

Ministerio de Salud  
Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial  
Organización Panamericana de la Salud  
Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud

## La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas



**Equipo de trabajo**

Lic. Álvaro Mendieta, consultor  
Lic. Bárbara Holst, Directora CNREE  
Dr. Humberto Montiel, asesor OPS/OMS Costa Rica  
Lic. Gilberto Campos Cruz, asesor independiente

**Revisores**

Dra. María del Rocío Sáenz, Ministra de Salud  
Dr. Armando Vásquez, Asesor Regional de Rehabilitación OPS/OMS  
Dr. Philippe Lamy, Representante OPS/OMS Costa Rica

**Edición**

Xinia Bustamente C. OPS/OMS

**Fotografía**

Archivo del Consejo Nacional de Rehabilitación

**WB320**

O-686d Organización Panamericana de la Salud  
La discapacidad en Costa Rica : Situación actual y perspectivas/ Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2004.  
80 p. ; 28 cm. -- (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 14)

**ISBN 92 75 32503 0**

1. PERSONAS INCAPACITADAS
  2. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD.
  3. PRESTACION DE ATENCION DE SALUD.
  4. REHABILITACION
  5. SERVICIOS SOCIALES.
  6. EDUCACION.
5. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Título. III. Serie.

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 de los editores.

San José, Costa Rica, Febrero 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud, Despacho Ministerial

Puede ser consultado en: [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr) y [www.cor.ops-oms.org](http://www.cor.ops-oms.org)

## INDICE

---

I. Introducción.....	6
II. La discapacidad en Costa Rica.....	8
2.1 Población con discapacidad.....	9
2.2 Rangos etarios de la población con discapacidad.....	13
2.3 Clasificación por tipo de deficiencias y discapacidad.....	16
2.4 Indicadores de vivienda .....	18
2.5 Indicadores de empleo.....	20
III. Acceso a los servicios de salud.....	25
3.1 Atención en salud orientada hacia la población con discapacidad.....	27
3.2 Equidad de la atención.....	31
3.3 Capital humano.....	36
3.4 Gestión del Instituto Nacional de Seguros.....	37
IV. Acceso a servicios educativos.....	39
4.1 Satisfacción de las demandas educativas de la población con discapacidad.....	40
4.2 Educación técnica.....	47
4.3 Educación de adultos .....	47
4.4 Acción del Instituto Nacional de Aprendizaje.....	48
4.5 Reconocimiento de la identidad cultural.....	49
V. Acceso al trabajo.....	49
5.1 Los lineamientos.....	51
5.2 El empleo.....	53
5.3 Programas y responsables .....	54
5.4 Junta de Protección Social.....	55
VI. Acceso a los servicios sociales.....	55
6.1 Vivienda.....	56
6.2 Pensiones del Régimen no Contributivo.....	62
6.3 Otros subsidios .....	63
VII. Accesibilidad al entorno físico.....	65
7.1 Acceso al transporte.....	66
7.2 Información y comunicación .....	68
VIII. Conclusiones y recomendaciones .....	70
IX. Anexos .....	76

## Presentación

En Costa Rica el enfoque sobre la discapacidad se ha venido transformando en el transcurso de los años, como en el resto de países de la Región, pasando de un enfoque meramente asistencialista, hacia uno más integral, fundamentado en la promoción de los derechos humanos y la participación ciudadana de las personas con discapacidad.

En este sentido, es fundamental el desarrollo de una sociedad mucho más inclusiva, consciente de las diferencias y de la convergencia de identidades de los grupos sociales y de la necesidad imperiosa de resolución de las principales limitaciones de la población discapacitada en materia de: prestación de servicios públicos, sistemas de información y cobertura de los servicios de rehabilitación.

La situación actual de la población con discapacidad en Costa Rica y las condiciones bajo las cuales accede a los servicios públicos principalmente de salud, educación, empleo, transporte, información y otros, son los principales temas desarrollados en este documento.

La elaboración en el año 2001 de las políticas nacionales en discapacidad por parte del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y la formulación de las Políticas Nacionales de Salud 2002-2006 por parte del sector salud, se constituyen en un esfuerzo por racionalizar los procesos de planificación y ejecución de las políticas públicas, orientadas hacia la población con discapacidad.

Esta publicación es parte de una serie de publicaciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en este caso con la colaboración especial del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONREE), y tiene como propósito establecer una primigenia evaluación global del avance en el reconocimiento de la ciudadanía de las personas con discapacidad y la situación de su estatus en la sociedad, como un indicador legítimamente válido del grado de inclusión, tolerancia y pluralismo de la democracia costarricense.

## I. Introducción

La Fundación del Centro Nacional Fernando Centeno Güell en el año de 1940, la posterior apertura de otros servicios de educación especial y de rehabilitación a finales de los años sesenta del siglo pasado, la creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) en 1973 y la promulgación de políticas públicas y legislación, son indicadores incuestionables de que la discapacidad en Costa Rica es abordada desde un punto de vista institucional.

En el ámbito científico y académico, el inicio de la profesionalización en el tema data de 1974 con la apertura del Bachillerato en Educación Especial de la Universidad de Costa Rica. Paulatinamente ha sido complementado con el interés de otras disciplinas, principalmente de las Ciencias Sociales, tanto en la educación superior pública como privada.

Estos también son indicadores del creciente interés de la sociedad costarricense por ahondar en la formación de profesionales capaces de producir las transformaciones necesarias en el entorno para revertir los procesos de exclusión y discriminación que históricamente han afectado a la población con discapacidad.

Con el devenir del tiempo y de los conocimientos, la visión sobre la discapacidad se ha venido transformando, de una asistencialista, hacia una más integral, fundamentada en la promoción de los derechos humanos y la participación ciudadana de las personas con discapacidad.

Por su parte, la declaración de Lima de 1999, es un ejemplo del interés permanente y de larga data de la centenaria Organización Panamericana de la Salud (OPS), en desarrollar una sociedad mucho más inclusiva, conciente de las diferencias y la convergencia de identidades de los grupos sociales y proactiva en la resolución de las limitaciones en materia de: prestación de servicios públicos de poca calidad, inadecuados sistemas de información, la escasa cobertura en los servicios de rehabilitación para la población y las altas tasas de discapacidad, en toda América Latina.

Mediante el apoyo técnico de organismos internacionales como la OPS/OMS, en la producción de conocimientos sobre el tema, el cambio ha sido significativo en la visibilización de la situación de las personas con discapacidad, contribuyendo efectivamente en el reconocimiento del valor de la vida en comunidad y la responsabilidad del Estado y la sociedad, en el pleno ejercicio de su ciudadanía.

En este sentido, evidenciar la situación actual de la población con discapacidad en nuestro país y las condiciones bajo las cuales accede a los servicios públicos principalmente de salud, educación, empleo, transporte, información y otros, se convierte en el principal objetivo del presente diagnóstico.

El proceso de reestructuración que inician el Estado y la sociedad costarricenses a partir de la promulgación de la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, número 7600 del 29 de mayo de 1996 y su reglamento, vigente desde el 20 de abril de 1998 mediante decreto ejecutivo N° 26831-MP; por mucho ha sido dificultoso, caracterizándose por negligentes omisiones y violaciones a los plazos establecidos para la adaptación de los servicios públicos orientados hacia la satisfacción de las demandas de la población con discapacidad.

El inicio de procesos de formulación de políticas públicas inclusivas en las instituciones del Estado costarricense, se remonta al año de 1987 y se encuentra inmerso en la obligatoriedad del aparato estatal, de crear las condiciones estructurales necesarias para evitar la exclusión y la discriminación en la prestación accesible y adecuada de sus servicios.

Por una parte, la visibilización de la diversidad y el respeto a las diferencias y por otra el reconocimiento del estatus de ciudadanía como la capacidad de exigir los derechos y ejercer plenamente los deberes, son los principios democráticos fundamentales que orientan la transformación del entorno y la promoción de la participación activa de la población con discapacidad en diversos procesos económicos, sociales, culturales y políticos, por encima de los tratos “especialmente” diferenciados y anquilosadas visiones asistencialistas que aún persisten.

En este sentido, es claro que la discapacidad, siendo una condición humana que puede ser de origen multicausal ya sea por condición genética, pobreza, desnutrición e inadecuados hábitos de salud e higiene, enfermedad o accidente laboral, deportivo, recreativo y de tránsito, contaminación ambiental, violencia política, social y estructural etc., no es discriminatoria por razón de género, estrato social, étnia, religión o nivel educativo o de ingresos.

Por el contrario, discriminatorias son las prácticas que tradicionalmente han provocado la exclusión, la marginación y la sectorización de las necesidades de las personas con discapacidad en Costa Rica y que han originado como histórico resultado circunscribir las acciones del Estado a los ámbitos de la salud y la educación especial.

La Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, la incorporación de la variable, en los estudios técnicos del Estado y en el censo nacional del año 2000, en la formulación de estrategias de múltiples instituciones del Estado mediante comisiones interinstitucionales y normas dictadas para la incorporación del tema en la formulación de los presupuestos públicos para el cumplimiento de las disposiciones de la Ley 7600, así como en los planes Nacionales de Desarrollo a partir de 1994, en los presupuestos municipales mediante la creación de rubros para la adecuación de infraestructura a partir del 2000; son indicadores inequívocos de la visibilización de la reivindicación del estatus de ciudadanía de las personas con discapacidad y de un viraje en el aparato burocrático, hacia el reconocimiento de la ciudadanía de las personas con discapacidad.

Las acciones de estas instituciones, son relativamente orientadas por el CNREE, en su condición de ente rector; para efectos de un análisis posterior, las mismas pueden segregarse en 5 áreas generales de 1998 al 2002, según su propio registro: capacitación, adaptación de infraestructura, inclusión de la población con discapacidad en los servicios educativos, subsidios y fortalecimiento de la sociedad civil.

Estas acciones están orientadas principalmente hacia el respeto de los derechos humanos y la libertades fundamentales de las personas con discapacidad mediante el adecuado acceso a los servicios públicos y privados, así como a la satisfacción de sus necesidades básicas y del buen trato ciudadano en el servicio, por parte de los operadores.

La promulgación en el año 2001 de las políticas nacionales en discapacidad por parte del CNREE y las Políticas Nacionales de Salud 2002-2006 donde se define un área de intervención con estrategias claras, se constituyen en un esfuerzo por direccionar los procesos de formulación, deliberación, decisión y ejecución de las políticas públicas, orientadas hacia la población con discapacidad. Las mismas, se amparan a los principios de: igualdad de oportunidades, no discriminación, participación, autonomía personal y accesibilidad.

La discusión, definición y ejecución de políticas públicas incluyentes, que reconozcan las diferentes necesidades y requerimientos específicos de los diversos grupos de la población, se constituyen en un parámetro de investigación para la evaluación de la situación actual en función del reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en Costa Rica, tan importante e imprescindible como el análisis del nivel de ejecución de las mismas, para determinar y proyectar su desarrollo. En las políticas nacionales de salud 2002-2006 se aprecia un esfuerzo del sector salud por priorizar el abordaje de los grupos postergados.

## **II. La discapacidad en Costa Rica**

Visibilizar a las y los costarricenses con discapacidad respecto del conjunto general de la población nacional, o de variables como la condición de vivienda, actividad económica, nivel de ingreso, acceso a servicios básicos y capacidad de organización, trasciende la frontera demográfica y censal para convertirse en un factor estratégico para su desarrollo humano.

Si bien la discapacidad se refleja con cierta frecuencia en las Encuestas de Hogares y Propósitos Múltiples que anualmente realiza el Ministerio de Economía, la inclusión por primera vez de un módulo específico sobre la discapacidad en el Censo del año 2000, es un hecho sin precedentes y a la vez se constituye en un medio científico idóneo para la objetiva definición y evaluación del impacto de las políticas públicas orientadas a la promoción de su igualdad de oportunidades.

## 2.1. Población con discapacidad

Según los datos revelados por el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la población costarricense alcanzó un total de 3 810 179 habitantes, de los cuales el 50% son hombres y el resto son mujeres. Por su parte, el total de la población con discapacidad equivale a un 5,35%, distribuida de la siguiente manera, 52% hombres y 48% mujeres.

En sí mismo, este primer dato sobre el porcentaje de la población total con discapacidad (5,35%), es algo muy relevante puesto que la experiencia de otros países en la región y el mundo, demuestra que en los censos de población la cifra obtenida siempre oscila entre el 1% y 2%, y en general se refiere a discapacidad severa.

**Cuadro 1**

Distribución de la población con discapacidad en Costa Rica por género, según característica de población para el año 2000. (valores absolutos)

Población	Total	Hombres	Mujeres
Costa Rica	3 810 179	1 902 614	1 907 565
Población con discapacidad	203 731	105 271	98 460

Fuente: Censo Nacional 2000. INEC.

En el análisis surge el elemento de la comunidad para establecer con mayor precisión la relación que existe entre la situación de la población con discapacidad en zonas rurales o urbanas. De esta manera la convivencia en comunidad, depende de las condiciones objetivas y estructurales de acceso real a espacios de participación en la vida pública, principalmente en su interacción con otros miembros de la sociedad en esferas comunes, como es el caso de los servicios públicos básicos o la vida comunitaria activa, por ejemplo: acceso a la cultura, a la religión, el deporte, la política y al mercado laboral.

El Censo del año 2000 demuestra un rezago significativo de los cantones rurales en función de la infraestructura, el empleo, los servicios básicos y su impacto en la migración de sus residentes nativos hacia las zonas más densamente pobladas en busca de oportunidades que permitan el mejoramiento de su calidad de vida en relación con los cantones urbanos del centro del país.

Sin embargo, desde el punto de vista geográfico, la población con discapacidad se distribuye en porcentajes similares entre los cantones rurales y los urbanos.

De este modo, en los cantones rurales las personas con discapacidad equivalen a un 6% del total de la población (1 560 883 habitantes), porcentaje ligeramente superior al promedio nacional.

Según la clasificación geográfica del INEC, los cantones rurales son: en la provincia de San José: Escazú, Desamparados, Puriscal, Tarrazú, Aserrí, Mora, Goicoechea, Santa Ana, Alajuelita, Vásquez de Coronado, Acosta, Moravia, Montes de Oca, Turrubares, Dota, Curridabat, Pérez Zeledón y León Cortés.

En la provincia de Alajuela: San Ramón, Grecia, San Mateo, Atenas, Naranjo, Palmares, Poás, Orotina, San Carlos, Alfaro Ruiz, Valverde Vega, Upala, Los Chiles y Guatuso.

Por otro lado, en la provincia de Cartago: Cartago, Paraíso, La Unión, Jiménez, Turrialba, Alvarado, Oreamuno y El Guarco. En la provincia de Heredia: Heredia, Barva, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, San Isidro, Belén, Flores, San Pablo y Sarapiquí.

En Guanacaste: Liberia, Nicoya, Santacruz, Bagaces, Carrillo, Cañas, Abangares, Tilarán, Nandayure, La Cruz y Hojancha. Puntarenas, Esparza, Buenos Aires, Montes de Oro, Osa, Aguirre, Golfito, Coto Brus, Parrita, Corredores y Garabito, en Puntarenas. Y la provincia de Limón en su totalidad.

## Cuadro 2

Distribución porcentual de la población con discapacidad en Costa Rica, por zona rural y urbana, para el año 2000.

Zona / población	Del total de rural	Del total urbano
Porcentaje de población	6%	5%

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Dentro de las zonas rurales, la población con discapacidad, alcanza los 5,91% en la provincia de Limón, un 7,46% en Puntarenas, 7,11% en Guanacaste, 4,79% en la provincia de Heredia, 5,15% en Cartago, 5,67% en Alajuela y un 5,81% en la provincia de San José; con base en el 100% de la población rural.

Es importante observar, que pese a que el promedio de la población con discapacidad en las zonas rurales es del 6%, como se observaba en el cuadro anterior, existen picos en cantones como: Corredores, Parrita, Osa y Montes de Oro, en la provincia de Puntarenas que sobrepasan el promedio nacional al menos en un 1,5%. Por otra parte, zonas rurales en los

cantones como: Nandayure, Abangares, Carrillo, Santa Cruz y Nicoya, que aumentan el promedio de personas con discapacidad en al menos un 3%, siendo Santacruz y Nicoya los más altos, con un 9,2% y un 8,8% del total de la población de estos cantones respectivamente.

En el caso de la provincia de San José, Turrubares alcanza un 9,32% de personas con discapacidad, con respecto a su población rural, seguido de Acosta, Aserrí y Puriscal que sobrepasan el promedio en al menos un 1%.

### Cuadro 3

Distribución porcentual de la población con discapacidad con base en el total de la población en zona rural, por provincia para el año 2000.

Población	Nacional	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Población	5,98%	5,81%	5,67%	5,15%	4,79%	7,11%	7,46%	5,91%

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

En las zonas urbanas, según los datos del INEC, se encuentra una distribución de las personas con discapacidad de un 5% en relación con el total de la población (2 249 296 habitantes), este valor esta ligeramente inferior al promedio nacional<sup>1</sup>.

A diferencia de los picos porcentuales, arrojados por el procesamiento de datos en las zonas rurales, en las zonas urbanas se encuentran pocas variaciones significativas con respecto del promedio que sobrepasen el rango de los 2 puntos porcentuales. Sin embargo si existen variaciones hacia abajo del promedio significativas en cantones como: Aguirre con un 3,71% o Barva de Heredia en el cual la población con discapacidad ostenta un promedio de 3,98% con respecto al total de la población del cantón.

### Cuadro 4

Distribución porcentual de la población con discapacidad con base en el total de la población en zonas urbanas, por provincia para el año 2000.

Población	Nacional Urbano	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Población	5,26%	4,94%	5,69%	4,50%	4,67%	5,90%	5,73%	6,0%

Fuente: datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

<sup>1</sup> Idem 1.

Si se realiza una comparación entre los porcentajes de población con discapacidad que habitan en las zonas rurales con respecto de las zonas urbanas, se obtiene como resultado que pese a la concentración demográfica, este sector de la población costarricense, porcentualmente se ubica en mayor medida en los cantones rurales del país.

### Cuadro 5

Distribución porcentual de la población con discapacidad con base en el total de la población en zonas urbanas y rurales, por provincia para el año 2000.

Población	Total	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Población urbana	5,26%	4,94%	5,69%	4,50%	4,67%	5,90%	5,73%	6,0%
Población rural	5,98%	5,81%	5,67%	5,15%	4,79%	7,11%	7,46%	5,91%

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Casi la totalidad de los cantones de nuestro país se encuentra en la categoría urbano/rural, pues algunos de sus distritos están en procesos de crecimiento y expansión de sus centros poblacionales, sin embargo, esta situación no conlleva una duplicación de la información puesto que es la misma división distrital la que establece la separación de los datos demográficos.

De esta forma, son dos las excepciones dentro de la categoría de urbanos exclusivamente: San José y Tibás.

### Cuadro 6

Distribución de la población con discapacidad en Costa Rica, por zona rural y urbana, para el año 2000. (Valores absolutos)

Zona / población	Rural	Urbana
Población total	1 560 883	2 249 296
Población con discapacidad	93 474	110 257

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Estudios de mayor precisión correlacionando por ejemplo el Índice de Desarrollo Social (IDS) que elabora el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN), con el nivel de prevalencia de discapacidad por cantón, podrán establecer de modo más concluyente la probable relación existente entre los mayores índices de pobreza y la incidencia de la discapacidad en Costa Rica.

## **2.2. Rangos etarios de la población con discapacidad**

En el cuadro 7, se observa el registro y clasificación etaria de la población con discapacidad con respecto a la población nacional por sexo, para el año 2000. Según la estructuración que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censos, los segmentos etarios se clasifican en 17 grupos quinquenales, los cuales permiten el análisis de la estratificación de la población.

De esta manera, se observa que la población femenina con discapacidad se distribuye uniformemente entre los quinquenios de edad madura, presentando datos sobresalientes en el segmento de población correspondiente a los 75 años de edad y más, manifestándose un incremento en todas las provincias y a la vez, siendo este grupo el de mayor registro de alguna discapacidad a escala nacional.

Al respecto, también se debe considerar el incremento general de la expectativa de vida al nacer, siendo mayor en las mujeres que en los hombres costarricenses.

Sin embargo, en la distribución por edad, también se encuentra una diferencia sustancial entre el quinquenio de 0 a 4 años de edad. En este segmento de la población se ubica una cantidad menor de personas en comparación con los grupos comprendidos en los demás quinquenios, no sobrepasando en ningún caso las 510 personas.

