos vacíos de información que fueron luego investigados por las consultoras e incorporados al diagnóstico.

<sup>4</sup> Para efectos metodológicos, este capítulo ha sido dividido en tres apartados, aunque se parte de la premisa de que la evolución filosófica, conceptual y jurídica es un proceso histórico inseparable.

<sup>5</sup> Los principales aportes en este sentido, devienen del autor Ramón Puig de la Bellacasa: "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad" (1990).

<sup>6</sup> El modelo biológico también se conoce como modelo rehabilitador o médico biológico. Para efectos del presente trabajo, se ha preferido utilizar el término "biológico".

la persona con discapacidad no tiene contacto con el resto de la población. Los servicios de atención son caritativos y generalmente ofrecidos por religiosos.

El Modelo Tradicional definía y etiquetaba a las personas con discapacidad como “lisiados”, “inválidos”, “minusválidos”, “impedidos”, “discapacitados”, situándolas a niveles inferiores tanto a nivel personal como social. En ese contexto debe recalcarse que algunas sociedades hicieron una diferenciación entre los niños e inválidos congénitos y los ancianos, y los inválidos de guerra, eliminando a los primeros y cargando con los segundos. La actitud cristiana ante “los portadores de males de la sociedad” fue también de diferenciación entre los lisiados, deformes, leprosos, ciegos y otros como “inocentes”, “retrasados”, “idiotas”, “imbéciles”, marginándolos a nivel de asilos, conduciéndolos a la mendicidad o al círculo de bufones.

En la sociedad tradicional hubo programas y políticas para atender a aquellas personas que se consideraba no tenían la capacidad de valerse por sí mismas, identificadas de acuerdo con su deficiencia y su localización geográfica. Este modelo tuvo variables dependiendo de las condiciones políticas determinantes en el medio, de ahí que en ciertos períodos se llevaran a cabo acciones socio-sanitarias que beneficiaron la calidad de vida de las personas con discapacidad, pero también estuvieron expuestas a acciones negativas, con mayor frecuencia la de la segregación y la discriminación. Incluso se llegó a extremos, en donde la misma sociedad determinó hasta el exterminio de muchas de estas personas identificadas mediante los indicadores negativos.

Cuando irrumpe el auge industrial y el ser humano adquiere una dimensión económica determinada por su capacidad de producción, todo aquel sector de la sociedad que tenía alguna discapacidad quedó sujeto a la dimensión productiva, en la cual, dentro de los conceptos de dominación y dependencia característicos del capitalismo, su incorporación a la sociedad productiva se hacía en proporción directa a su capacidad de generar riqueza.

Durante este período, las personas con discapacidad, al igual que las mujeres y los niños y las niñas, fueron sujetos de asistencia, a diferencia de los demás ciudadanos considerados sujetos de derechos y trabajadores útiles con la Revolución Industrial. A este nivel nace el sujeto de protección o tutela y el sujeto- problema, que debe ser sometido a estudio psico-médico-pedagógico, convirtiendo así a la persona como objeto asumido por el ámbito médico- sanitario, debiendo ser incorporado al sistema de Seguridad Social.

Los seguros sociales crearon toda una amplia política dirigida a este sector de la población, donde desde el eje del accidente laboral se ligaría a los programas de la enfermedad común y a los regímenes económicos de las incapacidades parciales, incapacidades permanentes, indemnizaciones y finalmente de pensiones.

### **1.1.2 El Modelo Biológico**

El Modelo Biológico (nacido entre las dos Guerras Mundiales y afianzándose después de la Segunda), considera que el problema es la persona, sus deficiencias y sus limitaciones, por lo tanto hay que proveerle una serie de servicios que sólo pueden

dar los profesionales, siendo éstos a su vez, quienes controlan el proceso de rehabilitación. Considera a la persona con discapacidad como un objeto pasivo, generalmente receptor de apoyos institucionalizados. Los resultados del proceso de rehabilitación se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas y por la ubicación de la persona en un empleo remunerado.

El Modelo Biológico incorpora algunos cambios en la concepción de la discapacidad, situando el problema a nivel del individuo (deficiencia, falta de destreza), dándole un rol social de paciente y posteriormente de cliente de la asistencia médica, perpetuando la intervención profesional del médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, consejero de rehabilitación, psicólogo, trabajador social, etc con el fin de lograr maximizar las destrezas funcionales en las AVD (Actividades de la Vida Diaria) con el fin de lograr un empleo remunerado. Sitúa el control absoluto en manos de profesionales, midiendo avances según medidas o escalas funcionales, bajo el precepto de “volver” al estado más cercano a la “normalidad”.

A pesar de que el rol de la persona sigue siendo de objeto y no sujeto, y que como tal debe acatar las recomendaciones e indicaciones de los profesionales sin cuestionamientos, se utilizan los términos “integración”, “normalización” de las personas con discapacidad, dando a entender que con la intervención del profesional se logra asemejarlas al resto de la población considerada “normal”.

Para Verdugo (1995), en este paradigma biológico, están mayoritariamente inmersos los profesionales y la sociedad occidental, a pesar de que coexisten todavía muchas actitudes identificadas con el modelo tradicional. La rehabilitación supone la superación del modelo tradicional basado en actitudes de rechazo o protección, pero sigue presentando algunos problemas relativos al peso omnipotente que tiene el profesional, quien controla el proceso de rehabilitación y relega a la persona con discapacidad a un rol de paciente. Esta situación de marginalidad y dependencia del sujeto ante su proceso de rehabilitación ha sido contestada por grupos de personas con discapacidad, dando lugar a lo que se ha dado en llamar movimiento de “vida independiente” o “autonomía personal” y al Modelo de Derechos Humanos.

### **1.1.3 El Modelo de los Derechos Humanos**

El Modelo de los Derechos Humanos a finales del Siglo XX e inicios del Siglo XXI rompe con el paradigma de dependencia y subordinación, asumiendo las personas con discapacidad temporal o permanente, que requieran servicios y bienes de rehabilitación, la dirección de sus propias vidas.

La transición hacia este modelo surge a partir de las reivindicaciones y conquistas de otras poblaciones discriminadas y excluidas y como extensión de las mismas en la forma del **Movimiento de Vida Independiente**. Este movimiento, que nace en EEUU a principios de los años 70, se define como una filosofía y un movimiento de personas con discapacidad que trabaja por la igualdad de oportunidades, el respeto a sí mismo y la autodeterminación.

Pretende romper el mito de que las personas con discapacidad viven felices y conformes en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que los

atienden bajo el concepto de “pobrecitos”, limitándoles sus derechos a la privacidad, la educación, la toma de decisiones, la oportunidad de trabajar y la superación personal.<sup>7</sup>

El movimiento pretende la desinstitucionalización “desde abajo”, a partir de las mismas personas con discapacidad clamando por la toma de decisiones propias en relación con su autonomía. Además pretende la supresión de barreras físicas y sociales para una accesibilidad real que permita que las personas con discapacidad se desenvuelvan como pares en una sociedad competitiva. Visualiza la rehabilitación como un instrumento que debe constituirse como un proceso fluido entre la rehabilitación puramente médica, el acceso a las ayudas técnicas, la accesibilidad a nivel de la sociedad y el auto-control, para lograr cambios en el entorno desfavorable, cuya meta es una vida independiente en sociedad. Hace énfasis en que la rehabilitación médica puede y de hecho se ha constituido en un problema cuando genera dependencia hacia los servicios de salud y cuando perpetúa el rol de enfermo de la persona con discapacidad, haciéndola dependiente de los demás. Pretende romper ese lazo en la forma de orientación y capacitación entre iguales, entendiéndose iguales los que conocen las dificultades por experiencia propia

El movimiento de Vida Independiente o de Autonomía Personal logra con el tiempo constituirse en un movimiento fuerte, cuyos programas son reconocidos legalmente y son financiados con fondos públicos, y es la base para que las asociaciones y grupos de personas con discapacidad evolucionen a nivel internacional hacia la reconquista de su dignidad como seres humanos como parte de la sociedad.

Dos hechos importantes en la década de los ochenta muestran esta tendencia a nivel formal:

El año 1981 fue proclamado por las Naciones Unidas como el **“Año Internacional de las Personas con Discapacidad”**. En ese contexto tuvo lugar en España la Conferencia Mundial sobre Acciones y Estrategias para la Educación, Prevención e Integración, organizada por el Gobierno de España a través del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes en cooperación con la UNESCO.

En 1982 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, por resolución 37/52, se aprueba el **Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**, concibiendo el decenio 1983 a 1992 como medio para su ejecución <sup>8</sup>. Claramente estipula la promoción de medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de “igualdad” y de “plena participación” de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo (equiparación de oportunidades).

Entre otras cosas el programa resalta el hecho de que así como las personas con discapacidad tienen derechos iguales, tienen obligaciones iguales. Por lo tanto les confiere a las personas con discapacidad el deber de participar en la construcción de la sociedad. También recalca la importancia de la divulgación de la información, la

---

<sup>7</sup> Adolf D. Ratzka, PhD Vida Independiente. Ponencia presentada en el Seminario Regional para América Latina sobre Programas Nacionales en materia de discapacidad. San José, Costa Rica, 7-10 marzo de 1994.

<sup>8</sup> Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Versión Castellana, Del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, De España. Mayo 1992

inclusión de personas con discapacidad mental y con limitaciones para la comunicación, el proveer a los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad a través de la cooperación técnica entre países en desarrollo, la “normalización” o inclusión pedagógica, enfoca la situación de la mujer y del niño, así como la de países en desarrollo.

**Establece los siguientes servicios como parte de la rehabilitación:**

- Detección temprana, diagnóstico e intervención
- Atención y tratamientos médicos
- Asesoramiento y asistencia social, psicológico y de otros tipos
- Capacitación en actividades de auto cuidado, incluidos los aspectos de la movilidad, la comunicación y las habilidades de la vida cotidiana, con las disposiciones especiales que se requieran, por ejemplo, para las personas con deficiencia auditiva, visual o mental.
- Suministro de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositivos.
- Servicios educativos especializados
- Servicios de rehabilitación profesional (incluyendo orientación profesional, colocación en empleo abierto o protegido).
- Seguimiento.

En este sentido el Programa es claro en que debe centrarse la labor en las aptitudes de la persona, respetando su integridad y dignidad, llama la atención a utilizar recursos comunitarios, promueve la prestación de servicios dentro de las estructuras sociales, la participación de las personas con discapacidad en el diseño y organización de los servicios que requieren, y llama la atención hacia la transferencia de la tecnología entre naciones.

Es claro además en el hecho de que los requisitos previos para el logro de las finalidades del Programa son el desarrollo económico y social, el suministro de servicios amplios a toda la población en la esfera humanitaria, la redistribución de los recursos y los ingresos económicos y el mejoramiento de los niveles de vida de la población.

Estos dos hechos anteriores (“Año Internacional de las Personas con Discapacidad” y “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”) promueven al interior del Sistema de Naciones Unidas, la iniciativa de elaborar normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Dichas Normas serán expuestas en el apartado “Marco Jurídico” del presente capítulo.

**En términos generales, el Modelo de los Derechos Humanos se rige por los siguientes principios<sup>9</sup>:**

- No-discriminación
- Acciones Afirmativas
- Diversidad
- Igualdad de oportunidades
- No-violencia

---

<sup>9</sup> Estos principios están siendo discutidos e incorporados en el borrador de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Para mayor información, refiérase al apartado “Marco Jurídico” de este capítulo.

- Accesibilidad
- Vida independiente
- Auto representación
- Participación plena en todas las etapas de la vida

**No-discriminación.** Significa eliminar toda distinción, exclusión o restricción basada en alguna discapacidad, su antecedente, consecuencia, o percepción de la misma, que tenga el efecto o propósito de disminuir la plena facultad de los derechos y libertades fundamentales.

**Acciones afirmativas.** No constituyen discriminación, distinción ni preferencia, las acciones del Estado dirigidas a promover la integración de las personas con discapacidad, siempre que sean voluntarias, y no impliquen diferencia en su aplicación.

**Diversidad.** Constituye la plena aplicación de la frase “todos/as somos igualmente diferentes”.

**Igualdad de oportunidades.** Equidad en el ofrecimiento de oportunidades para todos los individuos.

**No-violencia.** La eliminación de cualquier forma de violencia física, sexual, psicológica, patrimonial, tanto en el ámbito privado como público.

**Accesibilidad.** La existencia de facilidades y de seguridad para que todas las personas tengan libre acceso y movilización de acuerdo a sus necesidades y decisión.

**Vida independiente.** El pleno derecho de asumir el control de su destino y de su vida, para la toma de decisiones.

**Auto-representación.** La oportunidad de participar activa y libremente en las decisiones que le afecten, con plena participación de los ciudadanos.

**Participación plena en todas las actividades.** Cualquiera que sea la edad o las circunstancias, todos los individuos deben tener plena libertad para su figuración social.

Debe recalcar que la instalación de este modelo no implica la desaparición del modelo anterior, ya que ambos han coexistido hasta la fecha. En este marco, es importante rescatar el aporte de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a estrategias de desarrollo comunitario para el ejercicio de la rehabilitación.

### 1.1.3.1 La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

Estrategia iniciada hace más de 25 años, cuya evolución ha sido influenciada por los modelos de atención dominantes a través del tiempo. Es una modalidad de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. Promueve los derechos y la participación de las personas con discapacidad, fortaleciendo el papel de sus organizaciones. Además, promueve la colaboración entre varios actores a nivel comunitario en conjunto con las personas con discapacidad y sus familias, con la meta de ofrecer igualdad de oportunidades a nivel de la comunidad.



### Los objetivos principales de la RBC son:

- Asegurar que las personas con discapacidad puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarias y ser colaboradores activos dentro de la comunidad y de la sociedad en general.
- Impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación.

A pesar del Documento de Posición conjunta sobre la RBC elaborado en 1994, se mantiene hoy en día la desigualdad de ciertos grupos de personas con discapacidad al acceso a servicios educativos, formativos, recreativos, de salud y de rehabilitación básica, entre otros. Por tal motivo, en la Reunión Consultiva Internacional para la Revisión del Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad celebrada en Helsinki (Finlandia) en 2003, se elaboró un nuevo documento conjunto de posición 2004<sup>10</sup>, cuya finalidad fue describir y respaldar el concepto de la RBC tal y como está evolucionado, con especial énfasis en los derechos humanos.

Se hace un llamado por acciones para combatir las desigualdades y aliviar la pobreza que afecta a muchas personas con discapacidad, así como enfatizar el papel cada vez más importante de las personas con discapacidad. Según esta tendencia, no se deberían seguir imponiendo servicios de rehabilitación sin el consentimiento y la participación de las personas que los estén utilizando. Se define la rehabilitación como un proceso en el que personas con discapacidad o sus defensores toman decisiones acerca de qué servicios necesitan para incrementar la participación.<sup>11</sup>

Para una mayor comprensión de los paradigmas de concepción y atención de las personas con discapacidad, expuestos en este apartado, se presenta en el Cuadro No.1, un resumen comparativo de los mismos.

---

<sup>10</sup> CBR: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad: Documento conjunto de posición / Oficina Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud.

<sup>11</sup> Según esta estrategia, los profesionales que prestan servicios de rehabilitación tienen la responsabilidad de ofrecer a las personas con discapacidad la información pertinente para que ellas puedan tomar decisiones informadas respecto a lo que les conviene.

**Cuadro No.1: Comparación entre los diferentes paradigmas históricos existentes en discapacidad y rehabilitación.**

<b>VARIABLES</b>	<b>PARADIGMA TRADICIONAL</b>	<b>PARADIGMA BIOLÓGICO</b>	<b>PARADIGMA DERECHOS HUMANOS</b>
Definición del problema	Deficiencia / rasgos atípicos/ anormalidad.	Deficiencia/ falta de destrezas.	Dependencia de los familiares y de los profesionales.
Localización del problema	En la persona con discapacidad.	En la persona con discapacidad.	En el entorno desfavorable y hostil.
Solución del problema	Eliminación de las personas con discapacidad. Aislamiento. Sobreprotección.	Intervención profesional.	Control del interesado, es parte del equipo y elige los servicios de apoyo, no le son impuestos. Trabajo en y con el contexto social, remoción de barreras. Acción legal propia.
Rol social	Asistido marginado. /	Paciente.	Ciudadano que ejercita sus derechos civiles, económicos, sociales, políticos.
Control del proceso	Voluntarios religiosos. Tutores legales. Médicos.	Los profesionales.	Persona con discapacidad con el apoyo de los profesionales.
Resultados pretendidos	Mejorar un estado de salud.	Desarrollar al máximo las destrezas funcionales individuales.	La autonomía personal y la equiparación de oportunidades.

**FUENTE:** A partir de lo expuesto por Puig de la Bellacasa. "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre discapacidad". 1990.

---

## 1.2 ATENCIÓN EN MATERIA DE REHABILITACIÓN EN COSTA RICA, SEGÚN LA EVOLUCIÓN DE PARADIGMAS<sup>12</sup>

---

Tal y como se ha venido mencionando, la evolución histórica de los paradigmas de concepción de la persona con discapacidad ha permeado la atención en materia de rehabilitación a nivel mundial. Es el objetivo del presente apartado exponer aspectos generales de cómo se materializaron estos paradigmas en el campo de la rehabilitación, específicamente en nuestro país.

### 1.2.1 Atención en materia de Rehabilitación en Costa Rica según el Modelo Tradicional

Correspondiendo al modelo tradicional, los hospitales que administraron las antiguas Juntas de Protección Social carecían de servicios de rehabilitación de pacientes, cualquiera que fuera su origen y causa determinante. Por una parte, el concepto social del derecho a la salud y a su recuperación no tenía ni el respaldo político, ni los recursos técnicos que vendrían después a consolidar esta posición. Por otra parte, este rubro carecía de gran significado para la población total del país, para la demandante de servicios y para las víctimas de accidentes, especialmente los de la circulación, aunque de todas maneras existieran quienes mostraran las consecuencias. Tampoco existía claridad de quiénes eran candidatos a los servicios de rehabilitación. En ese período, el original Banco de Seguros (hoy Instituto Nacional de Seguros), era el único encargado de prestar servicios de rehabilitación.

### 1.2.2 Atención en materia de Rehabilitación en Costa Rica según el Modelo Biológico

El nacimiento y aplicación de los principios que orientan el Modelo Biológico en el marco del sistema de salud costarricense coincide en la historia de la Salud Pública Mundial cuando se registra la epidemia de poliomielitis que se inició en 1952. Costa Rica ve aparecer su brote epidémico de poliomielitis en los primeros meses de 1954, cuando la enfermedad, desde el punto de vista epidemiológico prácticamente contamina a toda la población y produce unos 50.000 casos clínicos en un período de 6 meses, dentro de los cuales se registraron 152 muertes. La misma dejó secuelas funcionales a más de 1.000 niños y niñas.

El personal médico del Hospital San Juan de Dios toma el liderazgo de los programas de rehabilitación y en el acmé de la epidemia; la capacidad de este Hospital fue sobrepasada y hubo necesidad de colocar pacientes en los pasillos del Servicio de Ortopedia y utilizar sus camas.

Se vislumbra una atención a largo plazo, para lo cual se adaptó lo que había sido la casa del Director del Asilo Chapuí. Este Asilo, cuya cúpula francesa todavía se distingue como emblema de lo que fueron sus instalaciones para asilo y tratamiento de los "insanos mentales", estaba ubicado en un amplio predio al oeste del Hospital San Juan

---

<sup>12</sup> La principal fuente de información para este apartado se encuentra en: "XX Aniversario Centro Nacional De Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas. Memorias. Dra. Virginia Sell Salazar" 1997.

de Dios. Por el color de su pintura verde de siempre y en el ambiente en que se encontraba, pronto se le denominó "La Casa Verde".

No existía ni siquiera un presupuesto hospitalario aceptable para las necesidades corrientes, de modo que esta emergencia inicia un despertar de la participación ciudadana, con contribuciones en dinero. Como medio de ayudar al mantenimiento de la Casa Verde, se formó un comité que realizó diferentes actividades para recaudar fondos, una de las cuales fue la famosa y recordada "Marcha de los Dieces" por traducción literal de la idéntica que se realizaba en Estados Unidos, que acumulaba el mayor número de lesionados como consecuencia de su propio brote epidémico. Así, se va creando la conciencia nacional de dedicar recursos y programas específicos para estos ciudadanos, que por razones especiales adquieren una condición, casi siempre permanente, que requiere servicios diferentes a los tradicionales.

Se recaudaron, de monedas de diez centavos para arriba, poco más de dos millones de colones, que al cambio de la época, representó más de 300 mil dólares, cifra impactante para la capacidad económica del país. Su destino era la construcción de un centro para la atención de estos pacientes con secuelas músculo-esqueléticas, que requerían todo un programa nacional. Hoy en día se reconoce que estos esfuerzos, lejos de dignificar a las personas con discapacidad, reforzaron estereotipos discriminantes tales como que eran objeto de caridad pública y no sujetos con deberes y derechos al igual que todo ciudadano.

En junio de 1966, por Ley No.3695, se funda el Patronato Nacional de Rehabilitación. Su primer objetivo fue lograr un local para trasladar el Servicio de Rehabilitación de la Casa Verde. Se gestiona entonces un terreno en Pozos de Santa Ana, en donde posteriormente se construyó el Hogar de Rehabilitación de Santa Ana. Hoy se constituye en una institución que alberga personas con discapacidad en riesgo social, y en su terreno opera una Escuela de Educación Especial que atiende a estudiantes con discapacidad de los cantones de Ciudad Colón, Santa Ana, y Escazú.

Paralelo a la labor desarrollada en el Patronato Nacional de Rehabilitación y el Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, se inicia una lucha de años, que cuenta con una gran participación de personas con discapacidad y organizaciones filantrópicas para encontrar los recursos y el apoyo técnico para crear un Hospital de Rehabilitación, hasta que finalmente en 1976, se inaugura el Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas", iniciando las labores en la consulta externa el 28 de marzo de 1977.

Por otro lado, ya en el país se había generado toda una corriente dirigida a la necesidad de la rehabilitación en otras áreas, como era la educación especial, la cual culminaría con la creación de la primera escuela de enseñanza especial en Costa Rica, basada en la Ley No. 61 del 15 de marzo de 1944, que se llamaría Centro Nacional de Educación Especial Fernando Centeno Güell. Por otro lado, también se gestaba la creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, el cual fue aprobado por la Asamblea Legislativa el 22 de Agosto de 1973 y refrendada el 3 de Setiembre de 1973. En su artículo 1 se establece que el Consejo es "el encargado de orientar la política general en materia de Rehabilitación y Educación Especial en coordinación con los Ministerios de Salubridad Pública, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, así como de la planificación, promoción, organización, creación y

supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física o mentalmente disminuidas, en todos los sectores del país”.<sup>13</sup>

Al abrir sus puertas en 1977, el Centro Nacional de Rehabilitación contaba con nueve médicos fisiatras, cuatro ortopedistas, dos anestesiólogos, dos médicos internistas, un radiólogo, un cirujano plástico, un urólogo, un odontólogo, dos microbiólogos y un farmacéutico. Se iniciaron labores con cinco mil expedientes que se trajeron del servicio de rehabilitación del Hospital México.

El hospital inicia funciones bajo el concepto de que la rehabilitación, junto con la prevención y la curación, constituye uno de los tres pilares fundamentales de la medicina y con el objetivo de “mejorar las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales de las personas con desventajas, minusvalías y discapacidades ya sea de origen congénito o adquirido”. Basa su trabajo apostando por programas integrales de atención a las personas con lesiones del sistema neuro-músculo-esquelético, entendiéndose “integral” por la conformación de equipos de varias disciplinas trabajando en conjunto de manera interdisciplinaria con la meta de restituir al máximo las funciones físicas disminuidas por enfermedades neurológicas, reumáticas, congénitas, tumorales, circulatorias o traumáticas. Para ello se requeriría personal calificado, especializado en el tema de la deficiencia y discapacidad desde una perspectiva de la salud, tomando en cuenta a la persona como ser humano dentro de un contexto familiar, educacional, vocacional, social, etc.

A través de los años la atención ha evolucionado de una interdisciplinaria a una transdisciplinaria, sin embargo mantiene el enfoque biológico que lo caracterizó desde sus inicios. Hoy en día, el Centro Nacional de Rehabilitación se constituye “formalmente” como un Hospital Nacional con carácter de especializado, debiendo atender patologías de alta complejidad (tercer nivel de atención) dentro de la red de servicios que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social.<sup>14</sup>

Siguiendo con esta línea de análisis, es importante retomar aquí los resultados del diagnóstico realizado por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en el año 1990, para la elaboración del Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral, 1990-2000.

En él se hace referencia al Modelo Biológico imperante en la prestación de los servicios de rehabilitación, afirmando que:

*“El modelo resultante ha sido insuficiente y frecuentemente contraproducente por lo siguiente:*

*Primero, porque promueve la institucionalización y centralización de los servicios, lo cual a su vez aumenta los costos de atención, impidiendo obtener una mayor cobertura de la población con discapacidad y sobre todo, limitando el acceso a los servicios de los grupos menos privilegiados de la sociedad.*

---

<sup>13</sup> En el Capítulo “Acceso a los servicios de rehabilitación”, en su apartado “Oferta de Servicios”, se hará un análisis de dicha institución en su calidad de ente rector y prestador de servicios.

<sup>14</sup> Se entrecomilla “formalmente”, pues como se verá en el Capítulo “Acceso a los servicios de rehabilitación”, el Hospital hoy en día atiende otras patologías, no consideradas de “alta complejidad”.

*Segundo, por la tendencia a la institucionalización de las personas más severamente afectadas, lo que generalmente ha resultado en mayor marginalización y desintegración social, haciendo aún más difíciles los procesos de rehabilitación.*

*Tercero, porque los servicios han respondido fundamentalmente a las necesidades detectadas por los profesionales encargados de la planificación y ejecución de los programas, situación que tiende a descontextualizar la problemática de las personas afectadas y de sus familias, de la realidad social en que se encuentran inmersos.*

*Cuarto, porque al tratarse de un modelo que promueve la centralización de servicios de carácter asistencial, su operacionalización requiere homogenizar no solo criterios de atención, sino también los grupos de población a los que se dirigen los servicios, y por lo tanto este modelo falla al tratar de satisfacer las necesidades individuales de sus clientes”.*

Como veremos más adelante, los resultados de la aplicación del Modelo Biológico, detectados en el diagnóstico mencionado, siguen en su mayoría, estando presentes en la actualidad.

### **1.2.3 Atención en materia de Rehabilitación en Costa Rica según el Modelo de los Derechos Humanos**

La ratificación de los convenios internacionales y la promulgación de la Ley 7600 “Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” en marzo de 1996, comienza a reflejar un movimiento social y la generación de consenso hacia la superación del modelo biológico hasta ese momento dominante. En ese sentido, se hace evidente la necesidad de reconceptualizar los servicios de rehabilitación a los que acceden las personas con discapacidad.

La rehabilitación, al ser uno de los componentes de la salud, debe ser incluida como un programa dentro del sector. Su implementación ayudará al logro de la equidad y la eficacia de las prestaciones y dentro de su escala multisectorial, aumentará la cobertura y la integralidad, facilitará la detección del riesgo y la prevención, con la correspondiente participación. La consecuencia será la mejora de la calidad de vida, reduciendo la marginación, con lo que promoverá la participación e incrementará la relación entre salud y desarrollo.

Así, el Estado, a través de sus instituciones, deberá garantizar que todas las personas con discapacidad, permanente o temporal, reciban servicios y bienes <sup>15</sup> de rehabilitación tendientes a aumentar la función y la capacidad física, mental o sensorial, para ejercer las actividades esenciales de la vida diaria de la forma más independiente posible. Dichos servicios deben ofrecerse según los niveles de atención en salud establecidos tradicionalmente (primer, segundo y tercer nivel), debiendo

---

<sup>15</sup> Para la OMS (2001), deberán entenderse como: “cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o especialmente diseñada para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad.

existir claridad en cuanto a cuáles patologías deben atenderse en cada nivel, con el fin de evitar desde la duplicidad de servicios hasta la omisión de los mismos.

Como consecuencia de la promulgación de la Ley 7600, el sector salud promueve un proceso de descentralización de servicios de rehabilitación médica con el fin de proveer servicios en los diferentes niveles de atención. Paulatinamente se han abierto plazas que han permitido dotar a los hospitales de segundo nivel de atención, de médicos fisiatras y terapeutas (Hospital Max Peralta, Hospital Monseñor Sanabria, Hospital de Liberia, San Carlos, Pérez Zeledón) así como varias clínicas del área metropolitana.

El Centro Nacional de Rehabilitación CENARE, consciente de la necesidad de su papel como ente especializado, prestador de servicios de tercer nivel de atención y en concordancia con las políticas y acciones para el sector salud en lo referido a rehabilitación que dictaba el Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002, planteó ante las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social una propuesta de descentralización y mayor cobertura de la Rehabilitación en el país, con proyección hacia el próximo milenio<sup>16</sup>.

Dicha propuesta se basó en el hecho de que hasta la fecha no existía una descentralización de servicios en rehabilitación, debiendo el CENARE recibir referencias y asumir el manejo de patologías de complejidad que bien debían resolverse a otro nivel. Con la propuesta se proponía una descentralización de la atención en rehabilitación, con una mayor definición de patologías a ser atendidas en cada nivel de atención, y el reforzamiento de la estructura organizativa y de recursos en cada uno de los niveles. Su ejecución se daría entre los años 2004 y 2008. Proponía además, que el CENARE asumiera un papel de rector dentro de la CCSS, dictando políticas y protocolos de atención para ser puestos en operación en los centros de salud de la red nacional. A la fecha, esta propuesta no ha sido acogida.

Por otro lado, en el proceso de Reforma del Sector Salud, se ha incluido la ficha técnica No.20301 "Atención a las personas con discapacidad" desde el año 2002, como una de las variables a tomar en cuenta a nivel hospitalario como parte del compromiso de gestión a nivel de la CCSS. Debe advertirse sin embargo, que dicha ficha fue eliminada del compromiso de gestión del 2004, aunque se hace mención de ella en algún punto del documento. Al no estar incluida como medida a ser evaluada, podrían venirse abajo los incipientes esfuerzos que han realizado los centros de salud para incluir el tema de la discapacidad a todo nivel de la atención en salud. Por otro lado, en este momento el compromiso de gestión para el año 2006 ha sido firmado por parte de las autoridades del CENARE, con una reducción importante del presupuesto asignado para su operacionalización, lo cual también hace que peligren aspectos tan importantes como la compra de ayudas técnicas necesarias para el proceso de rehabilitación, entre otros.

---

<sup>16</sup>Proyecto para la Descentralización y Mayor Cobertura de la Rehabilitación. Propuesta. Dr. Vinicio Mesén M. Director Centro Nacional de Rehabilitación. CCSS 2002.

---

## 1.3 MARCO CONCEPTUAL: EVOLUCIÓN Y USO DE UN LENGUAJE COMÚN

---

### 1.3.1 Algunas definiciones básicas

En forma paralela al cambio de modelos en Rehabilitación, la OMS ha evolucionado hacia un lenguaje uniforme. La **Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM)** aprobada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud, que pretendía unificar el lenguaje hacia la funcionalidad del individuo viniendo de una perspectiva enfocada hacia las consecuencias de la enfermedad, las deficiencias resultantes, y la desventaja consecuente, ha evolucionado hacia la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)** adoptada en el año 2001.

La finalidad de la CIF es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (como educación y trabajo, entre otros) para su descripción y valoración. La CIF pertenece a la "familia" de clasificaciones desarrolladas por la OMS para su aplicación en varios aspectos de la salud. El conjunto de clasificaciones de la OMS proporciona el marco para codificar un amplio rango de información acerca de la salud (Diagnóstico, funcionamiento y discapacidad, razones para contactar con los servicios de salud, entre otros) y provee un lenguaje estandarizado y único que posibilita la comunicación en todo el mundo sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias.

La CIF está basada en la integración de dos modelos: el Modelo Biológico y el Modelo de los Derechos Humanos. La clasificación utiliza un enfoque "biopsicosocial", que busca la integración de las diferentes dimensiones de la discapacidad, intentando lograr una síntesis que ofrezca una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. La discapacidad ya no se considera mera consecuencia de una deficiencia. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un conjunto de condiciones sociales restrictivas. En ese sentido, el Modelo de Derechos Humanos ha agudizado la conciencia de que las barreras a la participación son causas muy importantes de discapacidad.

Así, la CIF organiza la información en dos partes, la primera sobre Funcionamiento y Discapacidad, y la segunda sobre Factores Contextuales. El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales.

Las definiciones de deficiencia, discapacidad y minusvalía dadas en el marco de la CIDDM, distan en su enfoque, de las contenidas en la CIF. A continuación, se compararan ambas perspectivas conceptuales en el Cuadro No. 2.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> En el marco de la CIF, refiérase a los siguientes conceptos: **Funciones corporales**: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas). **Estructuras corporales**: son las partes anatómicas del



**Cuadro No.2: Análisis comparativo conceptual: CIDDM vs. CIF**

CONCEPTO	CIDDM (1983)	CONCEPTO	CIF (2001)
<b>DEFICIENCIA</b>	Toda pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, psicológica o anatómica. La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, se pueden producir en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.	<b>DEFICIENCIA</b>	Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, incluidas las mentales. Con "anormalidad" se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida y solo debe usarse en este sentido. Representa una desviación de la "norma" generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. Las deficiencias deben ser parte o una expresión de un estado de salud, pero no necesariamente indican enfermedad. Las deficiencias no son equivalentes a la patología subyacente, sino que constituyen la forma de manifestarse esa patología. Es posible tener deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad o en el desempeño. Se sustituye el enfoque de órgano por el de estructura corporal.
<b>DISCAPACIDAD</b>	Cualquier restricción o pérdida, como resultado de una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad dentro de los límites considerados normales para un ser humano en un contexto determinado. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de una deficiencia y por ende refleja alteraciones a nivel de la persona. La discapacidad	<b>LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD</b>	Es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (ambientales y personales). "Limitación en la actividad" sustituye el término "discapacidad" de la CIDDM. El término rescata el enfoque integral de la persona con discapacidad como un ser biológico, psicológico y social. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un problema social, por lo tanto son necesarias las modificaciones ambientales para el logro de la participación plena de las personas con

cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. **Deficiencias:** son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. **Actividad:** es el desempeño o realización de una tarea o acción por parte de un individuo. **Participación:** es el acto de involucrarse en una situación vital. **Limitaciones en la Actividad:** son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño o realización de actividades. **Restricciones en la Participación:** son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. **Factores Ambientales:** constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

	<p>conciernen a aquellas habilidades, en forma de actividades o comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.</p>		<p>discapacidades en todas las áreas de la vida social. Es un asunto ideológico y actitudinal.</p>
<b>CONCEPTO</b>	<b>CIDDM (1983)</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>CIF (2001)</b>
<b>MINUSVALIA / DESVENTAJA</b>	<p>Situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal para una persona en función de la edad, sexo, y factores socioculturales. La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Representa la socialización de una deficiencia o una discapacidad, y en cuanto tal, refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales, que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y discapacidad. El término evolucionó hacia "desventaja", por el sentido peyorativo que la palabra representa. Es la situación de una persona a quien se le discrimina o se le limita en su desarrollo como integrante de una sociedad.</p>	<b>RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN</b>	<p>"Restricción en la participación" sustituye el término "minusvalía" usado en la CIDDM. Son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en CIDDM y CIF

Así como los conceptos deficiencia, discapacidad y minusvalía han tenido una evolución histórica, el concepto de rehabilitación ha pasado por varias revisiones.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la evolución conceptual de la Rehabilitación puede identificarse con las diferentes estrategias utilizadas:

- La de los servicios institucionales, que se basa en la discapacidad de la persona con escasa participación de ésta y de su entorno social;
- La de servicios de mayor alcance que presta alguna atención a la persona y al entorno;
- La de base comunitaria (conocida por las siglas RBC) que se caracteriza por el papel activo que asume la persona con discapacidad y sus entornos vitales en lo social y personal, más cercana al Modelo de los Derechos Humanos.

**El concepto de rehabilitación dentro del Modelo Biológico**, aún cuando es llamado "integral", es considerado como una secuencia de pasos o de etapas mediante las cuales la persona con discapacidad logra su integración a la sociedad. Se consideraba que el proceso de rehabilitación era integral en la medida en que la persona pasara por las etapas de la misma: rehabilitación funcional, rehabilitación profesional y rehabilitación social.

**Los ajustes conceptuales, dentro de un paradigma más inclusivo**, tienden a considerar a la persona con discapacidad como un ser biológico, psicológico y social, por ello la rehabilitación debe ser conceptualizada en dos vías: por un lado, como un conjunto de apoyos individualizados dirigidos a compensar las limitaciones en el desempeño, por el otro, como un conjunto de acciones de equiparación de oportunidades.

En esta línea el **Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad** estableció que:

*"Siempre que sea posible, se debe proporcionar servicios para las personas con deficiencias dentro de las estructuras sociales, sanitarias, educativas y laborales existentes en la sociedad. Los servicios de rehabilitación tienen por objeto la participación de las personas con discapacidad en servicios y actividades habituales de la comunidad."*

Además que:

*"para lograr los objetivos de "igualdad" y "plena participación" no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia el individuo con deficiencias. La experiencia ha demostrado que es en gran parte el medio el que determina el efecto de una deficiencia o discapacidad sobre la vida diaria de la persona".*

Las siguientes definiciones se enmarcan en esta línea:

**Rehabilitación:** Es el proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel

físico, mental y social óptimo, proporcionándole así los medios que le permitan llevar en forma independiente y libre su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional, y otras encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

**Rehabilitación:** Es un proceso coordinado mediante el cual se facilita a las personas con discapacidad congénita o adquirida, temporal o permanente, bienes, servicios y modificaciones del entorno con fin de recuperar, desarrollar o fortalecer sus habilidades físicas, mentales o sociales, para un estado funcional óptimo, que les permita el goce de autonomía personal y vida independiente.

Por su parte la CIF (2001), define **Rehabilitación** como un proceso en el que personas con discapacidad o sus defensores toman decisiones acerca de qué servicios necesitan para incrementar la participación. Los profesionales que prestan servicios de rehabilitación tienen la responsabilidad de ofrecer a las personas con discapacidad la información pertinente para que ellas puedan tomar decisiones informadas respecto a lo que les conviene.

En la actualidad, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), en el marco del Proyecto “Estudio Básico de Discapacidad para formular un programa modelo de cooperación en la República de Costa Rica y Centroamérica (México y República Dominicana)” elaboran un concepto de Rehabilitación congruente con el Modelo de Derechos Humanos<sup>18</sup>.

Se define **Rehabilitación** como: *“El proceso en el que las personas con discapacidad y sus defensores toman decisiones acerca de qué bienes, servicios y modificaciones del entorno necesitan para recuperar, desarrollar o fortalecer sus habilidades físicas, mentales, emocionales y sociales para incrementar la autonomía personal, la vida independiente, la participación social y el goce y ejercicio de sus derechos humanos”*

Además se asumen las siguientes definiciones contenidas en la Ley No. 7600:

**Servicio de Apoyo:** Ayudas técnicas, equipo, recursos auxiliares, asistencia personal y servicios requeridos por las personas con discapacidad para aumentar su grado de autonomía y garantizar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo.

**Ayudas técnicas:** Elementos requeridos por una persona con discapacidad para mejorar su funcionalidad y garantizar su autonomía.

### **1.3.2 De dónde venimos? Hacia dónde nos dirigimos?**

Al revisar la evolución de los modelos de atención a nivel mundial, nos damos cuenta de que en Costa Rica se dieron hechos característicos de cada uno de ellos, desde la marginación, segregación, la aceptación de la mendicidad como un medio de vida, y posteriormente la utilización de las personas con discapacidad como medio

---

<sup>18</sup> El concepto ha sido discutido a partir del definido en la CIF con la participación de diferentes actores, entre los que destacan las personas con discapacidad y sus organizaciones.

para “apiadar al público” en la búsqueda de recursos económicos para fines específicos, sin tomar en cuenta el ser humano como sujeto de derechos. Posteriormente predominaron las acciones destinadas a la “normalización”, y más recientemente tomó protagonismo la aceptación de los derechos y deberes de una población que puede y debe gozar de las mismas oportunidades que el resto de la sociedad.

Al igual que los modelos de atención, las definiciones de discapacidad y rehabilitación han sufrido variaciones importantes en concordancia con las tendencias predominantes, hasta el día de hoy en que se hace énfasis en los derechos humanos como un hecho indiscutible desde toda perspectiva.

Con la transición del concepto de rehabilitación, pasando de una dimensión puramente biológica a una multifactorial, en la cual la persona con discapacidad es vista de una manera integral, se abre paso a una mayor participación social. Este cambio en la concepción de la rehabilitación y por ende de la persona con discapacidad, tiene repercusiones importantes en la prestación de los servicios tradicionales, los cuales, se ven forzados a cambiar su filosofía de asistencialismo y sobreprotección, hacia el estudio y cobertura real de las necesidades, según los roles del individuo, el colectivo y el contexto.

En ese sentido debe reforzarse el concepto de la participación comunitaria, confiriéndole a cada comunidad la posibilidad de exigir y producir cambios en su seno con la asesoría de personas con discapacidad, para un desarrollo de destrezas y actividades que aseguren su participación como miembros de esa comunidad. Es por ello que el modelo de rehabilitación basada en la comunidad, si se aplicara como debe, pareciera ser una excelente opción a futuro.

---

## 1.4 MARCO JURÍDICO

---

Tal y como se analiza en el apartado anterior, los enfoques sobre discapacidad han tenido una evolución histórica importante. Dicha evolución ha permeado el sistema jurídico político tanto a nivel internacional como nacional, sin embargo su materialización en acciones que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad, es aún deficiente.

En las tres últimas décadas, las personas con discapacidad han contado con una serie de cuerpos normativos, tanto nacionales como internacionales, orientados a la atención y protección de sus derechos. El objetivo de este apartado es pasar revista a los mismos.

Los derechos de las personas con discapacidad se presentan dentro del contexto general de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Existen además instrumentos específicos sobre discapacidad entre los que destacan, las Normas Uniformes sobre igualdad de

Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de Naciones Unidas, sin embargo, se reconoce que estos documentos son directrices formales que no necesariamente se han concretado como tales en la vida de las personas con discapacidad.

El reto de cualquier país es que sus leyes no solo reflejen las normas y principios de estos documentos, sino que se inserten y articulen a la vida cotidiana a través de políticas, planes y acciones concretas que permitan a las personas con discapacidad disfrutar y ejercer sus derechos.

#### **1.4.1 El contexto jurídico internacional y regional**

Para efectos metodológicos que faciliten la comprensión del sistema jurídico existente, se clasifica éste en tres grandes grupos:

- A. Instrumentos de protección atinentes a todas las personas en general.
- B. Instrumentos de protección generales con menciones específicas a las personas con discapacidad.
- C. Instrumentos de protección específicos para las personas con discapacidad.

Se hará mención si dichos instrumentos pertenecen al Sistema de La Organización de Naciones Unidas (ONU) o al Sistema de Organización de los Estados Americanos (OEA).

**Se respeta la terminología utilizada en cada instrumento (la cual refleja paradigmas o modelos de atención imperantes en la época), aún cuando la misma no sea la adoptada y promovida actualmente.**

##### **A. Instrumentos de protección atinentes a todas las personas**

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948).** Adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1948, establece normas uniformes de derechos humanos aceptados por los Estados miembros, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole. Establece entre otros derechos, el relacionado a la protección de la ley y contra toda discriminación, además el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, entre otras cosas, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966).** Ambos Pactos, unidos a la Declaración Universal de Derechos Humanos, conforman lo que se ha dado en llamar la Carta Internacional de Derechos Humanos. Estos tres documentos claves definen una gama amplia de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Establecen normas básicas orientadoras de posteriores convenciones, declaraciones y principios a nivel universal.

- **Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969).** La convención, de carácter interamericano, abarca las garantías de los derechos humanos establecidas en la Declaración Universal.

## B. Instrumentos de protección generales con menciones específicas a las personas con discapacidad

- **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 1981).** La Convención no incluye artículos específicos sobre los derechos de las mujeres con discapacidad, pero su fin es el de proteger los derechos de toda mujer, enfrenten limitaciones o no. Sin embargo, el organismo supervisor de la Convención, enfatiza que las mujeres con discapacidad enfrentan una doble discriminación y son un grupo particularmente vulnerable. Recomienda que los gobiernos provean información sobre ellas en sus reportes de período, y sobre las medidas especiales que hayan tomado para asegurar que las mujeres con discapacidad *"tengan igual acceso a la educación y empleo, servicios médicos y de seguridad social, y asegurarse que puedan participar en todos los ámbitos sociales y culturales."*
- **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) (OEA, 1988).** Este tratado establece específicamente que las personas con discapacidad tienen el derecho de recibir atención especial a fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Asimismo, obliga a los Estados a implementar medidas especiales para facilitar la integración total de las personas con discapacidad.  
En su artículo 18: "Protección de los Minusválidos", plantea literalmente que:

*"Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial a:*

*a. ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo, incluidos programas laborales adecuados a sus posibilidades y que deberán ser libremente aceptados por ellos o por sus representantes legales, en su caso;*

*b. proporcionar formación especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos;*

*c. incluir de manera prioritaria en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo;*

d. estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena.

A pesar de que el Protocolo posee un enfoque de derechos, la terminología utilizada y su enfoque filosófico lo ubican con una mayor tendencia en el Modelo Biológico.

- **Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989).** El tratado establece la no discriminación en razón de la presencia de discapacidad. En su artículo 23 se tratan los derechos de los niños y niñas con discapacidad, y se establece que éstos gozarán de "una vida plena y decente" con dignidad y participación en la comunidad:

*"Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre **los métodos de rehabilitación**, los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo".*

Al igual que en el caso anterior, la terminología utilizada y su enfoque filosófico tienen predominio del Modelo Biológico.

### C. Instrumentos de protección específicos para las personas con discapacidad

- **Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU, 1971).** Con marcado predominio del Modelo Biológico, la declaración deja establecido que las personas con retardo mental tienen los mismos derechos que todos los seres humanos. Se pone énfasis en el establecimiento de instrumentos jurídicos de protección frente a cualquier forma de explotación.

En su capítulo 2 establece que:

*"El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, **la rehabilitación** y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes"*

- **Declaración de los Derechos de los Impedidos (ONU, 1975).** La declaración proclama la igualdad de derechos para las personas con discapacidad, la igualdad de trato y acceso a servicios que contribuyan a su desarrollo e integración.

Es el primer documento que incorpora una definición sobre discapacidad, aún cuando ésta se enmarque dentro del Modelo Biológico: *"Impedido: Toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las*



*necesidades de una vida individual o social normal, a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales”*

En su artículo 6 la Declaración plantea que:

*“El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social”.*

- **Declaración de los Derechos de la Persona Sorda y Ciega (ONU, 1977).** La declaración acoge los principios y normas contenidos en Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración de los Derechos de los Impedidos en específico para las personas sordas y ciegas. Por su enfoque y uso de terminología, se ubica en el Modelo Biológico.
- **Convenio No. 159 sobre la Readaptación profesional y el Empleo de las Personas Inválidas (OIT; 1983).** El convenio obliga a los Estados a formular, aplicar y revisar la política nacional sobre empleo de las personas con discapacidad. Establece que las medidas positivas encaminadas a lograr la inserción y reinserción laboral de las personas con discapacidad no deben considerarse discriminatorias en relación a los trabajadores y las trabajadoras con discapacidad. En su enfoque tiene un predominio marcado del Modelo Biológico.
- **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (ONU, 1991).** Establece normas uniformes para la protección y rehabilitación de personas con discapacidad mental. Asimismo enfatiza que todas las personas tienen el derecho al mejor servicio médico mental disponible y que las personas con enfermedades mentales, deberán ser tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente del ser humano. Las personas con discapacidad mental también tienen el derecho a la protección en contra de la explotación económica, sexual y otras, del abuso físico u otro, y al trato degradante. Los principios estipulan que no debe haber discriminación a causa de enfermedad mental y que una persona con una enfermedad mental debe tener el derecho de ejercer todos sus derechos civiles y políticos.

Estas normas vislumbran ya una influencia del Modelo de Derechos Humanos y una reconceptualización de la atención en Salud Mental.

- **Declaración de Cartagena De Indias sobre Políticas Integrales para las Personas Con Discapacidad en el Área Iberoamericana (1992).** Dicha Declaración nació de la participación de los representantes gubernamentales del área latinoamericana en la Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas Ancianas y Personas Discapacitadas, la cual se llevó a cabo en Cartagena de Indias (Colombia) entre los días 27 y 30 de Octubre de 1992. La Declaración rescata los principios de la prevención de las consecuencias de la deficiencias, promulga que las acciones encaminadas a

prevenir la deficiencia y la discapacidad estén acordes con la universalidad, la normalización, la democratización (más tarde llamada participación), enfatiza la articulación del conjunto de recursos humanos, técnicos, materiales y financieros en la prevención y atención de las personas con discapacidad, bajo los preceptos de descentralización, integralidad, corresponsabilidad, modernización, coordinación y planificación, y la evaluación y seguimiento de las actuaciones llevadas a cabo con el fin de rescatar las más eficaces y corregir errores.

Incorpora en forma general los principios establecidos en el Modelo de Derechos Humanos, sobre todo el referido a la participación.

- **Normas Uniformes sobre la igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1993).** La aprobación de este cuerpo normativo, tuvo como antecedentes relevantes: la declaración, por parte de la ONU, del Año Internacional de los Impedidos en 1981 y la aprobación —el 3 de diciembre de 1982— del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Ambas iniciativas “subrayaron el derecho de las personas con discapacidad a las mismas oportunidades que los demás ciudadanos y a disfrutar en un pie de igualdad de las mejoras en las condiciones de vida resultantes del desarrollo económico y social. Ubicadas dentro del paradigma de Derechos Humanos, por primera vez se definió la discapacidad en función de la relación existente entre las personas con discapacidad y su entorno y se asumió una posición crítica con respecto al término “Minusvalía” utilizado en la CIDMM.

Las normas son 22 y están organizadas en 4 capítulos: 1. Requisitos para la Igualdad de Participación (mayor toma de conciencia, atención médica, rehabilitación, servicios de apoyo), 2. Esferas previstas para la igualdad de participación (posibilidades de acceso, educación, empleo, mantenimiento de ingresos y seguridad social, vida en familia e integridad personal, cultura, actividades recreativas y deportivas, religión), 3. Medidas de ejecución (información e investigación, cuestiones normativas y de planificación, legislación, política económica, coordinación, organizaciones de personas con discapacidad, capacitación, supervisión y evaluación de programas, cooperación económica y técnica y cooperación internacional), 4. Mecanismos de supervisión.

#### **Define la Rehabilitación como:**

*“...un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional”*

**En su Artículo 3, define las normas relativas a la Rehabilitación.** En ellas insta a los Estados a elaborar programas de rehabilitación basados en las necesidades de las personas y en los principios de plena participación e igualdad, en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad. Resalta el hecho de que las personas con discapacidad y sus familias son actores fundamentales del proceso y por lo tanto deben participar en la definición de los servicios de rehabilitación que les conciernen. Además plantea que los servicios de rehabilitación deben ofrecerse en la comunidad en la que vive la persona con discapacidad.

Un elemento importante de las normas, es que su aplicación es supervisada por un Relator Especial sobre Discapacidad. Estas normas han jugado un rol muy valioso en la promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad y han probado ser una herramienta útil para el desarrollo de políticas: Un número considerable de países alrededor del mundo han adoptado nueva legislación y otros han lanzado planes nacionales de acción. Tal y como veremos más adelante, dichas normas sirvieron de base para la formulación de la Ley No. 7,600 sobre "Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad en Costa Rica", aprobada en el año 1996.

- **Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1999).** Ubicada en el Modelo de Derechos Humanos, tal convención entró en vigor en el año 2001 a partir que un Estado signatario la ratificara. El Estado costarricense fue el primero en hacerlo (18 de noviembre de 1999) luego de haber participado activamente en su promoción, por gestión e iniciativa de las Organizaciones de Personas con Discapacidad. Esta Convención fue hecha con el propósito de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación en contra de las personas con discapacidad y de promover su participación.

En su Artículo 3 establece, entre otras, la necesidad de trabajar prioritariamente en la prevención de todo tipo de discapacidad prevenible y en la detección temprana e intervención, tratamiento, **rehabilitación**, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad.

En su Artículo 4, plantea que para el logro de los objetivos de la Convención, los Estados deben comprometerse a:

*"1. Cooperar entre sí para contribuir a prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad.*

*2. Colaborar de manera efectiva en:*

*a) la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, **la rehabilitación** e integración a la sociedad de las personas con discapacidad; y*

*b) el desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad”*

- **Hacia una Convención Internacional.** En la actualidad, las personas con discapacidad no cuentan todavía con una convención internacional (en el Sistema Universal) de protección de sus derechos humanos. Sin embargo, en el presente hay un proceso encaminado a la promulgación, por parte de la ONU, de tal instrumento jurídico. A finales del año 2001, la Asamblea General de la Naciones Unidas aprobó la creación de un Comité Especial para la elaboración de una propuesta de convención.

Diversas reuniones se han celebrado (2002, 2003 y 2004, 2005), con destacada y reconocida participación de nuestro país, por lo que se prevé que próximamente, las personas con discapacidad, podrán contar con una Convención Internacional de acatamiento obligatorio para todos los Estados signatarios.

El borrador de dicha Convención consta de varios artículos, todos en discusión y construcción:<sup>19</sup>

1. Propósito
2. Principios generales
3. Definiciones
4. Obligaciones generales
5. Promoción de actitudes positivas hacia las personas con discapacidad
6. Recopilación de datos y estadísticas
7. Igualdad y No Discriminación
8. Derecho a la vida
9. Igual reconocimiento como persona ante la ley
10. Libertad y seguridad de la persona
11. Derecho a no ser sometido a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
12. Protección contra la violencia y los abusos
13. Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información
14. Respeto a la privacidad, el hogar y la familia
15. Vivir independiente y ser incluido en la comunidad
16. Niños con discapacidad
17. Educación
18. Participación en la vida política y pública
19. Accesibilidad
20. Movilidad personal
21. **El derecho a la salud y la rehabilitación**
22. Derecho al trabajo
23. Seguridad social y un nivel de vida adecuado

---

<sup>19</sup> El texto borrador base de la Convención, fue elaborado por un “Grupo de Trabajo” compuesto por 40 personas: 27 en representación de los Estados, 12 personas con discapacidad en representación de sus organizaciones y una persona que representa a una Organización de Derechos Humanos.