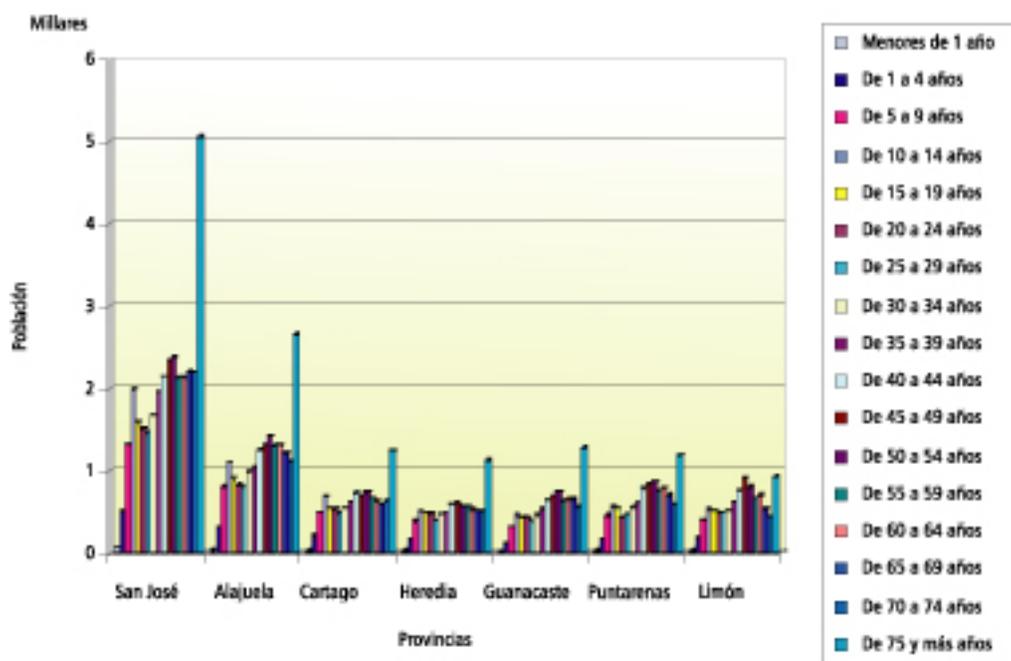
Como se observa en el gráfico 1, en el caso de las mujeres tiende a aumentar en el rango según edad comprendido entre los 75 años y más, en principio por condiciones inherentes a la vejez y el envejecimiento. De esta forma en la provincia de San José, las mujeres con alguna discapacidad alcanzan un valor registrado de 5064, en comparación con su valor inferior inmediato de 2385 personas, más que duplicando al correspondiente al quinquenio de 50 a 54 años de edad.

En el caso de la provincia de Alajuela, 2660 mujeres se encuentran con discapacidad en el grupo de edad 55-59 años, esto es aproximadamente el doble de mujeres discapacitadas en el grupo de 50-54 años (1425 mujeres).

1244 mujeres con discapacidad, es el registro señalado por el Censo Nacional para la provincia de Cartago. Esta cifra sobrepasa en 506 mujeres, a las que se encuentran entre los 50 y 54 años de edad, en esa misma provincia.

**Gráfico 1**

Distribución de la población con discapacidad femenina por rangos etarios según provincia para el año 2000



En el caso de Heredia, el segmento de población inmediato inferior a las 1130 mujeres de 75 años y más, es el de 45 a 49 años de edad. Es importante destacar que en el caso de esta provincia, a excepción del quinquenio antes mencionado y el de los 0 a los 4 años de edad, la distribución de la población de mujeres con discapacidad es la más uniforme en el resto de los grupos etarios.

Una situación similar se repite en la provincia de Limón en la que las mujeres de 45 a 49 años de edad, están por debajo del quinquenio de 75 y más por 14 personas registradas, lo que produce que la provincia del Atlántico, sea la excepción en cuanto a que no presenta desviación del promedio de la distribución.

En el caso de las provincias de Guanacaste y Puntarenas, las mujeres que se ubican entre los 75 años de edad y más, sobrepasan el millar, mientras que los segmentos inmediatos registran alrededor de 500 mujeres menos.

En el caso de la población masculina con discapacidad, al igual que en el caso de la femenina, se agrupa en los quinquenios correspondientes a la edad madura, tomando en consideración

la existencia de la predominancia en cuanto a cantidad de registros del segmento de población correspondiente a los 75 años y más.

Tal y como se muestra en el gráfico 2, entre las edades correspondientes a la infancia y preadolescencia, la población masculina presenta elevados registros en el quinquenio correspondiente al grupo entre los 10 y los 14 años de edad. Situación que es evidente principalmente en las provincias de San José, Cartago y Heredia, en donde se constituyen en los inmediatos registros inferiores después de la población entre los 75 años y más.

Aún así, este grupo de edad es significativo en el resto de las provincias del país, comparable en cantidad de personas a los grupos etarios entre los 40 y los 54 años de edad.

Por su parte, la distribución de la discapacidad por regiones de planificación, concordante con la encuesta de Hogares de 1998 y sobre la cual se basa el estudio de la Contraloría General de la República, "Una perspectiva sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad", publicado en junio del 2000, revela datos significativos en cuanto a la distribución de las personas con discapacidad en el país.

De este estudio se desprende que, la Región Central del país 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 18901.

Debe advertirse que es en la Región Chorotega donde se encuentra la mayor concentración de personas con discapacidad, en relación con el total de su población (20,5%).

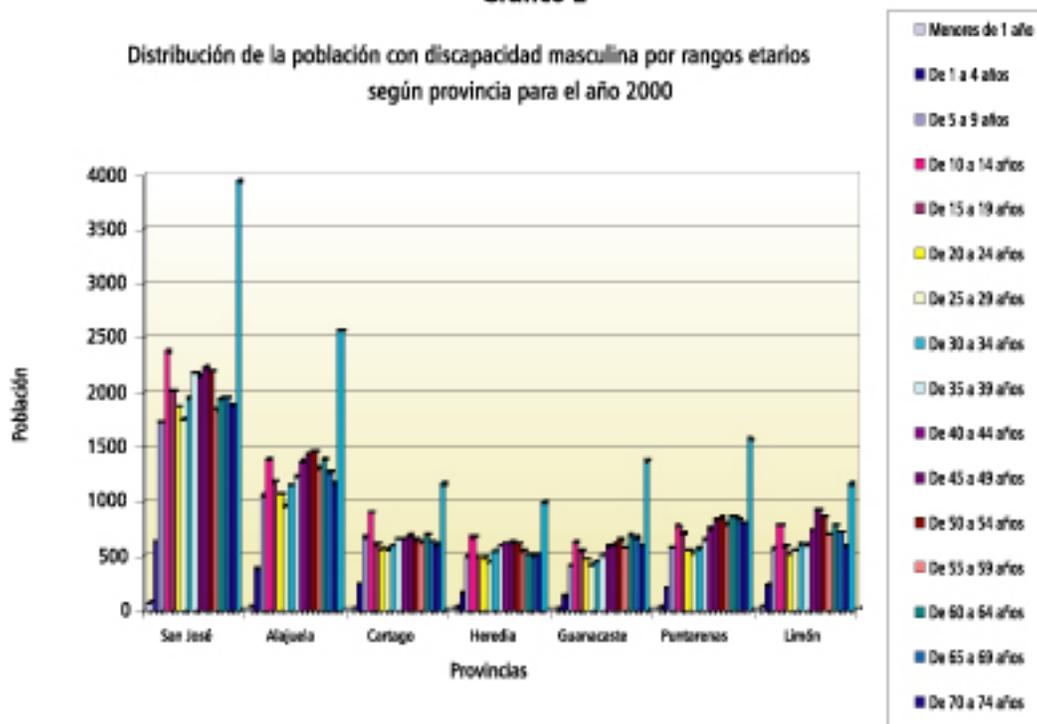
Sin embargo, pese a que en términos porcentuales la Región Central, presenta valores inferiores a la

Chorotega, también se observa que la población vive en condiciones más concentradas que la dispersa distribución encontrada en esta Región, pues no se encuentran focos específicos que indiquen la habitación en valores altos.

Por otra parte, las zonas en las cuales convergen las cabeceras de las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia, pese a que en términos porcentuales son menores, si presentan concentraciones importantes en valores absolutos de personas con discapacidad.

**Gráfico 2**

Distribución de la población con discapacidad masculina por rangos etarios según provincia para el año 2000



### 2.3. Clasificación por tipos de discapacidad

En nuestro país, desde hace muchos años se mantienen registros estadísticos actualizados sobre la prevalencia de los distintos tipos de discapacidad. En este sentido, para la incorporación de la variable discapacidad en el Censo Nacional del año 2000, se definieron 6 grandes grupos, en cuya nomenclatura se utilizaron términos poco científicos pero fácilmente comprensibles e identificables por las y los habitantes: 1. ceguera, 2. sordera, 3. retardo mental, 4. parálisis o amputación, 5. trastorno mental y 6. otros.

Como resultado del registro de la población con discapacidad, la "ceguera" y el rubro de otro, son los tipos de discapacidad que más frecuentemente registra la población. Tanto en hombres como en mujeres, la primera capta el mayor porcentaje de personas con discapacidad registradas en el Censo. De este modo, en Costa Rica 29772 mujeres y 32784 hombres son ciegos, ciegos o deficientes visuales.

Los hombres que sobrepasan los 40 años de edad son los que mayormente manifiestan esta discapacidad, mientras que en las mujeres se presenta con mayor frecuencia posterior a los 45 años de edad.

Por su parte, el quinquenio correspondiente a los 75 años y más, es el que presenta una mayor prevalencia tanto en hombres como en mujeres, incluso triplicando el valor en el grupo de los hombres de 70 a 74 años y duplicándolo con respecto a las mujeres del mismo rango de edad.

### Cuadro 7

Distribución de la población por tipo de discapacidad, según género en Costa Rica, para el año 2000

Población	Ceguera parcial o Total	Sordera parcial o Total	Retardo mental	Parálisis o amputación	Trastorno mental	Otro
Costa Rica	62556	26235	18880	28119	12729	55212
Hombres	32784	15178	10899	15779	7288	23343
Mujeres	29772	11057	7981	12340	5441	31849

Fuente: Censo Nacional del 2000. INEC.

El estudio de la Contraloría General de la República, concluye que la distribución de la población con discapacidad en Costa Rica, no representa variaciones significativas con respecto a la distribución total nacional. En el caso de la provincia de Guanacaste, pese a que en términos porcentuales, como se observó líneas arriba, es la que registra la mayor proporción de personas con discapacidad, también a la vez presenta una amplia dispersión en su población.

“Una perspectiva sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”, clasifica los grupos etarios, por tres grandes grupos según el tipo de discapacidad:

#### Discapacidades sensoriales.

En este apartado, se observa una mayor frecuencia en los grupos de edad avanzada, presentando una mayor incidencia en los grupos de edad que se encuentran por encima de los 35 y 59 años de edad.

En este sentido, las estimaciones del estudio presentan como resultado, que un 74% de población con ceguera parcial o total es mayor de 35 años y un 38% es mayor de 60 años. En el caso de la discapacidad auditiva, el registro principal, se encuentra entre las personas que superan los 65 años.

#### Discapacidades mentales.

En el caso de las enfermedades mentales, un 70,4% de la población que manifiesta estas discapacidades, se concentra principalmente en los grupos etarios que sobrepasan los 20 años de

edad. En el caso de la población con retardo mental, se puede observar que la concentración más significativa se ubica en las personas menores de 35 años de edad.

### Discapacidades físicas.

Producto del proceso de envejecimiento, las discapacidades físicas se concentran en los grupos etarios de mayor edad, principalmente en aquellas personas que superan los 60 años. Mientras que este grupo etario equivale al 8,7% de la población total, se encuentra el 32,2% de la población con discapacidad física.

En los grupos menores de 35 años de edad, equivalente al 66% de la población total, el porcentaje de las discapacidades físicas es de un 28,5%.

Por otra parte, los niños y las niñas con edades comprendidas entre los 5 y los 11 años, equivalente al 15% de la población total, concentran un 35% de la población con discapacidades físicas.

En el caso de los grupos con discapacidad causadas por deficiencias del sistema circulatorio, la concentración se presenta en las personas mayores de 35 años con un importante registro en el grupo superior a los 60 años de edad. Las discapacidades vinculadas con esta causa, tienen una asociación directa con la edad, pues no se encuentran en el estudio, concentraciones importantes en las personas menores de 15 años de edad.

Asimismo, son las mujeres las que presentan un mayor registro de esta deficiencia, alcanzando porcentualmente un 60,5%, siendo que las mujeres equivalen al 50,2% de la población nacional.

## 2.4. Indicadores de vivienda

La tenencia de vivienda es uno de los indicadores sociales que más incide en la evaluación de la calidad de vida y en la determinación de los niveles de pobreza. Al respecto, la clasificación del Instituto Nacional de Estadística y Censos, comprende dos variables en cuanto a su ocupación: vivienda individual y Vivienda Colectiva.

En este sentido, según los registros del Censo Nacional, las personas con discapacidad que habitan en viviendas individuales, en total alcanzan las 200 663, en otras palabras, de las 203 731 personas con discapacidad en el país, solamente 3068 habitan en viviendas colectivas.

Del total de personas con discapacidad que habitan en viviendas de tipo colectivo, existe una predominancia sustancial en cuanto a la discapacidad que se manifiesta: el trastorno mental. El Censo Nacional registró un total de 1098 personas con trastorno mental viviendo en este tipo de vivienda, seguido de las personas que tienen ceguera parcial o total, alcanzando las 521.

### Cuadro 8

Población con discapacidad habitante en vivienda colectiva por tipo de discapacidad, en Costa Rica para el año 2000.

Tipo de discapacidad	Población	Porcentaje
Ceguera parcial o total	521	2,70
Sordera parcial o total	234	1,21
Retardo mental	290	1,50
Parálisis, amputación	626	3,24
Trastorno mental	1098	5,69
Otra	299	1,55
No tiene	14534	75,29
Ignorado	1702	8,82
<b>Total</b>	<b>19304</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Dicho de otra forma, del total de la población que habita en condiciones de vivienda colectiva, casi el 16% son personas con discapacidad.

Sin embargo la mayor concentración en la habitación de personas con discapacidad la ostenta la categoría de vivienda individual, de manera absoluta, no así de forma relativa, debido a que solamente alcanza un 5,29% del total de la población bajo esta condición.

En comparación con la primera categoría, se observa que el tipo de discapacidad más frecuente es la ceguera parcial o total, en comparación con el trastorno mental que predomina en la población que habita en colectividad, así se puede apreciar en el cuadro número 9.

Sin embargo, existen otras discapacidades no registradas que alcanzan la cifra de 54913 personas. En suma, entre la ceguera parcial o total y otras discapacidades no clasificadas por el Censo Nacional, se encuentra un valor acumulado de un 3,09%.

De las 3068 personas con discapacidad que habitan en viviendas colectivas, en todo el país, el mayor porcentaje lo ostentan las provincias de Guanacaste y Cartago, con un 32,21% en el primer caso y un 28,34% en el segundo.

Seguido de San José con 18,60%, Puntarenas con 15,60%, Heredia con un porcentaje similar de 15,56%, Alajuela con 11,74% y finalmente Limón que presenta el más bajo porcentaje con 5,85%.

**Cuadro 9**

Población con discapacidad habitante en vivienda individual por tipo de discapacidad, en Costa Rica para el año 2000.

Tipo de discapacidad	Población	Porcentaje
Ceguera parcial o total	62035	1,64
Sordera parcial o total	26001	0,69
Retardo mental	18590	0,49
Parálisis, amputación	27493	0,73
Trastorno mental	11631	0,31
Otra	54913	1,45
No tiene	3541118	93,41
Ignorado	49094	1,30
<b>Total</b>	<b>3790875</b>	<b>100</b>

Fuente: datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de

De similar manera, de las 200 663 personas con discapacidad que se encuentran ubicadas en viviendas individuales, se observa que de manera porcentual, Guanacaste promedia un valor del 6,90%, seguido por Puntarenas y Limón con un 6%.

Para el resto de la población distribuida en San José, Alajuela, Cartago y Heredia, el promedio ronda los 5 puntos porcentuales y no se presentan variaciones significativas entre ellas.

## 2.5. Indicadores de empleo

Sin duda, uno de los indicadores más cuestionados permanentemente es el relativo al verdadero nivel de inserción en el mercado laboral de la población económicamente activa con discapacidad. Tomando en consideración las categorías de población ocupada, población desocupada, población económicamente activa y población inactiva, a continuación se esboza el perfil de empleo de la población con discapacidad en Costa Rica.

Por estas categorías de análisis económico vamos a entender:

<b>Población ocupada:</b>	Es la población que se encuentra desempeñando algún trabajo.
<b>Población desocupada:</b>	Es aquel tipo de población que tiene los deseos de trabajar, se encuentra en la posibilidad de hacerlo pero no encuentra trabajo.
<b>Población económicamente activa:</b>	Es aquella población, en la que sus individuos se encuentran en condiciones y en edad de trabajar.
<b>Población inactiva:</b>	Es aquella población que estando en condiciones de trabajar, no quiere o no puede por alguna limitación.

## Población ocupada y desocupada

Según el estudio de la Contraloría General de la República del año 2000, las diferencias existentes entre la población con discapacidad ocupada y la población nacional ocupada, no son significativas.

Sin embargo, existen diferencias significativas por rama de actividad, en función de la población con discapacidad que se ocupa en el sector de profesionales y técnicos, alcanzando un 8,9% mientras que el total nacional es de 12%; por otra parte, las personas con discapacidad cuya rama de actividad se encuentra en el sector de los servicios, representan un 20,4%, mientras el total nacional asciende a 15,3%.

De conformidad con los datos mostrados por el Censo del año 2000, en todo el país, de un total de 1 301 546 personas ocupadas, 52 231 son trabajadores y trabajadoras con discapacidad, lo que equivale al 4%.

Del total de la población con discapacidad ocupada, el 36,5% lo constituyen personas ciegas y deficientes visuales, el 14,7% corresponde a sordos y deficientes auditivos, las personas con retardo mental alcanzan el 4,75%, las personas con parálisis o amputaciones alcanzan un 11,75% de ocupación, las personas con trastornos mentales, registran un 4% y las de otra discapacidad que se encuentran ocupadas, representan un 28,75%.

Según la distribución de la población ocupada en el país por provincia, el porcentaje de personas con discapacidad incluidas en este rubro, oscila entre el 3,32% en el caso de Heredia y el 5,41% en el caso de Limón y Guanacaste.

### Cuadro 10

Distribución porcentual de la población ocupada por provincia  
en Costa Rica para el año 2000.

Población ocupada	Total	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Con discapacidad	4%	3,45%	4,28%	3,32%	3,58%	5,40%	5,32%	5,41%
Sin discapacidad	96%	96,55%	95,72%	96,69%	96,41%	94,6%	94,68%	94,59%

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Por otra parte son 868 personas con discapacidad las que se encuentran, bajo el concepto de población desocupada. El total nacional registrado por el Censo, es de 62922 personas, dando como resultado un 6,64% de personas con discapacidad desocupadas del total registrado en el país.

**Cuadro 11**

Distribución porcentual de la población desocupada por provincia en Costa Rica para el año 2000.

Población desocupada	Total	San José	Alajuela	Cartago	Heredía	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Con discapacidad	6,64%	5,83%	6,96%	6,04%	7,05%	6,59%	7,16%	8,01%
Sin discapacidad	93,36%	94,17%	93,04%	93,96%	92,95%	93,41%	92,84%	91,99%

Fuente: datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Según el cuadro 12, la provincia de Limón es la que presenta un mayor porcentaje de personas con discapacidad desocupadas, cifra que es absolutamente consecuente con la ausencia de fuentes de empleo e ingresos en la zona para la población en general.

La marginalidad y el aislamiento tradicional de la zona, así como la carencia de estrategias sostenibles para la generación de empleo, pueden sustentar posibles explicaciones para el fenómeno.

En términos absolutos, la desocupación de la población con discapacidad registrada según el Censo Nacional, se distribuye de la siguiente forma según las provincias: San José, 1130 personas de un total de 19 369, Alajuela 801 de 11 503, Cartago 396 de 6557, Heredia 357 de un total de 5061, Guanacaste 400 personas con discapacidad de 6072 personas desocupadas, Puntarenas 497 de 6941 y la provincia de Limón posee un registro de 594 de un total de 7419 desocupados.

De ese 6,64% de población con discapacidad desocupada, el 30% corresponde a personas ciegas y deficientes visuales, seguido por un 21% de personas con alguna discapacidad no clasificada, las personas con retardo mental y las que tienen parálisis o amputación, poseen un 13% de desocupación respectivamente, un 12% corresponde a personas sordas y deficientes auditivas y un 10% corresponde a las personas con trastornos mentales.

Este patrón es uniforme en todas las provincias, con excepción de Heredia en el que la situación de las personas sordas y deficientes auditivas, es similar al de las personas ciegas desocupadas.

### Población económicamente activa e inactiva

Una vez establecidos los valores relativos de la ocupación y la desocupación de la población con discapacidad por provincia y formas de discapacidad, es necesario definir los valores correspondientes a la población con discapacidad económicamente activa e inactiva. Esta importante precisión tiene el objetivo de contribuir a la clarificación del verdadero escenario de la inserción de las y los costarricenses con discapacidad en el mercado laboral.

La población económicamente activa (PEA) de Costa Rica para el año 2000 fue registrada en 1 364 468 personas. De ese total la población con discapacidad económicamente activa (PDEA), fue de 56406 personas, equivalente al 4% de la PEA.

Una vez revisados los datos mostrados por el estudio de población, se observa la predominancia de la población ciega y deficiente visual, en las categorías analizadas (cuadro N° 12). En todas las provincias sin excepciones se encuentran los rangos de los valores correspondientes a la PDEA, sobre las otras discapacidades.

La distribución del 4% de personas con discapacidad incluido en la PEA de Costa Rica, según el tipo de discapacidad, se puede observar de la siguiente forma:

**Cuadro 12**

Distribución de la PDEA en Costa Rica,  
por tipo de discapacidad para el año 2000

Tipo de discapacidad	Porcentaje
Ceguera parcial o total	36,00
Sordera parcial o total	14,50
Retardo mental	5,30
Parálisis, amputación	12,00
Trastorno mental	4,00
Otra	28,00
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

El patrón que se puede observar en esta distribución no muestra variaciones significativas con respecto a la población con discapacidad en los diferentes cantones de nuestro país. Constituyéndose esta, en una relación correspondiente con la distribución total de la población según el Censo Nacional.

En cuanto a la distribución porcentual de la PDEA, por provincia, se observan valores relativos más altos en las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón, sin embargo se debe tomar en consideración, la característica de concentración de la Región Central del país, en contraposición a la dispersión de la población con discapacidad del resto de las regiones del país. Los porcentajes presentados en el cuadro 13, constituyen un indicador de la característica poblacional con respecto al total de la población de manera comparativa.

**Cuadro 13**

Distribución porcentual de la PDEA por provincia en Costa Rica para el año 2000.

Población desocupada	Total	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Con discapacidad	4%	3,54%	4,40%	3,43%	3,71%	5,49%	5,43%	5,58%
Sin discapacidad	96%	96,46%	95,60%	96,57%	96,29%	94,52%	94,57%	94,42%

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

Con respecto a la población con discapacidad inactiva, los valores encontrados si presentan variaciones significativas con tendencia a la alza, para todas las provincias del país y por ende con respecto a la población nacional. De esta manera, de 1 484 135 personas inactivas en el país, se desprende un total de 128034 personas con discapacidad inactivas; dicho en términos porcentuales del total de la población inactiva en el país el 8,6% corresponde a personas con discapacidad.

La distribución por tipo de discapacidad, presenta un 30% del total correspondiente a personas con ceguera parcial o total, casi un 13% se registra para las personas con sordera parcial o total. El porcentaje que representa a las personas con retardo mental es del 9%, 15% para las personas parálisis o alguna amputación, en el caso de las personas que poseen algún trastorno mental el porcentaje correspondiente es del 7%, y para el resto de las personas que poseen una discapacidad, que no se incluye en la clasificación censal se registra un valor del 26% de inactividad.

**Cuadro 14**  
Distribución porcentual de la población inactiva por provincia en  
Costa Rica para el año 2000.

Población desocupada	Total	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Con discapacidad	8,63%	8,02%	8,60%	7,81%	7,81%	10,82%	9,79%	9,71%
Sin discapacidad	91,37%	91,98%	91,39%	92,19%	92,19%	89,19%	90,21%	90,29%

Fuente: Datos obtenidos del sistema de análisis de datos y cruce de variables de [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

De conformidad con la definición utilizada de población inactiva y los elevados porcentajes mostrados para las personas con discapacidad, se puede empezar a deducir que una de las posibles explicaciones de este fenómeno, es la desigualdad de oportunidades de acceso a servicios básicos como los de educación, que terminan constituyéndose en barreras estructurales de acceso al empleo digno y justamente remunerado, como factor involuntario fundamental para su inactividad económica.

### III. Acceso a los servicios de salud

En el marco de la estrategia de la equiparación de oportunidades, el acceso a los servicios de salud, es elemento fundamental para el ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad.

Los servicios de rehabilitación física existen en Costa Rica desde hace muchas décadas, incluso la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Nacional de Seguros (INS), cuentan con unidades altamente especializadas como el Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por su desconcentración, mediante el desarrollo de estrategias como la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) y otras iniciativas impulsadas desde mediados de la década de los años ochenta del siglo XX como el programa Servicios Integrados Locales de Rehabilitación (SILOR), lo cierto es que su cobertura aún debe incrementarse.

Tradicionalmente, los servicios de salud, han estado asociados de manera directa con la atención de las personas con discapacidad. La rehabilitación de las secuelas y el tratamiento de enfermedades como: la poliomielitis, retinosis pigmentaria, diabetes mellitus, hipertensión o traumas provocados por accidentes de tránsito, laborales o de cualquier otra índole, han sido

asumidas como la orientación que los servicios de salud tienen hacia la satisfacción de las demandas de la población con discapacidad.

Después de un período de más de dos décadas de evaluación, consulta y análisis de su primera clasificación internacional, en el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), contando con la participación activa y directa de las organizaciones del movimiento internacional de personas con discapacidad, presentó una nueva clasificación sobre la discapacidad, conocida como: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)<sup>2</sup>, que desarrolla un nuevo sistema conceptual y de acción en esta materia y sirve de marco referente para el análisis de la situación y condición de las personas con discapacidad en el mundo.

Son tres los ejes fundamentales de esta referencia conceptual:

- Las funciones y las estructuras corporales y las deficiencias de estas.
- Las actividades y limitaciones en las actividades en el nivel individual.
- La participación y las restricciones en la participación en el nivel social<sup>3</sup>.

La variación radica en el elemento contextual, la persona con discapacidad es parte del entorno, de situaciones comunes en el ámbito público y privado, de interrelaciones con otros individuos y con las instituciones sociales. De ahí que sea fundamental evaluar las condiciones objetivas de su acceso a los servicios públicos, como componente principal de esa interacción social.

En este contexto, el acceso oportuno y adecuado a los servicios públicos de salud, es vital para el desarrollo humano de todo individuo y junto a los servicios de estimulación temprana, son estratégicos en el caso de las personas con discapacidad que así lo requieran.

A este respecto, en el capítulo III de la ley 7600 sobre acceso a los servicios de salud, se establecen las obligaciones de los entes gubernamentales responsables de la prestación de los servicios de la salud y la rehabilitación, incluyendo en estos el transporte y el aseguramiento, tanto de la CCSS como de las pólizas de riesgos del trabajo, gastos médicos y seguros de vida del INS.

De esta forma los artículos del 31 al 40 de la Ley 7600, establecen claramente tanto la responsabilidad de la coordinación del Ministerio de Salud, ente rector del sector, para velar por la calidad, no discriminación, acceso y trato igualitario en la provisión y atención de la salud a las personas con discapacidad así como de la CCSS y el INS, como prestadores directos de los servicios de atención a la salud y de rehabilitación.

---

<sup>2</sup> Diagnóstico Institucional 2003: Situación Actual del CNREE. Comisión de Planificación Estratégica, Versión Preliminar. Documento de trabajo sin publicar. P.6.

<sup>3</sup> Idem

### 3.1. Atención en salud orientada hacia la población con discapacidad

Como se observó anteriormente, un porcentaje importante de la población nacional, aproximadamente uno de cada veinte costarricenses, manifiesta una discapacidad producida por una enfermedad congénita, envejecimiento o un accidente.

En el marco de la directriz presidencial número 27 emitida en el año 2001, se plantea el direccionamiento de las acciones realizadas por las instituciones involucradas en el proceso de atención de la salud, hacia el cumplimiento de la normativa internacional y nacional vigente.

En esta directriz, se establecen la visión en adelante dirigente de la salud en el país y orientada hacia una forma integral de la atención, vinculada a una dimensión social más incluyente del grueso de la población con las personas con discapacidad. ( recuadro N° 1)

Asimismo, en ella se dispone de manera explícita la necesidad de crear políticas públicas integrales dirigidas a la totalidad de la población nacional y por ende a la población con discapacidad, sin exceptuar la prevención, control y registro como una forma de reducir la incidencia de discapacidad en el país, producto de enfermedades y/o accidentes.

#### Gestión y satisfacción de demandas

La Junta Directiva de la CCSS, aprobó en la sesión número 7549, celebrada el 17 de mayo del 2001, el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP), respaldado por la OPS/OMS. Dicho documento, se constituye en un elemento adicional para la ejecución e implementación de los compromisos de gestión, asumidos por la institución en el marco general de su proceso de modernización.

Sin embargo, pese a que el plan aspira a constituirse en un elemento de dirección<sup>4</sup> en las acciones de la institución, de manera general e integradora, no incorpora la discapacidad como una variable de atención, sino más bien segrega la población en función de la enfermedad.

Por ejemplo, el PASP, realiza una priorización de los ámbitos en los que la prestación de los servicios de salud presentan problemas, en función a los criterios de magnitud, como en el caso de la morbilidad y la gravedad en el caso de la mortalidad. La discapacidad es integrada aquí como un índice para explicar la mortalidad en el criterio de gravedad.

Con base en estos criterios y la disponibilidad presupuestaria, se elaboraron las 19 prioridades institucionales de la CCSS, entre las que destacan: las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, diabetes mellitus, infecciones intestinales, dengue, enfermedades mentales y patología bucodental, para mencionar las primeras 10.

---

4 CCSS. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP). Corporación Litográfica Internacional. CCSS. San José, Costa Rica. 2001. p 2, 5.

Aún así, en la definición de las prioridades en la satisfacción de demandas, no se encuentra la incorporación del tema, evidenciando la invisibilidad de la discapacidad en las prioridades globales de atención médica de la salud a la población costarricense.

Sin embargo, en la clasificación que realiza el PASP, se encuentran varias enfermedades y accidentes que generan diferentes tipos de discapacidad. Asimismo, los accidentes, las patologías provenientes de deficiencias circulatorias y respiratorias, así como los trastornos mentales, son elementos considerados, dentro del rango de la rehabilitación como servicio de salud.

**Políticas nacionales en discapacidad**  
**Directriz Presidencial número 27**  
**Del 30 enero del 2001**

El acceso a los servicios de salud integral y a la seguridad social como garantes de una mejor calidad de vida para toda la población.

1. Establecer y fortalecer con la participación de todas las entidades vinculadas, los planes nacionales de prevención de accidentes laborales, de tránsito, de recreación, en el deporte y en el hogar, así como de enfermedades y deficiencias que pudiesen generar discapacidades.
2. Crear perfiles epidemiológicos adecuados y confiables, en cada una de las regiones del país, para facilitar el análisis, la vigilancia y la definición de servicios y estrategias de atención.
3. Detectar la discapacidad y atender en forma temprana y oportuna a niños, jóvenes y adultos con discapacidad.
4. Garantizar el acceso de la población con discapacidad, a la seguridad social y a los diversos servicios de salud, de acuerdo con sus necesidades, de manera que se brinde una oferta global y de calidad.
5. Garantizar el acceso oportuno y ágil, a servicios de atención especializada de calidad a las personas con discapacidad física, sensorial o mental, diferenciadas por grupos etarios.
6. Fortalecer los procesos de descentralización de los servicios especializados para abordar las diversas necesidades de la población con discapacidad.
7. Promover la formación de profesionales en salud especializados para abordar las diversas necesidades de la población con discapacidad.
8. Capacitar al personal de los distintos servicios de salud con el fin de que se considere a la persona con discapacidad, prioritariamente en su condición de persona sujeta de derechos y deberes.
9. 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.
10. Ampliar la cobertura del Régimen de Pensión No Contributivo, para que beneficie a la población con discapacidad, que esté en condición de pobreza, abandono y/o riesgo social.
11. Desarrollar programas, conjuntamente con las comunidades del país, para lograr la máxima independencia y autonomía de la población con discapacidad mental, en especial de aquella que se encuentra institucionalizada.
12. Desarrollar, revisar y actualizar las normas o los reglamentos técnicos para la habilitación y acreditación de servicios de atención a la población con discapacidad, tanto en el ámbito público como en el privado.

De esta forma, es en el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, dónde se encuentra la rehabilitación, más claramente definida como una meta del plan de acción en cuanto a su cobertura, a partir del año 2006 <sup>5</sup>.

En el caso de los trastornos mentales, se presenta una situación similar, la detección temprana, la creación de redes de apoyo al paciente, la prestación de servicios de salud mental des-concentrados y con posibilidad de internamiento para una atención integral, son presentados por el PASP, como parte de la alternativa del “tratamiento”, de las personas con padecimientos mentales para facilitar su reinserción a la sociedad, a partir de la coordinación con los ámbitos legal, laboral y educativo entre otros <sup>6</sup>.

Sin embargo, la aspiración de re-habilitar a los pacientes con trastornos mentales y proveer los servicios de salud mental de manera integral, tienen como punto de partida planificado el año 2003 <sup>7</sup>.

De manera general, pese a que el plan presenta la intención de las autoridades por dirigir las acciones prioritarias de la CCSS, en materia del mejoramiento en la provisión de los servicios de salud, la discapacidad por su parte, como característica de población no es tomada en cuenta para la definición de esas prioridades, demostrando la invisibilidad de este sector de la población costarricense, incluso desde el momento mismo de la integración para la participación en la formulación de este tipo de políticas públicas.

Pese a esta situación, y al hecho que el PASP fue publicado en el año 2001 como lineamiento de los servicios de salud para las acciones hasta el año 2006, los avances en materia de “atención” a la discapacidad se han presentado en el sector salud, tanto en la CCSS, como en el Ministerio de Salud, orientadas principalmente a campañas de prevención de la discapacidad.

Las campañas de prevención de enfermedades como: sarampión, rubéola, poliomielitis, entre otras, fueron ejecutadas durante los años 2001 y 2002, por el Ministerio de salud con la población objetivo cifrada en madres jóvenes, niñas y niños menores de 5 años, con la finalidad de prevenir enfermedades que producen discapacidades como parte de sus secuelas <sup>8</sup>.

Por su parte la CCSS, fomentó la desconcentración de los servicios de rehabilitación centralizados en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), que atendió en los últimos cuatro años a un promedio de 46 000 personas en proceso de rehabilitación.

---

5 CCSS. Ibid.. p 98.

6 CCSS. Ibid.. p 113.

7 Ídem.

8 CNREE, Acciones realizadas en el campo de la discapacidad, durante el período comprendido entre 1998 y 2002. Documento de trabajo. Marzo 2003. p 2.

Ministerio de Salud, Oficina de Información y Divulgación. Visita de validación, realizada el 6 de noviembre del 2003.

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, aún existe la centralización de dichos servicios, aunque en otras unidades ejecutoras del sistema de salud, existan servicios de ortopedia y fisioterapia, tales son los casos del Hospital San Juan de Dios, Calderón Guardia, San Carlos, Puntarenas, Cartago y Liberia.

En este sentido, el Informe anual de la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR), correspondiente al período 2000 – 2001, se ocupa de la concentración de los servicios de rehabilitación en la zona central del país, concluyendo que la mitad (seis de ellos) de los hospitales que tienen este servicio se encuentran en la zona central y el resto dispersos por el resto de las regiones del país<sup>9</sup>.

En algunas de las zonas en las que los servicios de rehabilitación son inaccesibles por lejanía, carencia de personal o sencillamente porque no existen, es el programa SILOR del CNREE, el que ha proporcionado estos servicios a una población de 7500 usuarios y usuarias, con recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF)<sup>10</sup>.

En referencia a la intervención del SILOR, la Defensoría de los Habitantes, en el mismo informe antes citado establece:

*“En las localidades como Santa Cruz, San Carlos, San Isidro de El General, Naranjo y Limón, el Sistema Integrado Local de Rehabilitación (SILOR) asume la atención de la población con discapacidad y forman parte del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.*

*Estos centros ofrecen servicios como estimulación temprana, terapia física y asesoramiento familiar. Los directores de los SILOR son funcionarios y el resto del personal es pagado por el Ministerio de Educación Pública o por las organizaciones de la sociedad civil de las comunidades.*

*Los SILOR han desempeñado un papel importante en la provisión de servicios de rehabilitación; empero, su existencia ha provocado que la Caja Costarricense de Seguro Social no asuma a cabalidad su obligación de suministrar este tipo de servicio”<sup>11</sup>.*

En la misma lógica de la prevención de enfermedades como las arriba citadas, los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), desarrollan una importante función atendiendo y ubicando mediante consulta prenatal, las posibles enfermedades generadoras de discapacidad. Asimismo, misiones similares se llevan a cabo en instituciones con unidades neonatales, como el Hospital de la Mujer, y el resto de maternidades públicas<sup>12</sup>.

---

9 Defensoría de los Habitantes de la República. Informe anual 2000-2001. Defensoría de los Habitantes de la República. San José, Costa Rica. 2001. p. 82

10 CNREE. Acciones realizadas en el campo de la discapacidad, durante el período comprendido entre 1998 y 2002. Documento de trabajo. Marzo 2003.p 11.

11 Defensoría de los Habitantes de la República. Ibid. P 84.

12 CNREE. Informe de acciones en discapacidad: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial – Costa Rica. 1998 – 2002. Documento de trabajo. P 1.

Por su parte, la creación del Centro de Prevención de Discapacidades en el Hospital Nacional de Niños, es otra acción relevante por parte del sector salud, en el control de estas enfermedades, principalmente por el desarrollo del programa de tamizaje neonatal (prueba del talón), que desarrolla la Fundación de Tamizaje Neonatal de Costa Rica.

Sin embargo, la Defensoría de los Habitantes, hace hincapié en la necesidad de reforzar los recursos destinados a la prestación de los servicios de rehabilitación en las zonas alejadas del país, con el objetivo primordial de fortalecer su desconcentración y buscando elevar la cobertura y la calidad de los mismos.

### **3.2. Equidad de la atención**

La conjugación de la atención y la equidad en la resolución de las demandas en salud de toda la población, se encuentra inmersa en el proceso de transformación y modernización del sector salud en su totalidad.

En 1998, con la puesta en marcha de la estrategia descentralizadora de la definición de compromisos de gestión por las propias unidades ejecutoras de la CCSS, como parte del proyecto de modernización del aparato estatal costarricense y en concordancia con la Ley de desconcentración de los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, número 7852 del 30 de noviembre de 1998, se inicia el proceso de definición y negociación de las acciones prioritarias, metas y resultados propuestos por las unidades ejecutoras.

En el año 2002, producto de la Política Nacional de Salud y con el apoyo técnico del CNREE se logró incluir en los compromisos de gestión<sup>13</sup> de los hospitales nacionales, regionales y periféricos, la variable discapacidad. Como resultado, se elaboraron planes de atención para la población con discapacidad, en los cuales se incluyeron talleres, charlas y cursos, para capacitar al personal en el cumplimiento de los derechos contenidos en la ley 7600.

En este sentido, en las "Políticas Corporativas 2004"<sup>14</sup>, parámetros de dirección de la CCSS en materia de la planificación presupuestaria y de la negociación de los compromisos de gestión y por ende del mejoramiento en la calidad de los servicios prestados para toda la población, se incluye la discapacidad como uno de los ejes transversales, en la formulación de la política pública.

---

13 El compromiso se define como: Instrumento legal y técnico que establece un convenio entre "Comprador" y "Proveedor", en que se definen los objetivos y metas de salud, a alcanzar con criterios de oportunidad y calidad, y asigna los recursos financieros en función de las necesidades de salud de la población. En Compromiso de gestión 2004 Hospital (desconcentrado) para el año 2004. p 5.

14 CCSS. Proceso de modernización - Compromiso de gestión - Ley de desconcentración de hospitales y clínicas mayores. Políticas Corporativas 2004. CCSS. San José, Costa Rica. 2003.

En el campo de la provisión de los servicios de salud, la comunidad y la relación de la persona con el ambiente y la familia, lo que en la doctrina del modelo social de la discapacidad se denomina el entorno, se constituye en elemento fundamental en la prestación de servicios de calidad. Así se demuestra en el punto A.2<sup>15</sup> de este documento, tal y como se puede observar en el siguiente recuadro en la página 35.

Uno de los elementos más importantes para el reconocimiento y promoción de la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad, se establece en el punto A.3, pues se toman en consideración las barreras relacionadas con la actitud en la prestación de los servicios de salud y es precisamente en este elemento en el que se concentra gran parte de la responsabilidad por el rezago en el cumplimiento de los derechos de acceso al espacio físico, a la información y a la comunicación contemplados en la Ley 7600.

En este sentido, la provisión de ayudas técnicas también es otro elemento fundamental en el cumplimiento del principio de la autonomía personal, que se ha incorporado en las políticas corporativas de la CCSS para el 2004. La ley 7600, establece en sus artículos número 34 y 36, la obligación institucional de satisfacer la demanda de estos instrumentos técnicos necesarios para las personas con discapacidad en su adecuado desenvolvimiento en todos los ámbitos de la sociedad.

Según el informe presentado por el Presidente Ejecutivo de la CCSS, Dr. Eliseo Vargas, en su anexo número 5: "Principales proyectos y equipamientos en cumplimiento de la ley 7600", para el año 2002 se entregaron a la población con discapacidad, diversos tipos de ayudas técnicas, prótesis y órtesis, así como, la realización de adecuaciones en la infraestructura de los centros de salud.

Es necesario llamar la atención en este apartado, pues si bien es cierto el informe presenta un desglose de la provisión de servicios a las personas con discapacidad, también es cierto que el anexo del informe no discrimina en relación con infraestructura, de servicios en las unidades de salud y de las ayudas que se entregan directamente a la población con discapacidad.

En este sentido, en el citado anexo se incluye desde la cantidad de litros de oxígeno que se utilizan en los centros de salud, hasta los sensores para encendido automático de los baños y para activado automático del agua en los baños.

De esta manera también se incluyen en el cuadro de síntesis, ambulancias y bastones, como implementos de la "operacionalización" de la ley 7600 y de la directriz número 27. Al respecto se destacan en los cuadros siguientes la diferenciación que se realiza entre ayudas técnicas entregadas a la población con discapacidad y la provisión de estos servicios en los establecimientos de salud del país.