24. Participación en la vida cultural, actividades recreativas, esparcimiento y deporte
25. Supervisión

En el desarrollo de las sesiones de lectura y discusión del borrador ha habido importantes debates sobre una gran variedad de temas. Específicamente con respecto al **Capítulo “El derecho a la salud y la rehabilitación”**, se discute la conveniencia o no de dividirlo en dos, uno dedicado a la salud y otro dedicado a la rehabilitación.<sup>20</sup> “Quienes formulan la propuesta de separarlos, argumentan que la rehabilitación es un campo que excede al campo de la salud y que ubicarlo es restringirlo. Por su parte, quienes se oponen a tal división señalan que aún cuando entienden tal argumentación, es muy peligroso generar en el tratado tal separación ya que existen programas que vinculan ambos campos y que de separarse habrían consecuencias muy negativas para países pobres, en los cuales la población con discapacidad se beneficia de tales programas”.

En términos generales el artículo mencionado (y todo el documento borrador de la Convención), incorpora los principios del Modelo de Derechos Humanos, principalmente los relativos a la participación y libre elección. Establece la responsabilidad de los Estados de proporcionar servicios de salud y rehabilitación accesibles, integrales e individualizados, diseñados, prestados y evaluados según las necesidades y con la participación de las personas con discapacidad.

A la fecha el texto no ha sido aprobado.

#### **1.4.2 El contexto jurídico nacional**

Costa Rica cuenta con una tradición positiva en materia de ratificación de instrumentos de derechos humanos.<sup>21</sup> De hecho, como se mencionó, fue el primer país en ratificar la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, luego de su activa participación en el proceso de promoción. En el contexto jurídico nacional, se evidencia no solo la evolución conceptual en materia de discapacidad, sino también la adopción de principios contenidos en las normas internacionales.

A continuación se presentan las **principales** leyes y políticas a nivel nacional.

- **Ley No. 5347: Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (1973)** La creación del CNREE tiene sus antecedentes inmediatos en la recomendación de Naciones Unidas sobre la creación de consejos o comisiones nacionales en el contexto de la Declaración del Retardado Mental (ONU, 1971). Es así como en el año 1971, se crea la Comisión Nacional de Rehabilitación y

---

<sup>20</sup> Tomado del texto elaborado por Luis Fernando Astorga, Director Ejecutivo para América Latina y El Caribe del Instituto Interamericano sobre Discapacidad. “III Reunión del Comité Especial: Crónica, balance y perspectivas”, 2004.

<sup>21</sup> Es importante mencionar que los Tratados Internacionales ratificados por el país, adquieren una jerarquía igual a la de la Constitución Política de la República.

Educación Especial, la cual sentaría las bases para la creación por ley del CNREE, en el año 1973.

El Artículo 1 establece que el CNREE es: *“el encargado de orientar la política general en materia de Rehabilitación y Educación Especial en coordinación con los Ministerios de Salubridad Pública, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, así como de la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física o mentalmente disminuidas, en todos los sectores del país”.*

Dentro de las funciones de dicho órgano, entre otras, se establece: Coordinar un Plan Nacional de Rehabilitación y Educación Especial que integre sus programas y servicios con los Planes específicos de Salud, Educación y Trabajo, evitando duplicaciones y utilizando los recursos económicos y humanos disponibles.

Dado este mandato, el CNREE organizó en el año 1987, en coordinación con los Ministerios de Salud, de Trabajo y Seguridad Social, de Educación, la Federación Costarricense de Asociaciones de Personas con Limitaciones y la Universidad de Costa Rica, jornadas de estudio sobre el estado de la rehabilitación en Costa Rica. Los resultados facilitaron la elaboración del Proyecto de Políticas de Rehabilitación, aprobado en 1989 mediante Decreto Ejecutivo No. 19101-S-MEP-TSS-PLAN, oficializando así las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral. Dichas políticas se plasman en la elaboración del Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990-2000.

Debido a su enfoque desde el Modelo Biológico, la Ley de Creación del CNREE ha sido objeto de discusión y análisis. En el año 1992, la Junta Directiva en su sesión No. 413 del 14 de noviembre, acuerda la inclusión de un representante de las personas con discapacidad en tal Órgano Colegiado. Con la aprobación de la Ley No. 7,600 (que será expuesta más adelante) y su Reglamento, la ley sufre una reforma importante, pues, la representación de las personas con discapacidad en la Junta Directiva pasa a ser el 25% de sus integrantes.

En la actualidad, una Comisión conformada por el CNREE y Organizaciones de Personas con Discapacidad, trabajan en la elaboración de un proyecto de reforma de la Ley, más congruente con el Modelo de Derechos Humanos y con las nuevas condiciones sociopolíticas del país.

- **Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990-2000.** El Plan es concebido como un marco de referencia para la acción y un instrumento de planificación y toma de decisiones, para integrar el trabajo de las instituciones y organizaciones que participan en cualquiera de las áreas de la rehabilitación y en la prevención. (CNREE, 1990).

En su estructura el Plan abarca 10 áreas: Planificación, Prevención, **Rehabilitación Integral, Rehabilitación Física y Mental**, Educación Especial, **Rehabilitación Profesional, Rehabilitación Social**, Formación, Capacitación y Perfeccionamiento de Personal, Investigación y Divulgación e Información. En todas ellas se plantea la necesidad de coordinación interinstitucional.

Se pone énfasis en los núcleos familiar y comunitario como estructuras de integración social, se promueve la desinstitucionalización de las personas con discapacidad y se estimula la participación de sectores no gubernamentales.

Como aspecto importante a destacar, considera que los servicios y acciones en materia de rehabilitación y prevención de la deficiencia y la discapacidad, forman parte de la planificación del desarrollo nacional y que los mismos deberán proporcionarse bajo un enfoque globalizante e integrado. **En el área de rehabilitación física y mental, propone el establecimiento de servicios en los hospitales nacionales, regionales y periféricos, según niveles de complejidad y el desarrollo y el fomento de servicios de atención ambulatoria y domiciliaria.**

- **Ley No. 7600 "Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad en Costa Rica" (1996):** Inspirada en las Normas Uniformes de Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, esta ley representa un significativo paso de avance con respecto a los modelos de concepción y atención de las personas con discapacidad en el país. Declara de "interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes". (Artículo 1° -Interés público, de la Ley 7600).

La Ley incorpora la perspectiva de la discapacidad en los derechos consignados en la Declaración de Derechos Humanos y en la Constitución Política de Costa Rica. Establece las bases que permitirán paulatinamente abandonar un enfoque basado en el asistencialismo, sobreprotección y lástima, para dar lugar a la equiparación de oportunidades entendida ésta como una estrategia de ajuste del entorno que permita que las personas con discapacidad alcancen su máximo desarrollo y autonomía personal. Este proceso de ajuste del entorno deberá traducirse en realizar las adaptaciones necesarias para que todas las personas puedan acceder a los servicios públicos y privados en iguales condiciones de calidad y oportunidad.

Se fija como propósito el garantizar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, en ámbitos como educación, trabajo, servicios de salud, espacio físico, transporte, información y comunicación, cultura, deporte y las actividades recreativas. Se propone entre sus objetivos la eliminación de cualquier tipo de discriminación hacia las personas con discapacidad y promueve la participación activa y protagónica de las personas con discapacidad, a través de sus organizaciones, en la toma de decisiones en todos los asuntos que les conciernen. En este sentido, su enfoque es cívico-político.

Es importante apuntar que a pesar de que la Ley le asigna un papel estratégico al Estado en la orientación y ejecución de planes, proyectos y políticas, toma en cuenta la participación de organismos privados, organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales. A estos últimos también les asigna una serie de obligaciones por lo que la Ley se declara de observancia obligatoria para todos los sectores de nuestro país.

**En su Artículo 33 sobre los servicios de rehabilitación, y en su Artículo 34 sobre la disponibilidad de los servicios, respectivamente, establece que:**

*“La Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros deberán ofrecer servicios de rehabilitación en todas las regiones del país, incluyendo servicios a domicilio y ambulatorios. Estos deberán ser de igual calidad, con recursos humanos y técnicos idóneos y servicios de apoyo necesarios para garantizar la atención óptima”.*

*“Las Instituciones públicas de salud responsables de suministrar servicios de rehabilitación, deberán garantizar que los servicios a su cargo estén disponibles en forma oportuna, en todos los niveles de atención, inclusive la provisión de servicios de apoyo y las ayudas técnicas que los usuarios requieran” .<sup>22</sup>*

Por otra parte, el 20 de abril de 1998, se publica en el diario oficial “La Gaceta” y entra en vigencia el “Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”; con lo cual ya no sólo se tiene el qué (la Ley 7600) sino que también se cuenta con el cómo debe ejecutarse tal ley.

- **Políticas Nacionales en Discapacidad. (2000).** El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, haciendo uso de las facultades de su ley de creación y en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento de la Ley 7600 definió en el año 2000 las “Políticas Nacionales en Discapacidad 2001-2010”. Sintetiza el resultado de un proceso consultivo realizado durante el año 1999, con la participación de diversos actores de la sociedad civil, incluyendo a representantes de organizaciones de personas con discapacidad, gobiernos locales y funcionarios de diversas instituciones gubernamentales.

Sus principales objetivos son: Impulsar un cambio en el entorno sociocultural costarricense que genere accesibilidad e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad; generar políticas institucionales, así como planes, programas y proyectos, orientados hacia un cambio de enfoque sobre la discapacidad; incorporar en la agenda nacional el tema de la discapacidad; y fortalecer el ente rector para que cumpla su misión. Se basa en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación, participación, accesibilidad y autonomía personal.

---

<sup>22</sup> Con respecto al accionar de ambas instituciones, en el Capítulo “Acceso a los Servicios de Rehabilitación”, se hará un análisis detallado.



Se dividen en cuatro grandes grupos: **1.** Políticas para la institucionalidad democrática comprometida con la población con discapacidad, Destaca en este apartado el fortalecimiento de la rectoría en materia de discapacidad.

**2.** Políticas para la accesibilidad y la calidad de vida: Educación, salud, trabajo, servicios sociales y la familia, transporte, cultura, deporte, recreación, información, comunicación, espacio físico, turismo. En el campo de la salud establece la necesidad de que los servicios a los accede la población con discapacidad sean oportunos, ágiles y descentralizados, propiciando estrategias de atención de base comunitaria. **3.** Políticas para la participación plena: participación ciudadana, organizaciones de personas con discapacidad y **4.** Políticas de investigación y cooperación.

**En el ámbito de la rehabilitación,** las políticas establecen que se debe propiciar la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad en los niveles de atención primaria, con la capacitación y supervisión de los especialistas.

Expuesto el marco jurídico internacional y nacional, pareciera que el país cuenta con un cuerpo normativo formal que de sustento y orientación a las acciones relacionadas con la atención de la discapacidad y los servicios de rehabilitación. De la misma forma, se cuenta también con un marco de referencia filosófico y conceptual que oriente dichas acciones. Falta entonces contrastar este marco formal con su operacionalización práctica. Este es precisamente el objetivo del siguiente capítulo, en el que se pretende establecer un balance entre la demanda y oferta de servicios de rehabilitación, específicamente.

---

---

# ACCESO A LOS SERVICIOS DE REHABILITACION

---

---

---

## 2.1 DEMANDA DE SERVICIOS

---

En este apartado se hará un análisis partiendo de lo general a lo específico. Se caracteriza a la población general del país de acuerdo con los indicadores demográficos básicos y específicamente la población con discapacidad. Se ha incluido un apartado especial sobre la población adulta mayor por dos razones fundamentales: Su tendencia al aumento y por las consecuencias que el “proceso de envejecimiento” tiene sobre la funcionalidad del ser humano y sus necesidades de servicios de rehabilitación.

Los datos que se presentan, pretenden ser indicadores de demanda de servicios, entendiéndose esta como “**demanda potencial**” debido a la falta de información precisa sobre las necesidades de rehabilitación de las personas con discapacidad.<sup>23</sup>

### **2.1.1 Estadísticas generales de la población y tendencias**

#### **2.1.1.1 Composición de la población, natalidad, mortalidad, esperanza de vida.**

Desde hace más de tres décadas los principales indicadores demográficos de nuestro país vienen cambiando considerablemente. A la fecha, los desafíos demográficos ya se dieron: Bajó la mortalidad, bajó la natalidad, aumentó nuestra expectativa de vida, disminuyen los grupos de menor edad y aumentan los grupos de mayor edad. Dicha evolución puede observarse en el Cuadro No. 3.

---

<sup>23</sup> Se parte del hecho de que no toda persona con discapacidad requiere servicios de rehabilitación, sin embargo, así como los servicios de salud deben estar disponibles para que los acceda la población en general, en el momento en que los necesite, los servicios de rehabilitación de igual forma, deberán estar disponibles y accesibles para las personas que los requieran, sea su discapacidad temporal o permanente.

**Cuadro No. 3: Estadísticas vitales de la población de Costa Rica.  
1970 a 2015**

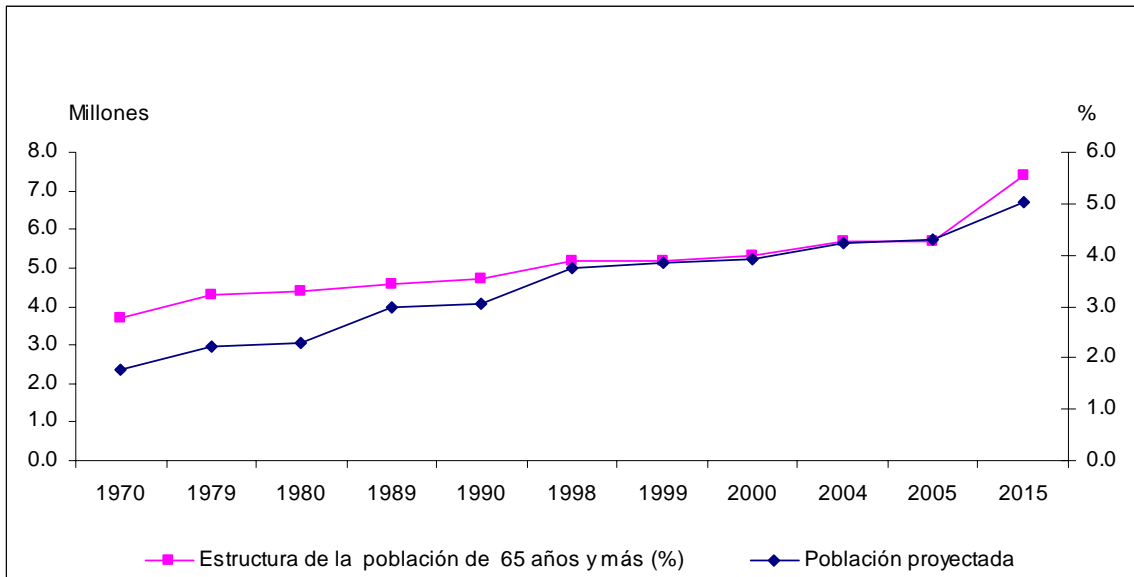
Año	Población proyectada	Estructura de la población de 65 años y más (%)	Tasa bruta de natalidad 1000s	Tasa bruta mortalidad	Esperanza de vida	
					Al nacer	A los 65 años
1970	1 758 042	3,7	32.9	7,4	65,7	15,1
1979	2 234 514	4,3	30.9	4,3	73,9	17,2
1980	2 301 984	4,4	31.1	4,2	74,4	17,1
1989	2 976 989	4,6	28.4	3,8	76,5	17,8
1990	3 050 556	4,7	27.2	3,7	76,9	18,2
1998	3 747 006	5.2	20.8	3.9	77.0	18.1
1999	3 837 674	5,2	20.7	3,9	77,3	18,2
2000	3 925 331	5,3	20.1	3,8	77,7	18,4
2004	4 237 040	5,7	17.1	3,8	78,7	18,9
2005	4 317 145	5.7	17.8	3.9	78.4	
2015	5 021 911	7.4	15.2	4.4	79.6	

**Fuente:** Estadísticas vitales, INEC.

Los cambios en la composición poblacional de Costa Rica son el producto de la reducción de la mortalidad, particularmente de la mortalidad a edades tempranas; la disminución de los nacimientos; y el efecto de las poblaciones extranjeras que llegan a establecerse al país.

En este mismo sentido, se viene experimentando un envejecimiento constante de la población que conduce a que la estructura poblacional vea sus bases cada vez más reducidas. Mientras se registraron 1.758,042 habitantes para el año 1970, la proyección de la población de Costa Rica realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), establece cambios extraordinariamente pronunciados que fijan un total de 5.021,911 habitantes para el año 2015. El grupo de población de 0 a 14 años de edad disminuirá considerablemente, de 31.8% de la población total en el año 2000 a 23.4% en el año 2015. Además, el grupo de población de 65 años y más, constituirá más del 7% de la población total, tal y como se observa en el Gráfico No. 1.

**Gráfico No.1: Población proyectada versus estructura de la población de 65 años y más, para el período 1970 - 2015**

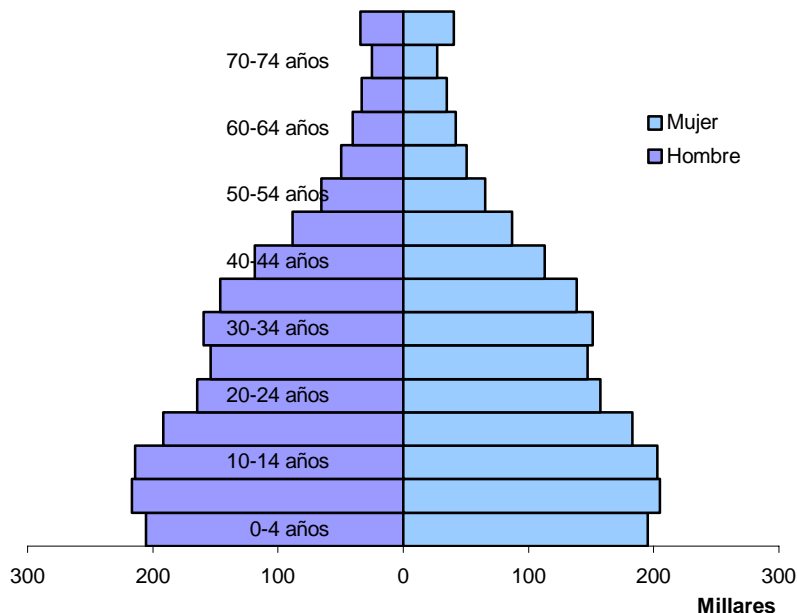


**Fuente:** Cuadro No. 3

El comportamiento de la transición constituye un llamado de atención para que el sistema de servicios públicos otorgue suficiente atención a las condiciones que envuelven el cambio demográfico.

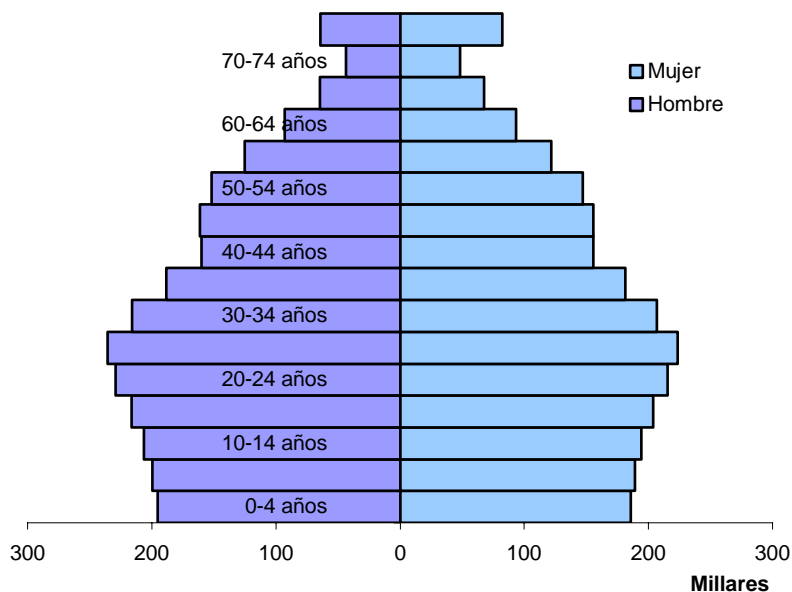
La estructura de la población de Costa Rica por grupos de edad y sexo, y sus cambios en relación al futuro próximo, puede observarse en el Gráfico No 2 y en el Gráfico No.3.

Gráfico No. 2: Costa Rica: Pirámide de población 1998



Fuente: Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en EHPM 1998, INEC

Gráfico No. 3: Costa Rica: Pirámide de población 2015



Fuente: Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en proyecciones, INEC.

En tal dinámica, conviene valorar que la reducción de la fecundidad ha afectado propiamente a todas las edades fértiles de la mujer y como consecuencia al número de nacimientos en relación a la población total. En el período de 1950-55 la fecundidad de las adolescentes (15-19 años) fue del 11,9% y en 1990-95 llegó al 9,2%. Sobre el grupo de mujeres de 30 años y más, la tasa se ha reducido considerablemente durante las últimas cinco décadas, pasando de 26,1% a 7,95% entre las mujeres de 30-34 años de edad y de 20,3% a 4,23% entre las mujeres de 35-39 años de edad. Con todo, la reducción más significativa es la propia del grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad que son las que contribuyen con más nacimientos a la natalidad general. De este último grupo la tasa de fecundidad para el trienio 2000-02 es casi tres veces menor que la registrada para el período 1960-65.<sup>24</sup>

En lo que respecta a la natalidad de Costa Rica, es fundamental considerar que la tasa se ha reducido tanto durante las últimas décadas que la cifra absoluta de nacimientos se ha visto disminuida también. Veamos que el número de nacimientos en relación con la población total pasó de 48,29 nacimientos por mil habitantes en el bienio 1960-61, a 30,67 por mil en el bienio 1980-81. La tasa del bienio 1990-91 correspondiente a 26,95 nacimientos por mil habitantes, pasó en el bienio 2000-01 a ser de 19,48 nacimientos por mil habitantes. Para los años 2002 y 2003, la tasa de natalidad que se registra corresponde a 17,44 nacimientos por mil habitantes. Se proyecta además que para el año 2015, la misma será de 15.2 por 1000.

En el contexto referido, de prevalecer las condiciones de control de las enfermedades infectocontagiosas y en tanto los programas de fomento y educación de salud sigan condicionando y modificando los hábitos higiénicos de la población, la expectativa de vida determinada para el año 2005 de 78,4 años (76,1 para hombres y 80,8 para mujeres) continuará su incremento, y hará más evidente la necesidad de que el Sistema de Servicios de Salud perfile sus responsabilidades frente a los diferentes grupos y sectores de la población, sobre todo los de mayor edad.

De acuerdo al INEC, actualmente Costa Rica tiene una expectativa de vida superior a la de Latinoamérica y USA. Para el año 2040, y en el marco de una hipótesis conservadora, se calcula 81.6 años para la expectativa de vida al nacer. En tanto la base de la estructura poblacional tiende a reducirse y la parte superior a ampliarse, las políticas que orientan los servicios de salud igual deberán modificarse y atender lo necesario para hacer frente a una demanda de servicios diferente a la experimentada en la historia.

En cuanto a la proporción de muertes o defunciones por habitantes (mortalidad) consideremos que según el INEC (Ver Cuadro No. 1), la tasa general del año 1970 fue de 7.4 muertes por mil habitantes. En el año 2000, la tasa correspondió a 3,8 muertes por cada mil habitantes. El descenso durante este período fue de 3.6 defunciones por cada 1000 habitantes.

---

<sup>24</sup> En: Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad y Sexo, Costa Rica. 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud No. 8C. CCSS, 2003. Cuadro No. 39, Pág. 131; y en Estadísticas Generales de los Servicios de Salud, 1980-2003; 2do Tomo, Características de la población atendida. Serie: Estadísticas de la Salud No. 5-J.b. CCSS, 2004. Cuadro No. 26, Pág. 61.

Los cambios en la mortalidad no solo son cuantitativos sino también cualitativos, como puede observarse en el Cuadro No. 4 sobre la evolución en las causas de mortalidad.

**Cuadro No. 4: Causas de muerte en la población y tasas por 10 mil habitantes. (1972, 1992, 1997, 2001 y 2003).**

CAUSA DE MUERTE	AÑO DE OCURRENCIA				
	1972	1992	1997	2001	2003
<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	1.848.103	3.191.249	3.656.519	4.008.265	4.169.730
<b>DEFUNCIONES</b>	10.862	12.255	14.262	15.609	15.800
<b>TASA x 10 mil</b>	<b>58,8</b>	<b>38,4</b>	<b>39</b>	<b>38,9</b>	<b>37,9</b>
Infeciosas y parasitarias	10,10	1,10	1,40	1,10	0,95
Tumores	6,85	8,00	3,80	8,50	8,15
Endocrina y metabólica	2,55	1,10	1,40	1,55	2,15
Enf. Sangre y hemat.	0,45	0,15	0,20	0,15	0,45
Trastornos mentales	1,00	0,20	0,20	0,20	0,20
Sistema nervioso	0,55	0,80	0,85	0,90	0,85
Sistema circulatorio	11,70	11,80	11,20	12,20	10,55
Sistema respiratorio	7,00	3,80	4,30	3,90	3,70
Sistema digestivo	2,15	2,20	2,45	2,55	2,65
Sistema genito urinario	0,95	0,60	0,95	0,85	0,85
Embarazo, parto y puerperio	0,30	0,06	0,08	0,06	0,06
Piel y cel. subcutáneas	0,20	0,15	0,15	0,15	0,15
Sistema osteomuscular	0,20	0,20	0,25	0,25	0,25
Malformaciones congénitas	1,10	1,20	1,10	0,80	0,70
Causas perinatales	3,80	1,65	1,40	1,00	0,85
Causas Externas	4,45	4,65	4,45	4,40	4,65
Mal definidas	4,10	0,65	0,80	0,35	1,00

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, CCSS, 2004

En relación con las causas de mortalidad en la población en general, en principio consideremos que en el lapso comprendido entre 1972 y 1992, la población general ascendió de 1.848.163 a 3.191.249 habitantes y su tasa total de mortalidad cayó de 5,9 a 3,85. A partir de entonces, el descenso en la década siguiente es muy discreto, llegando a 3,8 para el año 2003, lo cual representa una excelente cifra general.

De acuerdo con la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la CCSS<sup>25</sup>, en Costa Rica la reducción más importante de la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes, entre los años 1972 y 2003, se produce principalmente en el grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias, particularmente infección intestinal, tuberculosis pulmonar, tétanos, septicemia, sarampión y helmintiasis.

<sup>25</sup> Al respecto, puede observarse el Cuadro N° 12 "Tasas de Mortalidad por 100.000 según causas de muerte, Costa Rica, 1972, 1992, 1997, 2001, 2002 y 2003", del documento Estadísticas Generales de los Servicios de Salud, 1980-2003; 2do Tomo, Características de la población atendida. Serie: Estadísticas de la Salud, N° 5-J.b. CCSS, 2004.

Asimismo, aunque ha habido una reducción general de la probabilidad de morir, conforme envejece la población continúan aumentando también las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, enfermedades del sistema circulatorio y obstrucción crónica de las vías respiratorias. Por lo demás, se han reducido las muertes por anemia, alcoholismo, neumonía y bronconeumonía, complicaciones del parto, malformaciones congénitas y causas perinatales.<sup>26</sup>

La tasa más alta de mortalidad por causa específica se registró, para 1972, en la anotada por las del sistema circulatorio, 11,7 por 10 mil habitantes, tasa que en las tres décadas siguientes prácticamente se mantiene estable, incluso con un leve descenso a 10,55 en el año 2003, aún frente al reconocimiento que la edad promedio de muerte de la población se ha incrementado en razón del aumento de la expectativa de vida. Este rubro de causa de muerte se mantiene como número uno durante el período analizado.

**Enfermedades del sistema circulatorio, como primera causa de muerte, implica acciones preventivas de primer nivel y presión sobre los servicios de rehabilitación. Las mismas se relacionan con hipertensión arterial, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral, entre otros.**

Considérese que durante el período del año 1972 al 2003, la tasa de incidencia de infarto al miocardio se ha visto modificada significativamente, pasando de 21,21 casos por cada cien mil habitantes a 35,71. La enfermedad hipertensiva, durante el mismo período de 30 años, ha pasado de 7,03 casos por cada cien mil habitantes a 11,27 casos. La incidencia de la enfermedad isquémica del corazón ha cambiado de 11,63 casos a 17,24 casos por cada cien mil habitantes. Respecto a la enfermedad cerebro vascular bien vale señalar que su incidencia durante las tres décadas ha fluctuado de manera constante para mantenerse relativamente estable; el pronunciado cambio de 24,67 casos a 29,71 casos por cada cien mil habitantes, ocurrido en las dos primeras décadas, se observa en un titubeante descenso para llegar a 22,78 casos por cada cien mil habitantes en el año 2003.<sup>27</sup>

La segunda causa en importancia, en 1972, correspondió a infecciones y parasitosis y veinte años después, en 1992, la tasa ha descendido casi 10 veces, a 1,10 y para el año 2003, está en 0,95. El cambio corresponde plenamente al control de las enfermedades infecciosas graves de la década de los años 70, tuberculosis, malaria, entéricas y las tradicionales infectocontagiosas de la infancia, que han dejado, todas ellas, de tener incidencia estadística, tanto por el control ambiental, como por los altos niveles de cobertura de los programas de inmunizaciones en los niños.

La tercera causa, para 1972, correspondió a la mortalidad por enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, la cuarta causa a tumores y la quinta a causas externas, que comprenden homicidio, suicidio y toda clase de accidentes. Para 1972 se registró una incidencia de 4,45 decesos por 10 mil habitantes. De ser quinta causa

---

<sup>26</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 33, inédito.

<sup>27</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 35, inédito.



en este año, pasa a ser tercera causa en el año 2003. Dentro de ella se codifican los muertos por accidentes de tránsito, que constituyen también la quinta causa de egreso hospitalario. En el caso de sobrevivencia, una alta proporción de estos accidentes deja secuelas permanentes e implica complejos y prolongados programas de rehabilitación.

Un resumen comparativo entre las cinco principales causas de muerte entre los años 1972 y 2003 se presenta en el Cuadro No. 5.

**Cuadro No. 5: Comparación entre las principales causas de muerte , años 1972 y 2003.**

CAUSA DE MUERTE/ AÑO	1972	2003
Sistema Circulatorio	1	1
Infecciosas y parásitos	2	
Sistema respiratorio	3	4
Tumores	4	2
Causas Externas	5	3
Sistema Digestivo		5
<b>Fuente:</b> Cuadro No.4		

Uno de los factores que ha incidido decididamente en la baja de la mortalidad general en el país, es a su vez, la baja en la mortalidad infantil. La misma constituye uno de los indicadores más sensibles a los cambios en las condiciones de vida de la población. En Costa Rica la mortalidad infantil pasó de 77,59 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el bienio 1964-65, a 37,35 muertes en el bienio 1974-75, lo que representó una reducción del 51,86%. En el mismo sentido descendente la mortalidad infantil pasó de 17,98 muertes en el bienio 1984-85 a 13,06 muertes en el bienio 1994-95, por cada 1000 nacidos vivos, lo que significó una reducción del 27,36% en esos diez años.<sup>28</sup>

El Ministerio de Salud escogió la Mortalidad Infantil como condición "trazadora" de la calidad de un servicio de salud, de una red de servicios y de la respuesta social en salud y bienestar, con relación a espacios de población determinados, tomando como eje de evaluación los procesos de embarazo, parto, atención del recién nacido y crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de un año. Esta perspectiva transforma el indicador "mortalidad infantil" de un dato abstracto, sin significado para el contexto donde se prestan los servicios de salud, a una importante fuente de insumos para orientar la toma de decisiones, para priorizar intervenciones y grupos poblacionales, por medio de una mirada y acciones de equipos interdisciplinarios e interorganizacionales, dirigidos por los conceptos de atención integral en salud, ciudadanía, derechos y participación. En tal sentido, se conformó desde 1996 el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI) <sup>29</sup>.

La mortalidad de la población infantil entre el año 1972 y el 2002 ha variado significativamente. El total inicial fue de 3.133 infantes muertos, con una población de menos de 2 millones de habitantes. Para el año 2002, cuando ya se exceden los 4

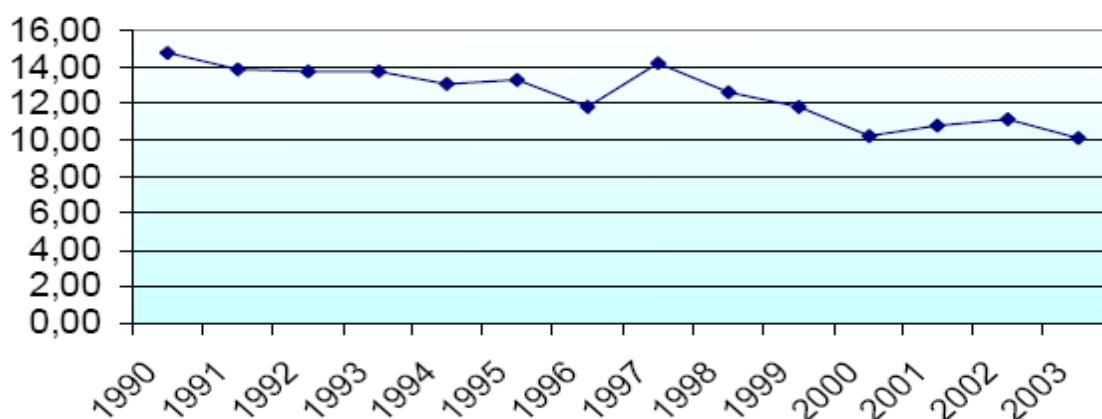
<sup>28</sup> Estadísticas Generales de los Servicios de Salud, 1980-2003; 2do Tomo, Características de la población atendida. Serie: Estadísticas de la Salud, N° 5-J.b. CCSS, 2004. Cuadro N° 25, Pág. 60.

<sup>29</sup>Informe Anual 2003 Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil San José Costa Rica ; 2003

millones de habitantes en Costa Rica, el total de la mortalidad infantil ha descendido a 793. La caída mayor se produjo en los primeros 3 quinquenios registrados, entre 1972 y 1987, que descienden de 3.133 decesos a 1.401, para continuar luego una caída más lenta y registrar 793 niños fallecidos en el año 2002 y 737 en el 2003.

Al referir la mortalidad infantil a la tasa, el año 1972 mostró una tasa de 52,9 niños muertos por cada mil nacidos vivos, que cae a 17,4 en 1987 y termina en 11,1 en el 2002, y 10,10 en el 2003. Este es un hecho bastante reconocido en el sistema de salud de Costa Rica, y su comportamiento desde 1990 al año 2003 puede observarse en el Gráfico No. 2

**Gráfico No. 4: Evolución de la tasa de mortalidad infantil. Costa Rica, 1990-2003. (tasas por mil nacimientos)**



**Fuente:** Informe Anual 2003 Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna; San José Costa Rica; 2003. Pág. 5.

### 2.1.1.2 Cambios en la demanda de servicios de salud

Las transformaciones en los indicadores demográficos, son reflejo de la condición de salud de la población costarricense. Esta a su vez, implica cambios en la demanda de servicios de salud. Para analizar dicha condición, se ha elegido como indicadores, los egresos hospitalarios y la consulta externa a los servicios de salud existentes.

- **Egresos Hospitalarios**

El Cuadro No. 6 muestra todos los egresos hospitalarios del período 1987-2003, calificados por su diagnóstico principal. Se había establecido la progresividad de los internamientos, de acuerdo al crecimiento de la población, aunque la relación porcentual paralelamente disminuyó: fueron 302.229 egresos en 1987, con 10,7 egresos por cien personas, mientras en el 2003 se acumularon 338.868 egresos, que produce una razón de 8,1 egresos por cien habitantes.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 40, inédito.

**Cuadro No. 6: Egresos hospitalarios, por año y diagnósticos principales.  
(1987, 1992, 1997, 2001, 2003)**

DIAGNOSTICO PRINCIPAL / AÑO	1987	1992	1997	2001	2003
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>302.229</b>	<b>298.013</b>	<b>316.453</b>	<b>333.541</b>	<b>338.868</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>SIN PATOLOGÍA</b>	3,80	4,50	4,45	5,50	5,45
Infecc. y parasitarias	5,00	3,25	3,25	3,05	3,55
Tumores	3,85	4,55	5,00	4,95	5,30
Enf. Sangre y hemat	0,65	0,65	0,55	0,45	0,45
Endocrina y metabólica	2,25	2,10	2,15	1,85	1,90
Trastornos mentales	3,05	2,15	2,05	2,00	2,15
Sistema nervioso	3,20	3,60	4,00	4,80	4,80
Sistema circulatorio	5,15	4,90	0,54	5,50	5,50
Sistema respiratorio	7,60	6,30	6,90	7,50	7,45
Sistema digestivo	7,00	8,50	9,00	9,95	10,30
Piel y cel. subcutáneo	1,75	1,50	1,35	1,40	1,40
Sistema Osteomuscular	2,80	2,85	2,85	3,00	3,00
Sistema genito urinario	7,05	6,90	6,90	7,00	7,00
Embarazo, parto y puer	33,25	34,35	32,60	29,00	28,05
Malformaciones cong.	1,55	1,80	1,95	1,70	1,55
Causas externas	7,60	7,05	6,60	6,50	6,90
Signos y síntomas mal definidos	1,20	1,20	1,30	1,30	1,45
<b>Fuente:</b> Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud 1980-2003; CCSS, 2004.					

La principal causa de egreso es el parto normal, o patología de la reproducción, con 33,25% de los egresos y el 2003 registra un descenso a 28,05%, lo que se correlaciona con el descenso de la natalidad y la menor demanda de camas para parto normal.

La segunda causa de los egresos es por la patología del aparato digestivo, que también muestra un incremento claro en la proporcionalidad: fue de 7% en 1987, a 10,3% en el 2003. Toda clase de casos se agrupa en esta causa; sin embargo, la patología derivada del estómago por procesos gastríticos crónicos, ocupan un buen espacio, pero no comportan el primer lugar, que se le adjudica a la patología del hígado, tanto el proceso inflamatorio crónico del parénquima, como a los procesos litiasico e infeccioso de las vías biliares.

La tercera causa de egreso la constituyeron los padecimientos del aparato respiratorio, que comparten responsabilidades entre infección aguda, proceso de gran frecuencia relacionado con las infecciones virales y bacterianas, así como los procesos de insuficiencia ventilatoria crónica secundaria a fibro-enfisema pulmonar, consecuente infección crónica de vías ventilatorias superiores, donde el tabaco sigue

jugando como agente principal. La incidencia mantiene una proporcionalidad constante.

La cuarta causa la constituye los padecimientos del sistema genitourinario, donde ambos sexos comparten responsabilidades, con patología prevalente en la próstata en los varones y en matriz y anexos en las mujeres, ambos con problema agregado de sepsis.

La quinta causa de egreso fueron las causas externas, dentro de las cuales los accidentes de todo tipo siguen contando como el agente principal. En lo que respecta a los accidentes de tránsito bien vale estimar que la cantidad y magnitud de los mismos en el país está generando un incremento importante en el número de personas que son atendidas en los centros hospitalarios de la CCSS. De acuerdo al último informe de la Defensoría de los Habitantes y a su examen sobre la atención que se brinda a accidentados de tránsito, el Informe sobre Siniestralidad del Seguro Obligatorio Automotor (SOA) reporta para 1999, 19.584 personas lesionadas por accidentes de tránsito. La cifra indudablemente tiende al aumento en tanto se registraron 20.963 personas lesionadas por esta causa, en el año 2002.<sup>31</sup>

De lo anterior, las causas externas representaron el 6,90% de todos los egresos en el año 2003. En lo particular, y sobre la totalidad de este último rubro cabe resaltar la proporción de las fracturas (2,22), luxación y esguinces (0,17), contusiones (0,07), traumatismos (0,87), complicaciones en atención médica y otros traumatismos (0,98) que en conjunto representan importantes causas de tratamiento en las Unidades de Rehabilitación y significan 5,39% de la totalidad de egresos hospitalarios, o sea, 18.125 personas. En este mismo sentido, la totalidad de tales casos significa en promedio 142.246 días hospital,<sup>32</sup> un significativo consumo de servicios hospitalarios.

La sexta causa se atribuye a la patología de aparato circulatorio, con una constante de 5,3% en el periodo y que se incrementa por las características de la población general, correspondiendo a 5,5% en el año 2003. En este último rubro destaca en conjunto la enfermedad hipertensiva, infarto agudo de miocardio y otras del aparato circulatorio que significan un 2,32% (7.860 pacientes) sobre la totalidad de egresos hospitalarios y se perfilan como padecimientos propensos a requerir de servicios de rehabilitación.

En el año 2003, las enfermedades del sistema circulatorio en términos de estancia hospitalaria significaron alrededor de 145.509 días hospital. Sobre esa totalidad y en lo particular al consumo de días hospitalarios de las principales patologías meritorias de rehabilitación, conviene estimar que 24.964 días corresponden a personas con enfermedad hipertensiva, que aunque en tal condición igual son propensas al accidente vascular cerebral, AVC, angina de pecho e infarto al miocardio, pueden estabilizarse con prontitud; 22.807 días de estancia corresponden a personas registradas como pacientes por enfermedad isquémica del corazón; 11.739 días por infartos agudos al miocardio; 25.848 días corresponden a personas con

---

<sup>31</sup> Defensoría de los Habitantes de la República, Informe Anual 2003-2004, Pág. 427.

<sup>32</sup> El dato específico sobre el promedio de días hospital de acuerdo a las diferentes patologías registradas en los egresos hospitalarios, se genera a partir de la información propia del Cuadro N° 21<sup>a</sup> del documento Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, 1980-2003; Segundo Tomo, CCSS, 2004.

enfermedad cerebro vascular que, al padecer de una lesión orgánica, naturalmente requieren de un tratamiento mucho más prolongado que el de otros padecimientos.

La séptima causa hay que adjudicarla a la totalidad de pacientes que fueron dados de alta sin patología activa codificable, pero que fueron hospitalizados por diferentes razones, entre las cuales el estudio clínico, o algún procedimiento de diagnóstico, siguen siendo las causas motivantes.

La octava causa la constituye la enfermedad cancerosa y que como es demostrable, tiene un incremento significativo: de 3,83% de los egresos en 1987, aumentó a 5,28% en el 2003. En números absolutos significa un incremento de 11.575 egresos en 1987, comparable con 17.892 egresos en el 2003.

La novena causa la constituyen los casos clasificados como de patología del sistema nervioso, que incluye los órganos de los sentidos, ojos y oídos. De un total de 3,2% en 1987, ascendieron a 4,8% en el 2003. En lo que respecta a patologías que muy posiblemente requerirían de rehabilitación conviene destacar las identificadas como de Otros Nervios y Sentidos que significaron el 1,55% (5.251 pacientes) de la totalidad de esta causa, en el año 2003.

La décima causa fueron todos los procesos infecciosos o parasitarios de acuerdo a la clasificación utilizada, aunque las enfermedades parasitarias en nuestro medio ya constituyen una minoría comparadas con los cuadros sépticos. Este rubro alcanzó un total de 3,55% de todos los egresos del 2003 y obviamente es menor que el 5.0% del años 1987.

La undécima causa de internamiento fue la patología del sistema osteomuscular, que comprende dos grupos principales: el proceso degenerativo articular de todo tipo, que con el envejecimiento tiene cada vez una mayor importancia. El segundo grupo es el proceso traumático articular, obviamente agudo, que en casos calificados requiere internamiento. Esta causa en términos de estancia hospitalaria significa 66.922 días hospital para el año 2003.

El resto de los casos registrados referentes a egresos hospitalarios representa el 9% residual. Entre éstos se registran los egresos por trastorno mental, que bien es necesario observar representan el 2,14% de los 338.868 egresos registrados en el año 2003, o sea, 7.250 pacientes que igual son personas tendientes a hacer uso de servicios de rehabilitación. Durante el año 2003, los casos registrados como egreso de personas con algún tipo de trastorno mental significaron 459.967 días hospital, o sea, alrededor de 63 días de estancia por paciente.

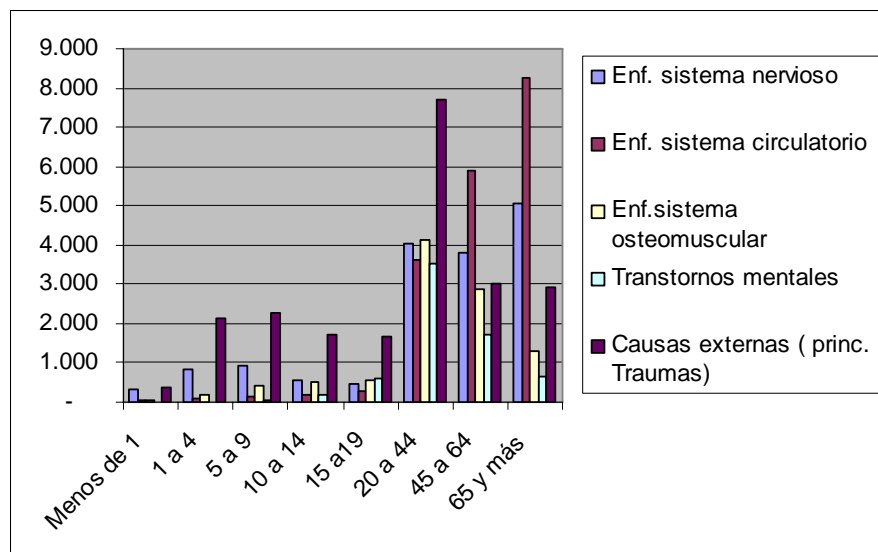
Como ya se ha expuesto, sobre los egresos hospitalarios y la relación que guardan con los principales diagnósticos, es conveniente observar los grupos prevalentes de causas que ciertamente pueden referir a condiciones que requieren de servicios de rehabilitación. En el gráfico siguiente<sup>33</sup> y con la información disponible, se han clasificado los egresos del año 2001 en relación a grupos de edad, para demostrar

---

<sup>33</sup> El gráfico ha sido elaborado a partir de la información de los Cuadros No.3, 7,11,15,19,23,27,31,33 y 35 del documento "Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo Costa Rica 1987,1992, 1997 y 2002" Serie Estadísticas de la Salud No. 8C. San José, Costa Rica, Noviembre 2003.

que algunos de estas causas prevalentes pueden transformarse en una clara demanda de servicios de rehabilitación, como una manera de completar el tratamiento médico. Queda hecha la aclaración que esta medida de referencia constituye hasta ahora, un criterio personal del médico tratante, sin que exista ninguna norma institucional para esta decisión.

**Gráfico No. 5: Egresos hospitalarios según cinco diagnósticos principales por grupos de edad, 2001.**



**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, CCSS, 2004

A manera de resumen se puede indicar que las causas de internamiento (vista desde los egresos hospitalarios), presenta variaciones según los grupos de edad. Entre la población que se encuentra en el grupo etáreo de menos de un año y 14 años, las principales causas son externas, principalmente traumatismos, enfermedades del sistema nervioso y las relacionadas con el sistema osteomuscular. En el otro extremo, encontramos en la población mayor, sobre todo adulta mayor (a partir de los 65 años), las patologías relacionadas con el sistema circulatorio.

- **Consulta Externa**

En cuanto al total de la consulta externa brindada por la Caja Costarricense de Seguro Social, desde 1987 y hasta el año 2002, el Cuadro No.7 agrupa el dato por quinquenios. En este lapso de 15 años, ya la universalización de los servicios médicos se había producido, de modo que no es un elemento prevalente en las diferencias. Lamentablemente, el sistema de registro de la CCSS, lo hace por consultas, no por personas atendidas y una persona puede consultar desde una a una infinidad de veces.

**Cuadro No. 7: Consulta externa total y consulta promedio por habitante, según provincia de residencia, 1987, 1992, 1997 y 2002**

PROVINCIA DE RESIDENCIA / AÑO	CONSULTA EXTERNA				CONSULTA POR HABITANTE			
	1987	1992	1997	2002	1987	1992	1997	2002
<b>TOTAL</b>	5915454	6075838	8456575	9446828	<b>2,09</b>	1,9	2,31	<b>3,38</b>
	100	100	100	100				
SAN JOSÉ	37,63	37,63	37,04	36,29	2,15	1,99	2,41	2,38
ALAJUELA	19,37	19,37	17,36	19,05	2,28	2,04	2,17	2,32
CARTAGO	7,89	7,89	11,69	9,2	1,47	1,33	2,39	1,87
HEREDIA	9,29	9,29	8,59	9,18	2,30	2,0	2,17	2,25
GUANACASTE	8,12	8,12	6,88	6,99	2,19	2,09	2,24	2,38
PUNTARENAS	10,19	10,19	10,65	11,1	1,97	1,85	2,5	2,82
LIMÓN	7,51	7,51	7,79	8,16	2,16	1,82	2,11	2,06

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en Estadísticas Generales de los Servicios de Salud, CCSS, 2003

En 1987 el total de consultas llegó a 5.915.454 casos atendidos, para un promedio de 2,09 consultas por habitante/año. Aunque en el año 1992 hubo un discreto aumento del total, en la realidad el promedio de consultas por habitante disminuyó a 1,99, pero para el año 1997 el total asciende a 8.456.575 consultas, lo que significó la entrega de 2,31 consultas por habitante/año. Para el 2002, el total asciende a 9.446.828, lo cual representó el suministro de 3,38 consultas habitante/año. El promedio de consultas por persona es más alto en Puntarenas y más bajo en Cartago, sin embargo si se analiza el total general de consultas, las provincias de San José y Alajuela concentran el mayor número (55% del total de consultas a la CCSS), probablemente, por la misma concentración de servicios en el área Central del país.

En el Cuadro No.8 se clasifican las consultas otorgadas que se muestran en el cuadro anterior, en los mismos quinquenios, agregando la causa o diagnóstico principal. Los hallazgos adquieren gran importancia para la Caja Costarricense del Seguro Social, pero para los efectos de concluir una eventual demanda de servicios de rehabilitación se vuelven poco consistentes, porque en ningún caso se establece específicamente el requerimiento.

En el año 1987 se otorgaron 5.915.454 consultas, pero ya para entonces se establece ausencia de organicidad en el 11,28 de las consultas, que representaron 666.262 consultas. Si se establece el mismo cálculo para las 9.446.828 consultas del año 2002, cuyo porcentaje de ausencia de organicidad se registró en 22,68%, el total de consultas sin organicidad llegó a 2.142.540 consultas en el año. La situación es preocupante, por cuanto la oferta de servicios es limitada.

**Cuadro No. 8: Demanda de consulta externa por causa en porcentajes 1987, 1992, 1997 y 2002.**

CAUSA DE CONSULTA	AÑO DE OCURRENCIA			
	1987	1992	1997	2002
<b>TOTAL</b>	5915454	6075838	8456575	9446828
	100	100	100	100
<b>SIN PATOLOGIA</b>	11,28	8,87	12,47	22,68
Infecciosas. y parasit.	6,0	2,9	2,9	2,4
Tumores	1,0	1,1	1,4	1,4
Enf. Sangre y hemat	2,0	1,8	1,7	1,3
Trastornos mentales	5,0	4,0	3,7	3,8
Sistema nervioso	2,2	2,1	2,0	2,5
Sistema Circulatorio	7,5	7,5	7,3	7,1
Sistema respiratorio	17,3	22,7	17,3	13,3
Sistema Digestivo	6,1	6,4	5,9	6,2
Piel y cel. subcutáneas	8,7	7,2	6,8	6,3
Sistema Osteomuscular	7,3	8,4	8,3	7,8
Sistema genito urinario	6,8	8,7	8,9	7,6
Embarazo, parto y per.	0,4	1,3	0,9	0,9
Causas Externas	2,0	1,8	1,6	1,6
Signos y síntomas mal definidos	4,8	2,9	2,3	2,2
<b>Fuente:</b> Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 con base en Estadísticas Generales de los Servicios de Salud, CCSS, 2003				

Al registrarse por sistemas, nuevamente la patología del aparato respiratorio requirió los mayores recursos, ya que fue de 17,3% en 1987 y de 13,25% en el 2002, que aunque porcentualmente menor, tuvo un aumento importante en el número de casos atendidos por esta causa, donde infección aguda y tabaco son los dos factores de agresión. El segundo lugar corresponde a la demanda por patología de aparato circulatorio, donde hipertensión arterial constituye el diagnóstico prevalente de este rubro. Dentro del mismo rango y sin que se puedan establecer muchas diferencias, la demanda por patología del sistema ósteo-articular y muscular comparte la importancia.

Si se realiza un ejercicio comparativo, similar al que se realizó en causas de mortalidad (Cuadro No. 5), con respecto a causas o motivo de consulta externa, se puede concluir que las patologías del sistema circulatorio y osteomuscular se han mantenido a través de los años dentro de las 5 principales causas de consulta externa a nivel nacional. (Ver Cuadro No.9). Como se ha mencionado, ambas patologías implicarían necesidad de servicios de rehabilitación.



**Cuadro No. 9: Comparación entre las principales causas de consulta externa, años 1987 y 2002.**

CAUSA DE CONSULTA/ AÑO	1987	2002
Sistema respiratorio	1	2
<b>SIN PATOLOGIA</b>	2	1
Piel y cel. subcutáneas	3	
Sistema circulatorio	4	5
Sistema osteo-muscular	5	3
Sistema genito-urinario		4
<b>Fuente:</b> Cuadro No.8		

Ahora bien, llegado a este punto es importante conocer cuál es la condición de aseguramiento y niveles de pobreza de la población en Costa Rica como indicadores de acceso a los servicios de salud.

Si bien es conocido, aún cuando por Derechos Humanos no puede negársele la atención médica a ninguna persona, a aquellas que no tienen condición de aseguradas sea directa o indirectamente<sup>34</sup>, se les cobra el costo de la consulta, aunque éste varíe según su condición económica. Como veremos en los siguientes cuadros, el 19% de la población costarricense no cuenta con seguro y el 21% se encuentra en condición de extrema pobreza y no satisfacen necesidades básicas. Esta proporción de nuestra población estaría viendo muy limitadas sus posibilidades de acceso a los servicios de salud.

**Cuadro No. 10: Población total asegurada, según sexo, zona y grupos de edad. Julio 2004.**

Población	Total	Sexo		Zona		Grupo de edad		
		Hombres	Mujeres	Urbano	Rural	0 a 19	20 a 64	65 y más
	4 178755	2 062 468	2116287	2465255	1713500	1651186	2264993	257 550
No asegurado	793 673	446 857	346 816	436 594	357 079	265 616	510 604	16 831
(%)	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>6</b>
Asegurado	3 385082	1 615 611	1769471	2028661	1356421	1385570	1754389	240 719
(%)	<b>81</b>	<b>78</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>79</b>	<b>84</b>	<b>78</b>	<b>94</b>
<b>Fuente:</b> A partir de Encuesta de Hogares 2004, INEC								

<sup>34</sup> Entiéndase por ASEGURADO DIRECTO aquellas personas asalariadas, por convenio, cuenta propia o pensionadas y ASEGURADO INDIRECTO, aquellas personas que son dependientes y han sido aseguradas por el asegurado directo.