---

15 CCSS. Proceso de modernización - Compromiso de gestión - Ley de desconcentración de hospitales y clínicas mayores. Políticas Corporativas 2004. CCSS. San José, Costa Rica. 2003.pp 2,11, 13, 14

### Cuadro 15

Distribución de ayudas técnicas provistas por la CCSS,  
para la población con discapacidad en Costa Rica, para el año 2002

Ayudas técnicas para la población	Cantidad
Zapatos ortopédicos	200
Electroestimulador	1
Aspiradores y sondas	20
Envases de cilindros de oxígeno	40
Litros de oxígeno	30 000
Tanque para uso de rehabilitación	1
Colchones de agua	9
Férulas de trecka	65
Corset de tela	20
Ortesis	15
Collar de thomas	12
Silla geriátrica	1
Butacas especiales	12
Bides	12
Sensores para encendido automático de los baños	36
Sensores para activado automático del agua en baños	36
Sillas de ruedas	126
Ambulancias	2
Camillas	6
Andaderas	23
Camas de posición	8
Muletas	46
Bastones	86
Compresas húmedas calientes	10
Audifonos	420
Aparatos ortopédicos, prótesis y similares	316
Bicicletas estacionarias	2
Mesa basculante o de balancín	1
Balanza	1
Reloj de medición de tiempo de rutinas	1
Tanque de compresa caliente	1
Terapia ultrasonográfica	1
Baño PARAF	1
Equipo terapéutico de corriente alterna	1
Unidad US y electroterapéutica	1
Generador de US terapéutico	1

Fuente: datos suministrados por el anexo número 5 del informe presentado por el Presidente Ejecutivo de la CCSS, al CNREE, para el año 2002.

Respecto de la provisión de ayudas técnicas, es un hecho público y notorio que la CCSS aún no otorga todas las ayudas técnicas que prescribe, viéndose las y los beneficiarios en la obligación de recurrir incluso a la caridad pública para satisfacer esa demanda, que es un derecho garantizado en la Ley 7600.

En el caso del proceso de tornar accesible la infraestructura de los servicios, la CCSS realizó durante el año 2002, ochenta adecuaciones a la infraestructura de sus establecimientos de salud, principalmente de espacio físico. Estas se realizaron en clínicas, hospitales, áreas de salud y EBAIS.

Estas modificaciones se clasifican por niveles de adecuación, siendo en mayor número las del primer nivel, en lo referente a rampas de acceso con 23 acciones, seguido de los pasamanos con 16 y la infraestructura con 9<sup>16</sup>.

Es importante resaltar que, en lo referente a la capacitación del personal, a los procesos de sensibilización, talleres, programas de educación, sistemas de citas por teléfono y establecimientos con señales auditivas, las adecuaciones se encuentran en el rango de 1 a 2, en el mismo período que consigna el informe de la Presidencia Ejecutiva.

Por otra parte, en materia presupuestaria, según la Contraloría General de la República, en el informe número FOE-SA-13/2001, sobre los resultados del estudio del presupuesto ordinario de la CCSS, para el año 2002, se puede observar que no se hace referencia al Plan Anual Operativo y Presupuesto en materia de discapacidad y se da por aprobado la propuesta de la Caja para este período<sup>17</sup>.

Según la Gerencia de División Financiera de la CCSS, en el informe de implementación de la Ley 7600 para el período 2002-2003, en lo que se refiere a la dirección del presupuesto se establece que, en el período en cuestión "no se presentaron situaciones especiales con diagnósticos calificados como de discapacidad"<sup>18</sup> y más adelante se aduce que, el direccionamiento del rubro presupuestario para los casos que sean diagnosticados como de discapacidad, se realizará previa justificación del profesional en una especialidad competente.

Durante este período, la Gerencia orientó el presupuesto de las sucursales de la institución hacia el trato preferencial y las adecuaciones en las instalaciones de los establecimientos de salud, como: ventanillas de atención preferencial, rampas, ampliación de los servicios sanitarios y zonas de parqueo.

---

16 CCSS. Presidencia Ejecutiva. Informe al CNREE. Operacionalización de la Ley 7600. Principales Proyectos.2002.

17 CNREE, Departamento Técnico, Atención a Instituciones y Municipalidades. Criterio Técnico sobre el cumplimiento del ordenamiento jurídico relativo a las personas con discapacidad en el Plan Anual Operativo y Presupuesto de la CCSS para el período 2002 y el informe respectivo emitido por la Contraloría General de la República. 2002.

18 CCSS, Gerencia de División Financiera. Informe sobre acciones para el cumplimiento de la Ley 7600. Enero 2003. Oficio GF-4691. p 1.

Por su parte, las políticas corporativas para el año 2004, tal como se observa en el recuadro, también plantean la promoción de la igualdad de oportunidades y el acceso a los servicios, orientados hacia la población adulta mayor y las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente.

### **Políticas corporativas 2004, CCSS.**

(...)

#### **A. Provisión de Servicios de Salud**

- A.2 Prestación de servicios de atención integral de salud que incluyan: la promoción de la salud, la prevención, detección y atención de la enfermedad y discapacidad, así como la rehabilitación, con un enfoque familiar, comunitario y ambiental, privilegiando las estrategias de atención primaria y mediante la operación efectiva de la red de servicios de salud.
- A.3 Prestación de servicios de salud a nivel nacional accesibles a las personas con discapacidad o con movilidad restringida, mediante la eliminación de barreras actitudinales, físicas, de información y comunicación, acorde con lo dispuesto en la Ley 7600, su Reglamento y las disposiciones que a lo interno fuesen dictadas.
- A.6 Fortalecimiento de la entrega de productos, ayudas técnicas y servicios que la Institución defina prioritarios, en respuesta a los problemas y necesidades de la población.
- A.7 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.
- A.8 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.
- A.9 Extensión de 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

#### **B. Servicio al Usuario**

- B.2 Prestación de servicios de calidad técnica y social, como producto de múltiples interrelaciones entre equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, humanización, información, respeto a los derechos humanos y dignificación, considerando la diversidad de los géneros, discapacidad, etnias y sexos.

#### **G. Capital Humano**

- G.5 Prevención de actitudes y conductas discriminativas de cualquier tipo en los funcionarios de la Institución, indistintamente de su género y nivel jerárquico.

#### **J. Inversiones en Bienes Muebles, Inmuebles, Abastecimiento e Insumos Tecnológicos**

- J.4 Fomento del desarrollo y mejora de los diseños de construcción de infraestructura física y el establecimiento de modelos alternativos que satisfagan necesidades prioritarias, considerando aspectos de accesibilidad universal, vulnerabilidad, mantenimiento y del entorno geográfico, espacial, socioeconómico y cultural de la zona de ubicación del proyecto.
- J.5 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".

Es interesante resaltar que, en el punto A.9 del recuadro anterior que corresponde al lineamiento general de la CCSS, se hace hincapié en la ampliación del régimen no contributivo de pensiones, principalmente para otorgar ese beneficio a las personas con discapacidad que se encuentran viviendo por debajo de la línea de pobreza. En este sentido, el informe anual de la Defensoría de los Habitantes del 2000 – 2001, denuncia la cancelación de este tipo de pensión a 43 personas con parálisis cerebral profunda, durante el período comprendido entre 1999 y 2000 <sup>19</sup>.

La incorporación de la discapacidad en el planteamiento de las políticas corporativas, contempla la prestación de servicios de salud de manera inclusiva, en áreas como la atención al usuario y en la formación del capital humano en tanto se prevenga todo acto de discriminación de cualquier funcionario de la institución contra la persona con discapacidad y otras poblaciones y en las inversiones de bienes muebles, inmuebles, abastecimiento e insumos tecnológicos en dónde los conceptos de accesibilidad universal e igualdad de oportunidades se encuentran presentes de manera fehaciente.

### 3.3. Capital humano

Con base en estos lineamientos, se construyeron los mecanismos de registro y evaluación de acciones realizadas por las unidades ejecutoras de la CCSS, con miras al mejoramiento de la calidad de la atención de la población en general.

En el punto 3.2.3.5 del documento “Lineamientos Básicos para la elaboración del Plan Anual Operativo Año 2004 (Servicios de Salud)”<sup>20</sup>, publicado en mayo del 2003, se establecen los parámetros para recopilar la información en cuanto a la inversión en infraestructura tendiente a la adaptación de los edificios del sector de conformidad con la Ley 7600.

No obstante, en los lineamientos de la política presupuestaria de la CCSS para el año 2004, mismos que regulan la definición de los Planes Anuales Operativos de las unidades ejecutoras, no se encuentran especificadas las orientaciones para la ejecución de la inversión requerida para el cumplimiento de la Ley de igualdad de oportunidades<sup>21</sup>. La asignación de recursos para el cumplimiento de los compromisos de gestión quedan establecidos dentro del rubro IV, *Asignación de Recursos Adicionales* <sup>22</sup>.

El resultado de la aplicación del compromiso de gestión de la CCSS, se debe a su negociación respecto de la capacidad real de las unidades ejecutoras para desarrollar las acciones contenidas en las correspondientes fichas técnicas. Para el año 2003, la atención a las personas con discapacidad, estará demarcada por la adaptación de la infraestructura y la eliminación de barreras de actitud en los funcionarios y funcionarias operadores de los servicios de salud.

---

19 Defensoría de los Habitantes de la República. Ibid. 94.

20 CCSS. Lineamientos básicos para la elaboración del plan anual operativo (Servicios de Salud). CCSS. Mayo del 2003. Documento de trabajo. San José. Costa Rica. P 33.

21 CCSS. Política presupuestaria para el año 2004. Documento de trabajo. San José, Costa Rica. 2003.

22 Ídem. p5

A modo de ejemplo, tal y como puede observarse en el siguiente recuadro, en el caso del Hospital México, las transformaciones hacia las cuales se orienta el compromiso de gestión, se refieren a: pisos, señalización, inodoros, espacio de servicio y parqueos entre otros.

Ficha técnica de atención a las personas con discapacidad 2003.  
Hospital México

OBJETIVO ESPECÍFICO	Garantizar que a las personas con discapacidad física, mental y sensorial se les brinde atención en los diferentes servicios de hospital mejorando la accesibilidad arquitectónica y actitud.
DEFINICIÓN	Plan para disminuir las barreras arquitectónicas y de actitud existentes en el Hospital, en coordinación con entes privados y/o públicos que laboren en este tipo de programas.
COMPONENTES	<p>El Plan debe dar énfasis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostradores, ventanillas de atención al público, teléfonos públicos, estaciones de enfermería, dispositivos (apagadores, termostatos, timbres y demás controles) y cerraduras con la altura adecuada según lo estipulado en el reglamento de la Ley 7600.</li> <li>• Escaleras con cambio de textura en piso, barandales con prolongación de 45cm y número de piso marcado en braille.</li> <li>• Ingreso al centro y puertas del tamaño de acuerdo a lo estipulado en el reglamento de la Ley 7600.</li> <li>• Señalización fácil de leer e identificar, con iluminación adecuada.</li> <li>• Duchas e inodoros habilitados para usuarios o personal con discapacidad física que se desplacen en andaderas, muletas o sillas de ruedas.</li> <li>• Parqueo con el 5% de espacios demarcados para vehículos operados por personas con discapacidad.</li> <li>• Procesos de capacitación al personal para la eliminación de barreras de actitud.</li> </ul>
FUENTE	Documentación del centro hospitalario.
EVALUACIÓN	20% Diseño del plan en base a los componentes mencionados. 80% Evidencia de la implementación de las medidas correctivas.

### 3.4. Gestión del Instituto Nacional de Seguros

En atención a la población con discapacidad del país, el Instituto Nacional de Seguros (INS), implementa un nuevo modelo de salud ocupacional que se fundamenta en la prevención de los riesgos laborales y en la gestión de la seguridad, promoviendo protocolos de calidad en las empresas, que posibiliten la reducción en la cantidad de accidentes y enfermedades de trabajo.

A octubre del año 2000, el programa beneficiaba a una población trabajadora de 60000 personas, las cuales se ubicaban en los sectores de la pequeña y mediana empresa.

Iniciativas en las tecnologías de la información como "Preventivo", (software desarrollado para prevenir los accidentes laborales en las empresas), permiten administrar la salud ocupacional, principalmente a cargo de los médicos de empresa, que a noviembre del 2000, registraban 206, un incremento de 161 médicos desde 1998.

Mediante oficio del 30 de enero del 2003, la Presidencia Ejecutiva del INS, detalla la inversión realizada en el campo de la discapacidad durante el año 2002. Esta se encuentra distribuida dentro de las direcciones de INS-Salud, Administrativa y la de Seguros Solidarios.

En cuanto a la acción de la Dirección Administrativa se destaca, la construcción de infraestructura accesible y la adecuación de la existente. Por ejemplo, en el Centro de Capacitación y Recreación ubicado en San Antonio de Patarrá, se invirtieron ₡3 500 000, la cuál incluye: rampas de concreto, para piscinas, pasillos y vestidores, instalación de barras de acero en servicios sanitarios y duchas en el área de las piscinas.

INS-Salud, ejecutó para el período 2002, ₡31 940 918 millones de colones en la adopción y mejora de la infraestructura de los dispensarios en el país. Sin embargo es difícil precisar si las adaptaciones son similares a las ejecutadas por la Dirección Administrativa, debido a la naturaleza general de la información presupuestaria manejada en este diagnóstico.

Sin embargo, según consta en el informe presentado por la Presidencia Ejecutiva de la institución, en esta dirección, se brinda apoyo a la Asociación de Personas con Lesión Medular por Riesgos del Trabajo, los servicios de salud se ofrecen en igualdad de condiciones para todas las personas que lo requieran, se proveen ayudas técnicas y servicios de apoyo y el trato de los funcionarios es prioritario a los clientes que muestren alguna discapacidad<sup>24</sup>.

La Dirección de Seguros Solidarios, se encarga de velar en forma directa por el cumplimiento de la Ley 7600, mediante el programa 02. Subprograma 05. Ejecutando un monto de ₡23 488,899 586 millones de colones, referentes a los programas que el INS desarrolló para discapacidad en el año 2002. Estas acciones incluyen siniestros, servicios médicos e inversiones.

Otras acciones realizadas por esta dirección en el campo del reconocimiento de la ciudadanía de las personas con discapacidad como sujetos de derechos y deberes, son: La creación de una comisión integrada por funcionarios de la CCSS y del INS encargada de coordinar y supervisar los servicios especializados de rehabilitación para la población con discapacidad, servicios de hospedaje para pacientes que deban ser trasladados para su atención o que no puedan movilizarse en su lugar de residencia, programas de divulgación en diferentes centros de atención, becas destinadas a gastos de transporte, matrícula y mensualidades de cursos y talleres públicos impartidos por el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA).

---

24 INS. Dirección Administrativa. DA-0257-2003. Oficio número PE-20030138 dirigido al CNREE, el 30 de enero del 2003. p 3.

## IV. Acceso a servicios educativos

Los servicios educativos son fundamentales en el desarrollo humano de todas las personas y para el progreso de todos los sectores de la sociedad. La definición y ejecución de acciones adecuadas que promuevan la participación activa de grupos tradicionalmente excluidos de las aulas, la constante diversificación e innovación de los servicios, el mejoramiento de su calidad y el incremento de su cobertura y acceso, son desafíos permanentes que deben ser tomados en consideración como parámetros para la evaluación de la capacidad real del sistema educativo costarricense de satisfacer las demandas de las personas con discapacidad en materia de acceso a la educación.

Determinar las acciones que se han realizado en los últimos años en materia de acceso a la educación, al menos la de carácter pública por una parte y por otra, visualizar el grado de cumplimiento de la aplicación de los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación en el marco de la normativa, como parte del proceso de construcción de la ciudadanía de las personas con discapacidad en nuestro país, son los objetivos principales del presente capítulo.

Como fuera señalado en la introducción de éste diagnóstico, en Costa Rica, los servicios de educación especial existen desde la década de los años cuarenta del siglo XX, no obstante, la gestión programática se encuentra íntimamente ligada con el desarrollo educativo de los estudiantes con discapacidad de manera inclusiva en el sistema educativo regular.

El reto que asume la educación costarricense es propiciar la inclusión en mayores espacios de participación de una manera técnicamente adecuada y sostenida, en la cuál la formación tanto de docentes como de personal administrativo, desempeñe un papel preponderante para garantizar el respeto de los derechos de acceso a la educación de las niñas, niños, adolescentes y adultos con discapacidad.

Y para decirlo de una vez, lo anterior de ningún modo va en detrimento de la importancia de fortalecer los centros educativos especiales, lo cual, necesariamente transita por el mejoramiento sustantivo de la calidad de su oferta de servicios.

La Directriz Presidencial número 27 del año 2001, comentada en el capítulo III de este documento, en el apartado sobre educación: "La educación comprometida con la igualdad de oportunidades de todos los habitantes", establece la intención de formar personas que se encuentren en la capacidad de promover una sociedad más integrada, concientes de la necesidad de la transformación del entorno y propulsoras de la transformación de las brechas sociales en el campo de la discapacidad<sup>25</sup>.

Según esta política y en absoluta sintonía con la Ley 7600, desde el punto de vista de la discapacidad son cuatro las principales acciones que se promueven en el sector de la educación.

---

25 Ministerio de la Presidencia. Directriz N° 27. Del 30 de enero del 2001.

- Inclusión de contenidos sobre discapacidad en la educación preescolar, primaria, secundaria y universitaria.
- Promover la creación de profesionales en diferentes campos que incluyan la perspectiva de la discapacidad.
- Capacitar a los profesionales de la educación, así como a los familiares de los estudiantes con discapacidad, sobre el tema de la discapacidad.
- Promover los servicios de apoyo como herramientas indispensables del proceso educativo.

Estos elementos generales, además de la promoción de programas de incentivos para los estudiantes con discapacidad que faciliten su acceso a los servicios educativos y la enseñanza del lenguaje de señas costarricense (LESCO), entre otras medidas, son lineamientos que si bien es cierto son deseables, se constituyen en una aspiración, que debe ser valorada, tomando en consideración los procesos de modernización del aparato estatal costarricense.

#### **4.1. Satisfacción de las demandas educativas de la población con discapacidad**

En el capítulo I del Título II de la Ley 7600 de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, se establecen las obligaciones del Estado y del Ministerio de Educación Pública (MEP) como rector, en función de garantizar el derecho de los estudiantes con discapacidad a desarrollar su proceso formativo en el sistema educativo regular, a los padres de familia o encargados de los estudiantes, a participar en la selección, ubicación, organización y evaluación de los servicios, a realizar las transformaciones en la infraestructura de los centros educativos y a desarrollar programas y estrategias de apoyo que promuevan con dignidad el desarrollo de las potencialidades de los estudiantes con discapacidad.

Entre los años 2000 y 2003, el desarrollo de los programas y estrategias tendentes a satisfacer las necesidades educativas de la población con discapacidad, van desde el reconocimiento y la visibilización de las identidades culturales diversas, como es el caso de la población sorda y deficiente auditiva, como grupo con cultura propia y diferente, hasta el inicio de programas de provisión de materiales audiovisuales, para los docentes que tengan a su cargo estudiantes con discapacidad. Por su parte, en el campo de la educación especial, durante el mismo período se dio el fortalecimiento de los centros educativos existentes, mediante la reglamentación a la ley de loterías, por medio de lo cual se asignan recursos financieros adicionales a estos centros, con miras al fortalecimiento de su autonomía funcional.

En el año 2000, el Consejo Superior de Educación aprueba el nuevo plan de estudios en esta

área y también se instrumentalizan diagnósticos de población en los mismos centros, para precisar con mayor eficiencia las demandas específicas y ubicarlas en su situación contextual.

Como puede apreciarse en el cuadro N° 16, actualmente veintidós centros educativos especiales funcionan en todo el país, según región educativa, ubicándose en San José la más alta concentración y en donde Cartago, Alajuela y Guápiles, cuentan con dos cada una y Desamparados, Puntarenas, San Carlos, San Ramón, Pérez Zeledón, Heredia y Liberia, con un centro educativo.

Se debe destacar que, ésta distribución es concordante con la información revelada por el Censo Nacional del 2000, respecto de la concentración de la población con discapacidad en las regiones centrales del país y consecuentemente, los programas, acciones e instituciones educativas, responden también a esta centralización.

**Cuadro 16**

Centros de educación especial por región educativa,  
en Costa Rica para el 2002

Dirección Regional de Enseñanza	Número de centros
San José	9
Desamparados	1
Puntarenas	1
Cartago	2
San Carlos	1
Alajuela	2
San Ramón	1
Pérez Zeledón	1
Heredia	1
Liberia	1
Guápiles	2
<b>Total</b>	<b>22</b>

Fuente: Ministerio de Educación Pública. Departamento de Educación Especial. La atención de los Estudiantes Especiales en el marco del cumplimiento de la Ley 7600. Informa Costa Rica 2002.

Según el informe presentado por el Departamento de Educación Especial en el 2002, la creación de nuevos centros de educación especial no se ha justificado, debido a que la población en ciertas regiones del país no presenta una demanda en este sentido.

Sin embargo, esta aseveración contrasta con la predominancia relativa que manifiesta la región Chorotega, con respecto al número de personas con discapacidad, o la región Huetar

Atlántica, en función de la cantidad absoluta de personas con discapacidad residentes en esta zona del país, que se eleva por encima del promedio con respecto a las zonas densamente menos pobladas.

No obstante, el MEP tiene presupuestado la construcción de un centro de educación especial en el cantón de Acosta, para lo cual ha considerado factores como: lo irregular de su topografía, la dispersión de su población y su escasa calidad en infraestructura vial.

Según el Departamento de Educación Especial, la clasificación de las discapacidades que se presentan con mayor incidencia en la población de estos centros educativos se define de la siguiente manera: 1. retardo mental, 2. deficiencias auditivas, 3. problemas emocionales, 4. deficiencias visuales y 5. discapacidad múltiple.

Por su parte, de conformidad con los datos suministrados por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE), en el año 2000, existían 567 aulas integradas, es decir, aulas con matrícula exclusiva para estudiantes con discapacidad que se encuentran en el sistema educativo regular. No obstante, en el año 2001, se vieron reducidas en casi un 30%, pasando a 410 aulas. ¿Por qué la disminución?

Esta reducción significativa de la cantidad de aulas integradas, es parcialmente revertida para el 2002, tomando en consideración un aumento de 97 aulas.

Es necesario llamar la atención en este punto, fundamentalmente porque tanto el CNREE, en su informe: Acciones realizadas en el campo de la discapacidad durante el período comprendido entre 1998 y el 2002; como el MEP en el informe del 2002: "La atención de los Estudiantes Especiales en el marco del cumplimiento de la Ley 7600", coinciden en establecer disminuciones en el número de dichos servicios para los años 2001 y 2002.

En el caso del MEP, las 507 aulas registradas en el 2002, representan un decrecimiento en la prestación de este servicio, pese a que en el 2001 el CNREE, reportara también una disminución sustancial con respecto al 2000 de un 30% aproximadamente, 401 aulas en total. Además, desde la perspectiva del CNREE, la explicación de tal fenómeno se puede atribuir a la relación: *a menos cantidad de aulas integradas más estudiantes con discapacidad incorporados a las aulas regulares*<sup>26</sup>.

Si bien los datos de ambos informes coinciden en la dirección de la tendencia, evidentemente discrepan en las cifras. Por esta razón, para efectos del presente diagnóstico, es necesario recomendar el establecimiento de los referentes de comparación de datos acerca de la cantidad de aulas integradas que operan en el país para el año 2000, 2001, 2002 y 2003.

Según el Ministerio de Educación Pública, para el 2002, se "atendieron", 6652 estudiantes con

---

<sup>26</sup> CNREE. Acciones realizadas en el campo de la discapacidad durante el período comprendido entre 1998 y el 2002. Documento de trabajo. Heredia, 2002. p 4.

retardo mental, 292 estudiantes con deficiencias auditivas y 345 estudiantes con discapacidad múltiple, totalizando 7289 alumnas y alumnos dentro de las aulas integradas.<sup>27</sup>

Por su parte, los datos suministrados por el CNREE, revelan que la mayor inclusión de los estudiantes con necesidades educativas especiales al sistema regular, ha ido en aumento en los últimos años, principalmente debido al fortalecimiento de los programas relativos a la prestación de los servicios de apoyo y de provisión de ayudas técnicas, y de la indispensable capacitación docente, que en conjunto se requieren para satisfacer las necesidades de la población estudiantil con discapacidad, disminuyendo su desigualdad de acceso a la educación.

Según el departamento de estadística del MEP, el número de estudiantes con necesidades educativas especiales ha aumentado de manera significativa desde 1999, en cuyo curso lectivo se matricularon 54 173 niños, niñas y adolescentes, equivalente al 6,23% del total de la población estudiantil del país.

Por su parte, en el año 2000, la matrícula en el sistema regular de estudiantes que tenían necesidades educativas especiales asociadas a diferentes discapacidades aumentó a 70 748, en el 2001 a 77 000 y en el año 2002 a 79 600, correspondiente al 8,49% que, sumado al 1,64% unos 15 448 estudiantes matriculados en centros de educación especial para el 2002, se obtiene como resultado para ese período, un total consolidado equivalente al 10,13% de estudiantes con discapacidad del total de la población estudiantil nacional.

### Cuadro 17

Número de estudiantes con necesidades educativas especiales en Costa Rica, para el periodo 2002. (valores absolutos y relativos)

Costa Rica		Total de estudiantes con nec.edu.esp.		Estudiantes en aulas con metodología regular		Estudiantes en aulas de centros de educación especial	
Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel	Abs	Rel
937 154	100%	95048	10,13%	79600*	8,49%	15448	1,64%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del departamento de estadística del MEP y del CNREE.

\* Dato preliminar al momento de la redacción del informe del MEP.

Según consigna el CNREE en el informe antes citado, la matrícula en los centros de educación especial, ha experimentado un decrecimiento, debido a la tendencia de incorporar a los y las estudiantes con necesidades educativas especiales a las aulas regulares. En 1999, esta población pasó de 18 557 a 19 112 en el 2000 y a 17 584 en el 2001.<sup>28</sup> (cuadro No. 18)

27 MEP. Departamento de educación especial. La atención de los Estudiantes Especiales en el marco del cumplimiento de la Ley 7600. San José. 2002. p 3.

28 CNREE. Ibíd. p 4.

### Cuadro 18

Matrícula inicial en educación especial según servicio y dirección regional

Dependencia: pública y privada – subvencionada para el año 2002.

Dirección Regional	Centro Educación Especial			Educación Preescolar		I y II ciclos			Aula Integrada			III y IV Ciclo Diversificado De la Educación Especial		Socio-Laboral para Adultos
	Total	Atención Directa	Apoyo Fijo	Apoyo Itinerante	Apoyo Fijo	Apoyo Fijo	Apoyo Itinerante	Retraso Mental	Sordos	Discap. Múltiple	III Ciclo	Diversif		
Costa Rica	34531	3527	1072	681	583	14470	3272	6652	292	345	2903	734	995	
San José	9061	1982	253	384	253	3608	129	1352	32	10	812	246	117	
Desamparados	2112	143	-	-	52	613	298	528	50	-	327	101	108	
Puriscal	1218	-	-	-	-	439	572	123	-	11	67	6	-	
Pérez Zeledón	1999	104	184	99	-	953	345	199	-	10	91	14	-	
Alajuela	3295	122	172	20	-	1775	243	645	10	24	233	51	91	
San Ramón	1470	74	80	21	-	593	68	421	16	31	150	16	286	
San Carlos	924	168	131	43	-	207	34	249	-	16	52	24	50	
Upala	379	-	-	-	-	114	254	11	-	-	-	-	-	
Cartago	3253	370	-	73	97	1210	103	1077	4	25	172	122	105	
Turrialba	1726	125	252	-	43	565	316	265	0	0	133	27	86	
Heredia	3976	162	-	30	41	2835	245	451	38	44	118	12	77	
Libenia	651	148	-	11	-	105	34	210	11	15	103	14	-	
Nicoya	404	-	-	-	-	151	62	111	6	43	24	7	-	
Santa Cruz	361	-	-	-	-	153	34	68	8	14	65	19	-	
Cañas	309	-	-	-	-	98	43	102	9	45	12	-	-	
Puntarenas	1308	99	-	-	97	597	3	337	17	14	119	25	47	
Coto	668	-	-	-	-	46	301	88	22	-	178	33	-	
Aguirre	251	-	-	-	-	94	78	56	-	-	23	-	-	
Limón	634	-	-	-	-	181	106	213	17	13	99	5	28	

Fuente: MEP, Departamento de Estadística.

Desde el punto de vista de los derechos ciudadanos de las personas con discapacidad, el acceso a la educación por medio de la definición y ejecución de estrategias adecuadas y eficaces de inclusión al sistema educativo regular, que permitan la reivindicación de la integración social, se constituye en elemento fundamental para evaluar el nivel de igualdad de oportunidades y la no discriminación.

Por tal razón, la apropiada y oportuna definición de los procesos de adecuación curricular está revestida de una particular importancia en función de promover los derechos de acceso a la educación. Desde el año de 1997, el MEP definió un conjunto general de políticas y normativas para la regulación de dichos procesos, las que, en gran medida, aún no son del todo conocidas y mucho menos aplicadas por la mayoría de los docentes del país.

Junto a la capacitación del personal docente en el tema, la oportuna provisión de los servicios de apoyo y de las ayudas técnicas, son elementos vitales en el desarrollo integral de los estudiantes con discapacidad.

En el cuadro, N° 19 se pueden observar los tipos de adecuaciones desarrolladas por el MEP para el período 2002. Distribuidas en dos categorías, no significativas y significativas, es decir en concordancia con el nivel de la adecuación. La naturaleza de las mismas, va en función del espacio físico, modificaciones a los planes de estudios y la provisión de ayudas técnicas.

**Cuadro 19**

Población estudiantil según nivel educativo y tipo de adecuación recibida, en Costa Rica para el año 2002.

Tipo de adecuación	Preescolar	I y II Ciclo	Escuelas Nocturnas	III Ciclo y Diversificada	Total
Acceso	767	8003	97	1900	10767
No significativa	2156	57920	18	18516	78610
Significativa	253	4510	6	375	5144
<b>Total</b>	<b>3176</b>	<b>70433</b>	<b>121</b>	<b>20791</b>	<b>94521</b>

Fuente: Departamento de estadística del MEP

Los artículos 43, 44 y 45 del Reglamento de la Ley 7600, crean los Comités de Apoyo Educativo, los que inician labores en 1999, cuando el MEP gira los fondos respectivos para su instauración en un 20% de las instituciones educativas públicas del país. Al momento presente, no se puede concluir que en la totalidad de los centros educativos se hayan creado y se mantengan dichos comités.

No obstante, en el año 2001 se crearon los equipos interdisciplinarios itinerantes, cuyo principal objetivo es proveer los servicios técnicos adecuados, en aquellas instituciones educativas que por su naturaleza o condición no tengan las posibilidades de crear los comités de apoyo. Estos equipos están conformados por un profesional en el área de la psicología, uno en el área del trabajo social y otro en educación especial.

Entre el período 2000 y 2001, el Departamento de Educación Especial del MEP, inició la capacitación de asesores regionales y de docentes en general mediante la gestación de cursos especializados en el primer caso y en el segundo mediante la puesta en marcha del programa "Maestro de Apoyo".

Este programa, se encuentra dirigido hacia la capacitación de personal docente que tienen en su aula estudiantes con necesidades educativas especiales y se orienta hacia la preparación del docente para que pueda incorporar dentro de sus estrategias pedagógicas, el uso de material de apoyo y la aplicación de las adecuaciones curriculares, entre otras.

Los y las maestras de apoyo son personal fijo o itinerante y durante el año 2002, 1753 estudiantes recibieron apoyos con maestros especiales directamente desde los centros de educación especial. Por otra parte, 17742 estudiantes con discapacidad recibieron apoyo mediante maestros directamente nombrados en las escuelas regulares, para un total consolidado de 19495 estudiantes<sup>29</sup>.

De conformidad con los datos suministrados por el Departamento de Educación Especial del MEP, 1050 maestros y maestras de apoyo desempeñaron funciones durante el 2002. Entre las discapacidades que presentaban los estudiantes con necesidades educativas especiales y que fueron "atendidos" por estos docentes, se encuentran: Retardo mental, problemas de conducta, deficiencias auditivas, problemas de lenguaje, deficiencias en el aprendizaje, discapacidad múltiple y enfermedades neurodegenerativas.

En 1999, se gesta la creación del Centro Nacional de Recursos para la Inclusión Educativa, mismo que abre sus puertas en mayo del 2002. Entre sus funciones se destacan, capacitar a los docentes regulares que tengan estudiantes con discapacidad, investigar acerca de técnicas pedagógicas o cualquier otro tema afín a la naturaleza de su gestión, suministro de información, aplicación de apoyos y ayudas técnicas para la educación.

Este Centro, nace bajo el espíritu del reconocimiento de las identidades culturales diferentes, debido a que en sus expectativas de crecimiento, se pretende prestar servicio a todas aquellas poblaciones bajo condiciones de invisibilidad y exclusión social por razones de discapacidad, etnia, nacionalidad, lenguaje, entre otros.

---

29 MEP. Ibid. p 6.

En materia presupuestaria, el MEP, ha ejecutado entre el 2001 y el 2002 un total de 17 327 millones de colones, en el rubro correspondiente a servicios de educación especial, incrementándose en 2845 millones de colones de un período al otro.

En el año 2002, se entregaron 66 millones de colones en materiales para estudiantes con discapacidad múltiple y se encuentran presupuestados 86 millones en compras de materiales y equipos para estudiantes con retardo mental <sup>30</sup>.

## **4.2. Educación técnica**

En este apartado, destaca el proyecto piloto llamado "Inclusión de estudiantes de III y IV ciclo de educación especial en educación técnica" y contempla la participación de estudiantes con necesidades educativas especiales en los cursos regulares de la educación técnica en el país.

3637 estudiantes con discapacidad que se encuentran dentro de colegios técnicos, agropecuarios, y académicos, se benefician de 86 servicios prevocacionales en el III ciclo y el ciclo diversificado. Sin embargo en la distribución de estos centros educativos en el país, al igual que en el caso de los de educación especial, también se manifiesta la tendencia hacia su concentración en la Región Central del país. (cuadro N° 19)

## **4.3. Educación para adultos**

Los Centros para Personas Adultas con Discapacidad (CIAPAD), son producto de la creación del programa "Atención a Personas Adultas con Discapacidad que Requieren Apoyos Prolongados o Permanentes para el Desempeño Ocupacional o Laboral" y según registro del año 2002, en el presente y desde hace muchos años funcionan 21 centros.

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, los CIAPADs deben cubrir aproximadamente un 90% de las regiones educativas, con el establecimiento de 19 nuevos centros al 2006.

Los CIAPADs responden al artículo número 25 de la Ley 7600, en el cuál se plantea la capacitación de personas mayores de 18 años que por diferentes condiciones o situaciones de exclusión y marginación, no hayan tenido acceso a la educación y carezcan de formación laboral.

Los CIAPADs, se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 7 en San José, 4 en Alajuela, 3 en Heredia, 2 en San Carlos y 1 en Desamparados, Upala, Puntarenas, Pérez Zeledón y Cartago respectivamente.

---

30 MEP. *Ibíd.* p 13.

## Cuadro 20

Servicios de educación especial en el tercer ciclo y ciclo diversificado por región educativa, en Costa Rica para el año 2002.

Dirección regional de enseñanza	Número de servicios prevocacionales
San José	15
Desamparados	6
Puriscal	4
Pérez Zeledón	3
Alajuela	9
San Ramón	3
San Carlos	2
Heredia	7
Cartago	7
Turrialba	2
Limón	4
Guápiles	2
Liberia	4
Nicoya	1
Santa Cruz	4
Cañas	2
Puntarenas	3
Coto	6
Aguirre	2
Upala	1
<b>Total</b>	<b>86</b>

Fuente: Departamento de Educación Especial del MEP.

### 4. 4. Acción del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)

El INA, ha desarrollado un proceso de preparación de su personal y de adecuación de la currícula. Más de 300 funcionarios han sido capacitados desde 1998, incorporando el tema de la discapacidad en los procesos de formación y desarrollo técnico, orientado tanto hacia las personas con discapacidad como al resto de la población.

El Servicio de Coordinación sobre Discapacidad, es la instancia que en el Instituto Nacional de Aprendizaje supervisa los procesos de sensibilización, capacitación, organización y coordinación de los servicios, así como la realización de entrevistas en el ámbito vocacional.<sup>31</sup>

31 CNREE; Comisión de Planificación Estratégica. Diagnóstico Institucional 2003: Situación Actual del CNREE. Documento de trabajo, versión preliminar. Agosto del 2003. p 17.

## **4.5. Reconocimiento de la identidad cultural**

En el caso del reconocimiento de las diferentes identidades culturales, el MEP, ha implementado una clasificación de las instituciones educativas que incluyen el lenguaje LESCO que se basa en la visión de las personas sordas como un grupo antropológico y sociolingüístico, cuya diferencia cultural fundamental es contar con su propia lengua.

Según el MEP, la ejecución de un nuevo plan en el 2002, que establece dentro de la categoría de colegios bilingües, aquellos en los que se desarrollan estudiantes en un contexto bicultural, (la cultura sorda y la cultura oyente) ha creado las condiciones necesarias para establecer un reconocimiento real de la igualdad de oportunidades y no discriminación en el acceso a la educación pública de esta población.

En estos centros educativos, el aprendizaje de dos lenguas, LESCO y español, se constituye en el elemento cultural fundamental del enfoque educativo. El proyecto se inició en las regiones educativas de San José, Heredia, Cartago y San Carlos.

En la gestión de este proyecto, se pretende combinar el esfuerzo de los departamentos de orientación, los comités de apoyo educativo, las capacitaciones del personal docente y la información y participación de los estudiantes sordos y de los padres y madres de familia.

Según el MEP, en el año 2002, la población de estudiantes sordos incorporados a este programa fue de 13 personas, con una promoción del 100% al siguiente nivel educativo, con adecuaciones curriculares no significativas.

## **V. Acceso al trabajo**

Una de las formas de mayor reconocimiento e inclusión en la sociedad es la participación de los individuos en edad de trabajar en el mercado laboral. El empleo, no sólo es un derecho fundamental, también es una necesidad de todo ser humano. Este Capítulo intenta establecer un panorama de la situación actual de las políticas públicas orientadas hacia la creación de espacios de incorporación a la fuerza laboral de la población económicamente activa con discapacidad, en condiciones de equidad y dignidad.

Desde mediados del siglo XX, entidades como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), han promovido estrategias orientadas hacia la inclusión de la población con discapacidad tanto en el mercado laboral competitivo, como en el protegido. Sin embargo, la sistemática exclusión y marginación de la que es objeto, revela como resultado que, en el mundo existan varios cientos de millones de personas con discapacidad en edad de producir, sin empleo o en condiciones de subempleo, desprotegidas de toda garantía social y laboral.

El efecto inmediato es, la consiguiente pérdida del ingenio, la capacidad y el potencial productivo de este sector de la población tanto en el mercado nacional como en el mundial, empobreciendo y manteniendo dentro de los beneficiarios del asistencialismo a las personas con discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), y la OIT entre otras diversas agencias del sistema de Naciones Unidas, han desarrollado instrumentos de política internacional, orientados hacia la creación de políticas públicas en el ámbito interno de los países, que faciliten la participación y la accesibilidad en la prestación de los servicios de educación y salud (por ejemplo), en igualdad de oportunidades.

La Ley número 7219, Ratificación por parte del Gobierno de Costa Rica del Convenio 159 de la OIT sobre la Readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, del 7 de mayo de 1991; es un ejemplo de estos instrumentos de política internacional adoptados por los gobiernos, que nace en el seno de la sexagésima novena reunión de la Conferencia General de la OIT, celebrada en Ginebra en 1983.

En el Convenio 159 de la OIT, se establece claramente en su articulado 2, 3, 4 y 5, el derecho de acceso al trabajo para la población con discapacidad en igualdad de oportunidades, de género y en concordancia con la dignidad humana. La participación del Estado, los empleadores y trabajadores, es prioritaria en el convenio para la coordinación entre el ámbito privado y el público.

La creación de políticas públicas en referencia a la igualdad de oportunidades en el empleo, tiene varios hitos en Costa Rica. La promulgación en 1988 de la Ley número 7092, establece incentivos fiscales a los empleadores de personas con discapacidad. De conformidad con el Convenio 159 de la OIT, el establecimiento de dichos incentivos, se debe considerar como medidas de "Acción afirmativa" y bajo ninguna circunstancia se pueden estimar como discriminatorias en perjuicio de los trabajadores que no tienen discapacidad.

Por su parte, la Ley 7600 del 29 de mayo de 1996 en sus artículos 23 y siguientes, establece con absoluta precisión de responsabilidades, las obligaciones del Estado, en materia de la gestión de la promoción del acceso al empleo en igualdad de oportunidades y no discriminación, de las trabajadoras y los trabajadores con discapacidad, en competencia con otros sectores de la población.

Como se ha podido observar a lo largo del presente diagnóstico situacional, las personas con discapacidad se enfrentan cotidianamente a barreras de toda naturaleza, incluyendo las de actitud y estructural, de carencia o desigualdad de acceso a los servicios públicos, como: educación, salud y promoción del acceso al empleo, que se constituyen en obstáculos reales para su equiparación de oportunidades y por ende en situaciones que atentan directamente contra la dignidad humana y el derecho inalienable al trabajo.

De conformidad con los datos del Censo Nacional del 2000, el 4% del total de personas ocupadas en el país, manifiestan tener alguna discapacidad. Cuando se toma en consideración que, del total de personas con discapacidad que pueden trabajar, que se encuentran en condiciones y tienen la disposición para hacerlo (PEA), casi el 95% se encontraba desempleada o subempleada.

Pese a la existencia de incentivos para los empleadores de trabajadores y trabajadoras con discapacidad, como es el caso, ciertamente nada divulgado, de la ley 7092, las personas con discapacidad continúan encontrando discriminación y diferenciación en las oportunidades de empleo, obligándolas a mantenerse como sujetos de protección de políticas públicas de carácter asistencial, que no necesariamente les ha generado desarrollo humano.

En este sentido, las instituciones de gobierno encargadas de velar por la promoción del acceso al empleo de las personas con discapacidad como, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y el CNREE, entre otras, han desarrollado varias estrategias para la incorporación de la fuerza de trabajo con discapacidad al mercado laboral.