**Cuadro No. 11: Población total por nivel de pobreza<sup>35</sup> según sexo y zona.  
Julio 2004.**

Nivel de pobreza	Total	Sexo		Zona	
		Hombres	Mujeres	Urbano	Rural
<b>Población</b>	<b>4 178 755</b>	<b>2 062 468</b>	<b>2 116 287</b>	<b>2 465 255</b>	<b>1 713 500</b>
Extrema pobreza	240 547	112 134	128 413	99 297	141 250
No satisfacen necesidad básica	631 754	304 604	327 150	343 333	288 421
No pobres	2 779 654	1 381 364	1 398 290	1 688 428	1 091 226
Servicio doméstico y pensionistas (*)	57 880	26 634	31 246	26 944	30 936
Ignorado	468 920	237 732	231 188	307 253	161 667

(\*) Esta categoría contiene a las personas que habitan en la vivienda pero no forman parte del núcleo familiar, entre ellas se ubican las empleadas domésticas, jardinero, ama de llaves, etc., de hecho sus ingresos no son tomados en cuenta para realizar los cálculos de pobreza que se elaboran en el INEC. El término pensionista se refiere a la persona que paga por su estadía en la vivienda.

Fuente: A partir de Encuesta de Hogares 2004, INEC

## **2.1.2 Estadísticas generales de la población con discapacidad y tendencias**

### **2.1.2.1 Consideraciones generales**

Actualmente hay en el mundo más de 600 millones de personas con discapacidad. Según datos de la Organización Mundial de la salud, expresados en la "Carta Para los Años Ochenta" (ONU 1980), una de cada 10 personas presenta discapacidad por causa de una deficiencia física, psíquica o sensorial. Se estima que la existencia de la discapacidad afecta a un 25% de los miembros de la sociedad para la plena realización de sus aptitudes, teniendo en cuenta no solo a las personas con discapacidad sino también a sus familiares.

Las causas de las deficiencias varían en todo el mundo, así como la frecuencia y las consecuencias de la discapacidad. Estas variaciones son el resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas y de las diferentes disposiciones que cada sociedad adopte para lograr el bienestar de su población. El problema en los países

<sup>35</sup> Desde hace varios años, el Instituto Nacional de Estadística y Censos utiliza la metodología de Línea de Pobreza para realizar estimaciones de la población que se encuentra en situación de pobreza en el país. La Línea de Pobreza es un indicador que representa el monto monetario mínimo requerido para que una persona pueda satisfacer las necesidades básicas "alimentarias y no alimentarias". Para su cálculo se requiere contar con el costo de una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y una estimación del costo de las necesidades básicas no alimentarias, diferenciadas por zona urbana y rural del país. El valor de esta línea de pobreza se compara con el ingreso monetario per cápita del hogar lo que permite clasificar a las personas y a los hogares con ingreso conocido en los siguientes niveles: **Hogares no Pobres**: son aquellos hogares con un ingreso per cápita que les permite cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias; o sea, su ingreso per cápita es superior al valor de la línea de pobreza; **Hogares que no Satisfacen Necesidades Básicas**: son aquellos hogares que tienen un ingreso per cápita inferior a la línea de pobreza pero superior al costo per cápita de la CBA y **Hogares en Extrema Pobreza**: son aquellos hogares con un ingreso per cápita inferior al costo per cápita de la CBA. Fuente: EHPM, INEC, 2002.

en desarrollo se agudiza por el hecho de que, en general, las personas con discapacidad y sus familias son sumamente pobres, por lo que se les dificulta el acceso a servicios de apoyo oportunos y de calidad.

Se estima además que más del 50% de personas con discapacidad viven en zonas donde no se dispone de los servicios necesarios para superar las limitaciones. El aumento del número de personas con discapacidad y su marginación social puede atribuirse a diferentes factores, entre los que se encuentran: la elevada proporción de familias sobrecargadas y empobrecidas, hacinamiento e insalubridad en viviendas, poblaciones con alto porcentaje de analfabetismo, la urbanización, el crecimiento demográfico, desnutrición, entre otros.

Para conocer cuál es la situación general de nuestro país, se cuenta con dos importantes fuentes de información, elaboradas por el **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)**:

- **La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM) de 1998, y**
- **El IX Censo Nacional de Población del 2000.**

Ambos incluyeron un módulo especial sin precedentes en la historia del país, con el fin de poder estimar la población con discapacidad. Sin embargo, antes de entrar a conocer sus resultados (disímiles, como veremos), es necesario hacer algunas consideraciones con respecto a sus **alcances y límites**.

La investigación estadística en materia de discapacidad presenta algunos vacíos que han limitado un exámen más riguroso y profundo en nuestro país. Algunas de esas limitantes que se pueden señalar son, por un lado el hecho que tal y como se han formulado las preguntas en las encuestas realizadas, no son abarcadoras de todas las discapacidades, y por otro, permiten, en algunos casos, cierta ambigüedad a la hora de responder. Tampoco es clara la diferenciación entre deficiencia y discapacidad. En este sentido, los prejuicios prevalecientes en torno a la discapacidad y el desconocimiento generalizado sobre esta materia, también podrían contribuir a que se amplíe el sesgo.

La situación descrita impone un reto en la formación, capacitación y actualización de recursos humanos en materia de discapacidad, tomando en cuenta no solo la evolución conceptual existente sino también su inherente evolución filosófica y jurídica. Lo anterior reviste una importancia fundamental, si se parte del hecho de que la información estadística es base para la planificación de políticas, planes y programas dirigidos a la población con discapacidad, entre ellos, los relacionados con servicios de rehabilitación.

**Para efectos de la presente investigación, específicamente para poder proyectar más adelante el número de personas con discapacidad en los siguientes años (hasta el año 2015)<sup>36</sup>, se ha elegido tomar los resultados de la EHPM de 1998, por las siguientes razones:**

---

<sup>36</sup> Para efectos metodológicos, la proyección se hace hasta el año 2015 debido a que las condiciones socioeconómicas mundiales y del país varían a un ritmo incremental y continuo, sin precedentes en la historia.

- La EHPM posee una muestra lo suficientemente grande para obtener estimaciones a nivel nacional.
- Es un proceso más controlado y planificado.
- La capacitación de entrevistadores y supervisores es más personalizada, al ser pocas personas las que intervienen en la recolección de datos la posibilidad que no se entiendan los conceptos es más baja que en el caso del Censo.
- La supervisión que se le da al trabajo de campo es constante, el supervisor posee a su cargo tan a tres personas, por lo que es más fácil y pronto hacer las correcciones pertinentes.
- Existe la posibilidad de que en el censo, se haya “diluido” la información referente a los conceptos de la pregunta referida a discapacidad, esto porque se le dió la instrucción directa a jefes regionales, directores de escuela, etc. para que éstos a su vez dieran una capacitación (diferida) a los maestros y maestras, que fueron las personas que aplicaron las boletas.
- Para el año 2000 se utilizó la EHPM para evaluar el censo, es decir, se toma como patrón de comparación la información obtenida por la encuesta y se obtiene el dato de la omisión censal.
- A lo largo de los años se ha comprobado que la EHPM da buenas estimaciones de la población gracias al cálculo de los errores de muestreo y a los coeficientes de variación obtenidos.
- **La EHPM incluyó, en el año 1998, un módulo sobre salud a petición de la CCSS. Al existir también un módulo sobre discapacidad, para el presente trabajo se han cruzado dichas variables, con lo cual tendremos datos muy importantes sobre la consulta de las personas con discapacidad a los servicios de salud. No es posible determinar el tipo de servicio que recibió, por lo tanto no se puede identificar si se trató o no de servicios de rehabilitación, sin embargo, éste se constituye en el dato más cercano disponible en esta materia.**
- La Contraloría General de la República asume la EHPM para referirse a la población con discapacidad en Costa Rica en su publicación “Una perspectiva sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica” del año 2000. De esta se retoma la clasificación de la población con discapacidad en tres grandes grupos.

No obstante las limitaciones anotadas, que afectan, en general, a las investigaciones estadísticas sobre discapacidad y que alcanzan a la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples de 1998 y al Censo del 2000, fuente principal del presente trabajo, las cifras recabadas nos presentan un panorama relativamente cercano a la realidad prevaleciente.

### 2.1.1.2 Características de la población y tendencia de crecimiento

Según la encuesta referida efectuada en el mes de junio de 1998, la población total de Costa Rica asciende a 3.340.909 personas. De ese número, 311.359 son personas que presentan algún tipo de discapacidad. Eso equivale a un 9,32% de la población total del país, cercano a las estimaciones de la OMS a escala mundial, de un 10%.

Según datos del Censo la población total de Costa Rica en el año 2000 asciende a 3.810.179 personas. De ese número, 203.731 son personas que presentan algún tipo de discapacidad. Eso equivale a un 5,35% de la población total del país, cifra muy distante a la detectada en 1998.

A excepción de esta diferencia entre 9.3% y 5.35%, (o sea 4 puntos porcentuales) detectadas por la EHPP del año 1998 y el Censo del 2000, respectivamente, las otras variables estudiadas guardan una tendencia similar.

La distribución de la población **por sexo** es muy similar a la que se registra en la población general del país, la diferencia es poco significativa: 48.6% son hombres y 51.4% son mujeres. Lo mismo ocurre con la distribución de la población **por zona**; el 43.2% de la población con discapacidad habita en la zona urbana y el 56.8% en la zona rural. Sin embargo, es importante notar que a nivel de concentración de población, es la Región Central donde se da el mayor porcentaje. Dicha situación puede observarse en siguiente cuadro.

**Cuadro No.12: Población estimada con algún grado de discapacidad por zona y región de planificación, Julio 1998.**

Zona y región	País	Con algún tipo de discapacidad		
		Total	% dentro total Personas Con Discapacidad	% dentro total zona
<b>Total</b>	<b>3 340 909</b>	<b>311 359</b>	<b>100</b>	<b>9.3</b>
<b>Zona</b>				
Urbano	1 440 272	134 473	43.2	9.34
Rural	1 900 637	176 886	56.8	9.31
<b>Región</b>				
Central	2 105 573	184 452	59,2	8,8
Chorotega	253 188	32 586	10,5	12,9
Pacífico Central	178 033	20 299	6,5	11,4
Brunca	328 991	26 109	8,4	7,9
Huetar Atlántica	306 123	29 012	9,3	9,5
Huetar Norte	169 001	18 901	6,1	11,2
<b>Fuente:</b> EHPM 1998				

La distribución de la población con discapacidad por regiones de planificación apunta a que la Región Central del país (principalmente las cabeceras de provincia de San José, Alajuela, Cartago y Heredia) concentra la mayor cantidad de personas con discapacidad, con un número estimado de 184.452, seguida por la Región Chorotega,

con 32.586, la Región Huetar Atlántica con 29.012, la Región Brunca con 26.109, la Región Pacífico Central con 20.299 y la Región Huetar Norte con 18.901.

El Cuadro No. 13, muestra la distribución porcentual de la población según **tipo de discapacidad**, tomando en cuenta las variables anteriores: distribución por zona y distribución por región. Llama la atención que, a excepción de las discapacidades sensoriales, el resto tiene mayor prevalencia en el área rural que en la urbana.

En el Gráfico No.6, se ha agrupado a la población con discapacidad en tres grandes **grupos etáreos** para facilitar su comprensión. Importante notar que la mayoría de las personas con discapacidad son personas adultas en edad de trabajar.<sup>37</sup>

Respecto a estas dos variables, la Contraloría General de la República en el documento mencionado, clasifica los tipos de discapacidad en tres grandes grupos: sensoriales, mentales y físicas y realiza un análisis tomando en cuenta los grupos de edad en los que hay más prevalencia: la discapacidad sensorial representa el 31,3% de la población con discapacidad; la discapacidad mental agrupa el 8,1% y la discapacidad física representa el 36,6%. El restante 24% de la población con discapacidad no incluido en el análisis corresponde al agrupado bajo las categorías "otra" e ignorada.

La discapacidad sensorial (sordera y ceguera) que muestra fuerte asociación con el grado de longevidad, se presenta con mayor frecuencia en personas con mayor edad (35-59 años) y especialmente en el rango de 60 años y más (39,9%), aunque existe un grupo considerable de personas (50,7%) con esta condición en edad de trabajo (15-59 años).

La discapacidad mental se concentra en los grupos que superan los 20 años de edad (70,4 %), en lo particular los trastornos mentales prevalecen en personas mayores de 35 años, mientras el retardo mental se concentra en el grupo de 20-34 años y es más común en grupos de menor edad, con excepción el grupo de infantes menores de 4 años.

La discapacidad física en su diversidad se registra muy vinculada a grupos de mayor edad, especialmente a las personas que superan los 60 años de edad, representan el 32,2% del total de población con discapacidad física. Con discapacidad física también están las personas menores de 35 años (29,5%) y las de edades entre los 5 y 11 años que concentran el 35% de la población.

---

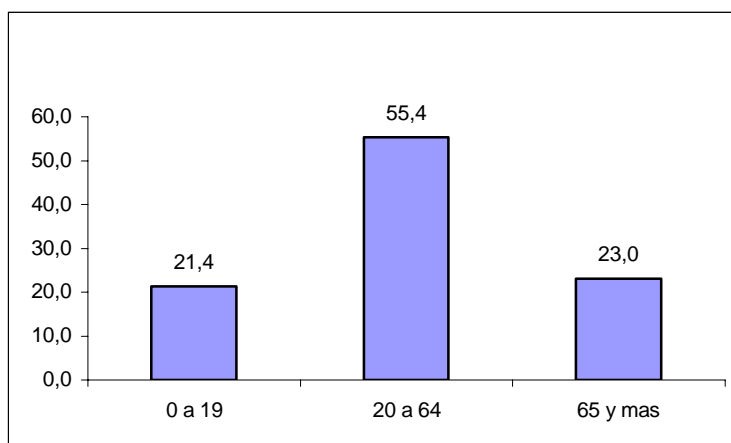
<sup>37</sup> De 176.079 personas con discapacidad, que forman parte de la PEA, según los datos proporcionados por la mencionada encuesta, laboran, ya sea como trabajadores independientes, asalariados o en ocupaciones no remuneradas, 97.690. Consecuentemente, 79.389 personas están desocupadas o inactivas. O sea, el 45,09%. En educación, por ejemplo, cabe destacar como dato tan significativo como preocupante, que el 68,82% (más de las dos terceras partes) de las personas con discapacidad o no tiene instrucción alguna o la que tiene es preparatoria, educación especial, primaria completa o incompleta. Esta realidad está muy ligada a las limitaciones de acceso al trabajo.

**Cuadro No. 13: Distribución porcentual de la población con discapacidad por zona y región según tipo de discapacidad. Julio 1998**

Zona y región	Total población.		Tipo de discapacidad						
			Sensoriales (ceguera sordera, parcial o total)	Parálisis cerebral o de extremidades	Amputación	Retardo mental	Trastorno mental	Otro	Ignorado
<b>Total</b>	<b>3340909</b>	<b>311359</b>	<b>97551</b>	<b>21001</b>	<b>37970</b>	<b>15318</b>	<b>9809</b>	<b>102003</b>	<b>27707</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>9.3</b>	<b>31.3</b>	<b>6.7</b>	<b>12.2</b>	<b>4.9</b>	<b>3.2</b>	<b>32.8</b>	<b>8.9</b>
<b>Zona</b>									
Urbano	43,1	43,2	52,7	38,4	35,8	38,0	35,9	41,1	36,5
Rural	56,9	56,8	47,3	61,6	64,2	62,0	64,1	58,9	63,5
<b>Región</b>									
Central	63,0	63,4	62,2	63,0	62,0	56,5	61,2	56,2	54,4
Chorotega	7,6	7,3	8,9	8,5	11,1	11,9	9,2	13,9	3,8
Pacífico									
Central	5,3	5,2	8,3	3,1	5,2	6,6	3,5	6,9	4,0
Brunca	9,8	10,0	8,6	12,7	11,1	12,8	7,9	6,1	6,6
Huetar Atlántica	9,2	9,1	7,6	8,5	8,2	7,5	9,1	7,1	27,0
Huetar Norte	5,1	5,0	4,4	4,2	2,4	4,7	9,0	9,8	4,1

**Fuente:** EHPM 1998

**Gráfico No. 6: Distribución porcentual de la población con discapacidad, según grupos de edad. Julio 1998.**



**Fuente:** EHPM 1998

Los precedentes parámetros de cálculo permiten estimar la población con discapacidad del año 2000 al 2015. En esa dirección se prevé un incremento del 51,2% en relación a la población con discapacidad determinada para el año 1998. Correspondientemente, para el año 2015 la población con discapacidad es estimada en 470,655 personas, o sea, 159,296 personas con discapacidad más que las estimadas

en el año de la encuesta. Tales proyecciones merecen tomarse en cuenta para la formulación y ejecución de políticas, planes y programas en el área de la rehabilitación de personas con discapacidad, pues, aunque como se mencionó al inicio del presente capítulo, los servicios deben estar disponibles para las personas que los requieran, en el momento oportuno.

**Cuadro No. 14: Estimación de la población con discapacidad por grupos de edad, sexo y zona según años seleccionados**

<b>AÑO</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2015</b>
<b>Personas Con Discapacidad</b>	311,359	330,099	376,952	470,655
<b>EDAD</b>				
0-19	66,485	70,646	80,673	100,727
20-64	172,440	183,231	209,240	261,252
65 y más	71,732	76,222	87,039	108,676
Ignorado	702			
<b>SEXO</b>				
Hombre	151,417	160,531	183,315	228,884
Mujer	159,942	169,569	193,636	241,771
<b>ZONA</b>				
Urbano	134,473	142,567	162,802	203,272
Rural	176,886	187,533	214,150	267,384
<b>Fuente:</b> EHPM 1998				

### 2.1.2.3 Demanda<sup>38</sup> de servicios de salud

Como se mencionó en el apartado 3.1.2.1. "Consideraciones Generales", la EHPM del año 1998, incluyó un módulo sobre consulta a los servicios de salud. Como también se incluyó el módulo de discapacidad, es posible cruzar ambas categorías y obtener información sobre la consulta que las personas con discapacidad realizaron ese año. Dado que la encuesta se realizó en el mes de julio, la información siguiente se refiere a consultas médicas recibidas por la persona de enero a junio del año 1998. No es posible sin embargo, conocer el tipo de servicio que se consultó, sino solamente la frecuencia de consulta y lugar donde se recibió por tipo de discapacidad. Los siguientes cuadros presentan dicha información.

**Cuadro No. 15: Población total y población con discapacidad que recibió o no alguna consulta médica en los últimos seis meses. Julio 1998**

<b>Consulta médica</b>	<b>Población total</b>		<b>Población con discapacidad</b>	
	<b>Absoluto</b>	<b>Relativo</b>	<b>Absoluto</b>	<b>Relativo</b>
<b>Total</b>	<b>3 340 909</b>	<b>100,0</b>	<b>311 359</b>	<b>100,0</b>
Si	1 564 084	46,8	214 708	69,0
No	1 772 281	53,0	96 067	30,9
Ignorado	4 544	0,1	584	0,1
<b>Fuente:</b> EHPM 1998.				

<sup>38</sup> Se asume esta demanda como **DEMANDA SATISFECHA**, pues se desconoce el porcentaje de personas con discapacidad que habiendo solicitado un servicio, este no fuera recibido.



Del cuadro anterior se desprende que las personas con discapacidad consultaron más los servicios de salud que la población general. De la población total de Costa Rica para el año 1998, el 46.8% recibió consulta médica en tanto que un 69% del total de personas con discapacidad recibió al menos una consulta médica en el periodo estudiado.

Del total de personas con discapacidad que recibieron por lo menos una consulta médica, el 20.6% son personas con discapacidades sensoriales, especialmente visuales, el 13.3% con discapacidades físicas, principalmente las que reportan amputaciones y el 4.8% con discapacidades mentales. La información puede observarse en el Cuadro No. 16.

Con respecto al número de consultas recibidas, es posible comparar el comportamiento de la población con discapacidad con respecto a la población general con base en los datos presentados en el Cuadro No.17. Es importante notar que solamente en la categoría de 1 a 2 consultas, la población general supera a la población con discapacidad. Cuando se trata de 3 o más consultas, en términos comparativos, la población con discapacidad lo hace en mayor medida que la población general.

Si analizamos únicamente a la población con discapacidad, la mayor parte de ellas recibió no más de 2 consultas en el período estudiado, el 16% de las personas que consultaron recibieron entre 7 y 8 consultas.

**Cuadro No. 16: Población total con discapacidad que recibió o no alguna consulta médica en los últimos seis meses, según tipo de discapacidad. Julio 1998**

Tipo de discapacidad	Total		Consulta médica					
			Si		No		Ignorado	
	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
<b>Total</b>	<b>311359</b>	<b>100,0</b>	<b>214708</b>	<b>69,0</b>	<b>96067</b>	<b>30,9</b>	<b>584</b>	<b>0,2</b>
Ceguera parcial o total	82 468	26,5	53 047	17,0	29 322	9,4	99	0,0
Sordera parcial o total	15 083	4,8	11 266	3,6	3 817	1,2	0	0,0
Parálisis cerebral o de extremidades	21 001	6,7	14 476	4,6	6 525	2,1	0	0,0
Amputación	37 970	12,2	27 122	8,7	10 848	3,5	0	0,0
Retardo mental	15 318	4,9	7 743	2,5	7 444	2,4	131	0,0
Trastorno mental	9 809	3,2	7 076	2,3	2 733	0,9	0	0,0
Otro	102 003	32,8	81 310	26,1	20 471	6,6	222	0,1
Ignorado	27 707	8,9	12 668	4,1	14 907	4,8	132	0,0

**Fuente:** EHPM 1998.

**Cuadro No. 17: Población total y población con discapacidad que recibió consulta médica en los últimos seis meses, según número de consultas recibidas. Julio 1998**

Consulta médica	Población total		Población con discapacidad	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Población que recibió consulta médica	1 564 084	100,0	214 708	100,0
Número de consultas recibidas				
1 a 2	875 894	56,0	84 158	39,2
3 a 4	387 953	24,8	59 984	27,9
5 a 6	173 081	11,1	35 201	16,4
7 a 8	115 339	7,4	33 599	15,6
Ignorado	16 361	1,0	2 350	1,1
Fuente: EHPM 1998.				

Al analizar el promedio de consultas según se tenga o no discapacidad, se registran diferencias significativas que se acentúan dependiendo del tipo de discapacidad, tal y como se muestra en Cuadro No.18.

Nótese que la población con discapacidad presenta un promedio de consulta mayor al de la población que no reporta discapacidad (3.6 y 2.7, respectivamente). Del total de personas con discapacidad, son las que registraron discapacidades físicas y trastorno mental las que más consultan. Podría asociarse este hecho a la necesidad de servicios de rehabilitación, más no puede afirmarse debido a que no se reporta el tipo de servicio o consulta. Las que en promedio menos consultan son las personas con discapacidades sensoriales y retardo mental.

Al analizar por zona geográfica, es en el área rural donde el promedio de consultas es más alto para la población con discapacidad en general, y significativamente más alto para aquellas que registraron discapacidades relacionadas con el trastorno mental. Nótese que en el caso de las personas con discapacidades físicas, el promedio de consulta es más alto en zona urbana que en la rural.

**Cuadro No. 18: Promedio de consultas médicas recibidas por zona, según se tiene o no discapacidad y tipo de discapacidad. Julio 1998.**

Promedio consulta/zona	Total Pobl.	No tiene	Tiene discp	Sensoriales	Parálisis cerebral o extrem.	Amputación	Retardo Mental	Trastorno Mental	Otra	Ign.
<b>Total</b>	<b>2.8</b>	<b>2.7</b>	<b>3.6</b>	<b>3.3</b>	<b>3.8</b>	<b>3.9</b>	<b>3.2</b>	<b>3.9</b>	<b>4.0</b>	<b>3.1</b>
<b>Urbano</b>	2.8	2.7	3.4	3.1	3.9	4.0	3.1	3.5	3.9	2.4
<b>Rural</b>	2.9	2.7	3.7	3.6	3.7	3.8	3.3	4.2	4.1	3.5
Fuente: EHPM 1998										

Por último es importante conocer cuál es el lugar donde realizan las consultas médicas. En el Cuadro No. 19 se compara tal situación entre la población general y la

población con discapacidad. La información se refiere al lugar de la última consulta médica durante el período analizado.

Cabe destacar que en ambas poblaciones el principal lugar de consulta es una Clínica de la CCSS, seguido por un Hospital de CCSS y en tercer lugar, un EBAIS o Centro de salud. Es decir, segundo, tercero y primer nivel de atención, respectivamente. En cuanto a consultas a las Clínicas de la CCSS no existen diferencias significativas entre las dos poblaciones, si en cuanto a consultas a Hospitales (23% de la población general, 29% de la población con discapacidad). En los EBAIS se da el caso a la inversa (19% de la población general, 18% de la población con discapacidad). Lamentablemente no se cuenta con información sobre el tipo de consulta realizada por estas personas, si así fuera, se podrían inferir datos sobre la consulta de servicios de rehabilitación según tipo de discapacidad y nivel de atención. Como veremos más adelante en el apartado de "Oferta de Servicios", en cuanto a los servicios de rehabilitación, ocurre lo contrario, se reportan consultas pero no personas atendidas.

Nótese también la variable "Clínica o Hospital privado". Un 14.5% de la población general y un 12% de la población con discapacidad recibió su última consulta en este lugar.

**Cuadro No. 19: Población total y población con discapacidad que recibió consulta médica en los últimos seis meses, por lugar de la última consulta. Julio 1998**

Consulta médica	Población total		Población con discapacidad	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
<b>Población que recibió consulta médica</b>	1 564 084	100,0	214 708	100,0
<b>Lugar última consulta</b>				
Clínica de la CCSS	597 450	38.1	80 491	37.4
EBAIS o centro de salud	295 891	18.9	38 146	17.7
Hospital de CCSS	355 513	22.7	62 135	28.9
INS	11 815	0.8	1 228	0.6
Clínica o hospital privado	227 934	14.5	25 869	12.0
En la empresa	33 280	2.1	1 580	0.7
Otro lugar	3 542	0.2	902	0.4
Ignorado	43 203	2.8	4 941	2.3
<b>Fuente:</b> EHPM 1998.				

Conviene aquí, conocer cuál es la condición de aseguramiento y niveles de pobreza de la población con discapacidad en relación con la población general en Costa Rica, como indicadores de acceso a los servicios de salud.

**Cuadro No. 20: Población con discapacidad estimada por nivel de aseguramiento. Julio 1998.**

Aseguramiento	País	Con algún tipo de discapacidad		
		Total	% dentro total con discapacidad	% dentro del total asegurados
<b>Total</b>	<b>3 340 909</b>	<b>311 359</b>	<b>100</b>	
No asegurado	532 984	35 325	11.3	6.6
Asegurados	2 807 925	276 034	88.7	9.8
<b>Fuente:</b> EHPM 1998				

Para el año 1998, la población general del país tenía un nivel de no aseguramiento de 16%, el de la población con discapacidad 11.3%, es decir, menos personas con discapacidad en esta condición, aunque el porcentaje sigue siendo alto en ambas poblaciones si se tiene el principio de universalidad en la prestación de los servicios médicos en nuestro país. La situación se muestra a la inversa si analizamos los niveles de pobreza, pues son mas altos dentro de la población con discapacidad (25.3% versus 18.5% en la población general<sup>39</sup>), tal y como se muestra en siguiente cuadro.

**Cuadro No. 21: Población con discapacidad estimada por nivel de pobreza. Julio 1998.**

Aseguramiento	País	Con algún tipo de discapacidad		
		Total	% dentro total con discapacidad	% dentro del total nivel de pobreza
<b>Total</b>	<b>3 340 909</b>	<b>311 359</b>	<b>100</b>	
Extrema pobreza	164774	24506	<b>7,9</b>	14,9
NSNB	454426	54062	<b>17,4</b>	11,9
No pobres	2182530	184990	59,4	8,5
Ignorado	500104	41742	13,4	8,3
<b>Fuente:</b> EHPM 1998				

### **2.1.3 Estadísticas generales de la población adulta mayor y tendencias<sup>40</sup>**

Los últimos estudios demográficos han señalado que los adultos mayores son una población en ascenso en todo el mundo. Dicho patrón se explica fundamentalmente por la disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, producto de los avances científicos y tecnológicos y su consecuente aumento de la expectativa de vida

<sup>39</sup> Se suman las categorías "Extrema pobreza" (entendida como indigencia) y "No satisfacen necesidades básicas" (entendida como pobreza).

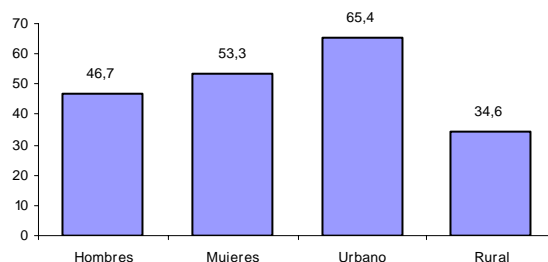
<sup>40</sup> Sobre la categorización de la población adulta mayor, algunos organismos la consideran a partir de los 60 años, otros a partir de los 65 años. Para efectos de esta investigación, los datos que se presentan asumen esta última clasificación (a partir de los 65 años).

ocasionando que en la actualidad las personas puedan vivir más y en mejor estado de salud.

En Costa Rica<sup>41</sup>, se estima que la población de 65 años y más representa un 6.16% de la población total (257,550 personas). De ellos, un 47% son hombres, y un 53% mujeres. Por zona geográfica, las personas adultas mayores se ubican en un 65% en zona urbana, y el 35% en zona rural. Tomando en cuenta la distribución de la población por grupos de edad, encontramos que el 41% de la población adulta mayor tiene 75 o más años. Es precisamente esta población la que demanda mayores servicios de atención en salud y rehabilitación, asociadas al proceso de envejecimiento.

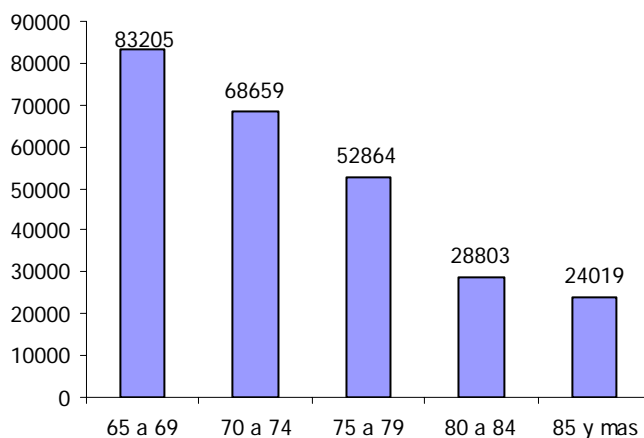
La información se ilustra en los gráficos siguientes:

**Gráfico No. 7: Población de 65 años y más por sexo y zona.  
Julio 2004.**



Fuente: EHPM 2004

**Gráfico No. 8: Población de 65 años y más por grupos de edad.  
Julio 2004.**

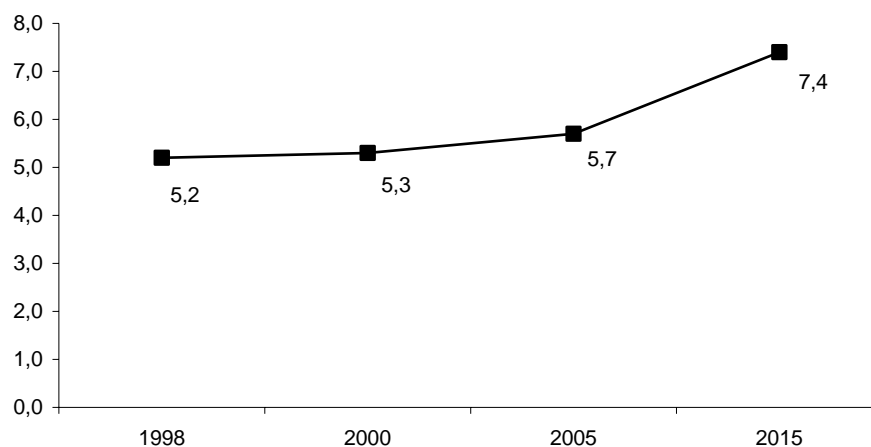


Fuente: EHPM 2004

<sup>41</sup> Datos obtenidos de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del año 2004, elaborada por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC).

El creciente aumento de personas adultas mayores en la población costarricense y los estudios proyectivos, establecen que para el año 2015 se espera que las personas adultas mayores representen el 7.4% del total de la población (Ver Gráfico No.9). Recordemos que en el año 2004, la expectativa de vida al nacer en nuestro país es de 78.73 años y a la edad de 65 años, la expectativa de vida es en promedio 18.88 años.

**Gráfico No.9: Estimación porcentual de la población adulta mayor para los años 1998, 2000, 2005 y 2015.**



Fuente: EHPM 2004

La Organización Mundial de la Salud ha realizado diversas investigaciones en las que relaciona la salud de las personas adultas mayores y su relación con la discapacidad,<sup>42</sup> llegando a las siguientes conclusiones:

- Existe una relación fuerte entre la edad y diversas dimensiones de salud. Por ejemplo, se encontrará que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos. **Las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona, aumentando significativamente en la población de 75 años y más. En personas mayores de 85 años, el riesgo de discapacidad es del 50%.** (según los datos precedentes, el 41% de la población adulta mayor de nuestro país es mayor de 75 años). La relación entre la edad y otros indicadores de salud es menos precisa. Vale la pena, entender las enfermedades que son relacionadas con la edad y también estudiar las intervenciones que logran posponer las manifestaciones clínicas de estas enfermedades. A un nivel más

<sup>42</sup>Tomado de OPS/OPMS (2002). "Guía Clínica para la atención primaria de las personas adultas mayores. Promoción de la salud y envejecimiento activo". Serie de materiales de capacitación. Módulos de valoración clínica.

general la OPS estima que 1 de cada 5 personas adultas mayores tiene dificultades para actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer o meterse en la cama, es decir, un 20% de la población.

- En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. También, suelen reportar más frecuentemente que los hombres, que su salud no es buena. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos. La demencia afecta al 10% de las personas mayores de 65 años, y entre el 20% a 50% de los que tienen 85 años a más.

Esta situación lleva a un incremento en la demanda de servicios, por lo que Costa Rica debe prepararse para atender este sector de la población, brindándole una adecuada infraestructura institucional y una organización administrativa respaldada política y legalmente que permita satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida y bienestar social.

Un acercamiento a la necesidad de servicios de rehabilitación se puede hacer por medio de las causas de mortalidad y causas de consulta externa de esta población. Un estudio realizado en el año 2004 por el Ministerio de Salud de Costa Rica, la OPS y la OMS: "La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica", determinó que alrededor del 40% de estas defunciones que se registraron el período 2000-2002 fueron de origen cardiovascular. En relación con la consulta externa se registran con mayor frecuencia las siguientes causas: enfermedades del sistema circulatorio (20%); enfermedades relacionadas con el sistema endocrino, nutrición y metabolismo (17%); y citas de control sin hallazgo patológico (11%). La última categoría de consulta es lo que tradicionalmente se ha conocido como medicina preventiva, y en la actualidad se le conoce como atención integral primaria.

Por otro lado, es importante considerar la condición de asegurado y los niveles de pobreza de esta población. Para el año 2004 cerca del 7% de los y las adultas mayores no estaba asegurada. Del 93% del total de personas que reportó estar asegurada, el 15% lo estaba por "invalidez". Ese mismo año, la encuesta reporta que el 25.5% de esta población se encontraba en condiciones de pobreza y pobreza extrema, 5 puntos porcentuales por encima de la población general.

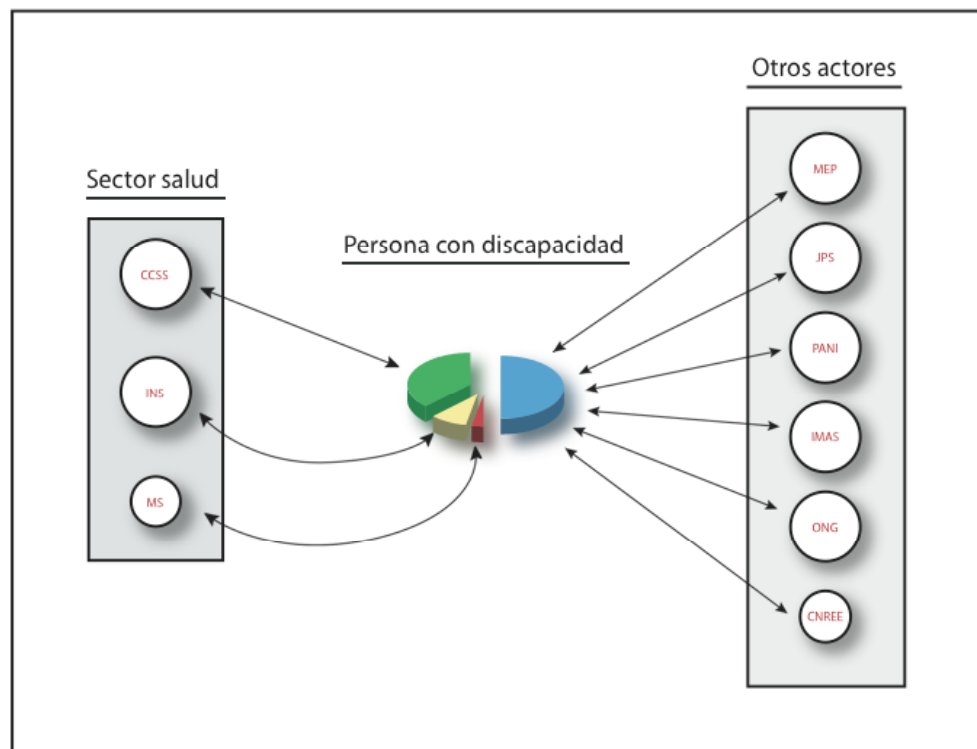
---

## 2.2 OFERTA DE SERVICIOS

---

En la oferta de servicios de rehabilitación para la población con discapacidad, en la presente investigación se han identificado diferentes actores. (Ver Figura No.1). A pesar de que la competencia legal recae en las instituciones del Sector Salud, por vacíos en la cobertura de servicios, diversas organizaciones han debido asumir un rol protagónico en la prestación de los mismos. Para efectos de comprender esta realidad, el siguiente apartado ha sido dividido en dos partes: En la primera se expone la participación de las organizaciones del Sector Salud en la prestación de servicios de rehabilitación, y en la segunda se analizan los aportes de otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

**Figura No.1: Actores involucrados en la oferta de Servicios de Rehabilitación.**



### 2.2.1 Servicios ofrecidos desde el Sector Salud

En Costa Rica, desde su propia perspectiva y en coyunturas económicas que denotan importantes desigualdades, diversas instituciones públicas han abordado las necesidades y condiciones de diferentes grupos poblacionales en la búsqueda de un desarrollo humano sostenible a nivel nacional. Así, las instituciones que conforman el Sistema de Servicios de Salud, al lado de las que funcionan a favor de la educación,



bienestar social, trabajo, infraestructura y transportes se han visto involucradas con el tema de la discapacidad y la rehabilitación mientras son llamadas a trabajar coordinadamente para brindar los bienes y servicios correspondientes a nivel comunitario y nacional. En ese sentido, el país acude al enfoque multisectorial que se promovió durante la Década de las Personas Con Discapacidad (1983-1992) y que sigue siendo parte del Programa de Acción Mundial de la ONU para las Personas con Discapacidad.

El actual Sistema de Servicios de Salud, por su responsabilidad social, sus aspiraciones y acciones de descentralización y principios<sup>43</sup>, es uno de los escenarios estratégicos para la acción transformadora en materia de rehabilitación. Veamos que el mismo sistema obedece a un proceso histórico de medio siglo de reflexión y acción política que ha tendido a privilegiar el derecho de todas las personas a llevar una vida saludable. Asimismo, al atender las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Sistema de Servicios de Salud busca responder a la ecuación: Salud = Promoción-Prevención-Detección-Atención-Rehabilitación<sup>44</sup>.

En este entorno, las definiciones y acciones tomadas en lo referente a la población con discapacidad y a los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud, no se han visto disociadas de aciertos y desaciertos. El proceso que origina este sistema de servicios constituye una estancia de aprendizaje que aún hoy día ofrece suficientes elementos para seguir reflexionando y para generar cambios en favor de la salud integral de las personas.<sup>45</sup>

Un balance general de la situación demuestra que el sistema de servicios de salud costarricense, pese a los constantes esfuerzos por organizarlo, funciona aún de manera multiforme y desarticulada, y que si bien en el discurso orgánico de diferentes instituciones se observan elementos comunes sobre la necesidad de coordinar e incorporar la rehabilitación como política activa, en la práctica no se llegan a concretar planes y programas integrados en esos términos. Lo que refleja la realidad es un conjunto de acciones aisladas o parcialmente coordinadas, que impiden mantener la coherencia y unidad necesarias que hagan coincidir y corresponder la oferta de programas, servicios y bienes institucionales con la demanda social.

En la actualidad, el sistema de servicios de salud está conformado por:

- El Ministerio de Salud, que vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y realiza la rectoría de las políticas del sector a su cargo;

---

<sup>43</sup> Principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Equidad y Obligatoriedad.

<sup>44</sup> Esta concepción divide la salud en cuatro periodos, con políticas claramente definidas par lograr los mejores resultados: A: fomento de la salud: todas las acciones que puedan fortalecer y evitar los factores externos o internos capaces de generar riesgos que pueden ser controlados. B: prevención de la salud: con aquellas medidas reconocidas desde el punto de vista técnico y educacional que le permitan a la persona proteger su salud y controlar las causas de agresión del medio. C: reparación de la salud: que corresponde al período con pérdida parcial o total del bienestar y el empleo de procedimientos técnicos para contrarrestar los efectos específicos que producen la enfermedad. D: rehabilitación, corresponde al periodo, de diferente extensión en tiempo, espacio y recursos, que debe ser dedicado a habilitar el nivel de bienestar que se perdió.

<sup>45</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 65, inédito.

- La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que asume cobertura de la salud abarcando: atención médica a todas las personas, prestaciones en dinero y prestaciones sociales;
- El Instituto Nacional de Seguros (INS), que cubre los riesgos de la enfermedad profesional, accidentes laborales y de tránsito,
- El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AYA), que se encarga de proveer y regular la calidad del agua de consumo humano y la eliminación de aguas servidas.

Asimismo, integran el sistema organismos desconcentrados con funciones específicas, como el Instituto de Investigación en Nutrición y Salud, el Centro Nacional de Drogas y el Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco dependencia. Por lo demás, se incluye en el sistema de salud, a la Universidad de Costa Rica<sup>46</sup>, los gobiernos municipales<sup>47</sup> y los proveedores de servicios médicos como cooperativas y prestadores privados. Mediante el Consejo Nacional del Sector Salud, las principales instituciones deciden acciones para atender problemas y asuntos de salud pública de interés nacional.

De las instituciones que conforman el sistema de servicios de salud, son la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros a las que principalmente les corresponde garantizar los derechos vinculados al acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con discapacidad. Correspondientemente, los servicios de salud deben ofrecerse en igualdad de condiciones a toda persona que los requiera, de acuerdo con el artículo 31 del capítulo tercero. Para eso, y con el fin de facilitar el establecimiento de políticas congruentes con las necesidades de la población, la CCSS establecerá los procedimientos de coordinación y supervisión para los centros de salud públicos que brinden servicios especializados de rehabilitación (artículo 32).

**En lo particular a los servicios de rehabilitación, el artículo 33 de la Ley 7600 detalla:**

*“La Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros deberán ofrecer servicios de rehabilitación en todas las regiones del país, incluyendo servicios a domicilio y ambulatorios. Estos servicios deberán ser de igual calidad con recursos humanos y técnicos idóneos y servicios de apoyo necesarios para garantizar la atención óptima”*

En el artículo 34 de la ley, así como en el artículo 93 de su reglamento, se determina que las instituciones públicas de salud responsables de suministrar servicios

---

<sup>46</sup> La universidad de Costa Rica tiene gran participación en las actividades de docencia e investigación en el campo de la salud y los servicios de salud.

<sup>47</sup> Los Municipios son órganos políticos y a la vez administrativos de los intereses locales, que tienen como fin promover el desarrollo integral de los cantones en armonía con el desarrollo nacional, en estrecha cooperación con las comunidades.

de rehabilitación, deberán garantizar que los servicios a su cargo estén disponibles en forma oportuna, en todos los niveles de atención, inclusive la provisión de servicios de apoyo y las ayudas técnicas que los usuarios requieran.<sup>48</sup>

En el mismo orden legal, reguladas por igual, quedan las obligaciones de estas instituciones públicas de salud en lo que respecta a los medios de transporte que deben ofrecerse para que el acceso a los servicios no se vea afectado (artículo 35); las condiciones de hospitalización que bien deben facilitar el acceso a las ayudas y servicios de apoyo (artículo 36); la obligatoriedad de establecer normas específicas para promover y facilitar el proceso de rehabilitación (artículo 37) y la necesidad de garantizar instalaciones con medidas de seguridad, comodidad y privacidad.<sup>49</sup>

Por lo tanto, es responsabilidad de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Instituto Nacional de Seguros llevar a la práctica lo ordenado por la ley. Asimismo, corresponde a las demás instituciones que conforman el sistema de servicios de salud, asumir e integrar componentes a favor de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad que nutran y fluyan transversalmente sus planes de trabajo y acciones específicas.<sup>50</sup>

En esa dinámica se ve inmerso el Ministerio de Salud al asumir la responsabilidad de dirigir la calidad de los servicios, conforme al discurso determinado en la Política Nacional de Salud 2002-2006, sobre aspectos a favor del derecho a la salud de las personas con discapacidad, población reconocida como uno de los grupos prioritarios. Igualmente interviene sobre la oferta de servicios de salud para las personas con discapacidad y la rehabilitación, al abogar por el fortalecimiento de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la discapacidad así como en lo que se refiere a las características de la discapacidad y la promoción del desarrollo de las personas como sujetos de derechos<sup>51</sup>.

En ese sentido, es pertinente ahondar, de forma resumida, en la función y posición actual del ente rector en salud con respecto a los servicios de salud y de rehabilitación que se brindan en el país.

### 2.2.1.1 Ministerio de Salud

- **Aspectos enunciativos: Rectoría en salud.**

El artículo 2 de la Ley General de Salud es claro en que corresponde al Ministerio de Salud la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud. El artículo 1 de la ley orgánica del Ministerio de Salud le confiere al Ministerio la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación, y suprema dirección

---

<sup>48</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 67, inédito.

<sup>49</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 67, inédito.

<sup>50</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 67, inédito.

<sup>51</sup> "Área de Intervención, Personas con Discapacidad", en: Política Nacional de Salud 2002-2006. Primera edición. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2003.

de los servicios de salud del país. Le corresponde ejercer funciones de orientación estratégica, regulación y fiscalización<sup>52</sup>.

Son atribuciones del Ministerio, la elaboración, aprobación, asesoramiento en la planificación de la política nacional de salud, así como la evaluación y supervisión de su cumplimiento; el dictaminar las normas técnicas en materia de salud, el ejercicio del control y fiscalización de las actividades de las personas físicas y jurídicas en materia de salud; el ejercicio de la jurisdicción y control técnicos sobre las instituciones públicas y privadas que realicen acciones de salud; la fiscalización económica de las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general; la realización de acciones de salud en materia de medicina preventiva; el otorgamiento de prestaciones de salud en materia de medicina curativa y rehabilitación, entre otras.

La misión del Ministerio de Salud es garantizar que la producción social de la salud se realice en forma eficiente y eficaz mediante el ejercicio de la rectoría con plena participación de los actores sociales. Con el fin de abocarse más de lleno a su papel de rector, en 1998, dentro del Proyecto de Reforma del Sector Salud, el Ministerio de Salud (MS) transformó su estructura orgánica, redefinió subprocesos de trabajo, efectuó ajustes de personal y capacitó a sus profesionales para efectuar nuevas funciones tendientes a la solidez de su carácter de órgano rector de la salud en Costa Rica.

Desde entonces, viene trabajando en el orden de cuatro funciones básicas en su campo, a saber: Dirección, Coordinación y Conducción; Vigilancia y Planificación de la Salud; Regulación, Control y Evaluación del Desarrollo de la Salud e Investigación y Desarrollo Tecnológico<sup>53</sup>.

De tal manera, sus objetivos son:

- Formular la política nacional y el programa sectorial de salud.
- Garantizar el desarrollo de un sistema de vigilancia de la salud.
- Garantizar un sistema de regulación de la política sanitaria del país.
- Lograr la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.
- Garantizar la protección y mejoramiento del ambiente humano.
- Fortalecer los procesos de formulación de políticas públicas saludables, de prestación de servicios integrales de atención, de educación para la salud y de participación y comunicación social.
- Formular políticas, elaborar normas y ejecutar estrategias y programas en el campo alimentario-nutricional.

El Ministerio de Salud ha asumido en los últimos años la posición que le corresponde según la Política Nacional de Salud 2002-2006, plasmada en la Agenda Sanitaria concertada 2002-2006, tomando acciones para la regulación de la calidad de la prestación de servicios de salud, sean éstos públicos o privados, mediante la aplicación de metodologías de evaluación oficiales.

---

<sup>52</sup> Dado que los servicios de rehabilitación se ubican dentro del sector salud, cabe la discusión si el Ministerio de Salud es también el ente rector en materia de rehabilitación.

<sup>53</sup> Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2004. Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud, Oficina regional de la Organización Panamericana de la Salud.

En ese sentido, y de conformidad con su posición de ente rector, claramente definida en la ley General de Salud No. 5395, tendiente a normalizar las condiciones de operación de los establecimientos que actúan o prestan servicios, directa o indirectamente, en materias ligadas con la salud y el bienestar de las personas, se establece el “Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que Brindan Atención en Terapia Física” que entró en vigencia por Decreto Ejecutivo No.32328, el 3 de mayo del año 2005<sup>54</sup>.

El Decreto busca solventar la necesidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud en general, y los relacionados con la terapia física. Por su parte, los manuales tienen como objeto especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los establecimientos que brindan atención en salud y en terapia física, para garantizar un servicio de calidad. Las especificaciones se relacionan con áreas como planta física, recursos humanos, equipo y materiales, administración, seguridad laboral y documentación que deben ser cumplidas para obtener la habilitación y cuyo cumplimiento en la operación debe ser fiscalizado por el Ministerio de Salud. Su ámbito de aplicación es nacional y es válido para todos los establecimientos o instituciones que brindan atención en el área de la salud, sean públicas, privadas, mixtas, fijas o ambulatorias, de tipo consultorio, clínica, hospital o centro para personas con discapacidad. Hasta el momento, la mayoría de los establecimientos que prestan servicios de rehabilitación a nivel nacional no han sido acreditados por el Ministerio de Salud bajo los términos referidos en las normas.

En este sentido cabe mencionar también la acción del Ministerio de Salud con respecto a la regulación de los centros de atención de adultos mayores, en su modalidad de Centros Diurnos, Albergues y Hogares. Dentro de las diferentes normas, se establece que los establecimientos deben contar con acceso a servicios de terapia física y terapia ocupacional, con el espacio físico y el equipo básico necesario<sup>55</sup>.

A pesar de las acciones tomadas con el fin de fortalecer su papel como ente rector en salud, la evaluación de la reforma del sector salud fue clara en cuanto a las tareas pendientes por parte del Ministerio de Salud:

- Integración de las municipalidades en el trabajo que se debe desarrollar en pro de la salud pública.
- Articulación de niveles de atención.
- Seguimiento al proceso de sensibilización que permita a los y las funcionarias del Ministerio de Salud comprender el nuevo rol de esta dependencia.
- Fortalecimiento de las tareas de regulación y monitoreo.
- **Abandono de ciertas actividades operativas que todavía realiza el Ministerio de Salud, como la administración de los CEN-CINAI y el PANARE.**
- **Aspectos operativos: Programas de atención directa**

En el orden más cercano a la prestación de servicios, el Ministerio de Salud continúa coordinando el programa de educación y alimentación a niños menores de seis años

---

<sup>54</sup> En el Anexo No.2 se encontrará el documento “Disposiciones del Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan Atención en Terapia Física”

<sup>55</sup> Refiérase a: Ministerio de Salud. “Norma de Costa Rica para la Habilitación de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores, 2001”

(CEN-CINAI) y además tiene adscrito al Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE).

Con respecto al Programa **CEN-CINAI**, actualmente se atienden 703 menores con discapacidad. Para cumplir con su cometido de atención integral, el programa funciona con profesionales de diferentes áreas, entre ellas, trabajo social, nutrición, psicología, y educación. En la actualidad, debido a necesidades específicas en el área de rehabilitación, el programa ha contratado a 7 profesionales en Terapia Física.

El PANARE es una entidad que dirige El Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, institución que inició funciones en 1962<sup>56</sup>, centrando su atención en personas afectadas por la poliomielitis. Posteriormente el Patronato Nacional de Rehabilitación ha debido redefinir funciones, atendiendo actualmente en forma institucionalizada a 37 personas con discapacidad, así como una población que recibe servicios en forma temporal dentro de la institución. Como recurso humano en rehabilitación funcional encontramos 1 terapeuta físico, 1 terapeuta ocupacional, así como personal de apoyo en trabajo social y psicología.

La existencia de dicha institución, junto con la reciente incorporación de terapeutas físicos en las instalaciones de los CEN-CINAI, plantean duda acerca del papel del Ministerio de Salud como ente rector y a su vez como ente prestador de servicios.

### 2.2.1.2 Caja Costarricense del Seguro Social

- **Aspectos enunciativos**

Como componente fundamental del sistema de servicios de salud de Costa Rica, encontramos la labor de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que lleva el aseguramiento público de la salud por mandato constitucional. Conforme a la Ley de Universalización del Seguro de Salud, esta institución, autónoma y descentralizada, es la responsable de proveer los servicios incorporados al seguro de salud y maternidad en un orden integral dictado por políticas institucionales.

La Misión Institucional es “Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense”.

Según las políticas de la institución más recientes (2005-2006), ese orden integral de atención se formula como uno que incluya promoción de la salud, prevención, detección y atención de la enfermedad, además de la atención de la discapacidad junto al ejercicio de rehabilitación, con un enfoque familiar, comunitario y ambiental, que privilegie las estrategias de atención primaria y que se apoye en la operación efectiva de la red de servicios de salud <sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Ley 3695 de creación del Patronato Nacional de Rehabilitación. Gaceta #144 del 26 de Junio de 1966. Según publicación del 20 de Setiembre del 2005 en La Gaceta N° 180, se publican los nuevos protocolos de la institución, bajo la modalidad de internamiento, residencia prolongada, residencia temporal, y atención en consulta externa, dirigidos a personas con discapacidad neuro-músculo-esquelética.

<sup>57</sup> Políticas Institucionales 2005-2006, CCSS. Aprobadas por la Junta Directiva en el artículo 1° de la sesión N° 7865 celebrada el 17 de junio del 2004. Referencia correspondiente al punto A.2 del apartado “Provisión de Servicios”, A.3, A.8, A.9, “Inversión en Bienes Inmuebles, Abastecimiento e Insumos Tecnológicos” y “Participación Ciudadana y Social”, “Vinculación CCSS con plan nacional de desarrollo y otros planes específicos”.