Se debe resaltar que, a lo largo de los años, como en muchas otras acciones en diversos ámbitos, gran peso de esta labor de promoción y colocación laboral, ha sido asumida directamente por las organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad. Tampoco se debe omitir señalar que, muchas de estas iniciativas han sido técnica y financieramente respaldadas por la OIT y agencias de cooperación internacional.

Sin embargo, las cifras revelan que el impacto a la fecha no ha sido relevante para revertir la situación de exclusión y desempleo de las personas con discapacidad. Un indicador elocuente de ello, es la inexistencia de registros confiables y actualizados acerca del impacto (número de colocaciones por año) de dichas estrategias, las cuales, no en pocas ocasiones han sido ejecutadas de forma coyuntural y no sistemáticamente, es decir, mediante la ejecución de una política pública consistente.

Y es que políticas públicas en este ámbito, se han planteado en Costa Rica desde la década de los años setenta del siglo pasado. No obstante, la evaluación de su eficacia es una tarea pendiente.

## **5.1. Los lineamientos**

Según la Directriz Presidencial número 27, los lineamientos de las políticas de acceso al trabajo de la población con discapacidad, plantean una relación tripartita entre la educación, el trabajo y la formación técnica. El planteamiento de los lineamientos de la formulación de las políticas públicas, está orientado principalmente hacia la promoción de los derechos laborales y de inclusión de las personas con discapacidad, hacia la reforma de la normativa jurídica que afecte la dimensión del trabajo de las personas con discapacidad (por ejemplo los talleres

protegidos), la inclusión del tema en organizaciones sociales y grupos ideológico-políticos como el solidarismo, el movimiento cooperativo y el sindicalismo, o en la agenda de los partidos políticos y la creación de incentivos para los empleadores que contraten personas con discapacidad, todo esto de la mano del cumplimiento del convenio N° 159 de la OIT antes mencionado y de la Ley 7600, principalmente.

Existe además otra normativa que crea distintas instituciones orientadas a la satisfacción de las necesidades de las personas con discapacidad en el país, así como instrumentos de redistribución del ingreso, orientado hacia la asistencia de la población con discapacidad.

Algunos de estos cuerpos normativos son:

- Ley 7600 "Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad"
- Reglamento 26831-MP de la Ley 7600 Operacionalización de la Ley 7600, para el sector público y privado nacional.
- Ley 5347 Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (Ente rector en el tema)
- Ley 2171 Ley de creación del Patronato Nacional de Ciegos.
- Ley 3695 Ley de creación del Patronato Nacional de Rehabilitación.
- Ley 7092 Sobre el impuesto de la renta y el incentivo a favor de los empleadores que contraten personas con discapacidad.
- Ley 7948 Aprobación de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.
- Ley 7072 Creación de cargos tributarios sobre licores, cervezas y cigarrillos, para financiar entre otros programas, el de Convivencia Familiar que ejecuta el CNREE.
- Decreto 3827-E TBS-SPPS Declaración de la Semana de la Rehabilitación.
- Decreto 16831-MEP Creación del Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller.
- Decreto 30391-MTSS Creación de la Unidad de Equiparación de Oportunidades para personas con discapacidad, adscrita a la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo.
- Directriz Presidencial N° 27 Sobre los lineamientos de las políticas públicas en materia de discapacidad (no esta vigente a partir del año 2001).

## 5. 2. El empleo

En esta cadena de esfuerzos, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, creó a partir del 2001 la Unidad de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

De acuerdo con los objetivos de esta Unidad especializada, instancia formuladora de lineamientos políticos en materia de empleo para personas con discapacidad, se destaca, coadyuvar a la consecución de la tarea de transversalizar el enfoque de equiparación de oportunidades, no discriminación en el empleo y accesibilidad a los servicios ministeriales, en todas las áreas del accionar del MTSS, mediante la promoción, orientación, monitoreo de los procesos de cambio institucional que requieren la prestación de servicios con equidad y no discriminación en razón de la discapacidad.<sup>32</sup>

Según datos suministrados por esta Unidad, el presupuesto destinado para su labor para el año 2003, fue de ₡750 000 y para el año 2004 se tiene previsto un incremento del 100%.

Esta Unidad especializada del MTSS, se encarga de la tramitación de los requerimientos y demandas de la población con discapacidad en materia de trabajo hacia la Dirección Nacional de Empleo, en dónde se desarrolla un servicio de intermediación entre el empleador y la persona con discapacidad.

Sin embargo, es importante destacar que en el momento de solicitar información estadística en esta Dirección, que documente el impacto de la acción de colocación laboral, no fue facilitada por los funcionarios, aduciendo carencia de actualización.

En opinión de la Jefe de la Unidad de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad: "El país a la fecha, no ofrece suficientes oportunidades de empleo para las personas con discapacidad. Los empresarios sienten en ocasiones temor de que el trabajador con discapacidad va a requerir demasiadas adaptaciones y ello generará mayores gastos".<sup>33</sup>

En esta argumentación, existen varias razones, en algunas de ellas más bien subyacen falsas creencias y desinformación sobre la discapacidad, por las cuales los empleadores y las empleadoras no contratan personas con discapacidad, siendo las principales:

- 1 Insuficiente divulgación de los beneficios fiscales por contratación de personas con discapacidad.
- 2 Percepción de altos costos de las adaptaciones al puesto de trabajo en las empresas.
- 3 Ausencia de cuotas de empleo para personas con discapacidad.
4. Barreras de acceso a la educación y formación para el trabajo de las personas con discapacidad, así como la existencia de las mismas en materia de infraestructura.

---

32 MTSS, Unidad de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Florizul Aguilar Arce. Ponencia: Costa Rica-La inserción laboral en ámbito público, dictada en el marco del encuentro sobre trabajo regional realizado en San Salvador. Octubre, 2003. p 12.

33 MTSS. Op Cit. p 4.

La misma Unidad hace referencia a que, no es posible realizar la cualificación profesional de las personas con discapacidad, debido a que no existe un estudio profundo que refleje su situación educativa y técnica. No obstante, concluye que su cualificación es "bastante exigua"<sup>34</sup>, debido a "poca capacidad del entorno para ofrecer educación formal o formación técnica que permita la competitividad en el mercado de trabajo.

Tomando en consideración los datos del estudio de la Contraloría General de la República "Una perspectiva sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad", es posible encontrar una segmentación de la población con discapacidad empleada por sectores de ocupación, en la cuál, el 8,9% de la población se ubica en el sector profesional y técnico, y en la rama de los servicios el 20,4%.

La ubicación del público meta segmentado por rama de actividad, es un insumo valioso para la eficaz prestación de un servicio de calidad en función de la promoción del acceso al trabajo que realiza esta Unidad del MTSS, así como para la importante gestión de colocación que llevan a cabo múltiples organizaciones no gubernamentales.

Para el año 2004, la Unidad de Equiparación de Oportunidades, como ya se ha hecho con frecuencia en el pasado, enfoca su esfuerzo hacia la sensibilización e información de los empleadores y las empleadoras, orientado hacia la divulgación de la Ley 7600 y los incentivos fiscales para la contratación de personas con discapacidad.

Así también el MTSS, en palabras de la Defensoría de los Habitantes de la República, ha desarrollado en los últimos dos años, programas de capacitación orientados hacia el aprendizaje de los funcionarios en el LESCO.<sup>35</sup>

En el mismo informe, la Defensoría hace hincapié en la necesidad de fortalecer el acceso al trabajo de las personas con discapacidad, debido a que se constituye en uno de los "eslabones" más débiles en el proceso de integración social. Por esta razón exhorta al aparato estatal costarricense a fortalecer las acciones del ente rector en materia de empleo.

### **5.3. Programas y responsables**

El MTSS, señala por medio de la Unidad de Equiparación de oportunidades que en Costa Rica existen cinco programas dirigidos a la intermediación y colocación laboral de las personas con discapacidad:

- La Dirección Nacional de Empleo. Tiene a su cargo la ubicación de las personas con discapacidad en el mercado laboral, sin que al momento de la elaboración del presente diagnóstico (noviembre del 2003), se cuenten con datos fehacientes de su avance.

---

34 MTSS. Op Cit. p 5-6.

35 Defensoría de los Habitantes de la República. Informe Anual 2000-2001.DHR. San José, Costa Rica. 2001. p 104.

- El Instituto Nacional de Aprendizaje por medio del servicio de intermediación para el empleo.
- El Instituto de Rehabilitación y Formación Helen Keller, ubica las empresas interesadas en contratar personas con deficiencias visuales y se encarga de establecer los lazos entre empleador y empleado, ejerciendo un seguimiento sobre la colocación.
- El Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), coordina la reinserción laboral de las personas mediante sus programas de rehabilitación.
- El Patronato Nacional de Ciegos, tiene también un servicio de intermediación.

Al respecto se debe recordar que, el CNREE durante muchos años mantuvo su propio programa de intermediación y colocación laboral, el cual desapareció por no ser compatible con las funciones de este rector. Asimismo, en el caso del Patronato Nacional de Ciegos, el programa se desarrolló hasta el año 2002.

#### **5.4. Junta de Protección Social**

Es igualmente histórico el vínculo de la Junta de Protección Social de San José (JPS), en el campo de la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Su labor está fundamentada en la aplicación de un importante marco normativo que le permite subvencionar a organizaciones y a sus proyectos, dirigidos a mejorar la calidad de vida de poblaciones vulnerables como las personas con discapacidad y adultas mayores.

En el campo del acceso al trabajo, la JPS en el año 2002, otorgó contribuciones provenientes de los premios prescritos y no vendidos a diferentes organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad, orientadas hacia la reinserción en el mercado laboral de las personas en procesos de rehabilitación.

Asimismo, la JPS directamente crea fuentes de empleo e ingresos para las personas con discapacidad, mediante la asignación de cuotas de venta de lotería.

Tan solo en el año 2002, ¢ 260,879,302.95 millones<sup>36</sup> de colones fueron entregados a fundaciones y organizaciones de personas con discapacidad, para desarrollar programas de reinserción laboral y capacitación entre muchos otros, así como para la adquisición de ayudas técnicas, que contribuyen a equiparar las oportunidades de acceso al empleo.

## **VI. Acceso a los servicios sociales**

Los servicios sociales adecuadamente concebidos y ejecutados, constituyen uno de los medios más eficaces de los Estados modernos, para promover la justicia social y redistribuir la riqueza. Filosófica y operativamente, son instituciones que se encargan de procesar las muy diversas

---

<sup>36</sup> JPS. Oficina de Información. Documento web.

demandas de las poblaciones, fundamentalmente las de los grupos vulnerables y en riesgo social, para promover su desarrollo humano y mejorar su calidad de vida, equiparando sus oportunidades de acceso a los servicios públicos esenciales como los de salud y educación y procurando la erradicación de la pobreza.

Remontar de forma sostenible las condiciones estructurales de la baja calidad de vida y de la pobreza de grupos históricamente excluidos y marginados, en cuenta poblaciones minoritarias como las personas con discapacidad, es el objetivo de las políticas sociales del Estado referentes a alimento, salud, educación, vivienda, empleo e ingreso, acceso a recursos productivos, entre otras.

En Costa Rica, a través del tiempo se ha construido y consolidado todo un andamiaje institucional para la atención de las necesidades de estos grupos de población, mediante la definición y ejecución de políticas públicas y programas sociales que se orientan hacia la satisfacción de las demandas generadas a partir de la condición de pobreza.

Estas estrategias se encuentran instituidas en entidades públicas como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Ministerio de la Vivienda y Asentamientos Humanos, el Banco Hipotecario de la Vivienda, la CCSS, el INS y el INA, entre otras.

Partiendo de la ya incuestionable premisa que, la discapacidad es transversal a todo estrato social, cultural y económico y que no hace diferencia por condición de género, edad o grupo étnico, a partir de la promulgación de la Ley 7600 en 1996 y desde 1998, mediante la coordinación entre el CNREE y la Presidencia de la República, se crearon comisiones institucionales con el objetivo de desarrollar políticas institucionales, planes anuales operativos y presupuestos que tomaran en consideración las necesidades, los derechos y las expectativas de la población con discapacidad. No hacerlo, es discriminatorio.

## **6. 1. Acceso a vivienda**

Desde la propia creación del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda en 1987, existen políticas públicas claramente definidas en materia de acceso de las personas con discapacidad a la vivienda de interés social.

En este sentido, la directriz presidencial número 27 del año 2001, referente a los lineamientos de política pública en el ámbito de la discapacidad, establece en el apartado de “los servicios sociales y la familia, generadores de una mejor calidad de vida”, la obligación del Estado costarricense por adecuar los programas que al momento existen para otorgar soluciones de vivienda que se ajusten a los requerimientos y necesidades de las personas con discapacidad. En este sentido, la directriz establece lo siguiente:

*“Fortalecer los programas de vivienda de interés social que garanticen una vivienda adecuada a las personas con discapacidad, en situación de pobreza. Asimismo, brindar el respaldo necesario para la remodelación de viviendas existentes a fin de hacerlas accesible”* <sup>37</sup>

Según esta directriz, el fortalecimiento de los programas y la adecuación de las viviendas de interés social, deben realizarse en apego con lo establecido en el articulado del Reglamento de la Ley 7600, en sus numerales del 107 al 120. En ellos se establecen los requisitos técnicos mínimos para la construcción, tanto del entorno accesible, como del propio espacio de estas viviendas.

Según se hace constar en el informe del CNREE de acciones realizadas de 1998 a 2002, este programa de interés social se fortaleció por medio del otorgamiento a las personas con discapacidad que resultaren beneficiarias, de un monto equivalente a bono y medio, por concepto de modificaciones y adecuaciones en la infraestructura que permitiera su desenvolvimiento de forma mucho más independiente.

Sin embargo, según la Oficina de Auditoría de Calidad del Ministerio de la Vivienda y Asentamientos Humanos (MIVAH), pese a que las solicitudes que se tramitan ante dicha dependencia, son registradas mediante el rubro número 12, de la Boleta de Determinación de Necesidades Habitacionales por Familia, esto no representa un indicador de prioridad debido a que el trámite debe realizarse en igualdad de condiciones para todos los solicitantes.

El procedimiento que se utiliza para que las personas con discapacidad apliquen y sean potenciales beneficiarias del bono y medio de vivienda, se caracteriza particularmente por el requerimiento de un dictamen médico emitido por la Comisión Calificadora de la CCSS, en el cuál se establezca claramente el “porcentaje de discapacidad” que el o la solicitante posee.

El porcentaje mínimo aceptado para calificar como persona con discapacidad, potencialmente beneficiaria del bono para vivienda de interés social es de 66,6%, quedando excluidos quienes, producto de la evaluación de este cuerpo médico, obtengan un 66,5% o menos.

Según la misma dependencia, una vez realizada la solicitud, un grupo calificador del MIVAH o el mismo jerarca, estudia los casos y los clasifica como prioritarios sin embargo, no es un mecanismo eficiente de solución de demandas, debido a que este estatus prioritario es compartido con: núcleos familiares con miembros con discapacidad, personas con discapacidad jefes o jefas de hogar, mujeres jefas de hogar, adultos mayores y víctimas de desastres.

Una vez definido el dictamen de prioridad de la solicitud o “caso especial”, debe ser incluida en el procedimiento normal de asignación del bono.

El monto del bono de vivienda, al que tiene derecho la persona o grupo familiar con varias personas con discapacidad en su seno, es el correspondiente a bono y medio, la cifra bruta de-

---

37 Ministerio de la Presidencia. Directriz N° 27. Del 30 de enero del 2001.

pende del ingreso familiar, tomando en cuenta el requisito indispensable de no sobrepasar los ¢163 072 <sup>38</sup>o para el caso de los solicitantes vía Programa de Ahorro Bono Crédito (ABC) los ¢170 716.<sup>39</sup> Es decir, para ser beneficiario o beneficiaria, en ninguno de los casos se debe sobrepasar los dos salarios mínimos como ingreso familiar consolidado (los montos tanto del bono como del salario mínimo indispensable para su cálculo se ajustan periódicamente), los aquí consignados son los vigentes en noviembre del 2003.

Este trato “preferencial” en la naturaleza y el monto del bono familiar de vivienda, obedece a una reforma realizada en 1999 al párrafo primero del artículo 59 de la Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, así como la inclusión del tema dentro de las políticas del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo, y la verificación del criterio de accesibilidad al espacio físico en los proyectos revisados por el Área de Planificación Urbana de esa institución.

Según la Oficina de Auditoría de Calidad del MIVAH, entre el 2002 y el 2003, se han presentado entre 90 y 100 solicitudes que incluyen la variable discapacidad en las boletas de información, sin embargo, de ellos solamente se han otorgado entre un 1% y un 5% de soluciones de vivienda. Este dato no contempla las recibidas por los entes autorizados por el Banco Hipotecario de la Vivienda (BANHVI) para la tramitación de bonos (recuadro a continuación).

En opinión de esta misma dependencia, los problemas más importantes a los que se enfrentan los funcionarios que reciben las solicitudes de personas con discapacidad en el área de vivienda, son: falta de capacitación para la interacción con personas con discapacidad y carencia de un sistema que permita el efectivo trato preferencial.

Por otra parte, el principal problema al que se deben enfrentar las familias que tienen varias personas con discapacidad entre sus integrantes, es que el monto del bono preferencial es el mismo, independientemente de la cantidad de personas que vayan a habitar en la vivienda.

A lo anterior se debe agregar que, los problemas de ubicación también son importantes en el caso de no contar con un lote de previo a la solicitud, debido a que los traslados son frecuentes desde precarios o zonas rurales, hacia lugares violentos, conflictivos, con problemas de suelos o con una densidad poblacional entre media y alta así como con limitaciones en el acceso a servicios públicos de calidad. A continuación recuadro con entes autorizados para tramitación de bonos.

---

38 Banco Hipotecario de la Vivienda y Ministerio de la Vivienda y Asentamientos Humanos. Si desea información sobre el bono familiar de vivienda... entonces debe saber esto...BANHVI y MVAH. Instructivo. Agosto, 2002. Costa Rica. p 3.

39 Banco Hipotecario de la Vivienda y Ministerio de la Vivienda. Programa Ahorro Bono Crédito, (ABC). BANHVI y MVAH. Setiembre, 2003. Costa Rica. p 4.

#### Entes autorizados para la tramitación del bono familiar de Vivienda

- Mutual Alajuela
- Mutual Cartago
- Mutual La Vivienda
- Concoocique R.L.
- Banco Corporación ELCA
- Fundación Costa Rica – Canadá
- Banco Crédito Agrícola de Cartago
- Banco Popular
- Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU)

Según el Fondo de Subsidios para la Vivienda (FOSUVI) del BANHVI, existen algunas circunstancias que ponen en evidencia la imposibilidad de hacer efectiva la aplicación del estatus de prioridad para las personas con discapacidad y otras poblaciones como adultos mayores y mujeres jefas de hogar, durante todo el proceso de concurso para optar por un bono familiar de vivienda.

Esta dependencia identifica, al menos 3 factores determinantes para que las personas con discapacidad queden expuestas a la exclusión o la nulidad del trámite de su bono. Estos factores a su vez se asocian directamente con la metodología empleada por el BANHVI para la revisión y la autorización de la correspondiente emisión de los beneficios.

En primer lugar, las entidades autorizadas dependen de un presupuesto anual establecido y asignado por el BANHVI para la emisión de bonos. Es responsabilidad de dichas entidades velar por la ejecución de este presupuesto, de forma tal que responda a las necesidades de la población durante todo el período.

Sin embargo, si este presupuesto es ejecutado anticipadamente por una demanda superior a la esperada, el BANHVI realiza una revisión del caso, y reasigna el presupuesto de otra entidad que no lo haya ejecutado con la misma rapidez. En criterio del FOSUVI, la ejecución presupuestaria no se discrimina por el número de solicitudes o por su prioridad o en razón de agotarse el presupuesto.

Otro factor determinante asociado con la metodología de revisión de requisitos de los casos para la adjudicación del bono familiar de vivienda, es la revisión muestral que FOSUVI realiza para su verificación.

Por ejemplo, si en una sucursal de un ente autorizado, existen 100 casos pendientes de revisión y adjudicación, los funcionarios del Fondo toman una muestra aleatoria de los mismos, mediante un procedimiento de selección automática del sistema de registro.

Este procedimiento automático, no discrimina por condición de discapacidad, género, edad, jefa de hogar, u otra razón. Poniendo en evidencia que el estatus de prioridad definida para estas poblaciones no siempre se respeta.

Una vez seleccionada la muestra en forma automática, se revisan los casos y si estos superan un porcentaje favorable, es decir, que los requisitos se cumplen, no faltan documentos y la información que se solicita se encuentra correctamente registrada, el FOSUVI aprueba todas las solicitudes existentes en esa sucursal.

Por el contrario, si el porcentaje de revisión resultare desfavorable, se selecciona una segunda muestra. Si esta también resulta con un porcentaje negativo, entonces se rechazan ad portas todos los casos que se encuentren en esa sucursal, con excepción de aquellos expedientes que se encontraban correctamente presentados y que fueron incluidos en ambos muestreos.

Algunas de las principales causas que propician el rechazo de la solicitud son: el vencimiento de la documentación solicitada, la falta de requisitos especiales como la evaluación médica de discapacidad de la CCSS y la desinformación del funcionario o funcionaria que tramita.

Una vez aprobados los casos para la emisión del bono, el BANHVI nuevamente los prioriza en el momento de la ejecución, asignándoseles a personas con discapacidad, jefas de hogar y adultos mayores. Esto también ocurre cuando los recursos para el otorgamiento de los bonos son limitados.

La tercera situación se presenta en la evaluación de los expedientes para la asignación de los bonos. Para FOSUVI, ni el o la profesional en ingeniería, ni la comisión evaluadora del BANHVI, no siempre pueden establecer los criterios técnicos del tipo de modificación adecuada en la infraestructura que requiere la persona con discapacidad.

Por esta razón, una vez aprobado el otorgamiento del bono, junto con el plano catastrado y los permisos municipales de construcción, se requiere también una nota escrita del beneficiario o beneficiaria solicitando, explicando y justificando el tipo de modificaciones infraestructurales que necesita realizar en su vivienda, en concordancia con las necesidades específicas derivadas de su discapacidad.

Esto tiene una ingerencia directa en el tipo de construcción que se levantará, debido a que si la inversión es mayor en el caso de las adecuaciones, los acabados serán de menor calidad y si las adecuaciones son menores los acabados y los materiales serán de mejor calidad, por ejemplo, en lugar de paredes prefabricadas o de bloque, pintura, tipo de puertas, etc.

En opinión del FOSUVI, esta etapa en la adjudicación es la que retrasa la construcción y la ejecución de los bonos que se asignan.

### Cuadro 21

Bonos familiares de vivienda para personas con discapacidad procesados por el BANHVI, en todo el país, para los años 2000, 2001, 2002 y 2003.  
(En millones de colones)

Año	Estado del bono	Cantidad de casos	Monto total	Presupuesto Total BANHVI en millones
2000	Emitidos	nd	nd	¢18179,2
	Devueltos	1	¢2,4	
	Anulados	19	¢39,1	
	Pagados	426	¢956,4	
2001	Emitidos	2	¢5,0	¢20864,8
	Devueltos	1	¢2,4	
	Anulados	26	¢60,9	
	Pagados	518	¢1301,1	
2002	Emitidos	1	¢3,3	¢22934,4
	Devueltos	1	¢2,7	
	Anulados	24	¢69,2	
	Pagados	401	¢1 237,5	
2003	Emitidos	149	¢479,8	¢23181,0
	Devueltos	nd	Nd	
	Anulados	12	¢34,4	
	Pagados	365	¢1127,2	
Total			¢ 5321,8	¢ 85159,4

Fuente: Elaboración propia con base en los datos suministrados por el Sistema de Personas con "Impedimento Físico". FOSUVI. BANHVI. Al 1° de diciembre de 2003.

Según el Sistema de Información de FOSUVI, denominado "Impedimento Físico", la categorización de los bonos en los registros de la Base de datos del Banco, se realiza en función de:

- Devueltos: Aquellos bonos que fueron emitidos y ejecutados pero que por diferentes situaciones como venta de la casa o terreno, o muerte del beneficiario la entidad devuelve al BANHVI.

---

- Anulados: Son los bonos que fueron emitidos pero por falta de requisitos en el proceso de ejecución, fueron anulados.

---

- Emitidos: Son los bonos, con aprobados con recursos comprometidos pero que aún no han sido entregados.

---

- Pagados: Los bonos ejecutados.

En el cuadro número 21, se puede observar el comportamiento de los montos de ejecución y la cantidad de bonos para personas con discapacidad para cada categoría para los años del 2000, 2001, 2002 y el 2003 hasta el 1° de Diciembre.

## 6.2. Pensiones del régimen no contributivo

Las pensiones para las personas con discapacidad en condiciones de pobreza, no sólo se constituyen en un acto de justicia social sino que además, en muchas ocasiones es su única fuente de ingreso y por ende, en la única forma de subsistencia. En este sentido, tanto el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial como la Caja Costarricense de Seguro Social, concuerdan en que el sistema de pensiones debe modernizarse y mejorarse, tomando en consideración criterios directamente vinculados a las necesidades y la falta de oportunidades de la población con discapacidad.

Para la Defensoría de los Habitantes de la República (DHR), existen errores en los procedimientos para la solicitud de las pensiones del régimen no contributivo. Según consigna reiteradamente la DHR en sus últimos informes anuales, en el proceso de otorgamiento de este beneficio se dan omisiones, exclusiones, incumplimientos en los plazos de tramitación, cancelación o denegación por errores atribuibles a los funcionarios, escaso personal y la confección defectuosa del estudio social conocido como “ficha de información social” y su trámite.

De conformidad con la normativa vigente, las y los beneficiarios del régimen no contributivo de la CCSS, son personas que viven en condiciones de pobreza. Este tipo de ingreso para un grupo familiar que tiene dentro de sus integrantes a una o varias personas con discapacidad, se constituye como hemos visto en el apartado de vivienda, en un verdadero mecanismo de subsistencia.

El oportuno otorgamiento de estas pensiones, implica la adecuada validación de los derechos sociales de una población beneficiaria caracterizada por la exclusión y la marginación de la corriente principal del desarrollo y ciertamente indispensables para la convivencia democrática en un estado solidario de derecho como el costarricense.

El reglamento del régimen no contributivo, no contempla plazos máximos para la eficaz asignación de estas transferencias sociales. La Defensoría advierte en su informe anual del 2000 – 2001, que la necesidad de la resolución eficaz de las solicitudes, debe ajustarse al menos a lo que establece la Ley General de la Administración Pública, concediendo un plazo máximo de dos meses.

Pese a que los esfuerzos por asignar mayor cantidad de personal para la resolución de los casos pendientes, en opinión de la DHR, no se encuentran aún efectos significativos en la asignación de las pensiones de este régimen a los solicitantes con discapacidad.

En esta misma materia, se debe destacar el caso de las pensiones por concepto de parálisis cerebral profunda. De conformidad con la ley que crea dicho beneficio social, el monto correspondiente a las mismas es mayor que la que se asigna por cualquier otra condición dentro de este régimen y es equivalente al monto de un salario mínimo. Es menester consignar que, los montos que el régimen le asigna a los demás beneficiarios, son sustancialmente inferiores.

Desde 1998, la DHR ha recibido denuncias por concepto de:

- Suspensión de la recepción de solicitudes de pensión por parálisis cerebral profunda.

- Suspensión de entrega de pensiones por parálisis cerebral profunda y,
- La cancelación de las pensiones a partir de 1999.

Por su parte, la CCSS argumenta que, producto de la revisión de estas pensiones, pudo determinar que, la persona beneficiaria de la pensión no tenía este tipo de discapacidad y en otros casos, que su condición socioeconómica había variado, es decir, mejorado.

“El número de pensiones canceladas del Programa de Parálisis Cerebral profunda durante el período 1999-2000, ascendió a la cantidad de 43 casos. Asimismo, dentro de las principales causas para la cancelación de beneficios se encuentran: superó estado de invalidez (21 casos), superó estado de necesidad (5 casos), revisión de pensión (3 casos), no retiro de cheques (2 casos), hospitalización (1 caso), otras causas(11 casos)”.<sup>40</sup>

En referencia a la primera causa de rechazo o revocatoria del beneficio que aduce la Gerencia de Pensiones de la CCSS, es importante resaltar que, el estado de parálisis cerebral profunda es una condición irreversible. En tal caso, tanto para efectos de otorgamiento de bono preferencial de vivienda, pensión de ambos regímenes o del trámite de algún otro beneficio social, se requiere del inevitable cumplimiento de la exigencia claramente normada de la presentación del correspondiente dictamen de la Comisión Evaluadora de la CCSS, que pruebe el porcentaje de discapacidad que la persona solicitante posee.

En este sentido, la investigación que al respecto realizó la Defensoría indicó que, los dictámenes emitidos por la Comisión Evaluadora sobre la condición de las personas diagnosticadas con parálisis cerebral profunda, no era tales sino meningocele, razón del error en la clasificación y en consecuencia, de la cancelación de la pensión.

En el presente, la discusión acerca de la capacidad presupuestaria de la Gerencia de Pensiones para sostener la demanda de pensiones de personas con parálisis cerebral profunda, pone en evidencia la deficiencia producida por las transferencias no realizadas provenientes de otros recursos estatales, para hacerle frente de manera eficaz y equitativa a esta obligación de ley.

También es evidente que los parámetros de evaluación del ingreso se encuentran en algunos casos desactualizados y en otros más cercanos a los criterios de pobreza extrema, dejando al descubierto la población potencialmente beneficiaria del régimen no contributivo.

### **6.3. Otros subsidios**

En el año de 1999, se aprueba la Ley 7972, de Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarros. Este cuerpo normativo, dota de un 5% proveniente de la recaudación de estos impuestos, al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, del cual a según la DHR, a febrero del 2001 solamente se había girado un 65%.

---

40 Defensoría de los Habitantes de la República. Informe anual 2000 – 2001. DHR. San José, Costa Rica.2001. p 94.

Estos recursos se destinan al financiamiento de las “becas” y el crecimiento de sus programas y proyectos, entre ellos, el de Servicios Sustitutivos de Cuido Familiar para personas adultas con discapacidad en situación de abandono y su posterior evolución al Programa de Convivencia Familiar para las Personas Adultas con Discapacidad abandonados o en riesgo social.

Se debe consignar que, desde hace muchos años, el CNREE entrega subsidios a las organizaciones de personas con discapacidad para ser distribuidos entre la población. En este sentido, los recursos correspondientes a las denominadas “becas”, son provistos mediante las transferencias que realiza el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).

Estos subsidios son utilizados por sus beneficiarios para: comprar o alquilar ayudas técnicas, suplementos nutricionales, transporte especial, medicamentos no suplidos por la CCSS, servicios de apoyo, hospedaje para las personas que requieran viajar para acceder a los servicios de rehabilitación o para las víctimas de la violencia intrafamiliar.

Sin embargo, en este sentido es importante tomar en consideración lo estipulado en el informe de la Defensoría de los Habitantes de la República correspondiente al período 2000 – 2001. En el se establece:

*“...al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial se giró en forma tardía la suma de ¢47,9 millones de colones, provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Sociales (FODESAF), incluidos en el presupuesto extraordinario 3-2000, que corresponde a las denominadas “becas” ” 41*

Esta situación generó retrasos importantes en la entrega a la población con discapacidad, así como situaciones de urgencia entre las personas que dependen de esos subsidios para movilizarse y atender sus necesidades.

El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), durante muchos años realizó transferencias directamente a las organizaciones de personas con discapacidad, inscritas en el Registro de instituciones de Bienestar Social.

A partir del año 2003, el IMAS ya no entrega subsidios directos a la población con discapacidad específicamente en condiciones de pobreza, fundamentado en la reorganización del aparato estatal costarricense. En este sentido y según la dependencia de esta institución encargada de la población con discapacidad, al CNREE se le traspasó esta función y a partir del período señalado, es el responsable de canalizar directamente dichos recursos.

Como parte de las estrategias que se han ejecutado para la creación de fuentes de empleo e ingresos para las personas con discapacidad, a mediados de la década de los años ochenta del siglo pasado, el CNREE constituyó un fideicomiso en el Banco Popular y de Desarrollo Comunal, para la administración de un fondo rotatorio de préstamos preferenciales dirigidos a micro emprendimientos empresariales de personas con discapacidad.

---

41 Defensoría de los Habitantes de la República. Informe anual 2000 – 2001. DHR. San José, Costa Rica.2001. p 99.



A través del tiempo, el fondo se ha capitalizado con los recursos provenientes de los intereses que por concepto de la obligación financiera del crédito cancelan las y los beneficiarios con discapacidad. Además, ha recibido aportaciones provenientes de instituciones públicas nacionales, de benefactores privados y de la cooperación internacional, principalmente del Reino de España.

Finalmente, la Junta de Protección Social de San José, traslada a las organizaciones de personas con discapacidad, recursos provenientes de los premios prescritos y no vendidos de la lotería.

## VII. Accesibilidad al entorno físico

El reconocimiento de la identidad de las personas con discapacidad, implica su adecuada visibilidad por parte del conjunto de la sociedad. A partir de este reconocimiento, se empieza a operar la gestión de la transformación del entorno, orientada hacia un efectivo ejercicio de los derechos y las obligaciones ciudadanas.

La visibilidad de las necesidades, las expectativas y los derechos de la población con discapacidad implica, tanto para esta minoría como para los diversos sistemas de la sociedad, que en su conjunto constituyen lo que denominamos entorno, un importante impacto político, económico, social y cultural.

Los efectos de este proceso, son trascendentes en los espacios de interrelación de los individuos, sean organizaciones sociales, instituciones públicas, empresa privada, ámbitos culturales de comunicación, símbolos y significaciones, interacción con la infraestructura espacial y productiva y en la programación del imaginario social, entre muchos otros.

La transformación del entorno, entendida como la conversión a formas accesibles de todos los espacios de participación política, social, económica, cultural y simbólica, incluyendo la interacción con el espacio físico y con todos los medios de transporte, necesarios para la convivencia y el desarrollo, se asocia directamente con la factibilidad del pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad.

Si bien en un sistema democrático se da por entendida la capacidad que tienen todos sus miembros para desplazarse de un lugar a otro o para informarse y comunicarse y que a su vez, el ejercicio de estas capacidades es inalienable a su condición humana, no obstante, para las personas con discapacidad, esta facultad se encuentra restringida porque la concepción del entorno en general y de la infraestructura y el transporte en particular, responde a las necesidades de mayorías visibles y no para minorías sistemáticamente excluidas del proceso de formulación de las políticas públicas.

Y es que, el en el rezago manifiesto en este ámbito fundamental para el desarrollo humano sostenible, Costa Rica no es la excepción. Las multidimensionales relaciones que se generan entre los individuos y que tienen asiento en espacios públicos vitales como la escuela y el centro de salud, no en pocas ocasiones se realizan en un entorno adverso, agresivo y que más bien excluye a muchas personas con discapacidad, entre otras minorías.

Por ejemplo, algunos derechos civiles y políticos fundamentales, consagrados mediante la garantía de la norma constitucional como el derecho al libre tránsito (artículo No. 22), a la información veraz y oportuna y a la libre expresión (artículo No. 29) o el de emisión del sufragio, vital para el sistema democrático, son derechos que si bien es cierto son otorgados por el Estado costarricense a todos los ciudadanos y las ciudadanas, también es cierto que en vista del otorgamiento, el Estado debe proveer todos los recursos para que la población con discapacidad pueda ejercerlos plenamente, en el contexto más amplio de su ciudadanía.

No hacerlo, no sólo es un acto de discriminación, también es reducir a la democracia a una categoría de aspiración lejana para las personas con discapacidad.

Un hecho, a todas luces sin precedentes en la historia jurisdiccional del país, se dio en el año de 1999, cuando un grupo de personas con discapacidad presentó un recurso de amparo contra la propia Corte Suprema de Justicia, argumentando que, desde el punto de vista del acceso al espacio físico, su edificio principal es inaccesible para personas con movilidad reducida.

En sentencia histórica, la Sala Constitucional, como ya se dijo, máximo tribunal constitucional y órgano de la propia Corte, condenó a esta, fallando a favor de la acción e incluso fue más allá de la argumentada negación del derecho de acceso al espacio físico.

La Sala señaló que, con esta restricción al espacio físico también se niega el derecho humano fundamental de acceso a la justicia. En su resolución, consignó:

“Tratándose de la administración de justicia, el ágil acceso al servicio es trascendental para este grupo de personas, pues de ello depende que puedan exigir el respeto a los derechos que tienen como ciudadanos y denunciar si han sido objeto de algún tipo de discriminación. Es por ello que la obligación del Estado y la sociedad en general, consiste en eliminar progresivamente las barreras arquitectónicas que les dificulta o impide el acceso a estos servicios”.<sup>42</sup>

En todo caso, en materia de acceso al espacio físico, incluido el de carácter público institucional, sólo basta observar cualquier vía de comunicación o cualquier edificación para constatar sin lugar a dudas, cuan lejana se manifiesta la democracia en este aspecto básico.

## 7.1. Acceso al transporte

En el capítulo V de la Ley 7600, claramente se establecen las obligaciones del Estado y de los concesionarios de transporte público para garantizarles a todas las personas el acceso a los medios de transporte público, tanto en su modalidad colectiva como la de taxi.

Este cuerpo normativo establece un período transitorio máximo de siete años,<sup>43</sup> computado a partir de su entrada en vigencia (plazo que expiró el 29 de mayo del año 2003), para haber comple-

---

41 Así consta en el expediente: 99-009008-0007 CO Resolución: 2000-02305 de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia.

42 Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley 7600: Ley de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica. Diario Oficial La Gaceta N° 102, del 29 de mayo de 1996. Transitorio VI.

tado la adecuación accesible del diez por ciento de la flota nacional de taxis como para el cien por ciento de la de autobuses (tal y como lo dispone la ley 7600), sin embargo la tónica en este asunto está caracterizada por los siguientes hechos:

- Al término del plazo establecido en el transitorio VI de la Ley 7600, la flota nacional de autobuses (tal y como lo dispone la ley 7600), no ha sido adecuada a las necesidades de la población con discapacidad.
- Existe poca voluntad por parte de los concesionarios de servicios de transporte público para conocer y realizar las transformaciones que obliga la Ley 7600.
- Hasta el año 2000, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) emitió las características técnicas para taxis accesibles.
- En el mismo período, se estableció mediante decreto ejecutivo, la exoneración del 100% sobre tasas, impuestos o cualquier otro gravamen sobre los automóviles taxis accesibles importados y el 60% de exoneración para los automóviles adaptados en el país, para ser accesibles.
- El MOPT, posterior a la inclusión de especificaciones técnicas de accesibilidad en el reglamento de la Ley de taxis y en las licitaciones para los taxis accesibles, puso a disposición de los solicitantes de concesión para este servicio, 1300 placas, durante el 2002, de las cuales solamente han sido adjudicadas alrededor de 104.<sup>44</sup>
- Durante el 2003, el CNREE, en coordinación con el Instituto de Normalización Técnica de Costa Rica (INTECO), creó el Comité Nacional de Accesibilidad al Transporte Público que incluye la participación de la Federación Nacional de Asociaciones de Consumidores y Usuarios (FENASCO), organizaciones civiles y del movimiento de personas con discapacidad, organizaciones y cámaras de empresarios-concesionarios de transporte público tanto de taxis como de autobuses (tal y como lo dispone la ley 7600), empresarios-concesionarios independientes e instituciones del Estado, como ARESEP, DHR, MOPT, CNREE y otros. Con la finalidad de crear tres normas técnicas que establecieran los parámetros para que el MOPT, exigiera a los empresarios-concesionarios, autobuses urbanos, autobuses interurbanos y taxis, accesibles.
- Hasta agosto del 2003, fue emitida por parte del Consejo de Transporte Público, la normativa técnica establecida por el Comité Nacional de Accesibilidad al Transporte Público de INTECO, para un autobús accesible.
- La publicación de esta norma en el Diario Oficial La Gaceta, provocó la reacción de varios empresarios-concesionarios de transporte público. Como resultado se presentaron 93<sup>45</sup> recursos administrativos en contra de la norma publicada, aduciendo incapacidad de inversión para la adecuación.

---

44 CNREE. Acciones realizadas en el campo de la discapacidad durante el período comprendido entre 1998 y 2002. Marzo, 2003. p 16.

45 Comité Nacional de Accesibilidad al Transporte Público. Tercera sesión del mes de Setiembre. INTECO.2003.

- En el caso de la norma para taxis, aún se encuentra en el proceso de consulta pública estipulado por INTECO, sin embargo ya existe normativa anterior desde el año 2000, establecida por el MOPT.
- Este comité pone de manifiesto, la necesidad de crear infraestructura en el ámbito de las terminales y paradas de autobuses (tal y como lo dispone la ley 7600), que contribuya al acceso a las unidades.

En el campo de la accesibilidad al transporte público en la modalidad de autobuses ya se han dado avances significativos, desde la eliminación de los trompos en las unidades para permitir un mejor acceso, hasta la promoción de establecer asientos preferenciales en los autobuses.

Sin embargo, pese a la obligatoriedad de adecuación de la flota nacional, proceso que debió iniciarse desde 1996 y que debió ser completado en el 2003, las renovaciones de las concesiones se han producido por parte del Consejo de Transporte Público, sin tener en consideración las normas de accesibilidad, incluso las dispuestas por el Reglamento de la Ley 7600, vigente desde 1998, constituyéndose en una clara violación de lo estipulado por la Ley.

El inobjetable incumplimiento de estas disposiciones esenciales para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, es una responsabilidad atribuible exclusivamente al MOPT.

Estas acciones ilegales bien podrían producir que, los transportistas, concesionarios de un servicio público y que en tal virtud debe ser accesible para todas las personas, que han renovado su flota o un alto porcentaje de ella sin cumplir con las normas de accesibilidad, tengan según la concesión siete años para actualizarla nuevamente, en detrimento de los legítimos derechos de las personas con discapacidad.

Al momento de elaborar este diagnóstico (noviembre del año 2003), varios empresarios-concesionarios de transporte público, han interpuesto ante la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, máximo tribunal constitucional costarricense, varios recursos de amparo procurando derogar dichas disposiciones, las que, pública y notoriamente están vigentes desde 1996.

## **7.2. Información y comunicación**

Por su parte, el derecho a la información y a la comunicación, establecido en los artículos del 50 al 53 de la Ley 7600, en términos generales, ha tenido un muy lento progreso.