Dichas políticas abogan por la prestación de servicios de salud accesibles a las personas con discapacidad o movilidad restringida, acorde con lo dispuesto en la Ley 7600 en lo referente a eliminación de barreras de todo tipo. Ofrecen el aseguramiento de la igualdad de condiciones en la accesibilidad y oportunidad de los servicios institucionales, a las personas mayores de 65 años, o con discapacidad, o agredidas física, emocional o sexualmente, así como el aumento de la cobertura y mejora de la calidad de vida de las personas mayores y de las personas con discapacidad, mediante programas, servicios y beneficios complementarios. Extienden los servicios del Régimen No Contributivo de Pensiones a la población adulta mayor y con discapacidad en condiciones de extrema pobreza, de acuerdo con sus posibilidades financieras. Ofrecen la adecuación de la infraestructura acorde con las necesidades de las personas con discapacidad o movilidad reducida en cumplimiento con la Ley 7600 "Ley de igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad", así como la coordinación con otras instituciones del Sector Salud y otros sectores, con el propósito de mejorar la eficiencia y eficacia de las acciones de atención integral en salud y pensiones.

Las políticas además promueven el fortalecimiento de las Juntas de Salud<sup>58</sup> para consolidarlas como entes auxiliares de los establecimientos de salud, a fin de que contribuyan a mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero y la promoción de la participación ciudadana; y el fortalecimiento de la participación ciudadana y social en la prestación de servicios de salud, con el apoyo de las Juntas de Salud o de grupos organizados de la comunidad y la sociedad. Plantean claramente la coordinación con otras instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, como mecanismo para promover reformas que faciliten el desarrollo de programas institucionales y el cumplimiento de objetivos en los campos de la salud, pensiones y prestaciones sociales.

La posición de las políticas de la institución, al reconocer la importancia de una atención integral para la persona que requiere de los servicios de rehabilitación, y al distinguir la discapacidad de la enfermedad, bien se acerca discursivamente a un modelo más humanista y menos orientado por el orden biologista.

Por lo demás, el abordaje tiende a alinearse a principios de diversidad, accesibilidad, disponibilidad e igualdad de oportunidades, similares a los declarados en lo que fuera el Plan Funcional Institucional de Rehabilitación que la Junta Directiva de la CCSS acogiera en 1997<sup>59</sup>, que esencialmente llega a inscribir una serie de políticas que desde entonces buscan instaurar un modelo organizacional de atención a la persona con discapacidad que fortalezca los sistemas hospitalarios, pero que incluya además programas y servicios de rehabilitación en todos los niveles de atención, su sostenibilidad financiera, la aplicación de sistema y actividades de apoyo tales como sistema de control de calidad, formación y capacitación del recurso

---

<sup>58</sup> Juntas de Salud. Constituidas por 7 miembros: 2 representantes del sector patronal, 3 representantes del sector asegurado, 2 representantes del sector de asociaciones y organizaciones pro-salud.

<sup>59</sup> El Plan Funcional Institucional de Rehabilitación (1997) se genera después de que un grupo de representantes de 12 unidades médicas de la CCSS que brindan servicios de salud en la especialidad de rehabilitación, se reunieran en mayo de 1996, para discutir sobre la atención integral de la población con discapacidad que se llevaba a la práctica en las diferentes áreas de atracción, y sobre las condiciones que cobijaban los servicios. Una segunda reunión en diciembre del mismo año, que involucró a representantes de organizaciones no gubernamentales, permite validar la propuesta para presentarla a la Junta Directiva de la CCSS. En la formulación, la práctica y la reforma de esta estrategia, participa directamente la Coordinación General del Sistema Institucional de Rehabilitación como equipo técnico institucional destacado en el área desde 1997.

humano, investigaciones en materia de discapacidad, y el sistema de información y participación.

Lo anterior se inserta en la corriente de pensamiento que en el año 1978 se establece con la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, llevada a cabo en Alma Ata. La misma declara que la atención primaria en salud podía encargarse de los principales problemas de salud en una comunidad y promover “Salud para Todos” a través de los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

A raíz de tal declaración, la OMS desarrolló la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) como un medio con el que se lograría integrar la rehabilitación con las actividades de salud y de desarrollo en el nivel de la comunidad

Lo que hoy se vislumbra como fundamental para los servicios de rehabilitación de la CCSS, de manera similar ayer se reconoció y propuso por aquella temprana iniciativa enmarcada en el Plan Funcional Institucional de Rehabilitación ya mencionado. En aquel momento se planteó la importancia de fortalecer servicios y programas de rehabilitación, en coordinación con otras instituciones, sectores y grupos de personas organizadas; ampliar la oferta de servicios y llevarla a todas las regiones del país mediante la atención por niveles; controlar la calidad de los servicios; asegurar el financiamiento adecuado conforme a lo planificado en relación a diagnósticos y evaluaciones.<sup>60</sup>

Asimismo, se destacó el valor de desarrollar y fortalecer programas de estudio e investigación dirigidos al enriquecimiento intelectual del recurso profesional que brinda los servicios; facilitar la toma de decisiones mediante el desarrollo de un sistema de información que involucre el detalle de incidencias, necesidades y particularidades de la población con la que se trabaja; consolidar programas educativos de calidad dirigidos a las personas con discapacidad y familiares en relación a sus entornos vitales; garantizar las ayudas técnicas, apoyo y demás implementos, por medio de la asignación de los recursos financieros necesarios, reglamentación y convenios.

Sin embargo, el plan se quedó en el papel, sin que se conozcan las razones por las cuales no fue ejecutado en su momento.

Siguiendo la misma línea reflexiva, posteriormente se llegó a reconocer<sup>61</sup> que la rehabilitación no se contempla como área prioritaria dentro del sistema de servicios de salud, que los recursos con los que se cuenta para brindar los servicios son insuficientes y se encuentran concentrados en el Gran Área Metropolitana.

Asimismo, se observó que las limitaciones del primer y segundo nivel de atención repercuten en la capacidad de respuesta de los servicios del Centro Nacional de Rehabilitación y en el proceso de descentralización de servicios y autonomía institucional.

---

<sup>60</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 74, 75, 76 y 77, inédito.

<sup>61</sup> Diagnóstico Situacional de los Servicios y Programas de Rehabilitación de la Caja Costarricense del Seguro Social (1998), Gerencia de División Médica, CCSS.



Por lo demás, fue destacada la necesidad de incorporar la prevención en los programas de atención de la institución; involucrar los servicios de rehabilitación con el entorno vital de la persona; fortalecer la red de centros médicos con programas que pongan en relación a cada uno de los esfuerzos, dentro y fuera de la CCSS, bajo normas y procedimientos claros y estandarizados así como construir un sistema de información que permita gestionar lo necesario en relación a la realidad que enmarca los servicios y la población que se atiende.

Consecuentemente y en cuanto al proceso de modernización del sector salud con el que se buscaba definir y negociar acciones prioritarias, se empezó a asumir con mayor frecuencia el tema de la discapacidad junto al de rehabilitación, aunque muy en el orden de acciones relacionadas al tratamiento y prevención de enfermedades. El "Plan de Atención a la Salud de las Personas" (PASP)<sup>62</sup> en su función complementaria para la ejecución e implementación de los compromisos de gestión, desarrolla una priorización de ámbitos en los que la prestación de los servicios presenta problemas e integra la discapacidad como un índice para explicar la mortalidad en el criterio de gravedad, a pesar de que no incluye la temática en las prioridades institucionales de la CCSS.

No es sino hasta que la Política Nacional de Salud (2002-2006) asume una posición más expresa frente a grupos vulnerables y excluidos y cuando apunta sobre el derecho a la salud en grupos prioritarios tales como personas con discapacidad y personas adultas mayores que la disposición a observar los servicios de rehabilitación como prioridad y derecho, empieza a tomar fuerza.

En ese sentido, la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006<sup>63</sup>, que constituye el principal instrumento para la operacionalización de la Política Nacional de Salud 2002-2006, plasma 10 compromisos, desglosándolos en acciones estratégicas a ser desarrolladas por las instituciones del sector. Recae entonces en la CCSS la garantía de que en los compromisos de gestión se contemplen las necesidades de grupos de población vulnerables y excluidos, la descentralización de los servicios de rehabilitación y terapia física en todas las regiones del país, la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, así como acciones específicas en el campo de la salud mental. Recae en el Ministerio de Salud la regulación de la calidad de la prestación de servicios de salud, sean éstos públicos o privados, mediante la aplicación de metodologías de evaluación oficiales.

De lo anterior, se incorpora en los compromisos de gestión de las áreas de salud y centros médicos, un indicador para monitorear las acciones a favor de la población con discapacidad. Así, se llega a influir en los Planes Anuales Operativos (PAO) de los centros médicos, que bien pasan a contemplar el derribamiento de barreras arquitectónicas y actitudinales que hasta aquel momento la población con discapacidad había tenido que sortear.

---

<sup>62</sup> El PASP se aprueba por la Junta Directiva de la CCSS en Mayo del año 2001, y cuenta con el respaldo de la OPS/OMS. La referencia se toma del documento: La Discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas (2004). Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud.

<sup>63</sup> Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. República de Costa Rica. Documento elaborado con cooperación técnica de OPS/OMS.

En el mismo orden de influencia entra el Plan de Acción en cumplimiento de la Ley 7600 (2002-2006), documento de la Dirección de Planificación Corporativa que además de considerar la eliminación de barreras físicas y la concienciación del recurso humano de la Institución, comprende: acciones de capacitación dirigidas al adulto mayor con discapacidad para que asuma la rehabilitación preventiva; capacitación a 4.000 miembros de comunidades en rehabilitación integral para la atención local; fortalecimiento de las unidades de atención en rehabilitación para que al ser el año 2006 estén operando unidades en todos los hospitales regionales del país.

De la misma forma, las "Políticas Corporativas 2004" de la institución, que se vinculan a las prioridades de los PAO, los Compromisos de Gestión y Presupuestos de las diferentes unidades ejecutoras, determinan una serie de preceptos en los que se integra la temática de discapacidad a la par de la rehabilitación. Se contempla la provisión de servicios y bienes muy de la mano con acciones afirmativas que distinguen entre enfermedad y discapacidad. Se fomenta el cambio del entorno y de la actitud en la institución, a favor de una atención igualitaria y de calidad; asimismo, se promueve la integración de los servicios a las comunidades y el desarrollo integral de la persona con discapacidad.

Consecutivamente, una dirección similar se dispone en las "Políticas Institucionales 2005-2006" que, en lo que se refiere a los servicios de rehabilitación y apoyo para la salud de las personas, recalca nuevamente la distinción entre enfermedad y discapacidad, junto a un carácter integral de la atención y la rehabilitación con enfoque familiar, comunitario y ambiental. Asimismo, considera la prestación de servicios accesibles a las personas con discapacidad o con movilidad restringida; el énfasis en grupos poblacionales en desventaja social para desarrollar la oferta de servicios; fortalecimiento de entrega de productos, ayudas técnicas y servicios que la institución defina prioritarios; extensión de servicios del Régimen No Contributivo de Pensiones a población adulta y con discapacidad en condiciones de extrema pobreza y la prestación de servicios con calidad técnica y social, considerando la diversidad.

En el sentido manifiesto, la política institucional incorpora una visión que bien parece promocionar el concierto de los servicios de salud para que con las capacidades particulares de gestión, presupuestarias y resolutorias, se atienda a la población en general sin incurrir en actos de discriminación o desatención. Lo anterior, indudablemente constituye el reflejo de elementos de viabilidad para el trabajo efectivo al interior de la CCSS, a favor de servicios de rehabilitación más cercanos a las necesidades particulares de diferentes sectores de la población, en diferentes escenarios de atención.

Los elementos de viabilidad en el sustrato institucional, reflejados en los más tardíos documentos sobre políticas institucionales, planes funcionales, de atención, de acción y operativos, orientados hacia un modelo de atención más comprensivo y actualizado de la salud, evidencian la posibilidad de dar el necesario paso hacia la apropiación efectiva y puesta en práctica de un lenguaje común y marco de referencia que, apuntando hacia la salud más que a la enfermedad, proyecte su accionar en materia de rehabilitación desde una perspectiva integral y comprensiva,

que se concrete en acciones en todos los niveles y ámbitos que componen la prestación de los servicios públicos de salud.

Por lo demás, el hecho de que la CCSS no esté procesando y registrando información con base en la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)” adoptada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, ni que tampoco aplique en los protocolos de atención las “Guías para administradores de programas de rehabilitación según niveles de atención” de la OMS, comporta una limitación seria para acercarse a la cuantificación y manejo de datos para la planificación y acción desde la perspectiva del modelo de atención integral. La situación devela un escenario necesitado de reflexión y gestión multisectorial que en su cambio, conduciría a acciones efectivas en el campo de la rehabilitación, fortaleciendo a la CCSS con elementos de información más cercanos a la realidad de diferentes sectores de la población, actualización, transferencia tecnológica y asistencia técnica acordes con los instrumentos de la OMS.

- **Aspectos Operativos: Niveles de atención, capacidad instalada y recursos existentes en el Área de la Rehabilitación**

El modelo operativo que cubre la prestación de servicios para la salud a cargo de los diferentes centros médicos de la CCSS, organizados en tres niveles de atención, con una demarcación territorial por regiones, áreas de salud, y sectores, tiende a distinguir de manera insuficiente entre enfermedad y discapacidad y vincula escasamente la rehabilitación con terapias de base comunal y niveles de atención primaria.

Los servicios de rehabilitación que brinda la CCSS son asumidos como un complemento de los servicios de salud hacia la atención de demandas de una población que requiere intervención médica para resolver condiciones vinculadas a alguna limitación, accidente o enfermedad que puede resultar en discapacidad. El énfasis curativo, sin mucha relación con el espacio vital de las personas que nutre la atención y la oferta de servicios de rehabilitación, ha sido una tendencia organizativa y operativa que aún se reproduce, dadas las características de una institución que brinda servicios de salud.

En ese sentido es importante hacer un resumen de los centros asistenciales a nivel nacional, diferenciando los existentes por nivel, con el fin de hacer la correlación de aquellos que cuentan con servicios de rehabilitación. Para tal efecto, se ha partido de la delimitación territorial que subdivide al país en **sectores**, conformados por 3,000 a 4,000 habitantes; en un nivel más alto, las **áreas de salud**, conformadas a su vez por 15,000 a 40,000 habitantes en zona rural, y 30,000 a 60,000 en zonas urbanas, las cuales a su vez se agrupan en **7 regiones** conformadas por 135,000 a 1,300,000 habitantes cada una.

De acuerdo con lo determinado por la CCSS, la red de centros médicos guarda un orden y perfil específico<sup>64</sup>:

---

<sup>64</sup> Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica (2004). Ministerio de Salud; Caja Costarricense del Seguro Social; Organización Panamericana de la Salud; Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

Los centros médicos del primer nivel deben ofrecer servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. El primer nivel de atención se brinda a nivel de sectores y áreas por medio de los EBAIS.

Las unidades de atención del segundo nivel deben funcionar como centros de referencia para apoyar la atención del primer nivel, mediante una red de centros que incluye clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales, con atención especializada en consulta y especialización, con soporte médico-quirúrgico en ginecología, obstetricia, pediatría y otras especialidades básicas de medicina que el primer nivel no ofrece.

En el tercer nivel de atención deben ser prestados los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de máxima complejidad y especialización, cubriendo el territorio distribuido de acuerdo al sistema de regionalización determinado por la Ley de Planificación. Para ello, se precisa del sistema de referencias que estrecha la relación entre los hospitales de segundo nivel y los hospitales especializados, concentrados todos en la Ciudad de San José.

Mientras en el primer nivel de atención deben asumirse con mayor prestancia las acciones contempladas en los cinco diferentes programas asistenciales relacionados a poblaciones específicas (infantil, adolescentes, mujeres, adultos, y adultos mayores); en las instancias del segundo y tercer nivel de atención, debe complementarse dicha labor y además, ofrecerse servicios de mediana y alta complejidad.

Tenemos entonces 8 hospitales nacionales, los cuales conforman el tercer nivel de atención. En el segundo nivel contamos con 8 hospitales regionales, 13 hospitales periféricos, 11 clínicas metropolitanas y 2 clínicas de la región central norte que no se consideran metropolitanas, pero constituyen un 2 nivel. En total 8 centros de tercer nivel y 34 de segundo nivel (Ver Cuadro No. 22)

**Cuadro No. 22: Centros de Segundo y Tercer Nivel de atención. CCSS**

<b>SEGUNDO NIVEL</b>	<b>TERCER NIVEL</b>
<p><b>HOSPITALES REGIONALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hospital San Rafael ( Alajuela )</li> <li>Hospital Escalante Pradilla</li> <li>Hospital Tony Facio</li> <li>Hospital Monseñor Sanabria</li> <li>Hospital San Carlos</li> <li>Hospital Enrique Baltodano</li> <li>Hospital Max Peralta</li> <li>Hospital Chacón Paut</li> </ol>	<p><b>HOSPITALES NACIONALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hospital Blanco Cervantes</li> <li>Hospital de las Mujeres</li> <li>Hospital Dr. Calderón Guardia</li> <li>Hospital México</li> <li>Hospital Nacional de Niños</li> <li>Hospital Nacional de Rehabilitación CENARE</li> <li>Hospital Nacional Psiquiátrico</li> <li>Hospital San Juan de Dios</li> </ol>
<p><b>HOSPITALES PERIFÉRICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hospital San Francisco de Asís</li> <li>Hospital San Vicente de Paúl</li> <li>Hospital Valverde Vega (San Ramón)</li> <li>Hospital Ciudad Neilly</li> </ol>	

5.Hospital William Allen 6.Hospital Golfito 7.Hospital San Vito 8.Hospital Tomás Casas 9.Hospital Guápiles 10.Hospital Max Terán Valls 11.Hospital Los Chiles 12.Hospital La anexión 13.Hospital de Upala	
<b>CLÍNICAS METROPOLITANAS Y OTRAS</b> 1.Clinica Carlos Durán 2.Clinica Clorito Picado 3.Clinica Coronado 4.Clinica de Tibás (COOPESAIN) 5.Clinica Nuñez 6.Clinica Marcial Fallas 7.Clinica Moreño Cañas 8.Clinica Ofaltomológica 9.Clinica Solón Núñez 10.Centro Nacional del Dolor 11.Clinica La Reforma 12.Clinica Marcial Rodríguez Conejo 13.Clinica Central	
<b>Total:34</b>	<b>Total:8</b>

Fuente: Reforma del Sector Salud en Costa Rica, CCSS

Debe recalcar que existen actualmente 104 áreas de salud<sup>65</sup>, las cuales están constituidas por uno o varios EBAIS con una clínica, en donde no se ofrecen servicios de rehabilitación, con lo cual queda aún descubierto el primer nivel de atención en ese campo. A la fecha únicamente existen recursos provistos por la Universidad de Costa Rica en la forma de servicios prestados por estudiantes de la carrera de Terapia física en las Clínicas de Montes de Oca, Curridabat y Tres Ríos, a manera de formación académica, sin ser un recurso formal contratado dentro de la institución.

**Dada esta estructura organizativa, corresponde examinar la capacidad instalada, los servicios y recursos existentes en el área de rehabilitación en la CCSS,** para constatar hasta qué punto las disposiciones políticas se llevan a la práctica, así como los ámbitos en los cuales se ha podido avanzar en la concreción de la rehabilitación, con una visión más integral de salud.

<sup>65</sup> El Área de Salud es una unidad funcional de servicios médicos propia del primer nivel de atención, establecida en determinada área geográfica. Los EBAIS son la otra unidad funcional de este primer nivel de atención. La principal diferencia entre una y otra unidad es que la primera se constituye por varios EBAIS y eventualmente por una Clínica de resolución significativa (con laboratorios y otro tipo de servicios especializados tales como pediatría, ginecoobstetricia, trabajo social, nutrición entre otros). Con el establecimiento de las Áreas de Salud se busca dar mayor capacidad resolutoria en el primer nivel de atención y descongestionar los servicios del segundo y tercer nivel de atención.

- **Aspectos Operativos: Servicios, capacidad instalada y recursos existentes en el Área de la Rehabilitación**

Para comprender mejor la terminología utilizada al valorar la existencia de recursos en rehabilitación, conviene tener claro como define la CCSS<sup>66</sup> un servicio de rehabilitación<sup>67</sup>:

*"Dependencia destinada a funciones técnicas especializadas, debiendo contar con la dotación de recursos suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas y debe estar a cargo de un jefe especialista de servicio y de personal subalterno necesario"*

Básicamente se vislumbra como una unidad administrativa independiente dentro de un hospital o clínica, con una jefatura específica ejercida por un médico fisiatra en el caso de la rehabilitación, quien debe ejercer funciones administrativas y responder ante la subdirección de su centro de atención. Tiene a su cargo el personal que ofrece servicios de rehabilitación, uno de los cuales es el servicio de terapia física.

Para efectos del presente trabajo, se tomó como personal subalterno necesario, a por lo menos un terapeuta físico y un terapeuta ocupacional.

En ese sentido, la CCSS no cuenta con servicios de rehabilitación en la mayoría de los hospitales y clínicas del país. Bajo la definición de servicio de rehabilitación, éste existe únicamente el CENARE en un primer nivel de atención y en el hospital Monseñor Sanabria en un segundo nivel. En un segundo nivel, el Hospital Enrique Baltodano (Liberia), la Clínica Clorito Picado y la Clínica Marcial Fallas cuentan con un servicio cuya jefatura está a cargo de un médico especialista en fisioterapia. Sin embargo la Clínica Marcial Fallas no cuenta con terapeuta físico, y ni el Hospital Enrique Baltodano ni la clínica Clorito Picado cuentan con terapeuta ocupacional. El Hospital Max Peralta, a pesar de contar con el recurso humano en fisioterapia, terapia física y ocupacional, carece de una jefatura ejercida por un médico especialista en fisioterapia. Únicamente el CENARE cuenta con terapeuta de lenguaje, recién desde principios del año 2005.

En los demás centros a nivel nacional, aunque existen fisiatras nombrados como médicos especialistas y terapeutas físicos, que pueden brindar servicios de consulta especializada y ofrecer terapia física, y de hecho lo hacen, lo hacen como dependencia de servicios de otras especialidades médicas tales como medicina interna y ortopedia, con una jefatura a cargo de un especialista en medicina interna u ortopedia, no fisiatra.

En tales casos existe poca autonomía en la toma de decisiones, ya que al depender de otra especialidad médica, ésta pudiese no tener interés en mejorar las

---

<sup>66</sup> Estadísticas generales de los servicios de atención en salud 1980-2004. CCSS

<sup>67</sup> El Ministerio de Salud se refiere a atención en terapia física en el documento "Normas para la Habilitación de Establecimientos que Brindan Atención en Terapia Física", refiriéndose a espacios físicos, bajo 3 modalidades, a saber: de Clínica, de Consultorio, y 3 Hospitalaria. Establece disposiciones claras en planta física, recurso humano, equipo y recurso material para la seguridad e higiene laboral. (Ver anexo 2)

condiciones o fomentar ajustes presupuestarios acordes con las necesidades de las personas con discapacidad, aunque en el sentido estricto puedan brindar servicios. Por lo tanto, para efectos del presente trabajo, **NO** se consideran servicios independientes de rehabilitación, aunque presten atención médica y de terapia física.

Es importante vislumbrar a nivel nacional, cuál es el panorama **REAL** en términos de servicios de rehabilitación, tal y como se conocen en la CCSS. Esto se observa claramente en el Cuadro No. 23.

**Cuadro No. 23: Centros con jefatura de fisiatría y servicios de rehabilitación por categoría de unidad de servicio. CCSS, 2005**

Hospitales Nacionales / Tercer nivel	Jefatura Fisiatría	en	Servicio de rehabilitación
Hospital Blanco Cervantes	-		-
Hospital Dr. Calderón Guardia	-		-
Hospital México	-		-
Hospital Nacional de Niños	-		-
<b>Hospital Nacional de Rehabilitación CENARE</b>	<b>Si</b>		<b>Si</b>
Hospital Nacional Psiquiátrico	-		-
Hospital San Juan de Dios	-		-
Hospital de las mujeres	-		-
<b>Hospitales Regionales / Segundo Nivel</b>			
Hospital San Rafael ( Alajuela )	-		
Hospital Escalante Pradilla	-		
Hospital Tony Facio	-		
<b>Hospital Monseñor Sanabria</b>	<b>Si</b>		<b>Si</b>
Hospital San Carlos	-		
<b>Hospital Enrique Baltodano</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>
Hospital Max Peralta	-		
<b>Hospitales Periféricos / Segundo Nivel</b>			
Hospital San Francisco de Asís	-		
Hospital San Rafael ( Alajuela )	-		
Hospital San Vicente de Paúl	-		
Hospital Valverde Vega ( San Ramón)	-		
Hospital Ciudad Neilly	-		
Hospital William Allen	-		
Hospital Golfito	-		
Hospital San Vito	-		
Hospital Tomás Casas	-		
Hospital Guápiles	-		
Hospital Max Terán Valls	-		
Hospital Los Chiles	-		
Hospital La anexión	-		
<b>Clínicas metropolitanas y otras / Segundo Nivel</b>			
Clínica Carlos Durán	-		
<b>Clínica Clorito Picado</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>
Clínica Coronado	-		
Clínica de Tibás (COOPESAIN)	-		
Clínica Nuñez	-		
<b>Clínica Marcial Fallas</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>
Clínica Moreño Cañas	-		
Clínica Ofaltomológica	-		
Clínica Solón Nuñez	-		
Centro Nacional del Dolor	-		
Clínica La Reforma	-		
Clínica Marcial Rodríguez Conejo	-		
Clínica Central	-		

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información de entrevistas directas, CCSS.

Para efectos de la presente investigación, hemos catalogado dichos servicios en:

**A. Servicio Completo:** Consiste en una unidad independiente, con una jefatura a cargo de un Fisiatra, con presupuesto propio, y personal mínimo en terapia física y en terapia ocupacional.

**B. Servicio Incompleto:** Dependencia destinada a funciones técnicas y/o especializadas, sin un presupuesto propio. Esta podría estar constituida por una consulta especializada en fisioterapia con o sin terapeuta físico.

**C. Atención en Terapia física:** Atención en terapia física únicamente.

De esta forma, quedan 14 centros de primer y segundo nivel sin servicio alguno, lo cual constituye un 33.3% del total de los centros de salud que conforman el segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional. La información respecto a esta situación se observa en el **Cuadro No.24**, en el cual únicamente el 7.1% del total de centros del segundo y tercer nivel a nivel nacional tienen actualmente un servicio completo de rehabilitación. El 92.2% constituyen opciones incompletas.

**En cuanto al personal vinculado con los servicios de rehabilitación, sean éstos completos o no, se presenta un resumen el Cuadro No. 25<sup>68</sup>.** Podemos observar la distribución de profesionales que se encuentran actualmente laborando, distribuidos mayoritariamente a nivel del tercer nivel de atención, localizados en el área metropolitana. A nivel de clínicas metropolitanas, la existencia de médicos fisiatras toma la forma de consulta en horario vespertino, 2 días por semana, dedicada casi en su totalidad a atender defectos posturales. El caso de la clínica Clorito Picado es el que más se asemeja a la conformación de un servicio de rehabilitación como tal, ya que el servicio está a cargo de un médico fisiatra, con presupuesto propio, y personal subalterno constituido únicamente por un terapeuta físico que trabaja en conjunto con el médico fisiatra, en un espacio físico reducido pero adaptado a conveniencia para brindar terapia física a la población adscrita a la clínica que así lo requiera. Cuentan con servicios de apoyo en psicología y trabajo social, y se ejecutan acciones de coordinación con el personal del Centro de Atención Infantil (CAI).

---

<sup>68</sup> TF: Terapeuta físico, TO: Terapeuta Ocupacional, TL: Terapeuta de lenguaje



Cuadro No. 24: Servicios de rehabilitación a nivel nacional según tipo.  
CCSS, 2005

REGION	INSTITUCION	TIPO A	TIPO B	TIPO C
<b>CENTRAL</b>	<b>CENARE</b>	X		
	H. Calderón Guardia		X	
	H. San Juan de Dios		X	
	H. México		X	
	H. Carlos Sáenz (Niños)			X
	H. Blanco Cervantes		X	
	H. Psiquiátrico			X
	H. Max Peralta		X	
	C. Carlos Durán		X	
	C. Clorito Picado		X	
	C. Central		X	
	C. Coronado		X	
	C. Jiménez Núñez		X	
	C. Marcial Fallas		X	
	C. Solón Núñez		X	
	C. Marcial Rodríguez		X	
	C. Dolor			X
<b>CENTRAL NORTE</b>	H. San Francisco de Asís			X
	H. San Rafael (Alajuela)			X
	H. Carlos L. Valverde Vega			X
<b>PACÍFICO CENTRAL</b>	<b>H. Monseñor Sanabria (Puntarenas)</b>	X		
	H. Max Terán Valls (Quepos)			X
<b>HUETAR NORTE</b>	H. San Carlos		X	
<b>BRUNCA</b>	H. Escalante Pradilla (San Isidro)		X	
<b>HUETAR ATLÁNTICA</b>	H. Tony Facio Castro (Limón)			X
<b>CHOROTEGA</b>	H. y Área de Salud Upala			X
	H. Enrique Baltodano Briceño (Liberia)		X	
	H. La Anexión (Nicoya)			X
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>10</b>

Fuente: Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información de entrevistas directas, CCSS.

Cuadro No. 25: Recurso Humano vinculado a Servicios de Rehabilitación por Centro Médico. CCSS, AÑO 2005

<b>Hospitales Nacionales/ Tercer Nivel</b>	<b>Fisiatra</b>	<b>TF</b>	<b>TO</b>	<b>TL</b>
Hospital Blanco Cervantes	2	4	1	0
Hospital Dr. Calderón Guardia	4	3	0	0
Hospital México	1	1	0	2
Hospital Nacional de Niños	0	5	0	3
Hospital Nacional de Rehabilitación CENARE	15	24	6	1
Hospital Nacional Psiquiátrico	0	2	26	0
Hospital San Juan de Dios	2	5	0	0
Hospital de las mujeres	0	0	0	0
<b>Hospitales Regionales / Segundo Nivel</b>				
Hospital San Rafael ( Alajuela )	0	2	0	0
Hospital Escalante Pradilla	1	2	0	0
Hospital Tony Facio	0	1	0	0
Hospital Monseñor Sanabria	2	5	1	0
Hospital San Carlos	1	2	0	0
Hospital Enrique Baltodano	2	3	0	0
Hospital Max Peralta	1	1	1	0
<b>Hospitales Periféricos / Segundo Nivel</b>				
Hospital San Francisco de Asís	0	1	0	0
Hospital Upala	0	1	0	0
Hospital San Vicente de Paúl	0	0	0	0
Hospital Valverde Vega ( San Ramón)	0	1	0	0
Hospital Ciudad Neilly	0	0	0	0
Hospital William Allen	0	0	0	0
Hospital Golfito	0	0	0	0
Hospital San Vito	0	0	0	0
Hospital Tomás Casas	0	0	0	0
Hospital Guápiles	0	0	0	0
Hospital Max Terán Valls	0	1	0	0
Hospital Los Chiles	0	0	0	0
Hospital La anexión	0	2	0	0
<b>Clínicas Metropolitanas y otras/ Segundo Nivel</b>				
Clínica Carlos Durán	1		0	0
Clínica Clorito Picado	1	1	0	0
Clínica Coronado	1	0	0	0
Clínica de Tibás (COOPESAIN)	0	0	0	0
Clínica Nuñez	1	0	0	0
Clínica Marcial Fallas	1	0	0	0
Clínica Moreño Cañas	0	0	0	0
Clínica Ofaltomológica	0	0	0	0
Clínica Solón Nuñez	1	1	0	0
Centro Nacional del Dolor	1		0	0
Clínica La Reforma	0	0	0	0
Clínica Marcial Rodríguez Conejo	1	0	0	0
Clínica Central	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>68</b>	<b>35</b>	<b>6</b>
<b>Fuente:</b> Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información de entrevistas directas				

Los servicios de rehabilitación instalados, completos, incompletos o basados en atención en terapia física, esencialmente en centros médicos del tercer y segundo nivel, concentrados en la región central del país, constituyen la oferta de la CCSS para las personas con discapacidad física, mental y sensorial. Las unidades y centros del segundo nivel ofrecen servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento médico-quirúrgico, mientras los centros del tercer nivel brindan atención especializada y tratamientos médico-quirúrgicos de alta complejidad.

Es de resaltar que únicamente el CENARE cuenta con servicio de encamamiento como opción de internamiento para personas con discapacidad. Algunos otros centros con personal médico en fisioterapia basan su intervención a nivel de consulta externa, con interconsultas a pacientes internados que requieran ser valorados y ser referidos a un servicio de este tipo. Por otro lado, el CENARE no cuenta con opción de internamiento para menores de 12 años, y el Hospital Nacional de Niños no cuenta con un servicio de rehabilitación, con lo cual esta población está siendo descubierta en este momento.

Dicho problema ha sido discutido desde muchas perspectivas, y es clara la necesidad de contar con un centro de Rehabilitación infantil en nuestro país. Existe un documento de investigación con un proyecto para la construcción de un centro de este tipo, sin embargo pareciera que aún estamos lejos de que se concrete.

Por otro lado, los detalles sobre la cantidad de consultas de fisioterapia registradas en el año 2004 en los diferentes centros médicos que las brindaron (Cuadro No.26) nos ofrecen un panorama que bien confirma la concentración de servicios de rehabilitación en el Gran Área Metropolitana del país (84,6%). De la totalidad de los centros médicos que registran haber brindado consultas de fisioterapia, el Centro Nacional de Rehabilitación es la institución que destaca por la cantidad reportada, que representa el 36,5% del total de consultas brindadas. Igual destaca el conjunto de clínicas del Gran Área Metropolitana (48%). Esta situación se mantiene en el año 2005 ya que no se visualiza la apertura de más plazas a corto plazo. Así mismo, debe aclararse que una consulta en fisioterapia no implica acciones efectivas en materia de rehabilitación, ya que las consultas de baja complejidad se contabilizan de la misma forma que las consultas de patologías tan complejas como la parálisis cerebral o escoliosis, por ejemplo.

En el orden precedentemente referido, sobre las consultas de rehabilitación registradas en el año 2004, conviene observar que la labor desarrollada por centros médicos fuera de la Gran Área Metropolitana igual sobresale, al significar un 15,4% del total de consultas de rehabilitación brindadas en el país. Esto último sustenta la propuesta de que se distinga la importancia de la prestación de servicios de rehabilitación en otras regiones del país y que especialmente se considere que la rehabilitación, como proceso, amerita estar en relación con el entorno vital de la persona.

**Cuadro No. 26: Consultas especializadas en fisioterapia por Centro Médico y Área. CCSS, 2004**

Centro Médico / Área	Total
	<b>81.271</b>
<b>Gran Área Metropolitana</b>	<b>68.733</b>
CENARE	29.709
H. Calderón Guardia	9.300
H. San Juan de Dios	5.703
H. Max Peralta	2.707
H. Blanco Cervantes	2.153
CL. Carlos Durán	5.542
CL. Clorito Picado	3.618
CL. Marcial Fallas	3.421
CL. Jiménez Núñez	1.361
CL. Coronado	1.250
CL. Solón Núñez	1.161
CL. Marcial Rodríguez	1.000
CL. Moreno Cañas	996
A. Catedral Noreste	812
<b>Otras regiones</b>	<b>12.538</b>
H. Enrique Baltodano	5.578
H. Monseñor Sanabria	3.813
H. San Carlos	3.147

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS, así como consultas directas a médicos fisiatras de las distintas entidades clínicas.

La demanda de servicios de rehabilitación que se registra en todo el país y la concentración de servicios especializados en los sectores urbanos, particularmente en la Gran Área Metropolitana, en el segundo y tercer nivel de atención, confirman la necesidad de realizar esfuerzos sostenidos para hacer coincidir las acciones y modelo operativo con el discurso institucional que proclama la atención integral de base comunitaria. Lo anterior, para coadyuvar efectivamente en la superación de los servicios de rehabilitación que tradicionalmente comprenden actividades terapéuticas disociadas (física, ocupacional, lenguaje) y de escaso vínculo con los espacios vitales de las personas que requieren la atención.

En cuanto a los servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje, que debieran ser parte integral de los servicios en rehabilitación, podemos observar en el Cuadro No.27 que si bien existe una mayor oferta en terapia física, con algunos matices de ser ofrecida en un territorio más amplio a nivel nacional, esta oferta es deficiente. Se observa además una clara deficiencia de terapia ocupacional y de lenguaje en todo el país. En general, ciertamente se da una concentración de profesionales especializados y técnicos en los centros hospitalarios de la región central del país y que en el resto de regiones el recurso humano es significativamente inferior en número. Esto va en detrimento de la atención a la población con discapacidad, que en la mayoría de los casos no tiene acceso a estos servicios, ni puede desplazarse

con frecuencia al área metropolitana, y si lo pudiese hacer, no es atendida sin una referencia médica.

**Cuadro No. 27: Sesiones terapéuticas según Centro Médico y tipo de terapia. CCSS, 2004**

Centro Médico	Terapia F	Terapia O	Terapia L
<b>CENARE</b>	91,584	14,564	
<b>H. Monseñor Sanabria</b>	18,926	1,222	
H. Blanco Cervantes	3,288	3,100	
CL. Clorito Picado	4,426		
Centro. Nac. del Dolor	631		
Hospital Nacional de Niños	4,604		
Hospital Nacional Psiquiátrico			2,027
<b>Hospital Enrique Baltodano</b>	16,000		
Hospital de Upala	2,383		
Hospital Valverde Vega	7,000		
Hospital La Anexión	7,438		
<b>TOTAL</b>	<b>156,280</b>	<b>18,886</b>	<b>2,027</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con datos del Departamento de Estadística de los Servicios de Salud, CCSS y consultas directas en los Centros de Salud.

Por lo demás, es necesario enfatizar que el registro que presenta el Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud sobre el total de sesiones de terapia en relación a los centros médicos para el año 2004, no hace ninguna referencia a las acciones que ciertamente se han podido haber desarrollado en instituciones que registran el recurso humano en esa área. Tal es el caso del Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospital de Alajuela, Hospital Escalante Pradilla, Hospital Tony Facio, Hospital San Francisco de Asís, Hospital Nacional Psiquiátrico (en relación con sesiones de terapia física y terapia ocupacional), Hospital Max Terán, y la Clínica Solón Núñez. En ese sentido existe un subregistro de acciones realizadas en el campo de la rehabilitación a nivel de la institución.

A nivel general, aunque el primer nivel de atención funciona como la puerta de entrada al sistema de servicios de salud, y a pesar de que es en tal orden de interacción donde es posible atender una buena parte de la población para que no llegue a congestionar el segundo y tercer nivel de atención, las acciones en el nivel básico a favor de la población con discapacidad y de la rehabilitación, se presentan cuando mucho en forma de campañas de prevención, tratando de aplacar enfermedades que, en sus secuelas, pueden llevar a la discapacidad. La realidad es que al no contar con recursos para atender a las personas con discapacidad en un primer nivel, éstas son referidas al 2 y 3 nivel, donde actualmente se dedica gran parte del esfuerzo a resolver patologías de baja complejidad. Esta situación se observa en el Cuadro No. 28 de Consulta Externa del CENARE.

**Cuadro No. 28: Consulta externa por diagnósticos principales. CENARE, 2004**

DIAGNOSTICO	GENERAL	NUEVO
Examen dental	3677	303
Lumbalgia-dorso lumbalgia	3121	851
Defecto postural	2795	573
Art. rodilla / algias	2280	466
Examen general de rutina	1876	
Secuelas de fractura	1832	528
Parálisis facial	1441	583
Omalgia	1410	393
Escoliosis	1173	164
Cervicalgia	1114	293
Accidente vascular cerebral		123
Otros	21466	2924
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>	<b>42185</b>	<b>7201</b>

Fuente: Estadísticas del Centro Nacional de Rehabilitación CENARE, Censo Anual 2004.

Podemos observar como, tanto a nivel general como en consultas que son referidas por primera vez al CENARE, las cuales son tabuladas como “diagnóstico nuevo”, las causas principales de consulta son las “algias” o dolores, y los defectos posturales. Estas patologías bien pudieran valorarse y tratarse en un segundo nivel de atención si hubiera recurso humano. Con esto se descongestionaría el tercer nivel, y podrían atenderse patologías de mayor complejidad que actualmente están siendo rezagadas, tales como el accidente vascular cerebral. A este respecto, bien cabe destacar que ya desde el año 2000, se hace pública la necesidad de desahogo del Centro Nacional de Rehabilitación<sup>69</sup>. Para ese entonces, se informa que de los 49.500 pacientes que atendió el CENARE en el año 1999, 14.850 (30%) podrían haber recibido atención en otros niveles de atención, de haber existido la opción.

Para darle sustento al cambio requerido en la red hospitalaria, CENARE expuso en febrero del año 2000, un plan de descentralización para que los hospitales asumieran exclusivamente los casos de mediana y menor complejidad. El mismo subrayaba la importancia de instalar módulos compuestos por ocho profesionales en hospitales estratégicos, tanto nacionales, regionales y periféricos; además, se calculaba que para su función harían falta 163 profesionales en ciencias médicas, con capacitación específica en rehabilitación.<sup>70</sup>

En este sentido y frente a la demanda creciente de servicios y ayudas técnicas, y las reiteradas denuncias sobre necesidades insatisfechas en materia de

<sup>69</sup> Periódico La Nación, miércoles 5 de julio, 2000.

<sup>70</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 90, inédito.

rehabilitación, la Defensoría de los Habitantes recomienda a la Junta Directiva de la CCSS que emita criterio sobre el Proyecto de desconcentración y mayor apertura de la rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional, propuesto por el CENARE en 1999. Sin embargo, y a pesar de las múltiples reiteraciones por parte de la Defensoría, hasta el momento no se ha producido respuesta<sup>71</sup>.

Hoy por hoy, el CENARE trata de proyectar su quehacer bajo el orden que establece su Plan Estratégico 2003-2006<sup>72</sup>. Con el mismo, se determinan los lineamientos a nivel interno, orientando el desarrollo del hospital hacia las demandas del país y la responsabilidad de brindar atención integral. Dos grandes temas se plantean con objetivos estratégicos y operativos para su ejecución y evaluación.

Fundamentalmente, el plan busca con su orientación estratégica: (1) reorientar el funcionamiento del hospital para la atención de patología de alta complejidad del sistema neuro-músculo-esquelético ante el proceso de desconcentración de la especialidad, buscando aumentar el nivel resolutivo y de complejidad así como de posicionarse como líder en el campo de la rehabilitación dentro de la red de servicios de salud; (2) brindar servicios con calidad, oportunidad, calidez, sensibilidad y humanización, a los usuarios, a su familia y comunidad, con personal capacitado y motivado, a fin de mejorar la atención e incrementar la satisfacción de las personas con discapacidad física por lesiones del sistema neuro-músculo-esquelético.

Así, no sólo se plantea el modo de atender de manera efectiva las necesidades de la población, sino también, se refuerza la propuesta que busca diferenciar la función del CENARE de otras instancias hospitalarias no especializadas, a las que les corresponde conducirse en niveles resolutivos diferentes y regiones específicas del país.

Desde ese punto de vista, resalta el hecho de que las hemiplejías y hemiparesias constituyan la primera causa de egreso hospitalario desde el CENARE en el año 2004. Le siguen las causas relacionadas con cirugía odontológica en personas con discapacidad, específicamente parálisis cerebral y discapacidad severa. La atención en odontología es deficiente en esta población a nivel nacional, por lo cual el CENARE ha destacado desde hace ya varios años en el manejo odontológico dirigido a la población con discapacidad, tanto a nivel de consulta externa como de operatoria dental. La tercera causa de internamiento en el CENARE lo constituyen las paraplejías y paraparesias producto de lesiones cerebrales vasculares, congénitas y/o traumáticas, así como lesiones medulares, con lo cual se confirma la búsqueda de una orientación estratégica por parte del hospital, en asumir patologías de alta complejidad a nivel hospitalario.

---

<sup>71</sup> Información basada en una entrevista realizada al Sr. Otto Lápiz, personero de la Defensoría de los Habitantes. Miércoles 4 de Mayo de 2005.

<sup>72</sup> Plan Estratégico 2003-2006, CENARE; aprobado en la sesión de Consejo Técnico, Acta 150, celebrada el 28 de Enero del año 2003.

**Cuadro No. 29: Diez primeras causas de egresos hospitalarios.  
CENARE 2004**

CAUSA	ABS	REL
1. Hemiplejías y hemiparesias	447	32.8%
2. Sepsis Oral	441	32.3%
3. Paraplejías y paraparesias	99	7.2%
4. Artrosis de rodilla	77	5.7%
5. Síndrome de tunel carpal	75	5.5%
6. Síndrome de Guillain-Barré	55	4.0%
7. Cuidados posteriores a ortopedia	47	3.5%
8. Síndrome de inmovilización	46	3.8%
9. Artrosis de caderas	38	2.8%
10. Contracturas articulares	37	2.8%
<b>Total</b>	<b>1,362</b>	<b>100%</b>

Fuente: Departamento de Estadísticas del Centro Nacional de Rehabilitación CENARE, 2004

- **Aspectos operativos: Recursos financieros**

Para sostener los recursos financieros de los servicios de rehabilitación que se brindan a nivel nacional, la CCSS dispone de un modelo que busca ejecutar la asignación de recursos de conformidad con la productividad y la gestión eficiente de los recursos que finiquita cada unidad proveedora. Así, desde 1997 se viene tratando de reemplazar la asignación presupuestaria histórica que no considera el desempeño de las unidades proveedoras de servicios, sino que en su defecto se ve influida por la presión de las mismas unidades. El eje central de este orden modelado es la introducción del compromiso de gestión, "como instrumento jurídico donde se materializa el acuerdo entre financiador-comprador (gerencia administrativa) y el proveedor (máxima autoridad del hospital o área de salud), en relación a la cantidad (cobertura) y calidad de servicios a ofrecer, los recursos financieros asignados, el tipo de evaluación al que debe someterse y los incentivos a otorgar, entre otros aspectos"<sup>73</sup>.

La asignación de presupuesto para cubrir los gastos por suministros y accesorios médicos ingresa a la Unidad de Rehabilitación en partidas no específicas para los servicios de la unidad en particular. Para cubrir esos gastos, una partida es asignada al Hospital para ser distribuida entre varias unidades del servicio hospitalario.

En cuanto a los recursos asignados que se destinan a ayudas técnicas para la población con discapacidad, resulta imposible visualizar la cantidad utilizada por cada unidad ya que los presupuestos son solicitados y asignados por las jefaturas de servicios, las cuales en su mayoría están siendo ejercidas por médicos con especialidades tales como ortopedia o cirugía, quienes incorporan en la partida de

<sup>73</sup> Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. (2003) Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. San José, CR.



accesorios médicos y aparatos ortopédicos (que corresponde a la cuenta # 2617), accesorios, aditamentos, prótesis oculares, ortopédicas, etc, con lo cual se gasta indistintamente el dinero girado. De ahí, los servicios de rehabilitación se observan, de acuerdo a lo sostenido por la Jefatura de la Unidad en mención, compartiendo “una cuenta” con otras unidades de servicio médico, ortopedia por ejemplo, para la compra de prótesis y aparatos ortopédicos. Por otro lado, el dinero solicitado no refleja el dinero girado, con el agravante de que la cuenta destinada a accesorios y aparatos ortopédicos no contempla las sillas de ruedas, indispensables para muchas personas con discapacidad. (Ver Cuadro No. 30).

De la cuenta se puede disponer hasta que lo asignado en particular se agote. En ese aspecto, en el caso del hospital Enrique Baltodano, para el año 2005 la utilidad de lo asignado en esa cuenta a los servicios de rehabilitación pudo prolongarse hasta el mes de marzo. Consecuentemente y tal como se acostumbra frente al desacierto presupuestario en este rubro, el derecho de la persona a que se le provea de ayudas técnicas y otros implementos de apoyo, se negocia y se somete al ingenio y fuerza de redes de ayuda mutua de base comunal, a la caridad pública o al aporte de otras instituciones del gobierno, tal como el IMAS o el CNREE. Por otro lado, el hecho de la institución compra las ayudas técnicas a proveedores externos no asegura que tales ayudas sean las ajustadas a las necesidades de la persona con discapacidad, dada la restringida lista oficial de la institución, así como la falta de una estricta supervisión de las ayudas otorgadas.

Al respecto, es importante recalcar que para 1998, y con base en un diagnóstico institucional<sup>74</sup>, ya se reconoce y declara la insuficiencia con la que la CCSS y sus centros de atención asumen la necesidad de las personas en lo que respecta a la dotación de implementos indispensables para la recuperación e integración de las personas con discapacidad. Por su lado, la Defensoría de los Habitantes igual ha manifestado en repetidas ocasiones la necesidad de que la CCSS asuma seriamente lo determinado por la Ley 7600 en lo que respecta al otorgamiento de ayudas técnicas y servicios de apoyo para este grupo.

---

<sup>74</sup> Diagnóstico Situacional de los Servicios y Programas de Rehabilitación de la Caja Costarricense del Seguro Social (1998), Gerencia de División Médica, CCSS.

**Cuadro No. 30: Presupuestos solicitados para servicios con fisiatra, por centro médico. CCSS, 2004**

Centro Médico	Monto Solicitado en colones
CENARE	4 344.000.000,00
H. San Juan de Dios	96.635.805,00
H. Blanco Cervantes	65.821.511,00
CL. Clorito Picado	4.707.275,00
H. San Carlos	32.988.508,00
H. Monseñor Sanabria	29.963.164,00
H. Enrique Baltodano	38.666.327,00
H. Escalante Padilla	7.555.611,00
H. Calderón Guardia	18.169.631,00
H. Tony Facio	3.677.280,00

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con datos del Departamento de Estadística de los Servicios de Salud, CCSS, y consultas directas en los centros de salud.

Conforme a la ordenanza del compromiso de gestión, pareciera darse una mejora de carácter reflexivo en lo que respecta a la manera de encauzar los recursos disponibles. La parte que quizás necesita de mayores aportes, especialmente en el plano operativo, se relaciona con la calidad de los servicios que se ofrecen y la cobertura, especialmente la cobertura de las especialidades vinculadas a la rehabilitación.

De acuerdo con la evaluación de los compromisos de gestión que la CCSS ha introducido, en que se valoran tanto cobertura como calidad de los servicios, se ha constatado que en algunos programas o atenciones, más de la mitad de las acciones se realizan sin apego a los protocolos de atención, o sea, sin calidad técnica<sup>75</sup>. En ese sentido, mientras los esfuerzos por llevar los servicios básicos de atención a la totalidad de la población avanzan en relación a la cobertura que trata de brindarse con los EBAS, por otro lado se requiere profundizar en la calidad de los mismos. En el mismo orden crítico, se requiere de mayores esfuerzos para que las 104 áreas de salud y los hospitales del país experimenten equidad en la asignación de los presupuestos.

Igual se declara la necesidad de mejorar la capacidad resolutoria y de gestión de clínicas y sedes de áreas de salud, ya que es en esos niveles de atención que se generaba el 67 por ciento de las referencias a niveles superiores. En adición, el estudio sostiene que existe entre directivos del sistema una inadecuada interpretación de la Ley de Desconcentración y de su Reglamento que, al igual que lo que sucede con el modelo de compromisos de gestión, llega a propiciar la fragmentación del sistema de salud, y no permiten la articulación en red de los establecimientos que lo componen.<sup>76</sup>

<sup>75</sup> Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica (2004). Ministerio de Salud; Caja Costarricense del Seguro Social; Organización Panamericana de la Salud; Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>76</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 67, inédito.

En relación a los indicadores de cobertura y calidad, que constituyen un elemento fundamental para la evaluación de la gestión de cada centro médico, conviene destacar que desde el año 2002 se incluyó en los compromisos de las áreas de salud, hospitales y clínicas, lo correspondiente para observar el desempeño y alcance de acciones a favor del cumplimiento de la Ley 7600. Esta acción bien llegó a favorecer el Plan de Acción en Cumplimiento de la Ley 7600 (2002-2006), y a integrar en los planes operativos las disposiciones específicas dirigidas a la CCSS en el reglamento de la misma ley y en la Directriz Presidencial 27<sup>77</sup>. Con todo, a partir del año 2005 se decide excluir de los compromisos el indicador que servía para medir aquel cumplimiento de acciones a favor de la población con discapacidad.

De tal decisión se reconoce una razón fundada en la lógica que prevé la realización de las acciones a favor de la población con discapacidad debido a que las mismas están determinadas por la Ley 7600. No obstante, de la acción también se reconoce: 1. el vacío que se genera para evaluar la producción de los proveedores de servicios sobre las responsabilidades y deberes que tiene frente a la población con discapacidad; 2. el debilitamiento del sistema de información que ayuda a asignar y modificar presupuestos para la prestación de servicios de rehabilitación. Así, se sostiene que en la medida en que la "discapacidad" salga de los compromisos de gestión, la inversión y asignación presupuestaria en ese campo y particularmente en el de rehabilitación, puede verse desatendido o insuficientemente valorado.

- **La Salud Mental**

El presente trabajo no pretende ahondar en el tema de la salud mental y los servicios de psiquiatría que se ofrecen a nivel nacional, dada la reciente publicación del trabajo, Situación Actual de la Salud mental en Costa Rica<sup>78</sup>. Se plantean algunos hechos como referencia en el marco de la atención en salud en general en el país, haciendo énfasis en la falta de relación pasada y futura del trabajo realizado en el ámbito de la salud mental con las demás acciones en salud, y específicamente con las acciones en rehabilitación funcional emprendidas por los demás sectores en salud.

Aunque se reconoce la imposibilidad de llegar a un consenso, el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales, sino que ha evolucionado hasta abarcar el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales<sup>79</sup>.

Los trastornos mentales, según la Organización Mundial de la Salud, tienen una incidencia del 25% y una prevalencia del 10% a nivel mundial, con un impacto económico importante, así como considerables repercusiones en el bienestar y calidad de vida de las personas, las cuales a su vez se reflejan en las economías de los países.

En el sector público, la atención de la salud mental corresponde a la CCSS, mediante la gestión del Departamento de Salud Mental, en donde se establecen las pautas que orientan la atención y coordinan las acciones de los diferentes

---

<sup>77</sup> Directriz presidencial del año 2001 que establece responsabilidades al sector estatal y municipal en relación a las políticas públicas en discapacidad, y que designa al CNREE como ente fiscalizador.

<sup>78</sup> Trabajo publicado en 2004, por Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>79</sup> OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001.

proveedores de servicios en el campo de su competencia. Es de destacar que la mayoría de las acciones están dirigidas a la atención psiquiátrica en centros especializados, aunque el plan de trabajo incluye acciones a nivel comunitario.

- **Servicios de Psiquiatría**

De acuerdo a lo registrado por la Dirección Técnica de Servicios de Salud, actualmente los servicios de salud mental involucran a 74 psiquiatras, 83 psicólogos, 76 trabajadoras sociales y 46 enfermeras especializadas en salud mental y psiquiatría, destacados en 36 centros asistenciales. Queda claro entonces que los Servicios de Psiquiatría no son comunes a todos los centros médicos, tanto a nivel de consulta externa como de internamiento. De ahí que no se garantice la rehabilitación mental en todas las regiones y localidades del país. Por lo demás, entre los doce hospitales que brindan atención psiquiátrica se registran cada vez más pacientes, de 5.202 en el año 1998 a 6.440 pacientes en el 2003<sup>80</sup>. En el Cuadro No.31 se presenta la cantidad de consultas en diferentes años.

El hospital Nacional Psiquiátrico ha realizado esfuerzos desde hace más de 10 años, para una rehabilitación más acorde con un enfoque de derechos humanos, dirigida a la autonomía personal de la persona con discapacidad mental. En ese sentido, funcionan varios programas cuya meta es independizar en vida diaria a personas con diversas patologías posterior a su manejo agudo en los pabellones del hospital. También buscan independizar a aquellas personas que se han mantenido por años dentro de la institución por no contar con recursos familiares, con el fin de integrarlos a nivel de la comunidad.

**Cuadro No. 31: Total de consultas de psiquiatría por año. CCSS, 1998-2004**

<b>Año</b>	<b>Consultas en Psiquiatría</b>
1998	133.521
1999	142.317
2000	142.326
2001	142.530
2002	147.063
2003	143.971
2004	Nd

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud, 1980-2003. CCSS, 2004; e información suministrada por el Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS, para el año 2004.

Existen actualmente entre 8 y 10 “casas” fuera del centro hospitalario, donde conviven varias personas con discapacidad mental bajo la supervisión diurna (hasta las

<sup>80</sup> De acuerdo al Cuadro N° 21a del documento Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, 1980-2003, Segundo Tomo, CCSS, 2004; el total de egresos por causas relacionadas a trastornos mentales, para el año 2003, es de 7.255 con una estancia promedio de 63,4 días por paciente (68,1 hombres y 58,7 mujeres).

3pm) de personal en salud, con el fin de pasar posteriormente a los servicios de convivencia familiar, facilitados por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial por medio de un convenio. También funciona el hospital diurno, al cual asisten 150 personas, el cual está constituido por talleres a cargo de terapeutas ocupacionales. Los servicios de terapia física están dirigidos básicamente a la población de edad que se encuentra hospitalizada, con el fin de prevenir secuelas propias del encamamiento prolongado.

Si bien se han tomado acciones para ampliar y mejorar la rehabilitación mental a nivel nacional, aún falta mucho por hacer, toda vez que los servicios de psiquiatría aún no llegan al primer nivel, y son insuficientes en un segundo nivel. Por otro lado, la atención de la discapacidad mental y los esfuerzos en rehabilitación de la persona con discapacidad mental se realizan en forma aislada del resto de las acciones en rehabilitación general que se dan a nivel nacional, sin articulación ni una real comunicación con los demás servicios que ya existen. Para citar un ejemplo, no existe médico fisiatra en los hospitales psiquiátricos, ni existe médico psiquiatra en el Centro Nacional de Rehabilitación, a pesar de que en ambas instituciones se manejan pacientes que requieren intervención en ambas áreas.

### **Relación al interior del sistema de servicios y con otras instituciones**

La evaluación sobre las comisiones interniveles llevada a cabo por la Dirección de Compra de Servicios de Salud, sobre la labor desarrollada en el año 2002<sup>81</sup>, destaca que es fundamental incorporar un componente de flujo de información que permita la retroalimentación entre los niveles, esto por la necesidad de lograr una verdadera integración de la red en la solución de sus asuntos. Asimismo, determina necesaria una protocolización de la atención en red en sus diferentes niveles, que sustente un orden dentro de la estructura, que entre otras razones le dé soporte a las decisiones y acciones realizadas en el seno de la comisión.<sup>82</sup>

De conformidad con lo evaluado y recomendado sobre estas comisiones interniveles, el sistema de servicios especializados para la rehabilitación bien podría verse beneficiado, sobre todo si asentamos que uno de los problemas que más afecta a la persona que requiere de atención especializada para la rehabilitación es la oportunidad de atención, la desatención o la atención a destiempo. En cuanto el sistema o red de servicios actúe como un todo en forma planificada y coordinada, tratando de definir sus prioridades en consideración con las prioridades de la población, los procesos de rehabilitación se verán más cercanos a la satisfacción de los requerimientos a favor de la salud.

Sobre el funcionamiento de la red de servicios, la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la Institución señala, para el año 2002, la necesidad de un análisis de la articulación de la red, definición de la calidad de la referencia-contrarreferencia, el análisis de las listas de espera desde la óptica de la red, y priorizar a partir de un análisis de la demanda y del egreso hospitalario, elementos que sean favorecedores

---

<sup>81</sup> Informe de Evaluación 2002. Dirección Compra de Servicios de Salud, Gerencia de División Administrativa, CCSS. Pág. 20.

<sup>82</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 110, 111 y 112, inédito.

de la articulación en una forma integrada de la red. Las recomendaciones sobre el funcionamiento del sistema de servicios además plantean que las unidades del segundo nivel que ofrecen atenciones especializadas ambulatorias sirvan de centros especializados, cuyo objetivo iría más allá de tener una alta capacidad resolutive, para convertirse además en centros de capacitación y entrenamiento para el personal del primer nivel y para racionalizar las referencias, aumentando también la capacidad resolutive del primer nivel y, a la vez, participar en acciones de promoción de la salud y de educación en salud<sup>83</sup>.

En el mismo sentido crítico y correctivo, la Defensoría de los Habitantes también se ha pronunciado en repetidas ocasiones, apuntando sobre la necesidad de cambio en el funcionamiento y capacidad de respuesta del sistema de servicios especializados de la CCSS.

Por otra parte, las relaciones que se dan en el sistema de servicios de la CCSS hacia otras instituciones a nivel local, propias del entorno de cada centro médico, igual son componentes fundamentales para que los servicios médicos y de rehabilitación se lleven a la práctica de manera óptima. Tales relaciones nutren la posibilidad de resolución oportuna frente a la necesidad que presenta la persona y en relación a las limitaciones presupuestarias o de servicios de cada institución. Cuando nos acercamos a los escenarios de atención vemos que la disposición para construir estas relaciones está muy vinculada a la identificación del equipo profesional y técnico de cada unidad de servicios con las necesidades del paciente y de las otras instituciones. Al analizar algunos casos en particular, vemos que ello no depende de la existencia de un equipo completo, sino de la voluntad de los que trabajan en defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Si bien cada centro médico y unidad de atención se vale de su propia red de apoyos a nivel local, el caso particular de dos Hospitales Regionales puede ilustrar lo mencionado. Un proceso de interacción favorable para los usuarios de servicios de rehabilitación que merece ser considerado es el llevado a la práctica por el equipo de trabajo destacado en la unidad de rehabilitación del Hospital de San Carlos. En este escenario la médica fisiatra y las dos fisioterapeutas de la CCSS concretan sus actividades bajo el orden de un Convenio Específico de Cooperación con una Organización No Gubernamental de servicio social que recibe apoyo técnico del Ministerio de Educación Pública. Consecuentemente, personal de la CCSS guarda relación y trabaja en pro del bienestar de una población común, en conjunto con profesionales en educación especial, trabajo social, artes plásticas, terapia ocupacional y terapia física, vinculados a la ONG bajo los términos del Centro de Atención Integral para el Adulto con Discapacidad (CAIPAD) que fiscaliza el MEP. (Más adelante se expondrá dicho programa).

Tal enlace de acciones se da gracias al convenio entre la dirección médica del hospital y el Ministerio de Educación Pública, con lo cual desde el año 2001 se logró que todos los recursos humanos que participaban en forma desarticulada en la asistencia a personas con discapacidad severa de la región, se unieran y lo hicieran bajo un modelo de apoyo mutuo. El hospital ofrece la infraestructura, los materiales, un carro con chofer, así como el servicio de ambulancias para las personas que asisten y

---

<sup>83</sup> Ídem, Págs. 67 y 63.

se benefician de los servicios que ofrece el CAIPAD. Suma además el servicio de ambulancias suministrado por los EBAIS. El Ministerio de Educación Pública asume los salarios del personal en psicopedagogía, trabajo social, artes plásticas, terapia física y terapia ocupacional. La Organización no Gubernamental de servicio social Fundación Amor y Esperanza, asume la directriz del programa CAIPAD bajo la modalidad B, así como otros programas y proyectos propios para la población con discapacidad de la región.

Se ofrecen servicios conjuntos, en los cuales participan todos los profesionales involucrados en el convenio, tales como: Clínica de AVC, Clínica de fibromialgia, Escuela de la espalda, Clínica de Parálisis Cerebral, Clínica de órtesis, Clínica del pie diabético, Clínica de discapacidades mayores, Taller de dolor crónico, Taller de medición de sillas de ruedas. En estos programas participan tanto personas con discapacidad como sus cuidadores. Además se realiza una sesión de terapia todos los viernes, en la cual participan no sólo los profesionales de la CCSS y del MEP, sino de la sede regional del CNREE, de la escuela de educación especial, del INS, y del sector privado, con el fin de capacitar al personal y discutir casos específicos.

En tal concierto, las profesionales de la CCSS buscan brindar atención, mucho más integral, a los usuarios de los servicios instalados en el Hospital y abarcar con la participación de los profesionales del CAIPAD, espacios particulares de algunas familias y comunidades de la región, y necesidades de capacitación e información, además de detalles sobre ayudas técnicas que ocasionalmente el sistema de salud pública deja de cubrir. Igualmente, se apunta a la coordinación de actividades con profesionales de otros programas de atención del MEP y con los destacados en la sede regional del CNREE y en otros niveles de atención de la CCSS. En este sentido, una red de atención de carácter regional se constituye en los compromisos coordinados de un grupo de profesionales. Con ello se logra una interacción con todos los sectores participantes en el proceso de atención de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de salud.

Por su lado, el personal destacado en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Enrique Baltodano Briceño, con el objetivo de brindar atención integral en rehabilitación física a la población de la región, confía y se vale de la gestión que construye y lleva a cabo con personas destacadas en instituciones del área de atracción del hospital. La jefatura de la unidad sostiene la existencia de una "línea abierta" de comunicación con personas conocidas en la Unidad de Rehabilitación del Hospital La Anexión de Nicoya, en la sede regional de Santa Cruz, la Escuela de Enseñanza Especial de Liberia, y con el Hogar de Ancianos de Bagaces.

En el orden que ofrece la empatía y la línea de comunicación determinada, se abre la posibilidad de que personas que acuden a los servicios de rehabilitación que ofrecen las instituciones mencionadas se acerquen al Hospital sin tener que hacer frente a una perjudicial lista de espera. En la relación sostenida por las personas de cada institución, igual se abre la posibilidad de evacuar cualquier resolución técnica que el personal de los centros experimente, en el sentido de tratamientos y procedimientos al atender a alguna persona.

De lo anterior, es posible ver la resolución con la que personas y no precisamente instituciones, buscan la manera de solucionar inconsistencias del sistema de servicios de la salud. En el caso particular de la falta o insuficiencia de ayudas técnicas, esta situación es muy común, e igualmente es resuelta por la unidad de rehabilitación del Hospital Enrique Baltodano Briceño mediante diferentes mecanismos no formalizados como lo es la relación que guarda y mantiene con el sector privado para alcanzar a abastecer de implementos a algunos de sus servicios. Sobre esta dinámica se observa además, la flaqueza y fragilidad que sostiene el sistema de servicios de rehabilitación en tanto no se definen formalmente las relaciones sino que se sostienen en la voluntad y criterio personal, fundado ciertamente en principios de bienestar común que las instituciones por lo usual llegan a desatender. Sin embargo, lo logrado hasta el momento está basado en la voluntad de las personas involucradas en la prestación de un servicio, con lo cual su trabajo va más allá de lo estipulado en las normas y protocolos. Deben por lo tanto reforzarse los logros bajo directrices específicas y claras para que constituyan un modelo formal de atención y no estar sujeto a cambios repentinos según la voluntad de las autoridades superiores.

### 2.2.1.3 Instituto Nacional de Seguros INS

- **Aspectos enunciativos**

El régimen de riesgos laborales fue la primera prestación de seguros sociales que se adoptó en el país, a raíz de la coalición de intereses políticos del Presidente Ricardo Jiménez y del líder reivindicacionista Jorge Volio, emitiéndose una legislación que dió origen al Banco de Seguros, al que se le da la administración de todos los seguros, incluyendo los comerciales. Desde 1924 este Banco se encarga de velar por todo lo relacionado con los riesgos del trabajo y, en 1948, cambió el nombre a INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS. A partir de la universalización de los seguros, en 1982, se extendió la cobertura de estos servicios a toda la población laboral del país.

En ese sentido, al interior del sistema de servicios de salud, la atención médica y las prestaciones para la salud que actualmente provee el INS, corresponden a las personas aseguradas que requieren de apoyo debido a algún accidente o enfermedad vinculada a la dinámica laboral, accidente de tránsito, o eventualidad de cualquier otra naturaleza acogida por los seguros que administra la institución.<sup>84</sup>

Tal y como se plantea al inicio de este apartado “Oferta de servicios”, la Ley 7600 responsabiliza a esta institución junto con la CCSS, de la prestación de servicios de rehabilitación.

La dependencia institucional que asume la administración de los beneficios para las personas relacionadas con el sistema de seguros de la institución es INS SALUD. Los servicios médicos y de apoyo, incluidos los servicios de rehabilitación, se proyectan a diferentes regiones del país por medio de la acción de unidades médicas desconcentradas que buscan brindar atención de manera integral.

---

<sup>84</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 113 y 114, inédito.



El concepto integral de la atención se funda de principios de accesibilidad, disponibilidad y autodeterminación, junto a acciones afirmativas a favor de la autonomía personal, que en la dinámica de atención a la persona suscrita a determinada póliza de seguro entran en contacto con principios de eficiencia administrativa y rendimiento económico, fundamentales en el negocio y la administración de todas las formas de seguros a las que se aboca el INS.

Los servicios de hospitalización se ofrecen mayoritariamente en la sede central, para las personas que requieren de cuidados médicos constantes y de tratamientos especializados que no se brindan en las unidades médicas descentralizadas, conocidas como dispensarios. En este nivel de atención, una red de proveedores de servicios externos, en especial servicios quirúrgicos, que son contratados por la institución, complementa la oferta de servicios médicos, de laboratorio, de alimentación, transporte y hospedaje.

De acuerdo con la dirección INS SALUD, actualmente se dispone de una capacidad para hospitalizar a 110 personas en la "Casa Albergue". Además, la institución brinda los servicios de un proveedor de hospedaje que asume la estancia de hasta 60 personas que requieran recibir atención médica de mediana complejidad.

En el marco de los servicios de rehabilitación, las personas que requieren de determinada atención en fisioterapia, o que ocupan de terapia física, ocupacional y de terapia de voz y lenguaje, además del apoyo de profesionales en medicina laboral y psicología, deben ser atendidas en el complejo de la sede central. Los dispensarios médicos que pueden apoyar en las labores de rehabilitación lo hacen particularmente en lo que respecta a terapia física y están bajo la observancia del cuerpo de profesionales destacado en la sede central.

El ejercicio de coordinación y monitoreo entre la sede central y los dispensarios se basa, hoy por hoy, en un sistema integrado de información que, desde 1996, se ha venido impulsando y desarrollando a manera de módulos integrados que incluyen las diferentes áreas de servicios para el asegurado. Por medio de este sistema de información médico administrativo, conocido como SIMA, fluye en línea la información de los asegurados.

Cada departamento de INS SALUD y las respectivas áreas o unidades de atención pueden consultar y conocer la información que se requiera, en el momento que se requiera. La automatización del manejo de información permite entonces que el expediente electrónico de cada asegurado esté en vigilancia y evaluación por parte de las autoridades y especialidades médicas. En ese orden, las notas del personal de apoyo como lo es el terapeuta físico de determinado dispensario, la emisión de órdenes médicas, y los diagnósticos entre otros elementos informativos, son integrados a favor de la persona que brinda el servicio y de la que hace uso del mismo.

La atención que se le brinda al asegurado que hace uso de los servicios de rehabilitación trata de fundarse en un ejercicio que involucra a profesionales de especialidades médicas y de otras disciplinas profesionales y técnicas. En principio, la atención busca abarcar diferentes órdenes de la vida personal y social de los asegurados, incluido el proceso de reinserción laboral, con el fin de que los mismos

vean fortalecida su oportunidad de reincorporarse más rápido a la vida familiar y productiva. Para eso, se desarrollan labores de asistencia médica por parte de médicos fisiatras, un técnico en urología, y de apoyo por parte de los profesionales en psicología, de trabajo social, terapeutas y representantes de salud ocupacional y proveedores de prótesis.

Las intervenciones particulares de cada especialista son complementadas por las de carácter interdisciplinario que se desarrollan en el orden establecido por una cadena de espacios virtuales, a saber: la Clínica de Lesiones Medulares, la Clínica de Prótesis, la Clínica de Neurotrauma, y la Clínica de Reinserción Laboral. Estas clínicas funcionan involucrando tanto a los profesionales y técnicos ya mencionados, como a los asegurados que bien pueden verse acompañados por homólogos o familiares. Sumado a tal ordenanza y de acuerdo a la jefatura de servicios de rehabilitación, actualmente se revisa la posibilidad de organizar y poner a funcionar otra clínica para que asuma y fortalezca, en particular, las acciones relativas al dolor crónico de diversos pacientes.

En lo correspondiente al apoyo que se brinda para que los asegurados se vinculen a los espacios de trabajo, amerita destacar la labor que personal del INS desarrolla con las empresas para formular recomendaciones sobre la necesidad de cambios de puesto y adaptación de tareas. En ese aspecto, se trabaja no sólo con el asegurado en el orden que dicta la terapia ocupacional, sino también con los empleadores, a favor de la reinserción de la persona en una dinámica laboral que guarde y corresponda a las condiciones de salud con las que se cuenta para trabajar.

Por lo demás, se brinda atención personalizada a los asegurados que después de ser tratados por los diferentes servicios médicos y de apoyo, viven en sus casas debido al grado de la lesión que tienen. El programa de visitas domiciliarias es fundamental para involucrar a los familiares y encargados en el proceso de rehabilitación de los asegurados; sirve además para capacitar sobre el manejo y atención que se deben brindar para una satisfactoria calidad de vida.

Por otro lado, la desconcentración de servicios médicos generales y de terapia física permite el apoyo a los asegurados que requieren de rehabilitación, que viven en las áreas de atracción de los dispensarios médicos con servicios de terapia física, para que tengan la opción de ser atendidos cerca de sus espacios vitales, en tanto la necesidad sea de poca complejidad. En el orden de tales condiciones organizativas, también se busca la prontitud en la atención.<sup>85</sup>

A nivel nacional, 10 de los dispensarios ofrecen el servicio de terapia física, a saber, Limón, Guápiles, Turrialba, Cartago, Ciudad Quesada, Puntarenas, San Ramón, Alajuela, Heredia, y Liberia, haciendo la salvedad de que actualmente el servicio se encuentra suspendido temporalmente en el dispensario de Limón y Liberia debido a trámites de licitación por el servicio. Se espera que en las próximas semanas se pueda reanudar el servicio en dichas dependencias.

Tal prontitud en la atención se ve fortalecida por la integración informática de los centros médicos por medio del ya mencionado sistema de cómputo SIMA. Así, los

---

<sup>85</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 115, inédito.

tiempos de espera para una cita y para la programación de cirugías son cortos en tanto se hacen automáticamente y en consideración a lo que aportan continuamente los diferentes profesionales y técnicos que atienden al asegurado. De acuerdo con la dirección de INS SALUD, se requiere de 15 a 22 días para que sea programada una cirugía que no urge, y 3 días como máximo si se trata de una emergencia. En cuanto a los asegurados que ingresan por primera vez, se señala que llegan a ser atendidos el mismo día. Otro factor que influye en la prontitud de la atención es la gestión técnica-administrativa de la institución junto a la modalidad de compra de servicios profesionales que abona una pronta respuesta.

Las referencias y contrarreferencias al interior de los centros médicos de INS SALUD son hechas en el orden que dicta el ya mencionado sistema informático. A ellas tienen acceso directo los profesionales y técnicos destacados en la sede central y los dispensarios médicos. Esto representa una importante herramienta de la que se vale el profesional y sobre la que expresa relativa satisfacción. Si bien, el manejo de información por este medio agiliza las labores, según la jefatura de rehabilitación, todavía se puede afinar el sistema para que cubra en su totalidad las necesidades y categorías de información que se manejan en los servicios de rehabilitación, para que periódicamente genere información estadística de mayor confiabilidad relacionada a diagnósticos y grupos atendidos. Además, deben reforzarse los controles administrativos para el uso óptimo del sistema de información por parte de los profesionales. Como ejemplo, debe reforzarse la confección de la referencia a otras instituciones de salud una vez agotada la póliza en el caso de los asegurados por seguros automovilísticos u otros que ameriten continuación en sus cuidados médicos o de rehabilitación.<sup>86</sup>

Según la dirección de INS SALUD, el mismo sistema informático ofrece eficiencia en los procesos de atención en tanto se pueden programar más rápido; oportunidad de que la información pueda ser consultada simultáneamente, en la sede central u otros centros de atención, por personal de diferentes servicios de apoyo; seguridad y respaldo de la información de expedientes clínicos; así como facilidad para tomar decisiones con base en la información que se dispone.

Sumado a la atención y servicios puestos en práctica de acuerdo con el modelo operativo que siguen las diferentes áreas y departamentos de la institución, bajo el orden de diferentes especialidades médicas dentro de las que se observan profesionales y técnicos en rehabilitación, el INS implementa un modelo de salud ocupacional que busca contribuir a la instauración de una cultura de prevención de riesgos y accidentes laborales y de seguridad en los espacios de trabajo. Lo anterior en tanto se reconoce que los accidentes laborales dejan, muchas veces, secuelas que demandan además de una adecuada y especializada atención médica, un largo y arduo proceso de rehabilitación.

En retrospectiva, veamos que si bien la atención del INS está relacionada con principios de eficiencia administrativa y rendimiento económico, fundamentales en el negocio y la administración de seguros, efectivamente muestra una relación más estrecha entre el discurso de atención pronta en rehabilitación y la práctica concreta.

---

<sup>86</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 115, inédito.

Es de destacar el trabajo de coordinación con empleadores y familiares de usuarios de los servicios o la interrelación con los mismos usuarios mediante acciones interdisciplinarias en las clínicas de Lesiones Medulares, de Prótesis, de Neurotrauma y de Reinserción Laboral.

La experiencia del INS constituye también un espacio de reflexión para el sector salud en términos de operación de un sistema automatizado de información médico administrativo que facilita la programación de citas, tratamientos, referencias y contrarreferencias. En este sentido, propiciar un espacio de intercambio de experiencias a profundidad entre las diversas instituciones del sector salud, que permita valorar y estudiar la eventual armonización de los instrumentos operativos que muestran un mayor impacto en la población meta usuaria de los servicios, bienes y programas de rehabilitación, surge como una tarea fundamental a ser considerada. Sin embargo, debe tenerse cuidado de no entender atención pronta y eficiente, enriquecida por un sistema fluido de información, como atención integral, pues existe una clara diferencia entre ambas cosas. Debe entonces existir claridad en estos conceptos cuando se analizan los servicios que presta la institución.

- **Aspectos operativos: capacidad instalada, servicios y recursos existentes**

La estructura de servicios de INS SALUD está compuesta por una sede central, localizada en San José y una red de treinta dispensarios médicos distribuidos en diferentes localidades de las siete provincias del país. Además, la institución se vale de consultorios médicos afiliados en empresas de todo el país. Esta red de centros y unidades para la atención médica permite que las personas suscritas a pólizas de seguro sean atendidas en el orden de consulta externa, hospitalización y rehabilitación, de acuerdo al grado de complejidad del tratamiento o apoyo requerido, mientras existan recursos en la póliza suscrita.<sup>87</sup>

La sede central se organiza y destina sus recursos para atender las necesidades en salud de mediana y alta complejidad, que requiere de intervenciones médicas especializadas. Por su lado, los dispensarios se encargan de atender los requerimientos de poca complejidad de los asegurados, directamente en las localidades de atracción. Según la dirección de INS SALUD, el objetivo de los dispensarios es brindar atención médica en forma inmediata, cerca del domicilio o sitio de trabajo de los asegurados, evitando el desplazamiento de la persona a otros centros de población o unidades médicas.

En cada dispensario médico se ofrecen los servicios de Medicina General, Enfermería y Farmacia; en adición, algunos tienen la capacidad instalada y recursos para brindar asistencia médica en Ortopedia, Radiología, y Terapia Física, entre otras especialidades. En otro orden de mayor complejidad, la sede central cuenta con servicios médicos especializados en: Medicina General, Medicina Laboral, Medicina Interna, Cirugía Menor, Cirugía Reconstructiva, Neurocirugía, Neumología, Neurología, Cardiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Foniatría, Ortopedia, Urología, Ginecología, Dermatología, Ginecología, Vascular Periférico, Odontología, Psiquiatría,

---

<sup>87</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 116 y 117, inédito.

Psicología, y Fisiatría, entre otras especialidades. Sumado a tales servicios médicos, están los asistenciales como Farmacia, Radiología, Enfermería, Salud Preventiva, Trabajo Social y las Terapias de Apoyo (física, ocupacional y de voz-lenguaje) para personas con discapacidades temporales y permanentes<sup>88</sup>.

La cobertura del territorio nacional en lo que respecta a los servicios médicos y de apoyo en la salud, constituye una prioridad en la organización y la proyección de las acciones institucionales. En lo particular a los servicios de rehabilitación, INS SALUD cuenta con un complejo de atención integral en la sede central y con 10 dispensarios que ofrecen los servicios de terapia física, localizados en Alajuela, Heredia, San Ramón, Puntarenas, Ciudad Quesada, Liberia, Cartago, Turrialba, Limón y Guápiles. Se aclara que en la actualidad los dispensarios de Liberia y Limón no ofrecen el servicio debido a cuestiones administrativas que se esperan solventar en pocas semanas. Así, en todas las provincias del país se puede encontrar por lo menos un dispensario que brinde los servicios de rehabilitación física. Sin embargo, al considerar la localidad y región donde los servicios de rehabilitación se brindan, es posible observar la falta de opciones en la zona sur del país.

En el Cuadro No.32 se presenta la distribución de los centros médicos por provincia y, a la vez, se distinguen los dispensarios médicos que ofrecen los servicios de terapia física.

En relación con el personal relacionado con los servicios de Rehabilitación en general, podemos observar que la atención médica especializada en fisiatría únicamente se brinda en el Complejo integral INS Salud localizado en San José, donde también se concentran 16 terapeutas físicos, y los 5 terapeutas ocupacionales que laboran para la institución, ya sea en planilla o por venta de servicios (Cuadro No.33). En ese sentido, todo paciente que requiere control médico durante su terapia debe trasladarse a la sede central a cita. Además, si un paciente presenta patología que requiere de terapia física y ocupacional al mismo tiempo, obligatoriamente debe recibir el servicio en San José, con lo cual se contradice el discurso de que se ofrece terapia en todo el territorio nacional. Se disponen de 7 salones para terapia física y 2 salones para la terapia ocupacional a nivel de INS Salud.

**Cuadro No. 32: Centros médicos por provincia, según prestación de servicios INS,2005**

PROVINCIA	CENTROS MÉDICOS / TIPO DE SERVICIO		TOTAL
	Con Servicios de Terapia Física	Con otros Servicios Médicos	
San José	Sede Central	Desamparados	6
		Guadalupe	
		San Isidro del General	
		Santa Ana	
		San Marcos de Tarrazú	
Alajuela	Alajuela	Grecia	5

<sup>88</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 117, inédito.

	C. Quesada	Pital	
	S. Ramón		
<b>Heredia</b>	Heredia	Puerto Viejo de Sarapiquí	<b>3</b>
		S. Antonio de Belén	
<b>Cartago</b>	Turrialba		<b>2</b>
	Cartago		
<b>Puntarenas</b>	Puntarenas	Cóbano	<b>4</b>
		Ciudad Neilly	
		Quepos	
<b>Guanacaste</b>	Liberia	Nicoya	<b>3</b>
		Cañas	
<b>Limón</b>	Limón	Cariari	<b>8</b>
	Guápiles	Carmen de Siquirres	
		La Isla	
		Batán	
		Siquirres	
		Sixaola	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>31</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por Jefatura de dispensarios INS SALUD.

**Cuadro No. 33: Personal relacionado a servicios de rehabilitación por localización. INS, 2005.**

LOCALIDAD	FISIATRIA	TERAPIA FISICA	TERAPIA OCUPACIONAL	TERAPIA DE LENGUAJE	TÉCNICO UROLOGIA
Complejo Integral	6	16	5	1	1
Alajuela	0	1	0	0	0
Cartago	0	1	0	0	0
Guápiles	0	1	0	0	0
Heredia	0	1	0	0	0
Puntarenas	0	1	0	0	0
San Ramón	0	1	0	0	0
Turrialba	0	1	0	0	0
Limón	0	1	0	0	0
Ciudad Quesada	0	1	0	0	0
Liberia	0	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por Departamento de Recursos Humanos. INS SALUD

En el mismo orden de apoyo, la labor de profesionales en psicología y trabajo social, también llega a ser parte integral del trabajo que se realiza con los asegurados que requieren de rehabilitación. Estos se encargan de velar por el restablecimiento emocional y la reinserción asistida de personas con lesiones a la actividad social y productiva del país. En ese sentido, desde 1996 funciona en beneficio de los asegurados bajo el régimen de riesgos del trabajo, la clínica de reinserción laboral, conformada por un equipo interdisciplinario (trabajo social, terapia física, terapia ocupacional, fisioterapia, psicología y salud ocupacional) encargado de evaluar y seguir

en forma integral aquellos casos que por sus condiciones requieren definir acciones para su reincorporación a la vida laboral, ya sea a través de la reubicación laboral o mediante la modificación de tareas en el mismo puesto de trabajo. Esto se logra a través de visitas a las empresas, coordinaciones directas con los empleadores, o cartas al patrono. Se coordina además por medio de un acuerdo interno alcanzado con el Instituto Nacional de Aprendizaje, la capacitación de pacientes en base a las recomendaciones emitidas por la clínica en cuanto a intereses u aptitudes, y debilidades y fortalezas según una evaluación individual.

En cuanto al tema de la reinserción laboral, la coordinación que pudiera existir entre el INS y el Ministerio de Trabajo es deficiente, mas no se registran acciones de coordinación entre ambas instituciones como parte del quehacer del Instituto Nacional de Seguros.

En total, INS SALUD cuenta con 40 personas, entre profesionales médicos y técnicos especialistas en el área de rehabilitación, para cubrir las necesidades de la población que requiere de tales servicios, tanto en el área metropolitana del país como en otras zonas del país. Con todo, y según la Jefatura de Rehabilitación, es fundamental considerar la contratación de nuevos servicios para que lleguen a reforzar la labor que se desarrolla frente a las necesidades de atención generadas en la zona sur del país, región donde no se tiene a ningún especialista ni apoyo técnico.

Junto a tan expresa necesidad, reconocida por la jefatura en mención, surge la obligación de que INS SALUD desarrolle un diagnóstico que revele las necesidades reales que se viven al interior del sistema de salud que administra, en particular las de los servicios de rehabilitación. Actualmente, cualquier asegurado que requiere de los servicios de terapia física u ocupacional debe realizar por lo menos 2 visitas a las instalaciones de INS SALUD antes de poder iniciar su terapia, ya sea en las instalaciones propias de la sede central o a nivel de dispensarios. Por otro lado, si una persona de la zona sur requiere de los servicios de rehabilitación, es necesario trasladarla a la sede central.

- **Aspectos operativos: Población en relación con los servicios y recursos que se ofrecen**

Las personas que hacen uso y se benefician de los servicios médicos y de apoyo a la salud que INS SALUD brinda son las que guardan relación directa con las pólizas de seguros que la institución aseguradora ofrece. Colateralmente se pueden ver beneficiadas otras personas con las campañas de prevención de accidentes de tránsito y accidentes en el ámbito laboral. En lo particular a los servicios de rehabilitación, pueden ser usuarios y beneficiarios directos de los mismos, quienes experimentan accidentes o enfermedades como consecuencia del trabajo (amparados al seguro por riesgos de trabajo), por accidentes de tránsito (acogidos al seguro obligatorio de automóviles o seguro voluntario de automóviles), quienes experimentan eventualidades y que han suscrito pólizas personales como el seguro básico de accidentes, seguro de viajes y seguros estudiantiles.

Claramente, los servicios de rehabilitación se les brinda a quienes así lo requieran y estén cubiertos por los diferentes tipos de seguros. De ahí que, en tanto el monto de la

póliza de seguro no agote su contenido económico, así se brindarán los servicios requeridos. Según la jefatura de rehabilitación de la institución, durante el proceso de rehabilitación de los asegurados se controlan constantemente los recursos de los que puede disponer cada persona, esto para prevenir que el proceso de rehabilitación se vea en determinado momento sin los recursos económicos necesarios.

El número de sesiones e intensidad del proceso de rehabilitación se llevará hasta donde se requiera en relación a las necesidades de cada persona, siempre y cuando la cobertura del seguro sea efectiva y válida. En el Cuadro No.34, se observa el número de sesiones de terapia física y ocupacional brindadas en las instalaciones del INS durante el año 2004. No está incluido el dispensario de Ciudad Quesada pues hasta el 2005 pudo conectarse dicho dispensario al sistema de información en línea, con lo cual se completarían los 10 dispensarios que brindan atención en la institución. Es claro que aunque existen servicios a nivel de varias regiones del país, la atención dada en terapia física se concentra en INS Salud, y la terapia ocupacional únicamente se ofrece en San José.

**Cuadro No. 34: Sesiones terapia brindadas por área geográfica y tipo. INS, 2004**

AREA GEOGRAFICA / TIPO	TERAPIA FISICA	TERAPIA OCUPACIONAL
Alajuela	6,829	
Cartago	7,746	
Guápiles	4,361	
Heredia	4,031	
Puntarenas	7,043	
San Ramón	5,005	
Turrialba	6,767	
Limón	2,064	
Liberia	535	
Complejo Integral	84,502	22,856
<b>Total</b>	<b>128,883</b>	<b>22,856</b>

**Fuente:** Departamento de estadística INS Salud, La Uruca. 2004

Los gastos necesarios en caso de que se necesite algún tipo de ayuda técnica también son facilitados de acuerdo a la efectividad y validez de las pólizas de seguros. Si la cobertura de la póliza de seguro llega a agotarse, se descontinúa la responsabilidad institucional, se suspende el tratamiento y se hace la referencia y trámites necesarios para que la Caja Costarricense del Seguro Social asuma la responsabilidad de dar seguimiento al proceso de rehabilitación y apoyo de la persona cubierta por el régimen de enfermedad.<sup>89</sup>

En ese sentido, la necesaria coordinación entre la CCSS y el INS en función de la población asegurada, emerge como acción prioritaria hasta ahora inconclusa, evidenciando la necesidad de un ordenamiento de la oferta estatal buscando una

<sup>89</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 123, inédito.



mayor coherencia y unidad de visión en beneficio de la demanda social de la población del país en materia de rehabilitación. La falta de una eficaz coordinación INS CCSS es materia de reflexión, debiendo fortalecerse el vínculo entre ambas instituciones en beneficio de la población con secuelas de accidentes en el país.

De acuerdo con la jefatura de INS SALUD, mientras una persona que necesite rehabilitación o alguna ayuda técnica esté cubierta por el régimen de riesgo de trabajo, no se escatima en gastos que se justifiquen. De ahí, indudablemente hasta se puede enviar a un asegurado a otro país para que se le implante una prótesis de plástico que sustituya la cornea, o para que se le diseñe una prótesis que no pueda ser realizada por los tres proveedores nacionales acreditados que actualmente brindan servicios a la institución.

El régimen de riesgos de trabajo no tiene límite de cobertura por lo que asume la necesidad de cualquier ayuda técnica. Por otro lado, el régimen de seguro obligatorio de automóviles tiene un tope de cobertura económica, definido para el año 2005 en 1.200.000 colones<sup>90</sup>, lo cual se duplica en el caso de menores de 13 años, por lo que el apoyo para obtener una ayuda técnica en caso de que sea necesaria siempre se verá restringido. Igual sucede con el resto de pólizas de riesgo para la salud. Durante el año 2004 se destinaron ₡1.939.753 para alquiler de sillas de ruedas, ₡9.759.707 para la compra de equipo tal como sillas de ruedas, catres, repuestos para sillas, mantenimiento de sillas, sillas de baño, y grúas entre otros, a través de la comisión de equipo ortopédico, para los asegurados por el régimen de Riesgos del Trabajo, y ₡2.472.040 en las ayudas técnicas que se lograron adquirir para los pacientes cuyas pólizas permitió cubrir.

- **Relación con otras instituciones: INS / CCSS**

Tal y como se mencionó anteriormente, existe deficiencia en el sistema de coordinación INS-CCSS, lo cual se evidencia al agotarse la póliza en los casos de accidentes de tránsito u otras enfermedades amparadas por los seguros que ofrece el INS. Si bien es cierto que los casos de mayor complejidad, en los cuales los pacientes se encuentran hospitalizados en las instalaciones del INS, y aquellos que están recibiendo servicios de terapia son referidos y/o trasladados en su totalidad a la CCSS, la realidad es otra cuando se trata de pacientes que acuden a los servicios que ofrece el INS a nivel de consulta externa. Muchos de ellos no son referidos a la CCSS, pues la elaboración o no de la referencia obedece a criterios personales del médico al agotarse la póliza, omitiéndose en muchos casos, con lo cual el paciente queda desprovisto de una herramienta que le permita presentarse a recibir atención en otras instituciones de salud con un documento completo de su patología, intervenciones practicadas y diagnósticos finales. En ningún caso se considera la referencia a un primer nivel de atención, sino que se refiere a un segundo o tercer nivel, dejando por fuera cualquier contacto a niveles cercanos a la comunidad en donde viven los pacientes al finalizar su relación con la institución.

En otro orden de cosas, para examinar y determinar sobre los casos de difícil resolución, se ha establecido la constitución de un órgano técnico, comisión CCSS-

---

<sup>90</sup> Cantidad definida para el año 2005, de acuerdo a una personera del órgano técnico de INS SALUD que integra la comisión CCSS-INS.

INS<sup>91</sup>. Este órgano asume tales dilemas, bien conocidos en el medio como “casos frontera”, para determinar con base en información técnica y la naturaleza de la enfermedad o accidente que presenta el asegurado, cuál de las dos instituciones debe, en definitiva, proporcionar la atención médica y consecuente rehabilitación.

- **Relación con otras instituciones: INS /CNREE**

En lo que respecta a la relación que el Instituto Nacional de Seguros guarda con el Consejo Nacional de Rehabilitación, en principio es necesario reconocer la participación de dos representantes de la institución aseguradora en la Junta Directiva del Consejo Nacional. Con tal ejercicio, ambas partes buscan que las acciones a favor de las personas con discapacidad se vean fortalecidas y beneficiadas constantemente.

Desde la Jefatura en mención, se observa la necesidad de que el Consejo se acerque más a lo que sucede actualmente en los diferentes ámbitos de atención y rehabilitación para las personas con discapacidad. La labor que cumple el CNREE en lo que respecta al apoyo y comprensión de la realidad que envuelve a la población que requiere de servicios de rehabilitación y soporte profesional, choca con las disposiciones administrativas y mercantiles de la comercialización de los seguros que cubren los riesgos de la salud ocupacional.

### **2.2.2 Servicios ofrecidos fuera del Sector Salud: Otros Actores Involucrados**

Tal y como se ha planteado, según lo estipulado en la Ley 7600 y su Reglamento, la competencia legal sobre la prestación de servicios de rehabilitación recae en la Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros, cada uno desde su ámbito de acción y población meta de los servicios. Cabe reconocer, sin embargo, que la oferta de estas dos instituciones es limitada y concentrada, factores entre otros, que han incidido en el acceso de las personas con discapacidad a dichos servicios.

En este sentido, paralelo al sistema de salud, existen una serie de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que han asumido un rol activo en la consecución y provisión de servicios de apoyo a la rehabilitación, sea esta su competencia legal o no.

En el presente apartado se examina la labor de dichas organizaciones, en lo que respecta exclusivamente a su aporte en el proceso de rehabilitación de la población con discapacidad que lo requiere, sea esta labor intermediadora o de prestación directa de servicios de apoyo.

---

<sup>91</sup> La comisión se establece en relación a lo descrito en el artículo 330 del código de trabajo que textualmente declara: “La Caja Costarricense del Seguro Social y el Instituto Nacional de Seguros nombrarán, cada uno, dos funcionarios para que, dentro de una política de coordinación interinstitucional y para la mejor aplicación del presente título en orden a los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación, estudien y propongan ante los respectivos órganos ejecutivos, soluciones a los problemas que se presenten y que afecten a los trabajadores y las dos entidades en lo que a riesgos de trabajo se refiere” (Comisión CCSS-INS: 2004)

### 2.2.2.1 Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

- **Aspectos enunciativos: rectoría en discapacidad**

Desde que el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) se creó<sup>92</sup>, Costa Rica ha tenido un ente encargado de orientar la política general en materia de rehabilitación y educación especial, en coordinación con diferentes Ministerios, Organismos e Institutos Nacionales, Colegios Profesionales y otras instancias del sector público y privado. Así, componentes fundamentales en su gestión han sido la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación para las personas con discapacidad.

En el contexto de la década del setenta y ochenta, la prestación directa de servicios de apoyo dirigidos a la población con discapacidad por parte del CNREE era legítima y necesaria. Legítima en razón de su Ley de Creación, bajo las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas sobre la creación de Consejos o Comisiones Nacionales en materia de rehabilitación, y necesaria, en virtud del vacío existente en la prestación, articulación y coordinación de acciones que se estaban dando en el país en esta materia, bajo el enfoque o paradigma biológico.

Así, la institución también se ha visto inmersa en un ejercicio de constante reflexión que la ha llevado a poner en práctica los ajustes requeridos en su estructura funcional y accionar, con el fin de guardar relación con las exigencias del contexto nacional y regional, con los cambios de la demanda, con las tendencias conceptuales y teóricas tendientes a privilegiar el derecho de las personas con discapacidad a acceder a todos los servicios existentes, así como con la normativa y legislación que respalda su quehacer.

La necesidad de liderar los procesos de cambio e impulsar una función más en línea de coordinación, articulación y rectoría en el campo de la discapacidad, tiene su principal asidero en los acuerdos tomados por la Junta Directiva del Consejo, en su sesión No. 446 del año 1993. En ese sentido, los mismos apuntaron que la institución no debía tener a su cargo programas o servicios de rehabilitación que estuvieran en línea directa con el usuario, de modo que se procedería a suspender gradualmente la ejecución de dichos componentes del sistema de servicios. En aquella ocasión, además se determinó canalizar, dirigir y destinar los recursos humanos y financieros liberados por la reestructuración, a la ejecución de la función rectora<sup>93</sup>.

La aprobación de la Ley No. 7600 en el año 1996 y su Reglamento en el año 1998, y el Pronunciamiento de la Procuraduría General de la República de Costa Rica No. C-205-98 del 7 de octubre del año 1998, refuerzan el carácter del CNREE como órgano rector en materia de discapacidad en el país. Producto de su función rectora y por ende normativa, el país cuenta desde el año 2000 con las "Políticas Nacionales

---

<sup>92</sup> En 1973 se promulga la Ley 5347 que da sustento a la labor del CNREE.

<sup>93</sup> Referencia de acuerdo a lo señalado en el documento: Plan Estratégico 2004-2008 del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Abril 2004.

en Discapacidad”, resultado de un proceso consultivo realizado durante el año 1999, con la participación de diversos actores de la sociedad civil, incluyendo a representantes de organizaciones de personas con discapacidad, gobiernos locales y funcionarios de diversas instituciones gubernamentales.

- **Aspectos operativos**

Hoy día, programas y servicios sustantivos con asidero en el Departamento Técnico del Consejo, se llevan a la práctica en menor medida como servicios de atención directa y en su mayoría, como acciones concretas a razón de orientar a las personas en función de encontrar soluciones a necesidades particulares relacionadas a la discapacidad.

Asimismo, se ofrecen programas y servicios para ubicar a personas con discapacidad, mayores de edad y en estado de abandono o riesgo social, en un ambiente de familia en el que pueda desarrollar sus potencialidades. Por otro lado, con el Programa Fondo Rotatorio de Préstamos, se propone impulsar la creación de proyectos productivos mediante el otorgamiento de préstamos de dinero, que lleven al aumento del nivel de ingresos de las personas con discapacidad.

Igual se ofrecen servicios y programas para atender a instituciones del sector público y privado y a los gobiernos locales en términos de asesoría, inspección y supervisión con el fin de que ofrezcan servicios y productos accesibles en el marco de los derechos humanos, la equiparación de oportunidades y el respeto a la diversidad.

Por lo demás, el Departamento Técnico del Consejo sostiene programas y servicios con el fin de: promover y apoyar las organizaciones de personas con discapacidad para que asuman la defensa de derechos y la satisfacción de las necesidades particulares; capacitar a la población en general para favorecer la igualdad de oportunidades y para informar y divulgar acciones realizadas en el campo de la discapacidad con el fin de contribuir al mejoramiento de la imagen social y la calidad de vida de la población.

Para el año 2004, según el Informe de Labores elaborado por la institución, la labor de asesoría se orientó prioritariamente al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de la administración pública para dar respuesta a las exigencias de la Ley 7,600. Se asesoró a 118 entidades públicas, municipales y ONGs, los temas abordados fueron los siguientes:

- Papel y funciones del CNREE
- Normativa nacional e internacional en discapacidad.
- Marco normativo que orienta el trabajo de las Comisiones Institucionales en Materia de Discapacidad (CIMAD) en las instituciones públicas.
- Pautas y directrices de funcionamiento de las CIMAD y de las Comisiones Municipales de Accesibilidad.
- Asesoría y apoyo para la planeación y ejecución de consultas a personas con discapacidad y sus organizaciones sobre las propuestas de políticas institucionales, proyectos o estrategias de atención a las necesidades prioritarias de la población con discapacidad.

- Asesoría para la elaboración del Plan Institucional de Equiparación de Oportunidades o desarrollo de proyectos específicos que mejoraran la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Asesoría sobre elementos conceptuales, filosóficos y metodológicos sobre discapacidad, con fundamento en los enfoques de atención a la diversidad, derechos humanos, y la multidimensionalidad de la accesibilidad, con el fin de que las instituciones sean capaces de abordar adecuadamente las necesidades de las personas con discapacidad según sus características. Este marco teórico y de referencia se adecuó a los campos o especialidades de cada institución asesorada.
- Revisión de políticas y normas de funcionamiento.
- Elaboración de normas técnicas<sup>94</sup>.
- Incorporación de la perspectiva de la discapacidad en planes anuales operativos y presupuestos públicos.
- Accesibilidad al espacio físico.

En lo que respecta a acciones de capacitación, la meta programada para el año 2004 se fijó en desarrollar 174 acciones de capacitación a 3974 funcionarios públicos, personas con discapacidad y miembros de organizaciones no gubernamentales. Se ejecutaron 187 acciones de capacitación a las que asistieron 4.367 personas, con lo que el cumplimiento de la meta superó en mucho a lo programado.

Es importante destacar el trabajo realizado con los funcionarios y funcionarias de la Caja Costarricense del Seguro Social, por medio de dos tipos de Talleres. El primero, correspondió a 10 talleres de 8 horas con autoridades de la institución; y el segundo, a otros 10 talleres de 40 horas de duración dirigidos a funcionarios con el fin de que asumieran el rol de facilitadores y multiplicadores de los temas tratados.

En su calidad de ente rector en materia de discapacidad, el CNREE desarrolla dos funciones sustantivas de igual importancia que la asesoría y la capacitación. Se trata de las funciones de Inspección y Supervisión. Se estableció la meta de supervisar e inspeccionar a 82 entidades públicas, municipales y ONGs así como 35 de sus programas y servicios. Se supervisó e inspeccionó a 128.

Las inspecciones demandaron revisión de la solicitud de inspección, investigación documental (entre ellos revisión de planos), visita del funcionario asignado al sitio del proyecto (estas visitas se realizaron en coordinación y con participación de los y las funcionarias encargadas del inmueble o entorno inspeccionado), elaboración de informe en relación a la conformidad de la infraestructura o proyecto inspeccionado con la normativa técnica nacional en accesibilidad y por último, devolución de esta información a las entidades inspeccionadas.

Como se mencionó, el Consejo tiene como meta el fortalecimiento de su función rectora, sin embargo, conviene en este apartado, hacer mención a la contribución que presta el CNREE en relación a los servicios de rehabilitación, específicamente.

---

<sup>94</sup> La asesoría en esta área está relacionada con Normas para mejorar la accesibilidad a programas y servicios a los que acceden las personas con discapacidad. En este sentido cabe destacar el apoyo al Ministerio de Salud en la elaboración de las diferentes Normas de Habilitación de los programas que supervisa.

- **Proyectos de atención directa relacionados con servicios de Rehabilitación.**

Cabe destacar en esta línea, dentro del Programa "Pobreza y Discapacidad" la distribución de subsidios para la obtención de ayudas técnicas por un lado, por el otro, la utilización de la infraestructura de las Sedes Regionales del Consejo por parte de Organizaciones no Gubernamentales y el Ministerio de Educación Pública y su Programa CAIPAD<sup>95</sup>.

- **Ayudas Técnicas:**

Estas se asignan bajo las condiciones establecidas para la administración del Fondo de Desarrollo Social y de Asignaciones Familiares, y de lo recaudado por la Ley No. 7972 de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos.

En esencia, los subsidios tienen como finalidad contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida y autonomía personal de las personas con discapacidad, y proporcionar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo. De ahí que los subsidios para la adquisición de ayudas técnicas bien pueden verse vinculados al proceso de rehabilitación de una persona.

Los subsidios se dan en el orden de dos unidades operativas por las que se tramita y asigna dinero para ayudas técnicas, a saber: Asignaciones Familiares y Convivencia Familiar; el CNREE asignó 136 subsidios en el año 2004 (Cuadro No.35). De ese total, 125 subsidios se tramitaron y asignaron en relación a los fondos de Asignaciones Familiares con los que se hace frente a la pobreza y 11 subsidios fueron tramitados y asignados en el marco del dinero vinculado al Programa de Convivencia Familiar para dar apoyo a las personas en abandono y riesgo social.

**Cuadro No. 35: Subsidios para ayudas técnicas por unidad de trámite e instancia receptora. CNREE, 2004.**

Órgano que tramita y asigna, e instancia que absorbe el subsidio	Subsidios	Monto colones	Observación
<b>Asignaciones Familiares</b>			
Sede Central	19	7.218.381,00	uno de los subsidios se pagó parcialmente
Sede San Carlos	11	7.983.988,00	
Sede Santa Cruz	13	2.535.233,10	
Sede Pérez Zeledón	9	985.610,00	
Sede Limón	5	1.164.084,00	
Sede Naranjo	4	1.029.000,00	
Sede Turrialba	17	4.359.730,00	

<sup>95</sup> Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad. Iniciativa aprobada por el Consejo Superior de Educación en sesión 61-2000, del 14 de diciembre y modificado en la sesión 37-2003 del 28 de agosto del 2003. Su descripción se hará más adelante en el apartado del Ministerio de Educación Pública.

Sede Pacífico Central	17	5.716.652,00	
ONG Sede Central	2	327.700,00	
Asoc. Nacional Sordos	5	383.500,00	uno de los subsidios no se pagó
Asoc. Apoyo. Integral para PCD (Barva)	2	1.510.000,00	
Asoc. Creciendo con tus manos	1	16.000,00	
Asoc. Padres de niños (Escuela Rehabilitación.)	1	160.000,00	no se pagó el subsidio
Asoc. De Niños con PCI.	1	148.000,00	
Asoc. Costarricense de Artríticos	1	176.000,00	
Asoc. ATJALA	1	10.000,00	
Asoc. Apoyo Rehabilitación (Turrialba)	4	282.900,00	
Asoc. Fernando Guzmán	1	40.000,00	
Asoc. Talita Cumi	1	4.500,00	
DISBITRASA	6	1.863.340,00	
ASPAPEX	1	35.000,00	no se pagó el subsidio
APRODEMI	2	130.000,00	uno de los subsidios se pagó parcialmente
Asoc. Pro Igualdad (Acosta)	1	12.000,00	
<b>Sub-total</b>	<b>122</b>		<b>se pagaron 35.796.618 colones</b>
<b>Convivencia Familiar</b>			
Sede Central	8	6.592.170,00	
Sede San Carlos	1	522.200,00	
Sede Limón	1	541.057,00	
Sede Pacífico Central	1	1.253.000,00	<b>se pagaron 8.908.427 colones</b>
<b>Sub-total</b>	<b>11</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>		<b>44.705.045 millones de colones.</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por Asesoría de Planificación, CNREE. 2005.

Cabe reconocer que de los subsidios tramitados y asignados para ayudas técnicas, no se pagaron tres y en dos se pagaron parcialmente. De acuerdo a la Jefatura del Departamento Técnico, lo anterior puede obedecer a que las personas a las que se les asignaron los subsidios resolvieron en último momento la adquisición de la ayuda técnica mediante otro tipo de mecanismo (CCSS o dinero personal). De lo anterior, 131 personas vieron la necesidad de una ayuda técnica resuelta completamente con subsidios otorgados por el consejo y 2 personas resolvieron su necesidad con parte de lo asignado por el Consejo.

De la totalidad de personas que resolvieron por completo sus necesidades de ayuda técnica, 26 lo hicieron por intervención de organizaciones no gubernamentales; 105 lo hicieron mediante el trámite directo en las sedes del Consejo. En relación a las sedes, se observa que las que más registran el trámite y asignación son la Sede Central (27) como la principal, seguida de la sede del Pacífico Central (18); mismas que registran los costos más significativos del presupuesto asignado. Las sedes ubicadas en Pérez Zeledón, Naranjo y Limón registran menos asignaciones para la compra de ayudas técnicas.

En el informe que el CNREE presenta al MIDEPLAN por las acciones realizadas durante el año 2004 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, se destaca el haber superado la meta de apoyos a brindar en un 11,3 por ciento. En principio se había fijado 2.778 personas como meta pero se terminó brindando 3.092 apoyos, entre subsidios y orientación.

Lo anterior es de suma importancia en tanto se torna evidente la acción del Consejo para que la población con discapacidad de diversos sectores del país vea cubierta parte de sus necesidades. De la totalidad de personas apoyadas con subsidios conviene reconocer que el 4,39 por ciento corresponde a las personas con subsidios para ayudas técnicas. En ese mismo sentido, la ejecución presupuestaria para subsidios por concepto de ayudas técnicas (44.705.045 colones) corresponde al 7,96 por ciento del total de dinero utilizado por concepto de apoyos.

- **Servicios prestados por otras organizaciones en Sedes del CNREE**

Cinco programas de rehabilitación funcionan al interior de diferentes sedes desconcentradas del CNREE (antes conocidas como SILOR: Servicios Integrados Locales de Rehabilitación), a saber: Sede Región Brunca (Pérez Zeledón), Sede Región Central Oriente (Turrialba), Sede Central Occidente (Naranjo), Sede Región Chorotega (Santa Cruz) y Sede Huetar Norte (San Carlos).

En el Cuadro No. 36, se observan los datos relacionados con recurso humano y población meta del servicio en cada una de las sedes. Nótese que en tres de ellas funciona un CAIPAD del MEP, y en otra, existe el servicio de Terapia Física dirigido a niños y niñas, con personal MEP. En la Sede de San Carlos, un Terapeuta físico del MEP brinda sus servicios a población CAIPAD una vez a la semana. Así mismo, en la Sede ubicada en Naranjo se brinda terapia física a adultos a través de una contratación privada y la CCSS.

La situación denota la necesidad no satisfecha en las instalaciones y servicios de la CCSS, por lo que diversas organizaciones han asumido esta prestación. De igual manera ocurre con las ayudas técnicas, tal y como se verá más adelante.

**Cuadro No. 36: Servicios de Rehabilitación en sedes del CNREE 2005**

Sede del CNREE	Personal vinculado a Servicios de Rehabilitación	Población Meta
Región Brunca (Pérez Zeledón)	1 Terapeuta Ocupacional 2 Terapeuta Físico	Adulta (CAIPAD) Infantil (MEP)
Región Central Oriente (Turrialba)	3 Terapeuta Físico 1 Terapeuta Ocupacional	Adulta (CAIPAD-MEP)
Región Central Occidente (Naranjo)	2 Terapeuta Físico 1 Terapeuta Ocupacional 1 Terapeuta del Lenguaje	Adulta (contrato de una ONG y la CCSS) Infantil (MEP) Adulta (CAIPAD-MEP)
Región Chorotega (Santa Cruz)	1 Terapeuta Físico	Infantil (MEP)
Región Huetar Norte (San Carlos)	1 Terapeuta Físico	Adulta (CAIPAD)

**Fuente:** Jefatura del Departamento Técnico del CNREE; y Departamento de Educación Especial del MEP. 2005.



Las labores desarrolladas en la dinámica entre el Consejo, Organizaciones no Gubernamentales y personeros del MEP, aunque paralelas, llegan a ser complementarias y muy vinculantes. De acuerdo a la Directora Regional de la Sede ubicada en Turrialba, si bien las labores del servicio de rehabilitación son dirigidas por personeros del MEP y administradas por organizaciones de la comunidad, lo cierto es que el compromiso y posición que se asume desde la dirección de la sede frente al servicio de rehabilitación llega a significar un componente más en las funciones a desarrollar. De ahí la importancia de que las responsabilidades sujetas a cada componente del sistema de servicios que se ofrecen a la población de la región estén claras y bien definidas.

- **Otras Acciones Relacionadas**

Finalmente, conviene mencionar otra labor llevada a cabo por el CNREE no tan relacionada al usuario y a la atención directa, pero sí al sistema de servicios de rehabilitación de todo el país. Es la labor enmarcada en el Programa de Administración, Control y Desarrollo Institucional, que mediante la cooperación con la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) ha fundado una dinámica de reflexión nacional en torno a la oferta de servicios de rehabilitación y la calidad de la misma.

En el marco de cooperación entre el CNREE y JICA también es fundamental reconocer la labor desarrollada con la serie de Seminarios Taller de Rehabilitación. Estos ejercicios han sido desarrollados con la intención de mejorar el trabajo en equipo de las personas que se ven involucradas en los programas y servicios de rehabilitación de Costa Rica y otros países de Latinoamérica<sup>96</sup>. La práctica se ha sustentado en la importancia de fortalecer la coordinación interdisciplinaria e interinstitucional, y se ha visto relacionada a temas como la metodología y técnicas para la promoción del trabajo en equipo, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

En el mismo marco de cooperación se realizó una capacitación en torno al concepto, estructura, organización y aplicación de la CIF, dictada por un consultor internacional recomendado por la Organización Panamericana de la Salud. Dicha capacitación contó con la participación de profesionales y técnicos en Rehabilitación, así como instituciones vinculadas y grupos de personas con discapacidad. Posteriormente, en conjunto con el CNREE, JICA publicó el Manual para los Facilitadores de la CIF, con el propósito de organizar y dirigir un taller de capacitación para la incorporación de los conocimientos del personal que trabaja con personas con discapacidad.

---

<sup>96</sup> Los Seminarios Taller I y II, desarrollados en los años 2002 y 2003, agruparon a 70 y 150 participantes respectivamente; de países como República Dominicana, México, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Chile y Japón. Y contaron con la colaboración de instancias como la Asociación de Terapia Física, Asociación de Medicina Física, Consejo Social de Gobierno de CR, Organización Panamericana de la Salud y la Embajada de Japón.

### 2.2.2.2 Ministerio de Educación Pública

Para comprender la oferta actual de servicios de Educación Especial en nuestro país, es importante tomar en cuenta el cambio conceptual y filosófico que ha sufrido ésta. Para Monge y Aguilar (MEP, 2005), la apertura de la primera escuela de Educación Especial en los años cuarenta significó un importante paso para la educación de las personas con discapacidad, sin embargo, ésta fue concebida para atender un grupo específico de personas con limitaciones cognitivas y sensoriales, en forma “separada” de las personas denominadas “normales”.

Con el surgimiento de la corriente de “integración educativa” se entiende la necesidad de nuevas formas de atención educativa, como la incorporación de estudiantes a los sistemas regulares y la apertura de “Aulas Diferenciadas” favoreciendo la escolarización en medios menos restringidos.

Hoy en día, el acceso de la población con necesidades educativas especiales se da desde el punto de vista operativo, conforme a los servicios que ofrecen en el ámbito de los Centros de Enseñanza Regular, Aula Integradas, III y IV Ciclo de Educación Especial, Centros de Enseñanza Especial y más recientemente, los Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD)<sup>97</sup>.

Con la aprobación de la Ley 7600, la Ley Fundamental de Educación fue modificada en su artículo 27, y se adopta una nueva definición de Educación Especial, entendida ésta como: “...el conjunto de apoyos y servicios a disposición de los alumnos con necesidades educativas especiales, ya sea que los requieran temporal o permanentemente”. Así, “la educación especial debe coadyuvar, como parte del sistema educativo nacional, a brindar programas y servicios para la atención a las necesidades educativas de niños, jóvenes y adultos bajo los principios de igualdad de oportunidades, participación, no discriminación y autonomía personal.

Este conjunto de apoyos y servicios se brindan bajo cuatro modalidades: atención directa, servicios de apoyo fijo, dentro de los que se incluyen los relacionados con terapia de lenguaje, servicios de apoyo itinerante y servicios de apoyo complementario. Estos últimos son los servicios ofrecidos por profesionales de otras disciplinas diferentes de la Educación Especial para atender necesidades específicas de los y las estudiantes, derivadas de su discapacidad. Además, estos servicios contribuyen con el trabajo y apoyo a las familias, así como en la formación y detección de redes de apoyo, y a la ubicación de recursos en la comunidad.

Dentro de estos servicios complementarios se incluyen: trabajo social, psicología, orientación, asistente de aula, terapia física y terapia ocupacional. Sobre estos últimos, existe una discusión<sup>98</sup> relativa a diferenciar si se trata de servicios de apoyo educativo o de carácter terapéutico, en cuyo caso deberían ser asumidos o por lo menos supervisados por la CCSS. Algunos sectores manifiestan que a falta de oferta, el MEP ha debido asumir una labor que no le corresponde.

---

<sup>97</sup> Para el año 2004, se registraron por nivel de enseñanza, las siguientes matrículas iniciales en educación especial: educación preescolar: 2.004; educación primaria: 6.425; educación secundaria: 5.183; y en educación para el trabajo donde se incluye la matrícula de los CAIPAD se registra 780 adultos matriculados.

<sup>98</sup> La discusión se retoma en el marco del Seminario-Taller “Hacia un modelo de rehabilitación con enfoque de Derechos Humanos” realizado entre el 30 de agosto y el 1 de setiembre del año 2005 en San José, Costa Rica, bajo el auspicio de JICA. En el mismo, se realiza un análisis por sectores para evaluar la situación de los servicios de rehabilitación en Costa Rica, las observaciones expuestas devienen del grupo del Sector Educación, fundamentalmente.

En este contexto, servicios de terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje se ofrecen bajo los distintos programas de atención, en las 20 diferentes regiones educativas del país, tal y como se describe a continuación.

- **Servicios de Terapia de Lenguaje**

Tal y como se muestra en el Cuadro No. 37. los servicios de terapia de lenguaje están presentes en 18 de las 20 regiones educativas del MEP. No se registran servicios de este tipo en las Regiones Educativas de Aguirre y Upala. En este sentido, considérese que la información contenida en el cuadro no corresponde a la totalidad de personas físicas sino a centros educativos en donde podría darse la existencia de uno o más profesionales.

**Cuadro No. 37: Servicios de terapia de lenguaje por región e instancia educativa. MEP, 2005.**

Región / Instancia Educativa.	Preescolar	I y II ciclo	Centro EE	Otros	Total
San José	5	19	8	0	32
Desamparados	0	10	1	0	11
Cartago	2	18	2	0	22
Alajuela	0	7	2	0	9
Heredia	2	21	2	0	25
San Ramón	0	5	1	2	8
Puntarenas	2	4	1	0	7
Liberia	0	3	1	0	4
Cañas	0	3	0	0	3
Limón	0	4	0	0	4
Nicoya	0	3	0	0	3
Santa Cruz	0	3	0	0	3
Pérez Zeledón	0	1	1	0	2
Coto	0	2	0	0	2
San Carlos	0	0	1	0	1
Guápiles	0	1	0	0	1
Turrialba	1	1	1	0	3
Puriscal	0	3	0	0	3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>108</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>143</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información registrada por la Asesoría Nacional de Educación Especial en Audición y Lenguaje. Departamento de Educación Especial, MEP. 2005.

En lo que se refiere a la instancia educativa, la concentración de servicios se observa en el nivel del primer y segundo ciclo de educación general básica, que concentra el 76% de la oferta. La oferta en preescolar (8,4%) es significativa en cuanto refuerza la estimulación temprana que puede estarse requiriendo para el desarrollo del lenguaje; no obstante, la misma se observa sólo en cinco regiones y se concentra en la Región Educativa de San José, que bien puede estar guardando relación con las concentraciones de población.

Los centros de educación especial que incluyen las escuelas de enseñanza especial, centros de atención integral y escuelas especiales, abarcan el 14,78% de la oferta, especialmente en regiones educativas de alta concentración de población. Los dos servicios correspondientes a la categoría “otros” se encuentran relacionados, uno a la sede regional del CNREE ubicada en Naranjo y otro a una organización no gubernamental localizada en Zarcerro, ambos de la Región Educativa de San Ramón.

Considerando la oferta por provincia, cabe destacar que mientras en Guanacaste (regiones de Liberia, Cañas, Nicoya y Santa Cruz) corresponde al 9% del total de servicios, en la provincia de San José (San José, Desamparados, Pérez Zeledón y Puriscal) la oferta corresponde al 33,7%. Esta situación ciertamente se relaciona a la demanda que ejerce la población de la región a la capacidad del MEP para identificar y responder a la misma y a la oferta de recurso humano para que se cubran las necesidades en esa área.

Por lo demás, es fundamental considerar que para que servicios de terapia de lenguaje se ofrezcan en escuelas regulares o especiales, debe justificarse la apertura de los mismos con rangos mínimos de matrícula.

Para que funcione un servicio de Aula Integrada en los niveles primarios de la educación, es necesario contar con una matrícula mínima de 8 estudiantes. En los centros de educación especial se requiere de igual matrícula para que el servicio funcione como atención directa. En las escuelas regulares para que un educador brinde servicio o apoyo fijo debe contar con un rango de matrícula de 42 a 44 estudiantes si trabaja por 32 lecciones. El rango es de 40 a 50 alumnos para un educador de apoyo fijo en Centros de Educación Especial.

En centros del III ciclo y educación diversificada pueden prestarse servicios de apoyo fijo con un rango de matrícula de 12 a 16 estudiantes, para 40 lecciones de trabajo. Los educadores que brindan servicios de apoyo itinerante deben atender de 9 a 12 estudiantes si se le asignan 40 lecciones, aunque puede variar el rango en relación a las características de la región, o si el nombramiento es por 48 lecciones<sup>99</sup>.

En cuanto a los recursos humanos relacionados con los servicios de terapia de lenguaje, se tiene que en total para el año 2005 laboran 185 terapeutas, de los cuales 34 (18.4%) están ubicados en Centros de Enseñanza Especial.

- **Servicios de terapia Ocupacional**

La terapia ocupacional es una especialidad de atención en el campo de acción de la educación especial, no tan difundida como lo es la terapia de lenguaje o la fisioterapia. En principio, la situación puede estar relacionada, de acuerdo a la Asesoría Nacional de Educación Especial en Discapacidad Múltiple, a la insuficiente oferta de recurso humano capacitado para cubrir las necesidades de atención y a la limitada oferta de formación profesional en este tipo de terapia.

---

<sup>99</sup> Normas y procedimientos para la autorización de nuevos servicios y asignación de lecciones a servicios ya existentes de Educación Especial (2003). Departamento de Estudios y Programación Presupuestaria, MEP. Páginas 3, 4, 6, 7 y 8

A nivel nacional, el MEP registra la contratación de 33 terapeutas ocupacionales (ver Cuadro No.38): 20 (61%) brindando atención en los Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD).

**CUADRO No. 38: Terapeutas Ocupacionales por instancia educativa  
MEP, 2005**

Instancia Educativa	No. de Terapeutas Ocupacionales
Educación Regular	2
Educación Especial	10
CAIPAD	20
Otros	1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por la Asesoría Nacional de Educación Especial. Departamento de Educación Especial, MEP. 2005.

En la provincia de San José es donde más terapeutas ocupacionales son registrados. De seguido, el número destaca en la provincia de Alajuela. Resalta la falta de oferta para las provincias de Puntarenas, Guanacaste y Limón.

Para que los servicios de terapia ocupacional puedan brindarse, se requiere de un mínimo de matrícula. Ese mismo puede dar una idea de la cantidad de personas vinculadas a los terapeutas del área que actualmente se reportan. En el caso de los terapeutas nombrados como apoyos fijos por una jornada laboral de 8 horas en centros de educación especial, la matrícula debe oscilar entre 40 a 45 personas. Tomando como referencia este dato, los 33 terapeutas ocupacionales podrían estar atendiendo entre 1320 y 1485 personas con necesidades educativas especiales.

- **Servicios de Terapia Física**

La fisioterapia en el marco de los servicios que brinda el MEP se encuentra relacionada a la atención en instituciones de educación regulares, instituciones de educación especial, a los centros de atención integral para adultos y a las sedes regionales del CNREE.

En mayor proporción los profesionales de la disciplina se encuentran laborando en instituciones de educación especial (53%) y en los CAIPAD (25%). La mayoría funciona como apoyos fijos, destacados en un solo lugar (91%). Los que desarrollan sus labores de manera itinerante (6 fisioterapeutas) son los que brindan apoyos en instituciones de enseñanza regular, particularmente en la provincia de Guanacaste y Puntarenas.

En el Cuadro No.39 se muestra el número de profesionales en Terapia Física contratados por el MEP.

**Cuadro No. 39: Terapeutas Físicos por instancia educativa  
MEP, 2005**

<b>Instancia Educativa</b>	<b>No. de Terapeutas Físicos</b>
Educación Regular	<b>13</b>
Educación Especial	<b>34</b>
CAIPAD	<b>16</b>
Otros	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por la Asesoría Nacional de Educación Especial. Departamento de Educación Especial, MEP. 2005.

La mayor cantidad de fisioterapeutas laboran en organizaciones de la provincia de San José, Alajuela y Cartago. En relación a los CAIPAD destaca más la presencia de terapeutas ocupacionales que de fisioterapeutas (20 y 16 respectivamente). La categoría "otros" se refiere a una terapeuta física que brinda sus servicios a población infantil en la Sede del CNREE ubicada en la Región Chorotega (Silor Santa Cruz).

Los servicios de apoyo en fisioterapia igual deben considerar rangos de matrícula para poder funcionar. De prestarse el servicio en algún centro de educación especial, el apoyo es fijo y debe guardar una matrícula de entre 40 y 45 personas. En caso de brindar los servicios de manera itinerante, la matrícula debe ser de entre 35 a 40 personas.

Tomando en cuenta que de los 64 terapeutas físicos contratados por el MEP, 6 son de apoyo itinerante, estos estarían atendiendo entre 210 y 240 personas. El resto de apoyo fijo estaría atendiendo entre 2320 y 2610 personas. En total se estarían atendiendo un mínimo de 2530 personas y un máximo de 2850 personas con necesidades educativas especiales<sup>100</sup>.

A continuación se presenta un cuadro resumen del total de recurso humano contratado por el MEP para brindar los servicios de terapia de lenguaje, física y ocupacional.

**Cuadro No. 40: Recurso humano ligado a servicios de terapia por instancia MEP, 2005.**

<b>INSTANCIA</b>	<b>T.O.</b>	<b>T.F.</b>	<b>T.L.</b>	<b>TOTAL</b>
Centros de Enseñanza Regular	2	13	149	164
Centros de Enseñanza Especial	10	34	34	78
CAIPAD	20	16		36
Otros	1	1	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>64</b>	<b>185</b>	<b>282</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información de los Cuadros 37, 38 y 39.

<sup>100</sup> Normas y procedimientos para la autorización de nuevos servicios y asignación de lecciones a servicios ya existentes de Educación Especial (2003). Departamento de Estudios y Programación Presupuestaria, MEP. Páginas 3, 4, 6, 7 y 8

De lo mencionado hasta aquí, bien queda claro que parte del personal autorizado para llevar a la práctica actividades terapéuticas en el ámbito físico y ocupacional, se ve directamente vinculado a los programas de atención que se desarrollan en los Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD). Seguidamente se expondrá un resumen sobre el funcionamiento de dicho programa.

- **Centros De Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad**

Los Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD) se plantean como una oferta que incluye los principios de igualdad de oportunidades y los de libre elección, de acceso y de participación activa en los procesos de formación, para que las personas adultas con discapacidad consigan incorporarse a distintos ámbitos de la sociedad, estableciendo relaciones de diferente índole que favorezcan la autonomía personal y la actitud hacia la vida independiente. Se ponen a disposición de la población de determinada región, en tanto exista una organización no gubernamental que auspicie el programa de servicios y que se responsabilice de la oferta justa y funcional por la que aboga el MEP.

En principio fue una propuesta elaborada por la Comisión Creando Alternativas para Adultos con Discapacidad, en la que participaron representantes del Departamento de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública, del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, del Instituto Mixto de Ayuda Social, personal Docente del Proyecto para Adultos de la Escuela del Hogar de Rehabilitación de Santa Ana y de Organizaciones No Gubernamentales que ofrecen distintas alternativas de atención para personas adultas con discapacidad.<sup>101</sup>

Constituyen una opción para la atención de personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados o permanentes para el desempeño ocupacional y laboral, y para la ejecución de actividades en la vida cotidiana. En el mismo sentido, estos centros instauran una alternativa educacional para las personas que egresan de las Aulas Integradas y los Centros de Educación Especial que el sistema de educación pone a disposición de un sector de la población con discapacidad. Debido a sus orígenes, los programas CAIPAD asumieron los Talleres Protegidos existentes, existiendo en la actualidad 7 de esta naturaleza.

En lo particular, la oferta de los CAIPAD es dirigida a dos grupos de usuarios y a sus familiares y allegados, quienes llegan a ser considerados como beneficiarios indirectos. El primer grupo o Grupo A se constituye por personas con discapacidad mayores de 18 años que tienen posibilidades de involucrarse al menos parcialmente en un proceso productivo, bajo supervisión y con el refuerzo de apoyos prolongados o permanentes en algunas áreas de la vida cotidiana. El Grupo B se compone de personas con discapacidad, mayores de 18 años que no han gozado anteriormente

---

<sup>101</sup> Lo anterior de acuerdo al documento: Propuesta para la atención a personas adultas con discapacidad que requieren de apoyos prolongados o permanentes para el desempeño ocupacional o laboral, Noviembre 2000. La propuesta fue aprobada por el Consejo Superior de Educación en sesión 61-2000 del 14 de diciembre y modificado en la sesión 37-2003 del 28 de agosto del 2003.

de otros servicios. Para efectos de clasificación, los talleres laborales se consideran grupo C.

Según la Asesoría Nacional de Educación Especial para los CAIPAD, actualmente<sup>102</sup> existen 9 CAIPAD brindando servicios bajo la modalidad A, que es la que trabaja con personas que tienen posibilidades de involucrarse en un proceso productivo, bajo supervisión y con el refuerzo de apoyos; 16 CAIPAD brindando servicios a una población que no ha participado anteriormente de otros servicios (Tipo B); 1 CAIPAD que brinda servicios a población A y B y 7 CAIPAD funcionando bajo el orden de taller laboral protegido (Tipo C). Ver Cuadro No. 41.

En total son 33 los Centros que funcionan en 11 de las 20 Regiones Educativas que el Ministerio de Educación Pública supervisa y asiste a nivel nacional. Algunas regiones podrían no estar siendo cubiertas, tal como sucede con al región de la provincia de Guanacaste (Regiones Educativas de Liberia, Cañas, Nicoya y Santa Cruz), debido a falta de organizaciones no gubernamentales organizadas que cumplan con los requisitos que el MEP ha determinado para que un CAIPAD pueda funcionar.

**Cuadro No. 41: CAIPAD, por alternativa de atención según región educativa. MEP, 2005.**

Región Educativa	Alternativa				Total
	A	B	A/B	C	
San José	1	6		1	8
Desamparados	2	1		1	4
Heredia		2		2	4
Alajuela	1		1	2	4
Cartago		2		1	3
Puntarenas		1			1
Pérez Zeledón		1			1
San Carlos	1	1			2
Upala		1			1
Turrialba	1				1
San Ramón	3	1			4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>33</b>

**Fuente:** Elaboración por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información suministrada por la Asesoría Nacional de Educación Especial para Centros de Atención Integral para Adultos con Discapacidad. Departamento de Educación Especial, MEP. 2005.

En el mismo sentido de la distribución de los servicios por regiones, es posible observar que se da una concentración importante de alternativas en la región central del país. Particularmente en la provincia de San José (regiones educativas de San José y Desamparados) que es donde se localizan 12 de los CAIPAD. En relación a la oferta por regiones educativas como las de Upala, Turrialba, Puntarenas y Pérez Zeledón, cabe reconocer que una opción, si bien representa un gran avance y apoyo para la población, igual parece ser insuficiente frente a la potencial demanda relacionada a

<sup>102</sup> Última actualización al 25 de junio del 2005, realizada por Gilda Aguilar, Jefa Sección Desarrollo Vocacional del MEP.



la cantidad de personas con discapacidad de las regiones y frente a la extensión geográfica de las mismas.

Los servicios que se ofrecen si bien pueden variar de acuerdo con la alternativa de atención, en lo general pueden estar relacionados con: 1. valoración diagnóstica, exploración de intereses y evaluación del proceso; 2. introducción y promoción de la participación en la comunidad, colocación y supervisión de la práctica laboral (principalmente para personas del Grupo A); 3 apoyo a las familias; 4 redes de apoyo y 5 servicios complementarios.<sup>103</sup>

Cada servicio se lleva a la práctica por el Equipo Base, conformado por los profesionales y especialistas designados por el Ministerio; se enriquece con la participación de familiares y allegados de los usuarios y personal de las organizaciones no gubernamentales.

Los servicios complementarios son los que guardan relación directa con los servicios de salud. Estos refuerzan el programa de atención que se brinda a los usuarios; particularmente benefician a los usuarios que requieren de apoyos permanentes o prolongados que en lo común tiene afecciones de tipo motor y alteraciones de la postura. En este respecto intervienen los terapeutas físicos además de los terapeutas ocupacionales.

Tanto a los terapeutas ocupacionales como a los terapeutas físicos se les asigna una jornada regular de 8 horas diarias. Los primeros están formalmente contemplados como recurso humano del Equipo Base para las dos alternativas de atención, dirigidas al Grupo A y Grupo B. Igual se ven vinculados a los talleres laborales en la medida que se justifique el nombramiento por necesidad del apoyo, en tanto el MEP cuente con el personal, que como bien subraya la Asesoría Nacional de Discapacidad Múltiple, es escaso por cuanto la oferta de formación profesional en ese campo es limitada y se concentra en pocos centros de enseñanza.

Los terapeutas físicos, si bien pueden verse relacionados al Equipo Básico de las alternativas de atención dirigidas al Grupo A, en su mayoría se destacan en las alternativas de atención para la población del Grupo B, constituidos por la población de personas adultas con discapacidad que no han participado anteriormente de otros servicios y que por lo general necesita de apoyos prolongados y permanentes.

Se trata en teoría de acciones preventivas en el campo de la rehabilitación física, sin embargo se reconoce la atención directa en “tratamientos” debido a la demanda insatisfecha que no accede a los servicios de rehabilitación de la CCSS.

- **Ayudas técnicas**

Las ayudas técnicas, consideradas como un servicio de apoyo para estudiantes con necesidades educativas especiales, no cuentan con un presupuesto específico en MEP. De hecho este servicio solamente se presta en III y IV Ciclo y en calidad de préstamo únicamente.

---

<sup>103</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 151, inédito.

### 2.2.2.3 Organizaciones Relacionadas con la Obtención de Ayudas Técnicas

Las ayudas técnicas consideradas como parte integral de los procesos de rehabilitación, representan también una demanda insatisfecha al interior de la CCSS. Es por esta razón que diversas organizaciones se han dado a la tarea de apoyar la obtención de las mismas a través de la distribución de subsidios económicos. En este sentido, cabe mencionar a la Junta de Protección Social, el IMAS, el PANI y algunas organizaciones no gubernamentales.

- **Junta de Protección Social (JPS)**

El accionar de la Junta de Protección Social de San José, en el campo de la rehabilitación, se ve amparada en el Artículo No. 23 de la Ley de Loterías, No. 7395, del año 1994:

“El producto de los premios prescritos y no vendidos de las loterías de la Junta, se distribuirá de la siguiente forma: a) un catorce por ciento (14%) para programas destinados a personas con limitaciones físicas y mentales...”

El 22 de diciembre del 1999, la Reforma No. 7977 modifica dicho artículo, quedando de la siguiente forma: “...un doce por ciento (12%) a programas para prevenir y tratar a personas con limitaciones físicas y mentales”.

La labor de la Junta en el apoyo de personas con discapacidad ha sido amplia y variada. En lo que respecta a ayudas técnicas (Rodríguez, 2005), el proyecto arranca formalmente en el año 1998 en coordinación con el CENARE, quien se encargaba de la evaluación médica y la recomendación técnica sobre el tipo de ayuda técnica. Se empiezan a distribuir sillas de ruedas, prótesis, audífonos, bastones, muletas y camas.

La Contraloría General de la República hace un llamado de atención a la Junta en el sentido de que ésta no está capacitada para determinar las distribuciones, por esta razón en el año 1999 se coordina con FUNREDES (Fundación Rehabilitación y Desarrollo), para que dichas ayudas sean canalizadas a través de proyectos en los que se incluían a varias personas con discapacidad. Dicha relación termina en el 2004, y en el 2005 se firma un Convenio Marco entre la Junta de Protección Social y la Asociación PRO-CENARE, el cual fue refrendado por la Contraloría en agosto de este año.

En el año 2003, se aprobaron 67 solicitudes y se ejecutaron en el año 2004 por un monto total de 42.205.934.92 millones de colones. En el año 2004 se aprobaron 74 solicitudes, ejecutándose en el 2005 por un monto total de 48.621.000 millones de colones, cifra muy similar pero mayor a la otorgada por el CNREE en el año 2004 bajo este concepto (44.705.045 millones de colones). Sobre los datos sociodemográficos de las personas beneficiadas no existe información sistematizada, aunque se sabe que en términos generales la mayoría son de la provincia de San José y se trata de personas adultas jóvenes.

Actualmente hay una lista de espera de 129 solicitudes (57 trasladadas de FUNREDES, y el resto solicitadas directamente a la Junta) a las que se le dará prioridad a partir del mes de setiembre.

Los procedimientos y requisitos para obtención de una ayuda técnica son los siguientes:

1. La persona solicitante se presenta a la Junta o a APRO-CENARE, llena una fórmula a la cual es requisito adjuntarle un Estudio Socioeconómico realizado por un profesional en Trabajo Social. Si la persona no cuenta con éste o no tiene recursos para realizarlo, la Junta presta el servicio.
2. Presentar un dictamen médico, receta de la CCSS y factura pro forma. La Junta envía los documentos y la nómina a APRO-CENARE.
3. APRO-CENARE realiza los trámites administrativos relacionados con el proceso de compra, actualiza recetas y presenta a la Junta sus necesidades económicas.
4. La Junta envía dinero a APRO-CENARE y éste ejecuta.

La variante con el proceso anterior es que ya no se trabaja por proyectos, la Junta asigna el dinero con base en facturas proforma y luego la ONG ejecuta.

Como se mencionó antes, un doce por ciento (12%) de los premios prescritos se destina a programas para personas con discapacidad. Sin embargo no está normado hasta la fecha qué porcentaje de este 12% puede destinarse a ayudas técnicas. Actualmente, desde el Área de Discapacidad, alcoholismo y drogadicción de la Junta, se está proponiendo que el 50% de este 12% sea para ayudas técnicas, para así lograr una mayor cobertura.

- **Patronato Nacional de la Infancia (PANI)**

En el informe solicitado por el CNREE sobre acciones y proyectos desarrollados en el 2004 y programados para el 2005 en materia de discapacidad, el PANI reporta la ejecución de proyectos relacionados con ayudas técnicas y otros servicios apoyo.

Para el año 2004 se puso como meta beneficiar a 105 niños, niñas y adolescentes con discapacidad en albergues, hogares de acogimiento familiar y en seguimiento en comunidades. Se presupuestó un monto de 18.500.000 millones de colones, proveniente del "Fondo de la Niñez". Según la Oficina de Control de Presupuesto se ejecutaron únicamente 8.872.000 millones de colones, y sólo en servicios de apoyo por medio de dos partidas, para beneficiar a 8 personas menores de edad.

Para el año 2005, el PANI plantea como meta brindar ayudas técnicas y servicios de apoyo a 150 niños, niñas y adolescentes con discapacidad ubicados en las diferentes alternativas, a saber: Albergues, Hogares de Acogimiento Familiar y en Comunidad. Se presupuestaron 50.000.000 provenientes de la Ley 7972, donde por primera vez se hace una diferenciación por rubros, estableciéndose para ayudas técnicas la suma de 15 millones de colones y para servicios de apoyo la suma de 35 millones de colones.

Acerca de los servicios de apoyo es importante apuntar que se trata de contrataciones externas de profesionales relacionados con la Educación Especial y Psicología. Actualmente está en trámite la contratación de una persona especialista en Terapia Física para apoyar procesos de Vida Diaria. (Pérez, 2005).

Sobre los procedimientos para obtener un subsidio para compra de ayuda técnica, se establece para la población que está en seguimiento en Comunidad, la presentación de un diagnóstico y receta médica. Si la persona está en alternativa de Albergue, se coordina con el Área de Salud más cercana.

A la fecha se desconoce la ejecución de dicho presupuesto, sin embargo es importante considerar el aporte potencial del PANI en esta línea de servicios.

- **Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)**

De acuerdo a los registros con que cuenta el IMAS para brindar información sobre la ejecución presupuestaria, solamente se puede brindar la generalidad de personas beneficiadas y el monto total invertido según beneficio asignado. No es factible saber cuantas ayudas técnicas se han brindado, ya que esa información únicamente se encuentra en los expedientes de seguimiento que existen en las diferentes Direcciones Regionales, por lo que sólo se puede brindar la información general que se logra obtener mediante los reportes del Sistema Business Objects BO, la cual es la siguiente:

- Año 2004; se beneficiaron 10,301.00 personas con discapacidad, para un monto total de ₡1,080,697,107.00, colones.
- Año 2005; a junio del presente año se ha beneficiado a 3.193 Personas con discapacidad, para un monto de ejecución presupuestaria de ₡253.435.335.

Cabe señalar que estos beneficios son únicamente para servicios básicos, por lo que se puede deducir que el dinero otorgado puede ser utilizado por el beneficiario para necesidades inmediatas tales como alimentación, medicamentos, ayudas técnicas, etc.

- **Fundación Mundo de Oportunidades (Casa Presidencial)**

La Fundación Mundo de Oportunidades se fundó en agosto de 1998 como una organización de apoyo a los programas de la señora Primera Dama de la República, ante la necesidad de gran cantidad de personas con discapacidad que requieren de algún tipo de ayuda, y para procurar la aplicación de la Ley de Igualdad de Oportunidades No. 7600 de mayo de 1996.

Desde su creación ha desarrollado diferentes proyectos, entre los que destaca la adquisición y donación de ayudas técnicas, cuyo propósito es el suministro de información, orientación, valoración y dotación de ayudas técnicas, identificadas mediante estudios técnicos realizados por las instituciones competentes. Como parte de este proyecto, han sido donadas casi mil sillas de ruedas a personas con discapacidad en condición de pobreza y pobreza extrema.

Además de las organizaciones mencionadas, se conocen otras iniciativas en la línea de donación de sillas de ruedas, a las cuales las personas con discapacidad

acceden. Entre ellas se puede mencionar al Club de Leones y Asociaciones de Taxistas.

#### 2.2.2.4 Organizaciones de y para Personas con Discapacidad.

En Costa Rica, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) representan una importante fuente de apoyos y de servicios dirigidos a la población con discapacidad.

De acuerdo con la información que maneja el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial<sup>104</sup>, actualmente pueden estar funcionando en el país 104 Organizaciones No Gubernamentales en forma de asociaciones, fundaciones y federaciones, abocadas en lo general al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad y de sus familiares y allegados, que son quienes en una gran mayoría las constituyen.

De las mismas, poco más de la mitad se registra con asentamiento en la provincia de San José; la otra parte se registra distribuida entre Alajuela (17), Cartago (13), Heredia (9), Puntarenas (4), Limón (3) y Guanacaste (1).

Lemas particulares como "Abriendo Camino", "El sol Brilla para Todos" o "El Futuro es de Todos" identifican a algunas, mientras otras tantas se nombran en relación a diversas condiciones vinculadas a la discapacidad: "distrofia muscular"; "espinas bifidas"; "ciegos"; "no oyentes". Varias se identifican en la labor que defienden: "seguridad, bienestar y trabajo"; "formación socio productiva"; e "integración ocupacional", en tanto otras figuran en relación a quienes integran la instancia: "lesionados medulares por riesgos de trabajo"; "padres de niños con parálisis cerebral" y "padres y amigos de personas excepcionales". En el sentido de tal diversidad se proyectan diferentes servicios a la población con discapacidad, y a la vez se guarda relación de diferente calibre y calidad con instancias del gobierno, empresas del sector privado y hasta organizaciones internacionales.

Para tener una visión general de la labor y servicios que diferentes ONG acogen y brindan en favor de la población con discapacidad del país, se presentan en el Anexo No. 3, detalles relacionados a organizaciones particulares con las que se ha tenido contacto ya sea mediante visita o por vía telefónica. La muestra<sup>105</sup> representa el 30 por ciento de la totalidad de organizaciones que el CNREE registra; y es definida por conveniencia, considerando los siguientes criterios de selección: ubicación geográfica de la ONG explícita en el listado de organizaciones, tipo de discapacidad que la ONG señala atender, grupo de edad en que se enfoca y misión enunciada en el nombre de la organización.

---

<sup>104</sup> Registro Nacional de Organizaciones de Padres y de Personas con Discapacidad y Afines. Actualizada al 22 de noviembre del 2004. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Departamento Técnico, Equipo de Información. Documento Interno.

<sup>105</sup> La lógica de la muestra se alinea a la búsqueda de información diversa en sus cualidades y no tanto a la construcción de probabilidad o representatividad estadística. Sin embargo, conviene tener claro que el 30 por ciento representado por las 34 ONG seleccionadas se funda en proporciones no menores al 25 por ciento de las diferentes instancias destacadas en cada una de las siete provincias (San José: 25%, Alajuela: 25%, Heredia: 55%, Cartago: 30%, Puntarenas: 100%, Limón: 66%, Guanacaste: 100%).

Con la información sintetizada sobre las 34 ONG seleccionadas, ordenada por la modalidad de servicios que cada una ofrece, se puede considerar que todas las instancias tienden a funcionar como distribuidoras de recursos públicos y/o auspiciadoras de programas de atención sostenidos por instituciones públicas; además, se puede estimar que algunas más que otras llevan a la práctica sus actividades con un fuerte grado de autonomía aunque sin desligarse del apoyo estatal y de la caridad pública. En ese orden de interacción, mientras unas se enfocan más en la atención directa a la población y en la prestación de servicios terapéuticos, otras se enfocan más bien en actividades de asistencia complementaria como lo es la capacitación, información y orientación para la consecución de subsidios económicos y en especie (ayudas técnicas, medicamentos, entre otros).<sup>106</sup>

En el universo considerado, igual se encuentran las organizaciones que bien asumen no sólo la prestación de servicios directos sino también la asistencia para que las necesidades de información o subsidios sean resueltas.

De lo examinado, consideremos que un importante sector de las ONG destaca principalmente como distribuidor de los recursos que instituciones del gobierno como el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Mixto de Ayuda Social y la Junta de Protección Social (JPS) disponen para apoyar a la población con discapacidad del país. En relación a tal orientación consideremos, por ejemplo, el trabajo de la Fundación Rehabilitación y Desarrollo (FUNREDES) por medio de la cual la JPS ha otorgado subsidios para ayudas técnicas a 183 personas durante 4 años de coordinación interinstitucional<sup>107</sup>; por su lado, el CNREE otorgó por medio de 15 diferentes Organizaciones No Gubernamentales un total de 30 subsidios para ese mismo tipo de ayudas, durante el año 2004<sup>108</sup>.

Otro sector de las organizaciones se distingue, más bien, por poner a funcionar centros de atención directa y servicios de rehabilitación que se ven fortalecidos por la ingerencia de instituciones públicas que facilitan recursos humanos capacitados para brindar soporte especializado. Al respecto, el Departamento de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública reconoce a 33 organizaciones de base comunal como auspiciadoras de sus programas de servicios correspondientes a los Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad.

En tal sentido, la Asociación ATJALA se ocupa de una población de 60 jóvenes y adultos con discapacidad de la región de Cartago, con el fin de formar a algunos para que se integren a sectores específicos del mercado laboral, y a otros para que desarrollen trabajos en un taller protegido. En la dinámica generada, 2 docentes de educación especial, 1 trabajadora social y 1 terapeuta ocupacional, junto al encargado del trabajo cotidiano en el taller laboral, llegan a reconocer los beneficios

---

<sup>106</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 155, inédito.

<sup>107</sup> La Fundación Rehabilitación y Desarrollo (FUNREDES) se ha dedicado desde el año 2000 a examinar peticiones y distribuir subsidios para ayudas técnicas que pueden comprarse con dineros que la JPS determina para lo mismo. En el marco de cinco proyectos específicos ha beneficiado directamente a 183 personas y a otras más de acuerdo a las reasignaciones de ayudas técnicas que hacen cuando alguna de las mismas es devuelta a la fundación. Actualmente desarrolla el sexto proyecto a favor de 74 personas más. Este sexto proyecto parece ser el último debido a que la JPS ha decidido prescindir del mecanismo de coordinación que ha mantenido con la Fundación. Información suministrada por la secretaria de la organización.

<sup>108</sup> Información suministrada por Asesoría de Planificación, CNREE.

que se generan para los usuarios: fortalecimiento de la autonomía personal y actitud positiva hacia la vida independiente. Tampoco dejan de reconocer la necesidad de que se fortalezcan los mecanismos que lleven a la consolidación de la inserción efectiva de la persona con discapacidad en el mercado laboral.

Por lo demás, es importante reconocer la existencia de Organizaciones No Gubernamentales que por cuenta propia brindan servicios a la población con discapacidad, sin guardar relaciones tan estrechas con instituciones del gobierno. La Asociación Más que un Amigo ejemplifica al respecto la labor que realiza para la población del cantón de Alajuelita y comunidades circunvecinas. Si bien ofrece y distribuye ayudas técnicas y apoyo económico proveniente de subsidios que el CNREE administra, por lo que destaca esta asociación es por ofrecer servicios de rehabilitación física mediante un terapeuta físico que varios asociados y colaboradores pagan.

Asimismo, la Asociación Más que un Amigo sobresale por ofrecer ayudas técnicas y asistencia para otras necesidades básicas de personas con discapacidad y sus familias, en tanto alcanzan los donativos que facilitan un grupo de amigos extranjeros. Así, la labor de esta asociación se proyecta a sectores de la sociedad desprovistos de atención requerida, y juega un papel activo en la rehabilitación con base comunitaria al lado de las personas con discapacidad, sus familiares y allegados.

#### **2.2.2.5 Servicios privados de rehabilitación**

El sector de servicios privados de salud y su amplio compendio de posibilidades de atención especializada se encuentra en constante expansión.

Este cuenta con una red de establecimientos de diferente grado de complejidad, visible en simples consultorios y grandes hospitales, distribuidos en la mayoría de regiones del país con conglomerados poblacionales importantes. Las encuestas de hogares revelan que el 30% de la población los utiliza cuando menos una vez al año.

De acuerdo al documento "Perfil del Sistema de Servicios de Salud"<sup>109</sup> elaborado por personeros del Ministerio de Salud, de la CCSS, de la OPS y de la OMS, en el país existen y se han dado condiciones en favor de esa expansión, entre las que se pueden mencionar las siguientes: la creciente demanda directa de estos servicios por usuarios de diferentes estratos, la compra de servicios privados por parte de instituciones públicas como la CCSS y el INS y, la insuficiente oferta de algunos servicios por parte del sector público. En ese mismo orden, la aparición en el mercado de servicios de empresas aseguradoras privadas bajo la modalidad de medicina prepagada, ha estimulado las inversiones en el sector privado de salud.

En lo particular a los servicios de rehabilitación, podemos estimar que en principio la oferta se dirige a aquellas personas con capacidad económica para hacer frente a los costos propios de la capacidad instalada en el país que de hecho puede verse complementada con la del extranjero. Esta población, con su pago directo por los servicios y la atención especializada, constituye una de las fuentes de

---

<sup>109</sup> Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. C.R. 2004. Pág. 12. Serie Análisis de Situación de Salud ; No.15

financiamiento del sector. La otra fuente de financiamiento está relacionada con el pago que se recibe de organismos públicos como el INS y la CCSS, quienes compran servicios para atender la enfermedad ocupacional y la enfermedad general de sus afiliados, respectivamente.<sup>110</sup>

Si bien la fiscalización de la calidad de tales servicios corresponde al Ministerio de Salud, ciertamente a las empresas privadas no les es exigible asumir el interés público más allá de su responsabilidad social empresarial, ya que su finalidad legítima es el lucro. Por ello, la opción de servicios privados debe ser observada con cuidado para deslindar con claridad a cuál grupo social va dirigida la oferta y cuál demanda social atiende; cuáles son los aportes de complementariedad o subsidiaridad que efectivamente puede prestar a la institucionalidad pública, y la relación de costo beneficio a partir de las cuales se puedan establecer redes de relaciones sin demérito de los fines públicos.

Bajo el principio de subsidiaridad, es práctica común y propia de la institucionalidad estatal de salud la compra de servicios, medicamentos y equipo médicos a proveedores privados, entre los que se encuentran los hospitales y clínicas privadas. La modalidad de contratación adquiere en general dos formas, a saber: (1) a través de la entrega directa de un subsidio al asegurado y (2) mediante la compra institucional. En la práctica el subsidio es un mínimo, fijado por cada institución pública para adquirir un servicio o bien básico; subsidio que el usuario complementa generalmente con esfuerzos personales que fusionan los recursos propios y el anhelo de bienes y servicios de óptima calidad, disponibles en el mercado.

Respecto de la compra institucional, vemos que ésta se rige por el ordenamiento jurídico en la materia y está sujeta a los órganos de fiscalización de la Hacienda Pública. En ese aspecto, conviene reconocer que Costa Rica se encuentra experimentando tiempos de reflexión: en los últimos años se ha denunciado sistemáticamente por medio de la prensa y medios de comunicación colectiva; mediante informes de Comisiones Especiales del Poder Legislativo; mediante denuncias e informes de la Defensoría de los Habitantes; por medio de un grupo de notables nombrado por el actual Poder Ejecutivo; mediante los usuarios de los servicios públicos de salud; mediante informes y recomendaciones de la Contraloría General de la República; de auditoría interna así como de especialistas de la propia CCSS<sup>111</sup>, que malas prácticas relacionadas a la compra institucional afectan los bienes públicos, generan un daño a los derechos ciudadanos, un grave daño social así como de orden

---

<sup>110</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 158 y 159, inédito.

<sup>111</sup> **Contraloría General de la República** "Informe No. DFOE-SA-7-2004 sobre el proceso de contratación administrativa promovido por algunos órganos desconcentrados de la Caja Costarricense de Seguro Social."; San José, Costa Rica; 17 de mayo del 2004. **Contraloría General de la República** "Informe No. DFOE-SA-4-2004 relativo a un estudio sobre compras de medicamentos fuera de la LOM en la Caja Costarricense de Seguro Social."; San José, Costa Rica; 18 de marzo del 2004. **Defensoría de los Habitantes** "Compendio derecho a la salud ", San José, Costa Rica; 1999. **Asamblea Legislativa de Costa Rica** "Informe de Mayoría: Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones"; Expediente N° 13-980; San José, Costa Rica; 26 de abril del 2001. **Asamblea Legislativa de Costa Rica** "Informe de Minoría: Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones"; Expediente N° 13-980; San José, Costa Rica; 21 de mayo del 2001. **Departamento de Farmacoterapia de la Caja** -oficios No. DGHM-1267-2003- y Oficio No. DGHM-1267-2003. **Informes de la Junta de Notables** designada por la Presidencia de la República en el año 2004, Informe de Mayoría de la Licda. Dunnia Chacón y el Dr. Álvaro Fernández Salas. Informe de Minoría del empresario Rafael Carrillo. Setiembre del 2004.



público <sup>112</sup>. Por ello, los aportes de complementariedad o subsidiaridad que efectivamente se pudiesen establecer para fortalecer el sistema de servicios de rehabilitación, por ejemplo, obligan a un cuidadoso análisis y proceso de contextualización que tome en cuenta la experiencia.

Con el fin de ilustrar sobre la disponibilidad de servicios de rehabilitación en el sector de servicios privados de salud, se indagó sobre la oferta para la rehabilitación en cinco instituciones: Hospital CIMA, Hospital Clínica Bíblica, Hospital Clínica Católica, Hospital Santa Rita y Hospital Jerusalén. Todas, por su naturaleza, determinan la oferta particular según la demanda del mercado de consumo de servicios y de conformidad con los riesgos de inversión que se decide tomar.

El Hospital CIMA, una empresa de grandes capitales, ofrece servicios de rehabilitación para todo tipo de condición que necesite someterse a un proceso de atención. Para los tratamientos en el área se contempla la intervención de especialidades como: fisioterapia, ortopedia, neurología, traumatología, reumatología, geriatría y cardiología. El campo de rehabilitación cuenta con 14 fisioterapeutas de los cuales 2 trabajan en las instalaciones del hospital en San Pedro y los 12 restantes en el hospital localizado en Escazú. La capacidad instalada, además de contemplar la infraestructura adaptada, igual contempla los equipos para la atención especializada, entre los que destacan los necesarios para: Electroterapia; Magnetoterapia; Láser (continuo, pulsátil); Ultrasonido (continuo, pulsátil); Diatermia; Tracción (lumbar y cervical); Termoterapia (compresas calientes y parafinas); Crioterapia; Tanque de remolino; Terapia acuática; Mesoterapia; Mecanoterapia; Bandas sin fin; Elipticas; Bicicletas.

La información sobre sesiones efectuadas en el 2004 es materia que se registra en la sección de contabilidad por lo que su acceso no es público. El costo por sesión es de 12.000 colones para personas internas en el hospital y de 10.000 colones para clientes frecuentes. La institución ofrece también programas para dar sesiones gratuitas a determinada cantidad de personas remitidas del Hospital de Niños, de hogares de niños y ancianos, y a personal del hospital.

El Hospital Clínica Bíblica ofrece servicios de rehabilitación física y cardíaca para lo que cuenta con el personal necesario. Particularmente para desarrollar las terapias físicas se cuenta con 2 fisioterapeutas; equipo de ultrasonidos, láser, jacuzzi, interferenciales, corrientes analgésicas y equipo para tracción cervical. La información sobre sesiones no es pública y el costo por sesión es de 9.000 colones.

El Hospital Clínica Católica no ofrece específicamente un servicio de rehabilitación, aunque dentro de la institución se usa remitir a diversos consultorios particulares a usuarios que ocupan de rehabilitación. Una red de servidores privados complementa la oferta instalada de la institución. La consulta general tiene un costo de 18.000 colones por sesión.

---

<sup>112</sup> En ese sentido por ejemplo la justificación de la decisión para la compra de servicios médicos se encontró en las listas de espera y retardo excesivo de citas por atención médica, en particular la especializada y la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa señaló que las listas de espera son la consecuencia de una situación provocada que ha venido incubándose desde hace varios años.

Por su parte, el Hospital Santa Rita y Hospital Jerusalén no brindan servicios de rehabilitación.

---

## 2.3 Relación Demanda / Oferta

---

### 2.3.1 Consideraciones generales

Al analizar con detalle los datos recopilados en la oferta y demanda de servicios a nivel nacional, podemos sacar algunas conclusiones obvias.

#### CCSS

- En primer lugar, a pesar de los esfuerzos realizados desde hace algunos años por parte de las autoridades en salud por cumplir con la meta de ofrecer servicios de rehabilitación en todas las regiones del país, incluyendo servicios a domicilio y ambulatorios, con recursos humanos y técnicos idóneos así como servicios de apoyo necesarios para garantizar la atención óptima, esto no se ha cumplido. La oferta es nula en el primer nivel de atención y en el 33.3% del segundo y tercer nivel, incompleta en la mayoría de los centros de salud, y la existente está centralizada a nivel de la provincia de San José.
- Se reconoce aún hoy en día que la rehabilitación no es un área prioritaria dentro del sistema de servicios de salud. Tal hecho se ve reforzado al haber excluido del compromiso de gestión la ficha técnica relacionada con acciones específicas hacia esa población desde el 2004. De hecho tal ficha únicamente estuvo incluida durante 2 años.
- Es reconocido que las unidades de servicios no funcionan como una red real, lo cual genera duplicidad de consultas, pérdida de tiempo y de recursos económicos<sup>113</sup>. Tal situación repercute en la calidad de los servicios brindados, debiendo utilizarse recursos en el tercer nivel para atender problemas que bien pudieron haberse resuelto en un segundo o primer nivel, razón por la cual los hospitales no han podido progresar en su especialización.
- La asignación de los recursos no es uniforme, ni se hace tomando en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, sino que se rigen por cuestiones administrativas complejas que en la mayoría de los casos no permiten que las ayudas técnicas lleguen a los usuarios. Tal es el caso de las sillas de ruedas.
- Es clara y reconocida la insuficiencia con la que la CCSS y sus centros de atención asumen la necesidad de las personas en lo que respecta a la dotación de implementos indispensables para la recuperación e integración de las personas con discapacidad, como lo son las ayudas técnicas.

---

<sup>113</sup> La Nación, Lunes 12 de Setiembre del 2005. EL PAIS. 5ª. Se recalca el hecho de que la duplicación de servicios impide que los hospitales del tercer nivel se especialicen, la descoordinación eleva los costos y causa atrasos en la atención de los pacientes.

- Existe un subregistro y/o consultas nivel institucional, reflejado en las estadísticas de la institución.
- Existe un único recurso a nivel nacional para la hospitalización de personas con discapacidad cuando requieren participar de un programa de rehabilitación específico según su discapacidad, localizado en San José. La mayor parte de la población con discapacidad vive en el espacio rural.
- El personal de apoyo requerido para los servicios de rehabilitación no es suficiente, lo cual repercute en la calidad de atención brindada.
- La población infantil del país no cuenta con un centro que brinde atención en rehabilitación pediátrica.
- Existe una clara deficiencia a nivel nacional de recurso humano en áreas como terapia ocupacional y de lenguaje, lo cual es una situación de años, sin que se vislumbre solución a corto plazo. Eso contrasta drásticamente con la situación que se ha venido dando en los últimos años a nivel del Ministerio de Educación Pública MEP, en donde podemos observar la contratación de recursos humanos en terapia física, ocupacional y de lenguaje hasta alcanzar en el último caso, niveles muy superiores a los de la CCSS.
- Las acciones de descentralización del CENARE no pueden ser efectivas sin un plan que involucre a los demás centros de atención a nivel de la CCSS.
- Los indicadores del compromiso de gestión e indicadores en general no toman en cuenta calidad de servicios, sino cantidad, lo cual es un error. El tema de la discapacidad se eliminó de los compromisos de gestión desde el 2004.
- No existe relación ni enlace CCSS con otras instituciones más allá que la elaboración de epicrisis o dictámenes. Esto se refleja con más agudeza en los centros de mayor especialización, los cuales no guardan relación alguna con instituciones ajenas a las prestadoras de servicios de salud. No existe articulación de la atención y rehabilitación de la persona con discapacidad mental con el resto de los servicios de rehabilitación que se ofrecen, con lo cual queda descubierta parte de la población con discapacidad física o sensorial que requiere de tales servicios en forma simultánea al manejo de su discapacidad.
- El lenguaje utilizado para procesar información en la CCSS difiere del utilizado en el CNREE y otras organizaciones. El sistema de referencia- contrarreferencia, epicrisis, no es un mecanismo eficaz de flujo de información entre centros que conforman la red. Ya que quedan sujetos a criterios subjetivos los datos incluidos en las hojas, con lo cual mucha información se queda por fuera.

#### **INS**

- En lo que respecta al INS, la situación es parecida a la de la CCSS, encontrando mayores recursos a nivel regional, sin embargo existe una concentración de servicios a

nivel de la provincia de San José, al igual que en la CCSS. Tal es el caso de las especialidades médicas, psicología, terapia ocupacional y de lenguaje, entre otros. No existe una articulación real entre el INS y la CCSS.

- La prestación de servicios de salud que ofrece el INS en sus aspectos enunciativos, se rige por principios claros de accesibilidad, prontitud, y eficiencia administrativa pero no pueden definirse como integrales.
- La relación INS / CNREE / Otras organizaciones es deficiente.

#### **CNREE**

- El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, en concordancia con el proceso de cambio que inició en 1993, inició la suspensión gradual de la ejecución de programas o servicios de rehabilitación en línea directa con el usuario que había estado prestando en la década de los setenta y ochenta. Quedó entonces una población "huérfana", la cual ha sido absorbida en parte por los programas de Atención para adultos con discapacidad brindados por el Ministerio de Educación Pública. Sin embargo durante un período de tiempo este servicio no estuvo disponible, con lo cual muchas personas con discapacidad se vieron sin recurso alguno desde el punto de vista vocacional y/o laboral.
- En cuanto al papel del Consejo en los programas y servicios para ubicar a personas con discapacidad mayor de edad en estado de abandono, se aleja del discurso de cese de atención directa, al intervenir directamente en el financiamiento de los subsidios para mantener y darle seguimiento al programa de convivencia familiar, por ejemplo. Se prestan servicios de terapia en 5 sedes del CNREE, aún cuando estos servicios se están dando a través de una ONG. Por otro lado, al ser prácticamente la única opción a nivel nacional para la reubicación de personas con discapacidad en condiciones de abandono, los trámites son lentos y no siempre positivos. Queda el vacío en la atención y seguimiento del adulto con discapacidad en riesgo social, con las implicaciones que ello representa.
- En cuanto a los programas y servicios para promover y apoyar a las ONG, capacitar a la población en general, informar y divulgar acciones realizadas en el campo de la discapacidad y rehabilitación, tales programas no son conocidos por muchas personas con discapacidad o por profesionales en salud, y por lo tanto no se diseminan como se debiera.

#### **MEP**

- El Ministerio de Educación Pública ofrece servicios de terapia física y terapia ocupacional bajo la modalidad de apoyos complementarios, lo cual es controversial si se toma en cuenta que estos servicios en realidad son de tipo terapéutico, debiendo entonces ser asumidos o supervisados por la CCSS. El denominar los de la forma en que lo han sido de ninguna manera suprime su práctica real.

Ahora bien, dadas las anteriores conclusiones es importante preguntarse si existe un real acceso de las personas con discapacidad a los servicios de rehabilitación. El acceso a los servicios de salud y por ende a los servicios de rehabilitación está validado para la totalidad de la población del país, en tanto la Ley General de Salud establece que la salud es un bien de interés público tutelado por el Estado, y por cuanto el principio de universalidad del seguro de salud garantiza servicios y apoyos a favor de toda la población. De ahí, todas las personas que requiera de los servicios de rehabilitación bien pueden acudir a las unidades especializadas de atención de la CCSS, en donde tomarán parte de la gestión práctica del seguro.

En la gestión práctica del seguro de salud, el concepto de universalidad no llega a aplicarse en un sentido literal. Los administradores del seguro de salud intentan controlar el acceso indiscriminado por medio de afiliaciones específicas de seguro. Los únicos servicios que son otorgados independientemente de la condición de aseguramiento son los de urgencias, aunque incluso éstos, están sujetos al cobro posterior en el caso de las personas no afiliadas al sistema. De ahí que para poder hacer uso de los servicios de rehabilitación en la gestión práctica del seguro social, es importante ser partícipe de la cobertura contributiva, porque en su defecto será necesario vencer barreras de tipo administrativo y económico.

Para ahondar más sobre la gestión práctica del seguro de salud, consideremos que en el año 2004 un 19% de la población no contaba con seguro y la población en situación de pobreza alcanzó el 21%. Estas personas en su mayoría adultas, se encuentran desempleadas, realizan trabajo ocasional u estacional o se encuentran desempeñando labores en el sector informal de la economía. Tal población cuenta con escasas posibilidades de cotizar para algún seguro de manera regular y consecuentemente de acceder a servicios médicos especializados como los de rehabilitación que brinda la CCSS o el INS.

Tomando como referencia los datos recopilados para intentar sacar conclusiones relacionadas con la demanda de los servicios por parte de la población con discapacidad, nos encontramos frente a una tarea difícil pues en primer lugar, los hospitales e instituciones de la Caja Costarricense de Seguro Social no registran datos de población sino de consultas dadas, sesiones brindadas, tratamientos dados, egresos hospitalarios, etc. Por lo tanto es imposible tener un dato exacto de la cantidad de personas con discapacidad fueron atendidas en un lapso determinado de tiempo, pues la misma persona pudiera haber consultado una o varias veces en uno o varios centros hospitalarios a nivel nacional, o haber requerido uno o varios tratamientos, internamientos, etc.

No es posible saber con exactitud la población total de personas con discapacidad que están haciendo uso de los servicios de rehabilitación, dadas las limitaciones del presente estudio, ni tampoco podemos inferir cuántas personas de la población total de habitantes requerirán en cualquier momento de su vida de los servicios de rehabilitación, ya que cualquier ser humano está expuesto a una situación de vida que genera discapacidad. Por lo tanto, podemos presumir que los servicios deben estar disponibles para que cualquier costarricense haga uso de ellos, no sólo la población con discapacidad.

Los datos reflejados en la Oferta de servicios, podrían ser un indicador de “demanda satisfecha” más no de demanda total, pues se desconoce el número de personas que habiendo necesitado un servicio, este no estuviera disponible. Conviene insertar aquí una diferenciación importante entre demanda y necesidad<sup>114</sup>.

Según Lacasta (2005) la necesidad es la carencia de algo que impide tener un cierto nivel calidad de vida. Esa carencia puede estar en el plano material, en el emocional, en el social, en el personal. Lo distintivo de la necesidad respecto de la demanda es que la necesidad no tiene porque ser evidente ni consciente, sino que simplemente está. La demanda, por el contrario, es consciente y explícita y se formula diciendo necesito esto. Pido, solicito, aspiro a que se me proporcione este servicio o este apoyo concreto. La demanda es, por tanto, una auto interpretación de la propia necesidad.

La cuestión es que no siempre hacemos una adecuada auto interpretación de nuestras necesidades. A veces, no se sabe lo que le pasa y, por tanto, tampoco lo que quiere, hay necesidades sin demandas explícitas. Esta situación podría ser común a personas con discapacidad y sus familias. Por lo que el autor plantea que para el diseño y ejecución de planes de apoyo, no debe de tomarse en cuenta solamente la demanda de servicios sino también diagnosticar e interpretar a profundidad las necesidades. Precisamente, atinar en la verdadera interpretación de las necesidades es un "proceso crucial" para acertar en las soluciones y en la provisión de apoyos por parte de los servicios, y un proceso esencial para la calidad.

Seguidamente, se expondrá un compendio de observaciones a cerca de los servicios de rehabilitación de parte de diferentes actores.

### **2.3.2 Necesidades manifiestas en relación con los servicios de rehabilitación y apoyo para las personas con discapacidad que ofrecen instituciones públicas y ONGs**

El siguiente compendio de observaciones se basa en las reflexiones de diversos colaboradores(as) mediante conversaciones abiertas, entrevistas grupales y grupos focalizados, sobre los servicios de rehabilitación con los que han tenido contacto tanto en el sector público como en los programas de diferentes ONGs<sup>115</sup>. Con el carácter general y abierto de las observaciones y prioridades que se destacan, se busca que las instancias públicas y privadas que brindan servicios de rehabilitación y apoyo a las personas con discapacidad logren identificarse con la mayoría, sin discriminar con base en responsabilidades adscritas y definidas como propias en sus políticas orgánicas y misiones particulares.

Lo que se observa como necesario o prioritario por los siguientes grupos de personas, ciertamente apunta hacia vacíos o faltas que quedan por atenderse con

---

<sup>114</sup> Tomado de Lacasta, Juan José. “Calidad de los servicios de apoyo familiar” Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de familias de personas con retardo mental , organizado en forma virtual por la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con retraso mental) 2005.

<sup>115</sup> A partir del 7 de abril y hasta el 2 de Mayo del año 2005, se realizó una dinámica de encuentros, conversaciones y discusiones abiertas, con personas vinculadas a asociaciones y agrupaciones relacionadas a servicios de apoyo y rehabilitación para personas con discapacidad. Igual se dio la relación con personas usuarias de los servicios. En total, participaron 11 administradores de servicios de apoyo y rehabilitación, 29 personas con discapacidad usuarias de los servicios y 22 familiares y allegados a los usuarios, cada cual en su contexto, en las conversaciones y los ejercicios de reflexión sobre los servicios de rehabilitación y apoyo de los que conocen o han experimentado.

mayor presteza o por fortalecerse en la práctica más que en la retórica o discurso institucional del sector público y privado.<sup>116</sup>

- **Administradores de los servicios**

Este grupo lo constituye el conjunto de personas que llevan a la práctica los diferentes servicios de rehabilitación y apoyo, al interior de diferentes iniciativas de atención. Profesionales en terapia física y ocupacional, en educación especial, trabajo social; así como miembros de juntas directivas de asociaciones y de encargados de talleres laborales, nutren y proponen el siguiente compendio de actos prioritarios a considerar para el mejoramiento de los servicios de rehabilitación y de la calidad de vida de las personas que requieren de servicios.

- ✓ Hacer de conocimiento público las opciones de apoyo profesional especializado y apoyo económico a las que pueden apelar personas con discapacidad, familiares y allegados de las mismas.
- ✓ Garantizar el apoyo económico a las ONG y personas para hacer frente a necesidades básicas relacionadas al proceso de rehabilitación, sin condicionar su asistencia a criterios que contemplan exclusivamente la condición de “pobreza extrema” y que dejan de lado las condiciones particulares de la discapacidad o condición de salud.
- ✓ Reforzar y diversificar la oferta de servicios de rehabilitación y apoyo con más recursos humanos capacitados y comprometidos con el bienestar común, e identificados con las condiciones que impone el contexto en que vive la persona con discapacidad.
- ✓ Simplificar las condiciones establecidas por instancias del gobierno para la asignación de recursos humanos, que lleguen a fortalecer los servicios de apoyo y rehabilitación. En su defecto, instruir a las organizaciones de base comunal, para que logren hacer lo correspondiente para contar con el apoyo profesional de instancias especializadas.
- ✓ Garantizar el transporte a cada uno de los usuarios de los programas y servicios de rehabilitación, con el fin de que la accesibilidad a la atención no se vea condicionada por la concentración y centralización de las ofertas o por la falta de recursos para acudir a los centros de atención.
- ✓ Velar por que los proyectos de rehabilitación se constituyan en la integración de programas que no dejen por fuera actividades de carácter recreativo, cultural y de esparcimiento para las personas con discapacidad.
- ✓ Determinar un seguro complementario en el que puedan caber los usuarios de los servicios terapéuticos y de formación que se brindan al interior de talleres ocupacionales. Lo anterior, en tanto se detecta un vacío en vista de que los

---

<sup>116</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 170, 171, 172, 173 y 174, inédito.



sistemas actuales no identifican a los usuarios ni como trabajadores, ni como estudiantes.

- **Usuarios y usuarias de los servicios**

- ✓ Contar exclusivamente con instructores, terapeutas y colaboradores (guardas, choferes, personal de aseo y nutrición, entre otros) que posean y cultiven cualidades de mentores y educadores en el más amplio sentido.
- ✓ Desarrollar los programas terapéuticos y proyectos laborales junto a programas recreativos y culturales, de información y orientación.
- ✓ Garantizar el acceso a servicios terapéuticos periódicos, que guarden relación directa con el desarrollo personal y con el mejoramiento o deterioro de la salud.
- ✓ Apostar por el trato cálido y personalizado al brindar los servicios de rehabilitación.
- ✓ Desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a empleadores en general, para que el mercado laboral se expanda sin necesidad de recurrir a los incentivos por contratación de personas con discapacidad.
- ✓ Analizar y llevar a la práctica programas y servicios terapéuticos fuera de espacios aislados, que logren involucrar a diferentes sectores de la comunidad para construir en la sociedad entera un espacio terapéutico.
- ✓ Fortalecer el apoyo económico que se brinda y sobre todo garantizar su entrega a tiempo.
- ✓ Garantizar un estándar de calidad en los servicios de rehabilitación que brindan la CCSS y el INS, así como la igualdad de trato a las personas que acuden a cualquiera de las dos instituciones.
- ✓ Reforzar y llevar a la práctica las disposiciones para derribar las barreras actitudinales más que las barreras físicas, en tanto las acciones para deshabilitar las barreras físicas ya están avanzando.

- **Familiares y allegados de las personas con discapacidad**

- ✓ Resolver las condiciones que impone un sistema de servicios de rehabilitación centralizado en contextos donde las largas distancias y falta de medios para transportarse dificultan el acceso real.
- ✓ Reforzar la constancia y consistencia de la oferta de servicios y la atención, con el fin de que la rehabilitación como proceso no se vea perjudicada.
- ✓ Examinar y replantear los términos de las relaciones que guardan las instituciones que ofrecen servicios de rehabilitación, para que entre ellas se logre brindar una oferta más integral.

- ✓ Fortalecer y acercar la oferta de apoyo socioeconómico a la mayoría de la población con discapacidad, con el fin de mitigar la necesidad fundamentada y latente de acudir a la caridad pública.
- ✓ Desarrollar campañas de información y capacitación que ofrezcan a las familias insumos para convivir con sus miembros con discapacidad y para saber cómo abordar “temas difíciles”, tales como los relacionados con sexualidad de las personas con discapacidad, violencia, agresión y discriminación; derechos humanos; manejo de límites, entre otros.
- ✓ Fortalecer la cultura organizacional y la capacidad de gestión de las familias, para que puedan hacer valer sus derechos y los de sus miembros con discapacidad.
- ✓ Habilitar y promocionar centros de apoyo familiar y líneas de información que brinden orientación oportuna, en diferentes regiones del país.

Las anteriores constituyen las prioridades destacadas por cada grupo de personas, elemento fundamental al momento de pensar en la posibilidad de fortalecer el sistema nacional de servicios de rehabilitación.

Ninguno de los grupos parece entrar en contradicciones en lo que se refiere a los juicios que hacen sobre sus experiencias y en relación con sus expectativas. Si bien se evidencia la necesidad de que las políticas en discapacidad lleguen a traducirse por completo en acciones favorables para la población con discapacidad, lo que igual se pone en evidencia es la necesidad de fortalecer a las personas físicas con conocimientos para que sean ellas mismas las que ejerzan el poder que les confiere la política pública en función de sus derechos.

Al respecto, el CNREE señala estar emprendiendo un significativo programa<sup>117</sup>, que tratará por un lado, de establecer un control permanente sobre el cumplimiento de políticas públicas e institucionales; por otro lado, de hacer de las personas los “mecanismos de exigibilidad” fundamentales para el ejercicio de control.

La dinámica planteada apuesta por una participación ciudadana que ejerza el control de sus derechos y que gestione los cambios que sean necesarios. A largo plazo, la fuerza organizada en las comunidades se observa como “comités de consulta” y de monitoreo permanente. Ante tan enérgica nueva alternativa, y en relación con las prioridades apuntadas por las personas vinculadas a las organizaciones no gubernamentales consideradas aquí, queda esperar lo mejor.

---

<sup>117</sup> El programa se plantea desde el Departamento Técnico del CNREE, y particularmente, lo implementa el equipo encargado de la Gestión de Políticas Públicas y Participación Ciudadana. Empezó a funcionar en el primer trimestre del año 2005.

---

---

# OFERTA ACADÉMICA PARA LA FORMACIÓN Y CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO VINCULADO A SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

---

---

La autorización para el funcionamiento y la fiscalización de programas y carreras afines a los servicios de rehabilitación en las instituciones de educación técnica y universitaria, públicas y privadas, es responsabilidad del Ministerio de Educación Pública. En el mismo orden, la labor de acreditación de las escuelas públicas corresponde al Consejo Nacional de Rectores (CONARE) y la de las privadas al Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). El Ministerio de Salud Pública por su parte se ve poco vinculado a la labor de regulación en la formación de recursos humanos para la salud.<sup>118 119</sup>

La insuficiente injerencia y regulación desde el Sector Salud en el campo de formación profesional y técnica ha propiciado que proliferen instituciones formadoras y que aumenten los egresados, provocando la saturación de campos clínicos en los hospitales públicos con estudiantes de múltiples escuelas. Esta situación, ha sido subrayada por la Defensoría de los Habitantes y la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa como generadora de un significativo deterioro de la calidad de servicios que los asegurados reciben y de un uso inadecuado de los recursos de la institución.

La CCSS acoge en sus hospitales estudiantes de medicina, enfermería, farmacia, microbiología, odontología y psicología clínica. De los mismos, ni el Consejo Nacional de Educación Superior, ni el Ministerio de Educación Pública, ni la CCSS, conocen cuál es la matrícula total o en cada universidad en el área de salud. Los Consejos Académicos de cada uno de los hospitales son los que autorizan los campos clínicos y prácticamente se aceptan todos los estudiantes enviados por las universidades, debido a que los profesores son los médicos del mismo hospital que en horas de trabajo enseña a los alumnos utilizando los pacientes a su cargo o de su servicio. Sobre tal situación, la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa señaló que no se garantiza el aprendizaje ni se tutelan efectivamente los derechos a la privacidad e intimidad de los asegurados, los que son con frecuencia violentados por la actividad docente que se

---

<sup>118</sup> Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. C.R. 2004. Págs. 17-18. Serie Análisis de Situación de Salud ; no.15

<sup>119</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 160 y 161, inédito.

realiza en los hospitales y clínicas, tal y como también ha reiterado la Defensoría de los Habitantes.

Así las cosas, conviene observar las posibilidades que existen para la formación y cultivo intelectual del recurso humano en carreras afines a la práctica en servicios y programas de rehabilitación. Sobre las instituciones públicas y privadas que se presentan a la población como opciones para el nutrimento intelectual, se ha completado un cuadro (Cuadro No.42) en el que se incluye la oferta de formación vinculada a la institución y a la sede / localidad donde se imparte la carrera. De tal procesamiento de información, puede destacarse lo siguiente:

#### **De la oferta:**

- Se da una alta concentración de la oferta para la formación en la Gran Área Metropolitana. Esto puede llevar a la insuficiencia de recurso humano para cubrir puestos particulares en regiones alejadas “del centro”. Igual puede significar el desestímulo para las poblaciones jóvenes que buscan prepararse en determinado campo profesional sin tener que dejar su espacio vital.<sup>120</sup>

#### **De las carreras:<sup>121</sup>**

- La carrera de Medicina a nivel de bachillerato y licenciatura puede encontrarse en 8 escuelas universitarias del país (1 pública y 7 privadas). Todas las ofertas están centralizadas en el Área Metropolitana. La oferta de especializaciones médicas de la UCR es la más amplia.
- La carrera de Psicología a nivel de bachillerato y licenciatura se ofrece en 11 escuelas (2 públicas y 9 privadas). Numerosas opciones trascienden el área geográfica central del país para darse en sedes regionales de diferentes provincias
- Existe una única opción de formación profesional en Terapia Ocupacional y en Terapia Respiratoria: Universidad Santa Paula que ofrece las dos carreras en su sede de San José.
- La oferta de formación en Terapia Física puede encontrarse en 5 universidades del país: UCR, Universidad Santa Paula, UACA, ULATINA, UAM. Todas ofrecen sus programas de estudios en San José. La ULATINA también ofrece la carrera en las sedes de Santa Cruz, Palmares y Grecia.
- La oferta de formación en Terapia de Lenguaje se ofrece en 2 instituciones: Universidad Santa Paula y Universidad Interamericana. Las dos escuelas ubicadas en el área metropolitana, San José y Heredia respectivamente. El énfasis en Estimulación y Desarrollo del Lenguaje para la licenciatura de Educación Preescolar de la Universidad Metropolitana Castro Carazo también

---

<sup>120</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 162, inédito.

<sup>121</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 162, inédito.

constituye una opción importante para desarrollar labores en el área de lenguaje.

- Los períodos para completar la formación profesional varían significativamente entre las escuelas públicas y las privadas, y según las carreras. En las escuelas del sector privado la norma es de 9 cuatrimestres para completar un bachillerato y 3 cuatrimestres para completar una licenciatura. A nivel de post-gradado se mantiene la tendencia de períodos más cortos en el sector privado. En el sector público el requerimiento de completar determinada cantidad de créditos tiende a ocupar por lo menos 10 semestres en el caso de una licenciatura en la carrera de medicina, y 6 a 8 semestres más en el caso de las especializaciones médicas en la forma de post-gradados.<sup>122</sup>

### **De los post-gradados:**

- En estudios de post-gradado, las opciones de la UCR destacan por el Programa Interdisciplinario sobre Discapacidad y por los Programas de Gerontología, Psicología, y Salud Pública. Igual destacan la opción de especialidades médicas como la de Medicina Física y Rehabilitación, que se desarrolla en coordinación con el CENDEISS de la CCSS.
- El Programa en Salud Integral y Movimiento Humano de la UNA y su similar propio de la UCR también constituyen opciones de post-gradado importantes para que elementos como la recreación pueda llegar a complementar los procesos de rehabilitación.
- En el nivel de post-gradado igual destaca la oferta amparada por escuelas privadas como la de programas de Maestría en Estimulación Temprana y Cuidados Paliativos (Universidad Santa Paula), en Salud Pública, Administración de Servicios de salud, Salud Mental y Psiquiatría (Universidad Santa Lucía), y programas de Doctorado en Medicina y Ciencias de la Salud (UACA). Estas opciones sólo se ofrecen en sedes de San José.
- El post-gradado en Psicología se ofrece actualmente en la UCR, la UCatólica, y la UCI.
- La Universidad a Distancia UNED ofrece diferentes post-gradados en áreas de Gerencia, Formulación y Análisis de Políticas, Sistemas de Información y Comunicación, Ingeniería Hospitalaria, y Enfermería.

### **De los estudios a distancia:**

- La Universidad Estatal a Distancia hace un importante aporte a la descentralización de ofertas para la formación en Administración de Servicios de Salud con sus programas de estudios a distancia.

---

<sup>122</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 161, inédito.

## Otras carreras:<sup>123</sup>

- Las Carreras en Registros Médicos y Sistemas de Información en Salud, Administración en Sistemas de Información en Salud de dos diferentes universidades privadas (ULICORI y U Santa Lucía) junto al énfasis de post-grado de la UNED en Sistemas de Información y Comunicación podrían llegar a generar el recurso humano necesario para resolver la necesidad del óptimo manejo de información al interior del sistema de servicios de salud.
- Carreras como Seguridad Laboral e Higiene Ambiental, Salud Ocupacional (TEC) y Psicología Laboral (UNAM) constituyen opciones importantes para complementar el trabajo de prevención de incidentes y accidentes en escenarios de trabajo que puedan ocasionar algún tipo de discapacidad y requerir de rehabilitación.

## De los cursos de capacitación:

En otro orden, el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) de la CCSS, particularmente la Sub-área de Desarrollo Profesional, también asume funciones para el cultivo y fortalecimiento del recurso humano que labora para la institución, en aras de la atención integral en salud y a razón de demandas del modelo de desconcentración y modernización de la CCSS. En tal sentido, este Centro es responsable de actividades como Postgrados en Especialidades Médicas y en Gestión Local de Salud; Actualización Profesional (Pasantías <sup>124</sup>); Formación de Auxiliares de Enfermería y ATAPS; Programas de Formación a través de Convenios con Universidades Públicas; Capacitación en temas diversos.

En lo particular a opciones afines a programas y servicios de rehabilitación dicha instancia, correspondiendo a la instauración de la Ley 7600, brinda cursos de capacitación y actualización con relación a ésta, en conjunto con el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial CNREE. En ese sentido, en el año 2004 se dieron 21 talleres de capacitación en el tema de la Ley 7600, y 4 en el año 2005, así como 19 cursos de formación en el uso del lenguaje LESCO. Asimismo, brinda pasantías en Rehabilitación de 80 y de 160 horas, orientadas a actualizar conocimientos de Accidente Vascular Cerebral, Lesión Medular, Traumatismo Cráneo-Encefálico, Parálisis Cerebral, Patología de la Columna Vertebral, Síndrome de Inmovilización, las cuales están dirigidas especialmente a médicos cirujanos generales y médicos especialistas que trabajen en clínicas periféricas o EBAIS. A tal oferta se le suma la pasantía de 24 horas en fundamentos básicos de terapia ocupacional en el manejo de urgencias en tratamiento mental, impartida con el apoyo del Hospital Nacional Psiquiátrico especialmente a profesionales de las Ciencias de la Salud.

---

<sup>123</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 163, inédito.

<sup>124</sup> Como parte de las actividades académicas que ejecuta la Subárea de Desarrollo Profesional del CENDEISSS se ubica el Programa de Pasantías, cuyo objetivo es actualizar al personal del Área de Salud (Médico y Administrativo) en los conocimientos a nivel teórico y práctico sobre diferentes áreas del campo de la salud. La pasantía consiste en el traslado de una o varias personas a una unidad de atención donde se ha logrado un avance importante en el abordaje de determinada situación de salud, así como en el establecimiento de procedimientos administrativos que han probado ser eficientes. En la unidad se observa su estructura y funcionamiento y se desarrollan actividades prácticas en aplicación de nuevos sistemas, métodos, técnicas, habilidades y destrezas, así como su actualización.

Adicionalmente, el CENDEISSS ofrece una pasantía sobre Abordaje Odontológico Intra hospitalario de la Persona Con Discapacidad de 80 y 160 horas, en el Centro Nacional de Rehabilitación y en el Hospital Max Peralta, dirigida a odontólogos en general. En el Centro Nacional de Rehabilitación también se ofrece una pasantía de 160 horas en Electromiografía, dirigida a médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y Neurología que trabajen en Clínicas periféricas o en Hospitales y que deseen actualizar conocimientos sobre tipos de "anormalidades electromiográficas", síndromes de atrapamientos, miopatías, enfermedades neuromusculares, polineuropatías, plexopatías, radiculopatías, estimulación repetitiva, e interpretación electromiográfica.<sup>125</sup>

Por lo demás, existe la opción de realizar una pasantía de 80 horas en el Centro Nacional de Rehabilitación, para actualizar conocimientos en Enfermería para trabajar con personas con discapacidad, dirigida a Enfermeras graduadas.

Otras opciones de pasantía además de las ya mencionadas, corren en el orden de:

- Atención integral de Enfermería al Adulto Mayor
- Atención intra hospitalaria para el Adulto Mayor
- Geriatría y Gerontología
- Trabajo social especializado en la atención del adulto mayor
- Atención a Usuarios con Cirugía Cardio Vascular
- Actualización en Cirugía Ortopédica
- Desarrollo de la conducta
- Fundamentos básicos de Terapia Ocupacional en el Manejo de Urgencias en Tratamiento Mental
- Manejo de Control del dolor y cuidados paliativos
- Promoción de la Salud, estilos de vida saludable
- Psicología clínica
- Psiquiatría
- Supervisión de Consulta Externa y Psiquiatría

En lo que respecta a estudios de post-grado, el CENDEISSS responde al cuerpo médico de la CCSS con ofertas para la especialización, coordinadas con el Sistema de Estudios de Post-grado de la Universidad de Costa Rica. El Programa en Medicina Física y Rehabilitación, dirigido a licenciados en Medicina y Cirugía, constituye una opción fundamental que se desarrolla por tres años en los que se realizan prácticas clínicas en el CENARE y otros hospitales. Como requisito para la graduación los postulantes a la especialidad deben desarrollar una investigación.

En este orden de formación, también se ofrece el Curso Especial de Posgrado en Atención Integral de Salud que está dirigido a médicos generales del primer nivel de atención y el Curso Especial de Post-grado en Gestión Local de Salud que se dirige a profesionales del primer nivel de atención.

---

<sup>125</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 164, inédito.

Ambas opciones son cursos de capacitación en servicio, diseñados para ser desarrollados en un año de estudios a distancia con sesiones presenciales quincenales a nivel regional y prácticas de campo<sup>126</sup>.

El curso Gestión Local de Salud tiene como propósito desarrollar la capacidad de gestión de la salud, adquiriendo mayores conocimientos para implementar algunas funciones esenciales de la salud pública. La participación social, la atención integral y la investigación-acción social son los ejes transversales en la capacitación.

El curso Atención Integral de Salud tiene como propósito aumentar la capacidad resolutoria de los médicos del primer nivel de atención mediante el enfoque de la atención integral de salud. Utiliza la perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria para mejorar su desempeño en la atención de las personas. Si bien ambas opciones no generan créditos universitarios, ciertamente constituyen un área de formación importante para llegar a optimizar la calidad de los servicios de salud y rehabilitación, en el primer nivel de atención de salud.

De lo anterior, veamos que el CENDEISS como ente rector y regulador del recurso humano que labora en la CCSS, representa un escenario fundamental donde correspondería examinar a profundidad las necesidades en términos cualitativos y cuantitativos que se experimentan en torno al recurso humano vinculado al sistema de servicios de salud y rehabilitación. Sus acciones son fundamentales para el aumento de las demandas de la población en relación a la formación y capacitación del recurso humano que pone a funcionar al sistema de servicios.

---

<sup>126</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 165, inédito.



**Cuadro No. 42: Oferta de carreras afines a la práctica en servicios y programas de rehabilitación**

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>CARRERAS AFINES</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
<p><b>Universidad de Costa Rica (UCR)</b></p>	<p>1. Medicina y Cirugía: Bachillerato en Ciencias Médicas y Licenciatura en Ciencias Médicas y Cirugía. Con título profesional de Doctor.</p> <p>2. Terapia Física: Bachillerato y Licenciatura</p> <p>3. Psicología: Bachillerato y Licenciatura</p> <p>4. Educación Física: Bachillerato y Licenciatura</p> <p><b>Especialidades en Ciencias de la Salud:</b>                      Cardiología                      Vascular Periférico                      Geriatría y Gerontología                      Medicina Familiar y Comunitaria                      Medicina Física y Rehabilitación                      Ortopedia y Traumatología                      Psicología Clínica                      Psiquiatría</p> <p><b>Estudios de Post-grado:</b>                      Maestría en Estudios Interdisciplinarios sobre Discapacidad                      Maestría en Gerontología                      Maestría en Salud Pública                      Maestría en Psicología                      Maestría en Ciencias del Movimiento Humano</p>	<p>Sede Universitaria Rodrigo Facio en San Pedro, Montes de Oca. San José.</p>
<p><b>Universidad Estatal a Distancia (UNED)</b></p>	<p>Administración de Servicios de Salud: Diplomado, Bachillerato</p> <p><b>Estudios de Post-grado:</b>                      Administración de Servicios de Salud Sostenible. Con diferentes énfasis, a saber: Gerencia de Servicios de Salud; Formulación y Análisis de Políticas de Salud; Sistemas de Información y Comunicación; Ingeniería Hospitalaria; Enfermería.</p>	<p>Se trabaja con la modalidad de estudio a distancia. Los encuentros con los profesores y entre los estudiantes son periódicos y en relación a los requerimientos de cada curso.</p>
<p><b>Universidad Nacional Autónoma (UNA)</b></p>	<p>Educación Física: Bachillerato y Licenciatura</p>	<p>Sedes en Heredia y Guanacaste.</p>

	<p>Psicología: Bachillerato y Licenciatura</p> <p><b>Estudios de Postgrado:</b> Maestría en Salud Integral y Movimiento Humano</p>	
<b>Instituto Tecnológico de Costa Rica (TEC)</b>	<p>Seguridad Laboral e Higiene Ambiental: Diplomado y Bachillerato.</p> <p><b>Estudios de Postgrado:</b> Maestría en Salud Ocupacional</p>	Sede en Cartago.
<b>Universidad Santa Paula</b>	<p>Audiología: Bachillerato Terapia Física: Bachillerato y Licenciatura Terapia ocupacional: Bachillerato y Licenciatura Terapia respiratoria: Bachillerato y Licenciatura Terapia de lenguaje: Bachillerato y Licenciatura</p> <p><b>Estudios de Postgrado:</b> Estimulación Temprana Cuidados Paliativos</p>	Lomas de Ayarco Sur de Curridabat. San José.
<b>Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED)</b>	<p>Medicina: título profesional de Médico</p>	Sede en Sabana Oeste. San José
<b>Universidad Autónoma de las Ciencias Medicas (UACA)</b>	<p>Medicina: Licenciatura Terapia Física: Bachillerato y Licenciatura</p> <p>Estudios de Post-grado: Doctorado en Ciencias de la Salud Doctorado en Medicina</p>	Sede en Cipreses de Curridabat. San José.
<b>Universidad Latina</b>	<p>Medicina: Licenciatura Terapia Física: Bachillerato</p>	Medicina en su Sede Central en San José. Terapia Física, en las Sedes de Santa Cruz, Palmares, Grecia y San José.
<b>Universidad Interamericana</b>	<p>Educación Especial con énfasis en Terapia del Lenguaje: Licenciatura</p>	Sede en Heredia

<b>Universidad de Iberoamérica (UNIBE)</b>	Medicina: Bachillerato y Licenciatura Psicología: Bachillerato y Licenciatura	Tibás. San José
<b>Universidad Americana (UAM)</b>	Terapia Física: Bachillerato y Licenciatura	Sede Central en San José
<b>Universidad Internacional de las Américas (UIA)</b>	Medicina y Cirugía Bachillerato y Licenciatura	Sede en Barrio Aranjuez. San José
<b>Universidad Hispanoamericana</b>	Medicina y Cirugía Bachillerato y Licenciatura Psicología: Bachillerato y Licenciatura	Sedes en Tibás, San José; y Heredia
<b>Universidad Libre de Costa Rica (ULICORI)</b>	Registros Médicos y Sistemas de Información en Salud: Bachillerato y Licenciatura Administración en Servicios de Salud: Bachillerato y Licenciatura Planificación de la Salud: Bachillerato y Licenciatura	Sedes en Barrio La California en San José; y en Santa Cruz, Guanacaste.
<b>Universidad Santa Lucía (USL)</b>	Administración en Sistemas de Información en Salud y Registros Médicos: Bachillerato  <b>Estudios de Postgrado:</b> (Maestrías): Salud Pública con énfasis en epidemiología. Salud Mental y Psiquiatría Administración de Servicios de salud	Sedes en San José, Alajuela, Cartago, Puntarenas, San Carlos, Guápiles, Limón y San Ramón.
<b>Universidad Metropolitana Castro Carazo</b>	Educación Preescolar con Énfasis en Estimulación y Desarrollo del Lenguaje: Licenciatura	Sedes en San José, Paso Canoas, Pérez Zeledón, Limón, Puntarenas, Puriscal y Palmares.
<b>Universidad Metodista de Costa Rica (UNIMET)</b>	Psicología: Bachillerato y Licenciatura	Sede en San Pedro de Montes de Oca, San José.
<b>Colegio Universitario San Judas Tadeo (USJT)</b>	Medicina: Bachillerato en ciencias de la salud y Licenciatura en medicina y cirugía	Sede en San José.
<b>Universidad Autónoma de Monterrey (UNAM)</b>	Psicología: Bachillerato y Licenciatura Psicología Laboral: Maestría pronta a abrirse	Sede en San José.
<b>Universidad Adventista de Centroamérica (UNADECA)</b>	Psicología: Bachillerato y Licenciatura	Sede en la Ceiba de Alajuela.
<b>Universidad Católica de Costa Rica (U Católica)</b>	Psicología: Bachillerato y Licenciatura	Sedes en San José, San Carlos y Pérez Zeledón
<b>Universidad Centroamericana de Ciencias Sociales (UCASIS)</b>	Psicología: Bachillerato y Licenciatura Maestría en Psicoanálisis.	Sede en San Pedro.
<b>Universidad del Valle</b>	Psicología: Bachillerato y	Sedes en San José y

	Licenciatura	Cartago
<b>Universidad Fidelitas</b>	Psicología: Bachillerato y Licenciatura	Sede en San José
<b>Universidad para la Cooperación Internacional (UCI)</b>	<b>Estudios de Postgrado:</b> Maestría en Psicología Clínica Grupal Maestría en Estudios en Psicología Grupal	Sede en Barrio Escalante, San José.

**Fuente:** Actualización del cuadro elaborado por COINCO para Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005 de JICA con base en información recopilada en sitios electrónicos de cada institución o mediante contacto telefónico.

---

---

# BALANCE GENERAL Y LINEAMIENTOS BASE PARA LA DEFINICIÓN DE UN PLAN DE ACCION EN REHABILITACIÓN

---

---

## **4.1 BALANCE GENERAL**

Considerando lo recopilado a través de este estudio, podemos recapitular y destacar los siguientes aspectos:

1. Un balance general de la situación demuestra a pesar de que diferentes instituciones han reconocido la necesidad de coordinar e incorporar la rehabilitación como política activa, el sistema de servicios de salud costarricense funciona aún de manera multiforme y desarticulada. Esto se da a pesar de esfuerzos por organizarlo, los cuales se han expuesto en la forma de proyectos, planes, propuestas, sin que ninguno de ellos haya podido ponerse en práctica o concretarse totalmente a pesar de los intentos aislados por hacerlo. Lo que refleja la realidad es un conjunto de acciones aisladas o parcialmente coordinadas, que dificultan mantener la coherencia y unidad necesarias que hagan coincidir y corresponder la oferta de programas, servicios y bienes institucionales con la demanda social. A pesar de que la Ley 7600 determina obligaciones a cumplir por las instituciones públicas del sector salud en relación al acceso a los servicios y a los servicios de rehabilitación, y aunque la Directriz Presidencial número 27 establece responsabilidades para el sector estatal y municipal en relación a las políticas públicas en discapacidad, evidentemente se requiere fortalecer las acciones de exigibilidad, incorporando en cada institución responsable instrumentos operativos- programas y proyectos que permitan una ejecución y control efectivos. Los mismos servirían para traducir las políticas institucionales en acciones firmes en la práctica que garanticen el acceso universal real de toda la población a los servicios de rehabilitación. El Ministerio de Salud, al reconocer la necesidad de desarrollar acciones dirigidas a lograr un enfoque global e intersectorial, que cubra la promoción de la salud, la prevención de discapacidad, la recuperación funcional e inclusión social, abre un espacio estratégico para establecer la rehabilitación como un componente fundamental del plan nacional de atención de la salud pública, como un derecho fundamental y por lo tanto, como una responsabilidad social. Las dos últimas versiones de la Política Institucional de la CCSS inscriben la distinción entre enfermedad y discapacidad; además, establecen la rehabilitación con un

enfoque familiar, comunitario y ambiental, que privilegie las estrategias de atención primaria y que se apoye en la operación efectiva de la red de servicios de salud. Los elementos de viabilidad en el sustrato institucional, reflejados en tales documentos, orientados hacia un modelo de atención más comprensivo y actualizado de la salud, evidencian la posibilidad de dar el necesario paso hacia la apropiación efectiva y puesta en práctica de un lenguaje común y marco de referencia que, apuntando hacia la salud más que a la enfermedad, proyecte su accionar en materia de rehabilitación desde una perspectiva global y comprensiva, que se concrete en acciones en todos los niveles y ámbitos que componen la prestación de los servicios públicos de salud.<sup>128</sup>

2. La rehabilitación no se contempla como área prioritaria, los recursos profesionales con los que se cuenta para brindar los servicios son insuficientes y se encuentran concentrados en el Gran Área Metropolitana. Las limitaciones del primer y segundo nivel de atención en la CCSS repercuten en la capacidad de respuesta de los servicios del Centro Nacional de Rehabilitación y en el proceso de descentralización de servicios y autonomía institucional. En este momento los recursos en terapia física y ocupacional son similares en la CCSS y el MEP, y existe una clara diferencia en cuanto al recurso humano en terapia de lenguaje entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Educación Pública.<sup>129</sup>
3. Los servicios de rehabilitación que brinda actualmente la CCSS son asumidos, en gran parte, como un complemento de los servicios de salud hacia la atención de demandas de la mayoría de la población que requiere intervención médica para resolver condiciones vinculadas a alguna limitación, accidente o enfermedad que puede resultar en discapacidad. El énfasis curativo y con escasa relación con el espacio vital de las personas que sustenta la atención y la oferta de servicios de rehabilitación, ha sido una tendencia organizativa y operativa que aún se reproduce.<sup>130</sup>
4. Los servicios de rehabilitación instalados esencialmente en centros médicos del tercer y segundo nivel, concentrados en la región central del país, constituyen la oferta de la CCSS para las personas con discapacidad física, mental y sensorial. Aunque el primer nivel de atención funciona como la puerta de entrada al sistema de servicios de salud y a pesar de que, es en tal orden de interacción donde es posible atender una buena parte de la población para que no llegue a congestionar el segundo y tercer nivel de atención, las acciones en el nivel básico a favor de la población con discapacidad y de la rehabilitación se presentan cuando mucho en forma de campañas de prevención, tratando de aplacar enfermedades que en sus secuelas pueden llevar a la discapacidad. La optimización de la capacidad resolutoria de los centros de atención de los diferentes niveles, en relación a las necesidades de las personas (priorizar a partir de un análisis de la demanda y del egreso hospitalario) más que en concordancia a condiciones y disposiciones administrativas, es fundamental

---

<sup>128</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 174, inédito.

<sup>129</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 174, inédito.

<sup>130</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 177, inédito.

para que los centros médicos de la CCSS proporcionen una atención apropiada e integral en lo que a rehabilitación respecta. En ese sentido, el "Proyecto de desconcentración y mayor apertura de la rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional" propuesto por el CENARE, constituye una importante iniciativa que aún no cristaliza. Igual peso tiene una adecuada comunicación entre los tres diferentes niveles de atención, mediante referencias bien orientadas y enfocadas, para que sean resueltas en los niveles de alta o baja complejidad según corresponda. Existen las comisiones interniveles que se integran dentro del sistema de servicios para velar por temas como: listas de espera; epicrisis y contrarreferencias; análisis y aplicación de protocolos, relacionados al traslado de pacientes; resolución de problemáticas específicas en relación con atención en especialidades médicas y servicios de apoyo. La evaluación sobre estas comisiones llevada a cabo por la Dirección de Compra de Servicios de Salud, sobre la labor desarrollada en el año 2002, destaca que es fundamental incorporar un componente de flujo de información que permita la retroalimentación entre los niveles, esto por la necesidad de lograr una verdadera integración de la red en la solución de sus asuntos. Asimismo, determina necesaria una protocolización de la atención en red en sus diferentes niveles, que sustente un orden dentro de la estructura, que entre otras razones le dé soporte a las decisiones y acciones realizadas en el seno de la comisión.<sup>131</sup>

5. Coexisten en el ámbito nacional instituciones llamadas a proyectar de manera indelegable su accionar en el campo de las políticas estatales e instituciones (públicas, privadas y académicas) que cuentan con políticas orgánicas, selectivas y/o focalizadas, entre las cuales es imperativo construir una relación de complementariedad que permita que los programas de rehabilitación que constituyen la oferta de toda la institucionalidad nacional se proyecten unitariamente hacia la demanda social y toda la población que la requiera, reconociendo y reparando la innegable diferenciación de especificidad, contenido y ámbito de acción así como la dispersión conceptual, legal e institucional que se percibe en la actualidad. Deben definirse acciones concretas de coordinación y comunicación interinstitucionales entre la CCSS, el MEP y el CNREE en relación con poblaciones específicas de personas con discapacidad, las cuales están siendo asumidas en forma paralela por estas instituciones. Prevalece la importancia de fortalecer servicios y programas de rehabilitación, en coordinación con otras instituciones, sectores, y grupos de personas organizadas; ampliar la oferta de servicios y llevarla a todas las regiones del país mediante la atención por niveles; controlar la calidad de los servicios; asegurar el financiamiento adecuado conforme a lo planificado en relación con diagnósticos y evaluaciones. Conviene fortalecer la red de servicios de rehabilitación con programas que pongan en relación a cada uno de los esfuerzos, dentro y fuera de la CCSS, bajo normas y procedimientos claros y estandarizados; construir un sistema de información que permita gestionar lo necesario en relación a la realidad que enmarca a la población que se atiende.
6. A nivel de la CCSS, la negociación de los compromisos de gestión constituye un importante avance que reorienta la asignación presupuestaria de corte histórico.

---

<sup>131</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 176, inédito.

Sin embargo, se requiere de mayores esfuerzos para que las áreas de salud y los hospitales del país experimenten equidad en la asignación de los presupuestos, sobre todo en lo que respecta a las asignaciones presupuestarias para los servicios de rehabilitación. Para el año 2005, se decide excluir de los compromisos de gestión el indicador que servía para medir el cumplimiento de acciones en favor de la población con discapacidad. De la decisión se reconoce: 1. el vacío que se genera para evaluar la producción de los proveedores de servicios sobre las responsabilidades y deberes que tiene frente a la población con discapacidad; 2. el debilitamiento del sistema de información que ayuda a asignar y modificar presupuestos para la prestación de servicios de rehabilitación. En la medida que la "discapacidad" salga de los compromisos de gestión, la inversión y asignación presupuestaria en ese campo, y particularmente en el de rehabilitación, puede verse desatendido o insuficientemente valorado. Igual puede verse afectada la resolución de los centros de atención sobre la dotación de ayudas técnicas.

7. El orden presupuestario de la CCSS permite destinar partes del presupuesto anual a los requerimientos que surgen del área de rehabilitación. Con todo, el recurso económico destinado específicamente al área, no está plenamente determinado en los presupuestos de la institución, en tanto no existen partidas específicas que cubran las necesidades particulares de los servicios de rehabilitación. Los requerimientos del área se examinan y son clasificados para que dispongan de recursos económicos de grupos y partidas correspondientes a presupuestos generales. Es prioritario asegurar que la población con discapacidad tenga acceso a las ayudas técnicas necesarias para su autonomía e independencia. La CCSS debe buscar los mecanismos para proporcionarlas a toda la población que las requiere.
8. La falta de presupuesto de la CCSS ha incidido directamente en su capacidad para otorgar ayudas técnicas, razón por la cual las personas con discapacidad han debido dirigirse a otras instancias, tales como la Junta de Protección Social, el CNREE, asociaciones privadas, etc. En ese sentido, debe destacarse la coordinación que actualmente realizan la JPS y APROCENARE, lo cual constituye un ejemplo de coordinación entre entes que se complementan, ya que APROCENARE aprovecha el recurso técnico existente en CENARE para la prescripción y evaluación de las ayudas técnicas, y la JPS cuenta con el recurso económico para sustentar la compra.
9. Convendría examinar la posibilidad de que las unidades destacadas en el tercer nivel que ofrecen atenciones especializadas sirvan de centros especializados en capacitación y actualización de conocimientos para el personal del segundo y primer nivel, y que el ejercicio reflexivo-formativo parta del análisis de la demanda y del egreso hospitalario que se experimenta en la región y niveles de atención. Tal acción bien complementaría las acciones de promoción de la salud y de educación en salud, beneficiaría la capacidad resolutoria en el primer y segundo nivel y llevaría a la racionalización de las referencias que se emiten a los Hospitales Nacionales y Especializados. Sigue pendiente el fortalecimiento de programas de estudio e investigación dirigidos al enriquecimiento intelectual del recurso profesional que brinda los servicios de rehabilitación.



10. El concepto de atención integral que determina INS SALUD se funda en principios de accesibilidad, disponibilidad y autodeterminación, junto a acciones afirmativas a favor de la autonomía personal que en la dinámica de atención a la persona suscrita a determinada póliza de seguro entran en contacto con principios de eficiencia administrativa y rendimiento económico, fundamentales en el negocio y la administración de todas las formas de seguros a las que se aboca el INS. Es necesario un esfuerzo para hacer converger la acción del INS en la lógica de acción de cambio con las demás instituciones públicas del sector salud. Los servicios de rehabilitación de INS SALUD, se ofrecen tanto en la Sede Central como en 10 dispensarios médicos de diferentes localidades del país. Mientras el personal de la Sede Central se ocupa de la atención de mediana y alta complejidad, el personal de los dispensarios apoya en labores de terapia física. En esta dinámica, los niveles de atención se benefician del sistema de información que mantiene conectados a cada uno de los centros médicos. Asimismo, es notoria la necesidad de examinar las áreas de cobertura de los servicios de rehabilitación a nivel regional, con el fin de favorecer procesos de rehabilitación en relación a los contextos en que los asegurados hacen su vida. En tanto el monto de la póliza de seguro del INS no agote su contenido económico así se brindarán los servicios de rehabilitación requeridos y se facilitarán las ayudas técnicas necesarias. Si la cobertura de la póliza de seguro llega a agotarse, se hace la referencia y trámites necesarios para que la CCSS asuma la responsabilidad de dar seguimiento al proceso de rehabilitación y apoyo de la persona. En este sentido, persiste la necesidad de que tanto el INS como la CCSS logren la coordinación interinstitucional para que no se perjudique el derecho a la atención médica de las personas cubiertas por la póliza, y para que se procedan con el impulso de la reforma legislativa necesaria para solventar el vacío presupuestario y de orden administrativo que generan las disposiciones de la Ley Tránsito por Vías Públicas, en su capítulo segundo correspondiente al Seguro Obligatorio de Vehículos. La experiencia del INS constituye un espacio de reflexión para el sector salud en términos de operación de un sistema automatizado de información médico administrativo que facilita la programación de citas, tratamientos, referencias y contrarreferencias. En este sentido, propiciar un espacio de intercambio de experiencias a profundidad entre las diversas instituciones del sector salud que permita valorar y estudiar la eventual armonización de los instrumentos operativos que muestran un mayor impacto en la población meta usuaria de los servicios, bienes y programas de rehabilitación, surge como una tarea fundamental a ser considerada.<sup>132</sup>
11. La CIF merece ser considerada al interior del sistema de servicios de salud y otros ámbitos de acción para la rehabilitación, por su propósito de integrar los modelos de atención biológico y social y por los méritos de su enfoque, de corte "biopsicosocial", que busca la integración de las diferentes dimensiones de la discapacidad, intentando lograr una síntesis que ofrezca una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Por lo demás, el lenguaje unificado y estandarizado que significa la CIF, igual merece ser instituido en el sistema mediante programas de

---

<sup>132</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 177, inédito.

formación, capacitación y actualización de conocimientos, que lleguen efectiva y significativamente a estudiantes y a los servidores del sistema de servicios de salud, incluidos los que codifican y registran los servicios. Convendría examinar los mecanismos de direccionamiento de los pacientes (referencias y contrarreferencias) y de registro en el sistema de servicios de salud. Esto junto a un examen sobre la codificación de los diagnósticos de salida y condiciones generales de salud de los pacientes, que precisen el tratamiento en la especialidad y posible relación a un servicio de rehabilitación. El examen convendría hacerlo en relación a la clasificación propia de la CIF, que ciertamente supondría y requeriría como complemento todo un programa educativo dirigido a los profesionales y técnicos que se encargan de los servicios médicos y de su codificación y sistematización. De tal acto bien se podría obtener el dato necesario para conocer verdaderamente la demanda sobre las especialidades médicas para la rehabilitación que funcionan en el sistema de servicios de salud. El hecho de que la institucionalidad de salud pública no esté procesando y registrando información con base en la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)" adoptada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, ni que aplique en los protocolos de atención las "Guías para administradores de programas de rehabilitación según niveles de atención" de la OMS, comporta una limitación seria para acercarse a la cuantificación y manejo de datos para la planificación y acción en el campo de la rehabilitación desde la perspectiva del modelo de atención integral. La situación devela un escenario necesitado de reflexión y gestión multisectorial que en su cambio conduciría a acciones efectivas en el campo de la rehabilitación y al fortaleciendo de la institucionalidad pública de salud con elementos de información más cercanos a la realidad de diferentes sectores de la población, actualización, transferencia tecnológica y asistencia técnica acordes con los instrumentos de la OMS. En ese sentido, la instauración en el sistema de servicios de salud de un único sistema de registro e información sobre rehabilitación, basado en el lenguaje unificado y estandarizado que significa la CIF, permitiría a los planificadores y tomadores de decisiones institucionales trabajar con un panorama más amplio, completo y detallado acerca de la existencia y naturaleza de recursos y necesidades en materia de rehabilitación.<sup>133</sup>

12. Es necesario facilitar la toma de decisiones mediante el desarrollo de un sistema de información que involucre el detalle de incidencias, necesidades y particularidades de la población con la que se trabaja, y haga uso de un lenguaje común. Tal sistema debe incluir a todas las instancias prestadoras de servicios en rehabilitación, con el fin de generar una línea abierta de comunicación. El contar con un solo sistema de información, además, facilitaría trabajos de investigación como el actual.
13. El conjunto de Instituciones de Educación Superior, públicas y privadas, que ofrece carreras afines a la práctica en servicios de rehabilitación, es fundamental para que el sistema de servicios de salud se fortalezca con recursos y conocimiento. La oferta centralizada en la Gran Área Metropolitana y por

---

<sup>133</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 175, inédito.

pocas instituciones, particularmente en lo que respecta a algunas carreras vinculadas a labores terapéuticas, hace que la regulación en la formación de recursos humanos para la salud sea un asunto de suma importancia, por asumir no sólo por el Consejo Nacional de Rectores y el Consejo Nacional de Educación Superior, sino también por el Ministerio de Salud. Podría favorecer al sistema de servicios de salud una valoración de la oferta para la formación de recurso humano que considere en conjunto las necesidades de la población, las prioridades del sistema de salud, y la demanda que se sostiene en el mercado laboral. Se requiere de una mayor injerencia y regulación desde los sectores de Salud y Educación en el campo de formación profesional y técnica en materia de rehabilitación, para controlar la proliferación de instituciones formadoras y que aumenten los egresados, provocando la saturación de campos clínicos en los hospitales públicos con estudiantes de múltiples escuelas. Esta situación ha sido subrayada por la Defensoría de los Habitantes como generadora de un significativo deterioro de la calidad de servicios que los asegurados reciben y de un uso inadecuado de los recursos de la institución para tutelar efectivamente los derechos a la privacidad e intimidad de los asegurados.

14. La EHPM del año 2004 revela que un 19 por ciento de la población del país estaba por fuera del sistema de seguro social. De la gran totalidad de personas viviendo en pobreza extrema 6.810 son jefes o jefas de familia con discapacidad o sea el 13,5%, porcentaje que se proyecta por encima del supuesto internacional que atribuye a la población total un 10% de población con alguna limitación y por encima del cálculo nacional que determina el promedio de población con discapacidad en 5,35% de acuerdo al Censo del año 2000. Todas ellas con importantes limitaciones para acceder a los servicios y programas de rehabilitación que se derivan de la condición de asegurado. Identificar a las personas que carecen del seguro formalizado y ver en qué medida éstas son parte de la población con discapacidad, ayuda a determinar con mayor apego a la realidad, los alcances de los servicios de rehabilitación y de las actividades de carácter terapéutico que se llevan a cabo en los servicios de salud y los que serían necesarios para responder a totalidad de la demandad social.
15. El proyecto de asesoría y capacitación que lleva a cabo el CNREE en el marco de su labor de coordinación, dirigido al personal de diferentes instancias del sector público y privado, para potenciar la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, está condicionado por la presteza, conciencia y disposición al cambio del personal de las instituciones. Es posible considerar que los elementos de las capacitaciones puedan incluirse en planes, políticas y reglamentos institucionales pero verse insuficientemente traducidos en acciones concretas. Por otro lado debe promoverse la capacitación permanente del recurso humano que presta servicios en el área de la rehabilitación, con el fin de mejorar la calidad de los servicios prestados.<sup>134</sup>
16. El Ministerio de Educación Pública cuenta con personal para desarrollar actividades terapéuticas tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje las cuales se brindan bajo los distintos programas de atención, en las

---

<sup>134</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 183, inédito.

20 diferentes regiones educativas del país. Las Escuelas de Enseñanza Especial y las Escuelas Regulares suelen ser los espacios de atención con mayor cantidad de recursos humanos. La Regiones Educativas vinculadas a sectores de alta densidad poblacional como los de la provincia de San José y Alajuela, son las que concentran una significativa cantidad de servicios especializados. Terapeutas físicos y terapeutas ocupacionales guardan una importante relación con programas de atención para adultos. Los CAIPAD representan una importante opción para la población adulta, en tanto se plantean formalmente como una oferta que incluye los principios de igualdad de oportunidades y los de libre elección, de acceso y de participación activa en los procesos de formación. Se ponen a disposición de la población de determinada región, en tanto exista una organización no gubernamental que auspicie el programa de servicios, y que se responsabilice de la oferta justa y funcional por la que aboga el MEP. En ese sentido, es fundamental reconocer que la importancia de estos programas se encuentra delicadamente condicionada a la capacidad y frágil eficiencia organizativa de las instancias no gubernamentales. Con respecto a estos servicios de terapia física y ocupacional, se consideran un apoyo complementario a los servicios educativos, no como acciones de tratamiento de rehabilitación. Sin embargo, la realidad muestra que se están dando tratamiento en las instalaciones del MEP, con la inconveniencia de que estos tratamientos no están siendo supervisados por especialistas. Por otro lado, el hacer uso del término “apoyo complementario” para definir al servicio de terapia presta para confusión cuando se trata de fiscalizar la calidad del servicio que se brinda.<sup>135</sup>

17. Es fundamental incorporar la participación efectiva y atender las observaciones que administradores de servicios de rehabilitación cubiertos por ONG, usuarios de los servicios y familiares y allegados de los usuarios, formulan a partir de lo experimentado y en relación a expectativas. Desde sus espacios manifiestan la necesidad de que las políticas en discapacidad lleguen a traducirse por completo en acciones favorables para la población con discapacidad; además, insisten en la necesidad de fortalecer a las personas físicas con conocimientos para que sean ellas mismas las que ejerzan el poder que les confiere la política pública en función de sus derechos. Es vital la participación de personas con discapacidad en la toma de decisiones respecto a los planes y políticas relacionadas con la rehabilitación. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) representan una importante fuente de apoyos y de servicios dirigidos en lo general al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad y de sus familiares y allegados. Muchas llevan a la práctica acciones que por norma le corresponden en exclusividad al Estado y a sus instancias destacadas en el sistema de servicios de salud. Conviene reconocer aquellos esfuerzos, aprender de sus experiencias y además, nutrirlos de recursos económicos, técnicos e intelectuales para que sigan apoyando al sistema de servicios de rehabilitación.
  
18. En lo referente a los servicios de rehabilitación de empresas privadas podemos estimar que en principio, la oferta se dirige a aquellas personas con capacidad económica para hacer frente a los costos propios de la capacidad instalada en

---

<sup>135</sup> COINCO, Diagnóstico de los programas y servicios de rehabilitación en el sector salud 2005, documento elaborado para JICA página 184, inédito.

el país que de hecho puede verse complementada con la del extranjero. Si bien la fiscalización de la calidad de los servicios hospitalarios privados corresponde al Ministerio de Salud, ciertamente a las empresas privadas no les es exigible asumir el interés público, más allá de su responsabilidad social empresarial, ya que su finalidad legítima es el lucro. Por ello, la opción de servicios privados debe ser observada con cuidado para deslindar con claridad a cuál grupo social va dirigida la oferta y a cuál demanda social atiende; cuáles son los aportes de complementariedad o subsidiaridad que efectivamente puede prestar a la institucionalidad pública y la relación de costo beneficio a partir de las cuales se puedan establecer redes de relaciones sin demérito de los fines públicos.

19. Se hace necesario de parte de los entes rectores en materia de discapacidad y en materia de salud y rehabilitación, propiciar un ejercicio reflexivo sobre su naturaleza y función como ente rector, que los lleve a definir claramente su rol y darlo a conocer. En ese sentido, el Ministerio de Salud debe centrar su función en la fiscalización de los servicios de salud y rehabilitación, y el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial debe fiscalizar el cumplimiento de la ley 7600 y las políticas nacionales, tal y como lo plantea el marco jurídico. Se hace necesario un plan nacional en materia de rehabilitación, que tome en cuenta los diferentes grupos metas que requieran atención en materia de rehabilitación, en la actualidad y a futuro, con el fin de unir acciones a favor de estos grupos. En la actualidad las poblaciones a atender son la población infantil con discapacidad, los adultos jóvenes con discapacidad física y/o cognitiva que egresan de colegios técnicos profesionales y no encuentran opciones laborales, y los adultos con discapacidad en estado de abandono. Por otro lado, la tendencia hacia el envejecimiento de la población, las estimaciones sobre el número de personas con discapacidad, la tendencia ascendente de los accidentes y la violencia social, junto a la persistencia de enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema osteo-muscular, enfermedades del sistema circulatorio tales como el Accidente Vascular Cerebral AVC, y por otro lado, la persistencia de trastornos mentales que ciertamente trascienden la rehabilitación física; constituyen un llamado de atención para que el sistema de servicios públicos en salud otorgue suficiente análisis, sobre todo, a las condiciones que en el futuro vayan a requerir de servicios de rehabilitación. En el campo de la rehabilitación, un trabajo de carácter interdisciplinario, desarrollado en equipo y sobre un ámbito de acción despejado de barreras físicas y actitudinales, que permita la coordinación institucional y acción con base comunitaria sustentada por la participación plena de la población usuaria de los servicios, tal como es apreciado por la CIF.

#### **4.2 LINEAMIENTOS BASE PARA LA DEFINICION DE UN PLAN DE ACCION EN REHABILITACION**

Dados los resultados del presente diagnóstico, cualquier plan, programa o acción específica que se diseñe en esta línea, deberá tomar en cuenta y superar las debilidades encontradas. En adelante, se esbozarán algunas líneas generales, líneas que no pretenden ser exhaustivas pues no es éste el alcance de la investigación actual. Más bien, son aspectos que deberán profundizarse y consultarse con todos los

actores involucrados, especialmente con los usuarios y usuarias de los servicios de rehabilitación.

- **Sobre los principios**

Congruente con el Modelo de Derechos Humanos, la atención de la persona con discapacidad, específicamente en el campo de la rehabilitación, deberá estar fundada en los siguientes **principios generales**:

- No-discriminación,
- Acciones Afirmativas
- Diversidad
- Igualdad de oportunidades,
- No-violencia,
- Accesibilidad,
- Vida independiente,
- Auto representación,
- Participación plena.

Además tomar en cuenta los siguientes **principios específicos**:

**Principio de calidad.** Implica oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia. En resumen, satisfacción de la persona usuaria y de la entidad prestadora del servicio.

**Principio de corresponsabilidad.** Consiste en la identificación y apropiación de la responsabilidad de los diferentes actores que intervienen en el proceso de rehabilitación.

**Principio de desconcentración y descentralización.** Los servicios deben estar disponibles en todos los niveles de atención y zonas geográficas. Implica la desconcentración política y administrativa de los recursos y las decisiones.

**Principio de eficiencia.** Implica la máxima utilización de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles.

**Principio de Transparencia.** La gestión de los servicios deberá estar expuesta a la evaluación y al examen público.

**Principio de flexibilidad.** El punto de partida es la individualidad y la autonomía de la persona como eje de su propio proceso de rehabilitación. Consiste en la diversificación y la adaptabilidad de las alternativas de apoyos y de los procesos de prestación de servicios para que la persona con discapacidad que desee emplearlos pueda hacerlo de acuerdo con sus necesidades, intereses y expectativas particulares.

**Principio de integralidad.** Las necesidades y condiciones de la persona con discapacidad son de diversa índole y todas se complementan. Considera a la persona en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

**Principio de desinstitucionalización.** Tal y como se ha apuntado, la persona con discapacidad ha sido relegada históricamente a vivir en instituciones o servicios segregados, imposibilitando la relación con el medio y una verdadera integración. Por ello, se deberán de identificar y utilizar los medios y recursos existentes en la comunidad empleados por la población en general y promover su uso por parte de las personas con discapacidad.

- **Sobre las estrategias**

En el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad intervienen diferentes actores, por ello la estrategia de acción debe partir del reconocimiento de la interactividad de los mismos y del diseño de un eslabonamiento estratégico, que parta de los servicios básicos de rehabilitación, y del acceso en condiciones de igualdad a la educación, la formación, el trabajo, el ocio, y otras actividades de la comunidad o de la sociedad en general. Tales hechos se cristalizan en la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC.

**La Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad**, trasciende la mera atención y propone trabajar en la prevención y promoción. Contempla los siguientes principios:

**Participación social.** Impulsar la participación social como eje de la comunidad. Todos sus miembros deben tener la oportunidad de participar en los procesos de la rehabilitación integral, sea inventariando recursos, diseñando proyectos y promoviendo a su vez la participación.

**Interdisciplinariedad e intersectorialidad.** La formación de equipos variados ayuda a ampliar la visión y evitar la especialidad en los enfoques de atención. Los diferentes sectores involucrados deberán conformar un sistema o red que permita la articulación y coordinación a favor de una eficiente utilización de los recursos.

La RBC exige la participación tanto de la comunidad como de las organizaciones de personas con discapacidad, así como de políticas, coordinación, asignación de recursos, y voluntad de poner en práctica los programas de RBC teniendo como referencia los derechos humanos. Estos elementos básicos son necesarios, junto con la voluntad de la comunidad de responder a las necesidades de sus miembros con discapacidad, con el fin de identificar plenamente las estrategias comunales a seguir para ejercer los derechos de las personas con discapacidad.

- **Sobre los objetivos:**

En el siguiente apartado se definen algunos objetivos y actividades generales que deberá cumplir un plan de acción en materia de rehabilitación. Como se mencionó al principio, los mismos no pretenden ser exhaustivos sino marcar algunas generalidades.

**Fortalecer el sistema organizacional para la atención de las personas con discapacidad, desarrollándolo con base en el análisis de la situación presente y las tendencias futuras, por medio de políticas claras, con una definición de responsabilidades y funciones institucionales.**

- Definición clara del papel y funciones específicas de los entes rectores en la materia. Definición clara de grupos desatendidos actualmente, con implementación de acciones para atenderlos.
- Definición clara de tendencias futuras, con planes y proyectos para proveer servicios y atención a futuro.
- Supervisión de contenido académico impartido, que se ajuste a los modelos actuales de rehabilitación.

**Desarrollar y ejecutar planes, programas, y servicios de rehabilitación en todas las regiones del país, basado en un modelo de atención por niveles, que parta del modelo de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, con participación de sectores sociales y de personas con discapacidad.**

- Evaluación de programas y servicios de rehabilitación en todos los niveles de atención y apertura o redistribución de plazas
- Incorporación en los presupuestos anuales de las Unidades Prestadoras de Servicios, los costos de la atención en rehabilitación y la inversión en equipo tecnológico e infraestructura física, según los servicios abiertos bajo estos lineamientos, separándolos de otras unidades prestadoras de servicios.
- Definición de los protocolos de atención según niveles.
- Conformación de grupos de personas con discapacidad y actores a nivel comunitario con interés en participar en acciones de RBC en conjunto con recursos del primer nivel de atención en salud.

**Garantizar la dotación de ayudas técnicas, los servicios de apoyo, asegurando el recurso financiero para ello, su reglamentación, así como su sostenibilidad financiera.**

- Asignar los presupuestos para ayudas técnicas a las unidades de rehabilitación como partida independiente.
- Determinar las necesidades de ayudas técnicas en cada centro de atención para la elaboración de los presupuestos anuales.

**Definir acciones concretas de coordinación, complementariedad y comunicación interinstitucionales, así como con organizaciones no gubernamentales y con la comunidad, con el fin de racionalizar recursos, paralelo a la garantía de efectividad de las acciones desde los diferentes ámbitos de trabajo.**

- Incorporación de los lineamientos en los planes de atención de las distintas instituciones que brindan servicios en rehabilitación.
- Conformar grupos específicos dentro de las instituciones prestadoras de servicios para que coordinen casos y acciones en espacios abiertos de comunicación, con la participación de ONGs.

**Implementar un sistema de información uniforme para uso intra e inter institucional que se base en el uso de un lenguaje común y permita facilitar la toma de decisiones.**

- Diseño y ejecución de un sistema de información en discapacidad y rehabilitación, por niveles de atención, utilizando el lenguaje de la CIF.



- Asignación de recursos financieros para inversión en equipo tecnológico e infraestructura técnica, y garantizar la sostenibilidad de dicho sistema.

**Establecer mecanismos claros y estrictos de control para asegurar el cumplimiento de los planes, proyectos y políticas de fortalecimiento de los servicios de rehabilitación, garantizando la calidad de la atención brindada.**

- Conformación y capacitación de grupos responsables de control de calidad, integrados por representantes de las instituciones, y personas con discapacidad.

**Desarrollar y establecer programas de capacitación permanente en materia de rehabilitación, con el fin de fortalecer los conocimientos de las personas que trabajan en instituciones que brindan servicios de rehabilitación, así como de las personas con discapacidad y sus defensores.**

- Fortalecer los programas de capacitación dirigidos a técnicos y profesionales en salud y otras áreas afines a la rehabilitación.
- Determinar necesidades de capacitación en los diferentes niveles de atención.
- Diseñar módulos de capacitación según necesidades encontradas.
- Dar a conocer los protocolos de atención en salud de las diferentes patologías que generan discapacidad a los diferentes niveles de atención
- Capacitación en el uso de la CIF
- Diseño y ejecución de programas de capacitación a personas con discapacidad, sus familiares, y población general, en temas relacionados con la rehabilitación, según necesidades detectadas.

# Anexo 1

## Disposiciones del Manual de Normas para la habilitación de establecimientos que brindan atención en terapia física. MS, 2005

Modalidad de Clínica		
Tipo de disposiciones		
Planta Física	Administración	Seguridad e higiene laboral
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ sala de espera a ser compartida con las medidas acordadas con la Ley N° 7600.</li> <li>✓ espacio privado para la atención de las personas.</li> <li>✓ al menos dos servicios sanitarios, uno para el público y uno para el personal. Al menos uno debe cumplir con los requisitos según la Ley N° 7600; puertas de ancho mínimo de noventa centímetros, la puerta deberá abrirse hacia fuera; barras de sostén; espacio mínimo de un metro veinte centímetros por un metro veinte centímetros o disponer de un espacio libre de maniobra de un metro cincuenta centímetros; iluminación y ventilación natural o mecánica; dispensador de toallas ubicada a una altura máxima de noventa cm.; lavatorio a una altura máxima de ochenta y cinco cm.; las agarraderas de la tubería tipo palanca; dispensador de papel higiénico para cada inodoro; espejo a una altura entre ochenta y cinco cm. y un metro; basurero con tapa.</li> <li>✓ área para lavado de material e instrumentos con una pila de acero inoxidable, exclusiva para este propósito.</li> <li>✓ área exclusiva para lavado de equipo de limpieza.</li> <li>✓ establecimiento ubicado preferiblemente en la primera planta. La entrada principal debe contar con los siguientes requisitos: Superficie antideslizante, con pendiente de acceso a silla de ruedas, con ancho no menor de noventa cm., todas las cunetas y drenajes expuestos que impidan el acceso, deben estar cubiertas con parrillas metálicas u otras estructuras.</li> <li>✓ Materiales y equipo.</li> </ul>	<p><b>a) Recurso Humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ un profesional en Terapia Física o fisioterapia, por cada consultorio, responsable del servicio y la aplicación directa de los tratamientos, incorporado al Colegio Profesional correspondiente.</li> <li>✓ Los estudiantes de la carrera de terapia física o fisioterapia que estén realizando su Práctica Supervisada en las clínicas, deben estar debidamente autorizados por su universidad, y bajo la responsabilidad de un profesional en terapia física o fisioterapia.</li> <li>✓ El personal técnico con formación en terapia física o fisioterapia que realice procedimientos en el establecimiento, debe estar legalmente autorizado en el país por el colegio profesional correspondiente. Y bajo la supervisión de el profesional responsable.</li> <li>✓ con acceso a servicios de limpieza.</li> <li>✓ acceso a servicio de transporte, en el horario de atención establecido. Cubierto por la las pólizas obligatorias de automóviles y de responsabilidad civil.</li> </ul> <p><b>b) Equipo</b></p> <p>Escritorio y sillas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Archivadores para historias clínicas y otros documentos.</li> <li>✓ Acceso a línea telefónica.</li> <li>✓ Papelería.</li> <li>✓ Camillas con su grada antideslizante.</li> <li>✓ Camilla neurológica.</li> <li>✓ Tanque de compresas (opcional) compresas a base de gel.</li> <li>✓ Rollos, cuñas, colchoneta.</li> <li>✓ Barras paralelas.</li> <li>✓ Pesas.</li> <li>✓ Bandas elásticas.</li> <li>✓ Poleas.</li> <li>✓ Tanque de remolino.</li> <li>✓ Tanque de parafina.</li> <li>✓ Tracción cervical y lumbar.</li> <li>✓ Bastón, andadera y muletas.</li> <li>✓ Equipo y material de agentes físicos como: Compresas frías y calientes, ultrasonido, estímulos eléctricos. Onda corta,</li> <li>✓ magnetoterapia (opcional), láser, lámpara de luz infrarroja y ultravioleta entre otros.</li> </ul>	<p><b>a) Recurso Humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ asesoría de un profesional en seguridad e higiene laboral.</li> <li>✓ puerta de salida de emergencia, que abra hacia fuera, con ancho no menor de un metro y veinte cm.</li> <li>✓ asegurar la limpieza general del establecimiento, por lo menos una vez al día, incluyendo los pisos y que las paredes permanezcan limpias.</li> <li>✓ que todo el personal sepa manejar el equipo de protección, incluyendo extintores de incendio.</li> </ul> <p><b>b) Recurso Material</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contar con señalización de seguridad en todas sus áreas, que incluya al menos:</li> <li>✓ equipos de control de incendios.</li> <li>✓ Salida de emergencia.</li> <li>✓ Rutas de evacuación por incendio o evento natural.</li> <li>✓ sistema para el control de incendios, que incluya:</li> <li>✓ extintor tipo A.B.C.</li> <li>✓ dispositivo para la detección de humo.</li> <li>✓ dispositivo de alarma para el aviso de evacuación por incendio o evento natural.</li> <li>✓ recipientes que tengan tapa y bolsa plástica para los desechos bioinfecciosos.</li> </ul> <p><b>c) Documentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ plan de emergencias en donde se indique claramente: salidas de emergencia, rutas de evacuación y zonas de seguridad el edificio.</li> <li>✓ realizar simulacros para evaluar la efectividad del plan.</li> <li>✓ plan conocido por todo el personal.</li> </ul>

<sup>136</sup> El período de trabajo se definió para ser desarrollado del 21 de marzo al 16 de mayo del año 2005. El mismo se extendió por varias semanas en tanto el documento final fue sometido a un minucioso proceso de revisión.

<p>✓ las diferencias de nivel entre los pasillos y áreas del establecimiento deben tener rampas. Con las siguientes características: ancho no menor de noventa cm., antideslizante, no cubierta por alfombras o similares. Excepto las alfombras especiales en los baños.</p> <p>✓ barandales a ambos lados, con altura no menor a noventa cm. y separación entre barrotes no mayor de diez cm.</p> <p><b>espacio físico para labores administrativas incluyendo para almacenamiento de insumos, m</b></p>	<p>✓ instalación eléctrica adecuada para el uso de estos equipos.</p> <p>✓ documentos de respaldo de la calidad del equipo y bitácoras con su correspondiente calibración cada 3 meses.</p> <p>✓ Bicicleta estacionaria.</p> <p>✓ Centro de escaleras.</p> <p>✓ Espejo de cuerpo entero.</p> <p>✓ Equipo para realizar ejercicios con la mano.</p> <p>✓ Goniómetro.</p> <p><b>c) Documentación</b></p> <p>✓ lista actualizada de los atestados del personal, incluyendo a los profesionales. Los atestados deben incluir al menos la siguiente información: estudios aprobados y capacitación a realizar según sus necesidades; jornada laboral contratada y cargo y funciones.</p> <p>✓ Manual de procedimiento administrativo.</p> <p>✓ Manual con perfil de funciones y responsabilidades que incluya a todo el personal.</p> <p>✓ documento escrito donde quede constancia de que existe consentimiento informado para el tratamiento del paciente.</p> <p>✓ material escrito que permita informar al público sobre sus programas.</p> <p>✓ programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos que utilizan.</p> <p>✓ programa de mantenimiento (preventivo y correctivo) de los equipos que se utilizan.</p> <p>✓ contrato de servicios, en caso de servicios profesionales a terceros.</p> <p>✓ protocolo de limpieza para cada una de las áreas.</p> <p>✓ protocolos de las 5 primeras causa de egresos más frecuentes. Debe incluir un sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>✓ expediente clínico de cada paciente con al menos la siguiente información: datos generales del paciente: nombre y apellidos, número de identificación, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfonos. Además: datos de referencia, fecha, motivo de consulta. Datos clínicos de acuerdo a Terapia Física. Datos del profesional tratante: nombre, firma y código.</p> <p>En caso de realizarse visitas domiciliarias, deben ser de acuerdo con las normas establecidas por la Dirección del establecimiento. Debe quedar consignado en el expediente clínico y a la vez llevarse un registro con el nombre y apellidos del paciente, del profesional responsable y procedimientos realizados.</p>	
--	---	--

Modalidad consultorio			
Tipo de especificaciones			
Planta Física	Recurso Humano	Recurso Material	Documentación
✓ preferiblemente ubicado en primera planta, y el acceso en la entrada	✓ un profesional en Terapia Física o fisioterapia, responsable del servicio y la	✓ Acceso a un lavamanos de acero inoxidable con agua, jabón	✓ expediente individual que incluya atestados de los funcionarios. ✓ expediente clínico de cada

<p>principal debe contar con: aceras en buen estado, superficie antideslizante, rampa de acceso a silla de ruedas con ancho no menor de noventa cm.; las cunetas y drenajes expuestos que impidan el acceso, deben cubrirse con parillas metálicas u otras estructuras.</p> <p>✓ un consultorio privado para la evaluación del paciente, con área no menor de seis metros cuadrados, ningún lado debe medir menos de dos metros y con altura mínima de dos metros. Puede ser exclusivo o compartido con otras especialidades en horarios alternos.</p> <p>✓ piso del consultorio de fácil limpieza y sin alfombras comunes. Excepto alfombras especiales en los baños.</p>	<p>aplicación directa de los tratamientos durante todo el tiempo que se brinde la sesión; debidamente incorporado al Colegio Profesional correspondiente.</p> <p>✓ El personal técnico con formación en terapia física o fisioterapia en el establecimiento, debe estar legalmente autorizado en el país por el colegio profesional afín, y estar bajo la supervisión de un profesional responsable</p>	<p>liquido en recipiente y toallas desechables.</p> <p>✓ Basurero con tapa.</p> <p>✓ El consultorio de terapia física o fisioterapia, cuando proceda debe contar al menos con parte del siguiente equipo según el servicio ofrecido: camillas con su grada antideslizante; camilla neurológica; tanque de compresas (opcional) o a base de gel; rollos, cuñas, colchoneta y balancín. (opcional); barras paralelas; pesas; bandas elásticas; poleas; tanque de remolino; tanque de parafina; tracción cervical y lumbar; bastón, andadera y muletas;</p> <p>✓ Equipo de agentes físicos como: compresas frías y calientes, ultrasonido, estímulos eléctricos, onda corta, magnetoterapia (opcional), láser, lámparas de luz infrarroja y ultravioleta, entre otros.</p> <p>✓ instalación eléctrica adecuada para el uso de estos equipos.</p> <p>✓ bicicleta estacionaria.</p> <p>✓ centro de escaleras.</p> <p>✓ espejo de cuerpo entero.</p> <p>✓ equipo para realizar ejercicios con la mano.</p> <p>✓ goniómetro.</p>	<p>persona, el cual debe tener al menos la siguiente información: datos generales del paciente nombre y apellidos; número de identificación, edad, sexo, ocupación, dirección, teléfonos, datos de referencia, fecha, motivo de consulta; datos clínicos de acuerdo a terapia física:</p> <p>✓ Datos del profesional tratante: nombre, firma y código.</p> <p>✓ protocolos de las 5 causas más frecuentes de egresos, que contengan al menos: un manual de procedimientos técnicos; un manual de procedimientos clínicos.</p> <p>✓ en lugar visible la Ley de los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados (No 8239 de 2 de abril del 2002).</p> <p>✓ contar con certificación de garantía de la calidad de los equipos y su calibración.</p> <p>✓ En caso de realizarse visita domiciliaria, debe ser de acuerdo con las normas establecidas por la dirección del establecimiento, llevarse un registro con el nombre y apellidos del paciente, el profesional responsable, procedimiento realizado y debe quedar consignado en el expediente clínico.</p>
--	---	---	--

### Modalidad hospitalaria

#### Tipo de especificaciones

Planta Física	Administración	Seguridad e Higiene	Recurso Material	Documentación
<p>✓ acceso a una sala de espera o ser compartida.</p> <p>✓ espacio privado para la atención individual de las personas.</p> <p>✓ Dos servicios sanitarios, uno para el público y uno para el personal. Al menos uno debe cumplir con los requisitos según la Ley 7600; puertas de ancho mínimo de noventa centímetros, que deberán abrir hacia fuera; barras de sostén; espacio mínimo de un metro veinte centímetros por un metro veinte centímetros o disponer de un espacio libre de maniobra de un metro cincuenta centímetros; iluminación y ventilación natural o mecánica;</p>	<p><b>a) Recurso Humano</b></p> <p>✓ contar con un profesional responsable del establecimiento. Debidamente incorporado en el colegio profesional correspondiente.</p> <p>✓ contar con un profesional en terapia física o fisioterapia por cada consultorio, responsable del servicio y la aplicación directa de los tratamientos durante todo el tiempo que se brinde la sesión.</p> <p>✓ Los profesionales deben de estar debidamente incorporados al colegio profesional correspondiente.</p> <p>✓ Los estudiantes de la carrera de terapia física o fisioterapia que estén realizando su Práctica Supervisada en las clínicas, deben estar debidamente</p>	<p><b>a) Recurso Humano</b></p> <p>✓ acceso de un asesor en seguridad e higiene laboral.</p> <p><b>b) Planta Física</b></p> <p>✓ una puerta de salida de emergencias, que abra hacia fuera, con ancho no menor de un metro y veinte cm.</p> <p>✓ asegurar que la limpieza general del establecimiento se realice, por lo menos una vez al día, incluyendo los pisos y que las paredes permanezcan limpias.</p> <p>✓ asegurar que todo el personal sepa manejar el equipo de protección, incluyendo extintores de incendio.</p> <p>✓ contar con señalización de</p>	<p><b>a) Área de Hidroterapia</b></p> <p>✓ contar con pisos de terrazo o similar antideslizante.</p> <p>✓ rampas de acceso con mínimo de 1.20 metros de ancho; barandales a ambos lados, con altura no menor a noventa centímetros y separación entre barrotes no mayor de diez cm.</p> <p>✓ tanque terapéutico (opcional).</p> <p>✓ tanque Hubbard con grúa o pescante para los pacientes.</p> <p>✓ tanques para miembros superiores e inferiores deben de cumplir con las siguientes características: material que permita una adecuada limpieza y desinfección; que no presente bordes cortantes; tanques para miembros superiores e inferiores deben tener a su alrededor los espacios necesarios para las maniobras de las sillas de ruedas; contar con al menos un lavamanos ubicado a una</p>	<p>✓ plan de emergencias en donde se indique claramente: salidas de emergencia, rutas de evacuación; zonas de seguridad el edificio.</p> <p>✓ realizar simulacros para evaluar la efectividad del plan.</p> <p>✓ plan debe ser conocido por todo el personal.</p>

<p>dispensador de toallas ubicada a una altura máxima de noventa cm.; lavatorio a una altura máxima de ochenta y cinco cm.; agarraderas de la tubería tipo palanca; dispensador de papel higiénico para cada inodoro; un espejo a una altura entre ochenta y cinco cm y un metro; basurero con tapa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ área para lavado de material e instrumentos con una pila de acero inoxidable, exclusiva para este propósito.</li> <li>✓ área exclusiva para lavado de equipo de limpieza.</li> <li>✓ el establecimiento debe estar ubicado preferiblemente en la primera planta, la entrada principal debe contar con los siguientes requisitos: superficie antideslizante, pendiente de acceso a silla de ruedas; ancho no menor de noventa cm.; cunetas y drenajes expuestos que impidan el acceso, deben estar cubiertas con parrillas metálicas u otras estructuras.</li> <li>✓ todas las diferencias de nivel entre los pasillos y áreas del establecimiento deben tener rampas. Con las siguientes características ancho no menor de noventa cm.; antideslizante, no cubierta por alfombras o similares; excepto las alfombras especiales en los baños; barandales a ambos lados, con altura no menor a noventa cm y separación entre barrotes no mayor de diez cm.</li> <li>✓ contar con un espacio físico para labores administrativas incluyendo para almacenamiento de insumos, materiales y equipo.</li> <li>✓ contar con un espacio físico para el gimnasio.</li> <li>✓ contar con</li> </ul>	<p>autorizados por su universidad, y bajo la responsabilidad de un profesional en terapia física o fisioterapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El personal técnico con formación en terapia física o fisioterapia que realice procedimientos en el establecimiento, debe estar legalmente autorizado en el país por el colegio profesional afín, y debidamente supervisado por el profesional responsable del servicio.</li> <li>✓ contar con acceso a servicios de limpieza.</li> <li>✓ tener acceso a un servicio de transporte, en el horario de atención establecido. Debe estar cubierto por las pólizas obligatorias de automóviles del INS y de responsabilidad civil.</li> </ul> <p><b>b) Recurso Material</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contar con el equipo necesario para el desempeño de las labores administrativas en buen estado: escritorio y sillas; archivadores para historias clínicas y otros documentos; acceso a línea telefónica; papelería.</li> </ul> <p><b>c) Documentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ lista actualizada de los atestados de personal, incluyendo a los profesionales. Los atestados deben incluir al menos la siguiente información: estudios aprobados y capacitación a realizada según sus necesidades; jornada laboral; cargo y funciones.</li> <li>✓ contar con los siguientes documentos por escrito: Manual de procedimiento administrativo; manual con perfil de funciones y responsabilidades que incluya a todo el personal.</li> <li>✓ contar con un documento escrito donde quede constancia de que existe consentimiento informado para el tratamiento del</li> </ul>	<p>seguridad en todas sus áreas, que incluya al menos: los equipos de control de incendios; salida de emergencia; rutas de evacuación por incendio o evento natural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contar con un sistema para el control de incendios, que incluya: un extintor tipo A.B.C.</li> <li>✓ Un dispositivo para la detección de humo.</li> <li>✓ Un dispositivo de alarma para el aviso de evacuación por incendio o evento natural.</li> <li>✓ recipientes que tengan tapa y bolsa plástica para los desechos bioinfecciosos.</li> </ul>	<p>lavamanos ubicado a una altura máxima de 85cm, acorde con lo dispuesto en la Ley. En esta área se puede mantener los tanques de parafina.</p> <p><b>b) Área para el Gimnasio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contar con paredes y cielo rasos sólidos que permitan la instalación de equipo de mecanoterapia, y otro equipo que requieran sujeción segura.</li> <li>✓ espacio suficiente para las maniobras de pacientes en silla de ruedas.</li> </ul> <p><b>c) Sala de Tratamiento General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ área mínima de 126 metros cuadrados y cumplir al menos con los siguientes requisitos: aparatos biomecánicos, incluidas también sillas de ruedas y camillas que los pacientes utilicen; tomas de electricidad ubicadas a un metro del piso como mínimo; iluminación, tanto natural como artificial, deberá ser adecuada para realizar los diferentes procedimientos; ventilación debe ser adecuada, sin corrientes de aire; en caso de contar con áreas verdes para el uso de pacientes, las mismas deberán mantenerse libre de obstáculos, con el césped corto, de existir cunetas y desagües los mismos deben estar cubiertos por estructuras seguras para acceder con sillas de ruedas y otras ayudas biomecánicas.</li> </ul> <p><b>ch) Los cubículos para tratamiento individual, deben cumplir con los siguientes requisitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ iluminación, tanto natural como artificial, deberá ser adecuada para realizar los diferentes procedimientos.</li> <li>✓ ventilación debe ser adecuada, sin corrientes de aire.</li> <li>✓ acceso en silla de ruedas.</li> <li>✓ espacio para la ubicación de al menos una camilla, con la posibilidad de ubicar equipo de tal forma, que el terapeuta se pueda movilizar libremente alrededor de la camilla.</li> </ul> <p><b>d) Área para bodega:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ espacio para ropa limpia, papelería, equipo</li> </ul>
---	---	---	---

<p>un área para tratamiento general, con un área mínima de 126 metros cuadrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contar con un cuarto auxiliar.</li> <li>✓ contar con un área para hidroterapia.</li> </ul>	<p>tratamiento del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contar con material escrito que permita informar al público sobre sus programas.</li> <li>✓ contar con un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos que utilizan.</li> <li>✓ debe asegurar el cumplimiento del programa de mantenimiento (preventivo y correctivo) de los equipos que se utilizan.</li> <li>✓ tener un machote contrato de servicios, en caso de servicios profesionales a terceros.</li> <li>✓ documentos de respaldo para la calibración de los equipos cada tres meses.</li> <li>✓ contar por escrito con un protocolo de limpieza para cada una de las áreas.</li> <li>✓ contar con protocolos de las 5 primeras causa de egreso más frecuentes. Debe incluir un sistema de referencia y contrarreferencia.</li> <li>✓ todo procedimiento debe quedar debidamente consignado en el expediente clínico del paciente con su correspondiente referencia.</li> <li>✓ en caso de realizarse visita domiciliaria, debe llevarse un registro con el nombre y apellidos del paciente, procedimiento realizado y debe quedar consignado en el expediente clínico. Debe ser de acuerdo con la normativa establecida por la Dirección del establecimiento.</li> </ul>		<p>eléctrico, materiales varios y botiquín de primeros auxilios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ estantes para almacenar el material adecuadamente.</li> <li>✓ libre de humedad, bien ventilada y rotulada.</li> </ul> <p><b>e) Área del cuarto Auxiliar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pila, preferible de acero inoxidable que cuente con agua caliente y agua fría.</li> <li>✓ mesas para la preparación del material y espacio para mantener accesorios de uso constante en la sala de tratamiento.</li> <li>✓ ubicada contigua a la sala de tratamiento.</li> </ul> <p><b>f) La clínica de terapia física o fisioterapia debe contar con el siguiente equipo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ equipo para estimulación eléctrica de frecuencias media y baja.</li> <li>✓ equipo de onda corta.</li> <li>✓ ultrasonido</li> <li>✓ bandas elásticas.</li> <li>✓ bastón, andadera y muletas.</li> <li>✓ baños de contraste para miembro inferior y miembro superior.</li> <li>✓ tanque de parafina.</li> <li>✓ tanques de remolino para miembro inferior y miembro superior.</li> <li>✓ tanques para compresas calientes (opcional) o compresas a base de gel y equipo para crioterapia.</li> <li>✓ mesa de balancín.</li> <li>✓ equipo para ejercicios.</li> <li>✓ camillas con grada antideslizante.</li> <li>✓ camilla neurológica.</li> <li>✓ cama ancha.</li> <li>✓ colchonetas.</li> <li>✓ equipo para mecanoterapia: poleas, timón de pared, resorteras, escalerillas de pared, banquillos para elevaciones, pesas de arena graduadas, pesas de mancuerna, ejercitador de tobillo y o tablas de bowling, barras paralelas, bicicletas estacionarias, bolas de bobath.</li> <li>✓ bancos y mesas para tratamiento en miembros superiores.</li> <li>✓ rollos, cuñas, colchoneta.</li> <li>✓ tracción cervical y lumbar.</li> <li>✓ equipo y material de agentes físicos como: compresas frías y calientes, magnetoterapia (Opcional), láser, lámpara de luz infrarroja y ultravioleta, entre otros.</li> <li>✓ instalación eléctrica</li> </ul>
--	---	--	---

			<p>adecuada para el uso de estos equipos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ centro de escaleras.</li><li>✓ espejo de cuerpo entero.</li><li>✓ equipo para realizar ejercicios con la mano.</li><li>✓ Goniómetro</li></ul>	
--	--	--	---	--

---

---

# FUENTES DE INFORMACIÓN

---

---

## **BIBLIOGRAFICAS**

1. Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), 2004. "Trabajando Juntos para promover la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad". Folleto informativo. San José, Costa Rica. 2004.
2. Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2001. Informe de Mayoría: Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones"; Expediente N° 13-980; San José, Costa Rica; 26 de abril del 2001.
3. Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2001. Informe de Minoría: Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones"; Expediente N° 13-980; San José, Costa Rica; 21 de mayo del 2001.
4. Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1996. Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, N° 7600 del 2 de mayo de 1996. Publicada en la Gaceta N° 102, del 29 de Mayo de 1996.
5. Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1996. "Prólogo de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad". Edita: Asamblea Legislativa de Costa Rica. ISBN 9977-791-02-4. Página 5.
6. Astorga Luis Fernando. 2004. III reunión del Comité Especial. "Crónica, balance y perspectivas". Instituto Interamericano sobre discapacidad. San José, Costa Rica, 2004.
7. Bauer, D. 1992. Rehabilitación : Enfoque Integral, principios prácticos. Ediciones Científicas y Técnicas, Barcelona, España 1992.
8. Caja Costarricense del Seguro Social, 2003. Cambios en la Morbilidad y Mortalidad por Edad y Sexo de Costa Rica, 1987, 1992, 1997 y 2002. Depto. de Estadísticas de Servicios de Salud, Serie: Estadísticas de la Salud. CCSS. San José, Costa Rica.
9. Caja Costarricense del Seguro Social, 1997. Centro Nacional De Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas. XX Aniversario: Memorias. Dra. Virginia Sell Salazar. San José, Costa Rica, 1997.



10. Caja Costarricense del Seguro Social, 2002. Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas. Plan Estratégico 2003 – 2006. CCSS. San José, Costa Rica, 2002.
11. Caja Costarricense del Seguro Social, Centro Nacional de Rehabilitación, 2002. Proyecto para la Descentralización y mayor Cobertura de la Rehabilitación: Propuesta. Dr. Vinicio Mesén M. Director.
12. Caja Costarricense del Seguro Social, 2003. Cuarta Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa CCSS, 2002. Informe General. Serie: Estadísticas de la Salud N° 10D. San José, Costa Rica
13. Caja Costarricense del Seguro Social, 2002. Desarrollo de una propuesta para fortalecer los niveles de complejidad Red de servicios de salud. Informe final de consultoría. Licitación Restringida DPC-2001-03 y Ampliación. Gerencia de Modernización y Desarrollo. Dirección de Planificación Corporativa. CCSS. San José, Costa Rica.
14. Caja Costarricense del Seguro Social, 1998. Diagnóstico Situacional de los Servicios y Programas de Rehabilitación de la Caja Costarricense del Seguro Social. Gerencia de División Médica, CCSS. San José, Costa Rica.
15. Caja Costarricense del Seguro Social, 2004. Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, 1980-2003; Primer Tomo, Producción de Servicios. Serie: Estadísticas de la Salud, N° 5-J.a. CCSS. San José, Costa Rica
16. Caja Costarricense del Seguro Social, 2004. Estadísticas Generales de los Servicios de Salud, 1980-2003; Segundo Tomo, Características de la población atendida. Serie: Estadísticas de la Salud, N° 5-J.b. CCSS. San José, Costa Rica.
17. Caja Costarricense del Seguro Social, 2005. Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud, 1980-2004. Gerencia de división Médica. Dirección de Información en Salud. Departamento estadística de Salud, Julio 2005.
18. Caja Costarricense del Seguro Social, 2000. Informe de Evaluación 2000. Dirección Compra de Servicios de Salud, Gerencia de División Administrativa, CCSS. San José, Costa Rica.
19. Caja Costarricense del Seguro Social, 2002. Informe de Evaluación 2002. Dirección Compra de Servicios de Salud, Gerencia de División Administrativa, CCSS. San José, Costa Rica.
20. Caja Costarricense del Seguro Social, 2003. Plan de Acción en cumplimiento de la Ley 7600. 2002-2006. San José, Costa Rica.
21. Caja Costarricense del Seguro Social, 1997. Plan Funcional Institucional de Rehabilitación Período 97-98. Gerencia de División Médica, CCSS. San José, Costa Rica.

22. Caja Costarricense del Seguro Social, 2003. Políticas Corporativas 2004. CCSS. San José, Costa Rica.
23. Caja Costarricense del Seguro Social, 2004. Políticas Institucionales 2005-2006. San José, Costa Rica.
24. Caja Costarricense del Seguro Social, 1997. Propuesta Perfil Funcional y Estructural de la Coordinación General del Sistema Institucional de Rehabilitación. San José, Costa Rica.
25. Caja Costarricense del Seguro Social, Reforma del Sector Salud en Costa Rica. Sistemas de Salud en Costa Rica. Instituciones integrantes.
26. Caja Costarricense del Seguro Social, 1996. Sistematización del primer taller de servicios de rehabilitación de la Caja Costarricense del Seguro Social. Gerencia de División Médica, Gerencia División de Pensiones, CCSS. San José, Costa Rica.
27. Chan, Julie. 2004. Estudio costos atención integral para personas adultas mayores residentes en un hogar de ancianos. CONAPAM, San José, Costa Rica. 2004.
28. Chan, Julie. 1998. "Estudio de factibilidad de un proyecto de atención integral para personas adultas con discapacidad en estado de abandono y / o riesgo social provenientes del Patronato Nacional de la Infancia". Tesis de Maestría. ICAP. San José, Costa Rica. 1998.
29. Chan, Julie. 1999. Resumen de la Ley 7,600. CNREE. San José, Costa Rica. 1999.
30. CODEHUCA. 1997. Manual de denuncia. EDUCA / CSUCA. Primera edición, San José, Costa Rica. 1997.
31. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2004. Informe Anual de Labores 2004, CNREE. San José, Costa Rica.
32. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2004. Plan Estratégico 2004-2008. Heredia, Costa Rica.
33. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial , 1990. Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990-2000. Heredia, Costa Rica. 1990.
34. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2004. Población Total Nacional y Población Total con Discapacidad, según provincia, cantón, distrito y sexo. Censo 2000. CNREE, Departamento Técnico, Equipo de Información. Heredia, Costa Rica.
35. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, CNREE. 2000. Políticas Nacionales Discapacidad . Heredia, Costa Rica. 2000.

36. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2004. Primer Informe Semestral de Labores 2004. SILOR Región Brunca. CNREE. Documento Interno. Heredia, Costa Rica.
37. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2004. Registro Nacional de Organizaciones de Padres y de Personas con Discapacidad y Afines. Actualizada al 22 de noviembre del 2004. CNREE, Departamento Técnico, Equipo de Información. Documento Interno. Heredia, Costa Rica.
38. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2004. Supervisión: Patronato Nacional de Rehabilitación. CNREE, Heredia, Costa Rica.
39. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2000. Políticas Nacionales en Discapacidad. CNREE. Heredia, Costa Rica.
40. Consultoría Internacional de Cooperación (COINCO), Diagnóstico de los Programas y Servicios de Rehabilitación en el sector Salud, documento elaborado para la Agencia Cooperación Internacional de Japón, inédito, julio del 2005.
41. Contraloría General de la República, 2004. Informe N° DFOE-SA-7-2004 sobre el proceso de contratación administrativa promovido por algunos órganos desconcentrados de la Caja Costarricense de Seguro Social.”; San José, Costa Rica; 17 de mayo del 2004.
42. Contraloría General de la República, 2004. Informe N° DFOE-SA-4-2004 relativo a un estudio sobre compras de medicamentos fuera de la LOM en la Caja Costarricense de Seguro Social.”; San José, Costa Rica; 18 de marzo del 2004.
43. Contraloría General de la República, 2000. Una perspectiva sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. San José, Costa Rica.
44. Declaración de Cartagena De Indias sobre Políticas Integrales para las Personas con discapacidad en el Área Iberoamericana,1992. Cartagena, Colombia, 1992.
45. Defensoría de los Habitantes de la República, 1999. Compendio derecho a la salud. San José, Costa Rica.
46. Defensoría de los Habitantes de la República, 2004. Informe Anual de Labores 2003-2004. San José, Costa Rica.
47. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional,1996. Actualización del marco conceptual de la rehabilitación profesional en el GLARP. Santa Fe, Bogotá : GLARP, 1996.
48. IDRM. 2004. Monitoreo Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Informe Regional de las Américas, 2004.

49. Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2002. Estimaciones y Proyecciones de Población 1970-2050. INEC. San José, Costa Rica.
50. Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2001. IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000: Resultados Generales. INEC. San José, Costa Rica.
51. Instituto Nacional de Seguros, 2005. Generalidades de INS SALUD. Dirección de INS Salud. San José, Costa Rica.
52. Instituto Nacional de Seguros, 2005. Síntesis de Procedimiento. Elevación de casos de difícil resolución o determinación. Órgano Técnico CCSS-INS. San José, Costa Rica.
53. Lacasta Juan José. 2005. "Calidad en los servicios de apoyo familiar" En: II Congreso Nacional de familias de personas con retraso mental. FEAPS. Congreso Virtual. 2005.
54. La Gaceta No 102, 29 de Mayo de 1996. Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, N° 7600 del 2 de mayo de 1996.
55. Ministerio de Educación Pública, 2003. Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD). Departamento de Educación Especial. San José, Costa Rica.
56. Ministerio de Educación Pública, 2005. Centros de Atención Integral a Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD). Departamento de Educación Especial. San José, Costa Rica.
57. Ministerio de Educación Pública, 2005. Estructura y organización técnico administrativa de la Educación Especial en Costa Rica. (versión preliminar). San José, marzo 2005..
58. Ministerio de Educación Pública, 2004. Expansión del sistema Educativo Costarricense. Departamento de Estadística. San José, Costa Rica.
59. Ministerio de Educación Pública, 2003. Normas y procedimientos para la autorización de nuevos servicios y asignación de lecciones a servicios ya existentes de Educación Especial. Departamento de Estudios y Programación Presupuestaria, MEP. San José, Costa Rica.
60. Ministerio de Educación Pública, 2004. Personal total que labora en Instituciones de Educación Regular. Departamento de Estadística. San José, Costa Rica.
61. Ministerio de Educación Pública, 2000. Propuesta para la atención a Personas Adultas con Discapacidad que requieren de Apoyos prolongados o permanentes para el desempeño ocupacional o laboral. MEP, CNREE, IMAS, ONGs. San José, Costa Rica.

62. Ministerio de Educación Pública, 2005. Registro Particular de la Asesoría Nacional de Educación Especial en Audición y Lenguaje. Departamento de Educación Especial, MEP. San José, Costa Rica.
63. Ministerio de Educación Pública, 2005. Registro Particular de la Asesoría Nacional de Educación Especial en Discapacidad Múltiple. Departamento de Educación Especial, MEP. San José, Costa Rica.
64. Ministerio de Educación Pública, 2005. Registro Particular de la Asesoría Nacional de Educación Especial para Centros de Atención Integral para Adultos con Discapacidad. Departamento de Educación Especial, MEP. San José, Costa Rica.
65. Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2004. Lineamientos de política Habilitación / Rehabilitación Integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Bogotá, Colombia, Mayo, 2004.
66. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2004. Informe sobre acciones realizadas durante el año 2004 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, del MSALUD al MIDEPLAN. San José, Costa Rica.
67. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2004. Informe sobre acciones realizadas durante el año 2004 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, del CNREE al MIDEPLAN. San José, Costa Rica.
68. Ministerio de la Presidencia, 2001. Directriz N° 27. San José, Costa Rica.
69. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud, 2005. Avance de Papel de trabajo sobre competencia de instituciones prestadoras de servicios para personas con discapacidad. Mediante Oficio DGS-1480-2005. Dirección General de Salud, MS. San José, Costa Rica.
70. Ministerio de Salud, 2003. Agenda Sanitaria Concertada: Diez compromisos del Sector Salud 2002-2006.
71. Ministerio de Salud, 2003. Informe Anual 2003 Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil, Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna. MS. San José, Costa Rica.
72. Ministerio de Salud. Ley General de Salud # 5395.
73. Ministerio de Salud, 2002. Norma para la Habilitación de Establecimientos que brindan Atención en Medicina y Cirugía general y/o por especialidades médicas y quirúrgicas con internamiento con más de 20 camas. Versión 1. Set 2002
74. Ministerio de Salud, 2005. Norma de Habilitación para Establecimientos que brindan Atención en Terapia Física: Modalidad de consultorio, clínica, Hospitalaria. Decreto 32328, Mayo 2005.

75. Ministerio de Salud, 2005. Norma de Habilitación de Establecimientos que brindan Atención en Centros para Personas con Discapacidad. Junio 2005.
76. Ministerio de Salud, 2003. Política Nacional de Salud 2002-2006. Primera edición. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.
77. Ministerio de Salud, 2002. Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines. Decreto 30571-S del 25-6-2002.
78. Murillo Soledad. 1998. "25 años del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial" Presentación en power point.
79. Organización Mundial de la Salud, 2001. CIDDM- 2, Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Borrador Final, versión completa. Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas, Terminología. Ginebra, Suiza.
80. Organización Mundial de la Salud, 1994. Community-based Rehabilitation and The Health care referral services. A guide for programme managers. Rehabilitation World Health Organization.
81. Organización Mundial de la Salud, 1995. Disability Prevention and Rehabilitation in primary health care. A guide for district health and rehabilitation managers. Rehabilitation World Health Organization.
82. Organización Mundial de la Salud, 1996. Guidelines for Conducting, Monitoring and Self-Assessment of Community Based Rehabilitation Programmes: Using Evaluation Information to Improve Programmes. World Health Organization, International Disability Consortium, Geneva.
83. Organización de Naciones Unidas: Asamblea General, cuadragésimo octavo período de sesiones. Las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48/49. 20 de diciembre de 1993.
84. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud: Documento de posición conjunta. RBC: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.
85. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2003. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos. OPS, MS, CCSS. San José, Costa Rica.
86. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2002. Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de la salud y envejecimiento activo. Serie de materiales de capacitación. Módulos de valoración clínica.

87. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2004. Indicadores Básicos 2004. Situación de Salud en Costa Rica. X Edición. MS, OPS Y OMS. San José, Costa Rica.
88. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2004. La Discapacidad en Costa Rica - Situación actual y perspectivas. OPS-MS. San José, Costa Rica.
89. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2004. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Serie Análisis de Situación de Salud. San José, Costa Rica.
90. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2004. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. San José, Costa Rica.
91. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2004. Situación actual de la Salud mental en Costa Rica. OPS-MS.
92. Organización Panamericana de la Salud, 2003. 100 Años de Salud, Costa Rica: Siglo XX. OPS. San José, CR.
93. Patronato Nacional de la Infancia.2005. Oficio DAP-326-2005 suscrito por la Lic. Marita Vargas Hernández. Dirección de Atención y Protección. San José, Costa Rica, 2005.
94. Periódico La Nación, miércoles 5 de julio, 2000. "CENARE procura un desahogo". San José, Costa Rica.
95. Periódico La Nación, lunes 12 de Setiembre, 2005. "Hospitales, Clínicas y Ebais andan cada uno por su lado". San José, Costa Rica.
96. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, 1992. Versión Castellana, Del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, De España. Mayo 1992.
97. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., 2001. Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá, D.C. Bogotá, julio 2001.
98. Seminario Regional para América Latina sobre Programas Nacionales en materia de discapacidad. 1994. Adolf D. Ratzka, PhD Vida Independiente. Ponencia, San José, Costa Rica 7-10- marzo de 1994.
99. Seminario sobre Discapacidad e información, 1987. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. Ramón Puig de la Bellacasa. Ponencia. Madrid 16-17 de Noviembre de 1987.

100. Universidad de Costa Rica, 2002. Hacia una solución integral en la lucha contra la pobreza. UCR, Rectoría y Vicerrectoría de Acción Social, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica.

101. Verdugo, Miguel Ángel. 1995. \_Personas con discapacidad. Editorial Siglo XXI, Madrid, España. 1995.

## **ENTREVISTAS**

1. Dra. María Cecilia Arguedas, Fisiatra, Jefatura Medica Servicio de Rehabilitación, INS Salud. Agosto, 2005.
2. Dr. Arturo Bertheau, Psiquiatra, Hospital Nacional Psiquiátrico. Agosto, 2005.
3. Dra. Vanesa Cedeño, Fisiatra Hospital de San Carlos. Agosto, 2005.
4. Dr. Josué Chavarría, Fisiatra Clínica Solón Nuñez, Clínica Nuñez. Agosto, 2005.
5. Dra. Viviana Chung, Fisiatra, Hospital Blanco Cervantes. Agosto, 2005.
6. Dra. Maribel Del Real, Fisiatra Hospital Enrique Baltodano. Agosto, 2005.
7. Dr. Ricardo Guerrero. Fisiatra, Clínica Marcial Fallas. Agosto, 2005.
8. Dra. Xinia Monestel. Fisiatra, Hospital Max Peralta. Agosto, 2005.
9. Lic. Isabel Murillo Terapeuta física, Clínica Clorito Picado. Agosto, 2005.
10. Dr. Carlos Navarro, Fisiatra Clínica Marcial Rodríguez. Agosto, 2005.
11. Dra. Thelma Rodríguez, Fisiatra, Hospital Monseñor Sanabria. Agosto, 2005.
12. Dr. Esteban Rojas. Fisiatra, Clínica de Coronado. Fisiatra, Hospital Calderón Guardia. Agosto, 2005.
13. Dra. Catalina Salazar, Fisiatra Hospital Enrique Baltodano. Agosto, 2005.
14. Dra. Marcela Segura, Fisiatra, Hospital Perez Zeledón. Agosto, 2005.
15. MSc. Gilda Aguilar. Ministerio de Educación Pública, Enseñanza Especial. Setiembre, 2005.
16. MSc. David Pérez. Patronato Nacional de la Infancia. Programa para la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Setiembre, 2005.
17. MSc. Mabel Rodríguez. Junta de Protección Social de San José. Área de discapacidad, alcoholismo y drogadicción. Setiembre, 2005.



18. Lic. Shirley Pereira. Ministerio de Educación Pública. Pedagoga en discapacidad múltiple, CAIPAD San Carlos. Setiembre, 2005.