Sin embargo, las innovaciones que se han generado, tales como: servicio 137 de relevo telefónico, facturación de algunos servicios en braille, noticiarios de televisión con interpretación en LESCO, han sido trascendentes para la población con discapacidad.

La comunicación es el vínculo que se forma con el individuo. Principalmente consiste en emitir un mensaje por medio de palabras, gestos, señales ya sean visuales o táctiles, objetos, expresiones faciales, entonación y postura corporal. Todas las personas se comunican utilizando signos,

ademanes, la tensión de un músculo, el movimiento de una mano, un cambio en la dirección de la mirada, e incluso una sonrisa.<sup>46</sup>

La información, es el conocimiento que permite ampliar o precisar, las características de un lugar, una actividad, un objeto o una persona y las relaciones que a partir de estos acontecimientos, puedan darse para ofrecer una interacción participativa con el entorno.<sup>47</sup>

Es importante tomar en consideración que, las estrategias de comunicación en referencia a la población con deficiencias auditivas, han tenido un importante avance. Como se consignó en el Capítulo IV, el Ministerio de Educación Pública, en un acto de legitimación de la ciudadanía de las personas con discapacidad, reconoció por medio del programa de inclusión de la población estudiantil sorda a los colegios con metodología regular, su condición de grupo cultural independiente.

De esta manera, el reconocimiento de la identidad cultural diferente, se expresa por medio de la estrategia de inclusión fundamentada en el elemento de la comunicación.

Se evidencian avances significativos en el desarrollo y prestación de los servicios de apoyo, como intérpretes de lenguaje LESCO, en los principales noticieros televisados, tal y como lo estipula la Ley 7600.

En este sentido, medios de prensa como Televisora de Costa Rica, Sistema Nacional de Radio y Televisión Cultural y el Canal Universitario Canal 15 de la Universidad de Costa Rica, incorporaron habitualmente la interpretación en LESCO y en el caso de la UCR, crearon espacios específicos dirigidos hacia la población con deficiencias auditivas.

No obstante, no se debe omitir señalar que, para la ejecución y consolidación de algunas de las acciones de accesibilidad en diferentes sistemas del entorno, ha debido intermediar la demanda de exigibilidad jurídica, interpuesta por las propias personas con discapacidad, venciendo la renuencia o la indolencia de los operadores de servicios públicos y privados, responsables de su cumplimiento.

Como se enunció anteriormente, el Instituto Costarricense de Electricidad y la Compañía Nacional de Fuerza y Luz, han incluido en la facturación elementos del método alternativo de comunicación braille, para que las personas con deficiencias visuales tengan acceso a la información de su consumo. Asimismo, han implementado estrategias para la accesibilidad a los servicios telefónicos y eléctricos.

Por su parte, la CCSS, emitió en Junio del 2003, el Manual de Aplicación: Norma de Señalización Institucional, que pretende ser un sistema estandarizado de señalización con uso aplicable y vinculante a todas sus instalaciones físicas y de servicios.

---

46 Consejo de la Tierra, Proyecto accesibilidad en áreas protegidas para personas con discapacidad. Guía de señalización, información y comunicación. Fundecooperación para el Desarrollo Sostenible. San José, Costa Rica. 2002. p 7.

47 Consejo de la Tierra. Op Cit p 9.

Finalmente, se debe resaltar el esfuerzo que, en materia de acceso a los recursos naturales y al turismo, han realizado el Consejo de la Tierra, el CNREE, el Ministerio de Ambiente y Energía (MI-NAE), la DHR, el Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR), al formular el primer protocolo internacional para la accesibilidad de las personas con discapacidad a las áreas protegidas.<sup>48</sup>

Mediante esta iniciativa, no sólo se ha producido un importante avance en materia de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad a escala nacional sino que además, se promueve el turismo accesible tanto para turistas locales como visitantes, ávidos de disfrutar de la riqueza natural de Costa Rica.

## VIII. Conclusiones y recomendaciones

Desde un punto de vista analítico, la situación de la población con discapacidad en Costa Rica, no es muy diferente a la de muchas sociedades y sigue planteando una importante serie de compromisos, metas y desafíos institucionales orientados hacia la promoción efectiva de su igualdad de oportunidades.

En consecuencia, a pesar de más de seis décadas de políticas públicas en materia de discapacidad, los ajustes que aún se deben operar en todos los diversos sistemas del entorno, indispensables para que las personas con discapacidad y otras minorías alcancen un significativo nivel de desarrollo humano sostenible y para que en igualdad de condiciones puedan ejercer sus derechos y deberes ciudadanos, lejos de ser una tarea concluida, es más bien una que recién comienza a avanzar.

### La discapacidad en Costa Rica:

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000, realizado por el INEC, plantean que:

- Un 5.35% del total de la población presenta discapacidad
- Un 6% del total de la población rural presenta discapacidad
- Un 5% del total de la población urbana presenta discapacidad

Es importante observar, que pese a que el promedio de población con discapacidad en zonas rurales es del 6%, se observan incrementos en Cantones como Corredores, Parrita, Osa y Montes de Oro, en la provincia de Puntarenas que sobrepasan el promedio nacional al menos en un 1,5%.

A diferencia de los incrementos porcentuales encontrados en las zonas rurales, en las zonas urbanas se encuentran pocas variaciones que sobrepasan el rango del 2%. Al comparar los porcentajes de población con discapacidad que habitan en las zonas rurales con respecto a las zonas urbanas, se observa que pese a las concentraciones demográficas de la zona urbana, es en la zona rural donde se observan los mayores porcentajes.

Se observa que la población femenina con discapacidad se distribuye uniformemente entre los grupos de edad madura, presentando datos sobresalientes en el segmento de población correspon-

---

48 Consejo de la Tierra. Op Cit p 9.

diente a los 75 años de edad y más, incrementándose en todas Provincias y al vez siendo este grupo el de mayor registro de alguna discapacidad a escala nacional.

La Región Central de país concentra la mayor cantidad de personas con discapacidad, con un número estimado de 184,452 personas, seguida de la Región Chorotega, con 32,586 personas, la Región Huetar Atlántica con 29,012 personas, la Región Brunca con 26,109 personas, la Región Pacífico Central con 20,299 y la Región Huetar Norte con 18,901 personas.

El tipo de discapacidad que más frecuentemente registra la población con discapacidad es la ceguera, tanto en hombres como en mujeres y se presenta con mayor incidencia posterior a los 45 años.

#### Acceso de la población con discapacidad a los servicios de salud.

Desde la puesta en vigencia de la Ley 7600 en 1996, la CCSS ha formulado al menos dos planes estratégicos en materia de discapacidad, los cuales aún no han sido puestos en marcha, se destaca el logro alcanzado por el CNREE, ente rector en materia de políticas públicas sobre discapacidad, al conseguir la inclusión de la perspectiva de la discapacidad en los compromisos de gestión a partir del año 2002.

La inclusión de un área de intervención "Personas con discapacidad" con definición de (8) estrategias claras en el ámbito número 2 (Equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones en salud), de la Política Nacional de Salud 2002-2006 es otro logro a destacar. Es decir que la perspectiva de la discapacidad se encuentra inmersa en los compromisos de gestión del país, pero el avance en la ejecución es lento, principalmente en el tema de la asignación de recursos.

En el área de salud, se puede mencionar principalmente la centralización de los servicios de rehabilitación y la provisión de ayudas técnicas como las sillas de ruedas, así como el manejo presupuestario que se realiza, tomando como referente, al propio hospital especializado de nivel superior como lo es el CENARE.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fomento la desconcentración de los servicios de rehabilitación centralizados en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), que atendió en los últimos cuatro años a un promedio de 46,000 personas en proceso de rehabilitación.

La creación del Centro de Prevención de Discapacidades en el Hospital Nacional de Niños, es otra acción relevante por parte del sector salud, en el control de estas enfermedades, principalmente por el desarrollo del programa de tamizaje neonatal de Costa Rica.

Es prioritario prestar especial atención a la provisión de ayudas técnicas por parte de la CCSS y de sus entes desconcentrados, referente al manejo de la asignación presupuestaria y de los procesos de las compras internas de las unidades ejecutoras.

### Acceso de la población con discapacidad a los servicios educativos.

Se observan principalmente dos avances significativos. En primer lugar, el paulatino decrecimiento en el número de aulas integradas abiertas en los últimos años, asociado directamente con el aumento del número de estudiantes que participan en el sistema de educación regular, con los servicios de apoyo y adecuaciones curriculares no significativas que requieren.

Este fenómeno, es un satisfactorio indicador del aumento en el nivel de inclusión en el sistema educativo regular de la población estudiantil con discapacidad en la educación primaria. En el ámbito de la educación secundaria y superior, tanto pública como privada, el panorama es muy diferente; todavía existen muchos vacíos que el sistema no está cubriendo satisfactoriamente.

En segundo lugar, se empieza a vislumbrar la consolidación de la estructura de servicios a cargo de los maestros de apoyo. Este es un avance significativo en función del incremento de la calidad y la cobertura de los servicios de apoyo, principalmente en lo que respecta a la aplicación de las adecuaciones curriculares significativas y no significativas para los estudiantes con discapacidad.

Sin embargo, en el área del acceso a los servicios educativos, se encuentran algunas deficiencias importantes en el ámbito del registro de datos estadísticos de seguimiento del desempeño de las poblaciones y registro de promoción académica. Esto es fundamental para observar y evaluar el correcto desarrollo de las estrategias de inclusión desde la misma formulación de las políticas educativas orientadas hacia ese objetivo.

Se debe reconocer el valioso aporte realizado por el Centro Nacional de Recursos en la promoción de una visión global de la discapacidad, del impacto político y de la transformación del entorno, de los derechos y de la diversidad.

### Promoción y defensa de los derechos laborales de las personas con discapacidad.

La Unidad de Equiparación de Oportunidades del Ministerio de Trabajo, en los últimos años ha desarrollado acciones tendientes hacia la promoción y canalización de las demandas de empleo de la población.

Sin embargo al no constituirse esta en una instancia resolutoria y con capacidad de ingerencia directa en la solución de las requisiciones de empleo de la población con discapacidad, se convierte en un ente divulgador de la normativa laboral, incluyendo los beneficios fiscales para las y los empleadores.

Es recomendable evaluar la efectividad de la forma en que se canalizan las demandas hacia la Dirección Nacional de Empleo y del mismo modo, es necesario formular un protocolo que permita brindarle un adecuado seguimiento a la gestión de colocación.

Según consta en el informe de acciones del 2002, en total se realizaron quince colocaciones, con ese ritmo, está claro que nunca se podrá reducir la altísima tasa de desempleo de la población con discapacidad económicamente activa.

Es urgente dotar a la Unidad de Equiparación de Oportunidades del Ministerio de Trabajo, de la autonomía e independencia presupuestaria suficiente y necesaria, para realizar una labor que pueda trascender la gestión de promoción y información.

No se debe omitir señalar que, precisamente la incorporación al mercado laboral, es uno de los eslabones más frágiles en la cadena de desarrollo humano de las personas con discapacidad y que, la desigualdad de oportunidades de acceso a los espacios de participación en la producción, incide directamente en la no reducción de los niveles de pobreza en esta población.

#### Acceso a los servicios sociales.

El presente diagnóstico revela importantes deficiencias en los protocolos de asignación de las transferencias en materia de vivienda, pensiones y subsidios.

En el caso del acceso a vivienda de interés social, se presentan diferencias manifiestas entre el manejo de la información y los procesos que deben seguir las personas con discapacidad para optar por un bono familiar de vivienda, que realizan los funcionarios del Ministerio de la Vivienda y los encargados del procesamiento de esta gestión en el Banco Hipotecario de la Vivienda.

Mientras en el MIVAH, la demanda de la población con discapacidad se establece en función de la carencia de herramientas y capacitación para su orientación y trámite, en el BANHVI, los funcionarios aplican el procedimiento aleatorio que discrimina el trato preferente y rechaza incluso solicitudes que reúnen todos los requisitos de ley, independientemente de la disponibilidad presupuestaria suficiente para dar trámite a estas requisiciones.

En el caso de las pensiones, la Defensoría de los Habitantes de la República, hace hincapié en la carencia de uniformidad de los criterios para la evaluación en el proceso de su asignación.

Tratándose de un subsidio tan sensible como lo es la pensión por parálisis cerebral profunda, por medio de su Gerencia de Pensiones, la CCSS hace referencia a sus propios errores en la evaluación de la discapacidad, como justificante para su no-otorgamiento. En tal caso, continúa siendo la persona con discapacidad sujeta de indefensión en este tema toda vez que no se establezca adecuadamente un proceso mucho más acorde con las necesidades reales de la población y en armonía con la capacidad presupuestaria de la Caja.

En el caso de los subsidios para la población con discapacidad que vive en condiciones de pobreza, el Instituto Mixto de Ayuda Social, ha realizado el traslado de la asignación y entrega de recursos correspondientes a las ayudas y transferencias, al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, al tenor de las reformas implementadas por la administración 2002-2006.

Por su parte, durante el periodo considerado en el presente diagnóstico, el CNREE ha enfrentado dificultades en la entrega de recursos a las organizaciones de personas con discapacidad, producto de la retención y demora realizada por el Ministerio de Hacienda, en el giro de los recursos asignados por la Ley de impuesto a los cigarrillos y licores y a los provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).

Otras fuentes alternativas de recursos para las personas con discapacidad, son las transferencias que a sus organizaciones realiza la Junta de Protección social de San José y el fondo rotatorio de préstamos para emprendimientos microempresariales, que actualmente se encuentra en proceso de ser tutelado por la Contraloría General de la República.

En el caso del fondo rotatorio, está claro que desde su concepción, pretende remontar la desigualdad de oportunidades de acceso a los recursos productivos que experimentan las personas con discapacidad.

No obstante esa buena intención, lo que debe ser es que, las y los microempresarios con discapacidad, al igual que los demás empresarios del país, no deben ser objeto de discriminación -por razón de discapacidad- en los bancos públicos y privados y demás entidades crediticias.

En todo caso, el monto promedio de los créditos asignados, difícilmente le permiten a cualquier microempresario desarrollar una actividad productiva de mayor proyección económica, que le permita remontar su condición de pobreza.

A lo anterior se debe adicionar, la desigualdad de oportunidades de acceso a la capacitación para la gestión empresarial, incluyendo producción, administración y comercialización.

En términos generales, en cuanto a los servicios sociales, es deseable establecer con claridad la responsabilidad de las instituciones y sus ámbitos de aplicación, así como, simplificar los procedimientos administrativos y burocráticos para el acceso a los mismos.

### La accesibilidad al entorno físico.

Es uno de los retos más significativos que enfrenta el estado costarricense en función del reconocimiento de la discapacidad como una característica diferente y no como un problema. El impacto que dicho reconocimiento tiene en el ámbito de lo político, es significativo en la transformación de todos los sistemas del entorno hasta ahora conocidos.

Desde el punto de vista del acceso al espacio físico, es sumamente evidente el rezago en la adecuación de la infraestructura existente, pero, todavía más grave es que, la nueva que se construye tampoco contempla las normas de accesibilidad establecidas en la Ley 7600 y otros cuerpos normativos.

En este sentido, es indispensable recordar que, en la correspondiente "sanción por desacato de las normas de accesibilidad" (artículo No. 67 de la Ley 7600) por un error de redacción aún consignado y vigente en la norma, esta adolece de total eficacia, puesto que no se pueden suspender las obras en ejecución mientras no cumplan con las normas de accesibilidad. Una acción postergada y que evidentemente sigue siendo urgente, es la reforma de dicho artículo para restaurarle la fuerza y efectividad que en el espíritu de la misma, en 1996 le otorgaron los legisladores.

Por otra parte, los esfuerzos que se realizan por adecuar y transformar la flota nacional de transporte público, tanto autobuses como taxis, se encuentra caracterizada por el vencimiento del plazo otorgado por las disposiciones transitorias de la Ley y además, por un importante factor de desconocimiento y omisión, principalmente porque se asume como la adecuación de la flota y no como la sustitución de la misma.

En el caso de los autobuses, la creación de la norma técnica de accesibilidad, gestionada por el CNREE y producida por INTECO, generó reacciones importantes entre este sector, motivada en su mayor parte, por la evidente falta de voluntad de los empresarios-concesionarios del transporte público y del estado por cumplir con las disposiciones que tanto la Ley como su Reglamento establecen desde hace varios años. En el presente también se argumenta que, no se clarificó oportunamente que la norma no es para autobuses existentes sino para nuevos.

En el caso de los taxis, pese a que el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, había emitido ya en el año 2000, especificaciones técnicas para los taxis accesibles, en el país se registra el ingreso de automóviles para este fin que se encuentran por debajo de los lineamientos establecidos por el MOPT y por la norma técnica de INTECO.

En el ámbito de la comunicación, varias instituciones públicas han implementado protocolos de señalización, producto de la creación de las comisiones institucionales, como la CCSS, el Tribunal Supremo de Elecciones, la Defensoría de los Habitantes, la Contraloría General de la República, etc. Sin embargo, el déficit es importante debido a la carencia presupuestaria y de los profesionales entendidos en la materia.

Asimismo, a pesar de los esfuerzos por capacitar funcionarios del área de servicio al cliente, en acciones como la utilización del LESCO, es evidente la falta de definición de estrategias y compromisos técnicos y administrativos para la reproducción en formatos accesibles alternativos, de la información básica que se transmite a los usuarios de los servicios.

Los medios de comunicación, han desarrollado estrategias orientadas hacia la población con discapacidad que han permitido un aumento en el acceso a la información, sin embargo en la mayoría de los casos, no se implementa por el valor de la inversión en un interprete de LESCO.

Finalmente, además de las recomendaciones señaladas oportunamente y en vista de los resultados mostrados por este diagnóstico, es importante y necesario desarrollar un profundo análisis de impacto desde un enfoque de políticas públicas, que contribuya a establecer específicamente las necesidades, problemas y soluciones a las muy diversas demandas de los costarricenses con discapacidad.

Asimismo, se recomienda el desarrollo de estudios de prevalencia que corroboren o permitan consolidar la línea basal que aporta el Censo (acercamiento a una prevalencia mas real de la discapacidad en el país), además de investigaciones para profundizar desde la perspectiva de la organización de la sociedad civil, tomando en consideración los planteamientos de los diferentes grupos de interés, a la luz de las demandas y los derechos de la ciudadanía con discapacidad.

### Anexo 1

Distribución de la población con discapacidad en Costa Rica,  
por género según rango de edad para el año 2000

Rango Sexo	Total Costa Rica		San José		Alajuela		Cartago		Heredia		Guanacaste		Puntarenas		Limón	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Menores de 1 año	38361	36694	73	67	40	38	28	23	31	25	18	8	30	23	35	26
De 1 a 4 años	153926	147603	635	507	387	318	250	211	161	148	134	121	209	166	239	186
De 5 a 9 años	210443	200761	1733	1325	1058	801	677	496	505	384	417	322	582	449	569	394
De 10 a 14 años	219467	209552	2377	1987	1392	1100	909	694	675	503	631	454	773	564	786	531
De 15 a 19 años	198561	193502	2022	1588	1192	914	612	547	500	494	553	427	710	543	592	518
De 20 a 24 años	171679	171049	1880	1514	1071	829	569	539	494	478	479	425	563	430	527	474
De 25 a 29 años	146407	149345	1761	1459	962	801	565	488	443	391	426	389	531	467	557	498
De 30 a 34 años	146377	150361	1952	1674	1155	988	603	541	548	471	459	461	576	549	613	523
De 35 a 39 años	141138	147652	2187	1964	1234	1042	659	615	600	493	513	532	656	602	609	623
De 40 a 44 años	118853	122409	2158	2148	1368	1258	660	731	620	593	590	647	756	783	744	764
De 45 a 49 años	90323	93306	2233	2331	1442	1310	693	691	630	602	611	698	832	838	927	914
De 50 a 54 años	71727	74297	2209	2385	1464	1425	653	738	622	572	651	748	858	870	867	807
De 55 a 59 años	51519	53393	1848	2128	1312	1304	635	673	552	566	580	627	792	755	706	674
De 60 a 64 años	43089	45053	1944	2136	1392	1313	699	638	515	528	689	650	871	788	789	705
De 65 a 69 años	34555	37095	1962	2206	1274	1213	644	593	512	523	669	656	848	706	728	537
De 70 a 74 años	27765	29876	1889	2197	1173	1108	607	631	519	501	603	553	806	592	597	446
De 75 y más años	38424	45617	3943	5064	2579	2660	1161	1244	1000	1130	1377	1282	1578	1190	1163	928
Sub total	1902614	1907565	32806	32680	20495	18422	10624	10093	8927	8402	9400	9000	11971	10315	11048	9548
Total	3 810 179		65486		38917		20717		17329		18400		22286		20596	

Fuente: Elaboración propia con base en el cuadro número 20 de resultados del Censo Nacional del 2000, INEC.

## **Serie Análisis de Situación de Salud**

---

1. **Situación de Salud. Costa Rica 2002**
2. **Indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?**
3. **Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis**
4. **Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica**
5. **Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica**
6. **Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos**
7. **Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica**
8. **Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.**
9. **La violencia social en Costa Rica**
10. **Situación actual de la salud mental en Costa Rica**
11. **La situación de VIH/SIDA en Costa Rica**
12. **La salud de la personas adultas mayores en Costa Rica**
13. **Calidad del agua potable en Costa Rica: situación actual y perspectivas**
14. **La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas**