

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA, CONCEPTUAL Y
PRACTICA DE LA REHABILITACIÓN
EN COSTA RICA
1940 – 1990**

**TESIS SOMETIDA A LA CONSIDERACIÓN DE LA
COMISIÓN DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE
POS GRADO EN REHABILITACIÓN INTEGRAL
PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER
SCIENTIAE EN REHABILITACIÓN INTEGRAL**

SOLEDAD MURILLO GALINDO

**CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO
COSTA RICA**

1992

DEDICATORIA

A mis hijos por su benevolencia en compartir, por muchos años, mi tiempo y mi atención con tantas personas necesitadas.

A todas las personas discapacitadas del mundo por haber inspirado, minuto a minuto, mi quehacer profesional.

AGRADECIMIENTO

La realización de este trabajo ha sido posible, tanto en su fase de investigación como en la de presentación final y gracias al apoyo brindado por diversas personas e instituciones.

A todas ellas quiero dejarles constancia de mi agradecimiento.

Al Dr- Gastón de Mézerville, mi director de tesis, por su acertada orientación, así como por conferirle importancia a este trabajo, lo que motivó mi entusiasmo y esfuerzo.

A la M.Sc. Ileana Muñoz, lectora, por su minuciosa revisión del escrito y atinadas observaciones que lo enriquecieron.

Agradezco la valiosa colaboración ofrecida por el.M.Sc. Luis Alberto Guzmán Guzmán, cuyos conocimientos sobre temas conexos con el específico de la investigación, hizo que sus comentarios y aportes resultaran de especial utilidad.

Es necesario citar y reconocer aquí la esencial ayuda que me brindó la Bach. Lidieth Campos Rubí en la fase de recolección de información.

A la Señora Flor del Rosario Arguedas Herrera, mi gratitud por su excelente trabajo en la preparación del material final de la investigación.

Guardo especial agradecimiento a mi amiga Marta Cabezas Pizarro, por su acompañamiento y asistencia en la elaboración de este estudio, así como por su constante preocupación en resolver las dificultades halladas durante el proceso.

A todas las personas e instituciones que me permitieron el acceso a las fuentes de información, muchas gracias por su apertura.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial su manifiesto interés en esta investigación y el apoyo autorizado para la ejecución de esta.

Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Rehabilitación Integral de la Universidad da Costa Rica, como requisito para optar al grado de Magister Scientiae.

Dra. Yamileth González.
Decana a.i. del Sistema
de Estudios de Posgrado

M.Sc. Aileen Fernández R.
Directora Programa de
Maestría en Rehabilitación Profesional

Dr. Gastón de Mezerville Z
Director de Tesis

M.Sc. Ileana Muñoz
Lectora

M.Sc. Luis Alberto Guzmán G.
Lector

Licda. Soledad Murillo G.
Candidata

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| RESUMEN | 8 |
| CAPITULO I. INTRODUCCIÓN | 10 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 11 |
| 3. DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL..... | 11 |
| 4. PERIODIZACION..... | 11 |
| 4.1 . Período 1940-1965..... | 12 |
| 4.2. Período 1965-1976..... | 12 |
| 4.3. Período 1976-1990 | 14 |
| 5. OBJETIVOS | 16 |
| 5.1. Objetivos generales..... | 16 |
| 5.2. Objetivos específicos..... | 16 |
| CAPITULO II | 17 |
| ASPECTOS METODOLÓGICOS Y CONCEPTUALES | 17 |
| TIPOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS FUENTES | 17 |
| 1.1 Fuentes escritas oficiales | 18 |
| 1. 2. Fuentes testimoniales escritas y orales | 19 |
| SOBRE LA AUTORA: SU ROL EN EL PROCESO HISTÓRICO OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN | 19 |
| 3. HIPÓTESIS | 20 |
| HIPÓTESIS 1. | 20 |
| HIPÓTESIS 2. | 21 |
| HIPÓTESIS 3. | 21 |
| 4- PRINCIPALES ASPECTOS TERMINOLÓGICOS Y CONCEPTUALES | 21 |
| CAPITULO III | 26 |
| LA REHABILITACIÓN EN EL CONTEXTO HISTÓRICO | 26 |
| 1- MARCO HISTÓRICO GENERAL. | 28 |
| 1-1 Antigüedad y Edad Media..... | 28 |
| 1.2. Siglos XVI al XVIII..... | 30 |
| 1.3. Siglo XIX..... | 32 |
| 1.4. Siglo XX..... | 34 |
| 2. MARCO LATINOAMERICANO..... | 39 |
| CAPITULO IV | 43 |
| PRINCIPALES ANTECEDENTES SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LA REHABILITACION EN COSTA RICA HASTA 1940 | 43 |
| 1. ALGUNOS ELEMENTOS POLITICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES QUE CARACTERIZARON A COSTA RICA ANTES DE 1940..... | 43 |
| 2- PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS RELATIVOS A LA PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y A LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS QUE ANTECEDEN A LA REHABILITACIÓN HASTA 1940 | 48 |
| 2.1. La atención de la lepra..... | 49 |
| 2.2. La atención de la tuberculosis..... | 50 |
| 2.3 La atención de las enfermedades mentales..... | 52 |
| 2.4 La atención del retardo mental..... | 53 |
| 2.5 La atención de la invalidez física..... | 54 |
| CAPITULO V | 55 |

| | |
|--|------------|
| ETAPA PIONERA DE LA REHABILITACIÓN EN COSTA RICA..... | 55 |
| PERIODO 1940 - 1965 | 55 |
| RESUMEN | 55 |
| 2.1 Acciones Pioneras en Educación Especial. | 64 |
| 2.2 Acciones pioneras en rehabilitación física..... | 68 |
| 2.3 Acciones pioneras en rehabilitación profesional. | 75 |
| SINOPSIS DE RELACIÓN ENTRE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS..... | 84 |
| DEL CONTEXTO Y LOS PRINCIPALES HECHOS. AVANCES E | 84 |
| HITOS EN REHABILITACIÓN | 84 |
| PERIODO 1940 – 1965..... | 84 |
| CAPITULO VI..... | 85 |
| ETAPA DE DESARROLLO CONCEPTUAL Y ESTRUCTURAL DE LA REHABILITACION EN COSTA RICA PERIODO 1965-1976 | 85 |
| RESUMEN | 85 |
| 1- ALGUNAS PARTICULARIDADES DEL PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DEL ESTILO DE DESARROLLO COSTARRICENSE..... | 86 |
| 2. PROCESO EXPANSIONISTA Y PLURALISTA DE LA REHABILITACIÓN COSTARRICENSE.. | 92 |
| 2.1 Evolución de los servicios del área médica. | 92 |
| 2.2 Nuevo Rumbo de la Educación Especial..... | 96 |
| 2.2.1 Apogeo de Asistencia Técnica de Expertos Internacionales | 97 |
| 2.2.2 Surgimiento de los Primeros Grupos Organizados de Padres de Personas Discapacitadas-..... | 99 |
| 2.2.3 Creación de la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial del Ministerio de Educación Pública. | 101 |
| 2.2.4 Creación de la Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial. | 102 |
| 2.2.5 Mayor Disponibilidad de Personal Especializado | 103 |
| 2. 2. 6 Mayor Apoyo Político | 105 |
| 2.3 Apertura de la Rehabilitación Profesional a Nuevas Posibilidades de Capacitación e Inserción Laboral. | 106 |
| 2.3.1 Creación de Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica. | 106 |
| 2.3.2 Creación del Servicio de Colocación Selectiva. | 110 |
| 2.4 Otros Indicadores del Cambio | 114 |
| 2.5 Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial | 117 |
| 2.5.1 Antecedentes..... | 117 |
| 2.5.2 Fundamentación y Surgimiento del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial | 120 |
| CAPITULO VII | 123 |
| RESUMEN | 123 |
| CAPITULO VII | 123 |
| DESARROLLO DE UN MODELO INTEGRAL Y COORDINADO DE LA | 123 |
| REHABILITACIÓN EN COSTA RICA | 123 |
| PERIODO 1976 - 1990 | 123 |
| 1. CRISIS NACIONAL: GENERADORA DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN | 123 |
| 2- DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA UNA ACCIÓN INTEGRADORA, GLOBAL Y COORDINADA..... | 129 |
| 2.1. Formación y Mejoramiento del Recurso Humano para la Rehabilitación..... | 130 |
| 2.2 Desconcentración de Acciones y Servicios en las Diversas áreas de la Rehabilitación Integral. | 135 |
| 2.2.1. Área de Educación Especial | 135 |
| 2.2.2. Área de Prevención y Rehabilitación Física..... | 138 |
| 2.2.3. Área de Rehabilitación Profesional | 140 |
| 2.2.4 Área de Rehabilitación Social..... | 144 |
| 2.2.5. Modelos Integrales Comunitarios; Una Nueva Concepción de Servicios Desconcentrados..... | 155 |

| | |
|---|-----|
| 2.3. Participación organizada de las Personas con Discapacidad, la Familia y la Comunidad. | 158 |
| 2.4 Vigencia de la Rectoría del Consejo..... | 163 |
| 2.4.1 Campo de Prevención de la discapacidad..... | 164 |
| 2.4.2 Campo de la Rehabilitación..... | 165 |
| 2-4-3 Campo de Formación, Capacitación y Perfeccionamiento de Personal para la Rehabilitación.... | 167 |
| 2.4.4 Campo de Divulgación e Información..... | 169 |
| 2.4.5 Campo de Planificación y Coordinación | 171 |
| 2.4.6 Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral..... | 175 |
| 2.5 Fortalecimiento de la Planificación y de Acciones Coordinadas en Rehabilitación. | 177 |
| Capítulo VIII | 188 |
| Conclusiones | 188 |
| CITAS BIBLIOGRÁFICAS | 192 |
| BIBLIOGRAFÍA | 206 |
| ANEXOS | 213 |

RESUMEN

La presente investigación se titula "Evolución Histórica, Conceptual y Práctica de la Rehabilitación en Costa Rica". Comprende una etapa de cincuenta años - de 1940 a 1990, con una periodización basada en hechos que caracterizan, en lo esencial, tres periodos históricos definidos; 1) etapa pionera de la rehabilitación en Costa Rica (1940-1965); 2) etapa de desarrollo conceptual y estructural de la rehabilitación en Costa Rica (1965-1976); 3) etapa de desarrollo de un modelo integral y coordinado de la rehabilitación en Costa Rica (1976-1990).

El problema central objeto de este estudio, puede sintetizarse en los siguientes términos:

a) A causa de la ocurrencia de deficiencias físico-motoras, sensoriales y mentales, Costa Rica ha enfrentado a lo largo de los años el problema de la existencia de población discapacitada.

b) Como respuesta a la situación señalada nuestro país ha emprendido, a través del tiempo, medidas y acciones que han originado, mediante un proceso evolutivo, la actual conceptualización y estructuras prácticas de la rehabilitación costarricense.

La investigación busca como objetivos generales:

a) Contribuir a la construcción de línea historia crítica de la evolución de la rehabilitación en Costa Rica, mediante el ordenamiento de los hechos y procesos más importantes ocurridos y el análisis de las circunstancias causales, extensión, intención y efectos de estos; y

b) Aportar un marco de referencia que contribuya a orientar el desarrollo futuro de la rehabilitación integral.

La investigación compila, reconstruye y analiza el proceso evolutivo, partiendo de la ocurrencia de hechos históricos relativos a la prevención de la discapacidad y a la atención de las personas discapacitadas. A su vez, se correlacionan tales hechos con los conceptos que en los diversos periodos se han venido forjando alrededor de esta problemática.

El estudio aborda el tema tomando como eje conductual principal el concepto de rehabilitación integral, cuya estructura básica comprende cuatro etapas o subprocesos, a saber: rehabilitación física, rehabilitación educativa o educación especial, rehabilitación profesional y rehabilitación social, así como los diversos componentes de éstos.

Sobre la base de que la discapacidad y la rehabilitación no ocurren como fenómenos aislados, sino que contrariamente, están inmersos en el contexto de la vida del país, la investigación también incluye y analiza las características políticas, económicas y sociales más sobresalientes de cada uno de los periodos a nivel nacional. No obstante, se concede énfasis particular a aquellos aspectos de las políticas sociales costarricenses que presentan una mayor correspondencia con la etiología y los efectos de la discapacidad.

El presente trabajo se estructura en ocho capítulos. Los dos primeros se ocupan de los aspectos introductorios, metodológicos y conceptuales.

El Capítulo tercero se refiere a la Rehabilitación en el Contexto Histórico y abarca un recorrido de la rehabilitación a través de la historia general, desde la Antigüedad hasta la Etapa Contemporánea, singularizando los acontecimientos y tendencias más importantes respecto a Latinoamérica.

En el Capítulo cuarto se reseña, dentro del marco de las características del país en el siglo XIX y comienzos del siglo XX, aquellos hechos significativos que revelan la escasa atención concedida al problema de la discapacidad, así como las actitudes sociales negativas generadas ante el mismo. No obstante, esta etapa previa al surgimiento de la rehabilitación en Costa Rica aporta valiosas contribuciones conceptuales y prácticas y, sobre todo, instituye la génesis de este proceso.

En el Capítulo quinto se desarrolla la Etapa Pionera de la Rehabilitación en Costa Rica, Periodo 1940 - 1965. En este periodo se inicia el reconocimiento de la discapacidad y la minusvalía como problema de dimensión y características importantes, concomitantemente con una actitud de mayor conciencia, a nivel de la colectividad, que originó la puesta en marcha de los primeros servicios y tanto bajo iniciativa pública como privada. Este acontecer, concuerda a nivel nacional, con el surgimiento de políticas sociales, nuevas y variadas funciones por parte del Estado y un nuevo estilo de desarrollo a partir de 1948.

El Capítulo sexto, denominado Etapa de Desarrollo Conceptual y Estructural de la Rehabilitación en Costa Rica, Periodo 1965 - 1976, analiza la expansión y mejoramiento de los servicios de rehabilitación, así como el relativo incremento en la asignación de recursos financieros y técnicos para la atención de las personas discapacitadas. Se relacionan estas circunstancias con el auge económico que vive el país en la década de los sesenta y primera mitad de los setenta.

La cooperación técnica internacional ejerció una influencia significativa. Los principios y fundamentos técnicos que se fueron configurando permitieron proponer enfoques más adecuados al problema de la discapacidad. A finales de este segundo periodo, se dieron los primeros intentos de coordinación interinstitucional, especialmente con la creación, en 1973 del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación especial.

En el Capítulo séptimo se estudia el desarrollo del modelo integral y coordinado de la rehabilitación. Se aplicó la estrategia pluridisciplinaria, interinstitucional y pluri sectorial, así como el concepto de rehabilitación como proceso integral. Se consolidaron los programas de formación y capacitación de profesionales, propiciándose la aplicación de la estrategia denominada "Rehabilitación Basada en la Comunidad". La desconcentración de servicios hacia las áreas rurales dio sus primeros pasos; mientras que las organizaciones de personas discapacitadas y de padres de éstas se fortalecieron, constituyéndose en órganos de influencia, en la rehabilitación. Al amparo de indicadores nacionales e internacionales se formularon las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral y el correspondiente Plan Nacional de Rehabilitación.

A nivel de contexto, este tercer periodo 1976-1990 se caracterizó por el impulso dado a la planificación global, regional y sectorial, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial, como medios para imprimir coherencia e integración a la gestión pública y utilización racional de los recursos disponibles, desconcentración de programas y una más amplia participación comunitaria.

El Consejo Nacional de Rehabilitación fortaleció sus funciones, consolidándose como organismo fundamentalmente coordinador, asesor y promotor.

Finalmente, en el Capítulo octavo se presentan las conclusiones de la investigación.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La existencia de personas con algún tipo de deficiencia a nivel físico o mental se ha hecho presente desde los albores de la historia de la humanidad. Esta situación ha impuesto sobre la sociedad, tanto las más primitivas como las más evolucionadas, la necesidad de responder a nivel conceptual o filosófico, práctico e institucional, ante esta realidad inobjetable de la fragilidad humana.

La evolución de la ocurrencia de deficiencias discapacitantes ha sido producto de desnutrición, enfermedades, accidentes y guerras. El cuadro global no ha variado sustancialmente, aunque la etiología de los problemas invalidantes más prevalentes en la actualidad no corresponde a la de tiempos pasados.

Ha existido un desarrollo conceptual-filosófico desde los egipcios y los griegos hasta la actualidad. Se destaca recientemente la Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 9 de diciembre de 1975.

Se han desarrollado prácticas a nivel médico, educativo, profesional y social que han pretendido subsanar las áreas de deficiencia. Esto ha llevado a la creación de instituciones que han evolucionado desde los esfuerzos a nivel privado y religioso, a la intervención del estado benefactor que asume, a través de distintas instituciones sociales, la protección, el tratamiento y la rehabilitación de los grupos más desposeídos en la sociedad.

No se ha dado un desarrollo lineal, ni tampoco correlacionable entre las distintas culturas y países. Cada sociedad y período histórico se ha caracterizado por una respuesta particular, producto de variables complejas, que inciden sobre esta situación.

A causa de la ocurrencia de deficiencias físico-motoras, sensoriales y mentales, Costa Rica ha enfrentado, a lo largo de los años, el problema de la existencia de población discapacitada y minusválida. Las medidas emprendidas por nuestra sociedad, en distintos períodos históricos y concebidas como rehabilitación, han obedecido a hechos particulares ligados a factores o circunstancias de muy diversa índole. Estas han dado origen, mediante un proceso evolutivo, a la conceptualización y estructuras actuales de la rehabilitación en Costa Rica.

La época actual, que homogeniza el conocimiento universal y lo acerca a todos los pueblos, también ha aumentado la complejidad del problema. De esta forma, aunque es posible trazar los elementos históricos más importantes que caracterizan el desarrollo moderno de la rehabilitación a nivel mundial- en las distintas áreas; médica, educativa, vocacional y social, - la historia particular de cada país responde a necesidades y condicionamientos diferentes que requieren de análisis particular.

2. JUSTIFICACIÓN

Desde décadas muy atrás. Costa Rica ha vivido un proceso de atención a las personas con limitaciones en su funcionamiento físico o mental que no ha sido registrado sistemáticamente; los documentos existentes al respecto se encuentran de manera dispersa, desordenada y fragmentaria. Esta carencia en la articulación escrita de dicho proceso no ha permitido analizar su desarrollo práctico ni su confrontación con el contexto conceptual que del mismo se ha venido generando.

Los cambios en las políticas sociales del país durante la década de los cuarenta, conocida como reformismo, dentro del contexto más amplio de la transformación de la sociedad y el Estado costarricense en esos años, coinciden con la aparición de hechos importantes ocurridos en el terreno de la rehabilitación a partir del año 1940. Tales hechos, accionados en el plano gubernamental y si privado, han conformado un largo historial de características propias que requiere ser reseñado y estudiado, con miras a definir y a entender el progreso alcanzado en lo que concierne a la atención de personas con discapacidades y a orientar, si es posible, las acciones futuras en este campo.

3. DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

Por la naturaleza del tema, la presente investigación se efectuó en el escenario geográfico del territorio nacional, ya que resulta imposible otra delimitación dados los objetivos y proyecciones para la misma.

El estudio comprende desde el año 1940 hasta el año 1990. Se ha seleccionado el año 1940 por coincidir con la apertura y puesta en marcha de la primera escuela de educación especial que inicia la prestación de servicios estructurados, dentro de una conceptualización de rehabilitación educativa, el 23 de junio de ese a año.

Se trató de incluir, a manera de antecedente, alguna información que resulta significativa sobre medidas o acciones de rehabilitación emprendidas en nuestro país antes del año de inicio citado y los correspondientes aspectos filosóficos - conceptuales y prácticos.

4. PERIODIZACION

Se propone para este estudio una periodización basada en hechos que hayan constituido, generado o promovido, cambios importantes en el enfoque o en el desarrollo de la rehabilitación en Costa Rica, sucedidos de manera tal que caracterizan, en lo esencial, períodos históricos definidos.

Antes de 1940 fueron limitados los ejemplos en Costa Rica, que demostraron la efectiva intervención del gobierno en materia de naturaleza social.

Con anterioridad a este a Pío y en lo que respecta a la rehabilitación, se dieron iniciativas aisladas que no dejaron huella profunda en la rehabilitación costarricense, con excepción del área psiquiátrica que sí aporta a esta historia puntos de referencia de especial consideración.

En el sentido dicho, la presente investigación delimitará su ámbito de estudio, en lo posible, subdividiéndose en los siguientes períodos.

4.1. Período 1940-1965

Las condiciones sociales y económicas que caracterizaron nuestro país en la década de los cuarenta fundamentaron un intervencionismo estatal que condujo a la iniciación de una política social.

Se dieron entonces medidas tendientes a un mejoramiento social, con evidente énfasis en: la atención permanente a grandes grupos; tendencia ésta que se contrapone a la práctica individual y aislada que fue expresión de los años anteriores. Como consecuencia, surgieron en esta época programas e instituciones esbozados sobre directrices sociales, que concretaron las nuevas y variadas funciones que el Estado se vio comprometido a contraer, para dar solución a los problemas surgidos.

Apareció el seguro social obligatorio (1941), el establecimiento de las garantías sociales (1942) y la promulgación del Código de Trabajo (1943). En la Constitución Política de 1949, el Estado asumió responsabilidades directas en el desarrollo económico y social, adoptando políticas que, hasta aproximadamente 1969, se caracterizaron por dar énfasis gradual en promover obras de infraestructura., implementación de programas de bienestar social e incremento de gastos de actividades de educación, trabajo, salud y seguridad social.

En lo que respecta a lo. rehabilitación, este período señala la aparición de los pioneros, cuyas ideas y acciones promovieron e incentivaron, en nuestro país, la creación y funcionamiento de los primeros, incipientes y aislados servicios, para atender necesidades reales identificadas por ellos mismos, o derivadas de crisis nacionales.

Esta época refiere también la iniciación del reconocimiento de la discapacidad y la minusvalía y como problemas de dimensión y características importantes fue el principio de una actitud y de una conciencia de preocupación a nivel de la colectividad, que dio por resultado algunas normas legislativas y reglamentarias sobre el tema y la puesta en marcha de ciertas iniciativas públicas y privadas, para afrontar el problema supra citado.

Los emprendedores de esta labor, en compañía de un círculo cada vez más amplio de interesados, continuaron sus esfuerzos en años posteriores, lográndose concretar, en una siguiente etapa, sustanciales realizaciones.

Esta época fue seguida por un período en que, con mayor respaldo económico y una estructura estatal más eficaz, los logros alcanzados fueron dirigidos hacia un verdadero desarrollo social.

4.2. Período 1965-1976

En el año 1965 el Profesor Fernando Güell promueve la creación de dos nuevas escuelas de enseñanza especial en las ciudades de San Carlos y San Isidro del General. Da comienzo así una nueva etapa en la que se multiplican los recursos materiales para rehabilitación, como reflejo del auge económico que vive el país en la década de los sesenta y primera mitad de los setenta. En esta época se sucedieron importantes cambios en la economía nacional.

A partir de la década de los sesenta el país impulsó un proceso de industrialización, de ampliación y diversificación del sector agropecuario y de desarrollo del sector público.

Como resultado de las medidas aplicadas, la industria cobró relevancia dentro de la economía, apoyada por la integración de Costa Rica al Mercado Común Centroamericano, en 1963.

El sector agropecuario incrementó su volumen de exportación y el café y el banano; o alcanzaron significativa capacidad de competencia y recuperación de precios en el mercado internacional.

En los años setenta, el crecimiento del sector público logra su máxima dimensión; con el correspondiente aumento de las instituciones públicas de servicio, evitándose así un proceso de desempleo progresivo.

La conjugación de estos hechos contribuyó notablemente a una estabilidad o bonanza en la economía del país, hasta 1973, cuando en particular por la crisis energética, se dejó entrever el advenimiento de una inminente crisis económica. Dicha bonanza, como resultado lógico, repercutió en un mejoramiento del nivel de vida de los costarricenses.

En la década de los setenta también se dio una proliferación de instituciones de educación superior. Al inicio de esta sólo existía la Universidad de Costa Rica; pocos años después se habían creado tres instituciones estatales más: Instituto Tecnológico de Costa Rica en 1971, la Universidad Nacional en 1973, la Universidad Estatal a Distancia en 1977 y una universidad privada, la Universidad Autónoma de Centro América, en 1975.

Consecuentemente, al avance estructural para la formación, a nivel nacional, de los futuros profesionales en variadas disciplinas, puede considerarse un elemento adicional importante en la caracterización general de este período.

En lo que se refiere a la rehabilitación, en parte como producto del auge económico señalado y de la expansión del sector público, se inició un relativo aumento en la asignación de recursos para la atención de las personas discapacitadas. Se lograron avances importantes en la creación de nuevos servicios y en el mejoramiento de los existentes.

Se dieron los primeros intentos de coordinación interinstitucional, especialmente con la creación, en 1973, del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, precedido por la Comisión del mismo nombre, decretada en 1971.

Al finalizar el presente período funcionaban ya en nuestro país cerca de veinte escuelas de educación especial y no menos de diez aulas diferenciadas.

La rehabilitación profesional se encontraba operando en un centro técnicamente estructurado; en 1976 se sentaron bases sólidas para la creación del Servicio de Colocación Selectiva en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En ese mismo año fue inaugurado el Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas",

El Servicio de Fisis-Kinesiterapia del Hospital San Juan de Dios, en pleno funcionamiento, constituía un importante recurso de rehabilitación física, conjuntamente con los servicios que en el mismo campo prestaba el Instituto Nacional de Seguros. El Hospital Nacional Psiquiátrico había ampliado y mejorado los servicios de atención a enfermos mentales.

La capacitación de profesionales, especialmente en los campos médico y educativo, se empezó a reconocer como necesaria para el desarrollo de la rehabilitación. Profesionales formados en el exterior regresaron al país e impulsaron planes de capacitación de emergencia, a través de cursos cortos e intensivos, para enfrentar parcialmente la demanda de personal que planteaba el crecimiento de servicios.

Consecuentemente, se establecen las bases para la formación de recursos humanos a nivel nacional, los cuales vendrían a complementar y a expandir los esfuerzos realizados en los períodos anteriores.

La cooperación técnica internacional y en particular en los campos educativo y profesional, ejerció una influencia más significativa.

Los principios y fundamentos técnicos que se fueron configurando, especialmente a lo largo del presente período, permitieron proponer enfoques más adecuados al problema de la discapacidad y de la minusvalía en Costa Rica.

4.3. Período 1976-1990

Es en el presente período en que se da fuerte impulso a la planificación global, regional y sectorial, como un medio para imprimir coherencia e integración a la gestión pública; así como para la utilización racional de los recursos disponibles, la desconcentración de programas y una más amplia participación popular y comunal.

Pese a la creación en 1963 de la Oficina de Planificación y Política Económica, la ausencia de políticas de crecimiento institucional y de mecanismos efectivos de coordinación y control, el marcado énfasis en el desarrollo de programas para las zonas urbanas y la falta de demarcación de sectores y regiones, constituyeron rasgos importantes de los años precedentes.

Aunque desde 1974, mediante Ley # 5525, se constituyó el Sistema Nacional de Planificación, conformado por la Oficina de Planificación y Política Nacional y Política Económica, las Unidades de Planificación de las entidades públicas y los mecanismos de coordinación y asesoría (consejos asesores, comités interinstitucionales, comisiones consultivas, etc.), fue en el año 1979 cuando se estableció el Subsistema de Planificación Sectorial, que vino realmente a fortalecer y agilizar el citado Sistema y ayudar a la coordinación de las actividades del gobierno y de sus instituciones autónomas.

Asimismo, fue creado el Subsistema de Planificación Regional, con el propósito de descentralizar la administración pública e incentivar el desarrollo de las comunidades por su propia dinámica y dentro del concepto de diferenciación regional.

En lo que concierne específicamente al aspecto social, las políticas y los planes nacionales de desarrollo se orientaron con importante énfasis al cierre de la "brecha social" y a la atención de grupos marginados y rezagados, en un contexto filosófico de una sociedad más igualitaria, organizada en integrada.

La crisis económica antes señalada, puede considerarse como uno de los factores que provoca el inicio del proceso de racionalización y ordenamiento de los recursos nacionales, al mismo tiempo que estimula la búsqueda de nuevas estrategias económicas y sociales.

En el ámbito de la rehabilitación se desarrolla la estrategia pluridisciplinaria, interinstitucional y pluri sectorial, tendiente a lograr una acción integrada y coordinada.

En este período se promueve y consolida el concepto de la rehabilitación como proceso integral. Ya en 1976 se efectuó el Primer Seminario Sobre Rehabilitación Integral, con el propósito de dar pautas en este sentido. Durante el período, tal intención fue concretada en acciones de índole diversa y, en la práctica, se empezaron a dar efectos reales y significativos que reflejan la adopción sistemática de este nuevo enfoque.

Por ejemplo, se consolidaron los programas de formación y capacitación de profesionales, mediante la apertura de carreras específicas en la Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional y Universidad Estatal a Distancia, esfuerzos complementados por las actividades desarrolladas por el Centro de Docencia del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

El 4 de mayo de 1982, el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) aprobó la creación de la Maestría en Rehabilitación Integral, en la Universidad de Costa Rica.

Se propiciaron y emprendieron medidas iniciales para la aplicación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad» La desconcentración de servicios hacia las zonas rurales escaló sus primeros pasos. Así, el Ministerio de Educación Pública reforzó su programa de aulas diferenciadas, aulas recurso e integración, ampliando cobertura geográfica y poblacional para la atención educativa de niños con necesidades especiales; surgieron algunos talleres protegidos, públicos y privados, para ofrecer servicios de rehabilitación laboral en zonas alejadas; los programas de Salud Mental Comunitaria y de Psiquiatría Comunitaria, bajo los auspicios del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social respectivamente, procuraron beneficios y resultados a nivel periférico; nacieron los Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas - Proyecto TELETON -, con claros fundamentos en la necesidad de desconcentrar los esfuerzos de la rehabilitación hacia las regiones desatendidas.

La participación popular experimentó un incremento y una expresión que refleja avances en la toma de conciencia sobre el problema en estudio. Las organizaciones de personas con limitaciones y de padres de éstas se ampliaron y se fortalecieron, constituyéndose en órganos de apreciable influencia en la rehabilitación. En localidades distintas del país surgieron asociaciones de bienestar social, con planes activos dirigidos a fomentar y poner en práctica actividades de prevención de la incapacidad y de rehabilitación.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial fortaleció sus funciones consolidándose como organismo fundamentalmente coordinador, asesor y promotor.

Al amparo de los indicadores internacionales y nacionales, se analizaron, enriquecieron e integraron los lineamientos de políticas que en este campo ha venido sustentando la experiencia costarricense, lo que condujo a la formulación, mediante Decreto Ejecutivo NO. 19101-S-MEP-TSS-PLAN del 31 de julio de 1989, de las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

Dichas políticas fueron dadas como pase; previo a la siguiente y necesaria elaboración del Plan Nacional de Rehabilitación, que tendrá como propósito imprimir coherencia e integración a las acciones públicas y privadas dirigidas a atender la prevención de la incapacidad y los diversos aspectos de la rehabilitación.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivos generales

5.1.1. Contribuir a la construcción de una historia crítica de la evolución de la rehabilitación en Costa Rica, mediante el ordenamiento de los hechos y procesos más importantes ocurridos y el análisis de las circunstancias causales, extensión, intención y efectos de estos.

5.1.2. Aportar un marco de referencia que contribuya a orientar el desarrollo futuro de la rehabilitación integral.

5.2. Objetivos específicos

5.2.1. Establecer una correspondencia entre el desarrollo de la rehabilitación en Costa Rica y las circunstancias sociales nacionales con las que pueda estar relacionado.

5.2.2. Caracterizar la evolución de la rehabilitación en Costa Rica, en distintos períodos históricos.

5.2.3. Confrontar la evolución conceptual y el desarrollo práctico e institucional de la rehabilitación en Costa Rica.

5.2.4. Estimar la influencia que la formación de profesionales en el exterior, así como el aporte internacional - particularmente la cooperación técnica internacional, ha tenido en el desarrollo conceptual de la rehabilitación en Costa Rica.

CAPITULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y CONCEPTUALES

TIPOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS FUENTES

Atendiendo a la relevancia histórica, se pretendió seleccionar del volumen de datos que pudiera existir sobre el tema en estudio, los que tuvieran real importancia para el propósito de la investigación.

La etapa de recolección de datos, llamada heurística, consistió en buscar y reunir las fuentes necesarias a la investigación histórica. Previamente al tratamiento del tema, fue preciso saber si asistían documentos, cuántos y dónde podrían localizarse.

Posteriormente se elaboró listas o repertorios sistemáticos de las fuentes y se efectuó la clasificación temática y cronológica de las mismas.

Revisadas las fuentes necesarias se procedió a aplicar las operaciones analíticas siguientes:

a) La crítica externa de los documentos o crítica de erudición, fundamentalmente para determinar la autenticidad de los documentos y para ubicarlos en el tiempo y en el espacio además de restablecer su texto en su forma primera.

Este procedimiento comprende tres operaciones; crítica de restitución, crítica de procedencia y clasificación crítica de las fuentes.

En la crítica de restitución, los documentos fueron controlados con la finalidad de restablecer los textos a su forma primera, a través de detección de errores e interpolaciones. Muchos textos llegan sólo en forma de copia debido a la pérdida de originales y con frecuencia hay divergencia entre las distintas copias.

En la crítica de procedencia se aplicaron los procedimientos para determinar la fecha, el lugar, el origen y el autor del documento.

En la clasificación crítica de los textos, se pretendió distinguir Los testimonios directos de los indirectos para decidir si los datos eran auténticos o si pudiera existir duda o error respecto a la ubicación en el tiempo, espacio o autoría de estos.

b) La crítica interna de los documentos trató de verificar la veracidad intrínseca de las fuentes, luego de apreciar su contenido y el sentido del texto. La crítica interna comprendió dos aspectos principales: la interpretación y la crítica de sinceridad y exactitud. La interpretación se refiere a la apreciación del contenido exacto y del sentido del texto, a partir de la consideración de la lengua y de las convenciones sociales de la época en que fue escrito.

Es necesario saber con exactitud qué significado tiene cada término o expresión según el momento histórico y sociocultural correspondiente a la redacción del texto.

Con la crítica de sinceridad y exactitud se pretendió el establecimiento de los hechos, así como conocer cuál fue la posición del autor frente al hecho que menciona.

Mediante este procedimiento se comparan todas las observaciones relativas a un mismo hecho para hallar concordancias o discordancias entre los mismos.

Un paso siguiente fue la ubicación temporal de los hechos de conformidad con los períodos establecidos en la investigación.

Se identificaron las clases más significativas de eventos o acontecimientos y se confrontaron con los conceptos, la práctica y la teoría.

Respecto a las fuentes testimoniales y su uso en la investigación fue relativamente limitado.

El objetivo de este tipo de fuentes fue reforzar y confrontar información obtenida, así como recoger datos no reseñados en forma escrita.

La mayoría de las entrevistas efectuadas fueron grabadas y luego de ser transcritas, se sometieron a revisión y ratificación por parte de los entrevistados.

Referente a la Autora como fuente de información, resulta necesario explicar que la investigación recoge testimonios suyos, algunos respaldados documental mente. No obstante, existen algunos hechos que no han sido escritos o que se hallan insuficientemente reseñados, respecto a los cuales se ha considerado conveniente que la Autora efectúe las correspondientes relaciones históricas.

En este caso, los testimonios de la Autora no constituyen consideraciones aisladas en la investigación, ya que las mismas se vinculan y confrontan con otras fuentes, con la práctica y la teoría.

Los procedimientos de introspección e intersubjetividad utilizados por la Autora son garantes de la neutralidad y la objetividad necesarias en este caso.

En lo concerniente a la tipología de las fuentes, se utilizaron preferentemente las primarias - impresas o manuscritas - que tengan vinculación directa con el tema a investigar.

Entre éstas se citan como principales:

1.1 Fuentes escritas oficiales

1.1.1. Informes bio-estadísticos del Ministerio de Salud, del Departamento de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios, del Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas", del Hospital Nacional Psiquiátrico, del Instituto Nacional de Seguros, otros.

1.2. Actas del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, de la Junta Administrativa del Centro Nacional de Educación Especial "Fernando Centeno Güell", del Patronato Nacional de Rehabilitación, de la Asociación Industrias de Buena voluntad de Costa Rica, de la Comisión

Interministerial de Educación Especial , de la Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, de asociaciones de padres de personas con limitaciones físicas o mentales, de asociaciones de personas con limitaciones físicas y mentales, otras.

1.1.3. Planes y programas de trabajo, memorias, informes estadísticos y narrativos de instituciones y organizaciones a cargo de programas y servicios de rehabilitación.

1.1.4. Publicaciones en revistas, boletines, periódicos y otros medios, relativos a rehabilitación.

1.1.5. Correspondencia enviada y recibida del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

1.1.6. Compilación de Leyes y otras Normas Costarricenses Relacionadas con la Invalidez y la Rehabilitación de Inválidos.

1.1.7. Convenios específicos interinstitucionales e internacionales.

1.1.8. Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

1.1.9. Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

1. 2. Fuentes testimoniales escritas y orales

La investigación hará uso de los testimonios o recuerdos razonados de personas que, en algún momento del período historiado, tuvieron participación activa y significativa en el desarrollo de la rehabilitación en Costa Rica.

SOBRE LA AUTORA: SU ROL EN EL PROCESO HISTÓRICO OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación la Autora cumple un rol de testigo protagonista en gran parte del proceso histórico estudiado.

En el año 1957 la Autora se inicia en el campo de la rehabilitación, como trabajadora social en el Hospital San Juan de Dios y motivada por las funestas consecuencias de la epidemia de poliomielitis que azotaba el país en ese entonces. Continúa en este campo y en 195, con el interés de ampliar y especializar sus experiencias y conocimientos, ingresa en la Universidad de Río Piedras, Puerto Rico, en donde cursa estudios de rehabilitación.

A su regreso a finales de 1959 la Autora, entre otras cosas promueve y lleva a cabo acciones dirigidas a crear y poner en funcionamiento el Instituto de Orientación Profesional y programa que marca el inicio de la rehabilitación profesional en Costa Rica concebida como proceso estructurado, técnico y con objetivos específicamente definidos.

En su afán de ampliar y consolidar la rehabilitación profesional, a finales de 1969 se vincula a la creación de una nueva entidad - Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica -y en la cual, como Directora Ejecutiva, diligencia cambios conceptuales y prácticos de evidente significado para la rehabilitación integral.

En 1973 cogestó la creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Organismo del cual ha sido su Directora Ejecutiva desde sus inicios hasta el presente.

Desde sus posiciones institucionales y fundamentadas en sus intereses académicos y personales, la Autora, ha sostenido un papel activo y continuo que le ha posibilitado, durante todos estos años, un interactuar con acontecimientos, personas y procesos concurrentes en este lapso de evolución.

En la etapa pionera de esta investigación la Autora es identificada como una de las personas iniciadoras de la rehabilitación en Costa Rica.

Con el propósito de rescatar hechos relevantes que no deben quedar sepultados ni minimizados para el propósito de la investigación, la Autora se ha considerado fuente de información, manteniendo estricto control respecto a la objetividad, neutralidad, crítica e interpretación de su propia participación en parte del proceso historiado.

Se resalta el hecho de que la presente investigación no obedece sólo a un interés académico relacionado con el requisito de presentación de la tesis. Es patente el interés personal de la Autora en reseñar un proceso que considera de relevante importancia social, vinculado a sus principios y vida profesionales.

3. HIPÓTESIS

Dentro de la evolución general proceso histórico de la rehabilitación en Costa Rica, como también ocurre en el contexto del desarrollo de la rehabilitación en la historia universal, en cada período se da un desarrollo significativo a nivel de hechos y conceptos en rehabilitación.

HIPÓTESIS 1.

El surgimiento de los primeros servicios de rehabilitación en Costa Rica estuvo determinado fundamentalmente por la presencia y conjugación de tres circunstancias o hechos;

1) un mejoramiento de las políticas sociales del país que favorecieron el progreso de la rehabilitación;

2) necesidades reales - niños discapacitados sin atención educativa especializada; epidemia de poliomielitis y adolescentes y adultos que requieran ser incorporados laboralmente- que ayudan a evidenciar la existencia del problema de la invalidez;

3) liderazgo de pioneros.

HIPÓTESIS 2.

La expansión y fortalecimiento de los servicios de rehabilitación en Costa Rica estuvo determinado, fundamentalmente, por la presencia, y conjugación de tres circunstancias o hechos:

- 1) el auge económico nacional (1963-1973);
- 2) una mayor conciencia del público acerca de los problemas de la invalidez;
- 3) la aparición de una nueva generación de profesionales especializados en el exterior.

HIPÓTESIS 3.

El desarrollo y la consolidación de la rehabilitación y la introducción de la práctica de este concepto desde una perspectiva integral se vieron favorecidos por tres factores determinantes:

- 1) la necesidad de racionalizar el uso de los recursos disponibles para la rehabilitación, como consecuencia de la crisis económica originada a partir de mediados de la década de los 70;
- 2) el incremento de los profesionales formados en instituciones nacionales;
- 3) el ejercicio de un nuevo enfoque de coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.

4- PRINCIPALES ASPECTOS TERMINOLÓGICOS Y CONCEPTUALES

Los conceptos sobre minusvalía y rehabilitación han sido diversos a lo largo de la historia y siempre han estado determinados en gran parte por las condiciones sociales, económicas, culturales y geográficas de los pueblos.

Los distintos términos y clasificaciones que se han utilizado para referirse al problema en estudio han originado ambigüedad nominal y conceptual entre las diferentes instancias involucradas en el proceso de rehabilitación.

Estudiosos del tema, tratando de aportar soluciones a la situación dicha, encontraron que el problema revestía características más graves, ya que no solo se daba confusión nominal si no también conceptual, lo que coartaba las posibilidades de una acción coherente y eficaz en materia de rehabilitación.

Ante este hecho, Organizaciones Internacionales y personas expertas en esta materia, han realizado aproximaciones diversas que constituyen importante contribución para definir un esquema terminológico y conceptual.

La presente investigación toma en cuenta gran parte de los términos y conceptos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), Rehabilitación Internacional (R.I.), Naciones Unidas ((O. N. U.), Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), Instituto Nacional de Servicios Sociales de España (INSERSO), así como otros establecidos por profesionales especialistas en este campo.

Este marco terminológico conceptual no pretende ser exhaustivos; su naturaleza y extensión están en correspondencia directa con la necesidad de respaldar la claridad y enlace del texto, a fin de ofrecer al lector facilidades para el entendimiento de los hechos historiados,

PERSONA DISCAPACITADA

La proliferación de términos existentes; deficiente, inválido, lisiado, subnormal, retrasado, minusválido, impedido, excepcional y con limitaciones, etc., refleja la percepción que la sociedad tiene sobre la persona discapacitada y la búsqueda que los involucrados en este proceso realizan para hallar una terminología que les permita describir la limitación y sus consecuencias.

Algunas de estas notificaciones tienden a ser peyorativas, reflejando una imagen negativa e inmóvil de la persona. Asimismo, la nomenclatura utilizada ha hecho "que se adquiriera el hábito de sustantivar situaciones adjetivas de la persona, lo que ha conducido a la etiquetación, segregación y consolidación de la marginación ". (1)

El Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional viene promoviendo con énfasis la utilización del término "persona con limitaciones" y dándole una conceptualización dinámica ya que, al hablar de persona, necesariamente se concibe a un individuo que pese a tener afectada alguna de sus dimensiones, es un individuo transformado y transformador de la realidad. De acuerdo con GLARP: "La persona puede presentar una limitación o alteración de sus estructuras, funciones o su desempeño social, pero estas limitaciones constituyen un elemento más entre los muchos que la hacen persona". (2)

La Organización Internacional del trabajo (O.I.T.) en su Recomendación 99 define a la persona inválida, "aquella cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a la disminución física o mental". (3) Esta definición corresponde al sujeto de rehabilitación profesional.

Para efecto de la investigación se adopta el término "persona discapacitada" con el mismo sentido del precitado término "persona con limitaciones", propuesto por el GLARP, pero se aceptan como sinónimos los diversos adjetivos citados. En lo referente a rehabilitación profesional se acoge la definición de la O.I.T.

DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALIA

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en 1980 definió tres dimensiones en las que puede verse afectada una persona como consecuencia de enfermedad, alteración congénita o accidente;

- las estructuras psicológicas, fisiológicas o anatómicas.
- las capacidades.
- los roles sociales.

Teniendo en cuenta estas dimensiones o esferas y definió tres términos que guardan estrecha relación con ellas:

- "Deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: es toda restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal para el ser humano.
- Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado y consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de la edad y el sexo y los factores sociales y culturales". (4)

REHABILITACIÓN INTEGRAL

Ramón Puig de la Bellacasa refiere las distintas concepciones y enfoques que a través de la historia se le ha dado a la rehabilitación:

- a) Concepción proteccionista y asistencial; esta concepción considera a las personas con limitaciones como incapaces de ser autónomas y las provee de protección, caridad y asistencia,
- b) Concepción centrada en el individuo: localizar el problema en la deficiencia o falta de destreza y por tanto es ahí donde hay que buscar la solución mediante la intervención profesional, señalando, que éste es el campo de acción de la rehabilitación.
- c) Concepción centrada en la autonomía personal: esta concepción centra su atención en la autonomía personal y en este caso, el problema no radica sólo en la diferencia y falta de destreza del individuo, sino que se amplía a la situación de dependencia de las personas con limitaciones y las condiciones de entorno. (5)

Otro concepto de rehabilitación la define como "un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida.

Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional (por ejemplo, utilización de ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes sociales". (6)

La Organización Internacional del Trabajo define así la rehabilitación "tratándose de personas minusválidas, se entiende por rehabilitación la aplicación de un conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales con el fin de que el interesado adquiera o recupere la mayor capacidad funcional posible". (7)

Los anteriores conceptos son complementarios, con excepción del enfoque proteccionista y asistencial el cual, desde el punto de vista de la investigación, sólo se aplica a situaciones de extrema gravedad.

REHABILITACIÓN FÍSICA O MEDICA

Es definida como "la parte del proceso de rehabilitación, en la que todos los esfuerzos están dirigidos a conseguir la máxima restauración posible de las capacidades físicas y mentales de la persona incapacitada, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y activa". (8)

REHABILITACIÓN EDUCATIVA O EDUCACIÓN ESPECIAL

Modalidad educativa diferenciada por métodos y recursos especializados. Este tipo de educación está dirigido a la población cuyas características físicas, intelectuales o emocionales, de origen congénito o provocadas por el medio ambiente, les impide adaptarse o progresar en los programas diseñados para los diferentes niveles del sistema educativo" (9)

REHABILITACIÓN PROFESIONAL

"Aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva, para permitir que la persona inválida o bien obtenga y conserve un empleo adecuado" (10)

REHABILITACIÓN SOCIAL

Es la etapa del proceso en donde todas las acciones tienden prioritariamente a establecer mecanismos de interacción con el entorno, que faciliten la integración o reintegración de la persona al medio social. Prepara a las personas con limitaciones para que desempeñen su papel en la sociedad y cumplan con las obligaciones que les correspondan de acuerdo con su edad y condición. (11)

También se define la rehabilitación social como la "parte del proceso de rehabilitación con que se trata de integrar o reintegrar en la sociedad a una persona minusválida, ayudándola a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional, disminuyendo al propio tiempo las cargas económicas y sociales tales que obstaculicen el proceso global de rehabilitación.

Se considera la rehabilitación social esencial en todos los procesos de rehabilitación, tales como los de orden médico, educativo y profesional. Intervienen también en ella el empeño y experiencia del propio incapacitado para superar los diversos obstáculos o limitaciones ambientales, entre los cuales están los originados por las leyes, los prejuicios, la disposición material, etc." (12)

HABILITACIÓN

Asistencia prestada a personas que, sufriendo de una incapacidad congénita o desde temprana edad, no han adquirido aún suficiente capacidad o habilidad para actuar en la vida educativa, profesional y/o social. Su propósito es dotar por primera vez a tales personas de esa capacidad o habilidad (no siempre se distingue de la rehabilitación, y este término comprende generalmente la habilitación). (13)

INTEGRACIÓN

Grado de participación en la vida corriente de la comunidad que las personas incapacitadas, individual u colectivamente, tengan la capacidad o el deseo de alcanzar.

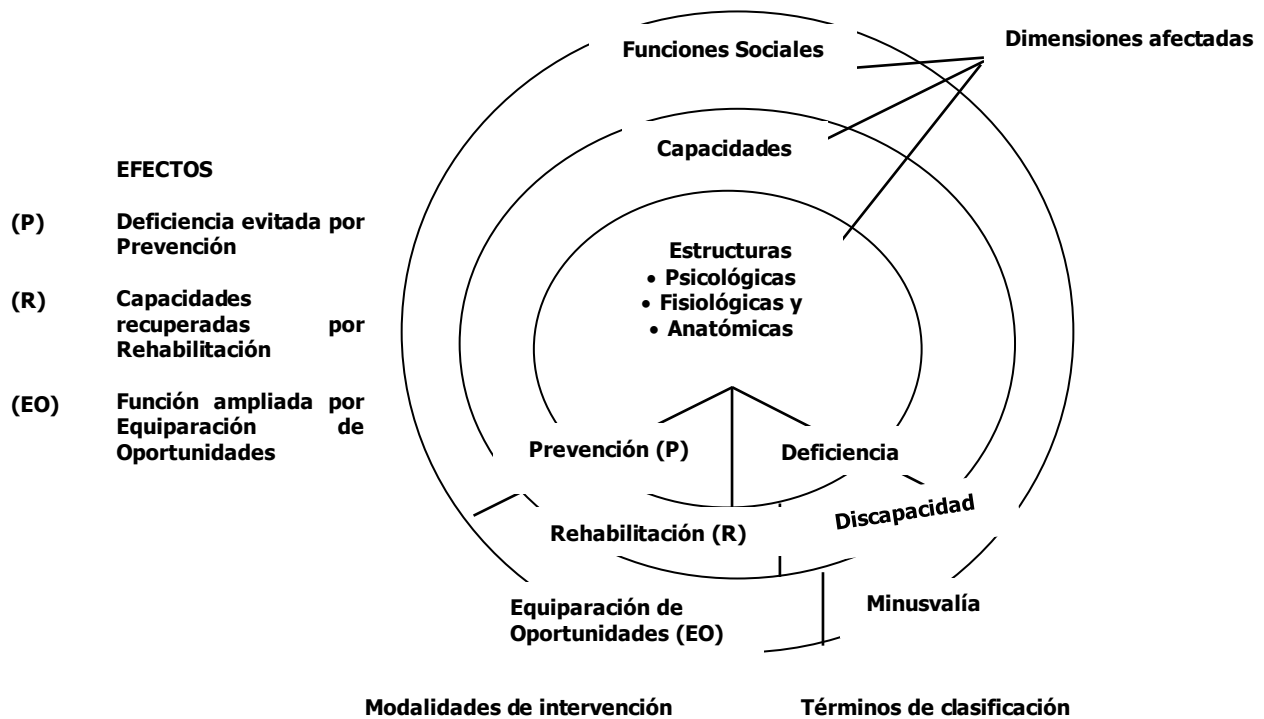
Supone posibilidades de preparación y formación adecuadas, la existencia de perspectivas reales y/o la reducción o eliminación de los obstáculos sociales, jurídicos, arquitectónicos y de demás órdenes. (14)

NORMALIZACIÓN

Principio basado en si hecho de que la persona incapacitada, además de las necesidades debidas –a su condición, tiene por lo común las mismas necesidades económicas, sociales y culturales y de otros órdenes que las demás personas, pero que no siempre posee la capacidad para adaptarse o integrarse totalmente.

Como tiene derecho a que se le ayude a adquirir un comportamiento y un aspecto exterior y una experiencia lo más semejantes posible a las normas y esquemas de la colectividad, se le debería brindar el máximo de apoyo y posibilidades en la organización de su vida, la enseñanza, el trabajo, las diversiones y otros aspectos importantes de la vida en sociedad. (15)

GRAFICO N° 1
DIMENSIONES AFECTADAS EN LA PERSONA
COMO CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD.
EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN



Fuente: Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional: Serie Básica Rehabilitación Profesional Manual I, Unidad Uno. Bogotá, Colombia, Agosto 1989.

CAPITULO III

LA REHABILITACIÓN EN EL CONTEXTO HISTÓRICO

La rehabilitación integral, ese gran movimiento social de nuestros tiempos, es el resultado de la evolución de un concepto, una filosofía y una praxis a lo largo de épocas, culturas y circunstancias.

George Wright, en su. Libro Rehabilitación Total, afirma que "Una cultura hereda todo lo que ha ocurrido anteriormente. Ninguna civilización se establece y desaparece sin dejar algún tipo de legado. La rehabilitación, como pequeño elemento de nuestra cultura, es lo que es, y aquello en lo que se está convirtiendo, como resultado de todas las variaciones en las interrelaciones humanas hasta la fecha". (16)

La historia no registra una proyección ordenada de tendencia positiva en relación al trato de individuos con características diferentes al resto de la población; más bien muestra, durante la mayoría de los períodos históricos, una gama de giros altamente variables y con extensas discrepancias.

La noción sobre las personas minusválidas y las actitudes que ante ella se han asumido, se encuentran naturalmente ligadas a la historia de la sociedad y a los sistemas de valores inherentes a ella, y de esta manera han dado como resultado formas diversas de abordar esta problemática.

El Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), al referirse a la historia de la rehabilitación destaca que "las diferencias culturales, geográficas y el nivel de desarrollo económico y social, han pautado en gran parte las actitudes asumidas, que, a su vez, no han sido iguales para los distintos tipos de limitación, ni para las diferentes culturas". (17)

El origen de todo esto puede remontarse a los tiempos en que los seres humanos empezaron a adquirir conciencia de aquellos individuos cuya apariencia y comportamiento difería de lo que era típico de la mayoría. A través de la historia, la gente ha reaccionado a tales diferencias con gran variedad de formas, que abarcan desde el trato cruel hasta el comprensivamente humanitario.

Wright afirma que "el avance de las personas discapacitadas en el mundo, desde los tiempos primitivos, se ha debido a la evolución en las actitudes sociales, así como al mejoramiento en la tecnología y en la situación económica de las naciones. Las personas discapacitadas han pasado de tener, primero, un derecho a sobrevivir, para luego adquirir el derecho a depender, hasta llegar finalmente al derecho a su independencia. Sin embargo, las etapas de transición han sido terriblemente lentas y no están aún completas ni siquiera en las naciones más ricas y avanzadas. Las actitudes sociales revierten, en ciertos tiempos, a los niveles más primitivos, lo cual se expresa claramente en el trato que se les ofrece a los individuos discapacitados". (18)

Durante siglos, "ha dicho el Dr., Henry H» Kessler", " los físicamente incapacitados fueron personas apartadas del grupo social; alternativamente adoradas o despreciadas, en ocasiones compadecidas, con frecuencia temidas y siempre incomprendidas. Sólo recientemente han atravesado el negro velo de la ignorancia y la superstición y han surgido como personas diferentes a lo "normal" principalmente en cuanto a la magnitud de sus necesidades". (19)

El problema de la discapacidad ha sido explicado crudamente, tanto en función de supersticiones, como a través de diversos niveles de comprensión científica. Las personas con limitaciones han inspirado lástima y también se les ha brindado atención y cuidado.

Sin embargo, la historia, nos demuestra que los ideales filosóficos y religiosos, así como los avances científicos, han contribuido a modificar en forma sustancial y positiva las creencias sobre las potencialidades de las personas discapacitadas.

Se adopta para efectos del enfoque universal la periodización en que se han organizado los principales hechos históricos, ya que ello permite identificar y rastrear los comportamientos sociales que tipifican los cambios relevantes en cuanto a la visión que se tiene de las personas con discapacidades, la atención que se les brinda y la conformación de una filosofía y una teoría propia de este proceso.

En lo correspondiente a la situación latinoamericana se rescatan los principales acontecimientos que puedan relacionarse con la evolución de la situación en Costa Rica.

I- MARCO HISTÓRICO GENERAL.

1-1 Antigüedad y Edad Media

En el período comprendido entre los tiempos primitivos y los tiempos antiguos la primera ayuda que recibieron las personas discapacitadas, de la cual se tiene noticia, está representada por aquella que se refería al tratamiento de sus dificultades funcionales. La cirugía de los huesos, a este respecto, posee una meritoria antigüedad que se extiende desde los tiempos prehistóricos. Millares de esqueletos de los primitivos hombres que poblaron Europa, Asia y Norte de África, descubiertos en cuevas y otros lugares de entierro, presentan lesiones en los huesos, que fueron aparentemente sujetas a algún tipo de tratamiento suministrado por el hombre, "Una fractura observada en el cubito del hombre de Neanderthal muestra una unión de los huesos también hecha, como la podría hacer un cirujano de nuestros días con los medios que tiene a su alcance". (20)

Se han encontrado huesos con señales de intervenciones quirúrgicas, que indican la preocupación del hombre primitivo por solucionar las alteraciones físicas. De estas intervenciones se da fe en grabados de piezas de alfarería donde se ven personas con amputaciones. (21)

La aparición de la alfarería decorada ha permitido un mejor estudio de los progresos realizados por el hombre en su civilización. Vasos y urnas fueron decorados con tipos de personas residentes en la comunidad, así como los muros de los albergues cuando la naturaleza de éstos lo permitía. Dentro de ese arte primitivo se han encontrado dibujos de hombres de todas clases y figuras - jorobados, cojos y enanos - representados en algunos casos con precisión en sus detalles y proporciones para demostrar claramente la diferencia. Esto prueba que, desde los más remotos tiempos, las deficiencias y las deformidades físicas han afectado a la humanidad.

La demonología y las creencias religiosas constituyeron agentes principales que marcaron, en gran parte, el trato que entonces se les daba a los individuos "diferentes".

La fuerza física era decisiva para la supervivencia, necesitándose el máximo de ella en la gigantesca lucha que tenía que sostener el hombre con el propósito de sobrevivir. Debido a ello, a los niños deficientes se les dejaba morir y los adultos con limitaciones eran proscritos del grupo; ambos eran despreciados por considerárseles inútiles, incapaces de producir ni de llevar una vida acorde con el status establecido en esas culturas.

"La situación de menosprecio en que se tenía a los lisiados en esos remotos tiempos a causa de su exigua o ninguna utilidad para subsistir por sí mismos y contribuir a la vida del grupo, se agravaba aún más por el bajo nivel espiritual de la mayoría de las comunidades, cuyas doctrinas religiosas adscribían las deformidades y deficiencias físicas a castigos divinos por pecados cometidos por los lisiados o por sus progenitores o como una señal de avivar en ellos el espíritu del mal. De ahí la gran repugnancia que hacia ellos existía y el que se les negase toda ayuda y comprensión". (22)

En las antiguas culturas de Asia y Egipto los niños con deformaciones eran abandonados en el desierto. En la India los lanzaban al sagrado Ganges y en Babilonia eran excluidos de la corte las personas que presentaban alguna anormalidad»

"En investigaciones realizadas en torno a la cultura del antiguo Egipto, se ha podido conocer que en estas comunidades existían personas con diversos tipos de limitación, pero que sólo se prestaba atención a algunas de ellas. Esto lo confirman excavaciones hechas en las tumbas de los Faraones (4000 años antes de Cristo), donde se han encontrado algunos bajo-relieves en los cuales aparecen individuos deformados y mutilados junto con momias, en las cuales se observan férulas y distintos aparatos para el tratamiento de las limitaciones físicas". (23)

Es importante señalar que el Judaísmo, precursor del Cristianismo, convierte en deber la atención de las personas deficientes, al elevar la dignidad de la persona humana.

Durante el período greco-romano la supervivencia y la superstición vuelven a tomar relevancia. Sin embargo, por un breve y significativo momento en la historia; se intentó comprender científicamente el retraso mental, ofreciéndosele tratamiento médico; así mismo se trató de reformar la actitud hacia estos individuos.

Los gestores responsables de reproducir este transitorio alejamiento de la superstición y la demonología y fueron los eruditos, los filósofos y los médicos de Grecia y Roma.

No obstante, lo anterior, la historia muestra que " en Grecia, en el estado de Esparta, se practicaba la eugenesia en forma despiadada. Todo niño era susceptible al derecho paterno, al infanticidio, así como al juicio de un concilio estatal. Los menores de edad que parecían defectuosos eran lanzados a morir sobre las rocas desde un acantilado en el Monte Taygeto". (24)

Durante los siglos V y IV A.C, se dio en Grecia' un importante cambio al pasarse, de una posición basada en la mitología y la demonología, a una explicación y tratamiento científicos de las deficiencias y las anomalías. Este cambio se le atribuye a Hipócrates.

Platón, quien fue contemporáneo de Hipócrates sugería que el cuidado de los enfermos mentales debía ser asumido por la familia de éstos. Contrariamente, apoyaba la práctica de la eugenesia.

Entre los griegos, la ceguera, era tradicionalmente considerada como un castigo de los dioses por causa de pecado y, al igual que entre otros pueblos antiguos, era vista como la peor de las aflicciones.

Durante el período greco-romano se adoptaron diferentes actitudes y tipos de trato frente a los enfermos mentales y limitados físicos. Las sobresalientes, pero breves inclinaciones naturalistas y humanitarias logradas por los griegos y los romanos, contrastaron bruscamente con las actitudes demonológicas.

Durante la Edad Media, con el surgimiento de una intensa religiosidad, los enfermos mentales y las personas con impedimentos físicos recibieron un trato más humanitario. La religión se constituyó en un factor de influencia en estos asuntos, pese a que también estuvieron presentes las creencias vinculadas a Satanás.

La influencia del Cristianismo introdujo un énfasis en la conmiseración, fundamentado en la concepción cristiana de la caridad, lo que trajo consigo el deber de tratar a todos los hombres como hermanos. De hecho, incluso ciertos individuos con alguna limitación o impedimento lograban adquirir una posición de prestigio, conociéndoseles como los bobos y los bufones de las cortes. Estas personas eran frecuentemente glorificadas como criaturas celestiales.

Podría decirse que en la Edad Media el trato brindado a personas discapacitadas fue modificado, sin lograrse un cambio radical en la actitud social. La sociedad carecía de responsabilidad frente a este problema y por lo tanto la iglesia asumió ese deber y acogiendo a las personas desvalidas en sus establecimientos de beneficencia.

Sin embargo, se señala que, a finales de la época medieval, la influencia de la iglesia se manifiesta claramente en la aparición de instituciones que empiezan a brindar custodia y cuidado a las personas con impedimentos, como un grupo diferente de la población marcada por la pobreza.

Otto Marqués da Silva, confirma lo anterior cuando dice; "no puede ser desmentido el que, a pesar de la baja calidad de los servicios, en los últimos decenios de la Edad Media, Europa estaba prácticamente cubierta por una verdadera red desarticulada, es verdad - de hospitales, casas de abrigo, enfermerías en conventos y monasterios, y también de casas montadas para abrigar personas necesitadas de todo para poder sobrevivir. Corresponde a una verdad histórica y no hay exageración alguna en señalar el desenvolvimiento de los hospitales y la humanización de la atención de las personas deficientes, como uno de los marcados hechos del final de la Edad Media". (25)

Esta situación constituye el elemento de transición con los conceptos y prácticas en rehabilitación que se adoptan a partir del siguiente período,

1.2. Siglos XVI al XVIII

A pesar de que las creencias irracionales y vinculadas con la demonología, se mantenían enraizadas, así como existentes aún las posiciones de explotación y descuido respecto a las personas con algún tipo de invalidez, los siglos XVI Y XVII vieron surgir una actitud de explicación científica de la deficiencia de mayor humanitarismo y preocupación de parte del estado por el individuo, incluyendo al deficiente. Estas tendencias son más evidentes en la medida en que se acerca el siglo XVIII.

"Durante el Renacimiento la noción de la dignidad de todos los seres humanos comienza a desarrollarse. En el reinado de la Reina Isabel I las primeras Leyes de Pobres fueron establecidas, las cuales establecieron cuidados en asilos a individuos lisiados que no podían trabajar. Sin embargo, las personas discapacitadas no fueron los beneficiarios primarios de este tipo de legislación, la cual fue establecida para promover las relaciones amo-sirviente dentro del contexto de comunidad de esa época. No obstante; desde este tiempo desde esta época en adelante fue creciendo el espíritu humanitario. Este espíritu humanitario no fue engendrado ni por las fuerzas religiosas ni por las fuerzas políticas, sino más bien por aquellas personas que se habían liberado y que tenían suficiente valor para ver la vida de manera racional y empírica". (26) Aquí se inicia la época de los pioneros en todas las distintas áreas de la rehabilitación.

"La burguesía mercantil isla apartó de las calles a las personas con limitaciones; se crearon instituciones especializadas en atender distintas patologías, brindando atención a niños ciegos, sordos y retardados mentales". (27)

"En el siglo XVI y a principios del siglo XVII surgieron algunos maestros cuya especialidad era la instrucción de personas sordas.

Pedro Ponce de León, usando un método oral enseñó lectura., escritura, aritmética, astronomía, español, latín y griego a varios discípulos sordos provenientes de familias de la nobleza. En 1620 Juan Bonet publicó un método de enseñanza para sordos basado en el deletreo manual, sistema que se convirtió en el precursor de los alfabetos manuales posteriores. Fue durante este período que también se intentó explicar el retardo mental y las enfermedades mentales, desde un punto de vista más psicológico y educativo" (28)

En 1690, John Locke intentó establecer las diferencias entre el retraso mental y las enfermedades mentales. Las memorias de un maestro japonés, Makae Toju, demuestran que, para la mitad del siglo XVII, en Japón, se estaban haciendo esfuerzos para educar a los retrasados mentales.

En 1634, San Vicente de Paúl, fundó una institución para custodiar a niños con impedimentos, que eran víctimas de explotación como limosneros. Esta fue la primera institución establecida en el mundo, exclusivamente para el cuidado de estos niños.

Pese a los avances citados, procede se Pía lar que la Legislación Isabelina para los Pobres y las formas de atención custodiada de esta época, al segregar del resto de la sociedad a los pobres enfermos, desempleados y los considerados "inservibles", dio como resultado un aislamiento de las personas deficientes que a su vez acrecentó la falta de atención a sus problemas por parte de la comunidad.

El siglo XVIII aporta importantes logros en la aceptación de las personas minusválidas. Surge claramente la creciente preocupación por los derechos humanos, acompañada por las contribuciones de ciertos individuos y cuyas ideas ejercieron decisiva influencia en todo lo pertinente al concepto y trato de las personas "diferentes".

Grandes pensadores como Voltaire, Rousseau, Locke y otros, deben ser mencionados. Ellos condujeron a la sociedad de entonces a analizar la vida sobre una base humanística.

"Como resultado de la revolución industrial y las personas con limitaciones empezaron a ser vistas como una responsabilidad pública. Ya no se las concebía como diferentes y se arraigó el concepto de igualdad y se empezó a creer en la posibilidad de que pudieran llevar una vida normal, en tanto se les proporcionaran los medios adecuados para ello". (29)

Durante el presente período se sucedieron hechos muy significativos, entre los cuales se citan;

En 1651, Harsdorffer había elaborado en Alemania una plancha de cera sobre las cuales podían escribir los ciegos y Bernoulli había inventado en Suiza un marco estructurado para guiar el lápiz sobre el papel. En el siglo XVIII, Valentine Way introdujo la letra de molde sobre relieve para ser usado por los ciegos. Dedicado a probar que los ciegos podían y debían ser educados, él abrió una escuela especial en Francia. Diderot, en un ensayo que apareció en 1747 titulado " Carta sobre

los ciegos para el uso de los videntes", afirmó que nuestras ideas sobre el bien y el mal no provienen de Dios, sino de nuestra experiencia sensorial ..." (30)

Es producto también del siglo XVIII el desarrollo de técnicas de comunicación para los sordos; un sistema de enseñanza basado en el deletreo manual y la idea inicial del método lectura de labios.

En 1760, en París, se estableció el Instituto Nacional de Sordomudos, primera escuela pública para niños con impedimentos, especialmente sordos.

La mayor preocupación se centró en personas con deficiencias sensoriales; menos se hizo por aquéllas con defectos físicos y mentales, quienes causaban mayor repulsión.

Sin embargo, existe referencia histórica muy importante sobre la preocupación científica mostrada en Rusia por Pedro el Grande, en el siglo XVIII, acerca de las deformaciones físicas. Su esfuerzo, interés y consecuentes logros en este particular pueden señalarse como uno de los hechos sobresalientes hacia el campo de la "defectología" y discapacidad.

Puede concluirse este período afirmando que el siglo XVIII fue etapa de transición para toda la humanidad, incluyendo las personas minusválidas, a quienes se les reconoció su dignidad, y potencialidad. El miedo, la superstición y la hostilidad hacia los individuos diferentes del resto y empezó a ceder ante los esfuerzos de comprenderlos racionalmente y de ofrecerles atención humanitaria y la posibilidad de educarse. El siglo XVIII prepara el terreno, además, para examinar la capacidad productiva y contributiva de las personas físicas y mentalmente deficientes.

1.3. Siglo XIX

Precedida por la Revolución Industrial y por la Revolución Intelectual, muchos países de Europa comenzaron a preocuparse por sus grupos minoritarios y marginados, como una de sus muchas responsabilidades y no sólo como objeto de acciones caritativas y de carácter voluntario. Se pensó que la solución a estos problemas no era sólo asunto de ofrecer abrigo, de simple atención y tratamiento y de ayudas paliativas como se venía haciendo.

La atención adecuada y con mayor cobertura de las personas limitadas requería, ahora, algo más que hospitales generales; era necesario contar con entidades especializadas.

Lo anterior no resta, por supuesto, el mérito de la contribución que los hospitales dieron a la solución de estos problemas, aún durante el siglo XIX. "Los hospitales fueron importantes en la evolución de los conceptos de la rehabilitación. Se estableció la medicación y la cirugía otras necesidades de los pacientes se fueron haciendo aparentes a los ojos de los médicos, los reformadores sociales y los educadores, quienes pudieron ver que las necesidades de los pacientes se entendían más allá del tratamiento médico. Los hospitales ofrecían la oportunidad a representantes de diversas disciplinas de encontrarse y de enfocar su atención en los problemas del paciente, así como de intercambiar visiones, de cómo dichos problemas podrían ser resueltos. El producto de tales intercambios resultó en lo que más adelante llegó a ser llamado rehabilitación". (31)

Durante este período, la tendencia predominantemente positiva se inclinó hacia una reforma, tanto en el concepto de la persona minusválida, como en los servicios que debían prestársele.

En Francia se introdujo un procedimiento revolucionario en la atención de enfermos mentales, cuando en el Hospital Bicêtre, previa cuidadosa selección de los pacientes capaces de trabajar se aseguraba a éstos tareas laborales en una gran finca que tenía productos lácteos, animales y otras oportunidades de trabajo.

En el año 1830 se discutía, ampliamente, a lo largo de Europa y América el tema del "ambiente menos restringido" como uno de los aspectos clave de la reforma.

En Estados Unidos, las primeras manifestaciones organizadas con respecto a la asistencia de soldados heridos o mutilados, parece haberse dado en 1811, cuando el Congreso autorizó al Secretario de la Marina a construir un lugar permanente para sus oficiales. Este recurso comenzó luego a aceptar marineros con problemas físicos serios y otros problemas limitadores de la independencia individual. Este recurso fue construido en la ciudad de Philadelphia y entró en funcionamiento en 1831"»

En este mismo país, una de las voces más enérgicas de la reforma, Dorothea Dix, entre 1841 y 1881 estableció 32 modernos hospitales para enfermos mentales.

"En 1822, en Munich se creó el Instituto Técnico Industrial para albergar a las personas con limitaciones; es ésta la primera institución de la cual se tiene referencia, que se preocupó por facilitar el desenvolvimiento económico de sus usuarios, ya que no sólo les brindaba atención a las necesidades de la vida diaria y de salud y tratamiento para sus limitaciones, sino que además dio especial atención a la educación o reeducación, si no habían tenido formación profesional". (33)

"En 1828, en Montpellier (Francia), se creó un gran hospital, con terreno para ejercicios y jardines a fin de llevar a cabo el tratamiento en un ambiente agradable. 1884, Bismarck canciller del viejo imperio alemán, hizo aprobar la primera ley de atención a los accidentados de la industria, constituyéndose ésta en el más eficaz apoyo suministrado a los accidentados de trabajo. Esta ley dio pie y marco a posteriores leyes aprobadas en otros países", (34)

Uno de los estados de Europa que asumió con responsabilidad el problema de las personas minusválidas fue Prusia, En 1812 Johann Georg Von Heine fundó un hospital especializado en Wurzburg, en el que se ofrecían tratamientos ortopédicos y así como cirugía en esta especialidad; se confeccionaban prótesis, férulas y otros dispositivos para la restauración de los pacientes. A partir de ese hecho se sucede la creación de hospitales especializados en casi toda; las grandes ciudades de Europa.

En 1812 se estableció en Baltimore la primera institución de educación para niños excepcionales en los Estados Unidos. Durante este tiempo en esta nación, los conceptos de rehabilitación y educación especial iban tomando forma. Se logró introducir la idea de que las personas retardadas mentales podían ser "educadas y algunas de ellas, podían llegar a vivir en la comunidad. Este enunciado de principio de desinstitucionalización, sin embargo, no logró en ese momento éxito, manteniéndose el espíritu de custodia institucionalizada.

Las organizaciones voluntarias también hicieron su aporte significativo a la rehabilitación, en este período. En 1881 recién establecida en los Estados Unidos la Cruz Roja, este Organismo, apoyado por el Instituto para el Lisiado y algunos hombres discapacitados de New York, llevó a cabo un programa de rehabilitación profesional para lesionados de guerra, el cual, en funcionamiento, fue asumido posteriormente por el Gobierno Federal.

La segunda mitad del siglo XIX marcó una línea siempre ascendente hacia un trato más justo y más humano a la persona minusválida, en todos los países. Así fueron creados en Europa centros e instituciones que como las citadas anteriormente, laboraron por el bienestar de este grupo social. Siguiendo esta comente, también en los Estados Unidos, personas y organizaciones preocupadas por la recuperación de los deficientes, pusieron en funcionamiento programas, servicios y leyes que fueron expresión del concepto que sobre esta materia fue evolucionando con el paso de los tiempos.

Se señala que durante este período la atención de las personas minusválidas incluía ya los aspectos profesionales y económicos. La preparación, para un oficio o profesión remunerada empezaba a ser visto como necesaria e importante. Sin embargo y el énfasis en la asistencia a estas personas continuó alrededor de sus problemas físicos; lo referente a la educación y más aún al entrenamiento profesional se trataba en segundo plano.

Los avances y logros obtenidos en este período permiten asegurar que el siglo XIX marca el inicio de una época de justicia social para la persona limitada.

1.4. Siglo XX

Ninguna otra época anterior trajo consigo condiciones tan positivas para las personas minusválidas, como el siglo XX.

Los años transcurridos en este período, pese a las dos grandes guerras ocurridas, pueden ser considerados históricamente como los de mayores realizaciones en beneficio de esta población.

Distintos factores pueden ser mencionados como determinantes principales de este sustancial enriquecimiento de la rehabilitación:

- El avance de la medicina y una mayor educación de la comunidad en relación a los problemas de las personas minusválidas.
- La evolución de la sociedad industrial y capitalista y su consecuente demanda de mano de obra y que originó la utilización de la fuerza de trabajo de las personas minusválidas.
- Las dos guerras mundiales que, además de otras derivaciones, facilitaron el reconocimiento por parte de la comunidad, de la capacidad productiva y contributiva de las personas con limitaciones.
- Los movimientos sociales.
- El ascenso constante del humanismo filosófico.

A principios del siglo, no existía un reconocimiento universal del problema de la invalidez en toda su dimensión, pero ya se contaba con un grupo considerable de organizaciones y líderes que, en la búsqueda de mejores soluciones para atenuar los efectos de las deficiencias físicas y mentales, probaban métodos y rectificaban errores.

Al respecto, Dolores Salazar y de Agüero, en su libro *El Lisiado a través de la Historia*, comentó: En los Estados Unidos, durante los años transcurridos entre 1902 y 1912, más de 20 instituciones dedicaban sus mejores energías a favor de los lisiados; no menos de 12 sociedades u organizaciones allegaban fondos para su protección y asistencia médica, mientras que otras laboraban en diversos campos para su bienestar general. Además, surgieron instituciones cuyos propósitos iban más allá de la protección, asistencia y educación del lisiado, preparándolos en aquellas profesiones u oficios en los cuales se pensaba en aquellos momentos pudieran laborar con éxito. (35)

La misma autora precitada refiere en su obra variados acontecimientos que confirman los avances propios del siglo XX.

En 1904, en Londres, tuvo lugar la primera conferencia sobre niños inválidos; en 1906, se inauguró en Philadelphia "The Widener Memorial Training School for Crippled Children"; en el estado de Massachusetts, en 1907, se estableció la "State Commission for the Blind", dedicada específicamente a la atención de los ciegos. Tres años después los alumnos de la Escuela Brearley de New York, patrocinaron en un aula una clase para el aprendizaje de la joyería, especialmente para Jóvenes minusválidos. En 1909, Bielski, realiza en Berlín un censo para cuantificar y caracterizar la población discapacitada; en 1918, Gran Bretaña crea el "Great Britain Central Committee for the Care of Crippled", a fin de coordinar trabajos en relación con los veteranos de la guerra 1914-1918. (36)

En 1919 se firmó el Tratado de Paz de Versalles y se creó la "Organización Internacional del Trabajo" (O.I.T.), entidad que ha apoyado decisivamente el desarrollo de la rehabilitación profesional en el mundo.

El Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional GLARP, al mencionar la contribución de este Organismo Internacional refiere: "La O.I.T. desde su creación, en todos sus documentos internacionales, promulgó disposiciones referentes a las personas con limitaciones. Estas disposiciones dispersas son las que finalmente en 1955, en la Conferencia Internacional de Trabajo, dieron pie a la recomendación 99 sobre la Readaptación y Empleo de los Inválidos". (37)

En la caracterización de este periodo, también sobresalen los esfuerzos tendientes a la integración de los individuos con limitaciones. "En 1916, Bernstein organizó una colonia en la escuela del Estado Romano en New York, donde los adolescentes y adultos con severas deficiencias mentales vivían felices, más independientes y tenían una vida más productiva que las que tenían cuando estaban institucionalizados... Para 1911, en los Estados Unidos, había clases en las escuelas públicas para retardados mentales, en 99 ciudades americanas y para 1922 unos 23. 000 niños deficientes fueron matriculados, en estas escuelas, a lo largo del país". (38)

En el campo de la parálisis cerebral, cabe citar los aportes de dos pioneros norteamericanos; Winthrop Phelps y Earl Carlson y ambos afectados por esta enfermedad.

Estos médicos trataron y educaron al niño inválido de acuerdo con su propio punto de vista. Phelps utilizó la fisioterapia y variados apoyos; Carlson estudió al niño en su totalidad con énfasis en el entendimiento de su vida psicológica.

Las guerras mundiales ocurridas en este siglo hicieron contribuciones positivas a la rehabilitación. El retorno de los veteranos incapacitados, en número creciente, favoreció un mayor entendimiento y aceptación de las condiciones de minusvalía. Estas personas, integradas en sus comunidades, eran vistas como normales.

Esta actitud benefició gradualmente a niños con impedimentos físicos, abarcando luego otras limitaciones.

Las guerras tuvieron y además, dos efectos de gran significación para las personas con limitaciones. El primero fue, la disposición de trabajo para millares de individuos a quienes, en tiempos normales, les hubiera resultado casi imposible su incorporación laboral. El segundo apunta hacia que el éxito logrado en el trabajo por muchas personas discapacitadas abrió puertas y dio esperanzas a otras más deficitarias para desempeñarse en tareas remuneradas. De acuerdo con Salazar y de Agüero "Al final del año 1942, durante la II Guerra, la industria absorbió tal número de lisiados que parecía que sólo los severamente incapacitados no tendrían trabajo; los lisiados llegaron a ser vistos más como elementos de éxito que como elemento pasivo en el ambiente social y económico de Norte América. Se ha repetido que podría considerarse dos veces victoriosos; en la industria y sobre su incapacidad. Fueron ellos los héroes del frente industrial". (39)

Un acontecimiento de gran trascendencia para la rehabilitación se dio en 1909, en Washington la Primera Conferencia de la Casa Blanca sobre el cuidado de los niños dependientes. En este evento se acordó dar a los niños, incluidos los inválidos, ya se encontraran en instituciones o en sus respectivos hogares y previo estudio social, oportunidades para que puedan adaptarse a la vida normal y valerse por sí mismos en su vida adulta, libres del cuidado de custodia.

Las recomendaciones de esta Conferencia dieron lugar a que, en 1912, por una ley del Congreso se estableciera en los Estados Unidos, una legislación que expresaba la filosofía social reinante en esa época.

Con respecto a la rehabilitación profesional y siempre en el ámbito del desarrollo conceptual y práctico, George Wright refiere; "Hacia el otoño de 1921 el personal de la Agencia Federal de Rehabilitación Profesional, cuyo nombre fue cambiado con los años, había ganado experiencia que le permitió formular algunos principios de servicios en rehabilitación. Se entendía, por ejemplo, que la rehabilitación es un proceso que difiere de individuo a individuo; se enfatizó que la orientación y la restauración se necesitaban antes de que la persona iniciara su capacitación. También se reconoció que aquéllos que pretendían ayudar al cliente con necesidades de rehabilitación, debían ver la situación de la persona como alguien que vivía en un entorno familiar y que debía hacerse uso de los recursos de asistencia, tales como caridad e iglesia, grupos de empleados y empleadores e instituciones médicas de apoyo. La importancia de aparear las habilidades de los clientes con los trabajos empezó a reconocerse y se aconsejó que las personas debían ser colocadas en trabajos que no fueran exageradamente demandantes a nivel físico". (40)

Pese a los logros alcanzados en el Siglo XX, a nivel mundial el problema de la discapacidad no está resuelto ni siquiera en los países de mayor desarrollo.

Las Naciones Unidas en su documento "Programa de Acción Mundial para los Impedidos" afirma que, a causa de deficiencias mentales, físicas y sensoriales, hay en el mundo más de 500 millones de personas impedidas, que arrastran a menudo una existencia marcada por la segregación y degradación (41), Las sociedades continúan, tal vez por falta de atención o por mera negligencia, produciendo personas con discapacidad.

Teniendo como base estas afirmaciones, la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 1971 proclamó una resolución de alto significado para la rehabilitación; la Declaración de los Derechos de las Personas con Retardo Mental. En el año 1975, aprobó la Declaración de los Derechos de las Personas Impedidas. Estaba muy claro el propósito de esta última declaración universalmente conocida: dar condiciones para la puesta en práctica de las relaciones anteriores, a través de una concientización del mundo en cuanto a la problemática de las personas portadoras de deficiencias. (42)

CUADRO #1

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS FILOSÓFICO-CONCEPTUALES DE LA REHABILITACIÓN EN LOS DIFERENTES PERIODOS DE LA HISTORIA GENERAL PERIODO HISTÓRICO PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

| 1 PERIODO HISTORICO | 2 PRINCIPALES CARACTERISTICAS |
|------------------------|--|
| Antigüedad | Superstición, demonología y creencias religiosas. Época de "Exterminación": "No vivir" Desprecio y rechazo: las personas "diferentes" eran consideradas inútiles. |
| Edad Media | Trato más humanitario (influencia del Cristianismo); énfasis en la conmiseración. Época de "sobrevivencia" Posición social muy baja de las personas "anormales". Motivo de mofa en las cortes reales. Mendicidad y explotación. Iglesia asume responsabilidad: aparición de instituciones de custodia. Atención segregada. |

| <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">PERIODO HISTORICO</p> | <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">PRINCIPALES CARACTERISTICAS</p> |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Siglos XVI al XVIII</p> | <p>Actitud de explicación científica de la deficiencia sustituye paulatinamente creencias vinculadas con demonología.</p> <p>Mayor humanitarismo y preocupación por parte del estado; responsabilidad pública.</p> <p>Época inicial de pioneros en las diversas áreas de la rehabilitación.</p> <p>Creación de instituciones para atender distintos grupos de patologías.</p> <p>Atención “aislada” del resto de la sociedad.</p> <p>Se inicia reconocimiento de la capacidad educativa productiva y contributiva de la persona "deficiente".</p> <p>Concepto de igualdad y dignidad incide favorablemente en el carácter filosófico de la rehabilitación (influencia del Renacimiento).</p> |
| <p style="text-align: center;">Siglo XIX</p> | <p>Tendencia reformista del concepto de la persona discapacitada y de los servicios de atención.</p> <p>Preocupación por facilitar el desenvolvimiento económico; primeros conceptos de rehabilitación profesional.</p> <p>Especial atención a los aspectos educativos: toman forma conceptos de educación especial.</p> <p>Surgimiento de instituciones educativas especiales.</p> <p>Aparición de organizaciones voluntarias en rehabilitación.</p> <p>Inicio de una época de justicia social para la persona con discapacidad.</p> <p>Desarrollo de servicios y atención especializada.</p> |
| <p style="text-align: center;">Siglo XX</p> | <p>Enfoque de “totalidad” de la persona discapacitada.</p> <p>Énfasis en integración y desinstitucionalización.</p> <p>Reconocimiento del carácter individualizado de la rehabilitación.</p> <p>Desarrollo del trabajo en equipo.</p> |

| 1 PERIODO HISTORICO | 2 PRINCIPALES CARACTERISTICAS |
|------------------------|---|
| | <p>Mayor entendimiento y conciencia de las condiciones de desventaja social de las personas discapacitadas.</p> <p>Preocupación por la integración sociolaboral de la persona con discapacidad.</p> <p>Recuperación de la capacidad productiva.</p> <p>Énfasis en independencia y equiparación de oportunidades.</p> <p>Enfoque integral y coordinado de la rehabilitación.</p> |

FUENTE: Bibliografía general utilizada en el desarrollo del presente capítulo.

2. MARCO LATINOAMERICANO

Cuando se hace referencia a la rehabilitación en América Latina debe tenerse presente que los países que conforman esta región presentan notables diferencias étnicas, sociales, culturales y económicas. Sin embargo, existen aspectos que son comunes a todos y que, en alguna medida y explican las características de la situación de la discapacidad y condicionan los avances de los programas de rehabilitación.

La pobreza, que afecta a grandes grupos de población, produce secuelas de enfermedades y desnutrición, analfabetismo, migraciones masivas; el crecimiento desmedido de la población frente a la demanda no satisfecha de servicios básicos; los problemas de desempleo y subempleo que repercuten directamente en las posibilidades de inserción laboral de las personas discapacitadas, son apenas algunas de las circunstancias inevitablemente asociadas al estado de la rehabilitación en el contexto latinoamericano.

En muy pocos países de la región se cuenta con estadísticas confiables sobre población discapacitada. Se ha venido trabajando en las cifras estimadas y difundidas en 1982 por las Naciones Unidas, según las cuales el 10% de la población total, como mínimo, presenta alguna limitación y el 25% de la población total sufre las consecuencias que la invalidez acarrea.

En el año 1982 el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional en su informe "Alcance del Problema de la Invalidez en América Latina ante su Realidad Sociocultural" señalaba 64 millones de personas limitadas en su capacidad de trabajo, en América Latina.

Al respecto, GLARP indica:

La diferencia existente entre el porcentaje de invalidez aceptado a nivel mundial (10%) y el significativamente más alto (17% de América Latina) es atribuible a las condiciones socio-económicas y culturales que no ofrecen los elementos básicos para un desarrollo equilibrado de sus habitantes, quienes presentan problemas comunes de desnutrición, higiene inadecuada, enfermedades endémicas y epidémicas, de embarazo y prácticas erróneas de nacimientos, tratamiento inadecuado de las infecciones, aumento creciente de los problemas de farmacodependencia y alcoholismo; factores todos éstos, que contribuyen al crecimiento de la invalidez. (43)

Latinoamérica inició programas de rehabilitación a comienzos del presente siglo, especialmente con personas ciegas y sordas. Se registran acciones pioneras en Argentina y Perú y México. A mediados del siglo, la epidemia de poliomielitis que azotó el continente motivó la creación y funcionamiento de los primeros servicios de rehabilitación física, en casi todos los países.

En el campo de la rehabilitación profesional surgieron algunos talleres protegidos para distintos grupos de personas discapacitadas; sin embargo, los logros no fueron muy satisfactorios, especialmente por falta de capacidad técnica.

En general, la cobertura de servicios era muy limitada, ya que los programas en su mayoría estaban a cargo de la iniciativa privada sin apoyo significativo del sector oficial. La falta de coordinación y de colaboración trajo como consecuencia un considerable desaprovechamiento de recursos.

A partir de los años 60, los gobiernos empezaron a asignar mayor prioridad al problema de las personas con limitaciones físicas y mentales, y la cooperación técnica internacional reforzó su presencia en este campo.

Dentro de las perspectivas de acercamiento entre los Estados Unidos y Latinoamérica, la Universidad del Estado de Michigan se comprometió en 1960 a realizar un programa de investigación y adiestramiento para la rehabilitación y la educación especial en la región. El programa estuvo a cargo del Dr. John E. Jordán, acompañado por varios asistentes investigadores.

El estado de la Educación especial y la rehabilitación en América Latina para los años 1960-1964 reunía las siguientes características generales y según conclusiones de la citada investigación:

Los alumnos que recibían la educación especial venían de toda clasificación de sistemas y sean socioeconómicos, rural-urbanos, grupos de incapacitados, etc. El gran porcentaje de esos niños procedía de las clases socioeconómicas altas y de las áreas urbanas y de la población no indígena. Las áreas rurales no ofrecían facilidades de educación especial y rehabilitación.

La edad predominante de la población atendida era de 5 a 12 años. Muy pocos niños impedidos iban más allá de la escuela primaria y casi ninguno a la universidad.

Los programas de adiestramiento para profesores de educación especial eran pocos en número y limitados en extensión y profundidad. Algunos de estos programas estaban adheridos a instituciones que entrenaban a maestros en enfermería o kindergarten, mientras que otros eran entrenados en escuelas "normales". El servicio paramédico (terapistas físicos, ocupacionales, etc.)

estaba relativamente bien preparado. En servicio médico en sí, trabajaba muy cerca de la educación especial y era el mejor capacitado, pero, naturalmente, veía la educación especial más bien como un problema primordialmente médico.

La mayoría de los países procuraba ensayar el programa primario regular cuando por primera vez se iniciaban las clases de educación especial. Consecuentemente los programas eran altamente académicos y con poco o nada sentido vocacional. Los programas de adiestramiento vocacional estaban en las etapas iniciales en algunos países que tenían perspectiva de rápida expansión.

La mayoría de los programas eran particulares en vez de patrocinados por el gobierno.

El financiamiento para la educación especial y rehabilitación venía principalmente de cuatro fuentes; loterías, donaciones privadas, ayuda del Gobierno Nacional y asistencia de agencias internacionales. Las donaciones privadas de terrenos, edificios, equipos, dinero, etc., provenientes de padres de niños impedidos y ciudadanos interesados, constituían la mayor fuente de abastecimiento en algunos países. Donde las donaciones eran pocas, el gobierno ofrecía cierto financiamiento, especialmente en las áreas médicas como la atención de la polio, donde un aula de educación especial debía estar adjunta al hospital.

Las agencias internacionales estaban tratando de representar un papel principal en la asistencia de la educación especial y rehabilitación en América Latina.

Respecto a las condiciones físicas, los edificios y equipo de las instituciones especializadas en educación especial y rehabilitación son descritos como demasiado pequeños, diseñados y equipados ineficientemente y en mal estado. La mayoría de los edificios fueron construidos para otros propósitos, primeramente, como residencias privadas, que luego fueron convertidas en edificios educacionales. Grandes esperanzas existían en algunos países donde había escuelas modernas y bien disecadas, bien dotadas de equipo y materiales, pero esto no era lo común.

Presume el Dr. Jordan su impresión sobre el tema:

A través de toda América Latina hay "conocimiento" de que la rehabilitación y la educación especial son deseables; hay una gran propagación y casi un "interés anónimo" para ser informados acerca de las técnicas y programase hay grupos e individuos que valoran y razonan las ideas y opiniones, y también hay programas piloto de todas clases en el "período de prueba... Si la rehabilitación y la educación especial en América Latina alcanzan el período de "adopción" y ello podría ser un índice de la adaptación latinoamericana al sistema moderno de vida, el cual se caracteriza por una preocupación de los factores empíricos implicados en el bienestar de todos los habitantes, prescindiendo de raza, credo, color, rango físico o habilidad mental". (44)

Los años 1960-1970 mostraron en América Latina un claro interés en mejorar el nivel profesional de la atención de todo tipo de discapacidad. Prosperaron los llamados "equipos de rehabilitación", los cuales centraron su intervención fundamentalmente en el sujeto portador de la discapacidad, ya que al medio o contexto no se le otorgaba aún la debida importancia como generador de minusvalía. Sin embargo, la persona discapacitada seguía manteniendo un desempeño pasivo y se proseguía con una actitud de asistencia y protección. (45)

En esta época hubo también expansión de servicios médicos, educativos y, singularmente, la rehabilitación profesional mostró cierto avance. La capacitación de personal fue aspecto de especial interés.

En este proceso de paulatino cambio y en lo que atañe a Centroamérica se particulariza, el esfuerzo realizado por los países de la región tendiente a impulsar acciones conjuntas para la mejor atención del problema de la discapacidad.

Un intento de regionalizar la rehabilitación y la educación especial se dio en agosto de 1968 al crearse la Comisión Centroamericana de Inválidos, cuya primera reunión se celebró en Junio de 1969, en la ciudad de San Salvador, con la asistencia de prominentes profesionales que para entonces lideraban esos campos en los diferentes países.

Este acontecimiento estuvo patrocinado por la Organización de Estados Centroamericanos O.D.E.C.A. La comisión fue denominada organismo técnico y permanente del Consejo Centroamericano de Salud y su principal fin fue estudiar y proponer soluciones a los problemas de rehabilitación de inválidos dentro del área centroamericana y asesorar y en lo pertinente, a los Consejos Centroamericanos de Salud, Educación y Trabajo (46)

Algunas resoluciones de esta Comisión expresaron el estado de la idea, intención e incluso carencia que con respecto a la discapacidad se tenía en aquella época. Se define la rehabilitación como "conjunto de métodos y procedimientos que actuando sobre el individuo y quien por factores extrínsecos o intrínsecos tiene limitadas sus facultades, logran su retorno a la normalidad o a una mejoría que le permita incorporarse a la vida activa, social, y económica de la comunidad". (47)

Se declara que " La rehabilitación es un derecho inherente del individuo y los gobiernos y comunidades del área tienen la obligación de dar ayuda y permanente protección a los servicios de rehabilitación". (48)

Se reconoce la imperiosa necesidad de acrecentar los recursos de personal especializado en rehabilitación, para atender al menos la demanda manifiesta de programas en los países del área. Para ello se reconoce a los siguientes servicios de rehabilitación y educación especial existentes, como centros regionales de formación y especialización: Instituto Panameño de Habilidad Especial, Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Escuela Nacional de Terapia Física, Ocupacional y Especial (Guatemala), Centro de Parálisis Cerebral y Centro de Audición y Lenguaje del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas" (El Salvador), Escuela de Enseñanza Especial de Costa Rica. (49)

El mayor impacto de la Comisión Centroamericana de Inválidos consistió en la puesta en marcha de comisiones nacionales, que durante un tiempo ejercieron funciones coordinadoras e impulsadoras de acciones en el campo de la rehabilitación y la educación especial en los respectivos países. Esta Comisión tuvo una vida relativamente corta y su continuidad se vio afectada especialmente por dificultades operativas, financieras y de apoyo político.

Las décadas del 70 y 80 modifican sustancialmente la tendencia precedente, en particular por impulsar los conceptos de integración y normalización que se contraponen a la idea de que las personas discapacitadas deben ser atendidas separadamente; se acepta que aún las personas con discapacidad grave funcionan mejor en ambientes menos restringidos que ofrezcan acceso a la educación, al trabajo y a la interacción social » La atención institucionalizada empieza a concebirse como opción importante.

Las organizaciones de personas discapacitadas se incrementan y logran mayor nivel de organización; aportan a la rehabilitación el concepto de autonomía y equiparación de oportunidades.

El entorno social, económico y cultural prorrumpa como elemento también objeto de la rehabilitación, pues es éste el que en última instancia invalida a la persona.

El Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, GLARP refiere que;

Con los anteriores conceptos como bandera, se han ido alcanzando resultados favorables en cuanto a la integración de las personas con limitaciones. Cada día en forma menos difícil, se logra que las personas con limitaciones tengan acceso a los mismos servicios de la comunidad en general; salud, educación, formación profesional, trabajo, eventos culturales, etc. La persona con limitaciones es considerada con derechos y deberes; muchas de las barreras físicas están siendo modificadas paulatinamente, varios países han legislado sobre accesibilidad, pero aún quedan muchas actitudes que deban cambiar para que se logre su integración a la sociedad. (50).

CAPITULO IV

PRINCIPALES ANTECEDENTES SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LA REHABILITACION EN COSTA RICA HASTA 1940

1. ALGUNOS ELEMENTOS POLITICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES QUE CARACTERIZARON A COSTA RICA ANTES DE 1940

Al momento de la independencia, Costa Rica contaba con unos 60.000 habitantes y una tasa de crecimiento de la población española y mestiza superior al 2%. (51)

La consolidación del Estado costarricense, especialmente en lo político y económico; duró varias décadas después de haberse alcanzado la independencia de España y de haber participado en la Federación Centroamericana. En materia social, Braulio Carrillo impulsa la educación y trata y aunque no es posible, que se enseñe medicina y cirugía en el San José de 1838, en el que no existían hospitales, laboratorios y colaboradores. (52)

También, durante los primeros años de vida independiente, con el afán de extender la naciente producción cafetalera, actividad que ya se consideraba como de importancia para el futuro del país, se realizaron repartimientos de tierras baldías, con lo cual el régimen parcelario recibió un nuevo impulso. (53)

Es en la constitución de 1844 que el Dr. José María Castro hace insertar un título sobre Educación Pública, por primera vez en nuestra historia constitucional; allí se establece que la "ilustración es un derecho de los costarricenses" y que "es un deber sagrado del gobierno poner todos los medios que están a su alcance para ilustrar al pueblo". (54)

Durante la llamada "República Liberal se cierra el proceso de asentamiento y consolidación de los grupos oligárquicos, vinculados a la economía del catey proceso que en sentido estricto se consolidó con la Constitución de 1871 y el gobierno del General Don Tomás Guardia". (55)

Hacia 1880 el sistema de propiedad agro comercial tenía un profundo sentido capitalista, dentro del desarrollo colonial del capitalismo, inicialmente impulsado por Inglaterra y luego por los Estados Unidos. Desde esa fecha Costa Rica se convierte en un país de economía dependiente, primero por la exportación del café y posteriormente se agrega la del banano. Este último, sin embargo, es entregado a la explotación de firmas extranjeras.

En ese proceso de consolidación, las funciones del Estado Costarricense se orientan hacia el desarrollo de las vías de comunicación y hacia la inversión de capital extranjeros; así mismo se impulsan los mecanismos de dominación, no por la fuerza militar, como fue el proceder de la oligarquía en los otros países del área, sino por medio de mecanismos más sutiles y persuasivos como lo fue el estimular el proceso de enseñanza, tanto en primaria como en secundaria, y, el crear en la ciudadanía la conciencia de un régimen paterno civilista, de profundo apego y respeto a la Ley, como expresión jurídica del dominio de las clases gobernantes, que protegía al ciudadano de los desafueros del estado interventor. Este proceso ayudó también a crear los elementos de un costarricense individualista y con fe en la solución estatal de sus problemas sociales, aunque el Estado costarricense de la época no intervenía en materia social con una política clara ni definida. Por este motivo y el marco jurídico institucional se desarrolla, más que con políticas sociales, con libertades democrático-individuales. (56)

El modelo de orden social establecido por el Estado era el de no intervenir. Sus funciones estaban orientadas a la generación de infraestructura, recaudación de impuestos, defensa de la seguridad y la soberanía. No obstante, la parte educativa sí había sido de interés como un componente de la nacionalidad que se moldeaba.

En materia social es importante referirse a la Carta Pastoral, la Número 30 y del Obispo Thiel en 1893, "Sobre el justo salario de los jornaleros y artesanos y otros puntos de actualidad que se relacionan con la situación de los destituidos de bienes de fortuna", En ésta se reconoce "que el salario no sólo era un problema social, sino que no era justo y atacaba tácitamente las disposiciones laborales del Código Civil aprobado en 1888". (57)

La proclama de Thiel encendió los ánimos del Gobierno, y el Ministro de Culto, Manuel V. Jiménez le escribió a Thiel sobre la "necesidad de llamar seriamente la atención de Ud. hacia el procedimiento empleado por Ud. dando publicidad a su citada Pastoral y otras anteriores, sin haber obtenido previamente autorización del Poder Ejecutivo y hacia doctrinas tan erróneas como la de que la autoridad debe fijar el precio de los salarios de los trabajadores y tan antieconómicos como la de que se establezca valores de los artículos de primera necesidad, tan inconvenientes como la de excitar a los obreros y artesanos a formar entre ellos sus propias asociaciones y juntar sus fuerzas de modo que puedan animosamente libertarse de la injusta opresión que supone de los patrones". (58)

El Presidente de la República, José Joaquín Rodríguez, también afirmó que el llamado de Thiel constituía un peligro por lo exótico de su planteamiento, al referirse a la mala situación salarial de los trabajadores del campo, porque excitaba a los trabajadores a agruparse, calificando tales ideas de anacrónicas, antieconómicas y erróneas. El Obispo Thiel, por su parte insistió en que tal planteamiento formaba parte del programa del Partido Unión Católica.

El llamado del Obispo Thiel constituyó en la práctica el primer indicio de lo que, al adquirir mucho mayor amplitud y desarrollo en décadas posteriores, se convertiría en la lucha por las garantías sociales en el país. "Las bases del poder político de las clases cafetaleras se habían asentado en el desarrollo del comercio y la vinculación de nuestro país a la economía inglesa. El poder lo afirmaron con la Constitución de 1871 y con ella no solo amarraron la estabilidad económica del país con la necesaria estabilidad política, sino que garantizaron un régimen de libertades individuales, desentendiéndose de los problemas sociales". (59)

En ese mismo año, 1893; el Partido Independiente Demócrata y fundado por Félix Arcadio Montero propone un Programa que "respetará los derechos individuales como inalienables leyes naturales y reconocerá la igualdad civil en los derechos y deberes sociales", proponiendo además el desarrollo y fomento de la institución pública. (60)

Al acercarse el fin del Siglo XIX, el país ya tiene más de 300.000 habitantes y de los cuales 250.000 viven en las cuatro provincias centrales. La distribución geográfica muestra que a lo largo de estas décadas y se han ido poblando extensas regiones en el Valle Central, antes totalmente cubiertas de selvas. (61) La aparición de servicios sociales no sigue el mismo ritmo que el crecimiento y la distribución geográfica de la población y concentrándose los que existen en la Meseta Central.

En el campo cultural las dos últimas décadas del Siglo XIX han visto un avance en materia de construcciones y creación de instituciones artísticas: en 1880, orquesta y orfeón en Cartago; en 1889 una Escuela Nacional de Música que apenas alcanzará cinco años de vida, el Teatro Nacional en 1897 y la Escuela Nacional de Bellas Artes en ese mismo año.

Quizás el logro más importante en el campo social se da en materia educativa, pues la educación llega a convertirse en obligación del estado, entendida a todos sus ciudadanos y' con carácter de gratuidad y obligatoriedad. La aparición de instituciones educativas y sus posteriores efectos son un pilar sobre el que se consolida el desarrollo de la nacionalidad.

No es sino hasta 1901 que en el país se aprueba la ley No. 15 del 15 de octubre, que establece los salarios que debían pagarse a los dependientes de comercio y a los hombres de mar, y en 1902, se dicta la Ley N°. 81 de 20 de agosto, que regula "el alquilar de servicios agrícolas, domésticos e industriales". (62)

Las primeras décadas del Siglo XX ven un crecimiento en la organización y gremial de los trabajadores y otros sectores sociales. En el ambiente político no pueden ocultarse las ideas socialistas que se mueven principalmente en Europa, ni las crisis oligárquicas que comienzan a emerger en América Latina, como la "Revolución Mexicana" de 1910 y otros movimientos en América del Sur.

La Primera Guerra Mundial tiene sus efectos económicos y sociales para Costa Rica, ya que los mercados europeos se cierran para las exportaciones, y el país mantiene en Inglaterra su principal mercado para Europa. Le corresponde a la Administración González Flores, soportar los efectos de la crisis y se ve obligada a tomar medidas internas que afectan a los sectores poderosos y a la población en general.

La creciente organización de los trabajadoras derivó en la agudización de huelgas en los talleres de zapatería, sastrería, panadería, negocios comerciales, reivindicando diversas peticiones de índole económico-social y laboral.

En 1917, bajo la Administración Tinoco, el diputado de Asamblea Constituyente, Alejandro Alvarado Quirós propuso que el que el Congreso dictará leyes sobre el trabajo, de acuerdo a las necesidades del país, aplicándose las mismas a empleados, obreros, jornaleros y sirvientes. Estas leyes debían comprender; jornada máxima de 8 horas, obligatoriedad del descanso semanal, responsabilidad del patrono o del empresario por los accidentes de trabajo y las enfermedades que adquirieran los empleados o trabajadores como consecuencia del trabajo que realicen, donde se pedía también, obligar al patrono a pagar indemnización por estos riesgos.

Es en esta administración que se plasma en el artículo 10 de la Carta Magna, "la obligación del Estado de velar por el bienestar de las clases trabajadoras, y para ello dictará las leyes necesarias a falta de iniciativa social promoverá y en todo caso apoyará en la medida de sus recursos, las instituciones que tengan por objeto armonizar sobre bases de Justicia las relaciones obrero patronales y las que tiendan, a mejorar la situación económica de éstos y a ampararlos en caso de enfermedad, vejez o accidente, paro de trabajo u otras circunstancias de desgracia independientes de su voluntad". (63)

Los años de gobierno de Tinoco son de mucha agitación social y de oposición ciudadana-, lo mismo que los años de 1920 y 1921. Además de las reivindicaciones salariales y los trabajadores plantean reivindicaciones de Jornada de trabajo, disminución de los costos de alquileres y leyes contra la usura.

Hay claros indicios de que las ideas socialistas y se conocen en ese momento, y que son reforzadas por la llegada de inmigrantes europeos que enriquecen las ideas del movimiento obrero.

Es importante rescatar que en el comienzo de la Administración del Presidente Julio Acosta, se decreta un impuesto sobre jornales del 5%, de los cuales el patrón pagará el 3% y el obrero el 2%., con el objeto de construir hospitales.

En 1922 llega al Congreso un exsacerdote, quien denuncia la injusticia social. Jorge Volio, organiza el Partido Reformista y se ubica como candidato a la Presidencia de la República, En su programa reformista aparece, entre otros postulados, la necesidad de una ley de accidentes de trabajo.

En el Congreso de 1924 se irán aprobando varias leyes de carácter, social, originadas en el pacto político del Partido Reformista con el presidente don Ricardo Jiménez; durante el período 1924 - 1923. (64)

En 1925 se aprueba la Ley de Accidentes de Trabajo y se encarga al Banco Central de Seguros, creado en enero de ese año, el servicio de seguros de accidentes de trabajo.

En 1928, la situación del país se vuelve a tornar crítica y, al calor de ciertas reformas sociales que se habían impulsado en Centroamérica para ayudar a sostener los embates de la crisis mundial que se iniciaba, el Gobierno dicta la Ley No. 33 del 2 de Julio de 1923, tomando medidas que procuren solucionar el problema, general de los trabajadores. Esta ley obligó a la creación de la Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Previsión Social, a la que se le asignaron, entre otras tareas y las siguientes;

a) Contrato de trabajo; reglamentación de las horas de trabajo y descanso, reglamentación del salario; reglamentación de los talleres; protección del trabajo; accidentes de trabajo y jurisdicción.

b) Previsión y seguro, ahorro, seguros sociales, pensión a la vejez, cajas de previsión; sociedades mutualistas; seguro contra el paro. (65)

En esa época, el Partido Reformista planteaba en su programa políticas tales como La Ley de Accidentes de Trabajo, los centros de cultura popular, la dignificación de la vida de los ciudadanos por medio de la higienización y el mejoramiento de las viviendas. (66)

La crisis económica general del capitalismo de 1929 afectó simultáneamente a los países desarrollados y subdesarrollados por el alcance generalizado que tuvo, en lo relativo al comercio exterior, sobre todo en el nivel de ingresos, la ocupación y el sistema financiero, fiscal y cambiarlo. (67)

Los efectos sociales de la crisis golpearon a la clase trabajadora, la que vio disminuidas sus fuentes de empleo, tanto públicas como privadas, afectándose también el gasto e inversión pública.

En 1931 se formó el Partido Comunista de Costa Rica, con la expectativa de alcanzar el poder político para la clase trabajadora. Este partido propone un programa que en materia social incluye lo siguiente:

El "establecimiento de seguros sociales a cargo del Estado, para la desocupación, accidentes de trabajo, enfermedades en general y vejez y maternidad, etc."

Abolición del trabajo para los niños menores de 15 años, y reglamentación del trabajo de los mayores de quince años y de la mujer.

Higienización del país. Creación y sostenimiento por el Estado de colonias sanitarias para niños débiles, de dispensarios y hospitales modernos, de casas de maternidad; de granjas de descanso en el campo para los trabajadores. Campaña educativa entre las masas sobre la necesidad de una alimentación racional. Lucha contra las enfermedades sociales (venéreas, tuberculosis, drogomanía, etc.). (68)

Es a Don Ricardo Jiménez, nuevamente electo presidente para el período constitucional 1932 - 1936, a quien le toca hacer frente a la culminación de la crisis mundial. Sin embargo, él tampoco cuenta con un programa completo en este campo, los problemas sociales se agudizan y las medidas del gobierno resultan insuficientes en circunstancias tan difíciles.

Debido a la desocupación, que alcanza niveles dramáticos, se emprenden obras públicas para aliviar sus efectos; se presta ayuda directa a los desocupados; se decreta la inembargabilidad de tres cuartas partes del monto de los salarios y del menaje y ropa de casa, se limita la jornada de trabajo, se decretan algunos salarios mínimos y se intenta establecer colonias agrícolas.

El Partido Comunista logra elegir dos diputados en el Congreso Constitucional, en las elecciones de 1934. Desde el Congreso, este partido intentará impulsar su programa mínimo de carácter progresista que en materia social conlleva seguros sociales, salarios mínimos, jornada máxima de trabajo y otras reivindicaciones obreras.

Un signo del cambio de los tiempos que se avecinan a finales de la década de los años treinta es la consagración del sacerdote Víctor M. Sanabria como Obispo de Alajuela, en abril de 1938. En contraste con las declaraciones que hasta el momento siempre habían dado las altas autoridades eclesiásticas, el nuevo obispo expresa en su primera Carta Pastoral "No podría ni puede la Iglesia colocarse al margen de la llamada cuestión social". (69)

En 1940, el país tiene 600.000 habitantes y los problemas sociales siguen siendo bandera de lucha de las organizaciones gremiales y del Partido Comunista. A pesar de que se han logrado algunas conquistas, los gobiernos no han tenido una política social que se preocupe por resolver, de manera integral, los problemas sociales.

No obstante, ya están maduras las condiciones para que el nuevo Presidente de la República, el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, orientado por la "doctrina del cristianismo social" exprese que su gobierno se preocupara por los problemas del trabajo, y que se dispone a hacerles frente con las ideas básicas expuestas por los papas León XIII, Pío XI y otros expositores de esa doctrina.

Por otra parte, la Iglesia católica costarricense, con el recién consagrado Arzobispo de San José, Monseñor Víctor Manuel Sanabria, toma conciencia de la necesidad del cambio social y afirma públicamente que apoyará las medidas que se adopten en este sentido.

2- PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS RELATIVOS A LA PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y A LA ATENCIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS QUE ANTECEDEN A LA REHABILITACIÓN HASTA 1940

Poco de concreto existe reseñado respecto a la discapacidad y a la vida de las personas con alguna limitación física o mental antes de 1940 y en Costa Rica.

Pese a no ser posible la referencia evidente de todas las deficiencias y discapacitados que afectaron a los costarricenses antes del año supra citado - y que sin duda existieron - hay registro de serios padecimientos invalidantes que amenazaban la sobrevivencia de estas personas y su funcionamiento e integración dentro de sus grupos como elementos participantes. También se encuentran algunas descripciones que patentizan la intención de prevenir o disminuir los riesgos que ocasionaban estos problemas.

Las Leyes de Indias y puestas en vigencia en 1980 por Carlos II, contienen en el Libro VI normas reguladoras de las condiciones de trabajo en las actividades que representaban mayor peligro para la salud de los indios; por ejemplo, el trabajo en las minas y o en cultivos como la coca y si añil. Previeron la reparación de los accidentes y enfermedades que se dieran a causa del trabajo y así como también la atención médica para los indios empleados en trabajos perniciosos para la salud. De alguna manera, dichas Leyes se ocuparon de ciertos aspectos que contiene la concepción actual de los riesgos de trabajo.

2.1. La atención de la lepra

Los primeros relatos disponibles en referencia específica a la discapacidad se remontan al tiempo de la Colonia, "versiones históricas aseguran que el mal de San Lázaro –la lepra-- apareció durante el Coloniaje entre los años 1735-1738". "La primera portadora de esta enfermedad fue una criada que servía en casa de Doña Josefa Pérez de Muro, quien la asiló e n el caserío llamado Churruca, en la vivienda de Francisco Aguilar. A pesar del aislamiento, se contagió toda la familia... Pocos años después había 29 leprosos que se refugiaron en Chircagres y en Corralillo de Cartago, donde se facilitaba la evasión por la Jurisdicción borrosa entre Cartago y Desamparados". (70)

Ya antes de la primera mitad del siglo XIX, y ante la existencia de algunas personas leprosas se inician por esa época las primeras acciones para la fundación del llamado Lazareto. Este primer esfuerzo surgió como iniciativa de la clase eclesiástica y tuvo un carácter eminentemente caritativo y asistencial. La ayuda de los vecinos se hizo presente y mediante donativos en especie y en dinero.

En este acontecimiento concurre también la primera intervención del Estado costarricense a favor de la población discapacitada: " al venir la Independencia la Asamblea Constitucional dispone para el establecimiento de un lazareto general, crear un impuesto de un real por carga de algodón que entrara al Estado. Por decreto de ocho de mayo de 1826, el Poder Ejecutivo y representado por don Juan Mora, sanciona y ordena ejecutarlo". (71)

Alrededor de 1866, el Lazareto atendía en forma institucionalizada a un número de 20 leprosos, sin disponer del personal necesario ni capacitado. Al año señalado ni siquiera existía médico para aliviar el mal de los pacientes. "La institución, para entonces, contaba con un encargado - Señor Santiago Alvarez - que devengaba un salario de 40 colones mensuales y cuya principal función era la administración de las píldoras arsénicas que constituían el tratamiento de alivio". (72)

Cerca del año 1895 se habla de un médico del Lazareto - Dr. Elías Rojas - quien realizó un viaje da estudio a Colombia con el objetivo de aprender el método curativo de la enfermedad), observando los avances de la ciencia en aquel país.

Esta situación continúa en los años siguientes, con algunos cambios poco significativos. Para 1928 o 1929 la atención que se ofrecía a las personas leprosas reflejaba el claramente el concepto y la praxis que aún persistían respecto a este tipo de discapacidad. Según si Dr. Solón Núñez, Ministro de Salubridad Pública y Protección Social de los años citados, el Leprosario casi sólo llenaba la finalidad preventiva segregando de la sociedad elementos de contagio y, aún desde este punto de

vista, su labor no era completa. Los esfuerzos habían sido estériles para conseguir de las autoridades su colaboración a fin de sorprender a los enfermos y haberlos ingresar a la leprosería por compulsión o por convicción.

En cuanto al tratamiento, la imposibilidad de tener un médico y un cuerpo de enfermeras capaces, la ausencia de salones para casos graves, de laboratorio, pilas de natación, baños de ducha, departamento de fisioterapia, facilidades para una mejor alimentación, etc., hacían que la terapéutica se limitara exclusivamente a la aplicación automática de drogas con resultados imperceptibles. El trabajo científico era escaso y lo mismo el edificio que se utilizaba estaba en ruinas. Durante el año anterior en 1927, ingresan diecinueve leprosos de los cuáles cinco son mujeres y catorce hombres, reportándose la muerte de diez, mientras que permanecen en el Leprosario un promedio de sesenta y nueve leprosos mensual mente. (73)

La situación descrita refleja el enfoque puramente asistencial que se aplicaba a este tipo de discapacidad y sin ningún alcance rehabilitatorio. Imperaba entonces el principio de segregación de las personas leprosas, con gran prejuicio social, así como la institucionalización y la exigua prioridad del gobierno respecto a este problema.

Estas tendencias, con ligeras mejoras, se manifiestan desde la fundación del Sanatorio Las Mercedes, Institución creada por Decreto Ejecutivo NS 3 de 5 de noviembre de 1923, donde se dicta un reglamento sobre aprehensión, reclusión y libertad condicional de los leprosos en Costa Rica. Este Sanatorio desapareció luego de varios años de funcionamiento, ante la radical disminución de la lepra en Costa Rica y el pase a la estrategia de atención ambulatoria y de consulta externa.

2.2. La atención de la tuberculosis

Volviendo atrás en la historia, ya desde 1899, el- Dr. Núñez y el Dr. Bounefil hacen llamadas de alarma sobre el alto índice de desarrollo de la tuberculosis en Costa Rica.

Para los años de 1922 y 1929 esta enfermedad discapacitante preocupaba a las autoridades de salud, quienes atribuían su alta prevalencia e incidencia al hacinamiento de la población en malas viviendas y a la vida cara, a la escasez de trabajo y al aumento del alcoholismo.

El armamento sanitario contra esta enfermedad en aquellos años era pobre y se concretaba a los servicios ofrecidos en el Sanatorio Duran - que hasta entonces habían tenido un valor exclusivamente preventivo, a la acción de las clínicas escolares e infantiles y al trabajo moderado de los empleados sanitarios. Pero, a diferencia de la lepra, la tuberculosis fue reconocida abiertamente como un problema social y su atención se considera como una responsabilidad estatal.

El Dr. Solón Núñez, Ministro de Salubridad Pública y Protección Social de aquellos años afirmaba que "la tuberculosis es un problema social, cuyo estudio y prevención y la educación antituberculosa y son funciones del estado. Cualquier organismo existente o por establecerse puede y debe cooperar con el Estado, pero la dirección es de éste". (74)

Manifestaba el Dr. Núñez, además, que "el Sanatorio no debe ser solamente una institución preventiva; debe ser campo de tratamiento, observación e investigación y cumplir una labor social que hasta ahora tampoco ha cumplido. (75)

En 1918, dicho Sanatorio ya funcionaba como importante recurso institucional pese a que y desde principios de siglo, se atendía estos enfermos en los salones Calnek y Azul para tuberculosos del Hospital San Juan de Dios.

Años después, con la colaboración de la Facultad de Medicina se fundó la Liga Nacional Antituberculosa a cuyo cargo estuvo el establecimiento del primer dispensario en el Hospital citado.

Simultáneamente, la terapéutica mejoraba y así como las condiciones ambientales, de servicios y de equipo de los establecimientos encargados de atender el problema.

Sin embargo, lo hecho hasta entonces no resultaba suficiente, por lo que en 1937, el Dr. Raúl Blanco Cervantes plantea al entonces Ministro de Salubridad Dr. „ Antonio Peña Chavarría, la conveniencia de emprender estudios para la construcción de un hospital en San José, que ofreciera mejores servicios para estos enfermos, y donde se respetara a la vez la dignidad personal del paciente, aportándose las condiciones adecuadas para la recuperación de su salud perdida con una mayor eficacia profesional. (76)

Por estos años, el problema de la tuberculosis constituía el más grave y de más difícil situación de la sanidad costarricense, pues había dejado de ser un problema puramente médico para convertirse en uno de características sociales higiénicas de mayor trascendencia. Aún estaban cercanos los días en que los enfermos llegaban a los hospitales y sanatorios, dos terceras partes de ellos en estados muy avanzados para los que la terapéutica dejaba poca esperanza de éxito. La lucha por la existencia personal y la de su familia, retenía a los pacientes alejados y segregados, hasta que la enfermedad los dominaba, habiéndose ya contaminado el grupo familiar y el social cercano. Agréguese a esto otros problemas de orden psicológico, grandes prejuicios sociales, ideas arraigadas sobre incurabilidad, fatalismo y, sobre todo, el deterioro de esta persona y consecuentemente de su rol social y productivo.

En marzo de 1940 se funda el Patronato Nacional Antituberculoso y a su vez, el Club Rotario de San José, asume la misión de allegar fondos públicos para cubrir las ayudas económicas que necesitaban los deudos del paciente tuberculoso, quienes se quedaban en desamparo al enfermar el jefe de su familia, circunstancia que anteriormente impedía su inmediata hospitalización y el aislamiento requerido de su medio hogareño y de su trabajo. (77)

Años más tarde, en 1958, se inaugura el Hospital " Dr. Raúl Blanco Cervantes", cuya puesta en operación se ve acompañada de un mejoramiento de la situación económica del país dando por resultado un evidente cambio positivo en el enfoque de atención de este problema.

2.3 La atención de las enfermedades mentales

Las personas con alteraciones mentales conformaron otro de los grupos que mereció atención especial en el período precursor a 1940. Las discapacidades de orden mental y por sus características y por el tratamiento que recibieron en aquellos tiempos, llegaron a la rehabilitación valiosas aportaciones filosóficas, conceptuales y prácticas.

En 1867, el Presidente de la Junta de Caridad Lic. Vicente Herrera Zeledón observa que en si Hospital San Juan de Dios se atendían 6 enfermos mentales y habla de la necesidad de instalar un Hospicio destinado preferentemente a alienados, a fin de rehabilitarlos.

En esta época, la responsabilidad por el cuidado de los dementes correspondía por ley a la Municipalidad, la que reconocía al Hospital San Juan de Dios la suma de cuatro pesos veinticinco centavos al mes por la atención de cada enfermo.

Ya para el año 1883, el Gobierno de la República, por medio del Ministerio de Policía, pasa una nota a la Junta de Caridad y manifestándole la necesidad de internar a muchos individuos que deambulaban por las calles con quebrantos de salud mental.

Al mismo tiempo el Gobierno ofrecía el edificio que estaba Junto al Hospital San Juan de Dios. La Junta para apoyar la realización de esta obra, nombró una comisión compuesta por el Dr. Carlos Durán Cartín y don Francisco Brenes Robles, para analizar el asunto con el Ministro de Policía. Según narra Rodríguez Jiménez (1985) "como resultado de la reunión, pocos días después el Poder Legislativo dictó el acuerdo No. 34, de julio de 1883, que al correr de los años daba nacimiento al que había de nombrarse Asilo Chapuí entre otros nombres". Por esta Ley, el estado destina del Tesoro Público cinco mil pesos, para la construcción de un hospital de dementes. (78)

En 1885, el Dr. Carlos Durán presenta un proyecto ante el entonces Ministro de Estado don Bernardo Soto; para crear la Lotería del Asilo Nacional de Insanos. Esta obra fue inaugurada el 4 de mayo de 1890, con capacidad para 129 personas.

La condición en que se encontraban estas personas discapacitadas y algunos conceptos que entonces ordenaban el tema de las alteraciones mentales, quedan expresados en parte del acta de la Junta de Protección Social que se refiere a la apertura de dicho Asilo:

"Ya no serán los pobres dementes objetos de diversión para unos, molestias para otros, de compasión para las gentes, ya que su desgracia será menos penosa porque la mano caritativa del pueblo costarricense se ha mostrado pródiga a fin de mejorar su condición, levantando este edificio que puede llamarse "templo" por estar consagrado al culto de la virtud más sublime, la caridad". (79)

Por tratarse del funcionamiento de la primera institución para enfermos mentales en Costa Rica y no existiendo en el país personal especializado en este campo y se trajo de Europa al señor A. E. Large, acompañado de su esposa doña Silvia Large, primeros asistentes del "Holoway Hospital" de Inglaterra para que administraran el Asilo. En tanto, el costarricense Dr. Eduardo Pinto realizaba estudios de posgrado en alienismo, en Europa, para aceptar posteriormente la Dirección de dicho centro, También fueron traídos de Europa médicos, asistentes, misceláneos, e importados los equipos necesarios.

El Asilo funcionó durante finales del siglo pasado y primeros años del presente, como un hospital cerrado, con verjas y disciplina férrea. A los pacientes que no controlaban adecuadamente su conducta, se les aplicaba métodos terapéuticos primitivos como la silla de Darwin, que daba veinte vueltas en forma sucesiva a cada lado; también se utilizaban baños calientes y fríos y así como baños de hielo para tranquilizar a pacientes excitados.

Sin embargo y cabe resaltar que en esa época el Asilo ejecutaba ya programas formales de labor terapia y terapia de Juego.

Según lo afirma el Dr. José Acuña Sanabria al referirse al Hospital Psiquiátrico (1979);

A pesar de ser un lugar con carácter custodial, los asilados trabajaban. Poseían sus propios terrenos para producir en sus granjas y sus telares y sus huertas, suficiente no sólo para satisfacer la necesidad y el presupuesto propio sino para asistir con parte de los gastos del Hospital San Juan de Dios" (80)

Estos programas de laborterapia pueden ser concebidos hoy dentro de este marco evolutivo conceptual, como un aporte germinal a la rehabilitación profesional.

Cerca del año 1915, algunos médicos que realizaban estudios especializados en el exterior regresaron al país e iniciaron la transformación del Asilo en hospital. A partir de los años 30, aproximadamente y el paciente psiquiátrico comienza a verse como enfermo y no como loco e insano.

2.4 La atención del retardo mental

El 1° de setiembre de 1914, fue creado el Servicio de Medicina Escolar Infantil, como dependencia de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. El reglamento de este Servicio establecía, entre otras funciones, la observación de los estudiantes física e intelectual mente anormales.

Sin embargo y no es sino hasta en la Memoria del año 1937 de dicha Secretaría, que de manera más específica se menciona la situación de los niños con discapacidad mental. Para completar la vigilancia Sanitaria que cuidadosamente se ejercía en las escuelas y por primera vez se considera la conveniencia y necesidad de crear el Departamento de Higiene Mental Infantil, primero, para las escuelas y luego para entender el servicio a todos los grupos sociales de la nación, dado el aumento de los defectos psíquicos en la población. En dicha memoria, se consigna esta situación de la siguiente forma:

Para esta fin se incluyen en el presupuesto del próximo año las partidas necesarias para el personal que estudie en nuestras escuelas a los niños anormales desde el punto de vista mental como son los defectos éticos, los psicópatas, los delincuentes precoces, los niños oligo - frénéticos y los coreicos, y epilépticos. Cuando esta investigación se realice..., debe organizarse un

dispensario para correcta terapéutica y, a ser posible, para la profilaxis de dichos defectos mentales. (81)

Por su trascendencia histórica se rescatan las ideas expresadas por el Dr. Fernando Quirós Madrigal y contenidas en la Memoria citada:

Como consecuencia de las anteriores actividades sanitarias, tendrá también que organizarse en el futuro una escuela para el manejo científico y humano de los niños anormales, que constituyen para el profesorado dentro de nuestra escuela verdaderos problemas docentes. (82)

Esta intención constituye la fuente precursora inicial de la educación espacial en Costa Rica. La idea fue acogida y respaldada por el Dr. Antonio Peña Chavarría, entonces Secretario de Estado de la Cartera de Salubridad Pública y Protección Social.

En el año 1938, por iniciativa del Dr. Fernando Quirós Madrigal se creó la Sección de Higiene Mental. En los primeros nueve meses de funcionamiento y este servicio examinó y registró noventa y seis casos de niños con problemas mentales y asociados, lo que se consideró alarmante por confirmar la suposición de que el número de " niños anormales" iba en marcado crecimiento.

También en este mismo año se refiere la existencia, en varias escuelas, de clases separadas para niños que repiten varias veces un mismo grado y entre los que se suponía un buen número de retrasados mentales.

Según afirma el Profesor Fernando Güell, ya antes de 1940 en Costa Rica se había intentado resolver el problema de los niños retrasados mentales, creándose de manera imperfecta, por carencia de personal técnico secciones escolares que en otros países funcionaban con el nombre de clases diferenciales u de avance. La verdadera enseñanza para defectivos mentales se ignoraba y como también la de los sordomudos, a pesar de que su práctica es antigua en nuestro Continente (la escuela de sordomudos de Chile fue fundada en 1852, la de Brasil en 1856 y la de México en 1861) (83)

2.5 La atención de la invalidez física

Respecto a otros tipos de discapacidad, en 1937 la Secretaría de Salubridad define dentro de las " Principales causas de mortalidad infantil en San José..., vicios congénitos de conformación" estimando]os en un 1.31%. (84)

En lo que concierne a la situación social y de seguridad social de las personas con discapacidad, ésta era alarmante según registros que datan de las postrimerías del siglo pasado.

Sin embargo, desde que la sociedad costarricense irrumpe en el Siglo XX, se experimenta un cambio radical, especialmente vinculado en el campo social al desarrollo de los trabajadores de la construcción. Esto hizo que desde 1907, con base al creciente número de accidentes de trabajo y la desprotección total de los trabajadores, el diputado Enrique Pinto propusiera un proyecto de Ley para proteger a los obreros y empleados de los accidentes de trabajo. (35)

Esta Ley tendía a proteger a obreros, empleados, colonos y Jornaleros en su trabajo en fábricas, talleres, transportes, minas y explotaciones rurales, dando derecho a una indemnización a cargo del patrono.

No obstante, la Ley de Accidentes de Trabajo no fue aprobada sino hasta 1925, habiéndose encargado al Banco Central de Seguros creado en enero de este año, el servicio de seguros de accidentes de trabajo.

Los acontecimientos ocurridos en esta etapa precursora fertilizaron el terreno sobre el cual vendrían a apoyarse y prosperar, a partir de 1940, acciones específicas de rehabilitación.

Hasta este momento, la historia no registra acciones significativas de atención en las áreas social, psicológica, educativa o de trabajo que pudieran ser conceptualizadas como rehabilitación.

Sin embargo, resulta difícil demarcar de manera totalmente precisa la frontera histórica que da inicio a la rehabilitación ya que, y como proceso que es y sus orígenes se remontan y seguramente, más atrás de donde la historia logró ser escrita y consignada para la ilustración y el conocimiento de las generaciones posteriores.

CAPITULO V

ETAPA PIONERA DE LA REHABILITACIÓN EN COSTA RICA

PERIODO 1940 - 1965

RESUMEN

Etaa Pionera de la Rehabilitación en Costa Rica

Periodo 1940 - 1965

A partir de 1940 se inicia en Costa Rica un cambio social con respaldo político, que rompe el esquema de los gobiernos liberales que antecedieron. Las fuerzas sociales emergentes de la guerra civil de 1948 además de mantener profundizan las reformas sociales iniciadas en 1940, complementándolas con otras medidas de carácter económico, social y político,

La rehabilitación se ve favorecida con la creación expresa de los primeros servicios en las áreas de educación especial en 1940, de rehabilitación física en 1954, y de rehabilitación profesional en 1960. Se dan algunas acciones que introducen, de manera incipiente, la rehabilitación Social.

Durante este periodo Costa Rica inicia un nuevo estilo de desarrollo, en donde el Estado ejerce el derecho a intervenir en diferentes ámbitos en favor del interés público. El Estado asume un rol fundamental en el proceso económico y social, redistribuyendo el ingreso vía programas sociales, en especial de educación y salud.

Esto favorece directamente la atención del problema de la discapacidad, que en este periodo cobra dimensiones importantes ante la ciudadanía, especialmente con la epidemia de poliomielitis de 1954. Otras circunstancias, como la existencia de población infantil con diferentes tipos de discapacidad sin atención educativa especial, y la detección de adolescentes y adultos que requerían capacitación

para su ingreso al mundo del trabajo, demandaron la apertura de servicios bajo la iniciativa de personas pioneras que asumen un rol de liderazgo en la rehabilitación.

Se dan las primeras acciones de capacitación de personal, a nivel nacional y e-» el exterior; asimismo se inicia la asistencia técnica internacional. Surgen algunas iniciativas privadas que coadyuvan al funcionamiento de servicios en rehabilitación.

Finalmente se promulgan las primeras leyes que orientan el desarrollo de este campo en los niveles educativo, laboral, médico y social, aunque aún sin la coordinación requerida para su óptimo desarrollo.

ETAPA PIONERA DE LA REHABILITACIÓN EN COSTA RICA

PERIODO 1940 - 1965

I- ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DEL NUEVO MODELO DE DESARROLLO DE COSTA RICA.

Se ha señalado ya, que el modelo de desarrollo vigente en Costa Rica durante las primeras décadas del siglo XX ha sido de corte liberal. Se ha estimulado la práctica de libertades formales, especialmente en lo político-ideológico, lo que ha hecho posible un clima de libre discusión y tolerancia ideológico, exceptuando, claro está, el período de la Administración Tinoco, entre 1917 y 1919.

Una de las características de los gobiernos liberales ha sido la poca preocupación por los problemas sociales, para los que no ha habido políticas públicas que los abordaran en su raíz, produciéndose lentos avances en el desarrollo social.

No obstante, en este periodo los trabajadores fueron desarrollando sus propias organizaciones sindicales y políticas, demandando soluciones a los problemas sociales y económicos que les aquejaban.

Para las elecciones presidenciales de 1940 surge la figura del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia como candidato del Partido Republicano. Es el triunfador por abrumadora mayoría.

Pasadas las elecciones, "en su primer mensaje, el presidente expresa que su gobierno se orientará por la "doctrina del cristianismo social", es una nueva actitud que no se sabe bien qué significa, salvo que la nueva administración está preocupada por los problemas del trabajo, y que se dispone a hacerles frente con las ideas básicas expuestas por León XIII, Pío XI y otros expositores de esta doctrina". (86)

De acuerdo con Aguilar Bulgarelli (1969) "el doctor sí conocía, más o menos a fondo, la ideología social de la Iglesia. También, considera "que sin la influencia del partido comunista y del extraordinario prelado costarricense Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez, la labor social del

Gobierno de Calderón Guardia, nunca se hubiera realizado, sobre todo en lo que constituye la médula de ella". (87)

En el análisis de la administración Calderón Guardia, los principales hechos positivos, con profundas repercusiones para la vida política, social y cultural del país se pueden resumir en dos períodos el primero que abarca los años 1940 - 1942 y el segundo, con la participación de los comunistas, que comprende los años 1943-1944.

En los primeros dos años, se da la apertura de la Universidad de Costa Rica., Así como el arreglo de límites con la República de Panamá y el establecimiento en el país de los seguros sociales y a través de la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social. Según Aguilar Bulgarelli (1967). "Estos seguros sociales serían obligatorios y comprenderían los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y desempleo involuntario. Además, daría al asegurado una participación económica en lo que se refería a maternidad» viudez y orfandad". (88)

En los siguientes dos años y con el apoyo de la Iglesia y los comunistas, se logra la introducción del Capítulo de "las Garantías Sociales en la Constitución Política y la creación del Código de Trabajo. Ello no sin la oposición de los sectores económicamente poderosos que habían dominado la escena política y que llegaron a acusar al gobierno de corrupción.

Las Garantías Sociales, constituyen medidas de carácter social que rompen el esquema de gobierno que había tenido el país en las décadas anteriores. El texto completo de las garantías sociales, introducido en la Constitución Política del país, incluye los siguientes conceptos tan importantes y trascendentes:

" Un reconocimiento basado en que el trabajo es un deber social del hombre, mediante el cual, éste adquiere el derecho a una existencia digna de acuerdo con sus propias capacidades. Para esto se va a legislar, y se da un salario o sueldo mínimo, que limita el trabajo a ocho horas diarias y como tiempo máximo de día y a siete por la noche. Se da también derecho, tanto al trabajador como al patrono para sindicalizarse, pretende fomentar la creación de cooperativas como un medio para proporcionar mejores condiciones a las clases trabajadoras. Con este mismo fin, declara que el Estado procurará que disfruten de viviendas dignas, y por tanto estimulará la construcción de casas baratas, así como también exigirá al patrono condiciones mínimas necesarias en cuanto a higiene y seguridad en el trabajo. Pero el Estado se compromete también a dar una mejor preparación al obrero, para que éste tenga un mejor desempeño en sus labores, y así lograr un incremento en la producción. También se equiparan en obligaciones y en beneficios el trabajador urbano y el trabajador rural, y, además, se trata de defender el derecho de prioridad del trabajador costarricense sobre el extranjero, declarando que tanto las empresas públicas como las privadas, deben preferir al trabajador costarricense". (89)

Un apoyo importante que también recibe el gobierno en esta época es el del Centro para el Estudio de los Problema Nacionales. Esta organización nace en 1940, formada por jóvenes preocupados por la situación del país. Buscan una posición de estudio y análisis de los problemas nacionales antes de proponer medidas para resolverlos. Su posición no es oportunista, ni político-partidarista. De acuerdo Aguilar Bulgarelli (1967) "El Centro, iba dirigido a los costarricenses que ajenos a cualquier interés personal, estuvieran en disposición de trabajar en forma positiva por el país; dirigido al estudiante, al profesional y al obrero, al comerciante y al maestro, al campesino. Ha nacido, como brote de las nuevas generaciones costarricenses y bajo la presión de la gravedad del

momento nacional con el fin de organizar y dinamizar las fuerzas honradas y conscientes del país en una cruzada de reivindicación democrática". (90)

El Centro para el Estudio de los Problemas -Nacionales se convirtió en un firme defensor de la creación del Seguro Social y las Garantías Sociales y las que consideraba como medidas importantes a las que dedicó mucha reflexión. El Centro se ocupó de problemas como la posesión de la tierra y la carestía de la vida, la escasez de vivienda y otros del campo social» En materia económica estudió la situación del presupuesto nacional, la intensificación y diversificación de la agricultura, el incremento de la industria y el problema de las inversiones extranjeras en el país.

También en el campo de la educación y el Centro hizo reflexiones y aportes valiosos abogando por una educación democratizada y universal, adaptada a las necesidades y posibilidades del país.

Aunque el Centro nació sin la intención de participar en la política, dedicó mucha atención al análisis de la política nacional. Conforme avanzó en su desarrollo fue planteando la necesidad de la aparición de un partido político-ideológico fuerte y bien organizado y sin ataduras personalistas ni rebañistas y como se daban tradicionalmente. De su seno surgiría la alianza con el Partido Acción Demócrata, para formar el partido Social Demócrata.

Así como la Administración Calderón Guardia dio un gran avance en materia social, también produjo retrocesos en otros campos y cometió sus errores.

Entre las principales críticas que se le hacen según el texto de Aguilar Bulgarelli (1967) figuran:

a) La derogatoria del monopolio de la gasolina. " Al derogar este monopolio, se abrieron las puertas para que compañías extranjeras lograran hacer mercado en un país, cuyas leyes le daban la ganancia del comercio de este producto al gobierno". (91)

b) La Contratación eléctrica en términos onerosos para el país. "Esta contratación daba remotas esperanzas al país en lo referente a que esta compañía pasara a manos nacionales, porque la nacionalización de ella quedaba supeditada a una compra en dinero efectivo y en dólares, cosa totalmente imposible para el país, dado lo que esto significaría en divisas por el alto precio de esa compañía ". (92)

c) Los contratos sin licitación, lo que permitió que muchos allegados al gobierno se enriquecieran.

d) La práctica de recompensar con puestos públicos a los aduladores del gobierno o a los serviles. Esta actitud comúnmente denominada " brochismo" se había practicado en la administración anterior.

El Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales fue un importante crítico y opositor de las medidas negativas del gobierno del doctor Calderón Guardia. Igualmente, denunció la utilización político -electoral de las conquistas sociales, para tratar de favorecer, en las elecciones de 1944 y al candidato del gobierno.

No se puede dejar de mencionar que la lucha política e ideológica en el seno de la alianza en el poder fue muy fuerte en ese período, pues "mientras Monseñor Sanabria apoya públicamente las leyes sociales, se esfuerza con tenacidad y franqueza en que se consoliden las organizaciones sindicales favorecidas por la Iglesia". (93) Esto, con la intención de contrarrestar la organización sindical que es muy fuerte, del Partido Vanguardia Popular. Luego se crearía la Federación de Sindicatos Costarricenses Rerum Novarum, con el apoyo de la Iglesia.

El año de 1943 es de mucha violencia política y se agudiza el proceso de inflación económica. Para las elecciones de 1944 el gobierno apoya al licenciado Teodoro Picado, mientras que la oposición se organiza alrededor del expresidente León Cortés, "quien admite que, si es de nuevo presidente, respetará la legislación social aprobada.

El triunfo es para el señor Picado, no sin que se den quejas de la oposición de fraude en las elecciones. Su administración tendrá una fuerte oposición.

Bajo el gobierno del licenciado Picado "se aprueba una importante legislación de ordenamiento financiero, respondiendo a la dura crítica de la oposición en este campo; las leyes se refieren a presupuesto, contabilidad nacional, proveeduría, tesorería y centro de control". (94)

De acuerdo con Rovira (1982) " el período que se prolonga de 1944 a 1948 fue uno de grave inestabilidad política, en el que las clases en pugna fueron progresivamente definiendo con mayor precisión sus posiciones hasta desembocar en la guerra civil de marzo - abril de 1948.

La alianza oficial entre el grupo del expresidente Calderón Guardia, que entonces contaba con Picado en el Poder Ejecutivo, y los comunistas acaudillados por Mora, se fue debilitando paulatinamente por muy variadas razones. Además, el contexto internacional, que anteriormente la había favorecido, se resquebrajaba aceleradamente.

Las hostilidades entre ambos sistemas económico-sociales recomenzaban, habiendo ganado Unión Soviética entre tanto importantes posiciones en Europa Oriental, y los vientos de la así denominada Guerra Fría penetraban hondo por doquier.

Y, mientras lo anterior ocurría, en las tiendas de la oposición había una voluntad fortalecida de terminar con el peligro comunista y con la insistentemente proclamada corrupción gubernamental". (95)

En este punto es importante ampliar lo atinente a la fundación en 1945 del Partido Socialdemócrata como resultado de la fusión del Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales y el Partido Acción Demócrata.

De acuerdo con Rovira (1982) algunos puntos contemplados en el programa del Partido, en "lo concerniente al aspecto económico, eran los siguientes: 1 - ponían mucho énfasis en que en la resolución de los problemas agrarios del país se debía de hallar el punto de partida para superar las restantes dificultades económicas; 2- señalaban la necesidad de que el Estado interviniera fuertemente en la economía, promoviendo diversos servicios considerados de carácter público, como la generación de energía eléctrica, los transportes y otros; 3- apuntaban la conveniencia de entablar conversaciones con los restantes países centroamericanos y con Panamá, con miras a incentivar las relaciones comerciales y 4- pensaban mucho en la creación de instituciones autónomas, es decir, en la constitución de organismos públicos descentralizados del gobierno y

encargados de prestar - pretendidamente al margen de los intereses de los partidos políticos - una amplia gama de servicios para un más sólido crecimiento económico" (96)

Aunque las propuestas del Partido Social Demócrata no tienen eco ni influencia en los años subsiguientes, sí serán la base de muchas medidas que se impulsarán en la Segunda República.

Las elecciones de 1948, con el reconocimiento del triunfo de la oposición, representada por Otilio Ulate, de parte del Tribunal Nacional Electoral, y la posterior anulación de estas elecciones por la mayoría de los diputados gobiernistas del Congreso Nacional, fue el detonante político que haría estallar la Guerra Civil de 1948.

Sin embargo, hay acuerdo entre historiadores, politólogos y otros científicos sociales de que la guerra civil no surge por la defensa de la pureza de las elecciones, ni por la pretendida eliminación de las reformas sociales, entre los bandos en pugna, como en muchos casos se ha pretendido hacer creer. Es, por el contrario, un fenómeno complejo alimentado por los procesos políticos y sociales internos de las últimas dos décadas y la conjunción de otros "en fenómenos regionales y mundiales.

Se coincide con Cerdas (1990), quien en el Prólogo del Libro " Historia General de Costa Rica", señala que en 1948 lo que surge es todo un proyecto histórico viable e impulsado por los jóvenes social - demócratas. " Su primer paso fue el evitar el retroceso que sus aliados de la víspera pedían con insistencias la derogatoria de la reforma social. Pero el más importante fue la nacionalización bancaria, que no sólo quitó el monopolio del crédito de manos de los intermediarios financieros directamente vinculados a la así llamada "oligarquía cafetalera" y sino que sentó las bases para una diferenciación empresarial y económica y social". (97)

Solís y Esquivel (1980) sostienen en su obra «Las Perspectivas del Reformismo en Costa Rica», que la propuesta de las fuerzas emergentes, que entra en vigencia a partir de 1949, "se centraba en la necesidad de diversificar la producción agropecuaria, incentivar nuevos productos de exportación y abrirse a un proceso de industrialización" (98). Además, añaden que: En el plano político, la fracción emergente necesitaba hacer un planteamiento suficientemente amplio en oportunidades y expectativas de surgimiento para toda una gama de fuerzas sociales, que iban desde la burguesía no oligárquica hasta el proletariado. Para la burguesía no oligárquica se ofrecía la posibilidad de obtener una inserción consistente en el capitalismo mundial, que ya fuera por la vía de la exportación cafetalera o por la de líneas alternas, se le habría negado. Para la pequeña burguesía rural se abría la expectativa de un crecimiento económico sostenido que reportaba facilidades de inversión y mercado seguro. Una nueva pequeña burguesía urbana vería abrirse una serie de posibilidades en la perspectiva del trabajo tecnocrático gubernamental o privados; el fortalecimiento de las instituciones autónomas y del gobierno central, el crecimiento del Sector de Servicios, el de Educación y Comercio, eran las vías más seguras al respecto. Y, por último, el obrero agrícola e industrial, en la perspectiva limitada del reformismo y vería las ventajas de la reforma en el sistema de seguridad social y legislación laboral, vivienda, educación, etc. Ahora bien, ese planteamiento se dirigía a fortalecer la conciencia reformista, de tal manera que se identificara al sector burgués reformista como el garante de que esto se llevaría a la realidad, y la forma legítima era por la vía de las elecciones en un Estado de " consenso social ". Al respecto, la organización legítima estaba a nivel de los partidos burgueses, donde el surgimiento del Partido Liberación Nacional es una experiencia excelentemente conducida por Figueres". (99)

La Junta de Gobierno legisló por medio de Decretos-Leyes los aspectos políticos, sociales y económicos del país, Un breve resumen de los aspectos más sobresalientes de su gestión, en los diferentes ámbitos, extraído del libro " Historia General de Costa Rica", dirigido por Vladimir de la Cruz (1990), sería el siguiente;

"En 1948 se integró la Corte Suprema de Justicia, se creó la Procuraduría General de la República y se tomaron otras medidas importantes: elevación de salarios a los trabajadores agrícolas, creación del Departamento Nacional de Pensiones y de la Corporación de Abonos Orgánicos, reorganización del Consejo Nacional de Producción, Ley de Consolidación Jurídica y Financiera de la Nacionalización de la Banca, Ley de Creación de la Caja de Amortización de la Deuda Pública, etc. Pero dos Decretos-Leyes, promulgados en junio, fueron de especial importancia, y reflejan la nueva orientación política y social de la Junta de Gobierno, inevitablemente, estos causaron una verdadera conmoción pública, por las consecuencias que traerían en la vida institucional y por los grandes intereses que afectaron; uno fue el impuesto del 10% al capital, contribución forzosa extraordinaria que se pagaría por una sola vez, y otro, la nacionalización de la banca particular". (100)

Una de las acciones de la Junta de Gobierno, que más repercusiones ha tenido en el desarrollo de la cultura civilista de las últimas décadas y fue la disolución del Ejército Nacional, ocurrida el 1° de diciembre de 1948. Esta medida histórica facilitó la estabilidad política posterior y permitió que muchos recursos económicos se dirigieran a programas sociales, en vez de malgastarlos en mantener un ejército, como ha ocurrido en los otros países de la región.

De La Cruz (1990) continuó agregando que "en 1949 continuó la labor legislativa de la Junta, dictándose medidas muy importantes, entre ellas disposiciones sobre organización de Ministerios y de las Instituciones Autónomas, leyes orgánicas del Consejo Nacional de Producción, del Ministerio de Educación Pública; creación del Consejo Nacional de Salarios, y de la Escuela de Perfeccionamiento y Profesionalización del personal docente y etc.". (101)

Otras medidas de la Junta se orientaron hacia el sector agroexportador. En éste, se nacionalizó el Instituto de Defensa del Café, que había sido creado en los años 30, convirtiéndolo en Oficina del Café. En el caso del banano, se negoció con la United Fruit Company para que pagara un impuesto del 15%. sobre sus ganancias, se le aumentó el impuesto territorial y se le impuso un impuesto de beneficencia.

La creación del Instituto Costarricense de Electricidad, en 1949, fue otra medida fundamental para el desarrollo económico- social en el largo plazo, ya que controlaría la producción de energía y las comunicaciones. Esto, unido al restablecimiento de los beneficios de la Ley de Industrias Nuevas, que habían sido limitadas en la administración Picado, permitiría el desarrollo industrial.

Si bien en la Constitución Política de 1949, no se lograron introducir en toda la profundidad requerida las reformas propuestas por los social demócratas, sí dejaron las bases que le permitieron a los gobiernos liberacionistas posteriores orientar su gestión en la vía del modelo de desarrollo propuesto.

Según Solís y Esquivel (1980), algunas de estas reformas fueron:

- El Estado obtiene el derecho a intervenir la propiedad privada en favor del "interés público".
- El Estado puede limitar la acción de los monopolios privados.
- Creación de la Caja Costarricense del Seguro Social como institución autónoma para que mantuviera y profundizara los logros de las garantías sociales en lo que se refería a riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y maternidad.
- Establecimiento del derecho de la mujer al voto y a su participación en el campo político.
- Expulsión de la vida pública de aquellos partidos que "atenten" contra la democracia costarricense. Con esto se golpeaba al P.V.P. (Partido Vanguardia Popular, de extracción comunista).
- Pérdida de funciones por el ejecutivo, las que pasaron a mano de instituciones autónomas. Subordinación de éste al legislativo, funcionamiento del Poder Judicial y del Tribunal Supremo de Elecciones.
- Organización descentralizada de la Hacienda Pública. El Poder Ejecutivo elabora el Presupuesto Nacional, pero en coordinación con los otros poderes y los ministerios. Aprobación de éste por la Asamblea Legislativa y fiscalización autónoma de la Contraloría General de la República.
- Aprobación para el funcionamiento de instituciones autónomas, con independencia de gobierno y administración. Confirmación de la nacionalización bancaria, ejecutada por la Junta de Gobierno". (102)

Hay que añadir el respaldo constitucional a la proscripción del Ejército como institución permanente. Además, en lo tocante a la transición hacia el gobierno de Ulate, De La Cruz (1990) establece que "en cumplimiento del pacto Ulate-Figueroa al día siguiente de la Proclamación de la Constitución Política de 1949, ascendió a la Presidencia de la República don Otilio Ulate Blanco; con lo que se normalizaba el orden constitucional, roto por los sangrientos hechos de 1948. A pesar de las diferencias políticas con el régimen "de facto" que gobernó al país durante año y medio, durante la Administración Ulate se dictaron algunas leyes fundamentales que reafirmaron conquistas importantes surgidas de la crisis de 1948". (103)

Entre 1950 y 1955 se vivió un auge de la economía, por circunstancias internacionales que, junto con una política gubernamental de austeridad en los gastos públicos, contribuyó a mantener un clima de estabilidad económica. Entre 1955 y 1959 se debilitó el ritmo de crecimiento, por la acentuada caída de los precios del café a partir de 1957; por eso, en todos estos años, empezó a presentarse un fenómeno que, luego y se volvió casi de rutina en la economía del país; el déficit creciente del presupuesto nacional. En estas condiciones, sin embargo, el Estado asumió nuevas tareas y responsabilidades para el desarrollo general del país y la ampliación de la seguridad social de sus habitantes" (104)

El sector agropecuario continuó siendo la base del desarrollo económico, a pesar de que había conciencia en algunos grupos de que la industria debía constituirse en un fuerte componente de la economía. En 1959 se aprobó la Ley de Fomento y Desarrollo Industrial; sin embargo, Costa Rica no se adhirió en 1960 al Tratado General de Integración Económica Centroamericana, que ofrecía posibilidades a nivel regional para el impulso de la industria. No fue sino hasta 1963, que la Administración Orlich decidió la adhesión de país al Tratado.

De acuerdo con De La Cruz (1990) "desde 1950 aumentó la fuerza del trabajo a un ritmo superior al crecimiento de la población. Entre 1950 y 1963 se creó un promedio, de casi 8000 empleos anuales"... "En esta ampliación de las oportunidades de trabajo fue un factor importante y el crecimiento general del Estado, tanto en el gobierno central como en los organismos descentralizados". (105)

Un aspecto importante de considerar es el aumento del gasto público en educación, pues mientras en 1956 se dedicaba un 15% del presupuesto nacional para ese sector, en 1960 se llegó a un 20.5%.

Durante la administración Ulate (1949-1953) se creó entre otras instituciones y el Banco Central de Costa Rica. También se estableció el Consejo Superior de Educación.

Quizás, entre las Administraciones que más influencia han tenido sobre la Costa Rica de la segunda mitad del Siglo XX, han destacado las del Presidente José Figueres Ferrer, pues en sus tres períodos sentó las bases de un desarrollo social más equilibrado y consolidó una serie -de instituciones para el sector social.

En la Administración Echandi (1958-1962) se creó el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, importante en materia de salud y desarrollo. También, se inició el Plan de Desarrollo Vial.

Durante la Administración Orlich (1962--1966) que cierra el período en estudio, se fundaron el Instituto de Tierras y Colonización. Así como la Junta Administrativa Portuaria y de Desarrollo Económico de la vertiente Atlántica. También se construyó el Hospital Nacional de Niños, y se crearon la Oficina de Planificación Nacional y el Instituto Nacional de Aprendizaje.

2. RECONOCIMIENTO Y MAGNIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE LA DISCAPACIDAD Y SURGIMIENTO DE NUEVOS ENFOQUES EN REHABILITACIÓN.

A partir de 1940, se da un relativo paralelismo entre la situación económica y social general de nuestro país y la marcha evolutiva concerniente a la -atención de las personas discapacitadas.

La rehabilitación emprende en este período, con sucesos específicos que determinan, tanto en lo conceptual como en lo práctico, derroteros axiomáticos en este campo. Asimismo, dichos procesos demarcan, en lo relativo a la acción, las diversas etapas del proceso rehabilitatorio, aunque éstas se aplicarán, en aquel entonces, aisladas y desarticuladas entre sí, en contraposición de lo que hoy claramente se conciba como proceso integral, continuo y coordinado.

El cambio social que caracterizó esta época a nivel global en el país tuvo su influencia detonante en la dirección que asumirían los asuntos relativos a la discapacidad y a la rehabilitación.

2.1 Acciones Pioneras en Educación Especial.

La evidente existencia de un elevado número de "niños anormales". justificó e inspiró, en la postrimería de 1933, los primeros movimientos propios de educación especial."

En junio de 1939 regresa al país el Prof. Fernando Centeno Güell, quien se encontraba en España laborando para el Instituto Municipal de Deficientes de Barcelona, y había realizado previamente, en Europa, estudios en pedagogía especializada. Desde su llegada albergó el propósito de establecer una escuela para el tratamiento médico-pedagógico de niños defectivos.

En este mismo año el Profesor Centeno Güell abre, en su propia oficina, el primer servicio en este campo, acompañado profesionalmente por el Dr. Fernando Quirós Madrigal. Con el apoyo del entonces Secretario de Educación Pública, Lic. Luis Demetrio Tinoco Castro, logró trasladar su naciente obra a una casa de mejores condiciones para esos efectos, ubicada en Barrio González Lahmann, frente a lo que hoy se conoce como la casa de Matute Gómez, en la Avenida San Martín, esquina de la calle 21. (106)

Sobre este inicial esfuerzo, el Profesor Centeno Güell refiere:

Siendo pues y desconocidos en el país, la técnica y los resultados de la pedagogía correctiva, en un clima espiritual en el que se malogran o convierten en pasajera idealidad fecundas iniciativas, la nuestra presentaba augurios de fracaso. No obstante, secundando nuestro propósito, iniciamos la reeducación de tres niños oligofrénicos (débiles mentales), el aprendizaje oral de dos casos de sordomudez congénita, uno de audimutismo (mutismo sin sordera) y dos de tartamudez psicógena. (107)

Hasta este momento, esta escuela no tenía carácter oficial.

En los inicios del año 1940, un grupo de médicos, maestros y padres de familia, dirigidos por el Profesor Centeno Güell, presentaron a la Secretaría de Educación Pública un proyecto de decreto para el establecimiento de una escuela oficial de enseñanza especial, propuesta que fue aceptada. Así quedó consignado en el respectivo Decreto Ejecutivo:

El entonces Presidente de la República Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia emitió, el 23 de julio de 1940, el Decreto Ejecutivo que establece en San José, una escuela especial para niños que sufren de retraso mental o de trastornos auditivos o del sistema vocal que les impidan proseguir con éxito las enseñanzas de la escuela común. (108)

La escuela que venía funcionando con carácter privado, fue en esta fecha asumida por el Estado. El mismo Decreto establece que "El sostenimiento de la escuela, en lo que se refiere a sueldos, se cargará a la Partida del Personal Docente de la Provincia de San José, (109)

Se marca aquí el inicio de un intervencionismo del estado en la educación de los niños discapacitados.

El análisis de los considerandos de este Decreto deja ver algunos conceptos que prevalecían sobre la atención educativa, del niño con discapacidad. Se define " que la educación de los niños que sufren de retraso mental o de trastornos auditivos o del sistema vocal no puede realizarse en las aulas comunes sin perjuicio evidente para el desarrollo de los programas ordinarios de enseñanza". (110) Así también se resuelve " que la educación de esos niños tampoco puede someterse a los horarios, normas de trabajo y reglamentos generales de las escuelas de educación común", (111)

Sobre este mismo asunto, el Profesor Centeno Güell opinaba que;

Es incuestionable que el niño débil de la mente o con deficiencias del lenguaje, no debe asistir a las escuelas comunes s entre niños normalmente constituidos, se siente desplazado, se despierta o acentúa en él el concepto de inferioridad, y sufre retardo en sus estudios; dando esto origen a un desaliento que puede generar en psicosis o neurosis infantil. (112)

En la definición de la finalidad de la Escuela se hallan elementos conceptuales que contrastan con la etapa precursora. El citado Decreto destaca esos conceptos cuando señala que el fin de la Institución es:

Cuidar el aspecto mental y físico del niño deficiente para reincorporarlo a la sociedad, como elemento útil, mediante una instrucción adecuada o desarrollando sus capacidades para el trabajo manual. Aunque es costosa su educación y los verdaderos resultados no pueden apreciarse sino después de varios años, es menos oneroso para el Estado prodigarle el tratamiento didáctico revitalizador que abandonarle a sí mismo y tener que mantenerle — a veces de por vida — en asilos, cárceles o manicomios. (113)

Para asumir este reto, alrededor del año 1942, por diversos medios se logró enviar a los Estados Unidos, México y otros países suramericanos y así como a Europa, los primeros maestros costarricenses, graduados en la Escuela Normal de Heredia, con el propósito de que adquirieran conocimientos en retardo mental, ceguera y problemas de la comunicación.

El propio Profesor Centeno Güell permaneció en Norteamérica por espacio de 3 meses, observando los grandes adelantos que existían en ese país. De hecho, la orientación inicial de la educación especial en Costa Rica, aunque se nutrió de tendencias europeas, fue altamente influenciada por tendencias de origen norteamericano, según lo confirma Don Fernando cuando refiere que:

Dado que conocíamos los principales centros de la Europa Central, pudimos apreciar en los Estados Unidos una organización más perfecta y avanzada, un mayor adelanto en medios mecánicos. Y siendo nuestro deseo crear en Costa Rica una institución modelo - a pesar de nuestra estrechez económica -, decidimos, guiados por un criterio ecléctico; dotar a la Escuela de una organización funcional similar a la de sus congéneres norteamericanos, adaptándola a nuestras condiciones raciales y de ambiente. (114)

Coherente con la corriente social del momento y el 15 de marzo de 1944, se emite la Ley N°61, que define una política pública en materia de educación especial. Esta Ley concede a la Escuela de Enseñanza Especial - al ser creada por esta disposición legal - un mayor respaldo, una estructura organizativa y operativa y un marco conceptual-metodológico, elementos que consolidaron la experiencia lograda y facilitaron su desarrollo y proyección.

Resulta de la mayor trascendencia señalar que por primera vez declara de interés público la educación de los niños discapacitados. La precitada Ley, en su Capítulo I, Artículo 1° establece lo siguiente:

Declárase de interés público la educación de los niños que sufren de retraso mental, o de trastornos auditivos, de la vista o del sistema vocal, o de cualquier otro impedimento físico análogo que les impida proseguir con éxito las enseñanzas de la escuela común. (115)

En lo conceptual metodológico, esta Ley muestra algunos avances en relación con el Decreto Ejecutivo N°.10 citado. Mantiene lo esencial de la finalidad de la educación especial, pero define y concreta aspectos relevantes de tal proceso educativo.

A este respecto la Ley determina:

La enseñanza que se imparta en la Escuela de Enseñanza Especial tenderá, ante todo, a educar y a desarrollar las facultades del niño con el fin de hacerlo útil para la vida social, mediante los procedimientos de la ciencia médica y de la pedagogía especializada y se adaptará, en lo que se refiere a la instrucción, a las posibilidades mentales de cada alumno. Con este objeto, el plan educacional de la misma contemplará, por lo menos establecimiento de internados, de clases para enseñanzas colectivas y de talleres para el aprendizaje de oficios. (116)

Como lo ha hecho notar en sus escritos el Profesor Fernando Güell, en el funcionamiento de esta Escuela la acción médica y la pedagógica estaban íntimamente ligadas, evidenciándose una buena coordinación entre el Ministerio de Salubridad y el Ministerio de Educación Pública de esta manera, ambas entidades se complementaban-, en sus responsabilidades. Es propicio aquí señalar que la primera detección del problema de "niños anormales" y la inicial advertencia de la necesidad de una "escuela especial" provino de médicos, funcionarios del Ministerio de Salud, secundados por maestros»

El profesor Centeno Güell reconoce que su propósito de crear una escuela de enseñanza especial, a su regreso de Europa, "representaba la cristalización de un anhelo colectivo de médicos y educadoras que tenían que contemplar el problema de los deficientes desde el plano terapéutico o educativo". (117)

Ciertos elementos de la organización y funcionamiento de esta Escuela constituyeron normas y principios orientadores para la apertura y puesta en marcha de otros servicios e instituciones y en años subsiguientes. En buena parte, esta experiencia marcó directrices por mucho tiempo en el campo de la educación especial en Costa Rica. Esas normas y principios fueron pioneros y trascendentes en su época; aunque con el pasar de los años, nuevos conceptos y formas más modernas de acción, hayan reemplazado a algunos, modificado unos cuantos y confirmado a otros.

Un breve compendio de los elementos más significativos extraídos de la publicación del Profesor Centeno Güell (1941) puede dar idea del enfoque dado a la educación especial en sus inicios.

El proceso de enseñanza especial estaba dividido en dos períodos; Preparatoria y Superior. En el nivel preparatorio se daba énfasis, particularmente en el caso de los niños con retardo mental, a la adaptación al medio escolar, a la atención de los aspectos musculares y sensoriales, y a la educación de la atención volitiva y espontánea. Respecto a los niños sordomudos, además de lo mencionado y se atendía la formación de su lenguaje mental y articulado.

En el nivel Superior, la instrucción se adaptaba a la capacidad mental del niño, empleándose los programas usuales de la escuela primaria para la enseñanza de las diversas asignaturas. En los casos no susceptibles de ser instruidos, se empleaban ejercicios ortofónicos y la educación senso - motriz, persiguiéndose como fin social el aprovechamiento de la capacidad para el trabajo manual. El trabajo en talleres constituía una verdadera terapia ocupacional, que permitía orientar a los alumnos hacia el trabajo vocacional.

Para los niños sordos se usaba el método de comunicación oral. Los alumnos eran clasificados según su edad mental y conforme al tipo de anomalía. Con relación a los deficientes mentales se aplicaba, dentro de las posibilidades, los métodos decroliano y montessoriano. (Decroly y Montessori trabajaron inicialmente con niños anormales), además de los principios de la escuela activa y de la psicología experimental para los niños ciegos se utilizaba el sistema Braille. Se propiciaba además un buen ambiente físico escolar, por considerarse fundamental para la educación de los niños con alguna discapacidad. (118) La atención institucionalizada y segregada caracterizaron la educación especial de aquel tiempo.

Resultando insuficiente la planta física que se ocupaba, en el año 1945 el Rotary Club de San José inició una recaudación de fondos para la adquisición del terreno en el que hoy se encuentra la Institución. Otras entidades oficiales y privadas contribuyeron para realizar la obra física y destacándose el reconocido filántropo Don Santiago Crespo. (119)

En el año 1955 se traslada la Escuela a Guadalupe, en donde todavía hoy funciona, bajo el nombre de Centro Nacional de Educación Especial " Fernando Centeno Güell".

Con base en los resultados logrados en Costa Rica, la Escuela de Educación Especial entendió su acción a los países centroamericanos. Bajo la Dirección de Don Fernando y sus colaboradores se crearon Escuelas de Enseñanza Especial en los siguientes países: Nicaragua (11 de enero de 1946), Panamá (6 de mayo de 1946 y 14 de setiembre de 1951) y Honduras (20 de febrero de 1950). En Guatemala, en el año 1946 y se asesoró la reorientación de la Escuela para Ciegos y Sordomudos. (120)

Al término del presente período se dan las gestiones preparatorias que conducirían, a inicios de 1965, a las primeras acciones de desconcentración de la educación especial en nuestro país.

Un hecho de trascendencia que vino a fortalecer la configuración de la educación especial en este período, lo constituyó la Ley Fundamental de Educación - Ley N° 2160 del 25 de setiembre de 1957, en cuyos artículos 27, 28 y 29 se define:

- La Educación Especial es la que se imparte a los niños y adolescentes cuyas características físicas, mentales, emocionales o sociales se aparten del tipo normal, con el objetivo de favorecer el desarrollo de sus capacidades y su incorporación a la sociedad como elementos útiles.

- La Educación Especial requiere el uso de métodos y técnicas pedagógicas y materiales apropiados. El personal que labore en estos Centros Educativos deberá ser cuidadosamente seleccionado y poseer, una especialización adecuada.

- Las instituciones de educación especial deberán suministrar a los padres de sus alumnos la información necesaria que les permita comprender y atender mejor los problemas de adaptaciones de sus hijos. (121)

2.2 Acciones pioneras en rehabilitación física

El año 1954 marca para nuestro país el establecimiento de las bases de la rehabilitación física. La epidemia de poliomielitis ocurrida en este año, la más grande que ha tenido Costa Rica, afectó aproximadamente a unos cincuenta mil niños, habiendo perecido ciento cincuenta y dos en un período de tres meses y quedando con secuelas severas permanentes un número superior a los mil niños. Universalmente la relación de esta enfermedad es de 1 X 10.000 habitantes, pero en esta ocasión fue de 1 X 1.000 habitantes. Este suceso lo registra nuestra historia como el más decisivo e importante para el reconocimiento del problema de la discapacidad, a nivel nacional.

En nuestro país se tienen algunos informes, aunque bastante imprecisos, sobre otros brotes epidémicos de esta enfermedad, a partir de 1941. Posiblemente debido a que el número de casos no alcanzó las proporciones alarmantes de lo ocurrido en 1954, no se tuvo el cuidado de elaborar registros precisos. Se carece de información pertinente del número de personas que quedaron con defectos físicos o incapacitadas como producto de dichos brotes.

La epidemia de 1954 da inicio el 21 de febrero de este año. En una población rural de San Isidro del General, se presentó un caso de poliomielitis el cual recibió la atención médica debida, pero no produjo temor alguno. Sin embargo, en los primeros días del mes de marzo siguiente comenzaron a presentarse en el Hospital San Juan de Dios numerosos casos, provocando verdadera alarma y pánico entre los habitantes y autoridades sanitarias. El problema era de inmensas proporciones:

La tasa de morbo-letalidad, es decir, el número de defunciones por cada 1000 casos de la enfermedad fue de 15.0 para ambos sexos. El grupo masculino sufrió una tasa de mortalidad más elevada, 18.0 por cada 100 casos y el femenino, 11.5%.

En cuanto a la tasa de incidencia general fue de 100.9 casos por cada 100.000 habitantes. Pero la tasa específica de incidencia en los grupos de edades se muestra el elevadísima en los menores de 1 año y de 1 a 4 años 570.0 y 574.8 respectivamente por cada 100.000 habitantes en esos grupos etéreos...

La provincia que sufrió la más fuerte tasa de incidencia fue San José con 157.0 por 100.000 habitantes, siguiéndole por orden de magnitud, Puntarenas, Cartago y Limón y en menos proporción Heredia, Alajuela y Guanacaste. (122)

CUADRO N°2
TASA DE INCIDENCIA DE LOS CASOS DE POLIOMIELITIS
EN LA EPIDEMIA DE 1954, CALCULADA SOBRE LA
POBLACIÓN ESTIMADA AL 30/06/54, POR
100.000 HABITANTES PARA EL TOTAL
DEL PAÍS Y POR PROVINCIAS
PROVINCIAS

| 1 Provincias. | 2 Población estimada al 30-6-54. | 3 No. de Casos de Polio. | 4 Tasa de incidencia por 100.000 hab. |
|------------------|--|--------------------------------|--|
| REPUBLICA | 914.717 | 1.014 | 110.9 |
| San José | 316.462 | 497 | 157.0 |
| Alajuela | 169.197 | 115 | 68.0 |
| Cartago | 115.019 | 122 | 106.1 |
| Heredia | 58.172 | 56 | 96.3 |
| Guanacaste | 105.138 | 56 | 53.3 |
| Puntarenas | 103.467 | 118 | 114.0 |
| Limón | 47.262 | 50 | 105.8 |

Depto. de Bioestadística. Dirección General de Salubridad

Unido a esta crisis, existía el problema de la ausencia de vacuna, que aún no había sido descubierta, así como la falta de especialistas en rehabilitación.

Esta intensa epidemia hizo que el gobierno tomaba las medidas necesarias con que se podía contar en ese entonces para atender la calamidad. Así lo refiere el Dr. Rodrigo Loría Cortés, Ministro de Salubridad en 1954:

No existiendo medidas preventivas de valor, la actividad se dirigió a la atención del paciente en el período agudo y en la etapa siguiente en la que aparecen las secuelas musculares del padecimiento. Se trajeron al país técnicos de diversas nacionalidades y se establecieron cursos intensivos sobre rehabilitación finalmente se enviaron becados al extranjero para su debido entrenamiento en esas disciplinas. Se acondicionaron y equiparon salas para atender al pequeño enfermo. En medio del elevado número de niños, que, no obstante, los esfuerzos realizados han de permanecer con alteraciones musculares, queda el hecho positivo de haberse establecido un Centro de Rehabilitación para Niños, que no existía antes en el país. (123)

Una de las medidas más urgentes fue la traída de personal especializado del exterior, ya que el país carecía totalmente del mismo. El gobierno por medio del Ministerio de Salubridad Pública pidió ayuda a la Organización Mundial de la Salud, organismo que respondió enviando una fisioterapeuta canadiense, Jane Robinson y un fisiatra chileno y el Dr. Ernesto Saldívar.

De Estados Unidos, Chile, Puerto Rico y Uruguay, fundamentalmente, vinieron médicos fisiatras, fisioterapistas y técnicos en prótesis y ortesis. Este personal vino al país mediante recursos del Gobierno de la República y con ayuda del Gobierno de los Estados Unidos.

Además del personal internacional, el Ministerio de Salubridad movilizó, en trabajo extraordinario, a médicos, enfermeras, inspectores sanitarios, ingenieros sanitarios y trabajadores sociales para colaborar en esta emergencia nacional. Los vehículos se trasladaban con médicos y enfermeras a toda casa en donde se temiera la existencia de un niño con poliomielitis.

El Departamento de Educación Sanitaria hacía frecuentes publicaciones sobre los casos que día a día se reportaban en todo el territorio nacional.

No cabe duda en señalar que esta epidemia es trascendental para el inicio del reconocimiento, por parte de nuestra sociedad, de la discapacidad y la minusvalía como problema de dimensión y consecuencias importantes. Originó una actitud de preocupación y de temor en la colectividad, de grado no precedente.

Las situaciones de discapacidad acontecidas y detectadas anteriormente ocuparon la atención de ciertas autoridades, de profesionales y de algunos padres de familia, pero no llegaron a tener un impacto nacional de esta naturaleza. Los costarricenses no habían despertado conciencia sobre la invalidez. Con la epidemia de 1954, la discapacidad estuvo presente en la ciudad y en el campo, en hogares pobres y en ricos, como claro anuncio de la existencia de este problema y de la necesidad de generar acciones preventivas y de atención.

La epidemia de Poliomielitis trajo aparejada una Epidemia de Neurosis. El terror de la gente ante la enfermedad creó una seria situación. El público pidió que se cerraran las escuelas. Fue una dura lucha en la que hubo que convencer desde la Asamblea Legislativa en una visita que efectuó el Titular de la Cartera de Salubridad hasta a los padres de familia. (124)

Para el sistema hospitalario la epidemia constituyó una verdadera convulsión.

Poco a poco los casos fueron disminuyendo hasta perder el carácter epidémico. Quedaba entonces una gran labor por realizar: la rehabilitación de tanto niño con secuelas de la poliomielitis, así como de algunos adultos también afectados.

Para iniciar esta tarea, entre otras acciones se dispuso a preparar personal técnico del Ministerio de Salubridad, mediante un cursillo de cuatro meses sobre fisioterapia para enfermeras graduadas, dado por fisioterapistas mexicanas.

Asimismo, se gestionaron cuatro becas para enviar funcionarles costarricenses a realizar estudios de rehabilitación en México: 3 en el campo de la fisioterapia y 1 en medicina física y rehabilitación.

Como no se contaba en nuestro país con una sección hospitalaria especial para pacientes con este tipo de problemas, inicialmente los enfermos se internaron en el Departamento de Infecciosos del Hospital San Juan de Dios, en donde se desempeñaba, como médico pediatra, el Dr. Humberto Araya Rojas.

A partir de este momento, este distinguido costarricense inicia su carrera de pionero en el campo de la rehabilitación física, asumiendo un indiscutible liderazgo.

El Dr. Araya Rojas fue del criterio que debían emplearse los recursos necesarios, con la finalidad de afrontar la crisis derivada del polio, pero, que era indispensable preocuparse también por la gran cantidad de personas que por múltiples motivos presentaban invalidez y las cuales no eran atendidas. Esto último, porque no existía nuestro país en esa época ningún tipo de servicios de rehabilitación física.

En muy poco tiempo el Dr. Araya se encuentra coordinando, ante la crisis, todas las acciones tendientes a controlar la epidemia y sus consecuencias.

En el año 1954, el Dr. Araya realizó gestiones ante el Hospital Infantil de México y particularmente con el Dr. Alfonso Tohen, reconocido especialista en medicina física y rehabilitación de ese país, para lograr la cooperación directa en nuestro país de dos médicos - incluyendo al Dr. Tohen Samudio -, dos terapeutas físicos y dos técnicos en aparatos ortopédicos, personal que vino a Costa Rica a prestar sus servicios durante la emergencia. En agosto de este año el Dr. Araya se trasladó a México para efectuar estudios en la especialidad de fisiatría. Al mismo tiempo, partieron para ese país dos enfermeras costarricenses a realizar estudios en fisioterapia: Jane White y María Elena Salas, las que regresaron en julio de 1955.

En agosto de 1954 se instala la Casa Verde, primer servicio de rehabilitación física, que inicia su funcionamiento en condiciones bastante pobres e inadecuadas.

Conforme a la opinión del Dr. Araya Rojas:

La casa verde era una edificación de madera de más de 60 años, donde anteriormente residía el Director del Hospital Siquiátrico de esa época. Estaba ubicada entre el Hospital San Juan de Dios y el Hospital de Niños... La Casa verde era un lugar muy inseguro, tanto por su antigüedad y como por ser de madera, lo que contribuía, en caso de incendio, a que se consumiera muy rápidamente, con las consecuencias gravísimas que eran de suponer, considerando el tipo de pacientes que la habitaban.

La necesidad nos obligaba a ocurrencias inauditas. Recuerdo que construimos un tobogán desde el segundo piso hasta el patio enzacatado que había frente a la casa. En caso de emergencia, los niños podían ser lanzados por el tobogán. Aunque sufrieran una leve lesión, no serían pasto de las llamas, También se pensó que si estos niños se amarraban con una soga por la cintura bajarían fácilmente. Todo esto se hizo porque no había elevador... (125)

En este mismo año, un grupo de personas altruistas formó el comité denominado La Marcha de los Dieces, constituido para recolectar dinero desde un ¢0.10 para arriba, con el fin de solventar problemas y necesidades de la Casa Verde y proveer de aparatos ortopédicos a los niños afectados.

Entre los integrantes de este Comité se citan a la Sra. Olga de Trejos, Sra. María Montero de Trejos, Sra. María de Coronado, Señor Rigoberto Rojas Leiva, Sr. Otto Escalante, Sr. Tobías Carrillo y Sr. David Mora.

Según Rigoberto Rojas Leiva, cogestor de esta iniciativa, el Comité Marcha de los Dieces fue concebido por un grupo de funcionarios de la Línea Aérea Costarricense Lacsá, empresa esta que acuerpó su inicial funcionamiento. La idea fue expuesta al entonces Presidente de la República Don José Figueres Ferrer, quien elogió esta inventiva privada y facilitó, en no pocas ocasiones, su accionar. (126)

Este Comité, que en algunos ese ritos aparece con el nombre de Comisión de Rehabilitación Infantil, operó en estrecha relación con el Comité de Salud Mental del Ministerio de Salubridad Pública, Su exitosa labor constituyó el fundamento para que, en el año 1955, el entonces Ministro de Salubridad, Dr. Rodrigo Loría Cortés, considerara a la conveniencia de convertir el Comité en una entidad con mayor fuerza legal e independencia, dando origen al Patronato Nacional de Rehabilitación.

La Memoria de dicho Ministerio correspondiente al año 1955 cita, refiriéndose a la Comisión de Rehabilitación Infantil, que:

Durante una gran parte del año funcionó como una comisión de trabajo del Comité de Salud Mental el grupo que, bajo la generosa y eficaz dirección de Doña Olga de Trejos, se había constituido para ayudar a la rehabilitación física, psicológica y social de los niños afectados por la poliomielitis sus miembros trabajaron con tal plausible empeño que en poco tiempo pudieron recaudar fondos suficientes para dotar de aparatos ortopédicos a 45 niños. La eficacia de la labor realizada por esta Comisión de Rehabilitación indujo al Ministerio de Salubridad Pública a solicitar la venia del Comité para constituirlo en un patronato separado de nuestro organismo que continuara con los mejores elementos la persecución de los propósitos que le dieron vida y así quedó constituido el Patronato Nacional de Rehabilitación (127)

En agosto, de 1955 se constituyó por Decreto Ejecutivo el Patronato Nacional de Rehabilitación, con el objetivo específico de construir un edificio para los niños de la Casa Verde. Posteriormente, en 1966, esta Entidad es creada por ley, con fines diferentes.

La primera reunión del Patronato se efectuó el 29 de agosto de 1955 en el Ministerio de Salubridad Pública. El artículo 3°. de la respectiva acta, dice así; "Todos los miembros incluidos en el Decreto Ejecutivo No. 566 del 22 de mayo de 1955 y publicado en La Gaceta del 26 de agosto de 1955, aceptaron sus cargos y ofrecieron cumplir con sus obligaciones de llevar- a cabo la función encomendada". (128)

Como Director Médico del Patronato fue nombrado el Dr. Humberto Araya Rojas, cuyo regreso al país se dio en enero de 1956, asumiendo de inmediato la intensa labor que lo esperaba.

Su principal meta era conseguir y a mediano plazo, un inmueble más adecuado para trasladar a los niños de la Casa Verde.

Grandes tropiezos tuvo que vencer el Dr. Araya para construir y poner en marcha el nuevo Servicio de Rehabilitación. El lote fue adjudicado por la Junta de Protección Social y la obra se levantó con contribuciones del pueblo de Costa Rica y con un aporte de la Dirección de Asistencia Médico-Social.

En 1960 logró que se construyera un edificio más moderno, con mejores condiciones de seguridad, frente a las oficinas de la Junta de Protección Social, en el Costado Sur del Asilo Chapuí, contiguo al Ministerio de Salubridad Pública. El edificio quedó inaugurado el 26 de diciembre de 1960, como dependencia del Hospital San Juan de Dios.

Este Servicio, que sustituyó a la Casa Verde evidencia avances significativos en la práctica de la rehabilitación física:

El nuevo pabellón constaba de consulta externa con todos sus servicios, salas de espera, consultorios médicos, servicio de tratamiento terapéutico y gimnasio, hidroterapia, sala de yesos. El segundo piso para hospitalizar estaba acondicionado en forma elemental, dividido en 10 dormitorios y la estación de enfermería. (129)

También contaba el Servicio con un taller de prótesis y ortesis a cargo de un funcionario que había sido capacitado en el exterior.

Ya para esta época el país disponía, de la vacuna contra la poliomielitis, "En 1959, la vacunación cubrió casi la totalidad del territorio nacional, con una cobertura de 274.582 niños menores de once años, en 374 puestos de vacunación, siendo la población estimada para este grupo de 382.000 a este año". (130)

Un hecho demostrativo de valores y actitudes sociales respecto a las personas discapacitadas lo constituyó el abandono, por parte de las familias y de muchos niños portadores de secuelas de poliomielitis, los cuales quedaron depositados en la Casa verde.

A inicio de la década de los años sesenta, el Dr. Araya, frente a esa realidad y consciente de que la rehabilitación no era sólo asunto médico; consideró la necesidad de construir un hogar que tuviera las condiciones apropiadas para que los niños que se encontraban desde 1954 hospitalizados y pudieran disfrutar del campo, las flores y los animales, así como del afecto, la educación y la preparación adecuadas para su vida futura.

Su nueva meta fue construir un hogar de rehabilitación, lo que emprendió en el marco de la acción del Patronato Nacional de Rehabilitación, en compañía de la Junta Directiva de este organismo y particularmente del Sr. Rigoberto Rojas Leiva.

Según lo refiere el historiador don Carlos Manuel Zamora Hernández:

A esta necesidad respondió en forma bondadosa don Marcial Aguiluz, quien en 1960 donó una finca de una y media hectárea que luego aumentó a tres y media hectáreas, en "La Lindera", distrito de Pozos del Cantón de Santa Ana, poblado al oeste de la ciudad de San José.

La construcción del hogar se debió al aporte del pueblo de Costa Rica, a través de diferentes maratónicas, la ayuda del Club de Leones, el Club Rotario y el Gobierno de Costa Rica. (131)

La construcción del hogar se concluyó en el año 1961 pero, por falta de recursos para equiparlo y para su funcionamiento, no se inauguró sino hasta el 9 de setiembre de 1962.

Esta Institución, además de dar albergue para los niños discapacitados en estado de abandono, permitió que otros niños de zonas rurales lejanas pudieran alojarse allí cuando fuere necesario para su tratamiento, sin requerir de hospitalización.

Los aspectos filosófico-conceptuales y operativos que fundamentaron esta Institución traspasaron, en aquella época, los límites de la rehabilitación física e incursionaron en el enfoque integral que, años más tarde, se constituiría en principio fundamental para la atención de la discapacidad y la minusvalía.

El propio Dr. Araya refiere que:

La filosofía del hogar era la de tomar al niño minusválido y convertirlo en un miembro útil de la comunidad...

El Hogar poseía, además de algunos servicios de terapia física, escuela primaria financiada por el Ministerio de Educación Pública, salón de costura y trabajos manuales, biblioteca, salón de actos, taller mecánico, sección agrícola, granja, cancha de basket, plaza de fútbol, piscina, orquesta.

Algunos de los niños atendidos continuaron estudios secundarios y universitarios; otros se capacitaron en diversos oficios; muchos lograron trabajar y algunos muchachos hasta formaron su hogar y regresaron a la comunidad, (132)

La obra pionera del Dr. Humberto Araya Rojas continúa en el período histórico siguiente.

Para 1962 funcionaba también y como dependencia del Departamento de Protección Materno Infantil del Ministerio de Salubridad, la Consulta del Niño Lisiado, que abarcaba las siguientes actividades: a) localización del caso; b) preparación de la comunidad y c) rehabilitación física y emocional del niño lisiado; d) enseñanza a padres de familia.

El entonces Ministro de Salubridad Dr. Max Terán Valls, al referirse a la citada Consulta, emitió los siguientes criterios que afirman el proceso evolutivo que estaba ocurriendo:

El problema del niño lisiado es un reto a los programas de Salud Pública de un pueblo y que demanda por consiguiente el mayor esfuerzo.

Costa Rica, siguiendo la tónica de los pueblos avanzados en este campo, no debe quedarse a la zaga en materia de rehabilitación moderna. (133)

Es justo también señalar, en este período, alguna conquista en la rehabilitación física de las personas discapacitadas a causa de accidentes automovilísticos y del trabajo; aunque, como queda evidenciado, el mayor esfuerzo estuvo dirigido a atender las consecuencias de la epidemia de poliomiélitis.

El proceso de rehabilitación física de los accidentados por dichos riesgos tiene su origen antes de la década de los 50, cuando en forma incipiente el Instituto Nacional de Seguros, I.N.S., estableció, en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, un Dispensario Médico a cargo del Dr. Ricardo Marchena V.

En el año 1951, al experimentarse un notable incremento en la atención de pacientes, se contrataron los servicios del médico especialista inglés Sr. Frank Freeman, quien inició los servicios de rehabilitación en las nuevas instalaciones adquiridas por el I.N.S., ubicadas en donde actualmente se localiza la Terminal de busetas de Heredia y Alajuela, sea, 150 metros norte de la esquina noroeste del Hospital San Juan de Dios. (134)

El Dr. Freeman dirigió este Servicio de Rehabilitación aproximadamente por doce años, formando equipo con los primeros asistentes de fisioterapia contratados por la Institución: señores Carlos González, Carlos Luis Meza, José Luis Fallas, Juan Fonseca y José Retana. Posteriormente y en sustitución del Dr. Freeman, asumió la dirección de dicho servicio el Dr. Edgar Jiménez Méndez.

En vista de las limitadas e inadecuadas condiciones físicas en las que operaba este Servicio, "el Dr. Jiménez Méndez conjuntamente con el Dr. Marchena, realizaron las acciones pertinentes para instalar, en el año 1964 y lo que se denominó "Clínica del I.N.S.", en las instalaciones situadas contiguo al Servicio de Emergencia del Hospital San Juan de Dios". (135) El Servicio fue ampliado y mejorado; las prótesis se importaban de Estados Unidos y Alemania., Sin embargo, no fue sino hasta 1968 que se incorporó el técnico graduado en fisioterapia.

En los años siguientes, los programas de rehabilitación física se amplían y se fortalecen administrándose en caminos caracterizados por significativas y patentes realizaciones.

2.3 Acciones pioneras en rehabilitación profesional.

Hasta el año 1960, las acciones desarrolladas en los campos educativo y médico de la rehabilitación, fueron dirigidas en su mayoría a población infantil discapacitada y con algunas excepciones.

Resulta entonces comprensible que, por tal razón, los aspectos atinentes a la rehabilitación profesional no se hubieran abordado prioritaria y sistemáticamente. La recuperación física de todos los niños afectados por la poliomielitis ocupó el primer plano. Sin embargo, estos niños crecieron y muchos de ellos, junto con otros jóvenes portadores de diversos tipos de discapacidad, conformaron un grupo de adolescentes y adultos en edad de trabajar, quienes debían ser formados y orientados para su inserción en el proceso productivo del país.

A pesar de algunas tentativas previas encaminadas a dar ocupación a las personas discapacitadas, según el Dr. Gastón de Mézerville, "los inicios de la rehabilitación profesional se remontan al año 1959 cuando la Licda. Soledad Murillo Galindo se reincorpora al Departamento de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios, con una especialidad de Rehabilitación y Consejería Vocación al obtenida en Puerto Rico. (136)

Dos años antes, en 1957, la Autora de este trabajo, en disfrute de una beca otorgada por las Naciones Unidas, se dirigió a la -Universidad de Puerto Rico con el fin de realizar estudios especializados.

Para entonces dicho país, en cumplimiento de la Ley Federal de Rehabilitación de los Estados Unidos, se encontraba en pleno desarrollo de programas de rehabilitación vocacional. Estos programas estimularon la inclinación profesional de la Autora, y le ofrecieron la oportunidad de una práctica vivencial complementaria de la formación teórica. Pudo así percibir los avances que en este particular se estaban dando en el exterior y, a su regreso al país, asumir la responsabilidad de abrir camino en el campo de la rehabilitación profesional. Desde entonces, enfoca su especial interés en la atención del adolescente y del adulto discapacitado, ya que la necesidad de formación y de ubicación laboral de éstos empezaba a presionar, al concebirse como inconcluso el proceso de atención que se venía ofreciendo a estas personas en las áreas médica y educativa.

Nuevas influencias en el mismo sentido hacen su aparición paulatina en Costa Rica. La Recomendación 99 de la Organización Internacional del Trabajo, O.I.T. Sobre Adaptación y Readaptación Profesional de los Inválidos, acordada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1955, empezaba a señalar un marco teórico de referencia para las actuaciones en este campo. Los fines y objetivos de la rehabilitación profesional, así como la persona sujeto de este proceso, estaban definidos.

La Autora adelanta con la idea fundamental de otorgar importancia "y por qué no prioridad- a la integración de las personas discapacitadas al mundo del trabajo. Fue así como a finales del año 1959, desempeñándose como Trabajadora Social del Hospital San Juan de Dios y poco después como Jefe del Servicio de Trabajo Social del mismo centro médico, inició gestiones tendientes a organizar y poner en funcionamiento el primer servicio de rehabilitación profesional, el cual queda inaugurado el 1° de setiembre de 1960 con el nombre de Instituto de Orientación Vocacional de Rehabilitación.

Según lo reseña la Licda. María Elena Rodríguez, ex jefe del Servicio de Trabajo Social del Hospital.

El primer Centro vocacional para Rehabilitación se fundó en 1960, -instalándose contiguo al Departamento de Rehabilitación-, por iniciativa, empeño, estructura y programación de la Jefatura del Servicio Social a cargo de la Lic. Soledad Murillo Galindo, y con la colaboración y respaldo tanto de la Dirección del Hospital y como del Jefe del Departamento, (137)

El proyecto de este primer servicio fue presentado al Dr. Antonio Peña Chavarría, entonces Director del Hospital, quien reconoció tal iniciativa asignando para este propósito el local ocupado por la lavandería de la Institución. Este sitio, sin embargo, no reunía las condiciones adecuadas: era muy pequeño, oscuro, de difícil acceso y de apariencia nada estimulante.

El Dr. Peña Chavarría advirtió que el Hospital no disponía de recursos para acondicionar dicho espacio ni para equiparlo, pero autorizó que se hicieran gestiones externas tendientes a resolver esas necesidades.

El Dr. Humberto Araya Rojas apoyó desde el principio este proyecto, que vendría a complementar los servicios de rehabilitación física a su cargo; poniendo a disposición del mismo recursos y personal del Departamento de Rehabilitación.

El problema principal consistió en la falta de medios económicos, por lo que fue necesario recurrir al comercio, a la industria, a la comunidad en general, instancias que respondieron en forma efectiva. De importancia especial fue la ayuda de la Junta de Protección Social de San José, en particular para la ampliación y adecuación de la planta física. Resulta Justo aquí reconocer el apoyo brindado por el Sr. Andrés Brenes Mata, quien fungía en esos tiempos como Delegado Ejecutivo de la Junta citada.

Otra persona que también creyó en la incipiente obra fue el señor Kurt Bachmann Mayer, en aquella época Director de CARE Internacional, en Costa Rica. Este Organismo donó maquinaria, equipo y mobiliario para los primeros talleres de ebanistería, radiotécnica y costura.

Superadas las necesidades físicas y materiales básicas, el esfuerzo se concentró en la orientación técnica. Con el personal del Departamento de Rehabilitación -médicos fisiatra y ortopedista, terapistas físicos, trabajadores sociales y maestros —, se conformó un equipo evaluador de la capacidad funcional y ocupacional de los candidatos al servicio. La Autora dictó varios cursos sobre rehabilitación profesional y especialmente sobre evaluación en equipo. A este grupo, posteriormente se unieron varios instructores.

En sus inicios el Instituto estuvo a cargo del Servicio Social. A finales de 1960 se iniciaron gestiones ante el Ministerio de Educación Pública con el objeto de conseguir el personal instructor necesario, ya que se venía funcionando con recurso voluntario. No fue sino hasta abril de 1962, cuando el Ministerio nombró y financió profesores en las áreas de ebanistería, radiotécnica, corte y confección y, posteriormente, educación para el hogar y secretariado.

Las funciones de colocación y seguimiento fueron asumidas por las trabajadoras sociales del Departamento de Rehabilitación.

Dos instituciones colaboraron financiando becas para los alumnos discapacitados; el Patronato Nacional de Rehabilitación y la Asociación Pro Enfermo Lisiado APEL. Esta última agrupación se organizó en el año 1960 bajo el nombre de Asociación Damas Amigas del Niño Lisiado, con la finalidad de prestar ayuda a los niños con deficiencias físicas para que pudieran llevar a cabo su trabamamiento y sus estudios.

Hasta mediados de 1962 la orientación técnica del Instituto respondió a lineamientos específicos de rehabilitación profesional. Sin embargo, cabe señalar que el establecimiento de este centro en un medio hospitalario limitó el desarrollo de condiciones ambientales adecuadas, así como de las disciplinas y procedimientos laborales propios de esta etapa o proceso» Hoy día se considera técnicamente inconveniente esa situación.

Al ser asumido por el Ministerio de Educación este centro vocacional es reinaugurado en el año 1962, según lo narra la Licda. Ligia Matamoros de Barboza:

A partir de ese momento los programas del Instituto fueron preparados por la Sección de Asesoría de Enseñanza Profesional del Ministerio de Educación Pública y se le asignó una subvención de ¢10.000 (diez mil colones) que años más tarde se aumentó a ¢15.000 (quince mil colones) anuales. Se nombró una Junta Administrativa encargada del aspecto financiero de la Institución. (138)

En junio de 1962 la Autora deja de laborar en el Hospital San Juan de Dios. De previo eleva ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la propuesta de solicitar a la Organización Internacional del Trabajo O.I.T. una asesoría para definir necesidades, a nivel nacional, en el campo de la rehabilitación profesional y el empleo de personas discapacitadas. Al respecto hay registros que aseveran que:

A razón de una breve visita a Costa Rica realizada en el mes de agosto de 1962 por un funcionario de la Sección de Adaptación Profesional de la División de Mano de Obra de la Oficina Internacional del Trabajo, el Gobierno de Costa Rica solicitó de la O. I. T. en diciembre de 1962 que le facilitase la asistencia de un experto en readaptación profesional durante un mes para que efectuase una encuesta relativa a las necesidades de los servicios de readaptación profesional en el país. El Director General de la O.I.T. designó al Sr. Norman Phillips del Ministerio del Trabajo Británico, para que se hiciera cargo de dicha tarea. (139)

El Sr. Phillips llegó a Costa Rica el 26 de setiembre de 1963 y permaneció aquí hasta el 23 de octubre del mismo año. Con esta misión se inicia el proceso de asistencia técnica de la O.I.T. en rehabilitación profesional en nuestro país, recibida en múltiples momentos, la cual imprime decisiva influencia en el desenvolvimiento conceptual y práctico de dicho campo.

En el correspondiente informe de misión, el Sr. Phillips hace referencia al Instituto de Orientación Vocacional, intitulado por él como Departamento Vocacional del Centro Nacional de Rehabilitación:

Este Departamento, inaugurado en 1962, está administrado por el Ministerio de Educación Pública. Existen cursos de radio y de trabajos de ebanistería para hombres y, en cuanto a las mujeres, se les enseña trabajos de costura y de mecanografía. En el caso de los hombres, el primer año es de prueba, pasando medio año en cada una de las secciones y los otros dos o más años restantes en la sección elegida al final del primer año. El período normal de formación es de tres años. Gran parte de la instalación fue facilitada gratuitamente por el organismo C.A.R.E. y se considera razonablemente adecuada. Están empleados en dicho Departamento instructores calificados. También se imparte la educación primaria, puesto que la mayoría de los educandos no han alcanzado el nivel normal de educación. (140)

El Instituto funcionó durante toda la década de los años sesenta, enfrentando restricciones de personal y de recursos financieros que limitaron su crecimiento técnico y operativo, debilitándose en su respuesta a una demanda cada vez más exigente. Sobre este particular y la Licda Matamoros de Barboza comenta que:

Las autoridades oficiales demostraron apatía hacia las labores que con grandes esfuerzos y carencia de medios realizó el Instituto y en el año 1970 por acuerdo del Consejo Superior de Educación se realizó su traspaso a la Institución que hoy día funciona bajo el nombre de Industrias de Buena Voluntad. (141)

Ciertamente, en 1970, bajo la dirección técnica de la Autora, se abren las puertas de Industrias de Buena Voluntad, Institución que absorbe al Instituto de Orientación Vocacional. El entonces Ministro de Educación Pública don Uladislao Gámez, autorizó dicho traslado, incluyendo al personal del Ministerio.

La Junta de Protección Social de San José acordó la venta simbólica del equipo y mobiliario disponible. Los alumnos en cifra de 70 hombres y mujeres discapacitados se trasladaron a la nueva Institución constituyéndose en el primer grupo receptor de los servicios del naciente programa de rehabilitación profesional.

Por último, se hace importante resaltar el aporte principal de las acciones antes relatadas al progreso conceptual de la rehabilitación en nuestro país, los cuales pueden resumirse así:

a) Establecimiento de una línea de cambio en el paradigma de la rehabilitación que venía practicándose, la cual modificó las perspectivas de muchas personas con discapacidad. Hubo una evolución del punto de vista de "paciente" a "trabajador", al reconocerse la capacidad productiva de la persona discapacitada y al rescatarse la credibilidad en su rol como elemento económicamente activo.

b) Introducción del concepto de minusvalía o desventaja profesional y consecuente cambio en enfoque de atención de la persona discapacitada, tendiente a buscar la reducción de esa desventaja a través de la rehabilitación profesional.

c) Adición de un nuevo componente en el concepto de rehabilitación vigente, que propicia un enfoque más integral de la persona discapacitada. Las acciones desarrolladas en el campo de la rehabilitación profesional invitaron a una revisión del asunto de la discapacidad por parte de otros sectores y profesionales, lo que contribuyó a disminuir la brecha existente en la visión totalizadora del problema y de su atención.

El Dr. Gastón de Mézerville, al referirse a la etapa pionera de la rehabilitación en nuestro país, resume su opinión en los siguientes términos:

... a lo largo de la primera etapa del desarrollo de la Rehabilitación en los campos educativo, médico y vocacional, asume el liderazgo, requerido por las circunstancias, esta primera generación de profesionales en Rehabilitación y Educación Especial formados en el extranjero. Es a consecuencias de sus luchas por obtener un mayor respaldo a la causa de la Rehabilitación, que se hace conciencia gradualmente en el país del problema de la discapacidad y se aprueban las primeras leyes que rigen el desarrollo incipiente de este campo a nivel educativo, laboral, médico y social. La presencia de este liderazgo inicial, de corte paternalista pero efectivo, hace que la rehabilitación cobre auge en nuestra historia y, por así decirlo, se da en este período "el descubrimiento de las personas discapacitadas" quienes anteriormente permanecían prácticamente a escondidas de la vida nacional. (142)

CUADRO #3
PRINCIPALES LEYES, DECRETOS Y OTRAS NORMAS
ILUSTRATIVAS DE LA TENDENCIA DE CAMBIO DE LA
REHABILITACIÓN (1.940 - 1965)

| 1 FECHA | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|------------------------|--|--|
| 1940 23 de julio | Decreto Ejecutivo N°. 10 | Establece la primera Escuela de Enseñanza Especial |
| 1943 22 de octubre | Ley N°. 17 (reformada por otras leyes posteriores) | Constitución de la Caja Costarricense de Seguro Social. Establece el seguro social obligatorio por invalidez. |
| 1943 | Ley | Código de Trabajo. Establece medidas de prevención, de riesgos profesionales y prestaciones en caso de que éstos ocurran. |
| 1944 15 de marzo | Ley Constitutiva N°. 61 | Creación de la Escuela de Enseñanza Especial. Declara de interés público la educación de los niños de retraso mental, de trastornos auditivos, de la vista o del sistema vocal o de cualquier otro impedimento físico, que les impida proseguir con éxito la enseñanza de la escuela corriente. |
| 1946 | Decreto Ejecutivo | Ministerio de Salud: dicta Reglamento de Higiene Industrial, como medida preventiva. |
| 1949 | Ley | Constitución Política. A rango constitucional se establece la protección especial del estado para enfermo desvalido y se ratifica el seguro social contra riesgo de invalidez. |
| 1950 9 de diciembre | Decreto ejecutivo | Creación del Comité Nacional de Salud Mental. Establece como objetivo cooperar con el Ministerio de Salubridad; a) en la conservación y mejoramiento de la salud mental de todos los costarricenses; b) en la prevención de los desórdenes neuropsiquiátricos y demás perturbaciones de la conducta; c) en la adecuada asistencia social, médica y psicológica de los enfermos mentales; d) en la investigación científica que se realice dentro del campo de la higiene mental. |

| 1 FECHA | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|------------------------|--|--|
| 1952 4 de febrero | Acuerdo de Junta Directiva Caja Costarricense de Seguro Social | Reglamento de Seguros de Enfermedad y Maternidad. Reglamento aplicación del seguro entre los beneficiarios y familiares; incluye a los inválidos de cualquier edad. |
| 1952 | Ley | Convenio 102 de la O.I.T. Sobre Seguridad Social. Al ratificarse se incorporan prestaciones por invalidez. |
| 1954 | Resolución del Ministerio de Salud | Creación de la Escuela Neurosiquiátrica Infantil. En 1954 inicia sus labores en el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud y en 1968 se instala en forma independiente. |
| 1955 21 de abril | Ley N° 1860 (reformada por leyes posteriores) | Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo. Da protección efectiva al trabajo humano; establece la Oficina de Seguridad e Higiene del Trabajo; da especial importancia al estudio de las enfermedades profesionales y establece que se atenderá la rehabilitación profesional de los accidentados. |
| 1955 5 de agosto | Ley N° 1922 (modificada por leyes posteriores) | Pensiones e Indemnizaciones de Guerra. El estado asume las obligaciones de auxiliar a los incapacitados total y parcialmente, que hayan venido a tales condiciones como consecuencia de la lucha armada u de los hechos conexos con ésta, que sostuvo el país al repeler la agresión que inició el once de enero de 1955 con captura de Ciudad Quesada por parte de fuerzas extrañas al medio costarricense. |
| 1955 22 de agosto | Decreto Ejecutivo N° .566 | Creación del Patronato Nacional de Rehabilitación. Se crearon el objetivo específico de construir un edificio para los niños afectados por la poliomielitis. En 1966 fue creado por ley No. 3695 |
| 1956 20 de febrero | Ley N°. 2007 | Instituto Nacional de Seguros. Establece adelanto y donación de auxilios económicos para compra de materiales y aparatos ortopédicos |
| 1957 2 de setiembre | Acuerdo de Junta Directiva - Caja Costarricense de Seguro Social. Sesión N°. 1909 | Reglamento de Prótesis y Aparatos Ortopédicos. Establece que la C.C.S.S. podrá suministrar ayuda económica a las personas que lleguen a necesitar el uso de aparatos ortopédicos y prótesis. Regula la aplicación de este beneficio. |

| 1 FECHA | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|-------------------------|---|--|
| 1957 25 de setiembre | Ley N°. 2160 | Ley Fundamental de Educación. Define la Educación Especial y establece que ésta requiere de métodos, técnicas pedagógicas y materiales apropiados, así como personal especializado. |
| 1957 30 de octubre | Ley N°. 2171 (modificada por leyes posteriores) | Creación del Patronato Nacional de Ciegos, con la finalidad de brindar protección a todas las personas ciegas... y coordinar la acción de todos aquellos organismos y asociaciones que tengan relación con los problemas de las personas no videntes. Establece medida de protección, habilitación y rehabilitación de personas ciegas |
| 1960 22 de febrero | Ley N°, 2547 (reformada por leyes posteriores) | Impuesto a los cigarrillos a favor de los ciegos. Destina el cuatro por mil del producto del impuesto a los cigarrillos para atender las necesidades de asistencia social, rehabilitación vocacional y general y educación de los ciegos. |
| 1965 21 de mayo | Ley N°. 3506 (reformada por Leyes posteriores) | Creación del Instituto Nacional de Aprendizaje. Entre otros, establece oportunidades de aprendizaje para personas afectadas por problemas sociales. |

FUENTE

Compilación de la Legislación y otras Normas Costarricenses Sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas. Dirección General de Estadísticas y Censos. 1980.

Conforme se deriva del cuadro legislativo anterior, en este período se da una línea de pensamiento y de preocupación que permite patentizar progreso hacia una visión más amplia y diversificada del quehacer de la rehabilitación.

Se percibe cierto interés, por los aspectos sociales de la discapacidad y por la atención de la colectividad afectada. Además de los componentes médico, educativo y vocacional ya señalados, se incorporan otros que van siendo genéricamente concebidos como rehabilitación social. Algunas medidas preventivas de la deficiencia y la discapacidad asoman con mayor certeza.

A pesar de reconocerse una dirección sostenida de avance, las acciones de rehabilitación emprendidas en los diferentes campos se daban de manera aislada, sin la debida coordinación. Un intento dirigido a resolver tal circunstancia lo constituyó la creación de la Asociación Nacional de Rehabilitación.

Por Decreto Ejecutivo N°. 13 de fecha 12 de setiembre de 1961, siendo Ministro de Salubridad Pública el Dr. José Ml. Quince, se crea esta Institución conforme a la siguiente ordenanza.

Artículo 1°. Créase una institución de servicio público, denominada Asociación Nacional de Rehabilitación que tendrá por- objeto la protección de los inválidos, así como ejercer funciones de coordinación y asesoramiento para aquellos organismos que así lo soliciten, y que tengan a su cargo actividades tendientes a la rehabilitación de las personas inválidas. El control administrativo, así como la fiscalización de sus actividades, las tendrá el Poder Ejecutivo a través del ministerio de Salubridad Pública.

Artículo 2°. Para efectos de este decreto y fines de esta Institución con el término de "inválidos" se designan a todos aquellos individuos, que, por tener defectos físicos o mentales, están incapacitados para obtener y conservar un trabajo, que les permita velar por sus necesidades y las de su familia, así como el llevar una vida normal dentro de la sociedad. Se entiende por "rehabilitación de los inválidos", el proceso en virtud del cual se tratará de lograr la mejor adaptación física, mental, social y vocacional del inválido, para su incorporación o reincorporación a la vida económica y social del país... (143)

Esta institución, sin embargo, no logró cumplir su finalidad, pues su funcionamiento se limitó a un corto tiempo, sin legar ningún aporte significativo al argumento de este recorrido histórico.

Si bien el acervo legal precitado no llevó a la acción la totalidad de sus propósitos, en virtud de que algunas leyes fueron aplicadas con débil impacto, sí puede afirmarse que todas esas disposiciones legales constituyeron una base de referencia conceptual y práctica para las actuaciones que habrían de ocurrir en el siguiente período.

**SINOPSIS DE RELACIÓN ENTRE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
DEL CONTEXTO Y LOS PRINCIPALES HECHOS. AVANCES E
HITOS EN REHABILITACIÓN
PERIODO 1940 – 1965**

| 1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO | 2 HECHOS, AVANCES E HITOS EN REHABILITACIÓN |
|--|--|
| <p>Cambio en la actitud del Estado. Reforma social a partir de 1940: CCSS; Garantías Sociales; Código de Trabajo; U.C.R.</p> <p>Nuevo estilo de desarrollo del país. Estado interventor en favor del interés público.</p> <p>Redistribución de ingreso vía programas sociales en especial de educación y salud.</p> <p>Conjunción de fuerzas sociales y respaldo al cambio social.</p> <p>Disolución del ejército nacional y reorientación de recursos económicos a programas sociales</p> | <p>Reconocimiento y magnificación del problema de la discapacidad a nivel nacional.</p> <p>Epidemia de poliomielitis</p> <p>Creación de primeros servicios: 1940 - Educación Especial 1954 - Rehabilitación física 1960 - Rehabilitación Profesional</p> <p>Aparición de pioneros</p> <p>Acciones incipientes de rehabilitación social</p> <p>Inicio de la asistencia técnica internacional</p> <p>Primeras acciones de capacitación a nivel nacional y en el exterior.</p> <p>Surgimiento de iniciativas privadas en rehabilitación.</p> <p>Preeminencia de enfoque médico.</p> <p>Restauración física como objetivo principal del proceso rehabilitatorio.</p> <p>Concepción de la persona como 'sujeto-problema'</p> <p>Carencia de recursos humanos especializados.</p> <p>Descoordinación de acciones y servicios.</p> <p>Enfoque sectorial de la rehabilitación.</p> <p>Atención totalmente institucionalizada.</p> <p>Primeras normas legislativas atinentes a la rehabilitación.</p> |

CAPITULO VI

ETAPA DE DESARROLLO CONCEPTUAL Y ESTRUCTURAL DE LA REHABILITACION EN COSTA RICA PERIODO 1965-1976

RESUMEN

Etapa de Desarrollo Conceptual y Estructural de la Rehabilitación en Costa Rica
Periodo 1965 - 1976

El período 1965-1976 se ubica dentro de uno mayor, en el cual nuestro país alcanzó un crecimiento sostenido de su economía, con una tasa promedio de 6.6% anual. También, durante la década de los años sesenta, se inicia una fuerte penetración de capital extranjero, dentro del marco del Mercado Común Centroamericano. Ello hace que se impulsen muchos proyectos de infraestructura y se acelere el crecimiento del aparato estatal.

Entre otras realizaciones, en el área de la rehabilitación física se construyó el Centro Nacional de Rehabilitación; y en el campo de la discapacidad mental se concluye la construcción del Hospital Neuropsiquiátrico en Pavas, emprendiéndose acciones hacia una rehabilitación con base en la comunidad.

La educación especial desarrolla nuevos enfoques y respaldos, incluyendo la creación de escuelas especiales en todo el país, así como de aulas diferenciadas dentro del sistema regular; se fundan las primeras Asociaciones de Padres de Niños discapacitados, y se consolida la capacitación de personal especializado, por parte de la Universidad de Costa Rica.

En el área de la rehabilitación profesional, el mayor esfuerzo lo aporta la Asociación Industrias de Buena Voluntad, creándose el Instituto de Rehabilitación Profesional. En el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se organiza el Servicio de Colocación Selectiva.

Algunas leyes, decretos y otras normas promulgadas en este periodo, favorecen la atención social de las personas discapacitadas, contribuyendo a la conformación del concepto y de la praxis de la rehabilitación social, como componente de la rehabilitación integral.

El retorno de profesionales formados en el extranjero, en diversas áreas de la rehabilitación, fue uno de los factores determinantes del desenvolvimiento conceptual y práctico de la rehabilitación en nuestro país.

Un gran avance en materia de coordinación Ínter institucional e intersectorial lo constituye la creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

CAPITULO VI

ETAPA DE DESARROLLO CONCEPTUAL Y ESTRUCTURAL

DE LA REHABILITACIÓN EN COSTA RICA

PERIODO 1965 - 1976

1- ALGUNAS PARTICULARIDADES DEL PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DEL ESTILO DE DESARROLLO COSTARRICENSE.

El periodo en estudio: 1965-1976, forma parte de un lapso mayor (. 1950-1980) que los estudiosos del desenvolvimiento económico-social del país han considerado de afianzamiento del estilo de desarrollo surgido a raíz de la Guerra Civil de 1948. Este proyecto, fue generado y puesto en práctica por la alianza de fuerzas sociales aglutinadas en el Partido Liberación Nacional, siendo desestimulado y frenado, en parte, aunque no desarticulado, durante las administraciones de oposición a dicho grupo político.

Rovira (1987) al referirse a este estilo de desarrollo costarricense, señala que:

La trayectoria de la sociedad costarricense a lo largo de la etapa a la que nos estamos refiriendo, puede decirse, sin exagerar, que constituye, en una medida considerable, una resultante histórica de la contraposición y el conflicto entre dos principales proyectos políticos y alrededor de los canales han quedado articuladas diferentes coaliciones de intereses burgueses que han aspirado a dirigir el desarrollo del país. El primero de ellos es aquel proyecto que persiguiendo materializarse mediante la acción del Partido Liberación Nacional, se empeñó en la modernización económica social y política de Costa Rica, y pretendió hacerlo estimulando la diversificación de la estructura productiva y acelerando el desarrollo capitalista de nuestra formación social. El segundo es aquél otro impulsado por variados partidos y coaliciones de ellos en este período de más de tres décadas, el cual, anclado desde siempre en la vieja pero fundamental dinámica de acumulación de capital de índole agroexportadora, ha procurado resistir las orientaciones emanadas del primero. (144)

Los más importantes componentes del proyecto político impulsado por el Partido Liberación Nacional, los cuales se concretizan en el contexto político, social y económico, de acuerdo con Rovira (1987) son los siguientes:

1. La diversificación de la estructura productiva del país, tanto en lo concerniente a la producción para el mercado interno - y aquí principalmente el desarrollo de la industria nacional — como en lo relativo a la ampliación del número de ramas orientadas hacia el mercado internacional.
2. Con miras a mejorar las condiciones de vida de numerosos grupos de la población y con la pretensión también de estimular la demanda interna, se le ha prestado una atención particular a la distribución y redistribución del ingreso.
3. Otro objetivo de este proyecto ha sido la configuración de una estructura social menos desigual, procurándole sobre todo el fortalecimiento de los grupos sociales medios (nueva pequeña burguesía, pequeños y medianos empresarios, etc.). Este componente ha sido estimado fundamental por quienes han ejercido el liderazgo en el Partido Liberación Nacional y considerando que con esto se favorecen las condiciones para aminorar los puntos de tensión en el sistema social y se apuntaba la estabilidad política del país y su régimen democrático,

4. Si bien en un principio, al surgir este proyecto, estuvo menos presente en su discurso, ha sido clara la voluntad política de mantener y ahondar los logros de la sociedad costarricense en relación con dos valores; la seguridad social -cuyo impulso originario estuvo a cargo del gobierno del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (1940-1944) y de la coalición de fuerzas políticas que lo apoyó a partir de 1942- y la educación, un viejo valor dentro de la cultura costarricense.

5. La consolidación de la institucionalidad política democrático-burguesa no sólo en virtud de la modernización del Estado y del reforzamiento de su autonomía relativa, sino también por la vía de afianzar instituciones políticas tales como la soberanía popular y el respeto puntilloso al resultado de los procesos electorales,

6. La profundización de la presencia del Estado en distintos ámbitos de la vida social, pero especialmente en lo referido a la ampliación de sus funciones económicas, hasta la constitución de un poderoso Estado intervencionista. (145)

En cuanto al proyecto político de oposición a Liberación Nacional, los rasgos más sobresalientes, siguiendo el texto de Rovira, se pueden resumir así;

1. Liberalismo político y económico, y defensa a ultranza de los principios de la libre empresa y la iniciativa privada.

2. Firme rechazo del crecimiento y ampliación de las funciones del Estado costarricense, en especial lo referente a su injerencia en la esfera económica. (146)

No obstante, otras fuerzas sociales, organizadas temporal o permanentemente, también han tenido influencia en el avance, detención o reorientación de los proyectos políticos que han dirigido el estilo de desarrollo costarricense. De igual suerte, el contenido regional e internacional ha sido importante en esta evolución económica, política y social de nuestro país.

En este sentido, se ha señalado como un fenómeno relevante durante la década de los años sesenta, el arribo de capital norteamericano, básicamente para estimular el proceso de industrialización en el marco del Mercado Común Centroamericano. También, debido al auge de la economía mundial, se orientan grandes sumas de dinero, en calidad de préstamo, para que los gobiernos generen la infraestructura necesaria para los nuevos rumbos del desarrollo. En 1964, en su Mensaje a la Asamblea Legislativa, el Presidente Orlich defendió, en forma decidida, la política de suscribir préstamos internacionales importantes, con estas palabras:

No me pregunten cuánto dinero Costa Rica está tomando prestado; exijamos, más bien, dar cuenta si ese dinero se está empleando juiciosa y sanamente para hacer a nuestro país más próspero en el futuro. Pregunten a la familia que tiene una casa nueva con quién está de acuerdo; si con nosotros que hemos tomado dinero prestado para darle un techo o con aquellos que le hubieran dejado sin techo durante muchos años por temor a usar el crédito que se nos ofrecía. (147)

En materia económica, el crédito externo habría de convertirse en un fuerte componente para las administraciones futuras y se dirigiría tanto a la creación de infraestructura, como al campo social y a la producción, vía la banca nacionalizada.

El énfasis puesto en el sector industrial y el ingreso al Mercado Común Centroamericano pretendieron, como lo expresa el Presidente Orlich en 1965, en su Mensaje a la Asamblea Legislativa, "... dar mayor ocupación a la fuerza de trabajo, mejorar la balanza de pagos, mejorar la distribución del ingreso nacional, sustituir importaciones de productos manufacturados, integrar los procesos industriales con otros por crearse, aumentar el valor agregado y- fomentar la utilización de materias primas nacionales". (148)

De acuerdo con Rovira (1987), otro fenómeno de importancia en el estilo de desarrollo puesto en práctica en estos años es "... la consolidación en Costa Rica de una nueva forma de Estado de naturaleza intervencionista. En el transcurso de estas dos décadas, se extienden considerablemente las funciones estatales, particularmente las económicas (creación de infraestructura material, calificación de la mano de obra, intermediación financiera, etc.) en el marco del proyecto político hegemónico que procura la modernización del país y la aceleración de su desarrollo capitalista, pero sin que entre tanto se constaten tendencias fuertemente competitivas por parte del Estado en aquellas ramas de la producción previamente reconocidas, de manera implícita, como ámbito del sector capitalista privado. (149)

El crecimiento de la actividad manufacturera tuvo diversos efectos ya que permitió, por ejemplo, la creación de nuevos y variados puestos de trabajo, tanto de nivel técnico, como obrero y gerenciales. La tasa de crecimiento fue superior a la del sector agropecuario y junto con el sector servicios se constituyen en los sectores de mayor aporte al PIB.

El sector agropecuario fue reorientado y dinamizado; y según Solís Avendaño (1981) se pueden caracterizar tres líneas generales que muestran su crecimiento.

- a- Hasta 1972, los sectores más dinámicos son los relacionados con los productos de exportación.
- b- En los setenta, el empuje se traslada hacia los productos de consumo interno, sin que ello signifique una crisis en el sector de exportación, evitada gracias a los precios favorables -sobre todo del café-.
- c- La dinámica desigual de los distintos rubros del sector agropecuario, combina el incremento de la producción, por la expansión extensiva y horizontal, con variantes sustanciales en la productividad. (150)

El incremento de la productividad se da fundamentalmente en el café y el banano y en menor proporción en la caña de azúcar. Siguiendo el análisis de Solís Avendaño, éste considera una serie de innovaciones ocurridas a nivel del proceso de trabajo, las que incluyen; "la utilización de variedades de plantas genéticamente mejoradas, la utilización más intensiva de los abonos, la previsión y el combate de plagas, los drenajes, la mecanización, etc." (151)

El sector público propició esta transformación en el agro mediante la asesoría técnica, la investigación, la previsión y el crédito; asimismo, deben considerarse otras innovaciones- de infraestructura y la expansión de servicios sociales hacia nuevas regiones de desarrollo para convertirlas en atractivas para la inversión.

Las cifras en torno al Producto Interno Bruto muestran un crecimiento de la economía nacional durante el periodo, entre 1960 y 1977 con una tasa promedio de 6.6%., llegando en el último año a una tasa de 8.90%, cuando empezó a bajar hasta una tasa de 2.30% en 1980. Este crecimiento tuvo como base la agroexportación de productos tradicionales (café y banano) y nuevos productos (azúcar y carne vacuna), lo mismo que la producción industrial.

Durante la Administración Trejos Fernández (1966 - 1970), la política económica se orientó fundamentalmente hacia el ordenamiento de la hacienda pública, sin dejar de atender los problemas monetarios que afrontaba el país; hacia la promoción de la reinstauración de la banca privada (lo que no pudo lograr) y en detener el crecimiento del Estado intervencionista mediante toda una política alternativa basada en la concepción del autodesarrollo de las comunidades.

La idea rectora de la actuación de esta Administración se basó en la justicia social preconizada por la Doctrina Social de la Iglesia. El Presidente Trejos Fernández señalaba que:

El hombre es dueño de su destino y la acción del Estado, en procura de más elevadas metas de bienestar, ha de ser únicamente subsidiaria y complementaria de la que realice el hombre o la comunidad, para lograr su propio progreso y perfeccionamiento. Creo en consecuencia que, confiriendo la mayor dignidad al trabajo, debemos encaminar nuestros empeños, como parte del Estado; a estimular la creación y el esfuerzo propio que debemos alentar toda iniciativa, posible, tanto personal como de las comunidades, lo cual equivale a dar el mayor énfasis y el ámbito más vasto a la tarea educativa, que es la misión más sublime y propia del Gobierno. (152)

Durante la Administración del Presidente Trejos, se aprobó la Ley de Impuesto de ventas y se decretó por un año un recargo del 25% sobre el impuesto a la renta y sobre el impuesto territorial. Fueron muy pocas las instituciones que se crearon: el Servicio Forestal de Costa Rica, la Escuela Nacional de Ganadería y la Escuela Normal Superior y el Banco Popular y de Desarrollo Comunal.

Es en esta Administración que se le pone límite a la autonomía que gozan los entes descentralizados, a fin de que se sujeten a las directrices de gobierno y pues el gasto del sector para estatal y su accionar escapaban a la influencia del Poder Ejecutivo.

Con la llegada de nuevo al poder del Presidente Figueres (1970-1974), se da otro impulso al desarrollo social y cultural del país. El éxito económico alcanzado por el país se verá reflejado en numerosas esferas.

En 1970 inició sus actividades el Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, con la finalidad de promover las artes, las letras, el deporte y las diferentes manifestaciones culturales. También, bajo su tutela, se fortalecería la organización Juvenil y de las mujeres. Para Justificar la creación de este Ministerio, el Presidente Figueres dijo en un mensaje presidencial a la Asamblea Legislativa: " No queremos tener- en el futuro un país rico y vulgar. Tampoco podemos reservar las altas manifestaciones del espíritu a las minorías que pueden proporcionárselas". (153)

En el campo educativo, la tasa de analfabetismo se había reducido de manera significativa, ubicándose en 1973 en un 1%. Esta continuaría disminuyendo en los años subsiguientes hasta llegar a un 7% en 1986.

A nivel de la educación universitaria, se crearon el Instituto Tecnológico de Costa Rica en 1971, con sede en Cartago, y en 1973 la Universidad Nacional, con sede en Heredia. Sería en tiempos del Presidente Oduber en 1977, que se crearía la Universidad Estatal a Distancia, como la última de las universidades estatales.

Este conjunto de universidades públicas le permitiría al país mayores oportunidades académicas para preparar los profesionales y técnicos que el desarrollo del país demandaba, viéndose complementado este esfuerzo con universidades privadas que surgen a partir de 1976.

Un ente público de importancia lo constituyó el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), creado en 1973; con la finalidad de promover y orientar los esfuerzos públicos y privados en esos diferentes campos. Con los años, este Consejo llegaría a formar parte de un sistema de ciencia y tecnología, con el respectivo Ministerio.

Con toda esa infraestructura educativa y cultural, el presupuesto público asignado a la educación alcanzó, a finales de la década del setenta, un 30% del presupuesto nacional, disminuyendo en la década siguiente, como efecto de la crisis.

En materia de salud se lograron grandes avances después de 1948. La infraestructura hospitalaria construida durante los siguientes años, en los centros de población más importantes, atendía de manera preferencial los aspectos curativos. Un resumen extraído de la obra Historia General de Costa Rica, ya citada, nos permitiría ubicar la situación de la política de salud y el cambio experimentado durante los años setenta, de la siguiente manera:

A partir de 1970 cambió la orientación de esta política y se puso el énfasis en la medicina preventiva y en la progresiva extensión de la seguridad social. En 1971 se inició el programa de salud rural, que siete años después había favorecido a más de 800.000 personas en población rural dispersa, cubriendo aspectos de gran importancia: salud materno - infantil, servicios odontológicos y control de enfermedades infecciosas, primeros auxilios y saneamiento ambiental ... Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon, en 1970, el primer lugar como causa de muerte, y al terminar la década habían caído al séptimo lugar. La mortalidad por enfermedades transmisibles disminuyó muy sensiblemente por- la vacunación y el saneamiento ambiental.» (154)

En 1971, el Presidente Figueres crea el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) como una institución de carácter temporal para combatir la pobreza y de apoyo a la construcción de vivienda para los sectores económicamente marginados. Diez años más tarde, el IMAS se convirtió en una más de las instituciones permanentes en materia social.

La creación del Fondo de Desarrollo Social y de Asignaciones Familiares, en 1974, canalizaría recursos estables y crecientes hacia los programas sociales: comedores escolares, pensiones de régimen no contributivo, salud rural y otros.

Un paso de mucha importancia se dio, en 1973, al aprobarse una ley que dispuso el traspaso de los hospitales del país a la Caja Costarricense de Seguro Social, con la intención de integrar los servicios de salud.

En 1972, se funda la Corporación Costarricense de Desarrollo (CODESA) que, "concebida originalmente como una empresa de capital mixto, quedó finalmente en manos del Estado, experimentando un fuerte impulso durante la gestión gubernamental del Presidente Daniel Oduber Quirós". (155)

Va a ser en la Administración Oduber (1974-1978) que el Estado llega al clímax de su intervención, habiéndose denominado como Estado empresario por sus inversiones, vía CODESA, en actividades como la producción de cemento, la industria azucarera, algodонера y otros productos agroindustriales, el transporte urbano, ferry, etc.

El crecimiento del aparato estatal también llega a niveles muy altos, absorbiendo un alto porcentaje del ingreso nacional, y aumentando la deuda pública, tanto interna como externa.

En 1975, Costa Rica sufrió los efectos de la severa crisis internacional generada por el alza de los precios del petróleo, habiendo alcanzado durante ese año un crecimiento del PIB de sólo un 2,1%. No obstante, los buenos precios del café de los años 76 y 77 permitieron que la crisis no se hiciera patente, aunque por la proximidad electoral tampoco se tomaron las medidas correctivas adecuadas. Esto causó que en el inicio de los años ochenta estallara una crisis de gravísimas consecuencias para el país.

Rovira compara que entre 1948-1968 se crearon cincuenta y cinco nuevas instituciones públicas y que entre 1968-1980 se crearon cuarenta y ocho, lo que demuestra que en esos últimos doce años se da una pronunciada expansión del Estado.

Finalmente, destaca también la expansión de los servicios de salud y de educación entre los años 1960 y 1980, de esta manera:

En el primer caso, los servicios brindados pasaron de cubrir el 46% de la población en 1970 a cubrir el 85% de ella en 1978, exhibiéndose valores dignos de mención en ciertos indicadores de salud: a fines de los años setenta, la mortalidad infantil por cada mil niños vivos había descendido desde ochenta y cuatro en 1953 hasta veintiuno en 1978, y la expectativa de vida al nacer había llegado a ser de casi setenta y dos años... Del mismo modo, en la educación, luego de una expansión impresionante de la primaria y la secundaria, la primera anterior a los años cincuenta de este siglo, la Segunda lograda entre 1950 y 1970, se estimulaba en los setentas el crecimiento de la enseñanza universitaria estatal que hizo contar al sistema público de educación superior con cuatro universidades -había solo una en 1970- y con 48.000 alumnos, es decir, el 2,16% de la población total de Costa Rica, en 1980. (156)

Costa Rica logró alcanzar en tres décadas después de 1948, indicadores sociales y económicos que respaldan el estilo de desarrollo impulsado. De igual forma, logró un sistema político estable que facilitó el progreso y consolidación institucional.

Coincidente con la Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente, en Helsinki 1972, el país inició un programa de Conservación de Áreas Naturales, mediante un Sistema de Parques Nacionales. Se hablaría posteriormente de ecodesarrollo como el complemento de la cultura democrática característica de nuestro país.

2. PROCESO EXPANSIONISTA Y PLURALISTA DE LA REHABILITACIÓN COSTARRICENSE.

La conceptualización implícita o explícita que experimentó la rehabilitación en nuestro país a partir de este periodo se puede sintetizar en un proceso paulatino de tipo expansionista y caracterizado por una visión global de la rehabilitación.

Dicho proceso surge, fundamentalmente, de los complejos problemas de inserción o reinserción social que plantean las personas afectadas, tras reconocerse, para esos propósitos, los "límites " de la rehabilitación física, tradicionalmente admitida como opción de gran preeminencia. En estos años la amplitud -y polivalencia del concepto de rehabilitación integral empieza a germinar en nuestro país, en función de otros conocimientos y especializaciones de muy distinta procedencia profesional y técnica.

Este hecho implica la apertura de una pluralidad práctica, que corre acompañada de un fortalecimiento estructural de la rehabilitación.

Como ya se señaló, el punto de inicio de este período lo marca la creación, en 1965, de dos nuevas escuelas de enseñanza especial, en la ciudades de San Carlos y San Isidro del General.

En este período ocurre un incremento sustancial de acciones en los diferentes campos, así como también una mayor concentración de esfuerzos hacia mejores y más amplios objetivos y servicios para favorecer el desarrollo y el bienestar de la persona discapacitada.

2.1 Evolución de los servicios del área médica.

Uno de los acontecimientos más significativos en este campo tiene que ver con la construcción y funcionamiento del Centro Nacional de Rehabilitación " Dr. Humberto Araya Rojas ".

Las fuentes históricas, refieren dos versiones, complementarias y respecto al móvil que indujo a la realización de esta obra.

La primera tomada del Estudio Integral del Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas" (C.C.S.S) 1985 menciona que:

El Ministerio de Salubridad Pública de entonces, acogiendo el exhorto que hiciera a los países centroamericanos la Comisión Centroamericana de Inválidos, en el sentido de conceder mayor atención a los programas de rehabilitación y educación especial ... acata y decide crear el "Centro de Rehabilitación" dependiente del Patronato Nacional de Rehabilitación, ... con las siguientes metas: 1) Diagnóstico médico de los incapacitados. 2) Rehabilitación física y profesional de los incapacitados, con énfasis inicialmente en la rehabilitación musculoesquelética. 3) Entrenamiento de médicos y otros profesionales técnicos para lo cual mantendrá estrechas relaciones con la Facultad de Medicina. 4) Adiestramiento vocacional para incapacitados, con fines de rehabilitación profesional. 5) Presentar oferta de mano de obra en la comunidad, de los incapacitados físicos rehabilitados y entrenados convenientemente. 6) Normar las actividades de Rehabilitación, para lo cual mantendrá estrechas relaciones con todos los hospitales del país y con

todos los Centros de Enseñanza Especial y, 7) Efectuar investigaciones y estudios de Medicina Física y Rehabilitación. (157)

Respecto a la segunda fuente, el Dr. Humberto Araya Rojas refiere una serie de argumentaciones que reflejan no sólo su propio pensamiento sino, de mayor importancia aún, las corrientes conceptuales de la época. Algunos de dichos argumentos son:

- El actual desarrollo del país y la prevalencia cada vez mayor de enfermedades invalidantes, hacen necesario prever los servicios de rehabilitación adecuados y el establecimiento de un programa integral de recuperación del inválido.
- Un programa de atención al minusválido requiere los servicios médicos y psicológicos, sociales y vocacionales, para controlar y reducir los padecimientos, (así como) para restituir en lo posible y al máximo las funciones físicas.
- Los servicios sociales son necesarios para reducir los problemas de una sociedad que en una u otra forma pueden complicar el proceso de rehabilitación.
- Los servicios vocacionales son necesarios para ayudar al inválido a obtener un máximo potencial en un empleo útil, (158)

Con base en esas convicciones el Dr, Araya afirma que la Clínica alternativa era la creación de un Centro Nacional de Rehabilitación.

Una vez realizados los estudios preliminares, con la dirección del Dr. Araya y bajo la responsabilidad de la Junta Directiva del citado Patronato, dio inicio la construcción de la obra en enero de 1974, mediante licitación pública N°4343.

El correspondiente diseño arquitectónico sin barreras; que estuvo a cargo del arquitecto José Luis Chasí, fue inspirado en distintos centros de rehabilitación de los Estados Unidos; los que a su vez orientaron los aspectos organizacionales y operativos. Fue el propio Dr. Araya, acompañado por su hermana Claudia Araya -quien fungía como Asistente del proyecto- y el arquitecto Chasí, los que recogieron en el citado país los mejores elementos y criterios para ponerlos al servicio de las personas discapacitadas de Costa Rica.

Muchos fueron los obstáculos que hubo que vencer', entre ellos no faltaron los de tipo financiero, según refiere el propio Dr. Araya:

Se vendieron cupones a 2000 colones por metro cuadrado, a firmas comerciales y a personas con espíritu altruista. También se llevó a cabo una presentación de " Cantinflas". Por otro lado, y se solicitaron dos emisiones de bonos de 5.000 colones cada una ordenadas por el entonces Presidente de la República, Lic. Daniel Oduber Quirós, para recoger fondos y terminar la construcción. (159)

El Centro Nacional de Rehabilitación fue inaugurado el 28 de noviembre de 1976, La apertura de servicios fue el 28 de marzo de 1977. El costo de este Centro fue de treinta y cinco millones de colones en infraestructura, más cinco millones de colones en equipo. El CENARE ha sido considerado como uno de los mejores centros hospitalarios en su género en toda la América Latina.

Según refiere el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en el documento "vida y Obra del Dr. Humberto Araya Rojas,

El hospital fue bautizado con el nombre de Centro Nacional de Rehabilitación " Dr. Humberto Araya Rojas", según acuerdo de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación, de la sesión número 23 y del 5 de mayo de 1976 y como un Justo y bien merecido homenaje a uno de los médicos más valiosos que ha dado Costa Rica. (160)

El Dr-. Araya asumió la dirección del Centro desde los inicios hasta 1984, año de su jubilación.

Por aplicación de la Ley N° 5349 del 24 de setiembre de 1973, éste Centro fue traspasado a la Caja Costarricense de Seguro Social, en marzo del año 1977. Consecuentemente, el Servicio de Rehabilitación que venía funcionando en el Hospital San Juan de Dios, a partir de 1977 evolucionó hacia lo que hoy se conoce como Servicio de Fisisio-Kinesiterapia, del precitado Hospital el cual cuenta con personal especializado. Consulta Externa, Servicio de Hospitalizados y el Taller de Prótesis y Ortesis. Otros hechos de trascendencia en el área de la rehabilitación médica, ocurridos en este periodo, se refieren a la atención del enfermo mental. En este campo, a partir de los años sesenta se empieza a marcar en el país una dirección diferente a la tradicional. Se establece en Costa Rica la Escuela de Medicina, y regresan al país varios profesionales en psiquiatría y psicología con una formación académica y una perspectiva más amplia de lo conocido anteriormente. Se organiza la cátedra de psiquiatría y se imparten cursos de pregrado y posgrado para capacitar personal en esta especialidad. Desde los inicios, estos programas tuvieron una concepción novedosa del accionar del psiquiatra "fuera del Asilo"

Se da inicio, en diferentes hospitales y a las consultas externas de psiquiatría para pacientes que puedan funcionar con tratamiento ambulatorio; se utilizan psicofármacos, terapias y otras intervenciones familiares y sociales, que sustituyen los métodos primitivos.

A partir del año 1965 se empieza a hablar de equipos interdisciplinarios y de trabajo en la propia comunidad. La psiquiatría toma matices más claros en lo social y acorde con los movimientos de la época,

El Dr. Alvaro Gallegos opina que:

El decenio de 1970 se inicia con un auge jamás conocido anteriormente en la especialidad: Se había pasado de 10 especialistas inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos en 1963, a 33 psiquiatras. En 1963 había 5 residentes en el Chapuí, para 1970 hubo 24 residentes, 6 de los cuales eran becados de otras instituciones nacionales y extranjeras. En el Chapuí se había pasado de 8 enfermeras graduadas y 6 trabajadoras sociales en 1963 a 22 y 14 respectivamente en 1973. (161)

Continúa afirmando el Dr. Gallegos:

Para el profesional en Salud Mental con una orientación más social; que es la tónica que en forma ascendente va dominando las acciones de Salud Mental desde 1960 para esta fecha, la categoría diagnóstica individual pierde importancia, así como el caso aislado, focalizado su interés y su acción en el grupo social y en especial en la célula social que es la familia... Su interés y más rehabilitativo (adecuación y reinserción individuo a su medio) y preventivo... (162)

La psiquiatría de este período hace un gran aporte conceptual metodológico a la rehabilitación, tanto de aquel entonces como de hoy en día, y a la que se denomina psiquiatría comunitaria.

Actualmente, la rehabilitación con base en la comunidad constituye una apreciada estrategia, que con excelencia ha venido a complementar la modalidad institucionalizada tradicional.

Sobre este particular el Dr. Gonzalo Adís refiere;

La estructuración de un programa con orientación concreta y definida, en el campo de la psiquiatría y psicología comunitarias, se inició en el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí en la segunda mitad de la década del sesenta y se sedimentó en los primeros años del setenta, aunque constantemente tiende a su mejoramiento. Fue encargado de poner en práctica dicho programa el Dr. Jorge Rodríguez Caldera en colaboración con el Ministerio de Salud y el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica (Dr. Gonzalo Adís) (163)

Esta nueva esfera de acción enfatizó algunos aspectos que hoy día son reconocidos como políticas y acciones genéricas de los diferentes ámbitos de la rehabilitación.

De conformidad con el Dr. González Murillo, la estrategia comunitaria se sustentó en las siguientes directrices.

- 1) Descentralización de los internamientos, de las consultas y del seguimiento del paciente;
- 2) Creación de servicios de internamiento parcial (Hospital de día);
- 3) Establecimiento de Talleres Protegidos, tal como el que se inauguró en Alajuela en 1971;
- 4) Incorporación de problemas de salud mental en los programas generales de salud pública a través de los Centros de Salud Rural, con el objetivo de utilizar al máximo los recursos oficiales
- 5) Organización funcional y adecuada de todos los elementos disponibles, tanto físicos como humanos
- 6) creación de los programas adecuados e incremento de la comunicación con los diferentes sectores de la comunidad.
- 7) Actividades interdisciplinarias, resaltando el papel fundamental que desempeñan las disciplinas no médicas que participan en los proyectos y programas de la psiquiatría comunitaria, tal como, el Servicio Social, Enfermería, Psicología, Sociología, Demografía y Educación. (164)

El proceso evolutivo atinente al campo de la discapacidad mental queda suplementado en este periodo con la construcción y funcionamiento del moderno Hospital Psiquiátrico, que viene a sustituir al legendario Asilo Chapuí.

Este Hospital fue inaugurado el 15 de setiembre de 1974. Por la ya citada Ley N° 5349, (en el año 1977 se efectuó su traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social desligándose de la Junta de Protección Social de San José que, desde finales del siglo pasado, asumió la atención de los enfermos mentales en nuestro país.

Otro hecho que vale la pena señalar con relación a otro tipo de deficiencia física es la creación de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos, que funciona desde 1967 en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" y como parte de los servicios de Consulta Externa.

La Clínica surgió ante la preocupación de profesionales de distintas disciplinas que, individualmente, trataban pacientes con esta malformación congénita, sin lograr los mejores resultados. Se pensó que "el trabajo interdisciplinario en equipo", constituía la única opción que garantizaba éxito en el abordaje de este problema.

Para entonces, "las estadísticas indicaban que, de cada 650 nacimientos en Costa Rica, un niño nacía con labio leporino y paladar mal formado, considerándose un serio problema de discapacidad. (165)

La Licda. Thais Ulate A, Supervisora de Trabajo Social del Hospital de Niños y Coordinadora de dicha Clínica, en 1974, relata que:

los profesionales que trabajan en este Centro afilian como un solo equipo, interactuando de tal forma que le ofrecen al niño con labio y paladar hendidos un tratamiento integral para todos los aspectos de su vida; medico, educativo, social y emocional.

En el año 1973 se atendieron 1129 niños y se operaron 150. Podemos considerar que esta Clínica no sólo ha logrado llenar un vacío, sino que es un modelo de trabajo en equipo en Costa Rica y Centro América y puede compararse con los mejores del mundo. Su aporte a la rehabilitación desde el punto de vista de atención integral en equipo es de mucho valor, (166)

Esta experiencia es muestra del enfoque que se estaba tratando de propugnar y de la conciencia que se iba fomentando en los profesionales vinculados con la rehabilitación. Los equipos interdisciplinarios en rehabilitación germinan en este periodo.

2.2 Nuevo Rumbo de la Educación Especial

En lo que atañe a la rehabilitación educativa y este período se inicia con la creación de la Escuela de Enseñanza Especial de San Carlos, en 1965, y la de San Isidro del General, en el mismo año. Ambas iniciativas son continuación de la obra del Prof. Centeno Güell. Puede afirmarse que la importancia primordial de estas acciones radica en el propósito de iniciar la desconcentración de servicios educativos para los niños con discapacidad.

Al iniciarse el año 1969, don Fernando Centeno se acoge a la Jubilación del Ministerio de Educación Pública, separándose de la Escuela. Posteriormente, es nombrado como funcionario en el Hospital Nacional Psiquiátrico y en donde se vincula al programa de terapia ocupación al. En esta Institución trabajó con empeño alrededor de quince años. (167)

La dirección de la Escuela de Enseñanza Especial de Guadalupe la asume, en ese momento, la Prof. Olga Gamboa de Murillo.

La jubilación del Prof. Centeno Güell coincide, en tiempo y coyuntura histórica, con una serie de acontecimientos que suscitan un nuevo enfoque de la educación especial.

Los siguientes hechos pueden considerarse como coadyuvantes esenciales de ese proceso de cambio, sin detrimento de otros factores contribuyentes;

- a) Apogeo de asistencia técnica de expertos internacionales, que trajeron a nuestro país nuevas ideas, las que, a su vez, estimularon nuevas necesidades y prácticas diferentes.
- b) Surgimiento de los primeros grupos organizados de padres de personas discapacitadas, que gestaron y apoyaron acciones tendientes a crear, desarrollar y mejorar los servicios de educación especial.
- c) Creación de la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial del Ministerio de Educación Pública en el año 1968.
- d) Creación de la Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial también en el año 1968.
- e) Mayor disponibilidad de personal especializado y formado en el exterior y en el país.
- f) Mayor apoyo político y que se tradujo en la toma de decisiones importantes y en la asignación de recursos para el desarrollo estructural de la educación especial,
- g) Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en el año 1973.

2.2.1 Apogeo de Asistencia Técnica de Expertos Internacionales

Se señalan en este espacio y las acciones más relevantes que contribuyeron al desarrollo de la educación especial en este período:

a) En el año 1965, un grupo de padres de niños con deficiencias auditivas y que posteriormente se constituyeron en la Asociación de Padres de niños sordos de Costa Rica y con el patrocinio del Club Rotario de Cartago, gestionó la asesoría de la Clínica John Tracy, de los Angeles, California. Con esta asesoría se impulsa en nuestro país la puesta en marcha de una campaña de educación a padres, a través de un curso por correspondencia, gratuito, que impartía la citada Clínica. El objetivo de este curso era facilitar la iniciación del aprendizaje del niño sordo, a la más temprana edad posible, en el ámbito familiar.

En 1966, para los mismos fines, visitó nuestro país el Dr. Edgar Loweil, de la Clínica John Tracy. Con base en esta asesoría se encuentra el origen de la aplicación, en nuestro país, del método oralista de educación del sordo. Esta asistencia técnica permitió también la capacitación de personal en este campo (168)

En el año 1968, siendo Ministro de Educación Pública el Lic. Guillermo Malavassi un grupo de padres de familia que posteriormente conformaron la Asociación Costarricense de Padres de Niños Excepcionales, gestionó ante el citado Ministro, la visita a nuestro país de la Dra. María Soriano, reconocida, educadora española en campo de la educación especial.

Para asegurar la debida recepción técnica de la asesoría de la Dra. Soriano, los padres solicitaron al Ministro Malavassi el nombramiento de un profesional capacitado, que asumiera la función de contraparte de la especialista mencionada.

La designación recayó en la Licda. Marlene Rodríguez Hernández, quien en 1967 había regresado al país procedente de Bélgica, en donde realizó estudios sobre educación del niño con retardo mental y visitó variados centros de educación especial. (169)

La Dra. Soriano, durante su visita a Costa Rica en Junio de 1968 formuló varias recomendaciones y criterios técnicos. Manifestó que:

He logrado comprobar que en Costa Rica hay elemento técnico suficiente con capacidad para emprender y llevar a feliz término un programa en el campo de la asistencia e integración de las personas con retardo mental. Catorce costarricenses se han titulado en estas materias en el Instituto de Pedagogía Terapéutica de Madrid, becados por el Ministerio de Educación o costeados sus estudios por las propias familias. (170)

La Dra. Soriano mantuvo entrevistas con el Ministro de Educación Pública y con el entonces Ministro de Salubridad Pública, Dr. Alvaro Aguilar Peralta; conversaciones de las cuales surgió la idea de constituir "una comisión nacional con un médico, un abogado, un padre de familia, un maestro, con la asesoría técnica de los Ministerios de Salubridad y de Educación, para que coordine planes y concrete realizaciones. (171)

c). En setiembre de 1969 visitó nuestro país el Dr. Arnoldo Capute, Director Clínico del Instituto John F. Kennedy, de Baltimore, con el propósito de asesorar la planeación del Centro Diagnóstico. (172) A pesar de las muchas acciones realizadas en este sentido, derivadas de la presente asesoría, el Centro Diagnóstico nunca se concretó; en su lugar fueron creados equipos diagnósticos en varios hospitales de San José.

ch) En agosto de 1969, atendiendo una invitación formulada por el Ministro de Educación Pública, vino al país el Dr. Ricardo Zepeda Aguilar y Subdirector de Rehabilitación de la Secretaría de Salud Pública de México. Este reconocido especialista opinó en esa oportunidad que " en este país urge la coordinación entre sectores e instituciones; en Costa Rica se da una atención parcial al problema de los niños con deficiencias, podría decirse que sólo se trata en un 50%. Es preciso un organismo que coordine para lograr que algunos de esos niños se integren a las escuelas normales". (173)

Otro aporte de México fue la Asesoría del Dr. Octavio Herrera Orozco, Secretario del Instituto de Comunicación Humana de ese país. Esta asesora fue auspiciada por la Asociación de Padres de Niños Sordos de Costa Rica, por la empresa privada y la Asesoría, y Supervisión de Enseñanza Especial en el Ministerio de Educación Pública. El Dr. Herrera Orozco estuvo en varias ocasiones en nuestro país colaborando con el desarrollo de los programas para personas sordas.

d) A mediados de 1970, en cumplimiento de una misión especial encomendada por la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura CUNESCO), estuvo en Costa Rica la Prof. Berta P. Braslavsky, experta en pedagogía especial de la Universidad de la Plata, Argentina.

En dicha oportunidad, la Prof. Braslavsky expresó:

En Costa Rica existe una red importante de servicios para la enseñanza especial. Hago énfasis en la Necesidad de la integración y la coordinación, así como en mejorar el diagnóstico integral de los niños. (174)

e) En dio inicio en Costa Rica el Programa "PREP-, de Compañeros de las Américas. A través del Dr. Keith Larson, Director del Departamento de Educación Especial de la Universidad de Portland y del Dr. James Maurer, Coordinador del Departamento de Ciencias de Audición y Lenguaje de la misma Universidad -entre otros-, se tendió un puente con los Estados Unidos sobre el cual transitó una amplia gama de asistencia técnica, que tuvo valiosos resultados en diferentes campos de la educación especial, incluida la capacitación del personal. (175)

En 1973, la Prof. Eloísa de Lorenzo, encargada de programas de retardo mental del Instituto Interamericano del Niño e invitada por la entonces Primera Dama de la República Doña Karen de Figueres, organizó en nuestro país, con participación de la UNESCO y de la O.E.A, el Primer Taller Sobre Retardo Mental, que se efectuó del 20 al 31 de agosto de 1973. (176)

A través de este evento se ofreció asistencia técnica con énfasis en la integración y normalización de los niños discapacitados. Así mismo, se recomendó impulsar programas de rehabilitación profesional.

Posteriormente, la Prof. de Lorenzo continuó asesorando nuestros programas de educación especial.

2.2.2 Surgimiento de los Primeros Grupos Organizados de Padres de Personas Discapacitadas-

Durante el presente período surgen dos grupos de padres de personas discapacitadas y que actúen como elementos de presión, ejerciendo a la vez importante liderazgo en los respectivos campos que protagonizan; sordera y retardo mental.

Uno de esos grupos lo constituye la Asociación de Padres de Niños Sordos de Costa Rica. Su origen se remonta a 1965 cuando, en Cartago, se empieza a trabajar sobre la base de un archivo de 350 familias en las que había niños con problemas auditivos. Acompañado por el Club Rotario de esa localidad y este primer grupo de padres inicia una serie de acciones tendientes a crear y mejorar servicios de atención para la población sorda, particularmente niños, y sus respectivas familias.

En 1968, bajo la Ley de Asociaciones de Bienestar Social y se constituye legalmente esta agrupación. Como se mencionó previamente, este grupo estuvo inicialmente vinculado a la Clínica John Tracy. El primer contacto fue establecido por la familia Guzmán Ovares, de Cartago. Es propicio resaltar el liderazgo ejercido desde el principio por el Dr. Fernando Guzmán Mata y doña Marta Ovares de Guzmán y a quienes se les reconoce como emisarios de la tendencia oralista, en compañía de un buen número de padres que abrazaron los mismos propósitos. Otros profesionales y padres se inclinaron años más tarde por la metodología denominada comunicación total, dándose una histórica antinomia en este particular.

Funjiendo el Dr. Guzmán Mata como Presidente de la Comisión Permanente de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, y por su gestión, se aprobó la Ley N°4232, del 11 de noviembre de 1968, que establece la Escuela de Niños Sordos, de Cartago, como dependencia del Ministerio de Educación pública. (177) Por otras disposiciones legales, se logró también financiamiento para la construcción del edificio y para su operación.

Durante los últimos diez años, esta Asociación ha estado casi inactiva, pero su aporte a la rehabilitación educativa en el periodo que nos ocupa es incuestionable.

El otro grupo lo constituye la Asociación Costarricense de Padres de Niños Excepcionales ACOPANE, cuyos estatutos fueron aprobados el 6 de enero de 1969. En esta misma fecha se nombró la primera Junta Directiva, designándose como Presidente al Dr. Clodomiro Mora Rojas, quien desde entonces ejerció liderazgo como vocero de los padres de niños con discapacidades, en varios eventos e instancias. En todas estas situaciones, el Dr. Mora ha estado acompañado de muchos otros padres de familia, que comparten con él la actuación y el reconocimiento por los logros alcanzados.

CUADRO 2.4
PRINCIPALES APORTES DE LOS PRIMEROS GRUPOS
ORGANIZADOS DE PADRES DE PERSONAS
DISCAPACITADAS

| 1 AGRUPACIÓN | 2 PRINCIPALES APORTES |
|---|--|
| Asociación de Padres de Niños Sordos de Costa Rica | <p>Construcción y funcionamiento de una escuela para niños sordos, en Cartago.</p> <p>Apoyo a la especialización de personal para la atención educativa del niño sordo.</p> <p>Promoción y asentamiento del método oral para la educación del sordo.</p> <p>Gestión y apoyo en cuanto a asesoría de expertos extranjeros en el campo de la sordera.</p> |
| Asociación Costarricense de Padres de Niños Excepcionales ACOPANE | <p>Apoyo a la creación de la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial' del Ministerio de Educación Pública.</p> <p>Apoyo a la creación de la Colisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial.</p> <p>Acciones tendientes a lograr asistencia técnica de expertos internacionales, para el mejoramiento de los servicios.</p> <p>Creación del Taller Protegido para adolescentes con retardo mental.</p> <p>Participación en la definición de políticas y estrategias nacionales en el campo de la rehabilitación.</p> |

FUENTE: Organizado con base en Libro de Actas de la Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial. Libro de Actas de la Asociación Costarricense de Niños Excepcionales. Evaluación de la labor desarrollada por el C.N.R.E.E. en sus primeros 12 años de funcionamiento.

2.2.3 Creación de la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial del Ministerio de Educación Pública.

Congruente con los propósitos y compromisos surgidos de la asistencia técnica relatada, por Decreto Ejecutivo N° 23 del 10 de Julio de 1968, fue dispuesta la creación de la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial del Ministerio de Educación Pública.

Como Asesora-Supervisora de Enseñanza Especial se nombró y a partir de ese momento, a la Licda. Marlene Rodríguez Hernández, quien asume un liderazgo técnico por largos años. Corresponde a la Licda. Rodríguez Hernández conducir un proceso expansionista, caracterizado por reformas y reconceptualizaciones. Su trayectoria en este campo merece ser rescatada como parte importante de la historia de la rehabilitación educativa en Costa Rica.

Le correspondió, de manera particular, introducir y encaminar la integración educativa del niño y adolescente discapacitado; dirigió la apertura de la educación especial a otros campos profesionales, señalando este quehacer como propio de los equipos multidisciplinarios; además, promovió el fortalecimiento de esta área de la rehabilitación.

El Decreto citado estableció, como función de este cargo, entre otras:

Asesorar a las escuelas de enseñanza especial, a los centros de reorientación y de rehabilitación en sus labores de atención a los niños y adolescentes excepcionales en los diversos niveles de deficiencia, a los inadaptados parciales y sociales y a los sordos e hipoacúsicos y a los ciegos, ambliopes y lisiados, procurando que se sigan los más adecuados sistemas pedagógicos y las normas científicas más recomendables. (178)

Por Decreto Ejecutivo N°. 15 del 7 de abril de 1969, se establece adscribir a esta Dependencia, catorce escuelas y centros que venían desarrollando actividades, programas comprendidos en el ámbito de la educación especial. El mismo Decreto ofrece lineamientos técnicos y metodológicos para uniformar el funcionamiento de estos incipientes servicios.

En se le da a esta Oficina de Asesoría y Supervisión el rango de Departamento, creándose al mismo tiempo las Asesorías de Retardo Mental y de Sordos. En 1973 se crea la Asesoría de Problemas de Aprendizaje.

A partir de 1974 se inicia el programa de Aulas Diferenciadas, acorde con los principios de integración y normalización prevalecientes en este período.

Para 1976, la Licda. Rodríguez Hernández define los aspectos cuantitativos de la educación especial en los siguientes términos;

"El número de excepcionales atendidos hasta la fecha, en programas regulares (sin contar los que están siendo atendidos en los programas de Problemas de Aprendizaje y en los de Terapia de Lenguaje) es de 2.514. El porcentaje en relación con los "normales" es el siguiente: 7.9 por mil (1000) niños menores de 5 años; 3.5 por mil (1000) niños de 5 a menos 12 años; 2.5 por 10 mil (10. 000) niños de 12 a menos 18 años.

El costo en 1976 por efectos de sueldos se estima en ¢ 8.947.972, con un costo anual por alumno de ¢3.320 El número de establecimientos es de 44". (179)

Aunque es difícil comparar el número de personas atendidas en los servicios de educación especial existentes al inicio de este periodo en 1965, con las cifras aportadas por la Licda. Rodríguez, es evidente la expansión de tales servicios.

2.2.4 Creación de la Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial.

En correspondencia con las recomendaciones emitidas por la Dra. María Soriano y por los otros expertos que visitaron nuestro país en los años precedentes, por Decreto Ejecutivo N°. 140 del 14 de agosto de 1968, se crea la Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial.

En el considerando correspondiente a este Decreto se señala "que las actuales condiciones de la enseñanza especial en el país demandan una labor coordinada de varios Ministerios". (180) Esta aseveración, surgida en el contexto de las corrientes que se vienen examinando, se vincula a una visión más integral del problema que atañe a la educación especial.

De esta manera, se infiere el hecho de que no basta centrar la atención en los aspectos puramente educativos, sino que es fundamental la concepción de que el hombre es una unidad, una totalidad. Esta concepción es la que fundamenta la necesidad de la coordinación intersectorial y entre instituciones, tal y como lo pretende el Decreto citado.

CUADRO NO. 5
INSTITUCIONES Y DELEGADOS INTEGRANTES DE
LA COMISIÓN INTERMINISTERIAL PARA EL
ESTUDIO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

| 1 INSTITUCIÓN REPRESENTADA | 2 NOMBRE DEL DELEGADO |
|--|-------------------------------------|
| Ministerio de Educación Pública | Prof. Marlene Rodríguez Hernández |
| Ministerio de Salubridad Pública | Dra. Socorro Rodríguez de Pérez |
| Ministerio de Gobernación y Policía, Justicia y Gracia | Fray Alberto Izaguirre |
| Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | Licda. Nury Vargas de Montes de Oca |
| Padres de Familia de Personas Discapacitadas | Dr. Clodomiro Mora Rojas |
| Asesor Jurídico | Lic. Antonio Murillo R. |

FUENTE: Decreto Ejecutivo N°. 140 del 14 de agosto de 1969

Le fueron encomendadas a este Organismo, las siguientes funciones:

- a) Realizar un estudio de las Instituciones, personas y entidades que trabajan en pro de la enseñanza especial o que podrían orientar una parte de sus actividades hacia ella.
- b) Establecer una coordinación más eficaz entre ellas y,
- c) Formular un plan de trabajo e inversiones y redactar los anteproyectos con bases legales que permitirán un desarrollo coordinado de la enseñanza especial en Costa Rica.

Para el cumplimiento de la primera función, el Decreto estableció un plazo de tres meses. En consecuencia, su primer producto fue un diagnóstico general sobre las instituciones que, a ese año, trabajaban en pro de la educación especial. También se logró determinar las necesidades prioritarias de servicios en este campo. De este estudio se derivó la conveniencia de adscribir a la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial, las escuelas y centros referidos por el Decreto No.15, citado.

Del estudio del Libro de Actas de esta Comisión se deducen otros asuntos que merecieron la atención de esta, a saber; capacitación de personal, funcionamiento de aulas diferenciadas y, especialmente, el Centro de Diagnóstico recomendado por el Dr Arnoldo Capute, proyecto que nunca tuvo respaldo financiero.

Fueron muchas las acciones realizadas por este-- grupo de profesionales, dirigidas, en su mayoría, a impulsar la apertura de nuevos servicios. Es posible asegurar que su mayor esfuerzo consistió en respaldar- y apoyar la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial y que para entonces apenas daba sus primeros pasos.

Sin embargo, la falta de estructura operativa y de presupuesto fueron los factores que debilitaron su funcionamiento. Las fuentes disponibles registran su última " sesión celebrada el día 14 de mayo de 1969" (181)

Esta Comisión fue sustituida, en, por la Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

2.2.5 Mayor Disponibilidad de Personal Especializado

La labor emprendida en el campo de la rehabilitación educativa durante el presente período; fue complementada por acciones concretas atinentes a la formación específica de personal.

Ya para finales del periodo anterior -año 1962-y la Universidad de Costa Rica había otorgado nueve certificados de capacitación en Educación Especial a maestras en el área de retardo mental.

En los años 1973 - 1974, dicha Universidad imparte un curso de emergencia y dirigido a la formación de personal en audición y lenguaje. Así lo relata el periódico La República del 10 de octubre de:

El Consejo Universitario aprobó ayer el plan de emergencia para la preparación de profesores de sordos y terapistas del lenguaje que tiene por propósito formar personal que habrá de laborar en las actuales y futuras instituciones de asistencia al niño con problemas de audición y lenguaje. La duración del curso será de dos años. (182)

Con este plan se capacitaron cuarenta y un profesionales. La Licda. Marlene Rodríguez; en este particular opina que; "en el año 1973 regresa al país la Licda. Susana Roberts, quien había realizado estudios de educación especial en los Estados Unidos. Inicia la organización de la carrera de Bachillerato en Educación Especial, en la Universidad de Costa Rica. La apoya el experto Miguel Enao quien procedente de Oregón, fue asignado, para ese fin, por el Programa Compañeros de las Américas" (183)

Esta carrera de Bachillerato en Educación Especial comienza en 1974, con énfasis en retardo mental, trastornos de la comunicación y problemas de aprendizaje. La primera graduación concluyó sus estudios en 1976.

A mediados de 1974, se incorpora a la Universidad de Costa Rica la Licda. Marisol Nieto Izaguirre, con una especialización en educación especial, obtenida también en los Estados Unidos, quien al lado de la Licda. Roberts le da un gran impulso a la nueva carrera recién iniciada.

Para entonces y habían regresado también al país un buen número de profesionales costarricenses y que se encontraban en diversos países capacitándose en diferentes especialidades de educación especial. Procedentes de España se reincorporaron alrededor de quince profesores otros se formaron en universidades de los Estados Unidos y algunos, en centros universitarios de Sur América.

En el verano 1974-1975 la Universidad Nacional dictó un curso para preparar personal en el área de problemas de aprendizaje. La Prof. Flor de María Ugalde, entonces Asesora de Dificultadas en el Aprendizaje del Ministerio de Educación Pública, refiere:

" La Universidad Nacional Autónoma dictará un curso con el objetivo de preparar a este personal que se dedicará a asesorar a los docentes del sistema formal y sobre técnicas de aprendizaje escolar para la solución de dichos problemas. El mencionado curso se iniciará en el verano 1974-1975 y en él participarán 45 educadores de la Direcciones Regionales del país". (184)

El personal fue acogido inmediatamente por los servicios de educación especial, que, en número creciente, habían sido instalados.

Entre los profesionales que brindaron un aporte especial al país en este período, se incluye al Dr. Ronaldo Hirsch, quien regresa de los Estados Unidos en 1970 con una especialidad en odontología infantil, con énfasis en odontología para personas discapacitadas, obtenida en el Estado de Oregón. El Dr. Hirsch inicia en 1971 la Clínica de Odontología en el Centro Nacional de Educación Especial "Fernando Centeno Güell" y participa, además, en acciones docentes en la Universidad de Costa Rica, tendientes a introducir y promover la formación de personal en la atención odontológica de las personas discapacitadas.

Otros profesionales dirigieron su aporte, en particular, a la formación de recursos humanos en educación especial. Entre éstos pueden señalarse, además de las profesoras Susana Roberts y Marisol Nieto, antes mencionadas; y sin perjuicio de otras personas, a las Profesoras Olga Gamboa de Murillo, Grace Jara y Soledad Chavarría.

Al finalizar este periodo, se encontraba en fase de planificación un programa para preparar profesores en retardo mental, específicamente para trabajar en zonas rurales. Este plan se puso en marcha en 1977 en la Universidad de Costa Rica.

En los años siguientes se ampliarán y consolidarán los programas de formación de personal en educación especial, con la incorporación de otras universidades nacionales.

2. 2. 6 Mayor Apoyo Político

El auge experimentado por la educación especial en esta etapa indiscutiblemente fue respaldado por decisiones de nivel político que, en cierta forma, reflejaron el hecho de que el problema de la discapacidad iba logrando mayor consideración por parte del gobierno.

Dicho apoyo político, en lo fundamental, puede puntualizarse así;

a.) Toma de decisiones oportunas respecto a la. Asistencia técnica internacional para la educación especial.

b) Respuesta ágil a las recomendaciones emanadas de la asistencia internacional, particularmente en lo que se refiere a la creación de la Comisión Interministerial, de la Asesoría y Supervisión de Enseñanza Especial y de la posterior transformación de ésta en Departamento.

c) Apertura de servicios de educación especial que ameritaron la asignación de códigos y de recursos financieros para su funcionamiento. El rol de la Oficina de Planeamiento Educativo del Ministerio de Educación fue, para este propósito, de gran alcance.

Las decisiones políticas en estos casos involucraron tanto al Poder Ejecutivo como el Legislativo.

ch) Dotación de presupuestos específicos para infraestructura física destinada a la educación especial.

d) Creación de carreras universitarias, no sólo en función del mercado laboral, ya que la actuación de las universidades en este particular respondió también a la consideración política de apoyar el desarrollo y mejoramiento de un sector poblacional marginado.

La creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial será analizada al final de este Capítulo, en vista de que su jurisprudencia y funciones se vinculan con el proceso evolutivo no sólo de la educación especial, sino también de las otras áreas de la rehabilitación.

2.3 Apertura de la Rehabilitación Profesional a Nuevas Posibilidades de Capacitación e Inserción Laboral.

El estado de la rehabilitación profesional para finales de la década de los sesenta no guardaba total correspondencia con el desarrollo alcanzado por las áreas médica y educativa. La rehabilitación profesional -aparecida años después de las otras-, no tuvo el mismo ritmo de progreso. El Instituto de Orientación Vocacional, aunque muy importante por haber sido el primero en su género, se quedó un tanto rezagado circunscribiendo su acción casi sólo a las personas discapacitadas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. -

El marco de referencia de la rehabilitación profesional en el presente periodo lo viene a constituir y especialmente, las recomendaciones emitidas por los expertos de la Organización Internacional del Trabajo O.I.T. y quienes en momentos diferentes asesoraron a nuestro país en este campo, de manera previa y posteriormente a la apertura de los principales servicios. No hay duda de que la trayectoria de la rehabilitación profesional en Costa Rica está íntimamente relacionada con la asistencia técnica ofrecida por la O.I.T. Asimismo, destaca también en este campo, el apoyo proporcionado por el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, GLARP, con sede en Bogotá, Colombia.

Los hechos más significativos en rehabilitación profesional ocurridos en esta etapa fueron la creación de la Asociación Industrias de Buena voluntad de Costa Rica, con su correspondiente programa de rehabilitación profesional y la creación del Servicio de Colocación Selectiva del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La acción del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en este campo es, por supuesto, de evidente compromiso y resultados. Las tres entidades conjugan propósitos y esfuerzos que propician un verdadero adelanto en este particular.

2.3.1 Creación de Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica.

En Junio del año 1969 visita nuestro país la Srta., Inés Scioville Mora, entonces Asesora para América Latina de Goodwill Industries of América. Esta Organización aglutinaba, en los Estados Unidos, una cadena de talleres protegidos para personas inválidas, que tenían como finalidad promover y ofrecer oportunidades de trabajo a esta población. Dicha Organización había proyectado sus propósitos a varios países latinoamericanos, en los cuales se había iniciado dicha labor, con su asesoría y apoyo.

La Srta., Scioville Mora en esa oportunidad establece contacto con la Autora, quien adquiere el compromiso de impulsar y sacar adelante un programa de rehabilitación profesional en nuestro país aceptando la ayuda ofrecida por el citado Organismo.

El día 20 de Junio de ese año se efectúa una reunión, convocada por la Srta. Scioville, a la cual asiste un grupo de personas reconocidas por su compromiso con la rehabilitación.

Este mismo grupo, reunido el 20 de julio, acuerda:

Artículo 2º: Considerando la existencia de población física y mentalmente disminuida que requiere rehabilitación profesional y, habiéndose investigado la falta de centros específicos que presten dichos servicios, el Comité Provisional acuerda: iniciar el estudio, planeamiento y financiación del programa Industrias de Buena Voluntad. (185)

En este acto se procede a nombrar una Junta Directiva provisional.

CUADRO N°. 6
INTEGRANTES DE LA PRIMERA JUNTA DIRECTIVA (PROVISIONAL) DE LA ASOCIACIÓN
INDUSTRIAS DE BUENA VOLUNTAD DE COSTA RICA

| 1 CARGO DIRECTIVO | 2 NOMBRE |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Presidente | Obispo José Antonio Ramos Orench |
| Vicepresidente | Dr. Humberto Araya Rojas |
| Secretario | Presbítero Javier Solís Herrera |
| Tesorero | Dr. Clodomiro Mora Rojas |
| Fiscal | Obispo Federico Paguera Britto |
| 1er. Vocal | Francisco Terán Vals |
| 2º. Vocal | Sary White Solano |

FUENTE; Libro de Acta de Junta Directiva N°. 1, Acta N°. 1 del 20 de julio de 1968, Julio N° 4.

En periodos siguientes la Junta Directiva se vio fortalecida con la participación de valiosas personas y entre las que se destacan las señoras Aurora Esquivel de Batalla, Aida Rodríguez de Hess y el señor Arturo Rodríguez.

La dirección técnica, del programa la asume la Autora, quien por " Acuerdo N°5 de la precitada sesión, es nombrada en el cargo de Directora Ejecutiva, a partir del 1º de agosto de 1969." (186)

En este mismo mes se alquila el primer local en donde da inicio el proyecto. Este local estaba ubicado en la Clínica Santa Fe, 100 metros al este del Gimnasio Nacional, en donde hoy se encuentra la Funeraria La Auxiliadora. En un espacio no mayor de 30 metros cuadrados, se elabora el primer plan de trabajo y se proyecta la obra que tantos logros ha acumulado desde entonces.

Asimismo, se inician los tramitas de constitución legal, habiéndose acordado crear la Asociación Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica y al amparo de la Ley 3095 de Bienestar Social.

Uno de los primeros acuerdos del nuevo organismo constituido fue iniciar las gestiones para lograr el traslado del Instituto de Orientación Vocacional, ya citado, a esta naciente Institución. Después de muchos trámites, se logra dicho traspaso. En sesión del 19 de marzo de 1970, la Junta Directiva conoce copia de la carta fechada 17 del mismo mes, que le envía el Lic. Enrique Vargas Peralta, Oficial Mayor de Educación Pública, a la Prof. Elga Mora de Guillen, Directora del precitado Instituto, y que dice textualmente:

Atentamente le solicito disponer lo pertinente para que, en los primeros días de abril se proceda a trasladar este organismo a las instalaciones de Industrias de Buena Voluntad, (187)

La misma disposición autoriza la venta simbólica de los bienes procedentes del traspaso, por la suma de ¢1.00 (un colón). Se traslada también el personal del Ministerio de Educación y un grupo de cuarenta personas discapacitadas, primeros beneficiarios del nuevo programa.

Previamente, del 29 de noviembre de 1969 al 15 de enero de 1970, con el auspicio de Goodwill Industries of América, la Autora realiza pasantías en Estados Unidos, Colombia y Venezuela, con el propósito de observar programas similares.

Para octubre de 1969, ya se había logrado llegar a la Asamblea Legislativa, para gestionar recursos financieros del gobierno. Fueron las diputadas Graciela Morales de Echeverría y Cecilia de Penrod, quienes apadrinaron la gestión que dio por resultado la primea ayuda gubernamental por la suma de cuarenta mil colones. Para el año 1971, la subvención ascendió a cincuenta mil colones.

Cabe señalar que este proyecto, que nace de la iniciativa privada, recibe importante apoyo de instituciones oficiales y, particularmente en el inicio, de las Iglesias Católica, Metodista y Episcopal. De hecho, se reconoce como un proyecto de origen ecuménico. Para los gastos iniciales, las Iglesias Metodista y Episcopal aportaron las sumas de \$700 y \$1500 (setecientos y mil quinientos dólares), respectivamente, ofreciendo después otras valiosas contribuciones.

En enero de 1970 se concreta la cooperación en de la Iglesia Católica, a través de las Hermanas de la Asunción, las cuales disponen ceder para esta obra, el Convento del mismo nombre, por un alquiler simbólico de ¢250 mensuales y un período de gracia del primer año. Este edificio está ubicado en Barrio Saprissa; en San Pedro de Montes de Oca.

Necesitándose realizar algunas adaptaciones, especialmente en lo relativo a eliminación de barreras arquitectónicas y ampliación de algunas áreas, se solicita ayuda a la Primera Dama de la República, Sra. Clarita de Trejos Fernanda, quien aportó la suma de diez mil colones.

Por este tiempo, se obtiene la aprobación de los Estatutos de la Asociación. mediante Decreto Ejecutivo N°24 del 3 de febrero de 1970, estableciéndose como fines de la Asociación los siguientes:

- a) Ofrecer a las personas con deficiencias físicas y/o mentales oportunidad de convertirse en factores de su propio desarrollo económico y social través de su rehabilitación profesional.
- b) Ofrecer al país nuevas fuentes de productividad mediante la incorporación de los inválidos rehabilitados al campo laboral. (188)

Asimismo, mediante la citada disposición legal, se adopta los conceptos de " rehabilitación profesional" y de " persona inválida", definidos por la O.I.T., los cuales se constituyen en directrices técnicas fundamentales.

En este mismo mes se inician las gestiones ante la Oficina Internacional del Trabajo, para solicitar la asistencia técnica. El entonces Director de esa Oficina en Costa Rica, Sr. René Robles, ofreció de inmediato la ayuda requerida. Así, el 19 de marzo de 1970, el Sr. Kurt Muller, experto en Rehabilitación Profesional, inicia la primera asesoría, que en repetidas ocasiones posteriores recibiría también Industrias de Buena Voluntad por parte de otros expertos de la O.I.T.

El 9 de abril de 1970 se abren los talleres de rehabilitación profesional. Para entonces, se ha logrado la colaboración del Instituto Nacional de Aprendizaje, consistente en instructores, equipo, materiales y asesoría técnica específica. También esta Institución asumió la evaluación ocupacional de los candidatos al servicio. La Universidad de Costa Rica, a través de la Sección de Salud, realiza las valoraciones generales de salud. El Ministerio de Trabajo aporta los servicios de una Trabajadora Social. La Asociación para el Enfermo Lisiado, APEL, facilita las primeras becas.

Puede afirmarse que, aunque de manera sencilla, Industrias de Buena voluntad comenzó su programa aplicando técnicamente los principios y etapas de la rehabilitación profesional. Sin embargo, no fue sino hasta el 21 de setiembre del mismo año, cuando se inaugura oficialmente la Institución.

En la ceremonia respectiva, el entonces Ministro de Trabajo, Lic. Danilo Jiménez Veiga, manifestó:

Entre las más sentidas preocupaciones del Despacho a mi cargo está la de tratar por lo menos, que cada costarricense tenga empleo bien remunerado, con lo que se llegará a formar un conjunto respetable que representará el patrimonio laboral del país. Y aun cuando los lisiados tengan disminuida su capacidad de trabajo, siempre les queda una reserva que bien orientada les permitirá transformarse y constituir un empleado útil.

... Industrias de Buena Voluntad tendrá el apoyo decidido y total del Ministerio, para su obra. . . (189)

En 1972, al celebrarse en nuestro país el Encuentro Latinoamericano de las Industrias de Buena Voluntad, el referido Experto de la O.I.T., Sr. Kart Müller, declara que:

En Costa Rica se cuenta con buenos servicios de rehabilitación médica, contando también con escuelas de enseñanza especial bien organizadas. Como en todos los países latinoamericanos el problema más grave es la capacitación y colocación laboral de los lisiados... Una parte de esta labor la abarca Industrias de Buena voluntad y en un futuro, el Instituto Nacional de Aprendizaje está dispuesto a aceptar lisiados para la formación profesional dentro de sus talleres. Para facilitar la colocación laboral se necesita contar con un servicio de colocación selectiva para lisiados y cabe mencionarse que el Ministerio de Trabajo está sumamente interesado en crear, dentro de su servicio de empleo, un anexo con personal especializado que se dedique a la ubicación laboral del lisiado rehabilitado. (190)

Los años 1971, 72 y 73 fueron de gran esfuerzo y grandes realizaciones. Se consolida así el programa de rehabilitación profesional, demostrándose que 'la persona discapacitada es capaz de trabajar si se le ofrece oportunidad de formarse. Sin embargo, según la demanda crecía, se hacía también necesario pensar en un edificio más apropiado, al igual que en una expansión de las áreas ocupacionales y en un desarrollo de los apoyos técnicos. Se inician entonces las acciones tendientes a buscar el respectivo financiamiento y, con la ayuda fundamental de los Gobiernos de Alemania y Holanda y el apoyo del Concilio Mundial de Iglesias, en marzo de 1976 se inicia la construcción del nuevo edificio. Los planos fueron elaborados, gratuitamente, por- el Arq. Jorge Borbón Zeller. El costo de la obra superó los seis millones de colones.

El 2 de abril de 1977 se inaugura esta planta física. Por reforma de los Estatutos, la Institución cambia su nombre por el de Instituto de Rehabilitación Profesional, siempre dependiente de la Asociación de Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica. A partir de 1977 comienza una nueva etapa caracterizada por un desarrollo estructural y un fortalecimiento técnico. Sin embargo, y adentrándonos brevemente en el siguiente período, al convertirse el Instituto de Rehabilitación Profesional, I.R.P., en el centro más grande del país en este campo, se hace evidente que resulta ser de difícil manejo para una entidad privada. –El 18 de enero de 1982, por acuerdo N°2 de la Sesión N°28 de Asamblea General de la Asociación Industrias de Buena Voluntad, este órgano dispone " hacer propuesta al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial en el sentido de que esta Institución estudie la posibilidad de aceptar el traspaso del Instituto de Rehabilitación Profesional...". (191) Ejecutados los trámites correspondientes, dicho traspaso quedó en firme el día 25 de marzo de 1982. (192)

Volviendo al periodo que nos ocupa al inicio de los años setenta, destaca entre los logros acreditados a Industrias de Buena Voluntad, y probablemente el de mayor alcance, el haber engendrado la Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, prefacio del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

En el año 1971, por recomendación y bajo la asesoría de la O.I.T. y la Dirección Ejecutiva y la Junta Directiva de Industrias de Buena Voluntad llevan a cabo una serie de acciones, que culminan con la creación del citado organismo mediante Decreto Ejecutivo N°. 1968-SPPS del 22 de setiembre de 1971. (193)

Posteriormente en el año 1983, esta Asociación decide iniciar un nuevo proyecto, en el campo del trabajo protegido para personas con discapacidad severa. El 3 de junio de 1988 –fue inaugurado el Taller Laboral con sede en Desamparados.

En esta segunda iniciativa se incorporan otras personas como la Licda. María Eugenia Vargas de Baudrit, quien habrá de producir para la rehabilitación valiosas aportaciones, tanto en esta Asociación como en el seno del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

2.3.2 Creación del Servicio de Colocación Selectiva.

La necesidad de crear un Servicio estatal de Colocación Selectiva había sido Justificada, durante muchos años, por expertos en Rehabilitación Profesional de la organización Internacional del Trabajo, que venían asesorando a nuestro país.

Los respectivos informes de misión incluyen recomendaciones referentes al empleo de las personas discapacitadas y refieren la inexistencia, antes de 1976 en Costa Rica, de recursos institucionales estructurados para estos efectos.

A partir del año 1963, el Gobierno de Costa Rica empieza a recibir sugerencias y propuestas para crear el Servicio de Colocación Selectiva, por parte del citado Organismo Internacional. En 1963, el Experto Norman Phillips recomienda que:

El Ministerio de Trabajo y Bienestar Social establezca un servicio especial para el empleo de inválidos, que forme parte del Servicio Nacional de Trabajo, colaborando estrechamente con el Centro Nacional de Rehabilitación, hospitales y organizaciones benéficas... Este Servicio debería estar preferiblemente en el mismo edificio y estrechamente relacionado con el Servicio para los no inválidos, a fin de que los inválidos obtengan, además de los servicios especialmente dedicados a ellos, todas las ventajas del Servicio Nacional de Trabajo. (194)

A su vez, en 1970, el Experto Kurt Muller recomienda:

Organizar anexo a la Oficina de Empleo y Mano de Obra del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, un servicio especializado que se dedique a la colocación selectiva de inválidos, (195)

En 1974, el Experto Georges Rouault asesora al Ministerio de Trabajo en la planificación de dicho servicio. En esa oportunidad, él trabaja con más de treinta empresas privadas en el análisis de puestos para ubicar a personas discapacitadas, una vez estructurado y en funcionamiento el servicio referido.

Sin embargo, las recomendaciones de las anteriores asesorías no fueron puestas en práctica con la eficiencia requerida, por falta de decisión política.

Corresponde al Experto Joao Ferreira, en 1976, la misión de asesorar la concepción, diseño y organización de la Unidad de Colocación Selectiva, establecida oficialmente en 1977, en el Servicio de Empleo del citado Ministerio. (196)

Antes de 1976, no existía en el Ministerio de Trabajo atención directa y continua para las personas discapacitadas. En la década de los sesenta, la Oficina de Bienestar Social de ese Ministerio procuraba colocar a las personas con limitaciones físicas, mediante gestiones personales con los empleadores -incluidos los servicios gubernamentales y otras entidades públicas-, pero con escaso éxito. Según consta en el informe de Misión del Experto de la O.I.T. Norman Phillips (OIT 1964) de enero a octubre de 1963 se presentaron cuarenta y ocho personas discapacitadas, encontrándose únicamente trabajo para un hombre, como vendedor de billetes de lotería.

En años siguientes, estas personas eran referidas a la Oficina de Empleo, donde sin ninguna técnica especializada se trataban de ubicar en puestos de trabajo, muchas veces inadecuados. De hecho, el número de concurrentes era muy bajo.

La puesta en marcha del Servicio de Colocación Selectiva tuvo que enfrentar muchas dificultades, especialmente financieras. No obstante, en 1976 se sentaron las bases para su funcionamiento, habiéndose consolidado su Estructura técnica y administrativa en 1978, con el especial apoyo de la entonces Ministra de Trabajo, Licda. Estela Quesada. El apoyo " técnico y

financiero brindado por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial fue decisivo en esta etapa.

El Servicio de Colocación Selectiva, posteriormente denominado como Departamento de Rehabilitación Profesional, fue creado por Resolución Ministerial, con los objetivos y metas que muestra el siguiente cuadro:

CUADRO NO.7
OBJETIVOS Y METAS INICIALES DEL SERVICIO
DE COLOCACIÓN SELECTIVA DEL MINISTERIO
DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

| 1 OBJETIVOS | 2 METAS |
|--|--|
| 1. Dar pasos significativos en la consecución de una infraestructura mínima y funcional para el Servicios de Colocación Selectiva (Sección de Rehabilitación Profesional). | 1.a Desarrollar el programa sobre empleo competitivo. 1.b Realizar una síntesis crítica del proceso de colocación. 1.c Posibilitar experiencia práctica al personal del Servicio, a efecto de que forme y pueda reflejar sus conocimientos en proyectos futuros. 1.d Realizar contactos con empleadores, con el propósito de crear condiciones favorables para la Rehabilitación Profesional. 1.e Crear una red de empresarios con "actitudes y acciones positivas" hacia la contratación de los servicios laborales de inválidos. 1.f Realizar la mayor cantidad de contactos con las instituciones que en Costa Rica laboran en el campo de la rehabilitación, a efecto de aprovechar la experiencia por ellos alcanzada para conseguir incrementar la capacitación - fonación del personal de este Servicio. |
| 2. Dar pasos significativos en la dirección de colocar la mayor cantidad posible de inválidos en empleos competitivos de la empresa privada. | 2.a Colocar mensualmente cuando menos tres a cuatro inválidos. 2.b Realizar una acción de seguimiento para cada caso, buscando la conjugación óptima entre la capacidad del rehabilitado el medio laboral y el empleador. 2.c Constituir un archivo de los expedientes de los casos tratados, a efecto de contar siempre con ofertas de servicios laborales que posibiliten una respuesta eficiente del Servicio hacia los empleadores. 2.d Establecer un archivo de empresarios o empresas con las que se hace contactos positivos o negativos para la Rehabilitación Profesional, a efecto de registrar permanentemente, y usar, las fuentes de trabajo para inválidos. |

FUENTE: (CNREE), Compilación de la Legislación y otras normas costarricenses sobre la invalidez.

Los logros más significativos alcanzados por este Servicio en los años 1976-1979 se resumen en el siguiente cuadro:

CUADRO N°.8

LOGROS MAS SIGNIFICATIVOS ALCANZADOS POR EL SERVICIO DE COLOCACIÓN SELECTIVA DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERIODO DE 1976 A 1979

| 1 AÑOS | 2 LOGROS |
|-----------|--|
| 1976 | <p>Instalación física del servicio y dotación de equipo y mobiliario básico requerido.</p> <p>Nombramiento de tres técnicos laborales, especialmente asignados para la colocación de personas discapacitadas.</p> <p>Capacitación de los tres primeros técnicos laborales, en el Curso de Fonación de Técnicos Superiores Nacionales de Rehabilitación Profesional.</p> <p>Ubicación laboral de un promedio mensual de cuatro personas discapacitadas.</p> |
| 1977 | <p>Nombramiento de un técnico laboral adicional.</p> <p>Ubicación laboral de un promedio Mensual de siete personas discapacitadas.</p> |
| 1979 | <p>Personal incrementado a siete técnicos laborales en total.</p> <p>Ubicación laboral de un promedio mensual de veinticinco personas discapacitadas.</p> <p>Colocación del 70% de las personas discapacitadas que solicitan el servicio. El 30% restante corresponde a personas severamente discapacitadas o que necesitan formación profesional previa.</p> |

FUENTE: Organizado con base en Qué Sucede?. Manual ... Evaluación de la labor desarrollada por el CNREE en sus doce primeros años de funcionamiento.

Entrando en el período histórico siguiente, podrá observarse que este servicio proyectará su auge hasta mediados de la década de los ochenta. En los años subsiguientes, sin embargo, irá perdiendo prioridad dentro del Ministerio de Trabajo. La falta de recursos presupuestarios y de personal, acompañados de un débil apoyo político, constituirán los factores determinantes de su retroceso operativo.

Aun así, es preciso anotar que ese retroceso y consecuente deterioro del Servicio, tiene su significado en la evolución práctica que se reseña. Puede afirmarse que la ubicación laboral pone a prueba la validez del proceso de rehabilitación profesional y, por tanto, no puede subestimarse la importancia de que el país cuente con un servicio de colocación selectiva público y eficaz. Esta aseveración es aún más apreciada al constatarse la presencia de altos índices de desempleo en la población sin limitaciones, lo que lógicamente repercute en las posibilidades reales de que las personas con discapacidad se ubiquen productivamente.

2.4 Otros Indicadores del Cambio

Cabe señalar que a nivel internacional se dan, en este periodo de 1965 a 1976, dos resoluciones de gran trascendencia que vienen a apoyar y a fortalecer las directrices filosóficas - conceptuales que pretende impulsar Costa Rica: 1) la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, Resolución N° 2856 adoptada el 20 de diciembre de 1971, por la XXIV Asamblea General de las Naciones Unidas y 2) la Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas, Resolución N°. 3447 adoptada el 9 de diciembre de 1975, por la XXX Asamblea General de las Naciones Unidas.

En ambas Resoluciones se pide a los países adoptar medidas de orden nacional para la protección de los derechos de la personas discapacitadas.

En el plano legislativo, en nuestro país, se promulgaron nuevas leyes y decretos y otras normas que ilustran la evolución del proceso y, que; a su vez, demuestran avance en la participación de ciertos niveles políticos, a través de decisiones que se convierten en instrumentos legales de apoyo a la rehabilitación.

Ejemplo de lo anterior son las ordenanzas contenidas en el siguiente cuadro:

CUADRO N°.9
PRINCIPALES DISPOSICIONES LEGISLATIVAS
EMITIDAS EN TORNO A LA REHABILITACIÓN
EN EL PERIODO 1965 - 1976

| 1 AÑO | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|--------------------------|---|---|
| 1966 22 de Junio | Ley N°. 3695 | Patronato Nacional de Rehabilitación; se crea por ley para administrar el "Hogar de Rehabilitación Santa Ana", para niños lisiados por la poliomielitis u otras enfermedades que produzcan secuelas similares. |
| 1966 11 de noviembre. | Ley N°. 3785 (Reformada por ley N°. 6404) | Junta de Protección Social de San José. Distribución de lotería nacional. Se establece como adjudicatarios directos de cuotas de lotería a los minusválidos, con incapacidad permanente. Además, establece que las Instituciones del Estado están obligadas a acondicionar instalaciones en sus principales edificios, que sean utilizados por los minusválidos para el expendio de loterías a los trabajadores de la misma institución. Favorece la inserción laboral de la persona discapacitada. |
| 1967 2 de enero | Decreto ejecutivo N°. 1 | Ministerio de Trabajo y Bienestar Social. Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo. Establece condiciones generales de seguridad e higiene de trabajo con el fin de proteger eficazmente la vida, la salud, la integridad corporal y la moralidad de los trabajadores. |
| 1973 3 de setiembre. | Ley N°. 5347 | Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. |
| 1973 30 de octubre | Ley N°. 5395 | Ley General de Salud. Entre otros asuntos establece que los niños que sufran de alteraciones psicológicas y retardo mental tendrán derecho a gozar de los servicios de las instituciones estatales especializadas, también de la prevención de accidentes. |

| 1 AÑO | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|-------------------------|--|--|
| *1964 16 de abril | Escritura pública (al amparo de la Ley de Fundaciones) | Fundación Andrea Jiménez. Se crea con el propósito de promover el adiestramiento y la enseñanza de niños con deficiencias mentales, así como fomentar la investigación de los problemas de esos niños y estimular el adecuado tratamiento médico de tales problemas. |
| 1974 7 de mayo | Decreto Ejecutivo N°. 3827-E-TBS-SPPS | Se declara el 8 de noviembre de cada año "Día Nacional de la Rehabilitación y la Educación Especial". Se establece que en todos los centros educativos del país y en todas las instituciones de rehabilitación públicas y privadas, se deberán celebrar actividades relacionadas con esta festividad. |
| 1975 7 de mayo | Ley N°. 303 | Creación de la Asociación Pro Educación del Niño y Joven Ciegos. Entre sus funciones establece colaborar con todos los programas a cargo del Departamento de Defectivos Visuales del Centro Nacional de Educación Especial "Fernando Centeno Güell", e impulsar todo lo relacionado con la educación y habilitación del ciego. |
| 1976 Octubre | Resolución Institucional | Instituto Nacional de Seguros. Creación de la Casa de Salud - Unidad de Rehabilitación |
| 1977 15 de diciembre | Resolución de Junta Directiva Sesión 6040 Acuerdo 3 | Instituto Nacional de Seguros. Reglamento de Prestación Especial para Grandes Inválidos, consistente en subsidio en dinero o en adiestramiento dirigido para que aproveche su capacidad residual. Readaptación laboral. |

FUENTE: Vargas de Baudrit María Eugenia. Compilación.

* = Se incorpora en este cuadro por su relación con las acciones del periodo en estudio,

Puede derivarse de todos los hechos historiadados que para 1976, nuestro país administraba conceptos y acciones en los diferentes ámbitos de la rehabilitación, aunque no con el grado de integralidad requerido. Se dieron y aplicaron disposiciones atinentes a la prevención de la discapacidad, - otras referidas a las diferentes áreas de la rehabilitación.

En la última etapa del período se legisla y se procede a favor de la coordinación intersectorial e interinstitucional, lo que viene a reforzar también la tendencia holística acerca de la persona discapacitada y de la rehabilitación, que constituye uno de los ejes conductuales del proceso evolutivo en el periodo siguiente.

2.5 Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

2.5.1 Antecedentes

La creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial tiene como antecedente inmediato la Comisión Nacional del mismo nombre. Por lo tanto y resulta oportuno analizar algunos temas relativos a ésta.

El Decreto Ejecutivo N°. 1968-SPPS del 22 setiembre de 1971, al crear la Comisión, la define como " un organismo técnico de carácter consultor y asesor en estos campos, dependiente del Ministerio de Salubridad Pública". (1971)

El mismo Decreto le confiere entre sus funciones las siguientes:

- a) Incrementar y coordinar los servicios de todo tipo de rehabilitación (física, psicosocial, educativa y profesional) y educación especial.
- b) Abocarse al estudio de un sistema de rehabilitación y educación especial integral.
- c) Coordinar y lograr el mejor aprovechamiento de las instituciones públicas y privadas dedicadas a campos específicos de rehabilitación y educación especial.
- ch) Impulsar la incorporación a la vida social, en forma productiva, de todas las personas incapacitadas o mentalmente disminuidas y que sean susceptibles de ser rehabilitadas. (198)

La primera reunión de este Organismo se celebró el día 12 de enero de 1972, fecha en la cual quedó integrado.

El cuadro N° 10 contiene las instituciones y primero Delegados que conformaron esta entidad.

CUADRO N°.10
INSTITUCIONES Y PRIMEROS DELEGADOS INTEGRANTES
DE LA COMISIÓN NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Y EDUCACIÓN ESPECIAL (1972)

| 1 INSTITUCIONES | 2 DELEGADOS TITULARES | 3 DELEGADOS SUPLENTES |
|--|--|--|
| Ministerio de Salubridad Pública | Dr. Rodrigo Salas Conejo | Dra. Socorro Rodríguez de Pérez |
| Ministerio de Educación Pública | Prof. Marlene Rodríguez H | Prof. Margarita Castro Lépiz |
| Caja Costarricense de Seguro Social | Dr. Humberto Araya Rojas | Dr. José Joaquín Fernández Sancho |
| Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | Licda. Virginia Jiménez Castro | Licda. Grace Rojas Franco |
| Instituto Nacional de Seguros | Dr. Vladimir Gordienko Orlich | Dr. Francisco Córdoba Truque |
| Asociación Industrias de Buenas Voluntad | Licda. Soledad Murillo de Kruse | Obispo José Antonio Ramos Orench |
| Instituto Nacional de Aprendizaje | Ing. Fernando Lizano | Dr. Mario Posla R |
| Instituto Mixto de Ayuda Social | Sra. Karen Olsen de Figueres | Licda. Nury Vargas Aguilar |
| Universidad de Costa Rica | Prof. Nora Ramírez de Chacón | Prof. Jeannethe Muñoz Bustos |
| Colegio de Trabajadores Sociales | Lic. Austin Symes | Lic. Carlos Mora |
| Asociaciones Legalmente Constituidas de Padres de Familia de Niños Excepcionales | Dr. Clodomiro Mora Rojas | Sra. Aurora Esquivel de Batalla |
| Empresa Privada | Arq. Jorge Borbón Zeller | Dr. Manuel Guerra Trigueros |

FUENTE: Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Libro de Actas. Acta N°.1 de fecha 12 de enero de 1972 folio N° 2

Los delegados de las dos últimas agrupaciones se integraron a la Comisión el 1° de marzo de 1972 y el 19 de abril del mismo año, respectivamente. (199)

En esa primera sesión, se realizó la votación para nombrar los puestos directivos, con el resultado siguiente:

Presidente: Licda. Soledad Murillo de Kruse

Vicepresidente: Dr. Vladimir Gordienko Orlich

Secretaria: Prof. Marlene Rodríguez Hernández. (200)

En enero de 1973 asume la Presidencia de esta Comisión el Dr. Clodomiro Mora Rojas, puesto que desempeñó hasta el final de esta.

A partir del 1° de marzo de este año, se nombra a la Autora en la Dirección Ejecutiva. Ante su renuncia a Industrias de Buena Voluntad, la sucede en su cargo la Prof. Claudia Murillo Galindo.

Muchas fueron las acciones realizadas por esta Comisión. Sin embargo, puede afirmarse que su funcionamiento fue deliberadamente transitorio, ya que desde el principio se pretendió la creación por ley del Concejo, al reconocerse la conveniencia de un organismo más fuerte, estable e independiente que garantizara la ejecución de tan importantes funciones.

Dos propósitos esenciales fueron particularmente objeto del esfuerzo de esta Comisión: 1) la creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y 2) el plan de acción que constituiría el marco operativo de esta nueva entidad.

Para el logro de ambos se contó con la asesoría de la Organización Internacional del Trabajo. Se redactó el correspondiente anteproyecto de ley, el cual fue aprobado en la sesión No. 14 de la Comisión, celebrada el día 23 de agosto de 1972, (201), En el mes de setiembre siguiente, fue remitido dicho documento a la Asamblea Legislativa, con el apoyo de la entonces Primera Dama de la República, Sra. Karen Olsen de Figueres.

Respecto al plan de acción, considerado el primer Plan Nacional de Rehabilitación, éste fue concluido estando ya instalado el Consejo,

Otra gestión importante realizada por esta Comisión fue la dirigida a lograr asistencia técnica de la O.I.T. para asesorar la iniciación del Consejo. El día 9 de agosto de 1973, en la sesión N°.35, la Comisión recibió al Experto de la O.I.T., George Rouault, quien permanecería en el país por los seis meses siguientes.

La última sesión de esta Comisión se registra el día 5 de setiembre de 1973. (202)

2.5.2 Fundamentación y Surgimiento del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

El estado de la rehabilitación en Costa Rica en los primeros años de la década de los setenta ameritaba ya; sin duda y un organismo coordinador que no dependiera de ningún ministerio o institución en particular, para poder garantizar un desarrollo armonioso y equilibrado de las diversas áreas de ese proceso. Para entonces, los profesionales y los técnicos en este campo aceptaban como válida la estimación general de que la situación de discapacidad afecta a más del diez por ciento de la población requiriéndose de recursos y, sobre todo, de una autoridad técnica capaz de armonizar los esfuerzos que de manera dispersa se dan en el país. Se siente la necesidad de un ente rector en este campo, que oriente la política, promueva la acción y garantice el mejor uso posible de los recursos destinados a la atención de esta problemática.

A nivel de la dirección superior de la administración pública, se demanda una mayor racionalidad en el uso de los recursos institucionales, en gran parte apoyados por la Ley de Planificación Nacional N°.5525, que va a favorecer la coordinación intersectorial e interinstitucional.

Fundamentado en tales argumentos, el expediente N°.5150 de la Asamblea Legislativa empieza a recoger intervenciones y discusiones relativas a este proyecto de Ley. En esta defensa no faltaron criterios de oposición de algunos diputados -pocos, por cierto-, que no lograban entender las tendencias internacionales y nacionales que el país adoptaba a favor de la población discapacitada. Sin embargo, la aprobación del proyecto contó con el apoyo requerido de la mayoría de los miembros del congreso, según consta en el Expediente N°.5150 de la Asamblea Legislativa.

El Consejo relata este hecho así:

Al fin, la Asamblea Legislativa, presidida entonces por el señor Luis Alberto Mongo Alvarez, con base en las recomendaciones y razonamientos aportados y, consciente de la necesidad de orientar e impulsar las actividades y programas que en el campo de la rehabilitación se daban y se darían progresivamente, promulgó el 22 de agosto de 1973 la Ley No. 5347 que creó el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Esta Ley fue ejecutada por el Presidente de la República, José Fiqueres Ferrer, el 3 de setiembre de ese mismo año y publicada en la Gaceta N°.173 del viernes 14 de setiembre de 1973. (203)

La Ley 5347 rescata algunos elementos del Decreto Ejecutivo que le diera origen a la Comisión Nacional antes citada. Sin embargo, el nuevo texto varía sustancialmente en lo relativo a su fin general, estableciéndolo de esta manera:

Artículo 1°, Créase el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, encargado de orientar la política general en materia de rehabilitación y educación especial, en coordinación con los Ministerios de Salud, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, así como la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física y mentalmente disminuidas, en todos los sectores del país. (204)

Respecto a su organización, el Consejo mantiene como instituciones integrantes las mismas doce que formaban la antigua Comisión dicha y que, al año 1973, eran las más vinculadas con la atención de la problemática de la discapacidad.

Las personas discapacitadas en ese entonces carecían aún de organizaciones formales que las agruparan y representaran, por lo que, a pesar de reconocerse la importancia de su participación en el nuevo ente que se creaba, los legisladores no incluyeron su representación en el Consejo.

Este hecho ha constituido un motivo de crítica creciente con el correr de los años, de parte de las personas discapacitadas, a medida que fueron avanzando en su propia organización. El Consejo, sin embargo, no ha dejado de estimular ese proceso de organización de las personas discapacitadas, con la conciencia clara de que son ellas, los sujetos activos de su propia rehabilitación.

El día 8 de noviembre de 1973 se efectúa la instalación oficial del Consejo. Los delegados ante este Organismo son; en su mayoría, los mismos que venían fungiendo como tales en la anterior Comisión, agregándose a su vez nuevos profesionales que habrán de permanecer vinculados a la rehabilitación por muchos años, tales como el Dr. Ronaldo Hirsch K. y la Licda. Teresita Solano de Wheeler.

En la primera sesión de trabajo realizada en esta misma fecha, se efectúan los siguientes nombramientos:

| | |
|------------------------|--|
| Presidente: | Obispo José Antonio Ramos O. |
| Vice-Presidente: | Arq. Jorge Borbón Zeller |
| Secretarias: | Licda. Teresita Solano de Wheeler |
| Secretaria Ejecutivas: | Licda. Soledad Murillo de Kruse (205) |

Durante los primeros tres años de funcionamiento, el Consejo dirige su esfuerzo, fundamentalmente: 1) a la organización interna de los procesos técnicos y administrativos; 2) a la consecución de los primeros recursos presupuestarios para respaldar sus acciones; 3) a establecer estrategias de aproximación al gobierno y para lograr que se contemplen algunos programas para personas discapacitadas y se apoyen y gesten acciones en este campo 4) a la organización de las relaciones con las instituciones públicas y privadas responsables de programas y servicios de rehabilitación; asunto este que mereció cuidadosa atención, debido a que al principio hubo de lucharse contra cierta resistencia, por el temor de algunas de éstas a perder autonomía institucional o el propio campo de acción» La creación de relaciones de cooperación entre las instituciones, así como la planeación conjunta de ciertos programas y actividades constituyeron aspectos importantes del quehacer del Consejo en esta primera etapa.

Finalmente, fue preciso también identificar las necesidades prioritarias en los diversos campos de la rehabilitación y finalizar la formulación del primer plan nacional de trabajo interinstitucional.

Hacia finales del período histórico de 1965 - 1976, y de conformidad con los fines establecidos en la Ley de Creación, el Consejo diseña y ejecuta sus primeros programas y acumula una valiosa experiencia operativa que le permitirá ir ganando, en la práctica, su autoridad técnica como ente rector de la rehabilitación en el país.

El éxito alcanzado por el Consejo, como modelo de coordinación y está cimentado en las relaciones de cooperación, respeto institucional, respaldo a iniciativas y, particularmente en el fortalecimiento del intercambio de recursos entre las distintas instituciones. En la parte técnica se asume desde el principio una visión integral de la rehabilitación, la que se irá moldeando en la práctica en los siguientes años:

Se asevera que la creación y funcionamiento del Consejo viene a concluir con acierto este periodo de expansión y desarrollo de la rehabilitación.

A partir de 1973 y de manera simultánea con los primeros pasos del Consejo, se inician acciones formales y específicas de capacitación de profesionales para la rehabilitación en la Universidad de Costa Rica, hecho que demarca la etapa transitoria entre éste y el siguiente período.

**SINOPSIS DE RELACIÓN ENTRE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
DEL CONTEXTO Y LOS PRINCIPALES HECHOS. AVANCES E
HITOS EN REHABILITACIÓN
PERIODO 1965 – 1976**

| 1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO | 2 HECHOS, AVANCES E HITOS EN REHABILITACIÓN |
|--|---|
| <p>Crecimiento sostenido de la economía.</p> <p>Redistribución del ingreso.</p> <p>Configuración de una estructura social menos desigual.</p> <p>Fuerte penetración de capital extranjero.</p> <p>Fortalecimiento de la seguridad social y la educación.</p> <p>Profundización de la presencia del estado en distintos ámbitos de la vida social.</p> <p>Estado intervencionista y empresario.</p> | <p>Expansión de servicios de rehabilitación en diferentes áreas.</p> <p>Desplazamiento de paradigmas: otros componentes del proceso de rehabilitación cobran mayor importancia.</p> <p>Desarrollo conceptual y estructural de la rehabilitación.</p> <p>Apogeo de asistencia técnica internacional.</p> <p>Surgimiento de los primeros grupos organizados de padres de personas discapacitadas.</p> <p>Mayor disponibilidad de personal especializado, formado en el país y el exterior.</p> <p>Germinan los equipos interdisciplinarios.</p> <p>La inserción sociolaboral se convierte en el objetivo principal de la rehabilitación.</p> <p>Mayor legislación específica.</p> <p>Mayor apoyo político reflejado en mayor asignación de recursos para el desarrollo estructural.</p> <p>Inicio de entes coordinadores y creación del C.N.R.E.E.</p> <p>Creación del I.R.P. y del servicio de colocación selectiva.</p> |

CAPITULO VII
RESUMEN
Desarrollo de un Modelo Integral y Coordinado
de la Rehabilitación en Costa Rica
Período 1976 – 1990

La crisis económica sufrida por el país entre 1980 y 1982, incluidos sus antecedentes y efectos, permitió que se impulsaran medidas a nivel de la Administración Pública, para buscar una mayor coherencia e integración en la gestión pública; una mejor utilización de los recursos humanos, materiales y financieros del Estado; el estímulo a las comunidades para una participación más activa en el desarrollo de algunos servicios públicos; y la utilización del sistema de planificación nacional. La coordinación interinstitucional se vio favorecida y, con ello, los entes coordinadores o rectores de sectores de la actividad pública.

En el campo de la rehabilitación se fortalecen tendencias dirigidas a la formación y mejoramiento de los recursos humanos para la rehabilitación; desconcentración de acciones y servicios; participación de grupos organizados y de la comunidad; vigencia de la rectoría del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; y planificación y coordinación Inter institucional e intersectorial.

Gradualmente la rehabilitación ha venido desplegando conceptos y acciones cada vez más evolucionados, en busca de una práctica que ofrezca a las personas discapacitadas atención integral, igualitaria e integradora. La expansión y mejoramiento de servicios, resultante de un mayor acierto en la conjugación de esfuerzos públicos y privados, se acompaña de una participación más activa de los padres de familia y de las personas discapacitadas. Todos estos factores respaldan una actitud proyectiva más firme para la rehabilitación.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances teórico-conceptuales y de la praxis que reflejan los actuales servicios en este campo, aún persisten numerosos y variados problemas que afectan a las personas discapacitadas y su integración real en todas las esferas de la vida cotidiana.

CAPITULO VII
DESARROLLO DE UN MODELO INTEGRAL Y COORDINADO DE LA
REHABILITACIÓN EN COSTA RICA
PERIODO 1976 - 1990

1. CRISIS NACIONAL: GENERADORA DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN

Desde una perspectiva general de la evolución socioeconómica y política de Costa Rica el período en estudio (1976-1990) atraviesa por varios subperíodos, claramente identificables y con sus efectos particulares sobre el país.

El primero de ellos llega hasta 1979 y puede decirse que es continuación, en cuanto al crecimiento económico experimentado por el país, de los años anteriores. Forma parte del estilo de desarrollo impulsado desde los inicios de la Segunda República (1948), en donde la industrialización jugó un rol importante y el Estado intervino en diversos campos de la economía creando "condiciones

necesarias para el crecimiento y el mejoramiento de las condiciones sociales de la población. El Sector Público amplió su ámbito de acción y asumió nuevas funciones. "(206)

El segundo subperíodo abarca de 1980 a 1982 y se ha caracterizado como un período de crisis que afectó profundamente la economía del país y en consecuencia a todos los sectores económicos y sociales. Según el diagnóstico del Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990, en este período:

La producción real disminuyó en 9.1%; los precios se incrementaron en 179.5%, la tasa de desempleo abierto aumentó hasta alcanzar un 9.4%, y la tasa de subutilización total de la mano de obra llegó a un 21%, el salario real se redujo aproximadamente en 40% y la proporción de familias pobres se incrementó en un 53%.

El desequilibrio en las finanzas públicas fue de tal magnitud; que el déficit del Sector Público no Financiero llegó a representar, en 1981, un 14.3% del PIB. Ese déficit se financió con recursos del Sistema Bancario Nacional, y con emisión monetaria y lo que contribuyó a acelerar la inflación y a deteriorar la balanza de pagos.

El endeudamiento externo llegó más allá de la capacidad de pago del país, y el servicio de la deuda externa demandó más del 50% de las exportaciones de bienes y servicios. En el año 1982, la deuda pública externa representó un 114.5% del PIB. (207).

El fenómeno de la crisis ha sido ampliamente estudiado y se han señalado varias causas coincidentes.

Se cita a Revira (1987) por condensar en un estudio sobre la crisis, las siguientes:

En primer lugar, las características específicas que adoptó el patrón socioeconómico de reproducción capitalista-dependiente que paulatinamente se fue estableciendo a partir de 1948; en segundo lugar, la crisis económica internacional de los años 1974 y 1975 junto con; más tarde, la segunda alza en los precios mundiales de los combustibles y la extraordinaria elevación de las tasas internacionales de interés, ambos fenómenos en 1979 y 1980, en el contexto ya entonces de la crisis política regional; y, en tercer término, la política económica desarrollada a lo largo de la Administración Carazo. (208)

El tercer subperíodo, que abarca la Administración Monge (1982-1986), denominado de estabilización y recuperación económica, permitió al país transitar hacia la estabilización de la economía (1982 y 1983), así como hacia la reorientación del aparato productivo y la recuperación económica (1983-1986). En el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990 se asevera lo siguiente:

En esta fase, la preocupación principal del gobierno fue restaurar la estabilidad económica. Ello explica los esfuerzos realizados durante los primeros meses de la Administración Monge para restablecer las relaciones financieras internacionales, equilibrar las finanzas públicas, regular el mercado cambiario y renegociar la deuda externa.

Para corregir el desequilibrio en las finanzas públicas se aumentó la carga tributaria, por la vía de los impuestos directos e indirectos, a la vez que se limitó la expansión del gasto público real. El elemento más importante del ajuste fue el incremento de los precios y las tarifas de bienes y servicios bajo control del Estado. De este modo, se controló el principal elemento desestabilizador por el lado de la demanda.

Con el fin de evitar un mayor deterioro en las condiciones de vida y reducir los costos sociales del proceso de ajuste, se estableció un Programa de Compensación Social orientado a la atención de los grupos en condiciones más deterioradas. A la vez se evitaron reducciones excesivas del nivel de actividad del aparato productivo, e incluso se estimuló su reactivación, pues las transformaciones planteadas serían efectivas solo en el mediano plazo, se renegoció la deuda externa bajo condiciones más favorables para el país.

Las medidas se apoyaron en el convenio de estabilización suscrito con el Fondo Monetario Internacional y el Programa de Ajuste Estructural firmado con el Banco Mundial, y las donaciones de varios países y particularmente de los Estados Unidos de América...

Como resultado de las medidas adoptadas; a finales del período 1982-1985 y la situación socioeconómica había mejorado notablemente. La producción se recuperó hasta superar en un 2.4% el nivel del PIB de 1980. Los índices de inflación se redujeron considerablemente, hasta llegar alrededor de un 10% en 1985. Las exportaciones no tradicionales a terceros mercados pasaron de \$ 147.2 millones en 1983 a \$210.2 millones en 1985.

Los salarios experimentaron un aumento significativo. El salario primario real creció un 55.7% entre Julio de 1982 y Julio de 1985; en materia de empleo, las políticas de estabilización y reactivación permitieron mejorar notablemente la situación. En Julio de 1985 la tasa de desempleo abierto llegó a un 6.8% y la tasa de subutilización total, a un 15.7%. Durante los años 1984 y 1985 se crearon alrededor de 60.000 nuevos empleos. La estructura del empleo se modificó. La absorción se centró en los sectores de comercio y servicios, y en menor medida y en agricultura y servicios básicos. Esta situación refleja probablemente un mayor grado de informalización del empleo que en épocas pasadas. (209)

El cuarto subperíodo corresponde al de la Administración Arias (1986-1990) y en el cual se ampliaron políticas y medidas que permitieron consolidar la reactivación de la economía. En materia social y se abordaron problemas como el de la vivienda (con una meta de 80 mil soluciones durante el periodo); se mejoró el empleo, el ingreso y la democracia económica y geográfica; y se promovió un rol más activo de la mujer en cuanto a su participación en el desarrollo económico, social y político.

Durante la década de los ochenta, Costa Rica tuvo un rol importante en materia política en la región centroamericana, habiendo participado de manera activa en la búsqueda de soluciones pacíficas a los problemas bélicos que enfrentaban internamente tanto Nicaragua como El Salvador y lo mismo que Guatemala.

En medio de su proceso de estabilización y recuperación de la crisis, el Presidente Monge en noviembre de 1983 expuso su Proclama de "Neutralidad perpetua y activa y no armada" de Costa Rica que: afirma la tesis costarricense de no participar en las luchas intestinas de Centro América; afirmando a demás y el derecho de construir una democracia de orientación civil y pluralista y en lucha permanente por la justicia social. (210)

El Presidente Arias fue más visionario y tenaz en la búsqueda de la paz para la región, convencido de que esta es esencial para la vivencia de la democracia. Por sus grandes esfuerzos e iniciativas fue galardonado en 1987 con el Premio Nobel de la Paz.

Durante todo el período 1976 - 1990 se hace necesario destacar, para efectos de este trabajo, aquellos elementos comunes más representativos, que han influido o favorecido el desarrollo de servicios de rehabilitación. Para esta tarea, se ha acudido principalmente a los Planes Nacionales de Desarrollo, como la base para la identificación de tales elementos.

Un primer aspecto, consistente en la desconcentración de servicios mediante políticas y estrategias de regionalización, se vincula con la preocupación por la deficiencia de las acciones y servicios públicos en cuanto a su cobertura espacial, ya que la mayoría de éstos se habían venido dando en la región central del país; teniendo poco impacto en las otras regiones del país.

De esta manera, se acude al Sistema de Planificación Nacional, con sus Subsistemas de Planificación Regional y Sectorial, buscando la racionalidad y coherencia necesarias en el accionar del sector público, junto a la participación de las comunidades. La desconcentración de servicios recibe un gran impulso y se definen políticas y estrategias de regionalización. En esta línea, constituye elemento importante de destacar la cada vez, mayor conciencia gubernativa sobre la complejidad de las interacciones de las instituciones públicas, como totalidad del Sistema.

En la Administración Carazo se estableció un programa de Regionalización como parte de la Estrategia de Desarrollo. En la de Monge se establecieron lineamientos de política para el desarrollo regional, a fin de lograr disminuir las diferencias entre regiones y aumentar la participación en la gestión del desarrollo; y, finalmente en la Administración Arias se consideró a la "Democracia Geográfica" como un área estratégica de acción, dadas las diferencias regionales en el país.

La regionalización fue asumida por las instituciones públicas, en mayor o menor grado y dependiendo de los recursos con que estas contaban, ya que el proceso de desconcentración de servicios demandaba articular muchos esfuerzos, al igual que exigía de mayores recursos financieros.

Sectores como Educación y Salud, en el área social ampliaron de esa forma su cobertura geográfica. Otros como Cultura; por no contar con recursos suficientes, no pudieron llevar a cabo, en buena forma, esa directriz.

A pesar del énfasis puesto en la regionalización, al final de los años ochenta seguían existiendo regiones con menor desarrollo socioeconómico, tales como la Región Atlántica, la Chorotega y la Pacífico Central.

Un segundo aspecto, que ha favorecido el desarrollo de los servicios de rehabilitación, y que está estrechamente vinculado con el anterior, es el relativo a la participación comunal organizada.

En el caso de la Administración Carazo, se puso énfasis en un Programa de Promoción Humana que tuvo: como fin último y fundamental la búsqueda del bien común dentro de una sociedad democrática, más solidaria, comunitaria, participativa y en la que impere la dignidad humana... la estrategia de promoción humana está fundamentada en cinco principios: participación, dignificación; responsabilidad, solidaridad y creatividad., (211)

En la práctica, se regionalizó la organización, promoción y participación de la comunidad en organismos territoriales y funcionales que, en alguna medida, hicieron posible la cogestión entre la comunidad organizada y las instituciones desconcentradas.

La Administración Monge tuvo entre sus objetivos la disminución de las diferencias entre regiones y el aumento de la participación en la gestión del desarrollo. En este sentido, se planteó que:

No basta con generar empleo y garantizar el derecho y estimular la sindicalización. Hay que ir hacia nuevas formas de propiedad, organización, participación y distribución de beneficios, que eviten el paternalismo y la injerencia excesiva del Estado. Hay que confiar en la capacidad de autoorganización y autoadministración de los trabajadores, para superar las fórmulas tradicionales de producción y de distribución de los beneficios. (212)

Fue en 1984 que se promulgó la Ley de Asociaciones Solidaristas, la que intentó ampliar la democracia económica, la armonía obrero-patronal y la Justicia y la paz social, lo mismo que el desarrollo integral de los asociados.

En esta Administración se buscó la regionalización de la actividad estatal y también se fortaleció la figura de un "Ministro Rector de Sector" para articular, los esfuerzos interinstitucionales.

Durante la Administración Arias, se continuó en la senda de la participación con dos programas estratégicos denominados "Democratización Económica" y "Democratización Geográfica".

Estos programas combinaron distintas formas de participación, ampliando por un lado el desarrollo de nuevos tipos de organización de la producción y el consumo, y por otro, fortaleciendo los mecanismos regionales de participación. Los Consejos Regionales de Desarrollo tuvieron una participación más activa, y el Ministerio de Planificación Nacional asumió un rol asesor más directo en cada una de las regiones. Los grupos técnicos se convirtieron en instancias de promoción y apoyo.

Como áreas prioritarias del Programa de Democratización Geográfica se definieron los siguientes: Mecanismos de Participación, Democratización Geográfica en la Toma de Decisiones, Regionalización del Sector Público y Proyectos de Desarrollo de las Regiones Periféricas.

Un tercer elemento clave para la evolución de los servicios de rehabilitación en Costa Rica lo constituye, la preocupación por el tamaño, cada vez mayor y del aparato público y la intervención del Estado en mayores esferas de la vida nacional. Este crecimiento, paradójicamente va acompañado de una mayor ineficiencia en la prestación de servicios, llegando en algunos casos a duplicidades y competencia por los recursos y destinatarios de los servicios. Se pone énfasis en la carencia de coordinación entre las instituciones públicas y entre sectores de actividad.

El instrumental utilizado por las diferentes Administración es para tratar de darle coherencia y racionalidad a la Administración Pública y mejorar con ello los servicios, estuvo constituido por el Sistema de Planificación Nacional cuyo respaldo lo constituye la Ley No. 5525 y los Decretos Ejecutivos sobre Planificación Regional y Planificación Sectorial y Reforma Administrativa. También, la ley General de la Administración Pública No. 6227 de 1978; permitió definir límites de actuación de los funcionarios público y la Administración Pública.

En 1982 y como respuesta a las medidas concretas que demandaba la crisis, se creó una nueva figura controladora de la actividad pública denominada "Autoridad Presupuestaria" mediante Ley No. 6821. Las funciones principales asignadas fueron:

- a. Formular las directrices de la política presupuestaria del Sector Público, incluso en los aspectos relativos a inversión, endeudamiento y salarios.
- b. Velar por la ejecución de las políticas formuladas, una vez que hayan sido aprobadas por el Presidente de la República, en consulta con el Consejo de Gobierno.
- c. Controlar la eficacia en la ejecución de los presupuestos de las instituciones del Sector Público. (213)

El papel desempeñado por la Autoridad Presupuestaria fue muy importante, constituyéndose en un freno tanto al gasto público sin límites como a su crecimiento desmedido.

La búsqueda del incremento en la eficiencia y eficacia institucional orientó a las instituciones a buscar y desarrollar estrategias de cooperación. El Sistema de Planificación Nacional les facilitó el instrumental, estimulándose también el desarrollo de la capacidad gerencial dentro de la Administración Pública.

La coordinación interinstitucional e intersectorial para abordaje de ciertas problemáticas se hizo más común, lográndose resultados mejores que cuando las actividades son obra o campo de acción de una sola institución.

Puede afirmarse que la crisis de los años ochenta, obligó a tomar medidas, que de otra forma posiblemente no se habrían dado, en todos los ámbitos del desarrollo nacional.

El problema de la deficiencia y la discapacidad, así como las iniciativas de rehabilitación de las personas discapacitadas; aparecen como una variable más dentro de la política social de las Administraciones Monge y Arias.

En el caso del Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986. ("Volvamos a la Tierra") se considera la población discapacitada como un factor vulnerable y se propone que:

La sociedad nacional debe conceder todo su apoyo a la rehabilitación integral de los individuos minusválidos, de suerte que sean parte del proceso mismo de su recuperación y de su incorporación productiva al desarrollo del país.

Los servicios de rehabilitación que son ofrecidos a este sector de la población por instituciones públicas y privadas deben lograr una cobertura total y alcanzar una óptima coordinación de sus actividades y con el propósito de cumplir el objetivo de proporcionar un tratamiento integral a todas las personas físicas o mentalmente disminuidas que sean susceptibles de ser rehabilitadas. (214)

La Administración Arias incluyó en el Programa Sectorial de Trabajo y Seguridad Social y dentro del Plan Nacional de Desarrollo, el objetivo de;

Mejorar la calidad y cobertura de los programas de rehabilitación integral dirigidos a los minusválidos, para propiciar su incorporación efectiva a la sociedad. (215)

Al igual que en la Administración Monge, se ubica a las personas discapacitadas como uno de los grupos vulnerables y más sujetos de atención y se propone como política, dirigir las acciones hacia las áreas de su rehabilitación, capacitación y adiestramiento para el trabajo productivo, atendiendo los desequilibrios de carácter regional que se producen en la atención de éstas y otras demanda que plantea este sector vulnerable y cuantioso de nuestra sociedad. La prioridad se estableció sobre las medidas preventivas de accidentes laborales, de tránsito y en los hogares y que ocasionan gran parte de las minusvalías. (216)

El Sistema de Planificación Nacional había creado en la década de los ochenta, un Sistema de Indicadores Sociales, que junto con el de Indicadores Económicos, le permitían monitorear con bastante confianza y la evolución del desarrollo económico y social del país.

Gracias a este sistema se pudo comprobar que, aunque hubo una dura crisis económica al inicio de la década de 1980, al final de esta se había logrado una recuperación parcial en parte de los indicadores económicos y sociales.

Para terminar la década de los ochenta, Costa Rica celebró en 1989 el Primer Centenario de la Democracia Costarricense, incluyendo cuatro décadas de haber dispuesto la abolición del ejército. Estos hechos, así como la práctica de una cultura de la tolerancia, caracterizada por el énfasis en la educación, el respeto a la legalidad y al sufragio, han constituido los pilares para el desarrollo de la vida democrática dentro del marco de la Costa Rica contemporánea.

2- DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA UNA ACCIÓN INTEGRADORA, GLOBAL Y COORDINADA.

La rehabilitación en Costa Rica; aun habiendo dado cabida en el último período reseñado a giros muy importantes y a logros de gran significación, todavía se encontraba en los años finales de la década del setenta lejos de alcanzar las mejores cuotas del modelo integracionista y coordinador, de corte interinstitucional y plurisectorial propuesto por el Estado.

La influencia de resoluciones acordadas por organismos internacionales y la irrupción de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y de la Organización Mundial de la Salud, entre otros factores, contribuyeron en este nuevo período a resaltar la dimensión de los aspectos sociales y funcionales de la discapacidad, así como el impacto sobre la misma del entorno humano y físico y en el que la comunidad asume una especial responsabilidad.

Por otro lado, los énfasis contenidos en los tres últimos planes nacionales de desarrollo de estos años, (Planificación regional y sectorial y desconcentración de acciones y servicios, participación comunitaria activa, coordinación y cooperación interinstitucional, eficiencia del sector público) y que responden a la situación de nuestro país en estos años, guardan concordancia con las tendencias centrales de rehabilitación imperantes en este tercer periodo de su historia. Entre estas tendencias cabe mencionar: 1) la formación y mejoramiento del recurso humano para la rehabilitación; 2) la desconcentración de acciones y servicios en las diversas áreas de la rehabilitación integral; 3) la participación organizada de las personas con discapacidad, la tamil a y

la comunidad; 4) la vigencia de la rectoría del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y consecuentemente, 5) el fortalecimiento de la planificación y de las acciones coordinadas en rehabilitación. Por lo tanto y puede apreciarse como los énfasis contenidos en los planes nacionales de desarrollo arriba citados se constituyeron, a su vez, en los elementos provocadores y coadyuvantes del fortalecimiento de todas estas tendencias en el campo de la rehabilitación.

Gradualmente la rehabilitación busca y desarrolla nuevas estrategias que convergen en una constelación de acciones y conceptos más evolucionados. En nuestro país, la segunda mitad de la década de los setenta y todos los años ochenta, son testigos de este avance, así como de los esfuerzos realizados para lograrlo, por parte de un número cada vez mayor de actores en el escenario de la rehabilitación.

En este capítulo, por lo tanto, se examinan aquellas tendencias y estrategias que han sido centrales para la evolución de la rehabilitación en Costa Rica durante este período, circunscribiendo su ilustración específica particularmente a los acontecimientos de mayor atinencia y significación en este proceso.

2.1. Formación y Mejoramiento del Recurso Humano para la Rehabilitación.

Este tercer período se caracteriza, entre otros aspectos por concertar una variedad de esfuerzos tendientes a formar y a capacitar recursos humanos, en el contexto de las nuevas tendencias, conceptualizaciones y requerimientos de la rehabilitación costarricense y situada ésta dentro del ámbito de influencia de la rehabilitación a nivel mundial, universidades nacionales y el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, hacia su gran aporte en este particular al progreso de la rehabilitación en nuestro país.

Una de las primeras actividades con que se inicia esta etapa es el Primer Seminario Nacional Sobre la Rehabilitación Integral de las Personas Inválidas. Este evento, efectuado del 3 al 7 de mayo de 1976, fue organizado por el Consejo y patrocinado por la Universidad de Costa Rica y la Organización Internacional del Trabajo, dentro del marco de la asesoría en rehabilitación profesional de la O.I.T.

El objetivo general de este Seminario fue proporcionar una visión integral del proceso continuo y coordinado de la rehabilitación, como parte de una acción interdisciplinaria e intersectorial y dirigida especialmente a los responsables de la planificación y dirección de los programas nacionales de educación especial y rehabilitación y seguridad social.

En la sesión inaugural de este evento y el Ing. Alfonso Wilches, entonces Director de la Oficina de la O.I.T. en Costa Rica, y reconocido impulsor de la rehabilitación manifestó que:

Al tocar este seminario los aspectos de la rehabilitación médica, la educación especial y la rehabilitación profesional y la rehabilitación social, se subrayan los aspectos relevantes que conducen a la integración de las personas inválidas o impedidas a los programas de formación y empleo, y se reafirman los principios de colaboración que deben existir entre los diferentes servicios nacionales interesados.

Este evento refleja la preocupación creciente manifiesta en Costa Rica en torno al problema de los inválidos, reconociendo que la comunidad en general no sólo tiene obligaciones sociales hacia ellos, sino también la obligación económica de permitirles aportar su debida contribución al desarrollo nacional... (217)

Ante el reconocimiento de las deficiencias y carencias prácticas en rehabilitación que el país enfrentaba todavía en 1976, las recomendaciones de este Seminario no sólo fortalecieron y concretaron las orientaciones conceptuales que se venían gestando, sino que, además, dieron pautas específicas acerca de las posibilidades de aplicación de la rehabilitación integral. Se aceptó, sin embargo, que el pleno ejercicio de este concepto está sujeto a un proceso naturalmente lento, en el que confluyen variables de naturaleza y procedencia disímil.

Durante este período, la Universidad de Costa Rica forma a muchos profesionales que se incorporan a servicios de rehabilitación. Ya se señaló anteriormente que en diciembre de este año 1976 se efectuó la graduación de la primera promoción del plan regular de Bachillerato en Educación Especial, con énfasis en retardo mental, trastorno de la comunicación y problemas de aprendizaje.

Pero la acción de la Universidad prosigue. Según lo refiere el Dr. Gastón de Mézerville:

Particularmente en el área de la Educación Especial y la Universidad de Costa Rica abre en 1978 dos nuevos énfasis en Problemas Emocionales y Defectivos visuales y realiza planes de capacitación para profesores en áreas rurales (1977 y 1980) e inicia programas de Licenciatura en Orientación en Educación Especial y en Incapacidad Múltiple (1983), así como un nuevo plan de Bachillerato en Educación Especial a partir de 1986. (218)

En lo que respecta al campo médico, en 1980 se crea la carrera de terapia ocupacional y que viene a complementar la de terapia física y creada desde el año 1973.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, interesado en impulsar la rehabilitación profesional, gestó y en coordinación con la Universidad Estatal a Distancia, a finales de la década de los ochenta y la iniciativa del Diplomado en Rehabilitación Profesional. Esta carrera se llevó a la práctica apoyada por un convenio suscrito el 13 de febrero de 1987 entre el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y la Universidad Estatal a Distancia y la Universidad de Costa Rica y el Ministerio de Educación Pública.

Durante los años 1986 y 1987, en respuesta, a la necesidad planteada por la desconcentración de servicios y en apoyo a los Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas, la Universidad de Costa Rica imparte el "Programa de Capacitación de Asistentes en Rehabilitación Integral para Zonas Rurales", bajo el enfoque conceptual de rehabilitación basada en la comunidad.

Este Programa también se realizó con el respaldo de un convenio suscrito, el día 26 de marzo de 1986, entre la Universidad de Johns Hopkins en los E.E.U.U., el Club 20-30 de San José, la Universidad de Costa Rica, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y el Ministerio de Educación Pública.

La creación, en 1982, del Programa de Maestría en Rehabilitación Integral de la Universidad de Costa Rica, viene a constituir un aporte primordial a la formación de recursos humanos en este campo.

Con la asesoría del Experto de la O.I.T, señor Joan Ferreira, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, a través de una comisión integrada específicamente para el efecto, dio origen a esta carrera. Las primeras acciones se realizaron en 1977; para el año 1978 ya estaba elaborada la propuesta que habría de elevarse a la Universidad de Costa Rica.

El periódico La Nación del 18 de abril de 1978; refiere:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial elaboró una propuesta conducente a crear una carrera de rehabilitación especial y que busca darles un mayor bienestar a los niños impedidos.

Aún no existe nada similar, ni en el país ni en el exterior, afirmó la máster en educación Susana Roberts, quien Junto con el Dr. Roña Ido Hirsch es representante de dicho proyecto que se le dará originalmente a la Universidad de Costa Rica (UCR). Este proyecto busca la preparación de profesionales universitarios para iniciar y desarrollar servicios de rehabilitación integral en Latinoamérica... Por definición, dice un informe de la Oficina de Divulgación de la U de Costa Rica, el proceso de rehabilitación es continuo, global, coordinado e integral. La formación de profesionales universitarios se ha limitado a uno de los cuatro aspectos integrantes de la rehabilitación... cuando realmente se necesitan individuos con visión integral de la persona inválida y del conocimiento de las disciplinas que concurren en este proceso. (219)

En estos primeros años de planeamiento y búsqueda de aprobación universitaria del proyecto de Maestría en Rehabilitación Integral, se fueron uniendo a la comisión, además del Dr. Ronaldo Hirsch (odontólogo infantil) y la magister Susana Roberts (educadora especial), otros profesionales como los doctores Pedro León (genetista), Gerardo Fonseca (psicólogo) y Federico Montero (médico fisiatra), así como la Autora de este estudio en representación del Consejo Nacional de Rehabilitación y

Educación Especial y el Dr. Gastón de Mézerville, quien asumió la coordinación del proyecto en esta etapa inicial. (de Mézerville, 1983, pp. 11-15) (220). "Sin embargo, "según relata el Dr. de Mézerville en su artículo "La Rehabilitación Integral como Experiencia Educativa", "no fue sino hasta 1979 que los miembros de esta comisión fueron oficialmente inscritos ante el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, participando desde entonces en reuniones quincenales, generalmente de forma voluntaria ('y ad honorem)". (1985, pág. 154) (221)

El Dr. Gastón de Mézerville, coordinador de la carrera, había regresado al país en 1978, con un doctorado en Orientación Psicológica de Rehabilitación, obtenido en los Estados Unidos. Ese mismo año asume la dirección de la Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, O.C.I.R., suscrito entre el Centro de Docencia e Investigación de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad del Estado de Michigan, con el objetivo de apoyar la rehabilitación y la educación especial en Costa Rica. Este programa internacional, con sede regional en nuestro país; contribuyó específicamente en esos años en las áreas de investigación, información y capacitación. En esta primera área; el Dr. de Mézerville realizó para O.C.I.R la primera investigación en zonas rurales en este campo, la cual fue publicada con el título de "Incapacidad y Rehabilitación en una área rural de Costa Rica". (1979). (222) En cuanto a información, el aporte más trascendente

fue el "Manual Informativo sobre Rehabilitación y Educación Especial en Costa Rica " y (1980), (223) elaborado por el Dr. de Mézerville y el Prof. Gerardo Monge, y conocido comúnmente como el " ¿Qué Sucede? ", en el cual se presentó por primera vez, en un solo volumen de manera integrada, el acontecer nacional en las cuatro áreas de la rehabilitación. Finalmente, en lo que respecta a capacitación, entre varios proyectos propiciados por O.C.I.R., el más importante fue el apoyo al proceso de aprobación del Programa de Maestría en Rehabilitación Integral ante el Consejo Nacional de Rectores; CONARE, aportándose el tiempo del Dr. de Mézerville para la coordinación de la Comisión entre los años de 1979 y 1982. Desde entonces, el Dr. de Mézerville se ha mantenido vinculado a la docencia universitaria, dando significativos aportes a la Rehabilitación.

Hacia finales de este proceso, en Sesión N°.13 celebrada el 4 de mayo de 1982 el Consejo Nacional de Rectores dio su aprobación a esta Carrera. El 5 de octubre de 1982, en sesión extraordinaria celebrada en la Facultad de Ciencias y Letras de la Universidad de Costa Rica, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial hizo entrega simbólica a la Universidad, de la Maestría en Rehabilitación Integral, según consta en el respectivo Libro de Actas del Consejo. A partir de marzo de 1982 asume la dirección de la Carrera el Dr, Ronaldo Hirsch Keibel, realizando una excelente labor como director, en el largo trayecto de consolidación del Programa hasta noviembre de 1989, cuando es sucedido de nuevo, ante su renuncia, por el Dr. Gastón de Mezerville, para un segundo período de casi tres años hasta Julio de 1992.

Durante los primeros doce años de la Carrera, al binomio formado por los doctores Hirsch y de Mézerville; quienes han sido los dos principales pilares de este Programa, se fueron uniendo otros profesionales de gran valía, sustituyéndose así a los miembros antiguos de la primera Comisión. Entre éstos cabe citar a las magisters Margarita Brenes (psicóloga), Aileen Fernández (microbióloga y fisióloga), Violeta Palavicini (administradora), y los doctores Monserrat Sagot (socióloga) y Luis Fernando López Molina (médico especialista en desarrollo humano). Una mención especial merecen también las magíster Olga Gamboa, Roxana Stupp y Paquita Haug (educadoras especiales), así como la Dra. María Esther Méndez (pediatra), quienes, habiéndose graduado como parte de la primera promoción de la Maestría, se integraron posteriormente como profesoras y miembros de la Comisión.

Para la finalización del período reseñado en este estudio; el Programa de Maestría en Rehabilitación Integral había concluido satisfactoriamente con las primeras tres promociones, las cuales comenzaron en 1983, 1986 y 1989, respectivamente. Al iniciarse la cuarta promoción, bajo la nueva dirección de la M.Sc. Aileen Fernández, el Programa cuenta ya entre sus graduados con aproximadamente veinticinco profesionales en este campo, quienes brindan sus servicios de una manera integral, tanto en Costa Rica como en otros países de Latinoamérica.

El Dr. de Mezerville, refiriéndose a esta Maestría, opina que:

El Programa de Maestría en Rehabilitación Integral se constituye entonces en uno de los factores que más ha contribuido a promover el principio de cooperación, tanto nivel interprofesional como interinstitucional, lo que a su vez ha ido revolucionando el campo de la rehabilitación con el establecimiento de equipos interdisciplinarios en un buen número de instituciones públicas y privadas en todo el país. (224)

Las acciones realizadas por las universidades nacionales, dirigidas a formar personal en diferentes áreas de la rehabilitación, fueron complementadas por muchas otras que tuvieron por finalidad la capacitación en servicio de buen número de personas – profesionales, técnicos, personas

discapacitadas, padres de familia, voluntarios, líderes comunales-, que se habían venido vinculando a los servicios de rehabilitación, sin el entrenamiento requerido o con evidentes necesidades de actualización.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, desde sus primeros años de funcionamiento, ejecutó acciones permanentes de capacitación en servicio, en forma coordinada con instituciones nacionales e internacionales. Referente a estas últimas, vale la pena resaltar el apoyo recibido del Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, GLARP, y de la Organización Internacional del Trabajo, O.I.T, particularmente.

Sin embargo, los recursos asignados a este programa de capacitación resultaban limitados con relación a la demanda siempre creciente. Por lo tanto, con el propósito de ampliarlo y mejorarlo, y partiendo de la experiencia adquirida, en el año 1983 el Consejo presentó a la Organización de Estados Americanos, O. E. A, un proyecto para crear en su seno un Centro de Docencia, en principio con énfasis en Rehabilitación Profesional, pero luego dirigido a la Rehabilitación Integral. El proyecto es aprobado, por dos años, iniciando las primeras actividades en diciembre de 1984.

Para el año 1987, los programas de capacitación del Centro de Docencia han beneficiado a unas 300 personas, mediante la realización de diferentes cursos en áreas especializadas de la rehabilitación, y provenientes de unas instituciones nacionales y extranjeras. (225)

Al finalizar la asistencia financiera de la Organización de Estados Americanos, el Centro de Docencia del Consejo es apoyado con recursos provenientes de la Junta de Protección Social de San José.

Durante este período, especialmente en la década de los ochenta, se realizaron en nuestro país eventos de carácter internacional cuya temática refleja un avance en la conceptualización de la rehabilitación, así como en la praxis de la coordinación y la participación cooperativa entre instituciones y sectores vinculados a la rehabilitación.

Dos de estos eventos fueron: el Simposio Latinoamericano de Rehabilitación Profesional efectuado en 1981 y el Primer Simposio Centroamericano y del Caribe sobre Integración del Niño y del Adolescente con necesidades Especiales, en 1989. Este último tiene como tema central el principio de la integración (educativa, laboral, familiar, social y cultural, etc.), concebido como directriz fundamental en las acciones de rehabilitación actuales.

En el acto de inauguración de este evento, la licenciada Victoria Garrón de Doryan, entonces Vicepresidenta de la República ratificó el apoyo oficial, que ya se había alcanzado, para la rehabilitación, expresándolo de la siguiente manera:

Para el gobierno de Costa Rica la realización del Simposio simboliza el compromiso adquirido con todos los ciudadanos que presentan necesidades especiales. Compromiso que el señor Presidente de la República (Dr. Oscar Arias Sánchez) ratificó al firmar, el pasado mes de Julio, el Decreto Ejecutivo que define y establece las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral. (226)

2.2 Desconcentración de Acciones y Servicios en las Diversas áreas de la Rehabilitación Integral.

A pesar del auge de los servicios de rehabilitación durante todo el período anterior, este crecimiento se manifestaba fundamentalmente, con una alta concentración de recursos en la región central del país.

En el presente periodo ocurre un importante desplazamiento de esfuerzos y medios hacia las diferentes regiones, con la finalidad de ampliar la cobertura y atender las demandas y necesidades presentadas en las propias comunidades.

Esta tendencia es provocada, particularmente, por los siguientes factores:

- a) La directriz general proveniente de los gobiernos, orientada a que se regionalicen y desconcentren los servicios de las instituciones públicas. Estos lineamientos constituyen características comunes de los gobiernos de este periodo, según fue señalado de previo.
- b) La creciente organización de los padres de personas discapacitadas, de las comunidades y, en los últimos años del período, de las personas discapacitadas, que presiona a las entidades públicas para la apertura de servicios en las diversas áreas de la rehabilitación.
- c) La asimilación conceptual y práctica del precepto que promulga que todas las personas discapacitadas, tanto de zonas urbanas como rurales, deben tener acceso a los servicios de rehabilitación. Este precepto constituye un principio rector de las acciones en este periodo, y su puesta en práctica se concretizó a través de la desconcentración de servicios.

La actitud de las organizaciones comunales dirigida a proporcionar atención a las personas discapacitadas ha favorecido la desconcentración de servicios al complementar la acción pública.

En este sentido y no todas las áreas de la rehabilitación han avanzado al mismo ritmo. La educación especial fue la que logró mayor expansión de servicios, tanto en el aspecto geográfico, como en la cobertura poblacional. Los servicios en las otras áreas no alcanzan aún el nivel de desconcentración requerido ni, consecuentemente, la cobertura necesaria.

2.2.1. Área de Educación Especial

El Decreto Ejecutivo No. 11073-E del 21 de diciembre de 1979 sobre la Regionalización del Sistema Educativo Costarricense, constituye el principal respaldo legal para orientar la desconcentración de servicios de educación especial.

También se señala, en el mismo sentido, la Resolución No. 102 dictada en 1979 por el entonces Ministro de Educación en ejercicio, Licenciado Vidal Quirós. Esta Resolución, refiere que "La expansión de la educación especial ha de lograrse, preferentemente, por medio de la instauración de Aulas Diferenciadas en las escuelas del sistema regular de enseñanza". (227)

Desde 1974 se crearon las primeras aulas diferenciadas, modalidad complementada por la puesta en funcionamiento, en 1977, de las aulas recurso, que vienen a impulsar significativamente la ampliación de la cobertura de atención en este campo.

La desconcentración de servicios, aplicada especialmente a través de las modalidades dichas adquiere su relevancia al considerársele factor coadyuvante del proceso de integración educativa. En forma paulatina las tradicionales escuelas de educación especial - modelo que refuerza la segregación -, van cediendo su lugar a opciones menos restringidas y consecuentemente más normalizantes. Otra disposición ministerial fue la atinente a la creación del Programa Pre-Vocacional. Esta disposición afirma el concepto de incorporación de las personas discapacitadas a la actividad productiva como meta de la rehabilitación integral y, además, facilita este proceso expansionista e integrador.

Puede decirse que en el año 1980 se logra sistematizar la integración educativa en nuestro país.

El periódico La Nación del día sábado 29 de marzo de 1980 contiene el siguiente comentario sobre las aulas diferenciadas y las aulas recurso:

En la primera mitad de los 70 las autoridades de educación especial volvieron los ojos a un modelo que se desarrolla con éxito en otras naciones; el aula diferenciada. Seis años después de su aparición el Ministerio de Educación Pública coordina el funcionamiento de 100 aulas diferenciadas para retardados mentales, 35 para sordos, 17 para niños con problemas de aprendizaje, dos talleres vocacionales y varios grupos de ciegos integrados.

Ha crecido, se ha fortalecido, ha cobrado pues, esta política, interés público. Son muchos los padres que desean ubicar a sus niños excepcionales en esas aulas especiales en las cuales si bien separados por paredes de los demás, aprenden a convivir en sociedad en el recreo, el viaje en autobús, la velada.

Esta relación niño-padres-especialista también se practica en el aula recurso, otro eficaz sistema educativo que si bien empezó a extenderse en 1977 en Costa Rica no es sino hasta 1980 que funcionan 16 aulas en todo el país y es decir, un programa especial con presupuesto propio. (228)

Las aulas diferenciadas - apios más tarde denominadas aulas integradas- son servicios educativos que están ubicados en las escuelas regulares. Funcionan como una aula más de la Institución y bajo la responsabilidad administrativa del Director de la Escuela. Son atendidas por un maestro especializado y su población la constituyen niños en edad escolar o preescolar con necesidades educativas especiales.

Los estudiantes ubicados en estas aulas presentan limitaciones leves o moderadas. Sin embargo, un estudiante con discapacidad severa puede ubicarse en estas aulas, siempre que demuestre conductas que le permiten incorporarse adecuadamente a ellas.

Las aulas recurso son servicios educativos que cumplen una función de apoyo dentro del sistema educativo, para la población estudiantil que requiere atención específica y especializada en algunas áreas de su desarrollo.

Al año 1990, se disponía de una amplia red de servicios de educación especial, los que se agrupan en el cuadro siguiente No. 11.

CUADRO N°.11
SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARA
POBLACIÓN DISCAPACITADA MENOR DE 18 AÑOS
SEGÚN ÁREA RURAL Y URBANA AÑO 1990

| 1 TIPO DE SERVICIO | 2 NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS | 3 POBLACIÓN ATENDIDA | 4 RURAL | 5 URBANO |
|---|---|---|--------------------------|---------------------------|
| Escuelas de Educación Especial | 19 | 2241 | 490 | 1751 |
| Aulas Diferenciadas | 180 | 4214 | 1394 | 2820 |
| Aulas Recurso | 423 | 9940 | 5400 | 4540 |
| Servicios Prevocacionales | 17 | 1000 | 300 | 700 |
| Total | 639 | 17395 | 7584 | 9811 |

FUENTE: Ministerio de Educación Pública Dirección General de Educación Especial Tomado del Diagnóstico Nacional sobre la Situación de Empleo de las Personas Discapacitadas y CNREE. MARZO 1992

A pesar de que la expansión de los servicios de educación especial es sostenida a lo largo del período y a partir de 1987, se inicia un nuevo ciclo impulsador, concurrente con la Políticas Nacionales de Educación Especial y un nuevo liderazgo que actúa desde la estructura central de la educación especial en el Ministerio de Educación Pública.

El primero de marzo de 1987, asume la Dirección General de Educación Especial del Ministerio de Educación Pública, la licenciada Flora Nieto Izaguirre y a quien le corresponde, desde entonces, fundamentalmente orientar la aplicación de las Políticas Nacionales de Educación Especial y resolver las discrepancias y problemas generados por esta nueva praxis.

En este trabajo, la licenciada Nieto Izaguirre, ha estado apoyada por un equipo conformado por profesionales de diversas especialidades.

CUADRO NO. 12
ESTRUCTURA CENTRAL Y PRINCIPALES RESPONSABLES DE
LA ASESORÍA GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA -AÑO 1990-

| 1 CARGO | 2 RESPONSABLE |
|---|--------------------------------|
| Directora | Licda. Flora Nieto Izaguirre |
| Jefe de la Sección de Educación Escolarizada | Lic. Jorge Méndez Sibaja |
| Jefe de la Sección No Escolarizada | Prof. Gerardo Monge Chavarría |
| Jefe de la Sección de Rehabilitación Profesional | Lic. Francisco Arias Núñez |
| Jefe de la Sección de Ciegos e Incapacidad Múltiple | Licda. Lady Meléndez Rodríguez |
| Jefe de la Sección de Trastornos Emocionales | Prof. Leonor Salazar Araza |
| *Jefe de la Sección de Fomento del Educando Talentoso | Licda. Hilda Liqia Loaiza Mora |

FUENTE: - Documento de Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1989

- Licda. Flora Nieto Izaguirre.

* = Inicialmente el responsable de esta sección fue la Sra. Claudia Blanco.

A nivel de las regiones, la estructura de la educación especial permite que un grupo cada vez mayor de profesionales especializados, estimule y dirija el desarrollo de esta área de la rehabilitación.

2.2.2. Área de Prevención y Rehabilitación Física

El área de salud, junto al área educativa, ha constituido el otro pilar sobre el que el estilo de desarrollo costarricense ha puesto su énfasis. Como ya fue mencionado, a comienzos de la década de los setenta se amplía la cobertura y se inicia una mayor desconcentración de los servicios de salud.

A pesar de la adopción de las políticas de regionalización, de parte de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, los servicios de rehabilitación física no se desconcentran

en la medida en que el estado de la rehabilitación de ese momento lo requiere; sólo en el grado en que dichas políticas de desconcentración implican una mayor cobertura de los programas de prevención primaria de ambas Instituciones, ciertos riesgos de deficiencia y discapacidad, también fueron atendidos; sin embargo, puede asegurarse que no hubo en ello una específica intención.

En cuanto a las obligaciones que atañen al Instituto Nacional de Seguros, hubo avance en los programas de prevención, particularmente en lo tocante a accidentes laborales y de tránsito. Una prueba de esto es la promulgación en 1976 de la Ley de Tránsito N° 5930, que rige lo concerniente a la circulación de personas, vehículos y semovientes por las vías terrestres de la nación, así como lo relativo a la seguridad de las personas.

En este mismo sentido, se cita también la Ley Sobre Riesgos del Trabajo del 9 de marzo de 1982, que regula lo atinente a los riesgos, los accidentes y las enfermedades que ocurren a los trabajadores por consecuencia del trabajo. Esta acción es en alguna forma complementada por las aún insuficientes actividades desarrolladas, al término de este período, por el Consejo de Salud Ocupacional.

Otras instituciones, tanto públicas como privadas llevaron a la práctica ciertas iniciativas de prevención, sin lograr que éstas fueran sustantivas ni sostenidas durante mucho tiempo, por lo que no alcanzaron el impacto deseado.

Específicamente en servicios de rehabilitación física, la desconcentración ha sido apenas incipiente.

El documento "Estudio Integral del Centro Nacional de Rehabilitación" Dr. Humberto Araya Rojas " y Desconcentración de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación de la C.C.S.S. " de 1985, describe la situación dicha con la siguiente referencia:

En los últimos tres años se ha presentado una incipiente desconcentración de servicios de terapia física, en algunos Hospitales Regionales (Monseñor Sanabria de Puntarenas, Dr. Escalante Pradilla de Pérez Zeledón, San Carlos de Ciudad Quesada, Dr. Tony Facio de Limón) y uno de tipo Periférico (La Anexión de Nicoya) que adolece de políticas, normas y procedimientos adecuados, a falta de las relaciones formales de coordinación con un ente central especializado en esta área.

Con excepción del Hospital Monseñor Sanabria, los demás centros no cuentan con el especialista en medicina física y rehabilitación, que oriente y supervise el tratamiento de los pacientes y el uso de los equipos... Para los pacientes que requieren los servicios de Medicina Física y Rehabilitación y que residen en zonas rurales, el Centro Nacional de Rehabilitación no brinda la atención accesible y oportuna, debido a las distancias y a lo oneroso del transporte; sin embargo, la oferta de estos servicios en los hospitales regionales es deficiente, tal y como lo demuestran los rendimientos registrados. El mismo CENARE se ve imposibilitado de hacer uso de la central referencia y para el seguimiento de tratamientos en el Hospital al cual está adscrito el paciente. (229)

Para el año 1990, además de los Servicios de Rehabilitación Física mencionados, la C.C.S.S. ha creado otras Unidades de Rehabilitación en los siguientes Hospitales periféricos Hospital Dr. Enrique Baltodano, en Liberia, Hospital Ciudad Neilly, en Ciudad Neilly, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, en San Ramón.

El Instituto Nacional de Seguros, por su parte, inaugura oficialmente en 1989 el Albergue Temporal de Salud, creado para atender pacientes que han sufrido accidentes de tránsito o de trabajo, cubiertos por el seguro obligatorio y el de riesgos profesionales. En 1987 abre el Servicio de Rehabilitación Física en Ciudad Neilly.

A iniciativa de grupos organizados de ciertas comunidades, se han abierto algunos pequeños servicios de terapia física, de cobertura local. A nivel de la iniciativa privada, el esfuerzo de mayor impacto ocurrido en este periodo, para desconcentrar servicios de rehabilitación física hacia las comunidades, lo realiza el Club Activo 20-30 de San José, a través de los Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas, proyecto que será descrito y analizado posteriormente.

Al concluir este período, se asevera que la atención de la población discapacitada en el país exige todavía una mayor desconcentración de los servicios asistenciales propios de la rehabilitación física, de manera que éstos resulten oportunos y accesibles a las personas que residen en zonas alejadas de la Meseta Central. Asimismo, se requiere en el presente consolidar y fortalecer la capacidad instalada de los servicios desconcentrados que se encuentran funcionando en este campo.

2.2.3. Área de Rehabilitación Profesional

Como ya se ha señalado, la rehabilitación profesional, dentro del contexto de esta evolución histórica de la rehabilitación se ha venido desarrollando con cierto rezago; fenómeno que también se da en el proceso de desconcentración de servicios atinentes a este campo.

El periodo anterior (1965-1976) finaliza con muy pocos y limitados recursos en esta área. El Instituto de Rehabilitación Profesional ya referido, constituye para entonces el centro de mayor cobertura y avance técnico. Este resulta complementado, en menor escala, por el Taller Protegido de Alajuela y el Taller Protegido de la Asociación Costarricense de Padres de Niños Excepcionales, ACOPANE. Estos tres programas fueron creados por la iniciativa privada, sin existir, hasta ese momento, ninguno de carácter público. A pesar de que el Instituto Nacional de Aprendizaje venía apoyando acciones de rehabilitación profesional, éstas eran desarrolladas en los programas del Instituto de Rehabilitación Profesional. No existían políticas específicas para la incorporación de población discapacitada en las acciones formativas regulares del INA.

En el año 1979, ocurren dos hechos de trascendencia. El primero se refiere a la decisión del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Espacial de crear servicios de rehabilitación profesional en comunidades alejadas de la Meseta Central. Esta decisión, en principio, la toma el Consejo por acuerdo No. 5, de la sesión número 117, del 16 de enero de 1979, que en lo pertinente señala; "Solicitar a la Directora Ejecutiva la elaboración del proyecto de talleres protegidos regionales a fin de estimar su costo y factibilidad". (230)

En los meses subsiguientes el Consejo acuerda crear en Naranjo, el primer Taller Social y a solicitud de la entonces Primera Dama de la República, señora Estrella Zeledón de Carazo, se elige la comunidad de Turrialba como sede del segundo Taller Social.

Como consecuencia de la iniciativa anterior y algunos grupos privados de la Provincia de Limón, solicitan al Consejo asesoría técnica para la creación de un taller protegido.

La creación y puesta en marcha de estos Talleres puso en evidencia los avances logrados en la coordinación y cooperación interinstitucional e Intersectorial. El Taller Social de Naranjo abrió sus puertas el 6 de Julio de 1981; el de Turrialba se inauguró en el mes de mayo de 1982. En ambos casos, una de las primeras acciones consistió en crear asociaciones locales que, en función de contrapartes del Consejo, aglutinarán y suscitarán, por parte de las principales entidades públicas y privadas locales y el apoyo necesario para el naciente servicio. También se consideraba como un principio fundamental la participación activa de la propia comunidad. Por tanto, el Consejo promueve y asesora la organización, en Naranjo, de la Asociación "Talita Cumi" y en Turrialba de la Asociación "Kawe-tain". Posteriormente y para los mismos fines se crea, en Limón la Asociación "Deo Juvante".

De esta manera y bajo la coordinación y asesoría del Consejo, se materializa, estas diferentes tentativas locales de desconcentración de servicios. En todos los casos la confluencia de aportes y esfuerzos de varios ministerios e instituciones del Estado, entidades privadas, agrupaciones de padres de personas discapacitadas y gobiernos locales y clubes de servicios, complementadas con asistencia técnica del Japón, hacen posible la práctica de un modelo de atención con participación comunitaria, que acrecienta su efectividad a lo largo de todo el presente período, con resultados patentes en la integración socio-laboral de la población discapacitada en esas localidades. Toda esta experiencia tiene como marco filosófico conceptual la estrategia denominada como "rehabilitación basada en la comunidad".

El segundo hecho importante ocurrido en 1979 constituye el Proyecto de Capacitación de Grupos Especiales de Población, a cargo del Instituto Nacional de Aprendizaje y financiado, fundamentalmente, con recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. Según el "Manual Informativo sobre Rehabilitación y Educación Especial ¿Qué Sucede?, este proyecto tiene como objetivos:

- Contribuir en los procesos de rehabilitación integral de minusválidos, enfermos alcohólicos, internos en centros penitenciarios y prostitutas, por medio de la iniciación de acciones de capacitación e información profesional, comprensibles dentro de las que desarrollan las principales instituciones ocupadas en cada grupo especial.
- La meta del Proyecto para 1979 era la de capacitar 1000 personas deficientes.
- De febrero a diciembre de este año y se impartieron 96 cursos para esa población: 54 en el sector agropecuario; 26 en el sector de industria, comercio y servicios, y 16 en construcción civil.
- De las personas capacitadas, alrededor de 400 son adolescentes entre 15 y 18 años que presentan deficiencias físicas, mentales y sensoriales. (231)

Las anteriores actividades de capacitación se realizaron en diversas comunidades del país.

En 1985, el INA crea la Dirección de Programas Especiales, hecho que viene a favorecer el incremento y fortalecimiento de acciones de rehabilitación profesional por parte de esta entidad. Sin embargo, tales acciones continuaban dándose exclusivamente como apoyo a otras instituciones públicas y privadas.

No es sino hasta el año 1990, que se emiten disposiciones específicas para la atención de población discapacitada, como parte de las acciones formativas regulares propias del INA, desconcentradas a nivel nacional.

Esta decisión institucional fue aprobada por el entonces Presidente Ejecutivo del INA, Ing. Abundio Gutiérrez Matarrita; y acogida, ampliada y puesta en operación con indiscutible compromiso por el siguiente Presidente Ejecutivo, Lic. Guillermo Vargas Salazar.

Para formalizar y ejecutar la integración de las personas discapacitadas a la formación profesional a cargo del INA, se elaboró un primer Reglamento específico, que fue aprobado por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, en su sesión 376 celebrada el Jueves 5 de abril de 1990.

El precitado documento se introduce con el siguiente contenido:

La formación profesional debe apoyar y alentar a todas las personas en pie de igualdad y sin discriminación alguna a desarrollar y utilizar sus aptitudes para el trabajo en su propio interés y de acuerdo con sus aspiraciones, teniendo presentes al mismo tiempo las necesidades de la sociedad. (Recomendaciones 150, OIT, Artículo 4.4, 1985).

Atendiendo a esa filosofía el Instituto Nacional de Aprendizaje, con la cooperación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) mantendrá y fortalecerá el Programa de Rehabilitación Profesional, modernizándolo y acondicionándolo sistemáticamente con el objeto de buscar su eficiencia y eficacia. (232)

En esta apertura del INA hacia la formación profesional de las personas discapacitadas, desempeña un rol muy importante el Lic. Gerardo Chacón Chinchilla, quien, desde la Dirección de Programas Especiales, y como representante del INA en la mesa directiva del Consejo, impulsa la cooperación interinstitucional y la toma de responsabilidades del INA, respecto a esta población.

Tal como se señala anteriormente, la Asociación Industrias de Buena Voluntad había traspasado al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, en 1982, el Instituto de Rehabilitación Profesional. Desde este centro, y a partir de 1985, el Consejo prelude e impulsa el Programa de Capacitación en la Comunidad, con el objetivo fundamental de atender a las personas discapacitadas, en su propio contexto comunitario. Con esta estrategia, se pretende además ampliar la cobertura geográfica y promover la desinstitucionalización en apoyo a la tendencia integracionista.

La capacitación en la comunidad, que desarrolla popularidad y vigencia en casi todos los países de América Latina, especialmente durante la última década, viene a constituir un importante medio para la desconcentración de servicios de rehabilitación profesional. Además, la práctica de esta estrategia promueve la cooperación y la coordinación interinstitucional e intersectorial y estimula la participación activa de la comunidad; de esta manera los grupos organizados y las instituciones comparten responsabilidades en el proceso de rehabilitación.

En el año 1989 el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional GLARP, resuelve efectuar en cinco países de América Latina, incluyendo a Costa Rica, investigación titulada "Análisis de Impedimentos y Servicios de Rehabilitación Profesional".

En el caso de nuestro país, la investigación abarca a treinta servicios existentes hasta esa fecha de estudio, incluidos trece programas prevocacionales del Ministerio de Educación Pública. Estos últimos, aunque conceptualmente no corresponden a la rehabilitación profesional, propiamente dicha, debido a su diferencia de objetivos, sin embargo, guardan una estrecha relación, pues enlazan la educación especial con la fase siguiente de capacitación y ubicación productiva.

Según los resultados de esta investigación, el 73% de los servicios de rehabilitación profesional en Costa Rica, se ubican en el área urbana, y un 57% son de naturaleza pública.

No obstante, otro estudio efectuado posteriormente por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, en el que se excluyen los prevocacionales y se aplican criterios más estrictos en la calificación y selección de los servicios, refleja que la mayoría de estos son de carácter privado y tienen una mayor distribución geográfica.

Debe destacarse durante este período, por su efecto en este campo, la promulgación del Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo, "Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas", de fecha 28 de Junio de 1983. Aun cuando este Convenio no fue ratificado por Costa Rica, sino hasta 1991, mediante Ley No. 7219, actuó como un elemento de presión para acciones de rehabilitación profesional, además de reforzar y complementar el marco filosófico - conceptual que el país venía utilizando.

En lo conducente a la desconcentración de servicios, dicho convenio establece:

Artículo 8." Se adoptarán medidas para promover el establecimiento y desarrollo de servicios de readaptación Profesional y de empleo para personas inválidas en las zonas rurales y en las comunidades apartadas. (233)

Al término del presente período, el Estado costarricense a través de la Dirección General de Servicio Civil, adopta la Resolución DG 136-90 de fecha 9 de octubre de 1990, mediante la cual resuelve:

Artículo 1: Establecer un sistema de bases de selección específicas a efecto de promover la incorporación al Régimen de Servicio Civil de las denominadas personas discapacitadas y contribuir así al esfuerzo que la comunidad nacional e internacional está dando en el sentido de facilitar su participación en la vida de la sociedad en todas sus dimensiones. (234)

Respalda esta nueva disposición, entre otros, el siguiente considerando, cuyo contenido demuestra la evolución alcanzada, tanto en lo filosófico-conceptual como en la toma de conciencia de la obligación con la población discapacitada. Dicho considerando refiere:

Que el moderno Estado Social de Derecho en el que vive la comunidad costarricense, así como la jerarquía de las normas obliga al Régimen de Servicio Civil, a crear el instrumento jurídico administrativo que incorpore a la población discapacitada a la oferta y demanda del empleo estatal. (235)

A pesar de que en este período es evidente la ampliación de la oferta de servicios de rehabilitación profesional, como también la cobertura geográfica de los mismos; la mayoría de éstos continúan estando a cargo de la iniciativa privada, lo que en alguna forma influye en su incipiente nivel de

organización, su escasez de recursos humanos calificados y consecuente efecto en el desarrollo técnico.

Los servicios estatales que existen en este campo han alcanzado un buen nivel técnico, adquiriendo una experiencia acumulativa consolidada y, en los últimos años, se han preocupado por fortalecer su capacidad asesora y transmisora de experiencias y conocimientos, basándose en la creación de modelos que puedan ser adaptados a distintas zonas y condiciones del país.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial ha impulsado el avance de la rehabilitación profesional en el país y en forma significativa, a través de la creación de servicios propios y mediante el apoyo técnico y financiero a organizaciones privadas, tendiente a promover la ampliación y desconcentración de servicios. No obstante, y puede asegurarse que hay aún una brecha considerable entre la oferta y la demanda de programas de rehabilitación profesional.

Sin embargo, la evolución conceptual alcanzada permitirá que los esfuerzos prácticos que se realicen en los años siguientes se dirijan con bastante certeza hacia significativos logros en lo que respecta a la formación profesional y el empleo de la población discapacitada.

2.2.4 Área de Rehabilitación Social

La rehabilitación social incluye medidas individuales y colectivas tendientes a favorecer, en las personas discapacitadas, una vida social tan normal y completa como sea posible.

Esto supone la aplicación de un conjunto de disposiciones y servicios básicos y complementarios pertenecientes a campos diversos y, sobre todo de competencia y responsabilidad de una amplia gama de entes públicos y privados. La esfera social de la rehabilitación no resulta tan definida como las otras; tiene, además, la peculiaridad de concurrir en todas y cada una de las etapas del proceso integral, constituyéndose en un componente constante.

La adaptación de las estructuras urbanas y de los medios de transporte; la accesibilidad de los edificios; la disponibilidad de ayudas técnicas; las comunicaciones y la posibilidad de participar en actividades deportivas, culturales y de ocio; la seguridad económica y social, entre muchos otros, son factores que influyen decisivamente en el cumplimiento de los objetivos de la rehabilitación social.

Paradójicamente este campo, no ha logrado en la praxis, alcanzar en Costa Rica el nivel de evolución correspondiente al avance obtenido en las otras áreas analizadas. Sin embargo, durante el presente período y particularmente en la última década, han ocurrido hechos que son demostrativos de la creciente apropiación conceptual relativa a este particular. Nuevamente las declaraciones y resoluciones adoptadas en esta época por organismos internacionales especializados (la "Carta para los Años 80", del Organismo "Rehabilitación Internacional"; el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad" y la "Declaración del Año Internacional de los Impedidos", ambos de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, entre otras), ejercen su influencia al señalar la importancia de atender las necesidades sociales de las personas discapacitadas; en virtud de su influjo en la situación de invalidez, propiamente dicha.

Algunos de estos hechos acontecidos en estos años tienen carácter de permanencia y su efecto y cobertura han sido significativos; otros surgen más como ejemplos de tendencias específicas, con restringido impacto y repercusión. También puede señalarse que ciertas medidas y servicios que se han desarrollado en este campo son de orden genérico, en tanto se aplican a la población común, a diferencia de otras, cuya práctica se circunscribe, especialmente, a las personas con discapacidad.

La crisis que afectó al país, en los años 1980 a 1982; tuvo fuertes repercusiones sobre la población en general, incluidas las personas discapacitadas. Las medidas de compensación social adoptadas para paliar los efectos de la crisis, han sido de aplicación generalizada, por lo que son pocas las medidas exclusivas para la población con discapacidad, teniendo ésta acceso a los beneficios de la seguridad social y medidas compensatorias, en condiciones similares al resto de la población.

En todo caso, resulta congruente hacer referencia a aquellas conquistas de más sentido, particularmente relativas a la integración social y al apoyo para el desenvolvimiento en la vida diaria de las personas discapacitadas, así como al grado de desconcentración alcanzado por las correspondientes acciones y servicios.

A. Asistencia y Promoción Social.

1. Instituto Mixto de Ayuda Social

El Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), creado por la Ley N°.4760 del 4 de mayo de 1971, participa en el proceso de rehabilitación, fundamentalmente desde su rol de institución encargada, entre otros, de:

- Atenuar, disminuir o eliminar las causas generadoras de la indigencia y sus efectos.
- Hacer de los programas de estímulo social un medio para obtener en el menor plazo posible la incorporación de los grupos humanos marginados de las actividades económicas y sociales del país.
- Atender las necesidades de los grupos sociales o de las personas que deban ser provistas de medios de subsistencia cuando carezcan de ellos. (236)

Tales fines los cumple esta entidad mediante programas de asistencia y promoción social, de cobertura nacional.

El IMAS no dispone de servicios especiales para población discapacitada, pero ésta tiene acceso a las prestaciones que se brindan, con igualdad de derecho. Estas prestaciones que pueden ser en servicio, efectivo u especie, constituyen un apoyo para resolver, parcialmente, necesidades básicas, generales y específicas, que presentan las personas discapacitadas de bajo nivel económico. Estas necesidades pueden variar desde el requerimiento de una prótesis o de una silla de ruedas, hasta una vivienda o adaptación de esta, alimentación, becas de apoyo para capacitación; pago de transporte, etc. Sin embargo, al no disponer la Institución de suficientes medios presupuestarios, este recurso se vuelve estricto. Su cobertura, en términos de población discapacitada es muy reducida, aunque la desconcentración de los servicios del IMAS permite acceso a ellos desde muy variados extremos geográficos del país.

2. Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares

El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares establece otro medio coadyutorio de la seguridad social de las personas discapacitadas.

Creado por la Ley No 5662 del 23 de diciembre de 1974, este Organismo tiene como objetivo "constituirse en mecanismo del gobierno para lograr una más justa distribución del ingreso nacional, combatir la pobreza y alcanzar más altos niveles de justicia social para los costarricenses". (237)

Son beneficiarios de este Fondo los costarricenses de escasos recursos económicos, de acuerdo con los requisitos que se establecen en la Ley y sus Reglamentos. Las personas discapacitadas quedan incluidas en esta población.

De conformidad con el Artículo 3° de dicha Ley:

Del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destinarán recursos para pagar programas y servicios a las Instituciones del Estado, que tienen a su cargo la ayuda social complementaria del ingreso a las familias de pocos recursos. (238)

Con el apoyo de esta ordenanza, a partir del año 1981 y a través del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, este Fondo ha venido financiando de manera continua y creciente, variados servicios de atención a personas discapacitadas, en distintas comunidades del país, a cargo de entes públicos y privados.

Según registros del Consejo, para el año 1990, un total de cuarenta y un programas y servicios de rehabilitación se han visto beneficiados con estos recursos, permitiendo fortalecer y acrecentar la cobertura de población discapacitada.

Independiente del campo de la rehabilitación, las personas discapacitadas de distintas regiones y localidades del país son receptoras de otros tipos de prestaciones sociales, financiadas por este mismo Fondo, pero administradas por instituciones a las que corresponde desarrollar programas de asistencia y promoción social. A estos programas, las personas con discapacidad tienen igual oportunidad de acceso que el resto de la población.

3. Junta de Protección Social de San José.

La Junta de Protección Social de San José, es la institución con más antigua trayectoria en el campo de la asistencia social a grupos marginados. Como ha quedado reseñado, fue el primer organismo que desarrolló acciones a favor de las personas discapacitadas.

Mediante Ley No. 7087 del 26 de noviembre de 1987 y su respectivo Reglamento destina un 15% de los premios prescritos de la lotería nacional para beneficiar " aquellos programas de organizaciones cuyo fin principal sea la atención o el apoyo a personas con

limitaciones...garantizando que los mismos conduzcan o favorezcan la integración social de las personas con limitaciones". (239)

Quedan comprendidas en esta sinopsis las prestaciones de naturaleza social, que en el mismo sentido; otorgan las instituciones ejecutoras de programas en los diversos campos de rehabilitación, y que complementan directamente sus respectivas acciones primordiales.

Esta tendencia de protección social de la población discapacitada queda ejemplarizada por la Ley N°.7125 del 24 de enero de 1989 que establece la pensión vitalicia para las personas que padecen de parálisis cerebral.

Esta Ley ordena que:

Artículo 1°: Las personas que padezcan parálisis cerebral profunda, que se encuentren en estado de abandono, o cuyas familias carezcan de recurso económico, tendrán derecho a una pensión vitalicia equivalente al menor salario mínimo legal mensual fijado por el Poder Ejecutivo.

La pensión se pagará mensualmente de los fondos del Régimen no Contributivo a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social y se ajustará a la suma correspondiente cada vez que se haga una nueva fijación de salarios mínimos. (240)

B. Cultura, Deporte y Recreación

Las personas con discapacidad tienen necesidades de relaciones interpersonales y de oportunidades en el ámbito cultural, deportivo y recreativo.

En lo referente a esta materia, el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad" es puntual cuando señala, en lo concerniente a los tres campos citados que:

Los Estados miembros deben procurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de utilizar al máximo sus posibilidades creadoras, artísticas e intelectuales, no sólo para su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la comunidad. Con este objeto debe asegurarse su acceso a las actividades culturales. Si es necesario, deben realizarse adaptaciones especiales para satisfacer las necesidades de las personas con deficiencia mental o sensorial. Esto podría incluir ayudas de comunicación para sordos, literatura en braille y casetes para las personas con deficiencia visual, y material de lectura adaptado a la capacidad mental del individuo.

Se reconoce cada vez más la importancia de los deportes para las personas con discapacidad. Por lo tanto, los Estados Miembros deben estimular las formas de actividades deportivas de estas personas, entre otros medios, mediante el suministro de instalaciones adecuadas y organización apropiada de tales actividades.

Los Estados Miembros deben procurar que las personas con discapacidad tengan las mismas oportunidades que los demás ciudadanos para participar en actividades recreativas. Esto supone la posibilidad de utilizar restaurantes, cines, estadios deportivos, hoteles, playas y

otros lugares de recreo. Los Estados Miembros deben adoptar medidas para eliminar todos los obstáculos en este sentido... "(241)

Respecto a este tema, Costa Rica cuenta con una política nacional de tiempo libre y recreación, según consta en el documento que con el mismo nombre fue publicado por la Presidencia de la República en el año 1982.

Tal política considera:

que el tiempo libre y la recreación son esenciales para la elevación del bienestar de la sociedad, consecuencia y meta de una auténtica política de desarrollo social. Considera, además, entre otros; que debe comprender a todas las familias y a todos sus miembros, principalmente a aquellos que por su especial situación requieren una mayor atención, cuenten con un mayor tiempo libre, encuentran una mayor dificultad para la utilización adecuada de éste, o se hallen en especiales circunstancias, como la niñez, la juventud, las personas en la tercera edad, los minusválidos, la mujer, etc. (242)

En el mismo sentido, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial inicia, a partir de 1980, acciones incitativas y asesoras tendientes a lograr la adaptación de medios recreativos para personas discapacitadas, eliminación de barreras arquitectónicas en parques nacionales, promoción de actividades artísticas, culturales y deportivas especiales y capacitación de personal en este campo. Otras entidades públicas y privadas han desarrollado también acciones similares.

Debe señalarse, sin embargo, que desde 1974 ya se venían celebrando juegos especiales, con participación de personas discapacitadas de diferentes instituciones y comunidades. Inicialmente estos juegos fueron organizados por el Ministerio de Educación Pública. Después los asume la Dirección de Deportes del Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, en el marco de mayores eventos para la población costarricense tales como los juegos nacionales y los juegos laborales.

La respuesta para la participación en los juegos especiales ha sido amplia, lo que ha permitido su permanencia a través de los años.

El país también se ha hecho presente en diferentes eventos deportivos a nivel internacional, con delegaciones numerosas de personas discapacitadas.

Lamentablemente las instalaciones -recreativas y deportivas, muy numerosas en el país, no han sido adaptadas, lo que limita el libre y fácil acceso para una práctica deportiva más permanente y para un mejor uso del tiempo libre en acciones recreativas. Estos conceptos empiezan a reconocerse, en el país, como fundamentales para los propósitos de la rehabilitación.

En el campo cultural, en 1980 el Consejo y el Ministerio de Cultura, Juventud y Deporte organizan una exposición de pinturas y trabajos elaborados por personas discapacitadas.

En esta ocasión, la entonces Ministra de Cultura, Doctora Marina Volio de Trejos, hace el siguiente comentario, publicado en el periódico La Nación del jueves 6 de noviembre de 1980:

«.. giré instrucciones a los arquitectos del Ministerio para que habiliten la entrada norte de la Biblioteca Nacional con el fin de que sea usada por los lisiados, y que en el interior de su plantel se les presten toda clase de facilidades, con el fin de que ellos puedan utilizar los servicios de la biblioteca. También conversaré con los encargados de la obra de reconstrucción del Teatro "Mélico Salazar ", antiguo Raventós, para que las personas con impedimentos físicos puedan disfrutar de los espectáculos culturales que ahí se presenten.

En el campo de la recreación y los deportes, la Dra. Volio manifestó que se acondicionará el parque metropolitano Padre Antonio Chapuí, para que sea empleado también por ellos... (243)

En el año 1990 lo enunciado por la citada Titular de Cultura no había sido concretado aún, demostrando el desfase que se da entre la evolución conceptual y la práctica.

Según lo refiere el Consejo, en 1981 se asesoró al Instituto Costarricense de Turismo para eliminar las barreras arquitectónicas en el Proyecto Monte La Cruz, Proyecto Charrara, en Orosi, y el volcán Poás-. (244)

Durante esta última década se dan numerosas acciones semejantes a las señaladas. Al final del período - del 23 al 27 de abril de 1990 - se realiza la VIII Conferencia Interamericana de Educación Física, Recreación y Deporte para Personas Discapacitadas. Este evento, organizado por la Universidad de Costa Rica, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y el Concilio Internacional para la Salud, la Educación Física y la Recreación (ICHPER) congrega renombrados especialistas en este campo, analizándose, en todo su alcance, la importancia de este tema para el mejoramiento de la calidad de vida de la persona discapacitada.

Los logros alcanzados en toda esta materia permiten apreciar un avance dentro del contexto de esta evolución conceptual y práctica y constituyen un indicador de progreso. No obstante, procede señalar que la expansión y cobertura de tales servicios transcurre lentamente.

C- Accesibilidad al Entorno

Muchas personas con discapacidad quedan excluidas de la participación activa debido a las barreras físicas, de transporte y comunicación que aún presentan las sociedades actuales.

La misma fuente citada -"Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad"- (Naciones Unidas 1990.), señala sobre este particular que:

Se alienta a los Estados Miembros a que adoptan una política que garantice a las personas con discapacidad el acceso a todos los edificios e instalaciones públicos nuevos, viviendas y sistemas de transporte público. Además, siempre que sea posible, se han de adoptar medidas que promuevan la accesibilidad a los edificios, instalaciones, viviendas y transportes públicos ya existentes, especialmente aprovechando las renovaciones. (245)

Durante el presente período se han llevado a la práctica en nuestro país, algunas medidas referentes a este campo; sin embargo, el problema que implica para la población discapacitada las limitaciones en la accesibilidad al entorno, continúan siendo aún de las más relevantes.

A finales del año 1976, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial tomó la iniciativa de efectuar un estudio sobre las barreras arquitectónicas y posibles soluciones para su eliminación. Integró una comisión con representantes del Colegio de Ingenieros y Arquitectos, del Ministerio de Obras Públicas y Transportes y del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo, la cual tuvo a su cargo la elaboración del "Reglamento de Facilidades Arquitectónicas para Minusválidos" «Este documento fue aprobado por el Consejo mediante Acuerdo N°.1 de la sesión ordinaria No, 89 del 8 de noviembre de 1977, según consta en el correspondiente Libro de Actas de esta Institución.

Por razones de impedimentos legales, no fue posible oficializar este Reglamento, pese a las muchas gestiones realizadas ante dependencias gubernamental es para emitirlo por decreto ejecutivo. No obstante, y dicho documento ha servido de referencia para asesorar y orientar variedad de acciones, en esta materia.

En Costa Rica, las leyes existentes en planificación urbana permiten poner en vigencia ciertas normas tendientes a eliminar las referidas barreras, sin los inconvenientes que ocasiona la aprobación de nuevas legislaciones. El Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo puede actuar en dos áreas: el acondicionamiento urbano y la eliminación de barreras arquitectónicas en edificios.

Según lo expresa Francisco Mora Protti, Arquitecto del Departamento de Urbanismo del Instituto de vivienda Urbanismo en el año 1981:

La puesta en vigencia de normas que modifiquen el entorno urbano debe lograrse a través de la Ley de Planificación Urbana, No. 4240 de noviembre de 1968, la cual contempla entre sus reglamentos el de Control Nacional de Fraccionamiento y Urbanizaciones ... En este aspecto el INVU puso en vigencia, por acuerdo de la Junta Directiva, el 2 de octubre de 1980, una ampliación al Reglamento la cual atenúa en parte las barreras urbanas; en síntesis, esta ampliación específica:

1) Diseño de aceras; 2) puntos de paso peatonales; 3) objetos salientes en calles y aceras; 4) refugios en parques; 5) señalamiento vial 6.) estacionamientos (246)

Las normas para ser aplicadas en los edificios deben ser dirigidas a través de la Ley General de Salud y del Reglamento de Construcciones y Urbanizaciones de la Ley de Planificación Urbana. En este sentido, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial elevó al INVU una propuesta para incluir, en el supra citado Reglamento, algunas normas básicas generales que facilitarían la movilización y desplazamiento de las personas con discapacidad.

Esta propuesta fue acogida por el INVU, emitiéndose el 22 de marzo de 1983 el referido Reglamento cuyo Capítulo XIII, titulado "Normas para Asilos de Ancianos y para Vivienda y Sitios de Reunión o Enseñanza Destinados al Uso de Minusválidos", contiene disposiciones particulares específicas para la eliminación de barreras.

CUADRO #13

NORMAS PARA ASILOS DE ANCIANOS PARA VIVIENDA Y SITIOS DE REUNIÓN O ENSEÑANZA DESTINADOS AL USO DE PERSONAS DISCAPACITADAS

| 1 ESPACIOS | 2 NORMAS |
|-----------------------|--|
| Servicios sanitarios | La ducha y el inodoro se combinaran en un solo espacio sin separación de ambiente, pudiendo preverse la utilización de elementos removibles para separarlos. La altura de lavatorio será de 80 centímetros. Las llaves del inodoro, del lavabo y de la ducha serán adaptadas al tipo de minusválidos. La bañera no tendrá grada ni muros en el piso. |
| Garaje | Se proveerá un espacio de garaje o cochera con acceso directo y sin gradas a la vivienda, con una anchura mínima de trescientos cincuenta centímetros y cerrojo de accionar eléctrico si existe portón. |
| Puerta principal | En la puerta principal, o junto a ella se proveerá una gaveta pequeña accesible tanto del interior como del exterior para el depósito de paquetes, con una altura mínima de noventa centímetros y máxima de cien centímetros. |
| Pasillos | Dimensiones mínimas: de ciento veinte centímetros. |
| Vestíbulos | De ciento cuarenta centímetros de anchura por doscientos cuarenta centímetros de longitud. |
| Cocinas | El pasillo entre muebles de cocina será de ciento cuarenta centímetros. |
| Recámara | En la recamara un espacio mínimo libre al lado de la cama, de ciento veinte centímetros. Hacia el lado a que abren las puertas se dejará un espacio libre no menor de ciento setenta centímetros de longitud y cincuenta centímetros de anchura que permita la ubicación de una silla de ruedas. |
| Terrazas o balcones | Cuando se prevean terrazas o balcones se diseñarán con accesos fáciles y protección contra los elementos. |
| Alarmas | Se instalarán alarmas en la siguiente forma: Interiores perceptibles en el exterior. En baños, perceptibles tanto en el interior como en el exterior. Los controles estarán a una altura mínima de noventa centímetros y máxima de ciento veinte centímetros. |
| Puertas | Siempre que sea posible se utilizarán puertas de correr. En los baños las puertas serán de material resistente a golpes fuertes y abrirán hacia afuera. Se colocarán haladeras y manijas fáciles de maniobrar con cerrojos automáticos. Al abrir dejarán una luz libre mínima de noventa centímetros. |

| 1 ESPACIOS | 2 NORMAS |
|---------------|--|
| Protectores | Se colocarán protectores de material resistente al roce continuo, a lo largo de los pasillos, muros, puertas y en las esquinas, tanto en el interior, como en el exterior a una altura de sesenta centímetros, con un ancho no menor de 10 centímetros. |
| Accesibilidad | Todas las piezas habitables deberán ser accesibles debiendo recurrirse al uso de elevadores si fuera necesario. |
| Muebles | En los muebles, los anaqueles tendrán una altura mínima de sesenta centímetros y máxima de ciento veinte centímetros. |
| Instalaciones | Cuando exista posibilidad de contacto con las instalaciones de agua caliente, éstas deberán aislarse. Las regaderas tendrán termostato para control automático de la temperatura. Todos los controles de temperatura de agua tendrán una altura máxima de cien centímetros y mínima de sesenta centímetros y serán de fácil manejo. El botón del timbre de puertas exteriores se colocará a una altura mínima de noventa centímetros y máxima de cien centímetros. |

Para promover la aplicación de las medidas básicas de accesibilidad, en el mes de noviembre de 1981, el Consejo, el Colegio de Arquitectos e Ingenieros de Costa Rica y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo, realizaron el Seminario Sobre eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transportes, con los siguientes objetivos:

- 1.- Analizar los elementos arquitectónicos, físicos y de transporte que dificultan la plena incorporación de las personas minusválidas a la sociedad.
- 2.- Analizar los instrumentos que implementan los proyectos y programas para la eliminación de barreras arquitectónicas, físicas y de transporte.
- 3.- Proporcionar a los participantes oportunidad de intercambiar conocimientos y experiencias sobre realizaciones y proyecciones del tema. (247)

Previamente, en el año 1980, el Consejo puso en marcha su Programa de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. Según lo señala la Arq. Eugenia Solís Umaña, entonces encargada de dicho programa:

“Como primer proyecto se elaboró el acondicionamiento de los siguientes edificios de uso público:

- Ciudad Universitaria “Rodrigo Facio”.
- Corte Suprema de Justicia.
- Caja Costarricense del Seguro Social.
- Instituto Costarricense de Electricidad. (Oficinas Centrales)
- Instituto Nacional de Seguros.

- Catedral Metropolitana.

- Proyectos Turísticos del Instituto Costarricense de Turismo ('Proyecto Monte La Cruz y Proyecto Charrara, en Orosi). Parque del Volcán Poás. (248).

A pesar de las muchas dificultades que hubo de vencerse para lograr las adaptaciones requeridas, en estos sitios estas primeras acciones tuvieron un efecto demostrativo muy importante, que promovió posteriores logros en este campo.

Se citan las adecuaciones físicas en la Iglesia de la Merced, la Iglesia de Desamparados, el Hospital Nacional Psiquiátrico, la Casa Presidencial, entre otras.

También relativo a la accesibilidad urbana, debe señalarse la participación de la Municipalidad de San José. Según consta en el documento ya citado de Evaluación del Consejo, en 1980 "se coordinaron acciones con la Municipalidad de San José, para la construcción de rampas en la ciudad capital, trabajo que ejecutó dicha entidad". (249) Realmente, se construyeron rampas en varios parajes del área metropolitana; sin embargo, las condiciones de las aceras capitalinas no permitieron la aplicación de las normas básicas de gradiente, anchura y longitud propias de este tipo de acceso, por lo que la iniciativa no logró los propósitos que perseguía. No obstante, en muchos otros lugares del país se construyeron rampas con las especificaciones adecuadas.

Otro efecto de la adopción de estas políticas de rehabilitación lo constituye la inventiva del Banco Nacional de Costa Rica. El citado documento de Evaluación del Consejo refiere que: "En 1982, se brindó asesoría al Banco Nacional de Costa Rica, para la instalación de una caja de servicios de preferencia que atendería personas con limitaciones, ancianos y mujeres embarazadas". (250)

Al año 1990, este servicio mantiene su funcionamiento, con demanda creciente.

Algunos hechos evidencian que el concepto de -accesibilidad física aplicado a la comunicación especial se introdujo, aunque en forma muy incipiente, durante esta etapa histórica.

En 1980, el Consejo elaboró el proyecto para la adecuación de teléfonos públicos para uso de personas discapacitadas, cuyas características -pequeña estatura o uso de sillas de ruedas-, les dificultaba utilizar las cabinas telefónicas comunes.

De acuerdo con la Arq. Solís Umaña (1981):

... el Proyecto se planteó al Departamento Comercial del Instituto Costarricense de Electricidad, específicamente a la Oficina de Teléfonos Públicos. Los funcionarios del ICE en coordinación con el Programa de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, procedieron a la adaptación de ocho teléfonos públicos en el Área Metropolitana de San José, como plan piloto, cuyo requerimiento se haría a través de la Oficina de Teléfonos Públicos para una futura ampliación del Proyecto; cuatro teléfonos de edificios públicos: Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Oficinas Centrales del ICE y Banco Central y cuatro teléfonos en zonas urbanas; Parque Central, Avenida Primera -frente a Dinadeco, Universidad de Costa Rica, Estación de Buses La Coca Cola. (251)

Según se consigna en el Informe de Labores del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial correspondiente al año 1987, con recursos de Asignaciones Familiares este Organismo adquirió treinta aparatos tele comunicativos para personas con deficiencias de audición y lenguaje. Esto con el propósito 'de apoyar la puesta en marcha de otro proyecto en el área de las

comunicaciones especiales, el que se ejecutaría en coordinación con la Asociación Mima Bravo. (252)

Con tal propósito se suscribió el día 7 de marzo de 1990, un contrato de administración de dicho equipo entre el Consejo y la Asociación supra citada.

En otro plano, el problema de accesibilidad al transporte por parte de la población con discapacidad ha sido escasamente atendido, pese a constituir un factor determinante en la integración de estas personas. Sin embargo, dos acontecimientos ocurridos en la última década, fundamentalmente, evidencian que ha existido preocupación al respecto.

De acuerdo con lo que registra el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial:

En 1982 se iniciaron acciones tendientes a crear transporte preferencial para personas minusválidas. En coordinación con el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, se logró la reserva de los dos primeros asientos de los buses para uso de las personas minusválidas, ancianos y mujeres embarazadas. Paralelamente se ejecutó una campaña divulgativa para lograr la cooperación del público... (253)

Esta iniciativa, tuvo una práctica muy temporal, debido a problemas originados en la Institución contraparte del Proyecto. La eliminación de los "trompos" ubicados en los buses se constituyó en un problema de interés creado que no fue posible resolver entonces. Las decisiones de las autoridades involucradas fueron débiles frente a la relativa resistencia de los choferes y, consecuentemente, del público.

En conclusión, puede afirmarse que el proyecto en sí careció de la estructura técnica y administrativa requerida, así como de un apoyo legal específico que hiciera vinculantes las disposiciones que debían darse.

El otro acontecimiento tiene que ver con la exoneración de impuestos de vehículos para uso de personas con limitaciones.

En el año 1986, un pequeño grupo de personas discapacitadas gestionó la presentación y aprobación, ante la Asamblea Legislativa, de un proyecto de Ley en el sentido dicho.

El 25 de abril de 1986 se aprobó la ley N. 7040, la que en su artículo 36, inciso 15), establece:

Exonerase del pago de toda clase de impuestos, tasas, sobretasas, timbres, derechos de aduana y de todo tipo de gravámenes de importación vigentes, los vehículos automotores importados o adquiridos en el territorio nacional para uso exclusivo de aquéllas personas que presentan limitaciones físicas, graves y permanentes, que les dificultan, en forma evidente, su movilización y consecuentemente, el uso de los medios de transporte público. Corresponderá al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, entidad creada por la ley número 5347 del 3 de setiembre de 1973, solicitar este beneficio ante el Ministerio de Hacienda... (254)

Puede considerarse que el beneficio de esta Ley es de cobertura selectiva y muy limitada. Un alto porcentaje de las personas discapacitadas proceden de niveles socioeconómicos bajos, situación que les impide la adquisición de vehículo particular. Además, el Reglamento de dicha norma legal define los beneficiarios de este derecho de tal forma que excluye a muchas personas necesitadas de facilidades de transporte. Por lo tanto, aunque se interpreta esta ordenanza como un indicador de progreso en el desarrollo de la rehabilitación en nuestro país, tanto desde el punto de vista conceptual como práctico, su impacto en la solución del problema es significativamente reducido.

2.2.5. Modelos Integrales Comunitarios; Una Nueva Concepción de Servicios Desconcentrados.

Prosiguiendo con la tendencia de desplazamiento de esfuerzos para la rehabilitación hacia el nivel de la comunidad, es justo reseñar la creación y funcionamiento de los Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas, proyecto impulsado inicialmente por el Club Activo 20-30 Internacional de San José.

El origen de este Proyecto se remonta al año 1984, cuando el citado Club, después de analizar la situación de insuficiencia de servicios de rehabilitación en el área rural y, asesorado inicialmente, por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, decide acoger esta causa como beneficiaría de la actividad recaudadora de fondos conocida como Teletón.

El proyecto, elaborado con participación del Consejo, tuvo los siguientes objetivos específicos:

- a) Impulsar la creación de Centros Regionales para la Atención integral de Personas Minusválidas, con el propósito de ofrecer a estas personas y a sus familias, el apoyo básico necesario para reducir los efectos invalidantes que pueda acarrear la incapacidad, posibilitando a todos una vida plena y un papel constructivo en la sociedad.
- b) Establecer un recurso en el seno de cada comunidad para detectar a tiempo tanto niños como adultos con incapacidad e incrementar los programas de prevención de la invalidez y ofrecer así los servicios o tratamientos oportunos. (255)

Para financiar este Proyecto el Club acuerda el montaje del espectáculo Teletón durante cinco años consecutivos. El 7 y 8 de diciembre de 1984 se lleva a cabo el primero de estos eventos, con total éxito no sólo desde el punto de vista económico, sino, fundamentalmente, en su impacto divulgativo del problema de la discapacidad a nivel nacional. La recaudación en esta oportunidad alcanzó la suma de ₡63.330.229,00 (sesenta y tres millones trescientos treinta mil doscientos veintinueve colones), lo que muestra la solidaridad de los costarricenses con la causa de la rehabilitación.

A partir del mes de setiembre de 1985 se inicia la construcción de los Centros en Santa Cruz de Guanacaste, San Carlos, San Isidro de El General y Limón, planeándose para una etapa posterior la Región Central.

El diseño del modelo de estos Centros responde a lineamientos teórico-conceptuales actualizados. El mismo se enmarca en la filosofía de rehabilitación basada en la comunidad, muy propia del presente periodo.

Tal y como fue definido en el proyecto original:

Los Centros Regionales de Atención Integral de Personas Minusválidas, son programas que ofrecen a las comunidades, dentro del núcleo en- que se produce la necesidad, los servicios que desde los aspectos educativos, sanitarios y sociales previenen, detectan y mejoran los problemas de invalidez, posibilitando, además, la orientación y canalización para el tratamiento adecuado y el seguimiento del programa de rehabilitación integral individual. (256)

Desde sus inicios este proyecto despertó en la comunidad costarricense y, particularmente en las localidades sedes de los Centros, expectativas que superan las posibilidades reales.

El Club Activo 20-30 asume la ejecución del Proyecto, sin contar con el respaldo de una estructura técnica y administrativa acorde con la dimensión de la obra. Los costos de los programas y la inversión inicial en edificios superan la capacidad financiera del Club, pese a los buenos resultados de los eventos recaudadores de recursos.

Los mayores esfuerzos en la primera etapa estuvieron dirigidos a construir la infraestructura física. No obstante, la inversión en equipo y otras facilidades para el funcionamiento de los Centros, fue reducida, a pesar del carácter de regional que pretendió dársele a los mismos. Posteriormente, la prestación de servicios enfrentó dificultades tales como: 1) carencia de recursos humanos capacitados; 2) problemas para conciliar, en la práctica, el concepto de rehabilitación integral; 3) insuficiente coordinación intersectorial e interinstitucional, lo que tuvo por efecto un débil apoyo del sector gubernamental; 4) poco compromiso de las propias comunidades, las cuales no se sintieron involucradas desde el principio como parte del Proyecto.

Sin embargo, este proyecto tiene el crédito innegable de haber contribuido al reconocimiento de la discapacidad, mediante las campañas masivas que necesariamente debían realizarse para estimular la contribución económica del pueblo. No obstante, lo anterior, algunos grupos consideran que la proyección de la imagen del discapacitado, promovida para estas líneas, no fue siempre la más adecuada, al enfatizar se excesivamente los aspectos negativos de la discapacidad, para evocar una reacción de lástima por parte del pueblo costarricense.

Aun así, el proyecto constituye también, en este contexto histórico, un significativo esfuerzo de la iniciativa privada por ofrecer servicios desconcentrados de rehabilitación, así como una oportunidad que pretende hacer concurrir, en un modelo práctico integral, algunas tendencias y principios fundamentales que en este campo venían consolidándose, particularmente durante el presente periodo.

Con importantes problemas operativos, técnicos y administrativos, los Centros logran ofrecer a las comunidades ciertos servicios básicos de rehabilitación. Pero el proyecto se desenvuelve a su vez con relativo aislamiento del resto de instituciones y organizaciones que atienden el problema de la discapacidad, lo que le genera una vibración de desventaja en momentos en que el énfasis está puesto en el trabajo coordinado y cooperativo, como una forma de lograr la integralidad del proceso y el intercambio de recursos.

Los recursos financieros empiezan a tornarse insuficientes y la principal fuente recaudadora de fondos - el espectáculo Teletón-, comienza a decaer. Esta circunstancia obliga al Club 20-30 de San José, paulatinamente, a limitar el desarrollo de los programas hasta que, a finales del año 1990, toma la decisión de entregar el proyecto al Gobierno.

Particularmente sobre este asunto, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial refiere que; "El Gobierno de la República de Costa Rica, recibió el 31 de octubre de 1990 del Club Activo 20-30 de San José, los Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas, construidos con recursos del pueblo a través del evento TELETON, en las comunidades de Santa Cruz, San Carlos, San Isidro de El General y Limón". (257)

Ante este hecho y al término del periodo, la Presidencia de la República solicita al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial asumir la dirección, técnica de este asunto. El Consejo acepta esta responsabilidad, proponiendo un nuevo modelo de atención que denomina "Servicios Integrados Locales de Rehabilitación", SILOR, el que por su dimensión y alcance requerirá de la mayor atención y esfuerzos en el periodo subsiguiente.

La decisión del Señor Presidente de la República en este particular y sus respectivos argumentos, atestiguan una voluntad política de respaldo a la rehabilitación. Así lo evidencia la carta que el Primer

Mandatario Lic. Rafael Ángel Calderón Fournier dirige posteriormente, a los Señores Ministros y que al efecto señala:

El Gobierno de la República ha recibido, del Club Activo 20-30 de San José, los Centros regionales de atención para personas minusválidas, construidos con recursos del pueblo a través del evento TELETON, en las comunidades de Santa Cruz, San Carlos, San Isidro y Limón. A la vez le hemos solicitado al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial que asuma la dirección técnico-administrativa, ya que por Ley 5347 es el “encargado de la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial] para personas física o mentalmente disminuidas, en todos los sectores del país”.

Es motivo de mucha preocupación saber que un 10% de nuestra población, así 300.000 habitantes, está afectada por algún tipo de discapacidad, lo que genera toda una secuela de consecuencias de tipo económico, social y humano, individual, familiar y comunitario.

Las personas discapacitadas son titulares de los mismos derechos humanos que el resto de la población, y el Estado tiene la obligación de impulsar acciones para que puedan disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible, cualesquiera que sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial ha propuesto un modelo de atención integral para la población discapacitada, basado en los principios sustentados por esta Administración, en relación con:

- 1.- La participación y promoción de las comunidades en la gestión y la toma de responsabilidades inherentes a los servicios públicos. En este caso, de rehabilitación y prevención.
- 2.- La integración y coordinación de servicios a cargo de instituciones de distintos sectores, descentralizándolos y desconcentrándolos, inicial mente en las comunidades en que fueron construidos edificios para ese fin. Esto permite una mayor efectividad estatal, un tratamiento conjunto a una problemática específica, eliminación de duplicidades y menores costos de operación... (258)

El modelo SILOR, en su definición teórica, constituye una sinopsis de directrices sustantivas resultantes de esta evolución conceptual; en este sentido, es un buen ejemplo para ilustrar otro punto de llegada en las postrimerías del año 1990, con que se cierra el período reseñado aquí.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial define el modelo en los siguientes términos;

- El SILOR es un modelo de atención que integral vincula y complementa bajo una sola apertura programática, los servicios y acciones de instituciones, sectores y grupos de base para prevenir la deficiencia y la discapacidad y proporcionar atención integral a la población discapacitada -en su propio contexto comunitario.
- Se basa en un enfoque integral, equitativo y humanístico de las personas discapacitadas; de sus familias y de la comunidad, vistos desde su propio contexto socioeconómico y cultural.
- Relaciona elementos de profundo sentido social con criterios de eficiencia y calidad.

- Involucra la participación activa de la comunidad en la planificación, organización, ejecución y evaluación de acciones y servicios de prevención de la deficiencia y la discapacidad y de rehabilitación integral.
- Responde a las características, necesidades y posibilidades particulares de cada comunidad.
- Estructura y organiza los servicios de acuerdo a las necesidades y características locales.
- Rescata principios y prácticas del trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial coordinado, incorporados en modelos especialmente del área de la salud, con las particularidades requeridas por el proceso de rehabilitación.
- Favorece estrategias de cooperación entre organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Ofrece una prestación de servicios en modalidades institucionalizadas y no institucionalizadas, generales y especializados, colectivas e individuales.
- Permite la participación financiera de entes nacionales e internacionales, públicos y privados, así como la administración local de recursos. (259)

Este modelo, llevado a la práctica, se convertirá en un importante medio de desconcentración de servicios y, consecuentemente, de ampliación de cobertura geográfica y poblacional. Su puesta en marcha ha de probar la efectividad de la coordinación y la cooperación entre sectores e instituciones, y la participación activa y consciente de la comunidad, como estrategia insustituible para el avance en la atención de la discapacidad y para la prevención de los riesgos que llevan a la invalidez.

2.3. Participación organizada de las Personas con Discapacidad, la Familia y la Comunidad.

Como ya se ha señalado, el estilo de desarrollo económico y social del país, en este periodo, pone énfasis en la participación de los diversos grupos sociales en la solución de sus problemáticas, como una estrategia complementaria a los esfuerzos estatales, un modo de aprovechamiento de los recursos locales y un estímulo para el autodesarrollo de las propias comunidades.

Para estos propósitos, el Estado ha tenido a disposición organismos especializados para el fomento de la organización social e instrumentos legales que respaldan diferentes formas de asociación. Ello ha contribuido a la praxis de una cultura participativa en todos los ámbitos de la administración social.

En lo que respecta a la rehabilitación, la participación de las personas discapacitadas, su familia y la comunidad, constituye, hoy en día, un principio y un concepto incorporados-totalmente a la teoría de este campo.

En este sentido, las resoluciones y recomendaciones de organismos internacionales formuladas en este periodo apuntan con vehemencia hacia este fundamento. La Organización de Naciones Unidas, en su "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad", señala que:

Los Estados Miembros deben procurar y estimular activamente, y por todos los medios posibles, el desarrollo de organizaciones de personas con discapacidad o que representen a éstas... (260)

El Organismo "Rehabilitación Internacional", en la "Carta para los Años 80", refiere que:

Las personas que sufren alguna discapacidad deben participar, bien personalmente o bien representadas, en aquellos grupos u organismos que tomen parte activa en la adopción de medidas y en las actividades de la rehabilitación... (261)

También se afirma en el precitado documento de la Organización de Naciones Unidas que:

Es importante suscitar la participación activa de organismos de gobierno local, entidades y organizaciones comunitarias, tales como; grupos de ciudadanos, sindicatos, organizaciones femeninas, organizaciones de consumidores, clubes de apoyo, entidades religiosas, partidos políticos y asociaciones de padres de familia... (262)

Según información contenida en el "Diagnóstico Nacional sobre la Situación de Empleo de Personas Discapacitadas", de Costa Rica, la aparición y evolución de las organizaciones de personas discapacitadas, con membresía de las propias personas discapacitadas o de los padres de familia, ha sido lenta en nuestro país, a pesar de la importancia concedida a la formación de las mismas.

De acuerdo con el citado Diagnóstico:

Existe mucha coincidencia entre varios autores, al ubicar el auge de la creación de organizaciones en la década del ochenta, ello sin menospreciar los esfuerzos anteriores. Este auge obedece a varias razones; a) la consolidación de un organismo como el Consejo, que ha estimulado la organización de las personas discapacitadas, de los padres y de la comunidad; b) el desarrollo teórico-conceptual en rehabilitación, especialmente en cuanto a la necesidad de una mayor participación de las diferentes disciplinas científicas y la importancia de la participación de la persona discapacitada y su familia en el proceso de rehabilitación; c) la aprobación y divulgación del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad por parte de las Naciones Unidas; d) un creciente grado de conciencia en las propias personas discapacitadas de su derecho y responsabilidad a una participación más activa y directiva en la rehabilitación integral y la prevención de, la deficiencia y la discapacidad. (263)

En concordancia con lo precitado, el desarrollo de la participación organizada de las personas discapacitadas, sus familias y la comunidad en el campo de la rehabilitación, constituye una de las características más sobresalientes del presente periodo.

Como ya fue referido, las primeras organizaciones tienen su origen en la década de los cincuenta, seguidas de otras iniciativas en los años posteriores. Sin embargo, no es sino hasta mediados de la década del setenta que surgen las primeras asociaciones integradas exclusivamente por personas discapacitadas. En el año 1974 se funda la Asociación de Sordos de Costa Rica, y en el año 1976, iniciándose el presente periodo, se constituye la Asociación Costarricense de Lisiados (ACL). Según lo afirma Osear Q. Rivera M. (1976), al comentar el origen de esta Asociación:

Los primeros movimientos fueron ejecutados bajo la inspiración y consejo del. Padre Alfredo Gallego, quien reunió a un grupo de Lisiados, con objeto de formarles y prepararlos en la eventual labor; establecer una entidad organizada, integrada y gobernada por personas lisiadas. Se impartió por entonces un cursillo de formación general, especialmente elaborado a la ejecución de esta anhelada meta. (264)

En el año 1976 el Consejo, a través de Experto de la Organización Internacional del Trabajo, Sr. Joao Ferreira, asesoró la creación, organización y primeros programas de la Asociación Costarricense de Lisiados. (265)

De acuerdo con la respectiva Acta de Constitución, bajo la Ley de Asociaciones No. 218 quedó constituida esta Asociación el día 29 de mayo de 1976, con los siguientes fines:

Artículo tercero: La Asociación tendrá como principal finalidad ofrecer al lisiado la orientación necesaria y el ambiente propicio para el desarrollo progresivo y armónico de su personalidad, preparando de esta manera ciudadanos conscientes, responsables y útiles a la sociedad. Por eso recibirá a todas aquellas personas que por diversas razones hayan sufrido lesiones, formando conciencia en el lisiado de que es una persona útil, en plena capacidad para desempeñar un trabajo. La Asociación promoverá toda clase de medidas para que, con el apoyo de sus asociados, entidades particulares y del Estado, se pueda ayudar en forma efectiva a los lisiados... (266)

Otro acontecimiento que constituye un hito en este particular es la creación en 1987 de la Federación Costarricense de Limitados Funcionales (FECOLIF).

Con el apoyo técnico del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial se dan las primeras acciones tendientes a lograr esta agrupación. La Asociación se funda el 13 de junio de 1987, según cita de la correspondiente Acta Constitutiva. (267) Integran en este momento la Federación, las siguientes asociaciones legalmente constituidas: Asociación Costarricense de Lisiados, Asociación de Sordos de Costa Rica y Asociación Pro Trabajo, Capacitación e Integración del No Vidente. (268) Posteriormente se unirán a esta Federación la Asociación Costarricense de Pacientes Mielastémicos, la Asociación Costarricense de Síndrome de Down, la Asociación Herediana de Sordos, la Asociación Costarricense de Deportes en Silla de Ruedas, la Asociación Costarricense de Espina Bífida y la Asociación de Limitados Funcionales Universitarios.

Los correspondientes Estatutos establecen los fines principales de FECOLIF.

CUADRO N°.14
PRINCIPALES FINES DE LA FEDERACIÓN COSTARRICENSE
DE LIMITADOS FUNCIONALES (FECOLIF)
(1987)

| FINES |
|---|
| Vincular conforme a los Estatutos, a las Asociaciones de y para Limitados Funcionales. |
| Trabajar por el armonioso desarrollo y logro de los objetivos de cada Asociación Miembro. |
| Estudiar todo aquello que pueda afectar directa o indirectamente a las Asociaciones, que estime convenientes. |
| Impulsar dentro de su esfera de acción, todas aquellas iniciativas que contribuyan a la prosperidad de la Nación, a través de la Rehabilitación de las personas con limitaciones funcionales. |
| Lograr eliminar todo tipo de barreras existentes contra personas con limitaciones funcionales. |
| Mantener periódicos de orientación y estudio. Conferencias, charlas y otros, dictadas por personas de competencia, profesionales y técnicos, reconocidos e invitados al efecto. |

FUENTE: Federación Costarricense de Limitados Funcionales, Acta de la Asamblea General Constitutiva, San José, 13 de junio 1'387.

La constitución de la Federación de Organizaciones de Padres y Amigos de Personas con Necesidades Especiales es otro hecho de trascendencia en este contexto.

La génesis de esta agrupación se halla en la celebración del Seminario Sobre la Participación de la Familia en el Proceso de Rehabilitación Integral, organizado en 1983 por el Consejo. En esta actividad participaron ochenta padres de personas discapacitadas.

En los años siguientes, muchos de estos padres comparten activamente en diversos eventos de interés común, incluidos aquéllos que se realizaron para formular las políticas nacionales de rehabilitación.

Según consta en la correspondiente Acta de la Asamblea General constitutiva, esta Federación se constituye el día 16 de abril de 1990, conformando la misma en calidad de miembros fundadores, las siguientes organizaciones: Asociación para Ayudar al Niño con P.C.I.; Asociación de Padres de Familia Instituto Andrea Jiménez; Asociación de Padres de Niños Excepcionales Luz y Esperanza; Asociación Nuestra Señora de los Desamparados; Asociación Mima Bravo; ACOPANE; Asociación de Padres de Familia de Ni Píos con P.C.I.; Asociación de Padres Líderes de Retardo Mental; Asociación de Desarrollo Integral de la Persona con P.C.I. (269)

El cuadro siguiente muestra los fines de esta Federación.

CUADRO No. 15
FINES DE LA FEDERACIÓN DE ORGANIZACIONES DE PADRES
Y AMIGOS DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES
(1990)

| FINES |
|---|
| <p>Integrar las organizaciones de Padres y Amigos de las personas con necesidades especiales, debidamente legalizadas, en una federación, a fin de fortalecer y apoyar sus proyectos.</p> <p>Utilizar los canales y recursos políticos, económicos y sociales a nivel nacional, regional y local para lograr mejores programas, proyectos y servicios de prevención y de rehabilitación.</p> <p>Estudiar y pronunciarse en todo aquello que pueda afectar directa o indirectamente la prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con necesidades especiales.</p> <p>Fortalecer y capacitar a las organizaciones federadas y a las demás que lo soliciten para que puedan aprovechar con éxito los canales políticos, económicos y sociales en el logro de los objetivos específicos de sus respectivas comunidades.</p> <p>Gestar, captar y canalizar recursos de toda índole que puedan ser usados en programas, proyectos y servicios de prevención de la deficiencia y la discapacidad.</p> |

FUENTE: Federación Costarricense de Limitados Funcionales, Estatuto, Capítulo Segundo, Artículo Tercero, San José, 1987.

En el transcurso de esta última década, se han hecho muchos esfuerzos dirigidos a organizar la participación de este importante grupo de actores sociales de la rehabilitación. Puede afirmarse que esta tendencia, acrecentada y consolidada en este periodo, aporta una significativa contribución al progreso filosófico, conceptual y práctico de la rehabilitación en Costa Rica.

Sin embargo, en lo que atañe a la organización de las personas discapacitadas en Costa Rica, los señores Sam y Geeta Dardick, líderes del Movimiento de vida Independiente de las personas Discapacitadas en los Estados Unidos, opinan que algunos profesionales:

... parecen estar tratando de animar a las personas con discapacidades a unirse entre sí y ejercer presión por ellas mismas, pero esto no se ha logrado aún. Solamente cuando esta participación directa ocurra por parte de las personas con discapacidades es que se podría anunciar el comienzo de una nueva etapa (La Etapa Cuarta).

El cuadro siguiente muestra un total de 107 organizaciones hasta diciembre de 1990, con un desglose por forma jurídica y área de la rehabilitación en que actúan.

CUADRO No.16

ORGANIZACIONES DE REHABILITACIÓN SEGÚN FORMA JURÍDICA Y ÁREA EN QUE ACTUAN

| 1 Área de Rehabilitación en que actúan | 2 Total de organizaciones | 3 Asociaciones | 4 Fundaciones | 5 Comités | 6 Federaciones | 7 Patronatos |
|---|---------------------------------|-------------------|------------------|--------------|-------------------|-----------------|
| Física y mental | 6 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Educativa | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Profesional | 21 | 12 | 4 | 5 | 0 | 0 |
| Social | 29 | 9 | 15 | 5 | 0 | 0 |
| Dos o más áreas | 46 | 25 | 6 | 11 | 2 | 2 |
| Total | 107 | 57 | 25 | 21 | 2 | 2 |

FUENTE: Registro de Organizaciones. CNREE. Diciembre 1990

2.4 Vigencia de la Rectoría del Consejo

Por imperio de ley, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial fue creado como el ente “encargado de orientar la política general en materia de rehabilitación y educación especial, en coordinación con los Ministerios de

Salubridad Pública, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, así como la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física o mentalmente disminuidas, en todos los sectores del país”. (271)

Este carácter de orientador, dado por ley, hubo que ganárselo en la práctica, al tener que enfrentarse a organismos del gobierno central, de muchos años de existencia y con dominios muy bien marcados, como son los Ministerios.

Es importante recordar que, en nuestra administración pública, las figuras de “ministro” han sido claves para estimular o desestimular el trabajo coordinado o aislado de otros entes públicos, en especial cuando, de alguna manera, se ha sentido cierta amenaza a la autonomía institucional.

De ahí que, la previsión de los legisladores de encargar al Consejo, pero en coordinación con los Ministerios citados, para orientar la política general de rehabilitación, abrió amplias posibilidades para experimentar estrategias de cooperación en un campo en el que existían únicamente esfuerzos aislados. También, la inclusión de varias instituciones descentralizadas y autónomas, Junto con la empresa privada y los padres de familia de niños excepcionales, dio la oportunidad de conjuntar esfuerzos para el tratamiento de una problemática, atinente a todos los sectores del país.

Como representantes de los máximos jerarcas institucionales, ante la mesa directiva del Consejo, han pasado valiosos profesionales vinculados a la rehabilitación y educación especial, los que se constituyeron en excelentes intermediadores entre el Consejo, como ente rector, y sus instituciones, ejerciendo la autoridad recibida para tomar decisiones en nombre de sus entidades representadas.

Un hecho de gran trascendencia, según criterio externado por miembros de la mesa directiva y apoyado por expertos internacionales, ha sido la estabilidad que se ha dado en la conducción de la dirección del Consejo, lo que ha permitido una línea de acción más coherente, continuada y sin exabruptos, como si ha ocurrido lamentablemente y con bastante frecuencia en nuestra administración pública, cada cuatro años, con los cambios de gobierno.

El funcionamiento ininterrumpido del Consejo a partir de 1973, con acciones interinstitucionales, intersectoriales e institucionales, de carácter nacional e internacional, ha posibilitado influir de manera positiva en el desarrollo de la rehabilitación de Costa Rica. También, ha demostrado la viabilidad del modelo coordinador que este representa. Según Lacal Zuco (1987), en el Prólogo de la Evaluación de la Labor Desarrollada por la Institución en sus Doce Primeros Años de Funcionamiento, “este Consejo prueba la validez de las recomendaciones que la Organización Internacional del Trabajo ha formulado en el sentido de la necesidad de organismos coordinadores intersectoriales, para desarrollar eficientemente programas de rehabilitación en los países”. (272)

Con la intención de historiar las principales acciones que el Consejo ha ejecutado en los diferentes campos de la rehabilitación integral, hasta culminar con las Políticas Nacionales y el Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990-2000, se examinan los siguientes acontecimientos.

2.4.1 Campo de Prevención de la discapacidad.

La prevención de la deficiencia y la discapacidad ha estado tradicionalmente fragmentada entre diferentes instituciones públicas y sectores de actividad, tales como el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, el Instituto Nacional de Seguros, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes y el Consejo de Salud Ocupacional.

Cabe destacar que estas acciones preventivas en su mayoría no han sido específicamente dirigidas a la deficiencia y a la discapacidad, sino que se han orientado a aspectos generales de salud, de trabajo, accidentes de tránsito y laborales y otros.

La ley No. 5347 no le asigna responsabilidades específicas al Consejo en este sentido, por lo que su intervención ha sido muy limitada. No obstante, en ciertos casos ha iniciado programas que luego ha trasladado a otras instituciones. En algunas oportunidades ha contribuido a la iniciativa de otros entes en la búsqueda de medidas preventivas.

Las actuaciones siguientes ilustran el quehacer del Consejo en este campo.

1974 El Consejo conjuntamente con los Ministerios de Salud y de Educación Pública, organizan el Programa de Detección de la Sordera, posteriormente asumido por el Ministerio de Salud, dando origen al Centro Nacional de Detección de la Sordera CCENADESO).

1977 Planificación del Programa de Detección de Problemas visuales, bajo la asesoría de la Organización Internacional del Trabajo y en coordinación con el Ministerio de Salud. Este Programa fue ejecutado por el Ministerio de Salud, dando origen a la Unidad de Oftalmología Sanitaria.

1980 Para promover medidas efectivas tendí entes a disminuir el exceso de ruido en la capital, el Consejo desarrolló acciones ante los Ministerios de Obras Públicas, Salud y el Instituto Nacional de Seguros. Asimismo, gestionó ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la aplicación del Reglamento contra el ruido y correspondiente control.

1981 En el marco del Año Internacional de los Minusválidos, el Consejo generó y apoyó varias campabas de tipo preventivo; lo mismo que otras relacionadas con la celebración del Día Nacional de la Rehabilitación y la Educación Especial -8 de noviembre-, en diferentes años.

2.4.2 Campo de la Rehabilitación

Como se ha reseado, la preeminencia era la aparición de servicios de rehabilitación como parte del desarrollo histórico de Costa Rica, ha correspondido a las áreas de rehabilitación física y educativa.

Aunque la Ley No.5347 le encarga al Consejo la planificación, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial, diversos servicios ya existían al momento de su creación, en 1973. Estos eran, a nivel público, programas de rehabilitación física y de educación especial; y a nivel privado, de rehabilitación profesional.

A ello se debe, según se detalla en la Evaluación de los doce primeros a Píos de funcionamiento del Consejo, que:

desde el inicio, el Consejo constató la carencia e insuficiencia de servicios en determinadas áreas de la rehabilitación, por lo que dirigió sus mayor es esfuerzos a la creación y apoyo de” programas que contribuyeran a solucionar dicha situación; si bien los servicios existentes en las áreas médica y educativa no pueden considerarse suficiente para , atender adecuadamente la demanda, los mismos dependen de instituciones con responsabilidades especificas en los respectivos campos, que garantizan y respaldan su desarrollo, en grado favorable, con relación a otras áreas , a saber, rehabilitación profesional y social. (273)

Con la finalidad de no duplicar esfuerzos, ni de competir por los escasos recursos, en los primeros años el Consejo trabajó más directamente la rehabilitación profesional, apoyando a la vez muchas acciones en rehabilitación social, y otros campos tales como: Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Rehabilitación; Divulgación e Información en Rehabilitación; Planificación y Coordinación; Asesoría Técnica y Apoyo Financiero a Organizaciones en Rehabilitación; Registro de Población Discapacitada; Investigación; Escuela de Padres; Orientación; Consejería Legal; Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte; y otros Programas Sociales para impulsar acciones concertadas de tipo complementario, tan necesarias para el proceso de rehabilitación integral.

También, el Consejo ha disecado y ejecutado modelos de atención institucionalizada y de base comunitaria. Los dos Talleres Sociales creados en Naranjo y Turrialba en 1979, fueron acciones dirigidas a mejorar la desconcentración de servicios.

De acuerdo a la Evaluación de la labor del Consejo durante sus primeros doce años:

En el área de la rehabilitación profesional, la institución ha realizado actividades en todos los niveles del proceso, es decir, en la evaluación, orientación, capacitación y colocación. Los mismos se han proyectado, a través del quehacer diario del Consejo, más allá de los límites de este Organismo, marcando con su experiencia una clara política que ha sido asimilada por muy variadas organizaciones, asociaciones y entidades nacionales y extranjeras, para impulsar sus propias y

particulares acciones en este campo» Es importante mencionar este efecto multiplicador, que no aparece registrado, específicamente como una actividad del Consejo. (274)

Los principales hitos en el desarrollo de la rehabilitación profesional, de parte del Consejo, pueden indicarse así; Apoyo a la Asociación Industrias de Buena Voluntad para el funcionamiento del Instituto de Rehabilitación Profesional. En 1982, las demandas del país en cuanto a programas de rehabilitación profesional habían crecido, igual que el desarrollo del Instituto, lo que motivó el traspaso de éste hacia dominios del Consejo.

El Instituto pasó a ser un Programa del Consejo, por medio del cual proyectó su política de rehabilitación profesional, constituyéndose a la vez en un instrumento de apoyo para otros servicios de rehabilitación profesional que venían surgiendo en esa década.

El Consejo sostiene una estrecha relación con el Instituto Nacional de Aprendizaje, el cual es responsable de la formación profesional en el país, extendiéndola de manera paulatina, hasta firmar en 1990 el Convenio ya citado para que las personas con discapacidad leve puedan ingresar, en igualdad de condiciones, en todas las acciones, regulares del INA en cualquiera de sus centros de formación.

En materia de empleo; y de acuerdo con la Evaluación del, Consejo, puede afirmarse que;

Es significativa la participación o influencia del Consejo en la creación y funcionamiento del Servicio de Colocación Selectiva del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que le demandó una movilización y coordinación a nivel nacional e internacional para poder brindar apoyo en asistencia técnica, equipamiento, capacitación de personal y ayuda financiera para el programa. Este servicio fue inaugurado; en el año 1978 y desde entonces coordina sus actividades con el Consejo. (275)

Otro elemento complementario, que fue atendido, es el relacionado con el financiamiento para proyectos de producción de personas discapacitadas, ya sea que fueran egresadas de los programas de rehabilitación profesional o de otros centros de formación, o que directamente buscaran financiamiento. Para ellos, el Consejo creó en 1980, con la asesoría y el financiamiento del Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, un Fondo Rotatorio de Préstamos, con características de operación muy especiales. Este fondo es administrado por el Banco Popular y de Desarrollo Comunal.

El Consejo, en un afán de aprovechar mejor los recursos comunales existentes e involucrar más activamente a las fuerzas sociales productivas locales, creó el programa de rehabilitación profesional basado en la comunidad, el cual comenzó a operar en 1985. Este programa ha permitido ampliar cobertura geográfica y de población discapacitada, lo mismo que ensayar nuevas formas de apoyo a la rehabilitación profesional, de parte de pequeños y medianos empresarios.

Es importante destacar que, para la población con discapacidades más severas, se estructuró en 1988 el modelo de atención denominado Servicio de Apoyo Laboral a Trabajadores Especiales (SALTE), en donde se practica una modalidad de capacitación-producción, finalizando procesos para algunas empresas industriales. Este modelo se ha ido extendiendo a otras organizaciones no gubernamentales que realizan acciones de rehabilitación profesional.

A partir de 1984, el Consejo diversificó cobertura al incorporar en sus programas a personas discapacitadas por accidentes laborales y de tránsito, mediante convenio suscrito con el Instituto Nacional de Seguros. Luego lo haría también con personas discapacitadas con estatus de refugiado, mediante convenio firmado con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados, ACNUR.

Otras acciones vinculadas al empleo de las personas discapacitadas han sido asumidas en diferentes circunstancias, como ocurrió, por ejemplo, en 1980, cuando el Consejo realizó gestiones ante el Instituto de Fomento Cooperativo (CINFOCOOP), la Junta de Protección Social de San José y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y para conseguir apoyo técnico y financiero para la creación de una cooperativa de vendedores de lotería, integrada por personas discapacitadas. Como resultado de estas acciones, y contando con la participación directa del Patronato Nacional de Ciegos y varias instituciones nacionales, se fundó esta cooperativa, con el nombre de Cooperativa de Ciegos vendedores de Lotería, COOPECIVEL, la que constituye un recurso importante de trabajo para personas ciegas y defectivos visuales.

En otras ocasiones, el Consejo promovió y coordinó actividades con diversas entidades, a fin de identificar y crear puestos de trabajo para personas con discapacidad.

Merece destacarse la acción llevada a cabo por el Consejo ante la Dirección General de Servicio Civil, en 1987 para hacer valer los derechos constitucionales de las personas discapacitadas para optar a cargos en la administración, pública, así como facilitar la adecuación de las pruebas, dependiendo del tipo de discapacidad de la persona concursante. En consecuencia, mediante Resolución 136-90 de fecha 9 de octubre de 1990, el servicio civil regula la participación de las personas discapacitadas en el empleo generado por el sector público.

A pesar de los logros alcanzados, al término de este período aún existe un importante déficit de acciones y servicios de rehabilitación profesional. Esto obliga al Consejo, conjuntamente con otras instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales, a coadyuvar más esfuerzos para satisfacer la creciente demanda de las personas discapacitadas respecto a su integración al trabajo.

2-4-3 Campo de Formación, Capacitación y Perfeccionamiento de Personal para la Rehabilitación.

Se ha evidenciado que antes de 1971 el país no contaba con programas estructurados dirigidos a formar personal en rehabilitación. Por ello, el Consejo asume esta línea de acción y orienta gran parte de sus esfuerzos para organizar, coordinar y apoyar las actividades de capacitación de personal.

De acuerdo con la Evaluación del funcionamiento del Consejo, se señala que este: acordó asumir directamente lo relativo a capacitación perfeccionamiento de personal en servicio y promover, en coordinación con instituciones de enseñanza superior, la formación de recursos humanos. (276)

Aunque inicialmente, el mayor énfasis de las acciones de capacitación se dirigió hacia la rehabilitación profesional, pues se consideraba que era el campo con mayores carencias, también se atendieron las otras áreas de la rehabilitación.

De esa forma, el Consejo asume la función que le señala su Ley de Creación, cual es la de “promover la formación de profesionales especialistas en rehabilitación y educación especial, en conexión con las universidades y entidades que tengan a su cargo la preparación de personal profesional, técnico y administrativo”. (277)

Los principales eventos desarrollados por el Consejo durante el período en estudio han abarcado la temática básica referida en el siguiente cuadro, la cual expresa también la dirección conceptual que ha venido dando en este campo.

Cuadro #17

TEMÁTICA ABARCADA EN LOS PRINCIPALES EVENTOS DESARROLLADOS POR EL CONSEJO DURANTE EL PERIODO EN ESTUDIO

| 1 TEMA CENTRAL | 2 TEMAS DERIVADOS |
|---|---|
| Rehabilitación | Aspectos básicos sobre rehabilitación. Rehabilitación integral. Rehabilitación del niño excepcional. Rehabilitación de la comunidad. Rehabilitación profesional. Políticas en rehabilitación integral |
| Discapacidad | Retardo mental. Problemas visuales. Problemas auditivos. Problemas del desarrollo motor. Aspectos sociales y psicológicos de la invalidez Aspectos educativos de la discapacidad. |
| Administración | Administración de servicios de rehabilitación. Organización de servicios de rehabilitación. Administración de pequeñas empresas, Capacitación de directores de talleres protegidos. Formación de personal técnico de servicios de rehabilitación. Formulación y ejecución de proyectos de rehabilitación |
| Participación de grupos y sectores | Participación de la familia en el proceso de rehabilitación. Participación de la persona discapacitada en el proceso de rehabilitación Escuela de padres Rol de los empresarios en el proceso de rehabilitación profesional. Capacitación de líderes |
| Comunicación y Accesibilidad | Comunicación total Eliminación de barreras arquitectónicas, físicas y de transporte. Recreación y deporte para personas discapacitadas |

En el desarrollo de esta temática se han utilizado diversas modalidades de capacitación; entre ellas han predominado los Cursos, Seminarios, Talleres, Congresos, Seminario-Taller y Simposios, en ese orden.

Son muchas las instituciones y organizaciones nacionales, extranjeras e internacionales que se han visto involucradas en acciones de capacitación, junto al Consejo, en roles de patrocinadores, coorganizadores y ejecutores, alcanzándose un gran reconocimiento en la formación de recursos humanos.

No es posible mencionar a todas las instituciones y organizaciones participantes en este proceso. Sin embargo, no puede dejar de mencionarse a los siguientes organismos internacionales; la Organización Internacional del Trabajo, la que desde antes de la creación del Consejo venía brindando asesoría y cooperación para la rehabilitación; el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP) la Organización de Estados Americanos, que respaldó la creación del Centro de Docencia del Consejo, en 1975, para que asumiera la tarea de formación de recursos humanos para la rehabilitación; Gallaudet University; la Agencia de Cooperación de Ultramar de Japón; el Fondo Mundial de Rehabilitación y finalmente, el organismo denominado Rehabilitación Internacional.

A nivel nacional, son muchas las instituciones públicas y privadas, así como organizaciones en rehabilitación, que se han involucrado, Junto al Consejo, en este campo.

A pesar de haberse sostenido acciones con la Universidad Nacional Autónoma (UNA) y la Universidad Nacional Estatal a Distancia (UNED) ha sido con la Universidad de Costa Rica con la que más actividades se han coordinado.

El prestigio alcanzado por el Consejo, a nivel latinoamericano, se evidencia por las frecuentes pasantías que organiza para funcionarios de servicios de rehabilitación foráneos, el poder de convocatoria alcanzado para eventos internacionales y el respaldo de los organismos citados para la cogestión y patrocinio.

La captación de recursos humanos para la rehabilitación ha sido un campo muy fértil para la coordinación interinstitucional e internacional efectiva, lo que ha permitido los logros reseñados. Asimismo, ha constituido un medio para orientar las políticas nacionales e internacionales en materia de rehabilitación integral, constituye a la vez un instrumento de discusión y generación teórica para avanzar en la praxis diaria.

2.4.4 Campo de Divulgación e Información

La información y divulgación de los diferentes elementos atinentes a la rehabilitación, con la finalidad de motivar, sensibilizar y educar a la ciudadanía, son también acciones que le corresponden al Consejo. A pesar de que son numerosas las actividades ejecutadas, debe admitirse que constituye una de las áreas deficitarias de la institución. Varias son las razones que han incidido para ello y, lamentablemente, se profundizan con el paso del tiempo. Entre las más determinantes están el no contar con profesionales de la comunicación en su estructura de puestos fijos y los altos costos de los espacios en los medios de comunicación y la reducción presupuestaria en la partida "información y divulgación" desde los años 1983-1984, a raíz de las medidas de contención del gasto público.

Sin embargo, el Consejo ha dirigido esfuerzos a producir sus propios materiales audiovisuales y acrecentar su acervo bibliográfico, poniéndolas a la disposición de instituciones, organizaciones y personas que los solicitan. En esta tarea se ha recibido un gran apoyo del Grupo Latinoamericano

de Rehabilitación Profesional, GLARP, para impulsar el Centro de Documentación e Información en Rehabilitación. Así como del Gobierno de Japón para desarrollar la Unidad de Producción de Audiovisuales.

Una breve reseca de las acciones más importantes durante el periodo, involucra lo siguiente:

La celebración del Día Nacional de la Rehabilitación y la Educación Especial, cada 8 de noviembre, el cual fue instaurado por Decreto. Ejecutivo N2. 3827-E-TBS-SPPS de 1974. En esta fecha toman parte las instituciones y organizaciones vinculadas a la rehabilitación. Con el paso de los años se ha celebrado toda una semana de la rehabilitación y se han buscado lemas que orienten al público sobre diversos elementos de la rehabilitación.

Otro aspecto en el que se ha participado, de manera coordinada y activa, Junto con los Ministerios de Educación y de Cultura, Juventud y Deporte, ha sido la organización y ejecución de olimpiadas especiales para personas minusválidas; buscando aprovechar la práctica deportiva, como instrumento demostrativo de la integración de las personas discapacitadas.

Con motivo del año Internacional de los Minusválidos, en 1981, se desarrollaron campañas de divulgación y educación a la comunidad, con la participación de varias instituciones, enfatizándose en los derechos de las personas discapacitadas y la necesidad de impulsar la creación de servicios de rehabilitación que respondan a dichas necesidades y demandas.

Para ese año, se creó la Comisión Nacional Año Internacional de los Minusválidos, la que tuvo un destacado funcionamiento logrando colocar más de doscientos programas en radio y televisión y más de treinta boletines en la prensa nacional. Este año fue de mucha importancia, pues permitió llevar a primeros planos una problemática poco divulgada, como lo es la de la discapacidad.

Numerosas han sido las exposiciones de arte, artesanía, afiches y otros trabajos elaborados por personas con alguna discapacidad que, en coordinación con otras instituciones, se han organizado y apoyado por el Consejo. Estas han sido formas de divulgar las capacidades creativas que tienen las personas discapacitadas, y mostrar que el arte y la cultura constituyen instrumentos de integración.

Un órgano de divulgación, casi permanente, lo constituyó el Boletín "Rehabilitación en Marcha", el cual fue discontinuado en 1987. No obstante, los medios de información han recibido boletines de prensa del Consejo para educar y generar opinión en la ciudadanía en aspectos de prevención de la deficiencia y la discapacidad y de estrategia de rehabilitación.

De acuerdo con la Evaluación del Consejo antes citada, se considera que:

La acción desarrollada por el Consejo y complementada por la de muchas instituciones nacionales, ha dado como resultado un cambio de actitud de la comunidad con respecto a la persona minusválida y una toma de conciencia sobre el problema, en el ámbito privado y gubernamental. Lo anterior concluye, al menos, en un concepto de participación más amplia y compartida de los diversos sectores nacionales y en un enfoque, cada vez más acertado, de la rehabilitación como un proceso integral.

Durante los primeros años, la institución se vio en la necesidad de asumir la coordinación y el desarrollo de la mayor parte de las actividades de información y educación a la comunidad. En años posteriores, muchas instituciones del campo de la rehabilitación, así como diversos medios de comunicación colectiva, comenzaron a actuar por iniciativa propia, asumiendo siempre el Consejo una función asesora, promotora y de apoyo.

Las actividades de educación e información a la comunidad las realizó el Consejo durante el transcurso de cada año, no a través de campañas permanentes, sino mediante acciones tales como conferencias, presentaciones en televisión, mensajes por radio, exposiciones de artículos elaborados por personas minusválidas, boletines informativos y otros. (278)

2.4.5 Campo de Planificación y Coordinación

La creación del Consejo es, sin lugar a dudas, la más clara expresión de la necesidad de racionalizar el funcionamiento de servicios de rehabilitación, integrándolos bajo la conducción y orientación de un sólo ente. La Ley No. 5347, al definir las funciones de éste, señala en el artículo 2, incisos a) y b) lo siguiente: “Servir de instrumento coordinador y asesor entre las organizaciones públicas y privadas que se ocupen de la rehabilitación y, la educación especial” y “coordinar un plan nacional de rehabilitación y educación especial que integre sus programas y servicios con los planes específicos de salud, educación y trabajo, evitando duplicaciones y utilizando los recursos económicos y humanos disponibles”. (279)

Ha sido una preocupación permanente para el Consejo, alcanzar la máxima coordinación con las instituciones especializadas para brindar, con más eficiencia, los servicios de rehabilitación. Esta coordinación se ha dirigido hacia la planificación y ejecución de programas conjuntos, hacia el intercambio de recursos, la información y la atención de los beneficiarios del proceso de rehabilitación.

El Consejo tomó plena conciencia desde el inicio de sus actividades, de que, en un campo deficitario de servicios y recursos, era necesario afinar la planificación institucional y sectorial para maximizar el uso de éstos, viabilizándose también desde el principio la participación de otras fuerzas sociales.

A pesar del empeño del Consejo por ofrecer una apertura real y facilitar la coordinación, ésta no ha sido fácil. Esto es siempre algo que podría esperarse, pues la coordinación es un proceso que demanda, a veces, adecuaciones orgánicas, fluidez de comunicación y contar con personas que tomen decisiones, comprometiendo recursos institucionales para el trabajo conjunto.

Por ello, es conveniente señalar que la coordinación se ha dado, principalmente, a dos niveles: El primero, en la mesa directiva, ya que en ella se encuentran representantes de las máximas autoridades que dirigen las instituciones. No obstante, a veces han permanecido delegados que no han contado con el suficiente poder de decisión ni de acceso directo al máximo Jefe, lo que los ha inhibido a comprometer a la institución. El segundo nivel utilizado ha sido el operativo. En éste ha habido, -casi siempre, una actitud de gran compromiso y apertura para el trabajo conjunto; en especial, cuando las relaciones han sido bilaterales.

En la Memoria de 1986 del Consejo se afirma que:

El logro de los objetivos del Consejo requiere, cada vez más, de una acción plurisectorial e interinstitucional que combine, en forma coordinada, la orientación de políticas y la ejecución de medidas que fortalezcan y amplíen los servicios de rehabilitación y los programas de prevención.

Esta acción se da en dos niveles: el primero se refiere a la acción generada por el Consejo y proyectada, a nivel nacional, hacia las instituciones de rehabilitación, el segundo nivel lo constituye la labor realizada por las instituciones, que en concordancia con el primero y en forma conjunta, producen un efecto integrador y multiplicador en la problemática que es competencia de todas las entidades vinculadas al proceso de rehabilitación. (280)

No es posible, en un espacio tan breve, detallar el avance en la función coordinadora del Consejo. Sin embargo, se resumen en forma ilustrativa, las tendencias observadas en este campo y que persisten hoy día con las instituciones que forman parte del Consejo

CUADRO #18
PRINCIPALES ACCIONES COORDINADAS ENTRE EL CONSEJO
Y SUS INSTITUCIONES INTEGRANTES

| 1 INSTITUCIONES | 2 ACCIÓN COORDINADA |
|--|--|
| Ministerio de Educación Pública-Asesoría de Educación | <p>Capacitación de personal por parte del Consejo</p> <p>Apoyo financiero del Consejo a servicios de educación especial</p> <p>Reporte de casos al Registro Nacional de Minusválidos por parte de los servicios de educación especial.</p> <p>Atención de egresados de educación especial en los programas de rehabilitación profesional del Consejo.</p> <p>Aporte de personal de Ministerio para programas del Consejo.</p> <p>Organización y realización de la Primera y Segunda Jornada de Estudio Sobre el Estado Actual de la Educación Especial; y Jornadas de Trabajo para la definición de las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.</p> |
| Ministerio de Salud | <p>Capacitación de personal por parte del Consejo</p> <p>Aporte de personal del Ministerio para programa del Consejo.</p> <p>Reporte de casos al Registro Nacional de Minusválidos.</p> <p>Atención odontológica del Ministerio a personas atendidas en programas del Consejo.</p> <p>Campañas conjuntas para detección de problemas de sordera y de ceguera.</p> <p>Actuación conjunta para la aplicación de las Políticas de prevención y de rehabilitación.</p> |
| Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | <p>Capacitación de personal por parte del Consejo. Apoyo de personal del Ministerio para programas del Consejo.</p> <p>Intercambio de recursos financieros y logísticos para la creación y funcionamiento del Servicio de Empleo Selectivo.</p> <p>Participación en la elaboración de políticas de prevención y rehabilitación.</p> |
| Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) | <p>Aporte de recursos humanos, materiales y técnicas para programas del Consejo, y para otros programas asesorados por el Consejo.</p> <p>Acciones conjuntas para fines políticos de rehabilitación profesional.</p> <p>Aportes del INA para actividades docentes del Consejo</p> <p>Definición de políticas y estrategias por parte del INA, para posibilitar la integración de personas discapacitadas leves a las acciones INA.</p> <p>Apoyo del INA para proyectos de investigación del Consejo.</p> |

| 1 INSTITUCIONES | 2 ACCIÓN COORDINADA |
|--|--|
| Instituto Nacional de Seguros (INS) | Atención de personas lesionadas por riesgos del trabajo y accidentes de tránsito en los programas de rehabilitación profesional del Consejo. Capacitación de personal por parte del Consejo Apoyo del IND a eventos docentes del Consejo Actuaciones conjuntas en actividades de prevención en campos diversos |
| Caja Costarricense de Seguro social | Capacitación de recursos humanos Reporte de casos al Registro Nacional de Minusválidos, por parte de la CCSS. Referencia hacia los servicios de ambas instituciones, de personas discapacitadas Campañas y actividades conjuntas en direcciones diversas. |
| Universidad de Costa Rica | Acciones conjuntas para formación de recursos humanos. Creación de la Carrera de Maestría en Rehabilitación Integral Definición de Políticas de Prevención y Rehabilitación Actuaciones conjuntas en proyectos de investigación. Actuaciones conjuntas para eliminación de barreras arquitectónicas en los recintos universitarios Actuaciones conjuntas para facilitar acceso a la universidad de personas discapacitadas; programas, apoyos didácticos, otros |
| Asociaciones de Padres de Personas Discapacitadas | Capacitación de personal por parte del Consejo. Escuela de Padres Asesoría técnica y apoyo financiero para programas ejecutados por organizaciones de padres. Participación de padres en definición de políticas de prevención y rehabilitación. |
| Empresa privada | Apoyo de los empresarios privados en el programa de capacitación en la comunidad Capacitación de personal por parte del Consejo. Respaldo de la Empresa Privada para Talleres Protegidos |
| Asociación Industrias de Buena Voluntad de Costa Rica | Traspaso, por parte de la Asociación del Instituto de Rehabilitación Profesional al Consejo Capacitación de personal por parte del Consejo Referimiento mutuo de casos Participación conjunta en la Escuela de Padres Apoyo del Taller Laboral de la Asociación en capacitación de personal y asesorías a proyectos de la Asociación. Actuaciones conjuntas ante instancias políticas para fortalecer la rehabilitación y lograr apoyos financieros y de otra índole. Actuaciones conjuntas para definición de políticas de rehabilitación |
| Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) | Trabajo compartido con las organizaciones no gubernamentales Capacitación de personal por parte del Consejo Referencia de casos por parte del Consejo a los programas del IMAS Apoyo financiero del IMAS para programas específicos del Consejo Actuaciones conjuntas para definición de políticas de prevención y rehabilitación. Definición conjunta de políticas de rehabilitación social. |
| Colegio de Trabajadores Sociales | Apoyo del Colegio en acciones de capacitación de recursos humanos Participación del Colegio en comisiones de estudio. |

Fuente: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial "Evaluación de la Labor Realizada por la Institución en sus doce Primeros Años de Funcionamiento" 1973-1985

Informes anuales de Labores

Numerosas han sido las comisiones ad-hoc del Consejo para situaciones específicas con la participación de varias instituciones miembros. La coordinación se ha llevado a cabo con gran variedad de instituciones públicas y organizaciones privadas. En estas, la capacidad técnica del Consejo ha sido el factor clave para el ejercicio del rol de coordinador. Podría incluso conjeturarse que más que el poder legal y ha sido el poder experto el que ha prevalecido en las relaciones interinstitucionales.

Asimismo, la coordinación interinstitucional e intersectorial la que ha permitido una presencia más activa a nivel nacional de las instituciones con servicios de rehabilitación, una mayor cobertura geográfica al desconcentrar servicios, y ha facilitado también la participación de diferentes fuerzas sociales para la creación y funcionamiento de servicios.

Sin embargo, y a pesar de los logros obtenidos en el trabajo coordinado, no puede asegurarse, que éste haya alcanzado aún su máxima expresión, ya que persisten algunas prácticas de trabajo aislado y no se logra todavía una planificación conjunta, ni una integración de planes operativos en los que la variable rehabilitación sea de tratamiento conjunto. No obstante, son muchas las acciones ejecutadas con otros entes públicos, y privados en especial los que configuran los sectores sociales.

En cuanto a los organismos internacionales, éstos reconocen la vigencia del modelo coordinador que representa el Consejo y han dirigido sus acciones y programas hacia el país, utilizando la intermediación de éste. De esa forma, se ha logrado ampliar la cooperación técnica internacional en el campo de la rehabilitación, capacitar recursos humanos, mejorar las relaciones con otros organismos y países y tener una mayor presencia en eventos internacionales. En este sentido, el Consejo ha brindado también asesoría a otros organismos homólogos foráneos, intercambiado experiencias y apoyado la formación de recursos humanos, bajo la óptica de la coordinación y la planificación como elementos conductores del trabajo en rehabilitación.

Otra área de trabajo de mucha importancia ha sido la promoción de la legislación en el campo de la invalidez y la rehabilitación, en especial porque Costa Rica es un Estado en donde la preeminencia de lo legal ha formado parte consustancial del ser costarricense.

El Consejo orientó, según la Evaluación de sus primeros doce años de funcionamiento, su mayor esfuerzo. "... a analizar y evaluar la norma costarricense relacionada con la prevención de la invalidez y con la rehabilitación de personas minusválidas; a impulsar nuevos proyectos de ley y fundamentalmente, a brindar asesoría a grupos de la comunidad y a personas con limitaciones, sobre aspectos legales y su aplicación". (281)

Las principales acciones desarrolladas por el Consejo en esta área involucran: asesoría para la elaboración del Reglamento sobre Control del Ruido y las vibraciones; gestiones para la promulgación del Decreto No. 8445-SPPS, que declara obligatorio el reporte de personas minusválidas; gestiones para la promulgación del Decreto No. 6180 sobre exoneración de impuestos para material didáctico de escuelas de educación especial y aparatos ortopédicos; estudio del Proyecto de Ley No. 8291 sobre regulación de la venta y distribución de lotería nacional y el Proyecto de Ley de Riesgos del Trabajo; redacción de modificaciones al Reglamento de Construcción del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo para incluir normas básicas de facilidades arquitectónicas y físicas para personas discapacitadas; gestiones para la ratificación del Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas; y gestiones para la promulgación del Decreto No. 19101-S-MEP-TSS-PLAN sobre Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

Además, en 1980 y el Consejo inició la prestación de servicios de Asesoría Legal a personas discapacitadas, asociaciones de padres y grupos organizados de la comunidad; también realizó en este campo la Compilación de la Legislación y Otras Normas Costarricenses Sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas, a cargo de la Licda. María Eugenia Vargas de Baudrit.

Una preocupación permanente, en cuanto al aspecto legal abordado por el Consejo, durante la última década ha sido la necesidad de introducir reformas a su Ley de Creación, ya que cuando fue promulgada se dejó por fuera a los representantes de la población discapacitada -pues en ese momento no existían asociaciones legalmente constituidas-, dejándose también de lado a otras organizaciones de profesionales y algunas instituciones públicas con campos de acción vinculados a la rehabilitación. Al término del periodo historiado, la Ley 5347 de Creación del Consejo, se encuentra en trámite de reforma.

Finalmente, no puede ignorarse que el desarrollo alcanzado por la rehabilitación en Costa Rica requiere cada vez más de un marco legal del Consejo que incorpore los cambios requeridos en el desarrollo económico y social. Así como los mecanismos correspondientes que viabilicen las respuestas a las necesidades actuales.

La actuación del Consejo en el campo legislativo, aunque de gran importancia, puede calificarse de insuficiente. Es preciso lograr una mayor voluntad del Poder Legislativo que respalde y convierta en hechos reales la evolución conceptual alcanzada por la rehabilitación en nuestro país; particularmente si se pretende llevar a la práctica los preceptos de igualdad plena y equiparación de oportunidad para las personas discapacitadas.

2.4.6 Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

Uno de los mayores logros del Consejo, en el año 1989, lo constituye la promulgación del Decreto Ejecutivo No.19101-S-MEP-TSS-PLAN que contiene las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

No es que previamente se careciera de políticas sobre rehabilitación y prevención, ya que el país había evolucionado favorablemente en este sentido, sobre todo en los campos de la educación y la salud. De hecho, este proceso, de manera implícita y explícita, apoyó durante décadas el desarrollo de la atención de la población discapacitada. Lo que ocurre, sin embargo, es que se trataba hasta la fecha de políticas, más de tipo institucional, que de carácter sectorial, regional y global (nacional).

Por lo tanto, la génesis de las políticas se encuentra en la práctica acumulada en cinco décadas de evolución de la rehabilitación en sus diferentes áreas. En 1986, el Consejo y el Ministerio de Educación Pública organizaron dos Jornadas de Estudio sobre el Estado Actual de la Educación Especial en el país. Los objetivos que guiaron las jornadas, según documento al respecto, fueron los siguientes:

1. Analizar los criterios que rigen actualmente la Educación Especial en el país.
2. Discutir y proponer las características y requisitos que conduzcan a mejorar los servicios de Educación Especial
3. Analizar los procedimientos que deben emplearse para planificar el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios de Educación Especial.
4. Analizar la problemática específica de la Educación Especial en Costa Rica

5. Proponer y analizar lineamientos de Políticas de Educación Especial.
6. Establecer prioridades de atención para los años 1987, 1988, 1989.
7. Proponer acciones a corto, mediano y largo plazo, para resolver los problemas reales de la Educación Especial.
8. Participación de estos eventos cincuenta delegados de instituciones públicas y privadas, y de organizaciones de estudiantes y padres con hijos excepcionales. Estas jornadas produjeron los documentos “Políticas Generales de Educación Especial” y “Necesidades y prioridades de Atención en el Campo de la Educación Especial, para el próximo trienio”. (282)

Para 1987, en coordinación con los Ministerios de Salud, Educación Pública y trabajo y Seguridad Social, así como con la participación de la Federación Costarricense de Asociaciones de Personas con Limitaciones Funcionales, el Consejo organizó las Primeras Jornadas de Estudio sobre el Estado Actual de la Rehabilitación en Costa Rica. De acuerdo con documentos del Consejo, los objetivos propuestos fueron;

- a) Analizar los criterios que rigen actualmente la prestación de servicios de rehabilitación en el país.
- b) Analizar el grado y forma en que los diferentes programas y servicios de rehabilitación están cubriendo las necesidades de las personas con limitaciones.
- c) Proponer acciones a corto, mediano y largo plazo que sirvan de base para la formulación del Plan Nacional de Rehabilitación.

Participaron en este evento sesenta representantes de veinte instituciones de rehabilitación públicas y privadas, y de asociaciones de padres de familia y de personas con limitaciones funcionales. (283)

Las conclusiones de estas jornadas fueron organizadas por una Comisión que las presentó a una Asamblea Plenaria realizada el 27 de abril de 1987.

Esta Asamblea delegó en el Consejo la integración de una nueva Comisión que incluyera representantes de las diferentes áreas de la rehabilitación, para que elaborara una propuesta de políticas generales de rehabilitación integral. El trabajo de la Comisión incorporó las Políticas Generales de Educación Especial citadas y aquéllas producidas por las jornadas.

El 27 de noviembre de 1987 se reunió de nuevo la Asamblea, aprobando en principio las propuestas de políticas y delegando de nuevo en el Consejo el realizar los ajustes necesarios, así como la adecuación de contenidos y aspectos de forma del documento.

La mesa directiva del Consejo aprobó en su sesión ordinaria número 340 del 11 de agosto de 1988, las políticas elaboradas, elevándolas a las autoridades competentes. El viceministro de Salud, Dr. Víctor Julio Brenes, tuvo un rol destacado gestionando ante los Despachos de Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, y Planificación Nacional, la suscripción del Decreto respectivo.

El Decreto no. 19101-S-MEP-TSS-PLAN de Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral fue publicado en la Gaceta no. 144 del 31 de julio de 1989. Sus considerandos abarcan un amplio marco de principios, aunado a importantes resoluciones de organismos como las Naciones Unidas y la Organización Internacional del Trabajo. En su texto definitivo, el artículo primero establece lo siguiente;

Se declara de interés público la prevención de la deficiencia y la discapacidad física y mental de las personas y la rehabilitación integral de las personas discapacitadas. Las instituciones, organismos y servicios públicos o privados que llevan a cabo ese tipo de actividad, quedan obligados a cumplir con las políticas que establece el presente decreto y a integrar sus acciones al Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral. (284)

En este Decreto, el Estado asume, plenamente su responsabilidad con la población discapacitada, y ordena a toda su Administración Pública que cumpla con las políticas dictadas.

Si consideramos que las Políticas Públicas constituyen un conjunto de acciones y omisiones que el Estado propone que debe cumplir como parte de sus funciones, encontramos en este Decreto los elementos que deberían guiar el trabajo en rehabilitación de los próximos años.

Las políticas de planificación y coordinación propuestas articulan la rehabilitación y la prevención de la deficiencia y la discapacidad con los otros componentes del desarrollo nacional. Asimismo, se define la necesidad de incluir en los Planes Nacionales de Desarrollo el Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral, incorporándose de esta manera, la variable "rehabilitación" en la planificación nacional.

El Decreto de Políticas no omite ningún campo de actividad y, más bien, propone y estimula enfoques tan importantes como el trabajo interinstitucional, intersectorial, regional, multidisciplinario, participativo y desconcentrado, abriendo espacios para todos los sectores del país. Por ello, puede afirmarse que las políticas cumplen características de globalidad y universalidad.

La puesta en práctica de estas Políticas Nacionales no es responsabilidad únicamente del Consejo. Por el contrario, se faculta a todas las instituciones para que asuman un rol activo y coordinado, facilitándosele así al Consejo la orientación, asesoría y supervisión de los programas nacionales de rehabilitación.

Las Políticas Nacionales tienen cobertura para todos los grupos etarios y son aplicables en los diferentes contextos en que se desarrolla nuestra población. También se involucra, de manera especial, a la familia de la persona con limitaciones funcionales y a su comunidad, así como a la propia persona discapacitada, en la toma de las decisiones que le atañen en todo lo relacionado a los servicios y acciones en rehabilitación, y a la prevención de la deficiencia y la discapacidad.

En la elaboración de las Políticas Nacionales hubo gran participación de profesionales, técnicos, representantes de personas discapacitadas, padres de familia y delegados institucionales, que conocedores de nuestra idiosincrasia conjugaron elementos técnicos, sociales, políticos, culturales, legales, demográficos y económicos, para producir políticas coherentes con nuestra realidad.

El resultado al final del proceso como era de esperarse, fue que Costa Rica produjo un conjunto de políticas de consenso, que enaltecen el campo de la rehabilitación en nuestro país.

2.5 Fortalecimiento de la Planificación y de Acciones Coordinadas en Rehabilitación.

La Ley no. 5347 le señala al Consejo la función de "coordinar un Plan Nacional de Rehabilitación y Educación Especial que integre sus programas y servicios con los planes específicos de salud, educación y trabajo, evitando duplicaciones y utilizando los recursos económicos y humanos disponibles". (285)

Las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral, señalan que éstas han de sustentar, específicamente, el Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

Para cumplir con ese mandato, el Consejo integró, en 1989, una Comisión interinstitucional Permanente, encargada de elaborar dicho plan. La Comisión diseñó y envió una encuesta a todas las instituciones, organizaciones, programas y servicios de todo el país, vinculados con programas de rehabilitación de personas discapacitadas, con la intención de analizar las acciones prioritarias que fundamentarían el Plan. Se logró obtener un 80% de respuesta.

Durante 1990, la Comisión desarrolló su trabajo y entregó en el mes de noviembre, ante la mesa directiva, la propuesta de plan.

En el informe del Presidente del Consejo, sobre las actividades realizadas en 1990, se señala que:

El Plan constituye el producto de una profunda reflexión sobre el problema de la deficiencia y la discapacidad en nuestro país y de la praxis alcanzada hasta la fecha en materia de prevención y rehabilitación. También incorpora las principales tendencias técnico-científicas que en materia de rehabilitación se dan a nivel internacional, sin descuidar su aplicación en nuestro propio contenido sociocultural.

El Plan busca ser el marco orientador- para la acción gubernamental y de las organizaciones privadas, basado en estrategias de cooperación y coordinación, ya que de esa manera se puede incursionar en los distintos ámbitos que el mismo señala; puede hacerse un mejor uso de los recursos financieros, humanos y materiales que poseen las distintas instituciones y organizaciones y se pueden evitar duplicaciones y conflictos.

El Plan es de carácter transectorial y el Consejo asume las funciones de asesoría, coordinación y orientación que le señala su Ley Constitutiva, con el pleno respaldo de las instituciones y organizaciones que lo integran, y será el ente supervisor y evaluador de su ejecución y sus alcances. (286)

El Plan se sustenta en las Políticas Nacionales y propone un horizonte de planificación de una década, lo cual abarca hasta el año 2000. Las acciones que contiene, sin embargo, se presentan para ser realizadas a corto, mediano y largo plazo.

La estructura del Plan abarca diez áreas, coincidentes con las Políticas Nacionales. Específicamente, en la parte de Políticas y Estrategias para la acción, se señala que:

Los servicios y acciones en materia de prevención y rehabilitación no se pueden encasillar en una sola institución ni en un sólo sector. Estos son de naturaleza transectorial e Ínter institucionales; además la comunidad, la familia y la propia persona discapacitada, deben convertirse en sujetos activos en la planificación, ejecución y control de los servicios y acciones según las necesidades y posibilidades locales, regionales y nacionales... También se reconoce el rol que juega la empresa privada, tanto en el campo de la rehabilitación profesional como en las diferentes modalidades de empleo, y se estimula su participación.

Otro aspecto de vital importancia dentro del plan, lo constituye la tendencia a la integración de las personas con discapacidades en todas las esferas de la vida cotidiana, tanto en acciones educativas, formativas, recreativas, productivas, deportivas, culturales y sociales, Junto a las demás personas. Se propone que los servicios especializados sólo

se establezcan para aquellas personas que, por sus características y necesidades más severas, los necesiten. (287)

No obstante que, en el diagnóstico del Plan, en lo concerniente a Costa Rica, se reconocen los grandes avances en rehabilitación de las últimas décadas, se señala también que aún existen importantes y variados problemas que afectan la prestación de servicios preventivos y de rehabilitación. Ésos problemas son, en términos generales:

- a) Baja prioridad gubernamental hacia el problema de la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, la que se evidencia con la insuficiente asignación de recursos financieros para la prevención y la prestación de servicios en rehabilitación y el débil apoyo político.
- b) Insuficientes recursos humanos especializados en rehabilitación, a pesar de que el Consejo ejecuta programas de capacitación y perfeccionamiento de personal en servicio y las instituciones de enseñanza superior, la formación de recursos humanos.
- c) Acceso restringido de las personas discapacitadas hacia los beneficios de la seguridad social, incluyendo seguros, subsidios, créditos y otros.
- d) Limitadas oportunidades de empleo, tanto en el sector público como en la empresa privada, para las personas discapacitadas...
- e) Acceso muy restringido de la población con discapacidad a la infraestructura cultural, deportiva y recreativa, esencialmente por la existencia de barreras físicas y arquitectónicas.
- f) Necesidades de legislación específica que respalde la incorporación socio laboral de la población discapacitada, así como el disfrute pleno de otros derechos de participación.
- g) Escasos programas de prevención. A pesar de que la tecnología para prevenir y superar la mayoría de las discapacidades existe y se va perfeccionando, ésta no siempre se utiliza plenamente.
- h) Insuficiente coordinación entre las instituciones públicas y privados responsables de los servicios de prevención de la deficiencia y la discapacidad y de rehabilitación, a pesar de los avances logrados.
- i) La atención a la familia está muy fragmentada entre instituciones de los sectores sociales. Y, en todos los casos, son muy pocas las acciones para atenderla y apoyarla como núcleo afectado por la invalidez.
- j) La opinión pública necesita recibir más información acerca de la discapacidad y la rehabilitación, ya que aún prevalecen actitudes nacidas de la ignorancia, la indiferencia y el temor.
- k) Un alto porcentaje de las personas discapacitadas no cuenta con los recursos, económicos para obtener los aparatos ortopédicos y auxiliares que les faciliten su movilidad y desarrollo. (288)
- l) Participación aún escasa de las personas discapacitadas en su propia rehabilitación, como protagonistas y fuerza de presión a nivel social.
- m) Limitada cobertura de los servicios de rehabilitación en relación con la demanda real y potencial.

- n) Baja prioridad y en consecuencia, limitado desarrollo de la investigación en el campo de la prevención de la deficiencia y la discapacidad y la rehabilitación.

El Plan propone un conjunto de acciones, estrategias y elementos, que buscan la solución de la problemática identificada. Lógicamente, las acciones se concatenan y articulan en el corto, mediano y largo plazo, y son responsabilidad de todas las instituciones y sectores sociales.

El Plan incluye, además, una identificación preliminar de los principales recursos, así como de las fuentes que las generan, que han de servir para la realización de las acciones pertinentes. A este respecto, se define la necesidad de aprovechar las fuentes externas de cooperación y el rendimiento máximo de los aportes comunales.

Con la elaboración del Plan y de las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral, Costa Rica tiene ya el eje conductor que le permitirá avanzar con mayor rapidez en la problemática de la discapacidad. Ello refleja un alto grado de desarrollo teórico—conceptual que deberá permear en todas las acciones de la praxis diaria, así como en todos los servicios públicos y privados, institucionalizados o no institucionalizados, generales o particulares, que funcionan actualmente o que se planifique su apertura.

No obstante, el contenido social, económico y político es determinante para acelerar o retrasar el avance de las medidas de prevención de la deficiencia y la discapacidad y de la rehabilitación integral de las personas discapacitadas.

En este punto, una reflexión final se hace imprescindible: El avance en materia social logrado en Costa Rica en las últimas cinco décadas, no podrá ser obviado al intentarse cualquier cambio del estilo de desarrollo que se pretenda dar al país. Esto debido a que la ciudadanía ha logrado incorporar criterios de derechos y responsabilidades en igualdad para todos, así como un apego a la legalidad, el respeto y la tolerancia a las ideas ajenas, que permiten la búsqueda de soluciones a los conflictos por vías externas al camino de la fuerza.

Las personas discapacitadas van organizándose y buscando su participación en la toma de decisiones sobre los servicios y acciones que les competen, y van asumiendo cada vez más roles protagónicos no alcanzados en el pasado. También las Políticas Nacionales como el Plan antes descritos, les abren a las personas con limitaciones funcionales grandes espacios para su eficaz intervención.

Finalmente, cabe resaltar que el cierre de este tercer periodo 1976-1990 es concordante con los cincuenta años de historia de rehabilitación costarricense. Hasta aquí se ha descrito el devenir de la rehabilitación en sus primeras cinco décadas. Sin embargo, no sabemos aún qué perfil adoptará la situación de las personas con discapacidad en nuestra sociedad en los próximos cincuenta años. Tampoco es fácil predecir cuáles de los problemas no resueltos al presente van a tener un mayor impacto y preponderancia en la Vida de las futuras generaciones de personas discapacitadas.

En cualquier caso, la rehabilitación no seguirá siendo lo que es hoy. Las posibilidades de modificación del entorno para las personas con discapacidad, mediante el uso de las tecnologías que permiten compensar las limitaciones que la deficiencia inflige al individuo, impondrán en el futuro un nuevo panorama que ha de trascender nuestras expectativas presentes y los límites de lo que hoy nos parece posible. El desplazamiento de paradigmas y la innovación tecnológica, sumados al cambio de actitud y a la propuesta de objetivos cada vez más trascendentales desde el campo de la rehabilitación, han de producir resultados durante las próximas décadas, que serán motivo de asombro y satisfacción para quienes hemos participado como testigos, y aún más, como protagonistas, de esta primera etapa en la historia de la rehabilitación costarricense.

No puede obviarse el desempeño de muchas personas que, en calidad de delegados ante el Consejo, hicieron una realidad el precepto de rectoría coordinada en rehabilitación.

Un soporte indispensable para las realizaciones del Consejo ha sido más de un centenar de funcionarios -profesionales, técnicos y administrativos-, quienes han aportado su conocimiento y esfuerzo para la causa de la rehabilitación.

CUADRO No.19
PRINCIPALES LEYES Y DISPOSICIONES EN TORNO A LA PREVENCIÓN DE LA
DISCAPACIDAD Y A LA REHABILITACIÓN
PER IODO 1976-1991

| 1 AÑO | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|----------------------|--|--|
| 1976 13/setiembre | Ley no. 5930 | Rige lo concerniente a la circulación de personas, vehículos y semovientes, por las vías terrestres de la nación, así como lo relativo la seguridad de las personas; ello como medida de prevención de accidentes. |
| 1977 17/noviembre | Ley no. 6180 | Exonerar de impuestos la importación de material didáctico para uso de los centros de enseñanza especial, así como de aparatos ortopédicos |
| 1978 21/abril | Decreto Ejecutivo no. 8445 | Crea el Registro Nacional de Minusválidos como dependencia del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial - Declara obligatorio el proporcionar de manera cierta y oportuna los datos y la información que se requiera para la elaboración de dicho Registro. |
| 1979 | Resolución DG-90 de la Dirección General de Servicio Civil | Establece un sistema de bases de selección específicas a efecto de promover la incorporación al Régimen del Servicio Civil de las personas discapacitadas. |
| 1979 14/setiembre | Decreto Ejecutivo no. 10541-TSS | Reglamenta el control de ruidos y vibraciones. Establece medidas preventivas de discapacidad auditiva. |
| 1982 24/marzo | Ley no. 6727 | Riesgos del Trabajo. Rige la protección de los trabajadores contra riesgos del trabajo. Incluye a los trabajadores bajo patrono de Derecho Público o de Derecho Privado. |
| 1985 10/octubre | Decreto Ejecutivo NO.1&638-MEP (Reformado en 1987) | Define y establece la organización administrativa de las oficinas centrales del Ministerio de Educación Pública, incluyendo lo concerniente a la Asesoría General de Educación Especial. |

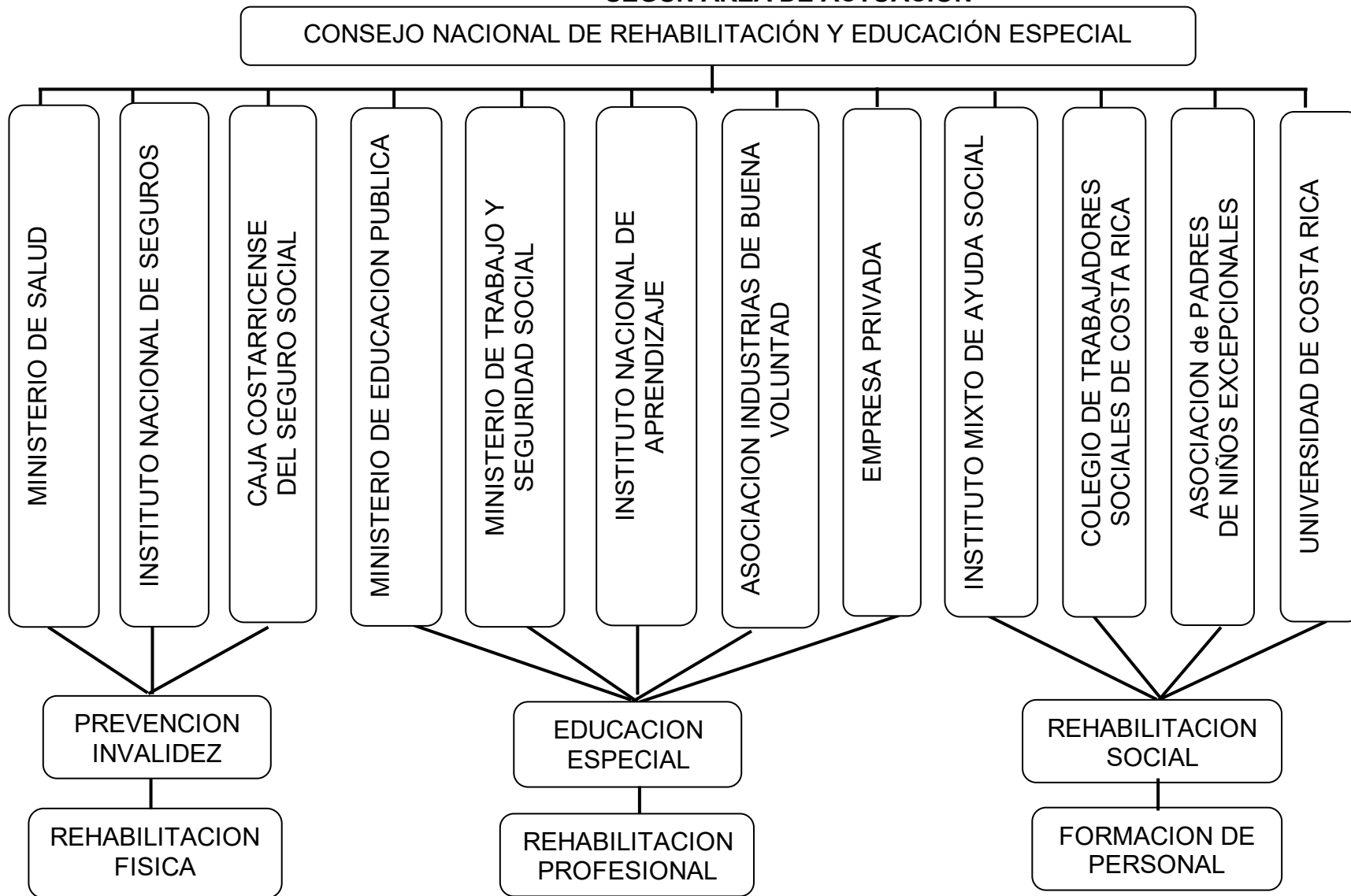
| 1 AÑO | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|----------------------|---|---|
| 1985 3/diciembre | Decreto Ejecutivo No. 16831-MEP | Crea el Instituto de Rehabilitación Helen Keller como una dependencia del Ministerio de Educación Pública. |
| 1986 25/abril | Ley NO. 7040 (Artículo 36-inciso 15) | Exonera del pago de toda clase de impuestos, tasas, sobretasas, timbres, derechos de aduanas y de todo tipo de gravámenes de importación los vehículos automotores para uso exclusivo de personas que presentan limitaciones físicas, graves y permanentes que les dificultan su movilización y el uso de los medios de transporte público. |
| 1987 11/noviembre | Decreto Ejecutivo NO. 17820-P | Crea una Comisión con el propósito de elaborar un proyecto de Ley que permita la incorporación de las personas minusválidas a las actividades y ejercicio de funciones de las instituciones del Sector Público. |
| 1987 26/noviembre | Ley No. 7087 | Destina el 15% de los premios prescritos de la lotería nacional para beneficiar programas cuyo fin principal sea la atención o el apoyo a personas discapacitadas. |
| 1989 24/enero | Ley NO, 7125 | Pensión vitalicia para las personas que padecen de parálisis cerebral profunda, que se encuentren en estado de abandono o cuyas familias carezcan de recursos económicos. Se establece la pensión en el equivalente al salario mínimo legal. |
| 1989 12/julio | Decreto Ejecutivo N2.19101-S-MEP-TSS- PLAN | Declara de interés público la prevención de la deficiencia y la discapacidad y la rehabilitación integral. Establece las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral. |
| 1990 14/febrero | Reglamento-Caja Costarricense de Seguro Social- Acuerdo de Junta Directiva de la Sesión No. 6496- Artículo 12. | Regula el reconocimiento de ayuda que se suministra a los asegurados con discapacidad para concesión de accesorios y prótesis médicas. |

| 1 AÑO | 2 RANGO | 3 PROPOSITO |
|-------------------|---|--|
| 1990 9/octubre | Resolución DG-90 de la Dirección General de Servicio Civil. | Establece un sistema de bases de selección específicas a efecto de promover la incorporación al Régimen del Servicio Civil de las personas discapacitadas. |
| *1991 18/abril | Ley No. 7219 | Aprobación del Convenio 159 de la O.I.T. Sobre Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas. |

FUENTE: Compilación de la Legislación y otras Normas Costarricenses Sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas (1981) y Actualización (1992)
C.N.R.E.E.

* Por la importancia que reviste la ratificación del Convenio 159, se incluye esta Ley, aunque su promulgación se dio en el año 1991; a pesar de haber estado en trámite en la Asamblea Legislativa desde varios años atrás.

**ORGANIGRAMA No. 1
INSTITUCIONES INTEGRANTES DEL CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
SEGÚN ÁREA DE ACTUACIÓN**



Fuente: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Memoria de Labores 1985.

Cuadro No. 20

**DELEGADOS PROPIETARIOS Y SUPLENTE DE INSTITUCIONES QUE INTEGRARON EL
CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL 1973-1990**

| 1 INSTITUCION | 2 NOMBRE DEL DELEGADO | 3 DELEGADOS QUE OCUPARON LA PRESIDENCIA | 4 DELEGADOS QUE OCUPARON LA VICEPRESIDENCIA | 5 DELEGADOS QUE OCUPARON LA SECRETARÍA |
|--|--|--|--|---|
| MINISTERIO DE SALUD | Dr. Miguel Asís Beirute Sra. Emilia León Dra. Socorro Rodríguez Dr. Luis Bonilla Salas Sra. Haydée Gómez Dr. Vladimir Carazo Dra. Julia Salas | X | | |
| MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA | Licda. Marlene Rodríguez Hernández Licda. Teresita Solano Wheeler Lic. Jose Alfredo Murillo Licda Flora Nieto Izaguirre Lic. Francisco arias Núñez Prof. Jose Manuel Valenciano Lic. Carlos Ramirez Arguedas Prof. Iris Calvo | | X | X X X |
| MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL | Licda. Virginia Jiménez Castro Lic. Mario Villalobos Odio Lic. Danilo Salas Lic. Rolando González Ulloa Sr. Enrique Corrales Leitón Lic. Carlos Roberto Salas Br. Johnny Ruiz Arce | | X | X |
| CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL | Dr. Humberto Araya Rojas Dr. José Joaquín Fernández Sancho Dr. Vinicio Ávila B. Dr. Luis Asís Beirute Licda. Thais Castro Marín Dra. Marcela Solano Villarroel Licda. Dyalá Fandiño Dra. Adelina Brenes | | X X | X |
| INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS | Dr. Javier Castro F.T. Carlos Francisco Chinchilla Cartín Dr. José Luis Orlich Bolmarcich Dr. Max Rojas Carranza Dra. Marcia Acuña Centeno Dr. Francisco Córdoba Truque Sra. Ana Aguilar Lic. Rodrigo Arias Licda Nury Contreras | | | |
| INSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE | Lic. Carlos Matamoros González Dr. Mario Posla Righeti Prof. Jeffry Hutchinson Dacosta Prof. Fernando Trejos Solórzano M.A. Luis Ramírez A. Lic. Gerardo Chacón Chinchilla Prof. German Solís Rodríguez | X | | X |

| 1 INSTITUCION | 2 NOMBRE DEL DELEGADO | 3 DELEGADOS QUE OCUPARON LA PRESIDENCIA | 4 DELEGADOS QUE OCUPARON LA VICEPRESIDENCIA | 5 DELEGADOS QUE OCUPARON LA SECRETARÍA |
|---|---|--|--|---|
| INSTITUTO NACIONAL DE APRENDIZAJE (Continuación) | Lic. Eduardo Vargas Mora Sr. Carlos Bulgarelli Lic. Danilo Cerdas López Licda. Alba Rosa Pérez Lic. Álvaro Chávez Sánchez Sra. Alejandra Gutiérrez González Sr. Jorge Vásquez Cabezas Sr. Arnoldo Quesada Ing. Fernando Lizano Porras | | | |
| INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL | Licda. Sary White Solano Licda. Lucila Rodríguez Camacho Srta. Dinorah Fait Villalobos Lic. Fray Nelson Castillo Valle Sr. Jesús Acuña García Prof. José Manuel Arce Campos Licda. Olga Sonia Vargas Sra. Karen Olsen de Figueres Lic. Jorge González Umaña Licda. Victoria Eugenia Solano Licda. Ana María Ramírez Sra. Silvia Sancho Montero Sra. María Amelia Echeverría | X | | X |
| ASOCIACION DE INDUSTRIAS DE BUENA VOLUNTAD DE COSTA RICA | Dr. Clodomiro Mora Rojas Obispo José Antonio Ramos Orench Lic. Pablo Vinocour Sr. Jorge Alejandro Astacio Pineda Sr. Francisco Sandoval Méndez Sr. Arturo Rodríguez Johanning Prof. Claudia Murillo Galindo Licda. Ma. Eugenia Vargas de Baudrit Licda. Tahis Castro Licda. Mercedes Vargas Pinaud | X X | X | |
| UNIVERSIDAD DE COSTA RICA | Dra. Soledad Chavarría Licda. Susana Roberts Licda. Marisol Nieto Dra. Ronaldo Hirsch Dr. Luis López | | X | X |
| COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE COSTA RICA | Licda. Flory Saborío Smith Licda. Alba Iris Morales Salazar Licda. Flor de María Arias Licda. Nuria Madrigal Soto Licda. Ana Virginia Cordero Licda. Elsa de Pérez Licda. Irene Brenes Licda. Laura Guzmán Stein Licda. Marjorie Araya | | | X |

| 1 INSTITUCION | 2 NOMBRE DEL DELEGADO | 3 DELEGADOS QUE OCUPARON LA PRESIDENCIA | 4 DELEGADOS QUE OCUPARON LA VICEPRESIDENCIA | 5 DELEGADOS QUE OCUPARON LA SECRETARÍA |
|---|--|--|--|---|
| ASOCIACION DE PADRES DE NIÑOS EXCEPCIONALES LEGALMENTE CONSTITUIDAS | Sr. Ernesto Contreras Araya Sra. Aurora Esquivel de Batalla Sra. Ligia María Pacheco Sra. Olga Prado Arq. Jane Rodríguez Sra. Tania Clachar Sra. Maruja Brenes Prof. Elba Nidia García Sra. Berta Chávez Sr. Huberth Watson Dixon | | | X |
| EMPRESA PRIVADA | Arq. Jorge Borbón Zeller Dr. Manuel Guerra Trigueros Sr. Mario Mora Sr. Francisco Terán Vals Dr. Omar Acuña Vargas Sra. Cecilia Saprissa | | | |

Capítulo VIII

Conclusiones

1. El problema de la deficiencia y la discapacidad en Costa Rica ha estado presente como parte del acontecer humano en todo su desarrollo histórico. Sin embargo, su detección específica se registra, aunque de manera parcial, solo a partir de la época de la colonia.
Las acciones iniciales de detección no fueron particularmente orientadas a resolver el problema de las personas afectadas, sino en función de una actitud de protección al conglomerado social.
Al consultarse las fuentes disponibles atinentes a la época colonial no aparece evidencia de personas con discapacidades sensoriales ni neuromusculares, sino, fundamentalmente, de discapacidades provocadas por enfermedades contagiosas de gran prejuicio social, como la lepra y la tuberculosis; asimismo se mencionan las enfermedades de origen psiquiátrico caracterizadas por idéntico prejuicio.
2. Según queda demostrado en esta investigación ha existido una correlación entre el mejoramiento de las políticas sociales y los avances en el campo de la rehabilitación; no porque así se pretendiera de manera explícita e intencionada, sino porque al darse el desarrollo de políticas sociales, consecuentemente se beneficia también la población que requiere de servicios de rehabilitación.
El desarrollo social y el desarrollo de la rehabilitación son procesos de ocurrencia paralela y de interacción mutua.
3. La desatención de la deficiencia y la discapacidad en la época anterior a 1940, guarda relación con la debilidad de la política social y de no intervencionismo del Estado, propios de aquel entonces. No obstante, se dan algunas situaciones aisladas que reflejan preocupación por el riesgo de la discapacidad, tanto por parte del Estado como, en especial, de los grupos y movimientos sociales.
Las deficiencias mentales, excepcionalmente, fueron consideradas desde una perspectiva terapéutica especializada, con progresivo acercamiento al concepto de la rehabilitación. Esta situación facilitó un mayor avance en la atención de los enfermos mentales y consecuentemente, un mayor aporte de la rehabilitación costarricense, en ese período histórico.
4. Las acciones de atención dirigidas a las personas discapacitadas en el período que precede a 1940 se caracterizaron, esencialmente, por: a) su carácter asistencial; b) de modalidad institucionalizada; c) no especializada y d) de segregación.
5. A finales de la década de los años treinta se define, en el ámbito de la sanidad pública, la necesidad y el interés de dar atención educativa especializada y segregada, a los niños con retardo mental. Esta intención constituye la fuente precursora inicial de la educación especial en Costa Rica.
6. A partir del año 1940 se inicia un cambio en la actitud del Estado en materia social. El estilo de desarrollo nacional que adoptó el país permitió consolidar reformas sociales, económicas y políticas. Estas se vieron favorecidas por mayores ingresos que a su vez tuvieron efectos de redistribución para el campo social.
Dichos cambios facilitan que los pioneros de la rehabilitación, habiendo identificado la problemática de la discapacidad, inicien la puesta en marcha de los primeros servicios de rehabilitación.
7. La epidemia de poliomielitis del año 1954 resulta trascendental para el inicio del reconocimiento de la discapacidad, la desventaja social que ésta representa, como problemas de dimensión nacional y consecuencias importantes. A raíz de esta crisis, el Estado asume un rol más activo en la atención de las personas discapacitadas.
8. En el caso de Costa Rica, las diferentes áreas de la rehabilitación no han tenido un surgimiento simultáneo ni una evolución uniforme. La primera en aparecer es la educación especial (1940), siguiéndole en su orden la rehabilitación física (1954) y la profesional (1960). Respecto al área de la rehabilitación social, no tiene un momento plenamente definido de aparición, pues sus acciones se encuentran dispersas en diferentes momentos, aunque a veces, de manera difusa. Sin

embargo, esta investigación demuestra que, durante todo el período estudiado, se marca una línea general siempre ascendente hacia un trato más justo y humano de la persona discapacitada.

9. Aun cuando la rehabilitación está lejos de alcanzar la prioridad que merece en todos sus aspectos, a nivel gubernamental, la investigación evidencia que durante el período 1940-1990, ha sido objeto de un creciente interés y apoyo. No obstante, ningún gobierno en particular ha asumido la problemática de las personas discapacitadas como aspecto relevante de su gestión pública.
10. Si bien el período 1940 – 1965 se reconoce como de iniciación y afianzamiento de los primeros servicios de rehabilitación, el período 1965-1976 marca un proceso expansionista y de visión global.

En este segundo período se da un incremento sustancial de acciones en las diferentes áreas y el concepto de rehabilitación comienza a forjarse.

11. En el período 1965-1976 comienza a ocurrir un desplazamiento de paradigmas dentro del campo de la rehabilitación. El enfoque eminentemente médico, que venía dominando la atención de la discapacidad, da paso a una visión holística, en donde otros componentes de la rehabilitación cobran mayor importancia.
La inserción sociolaboral de la persona discapacitada sustituye a la recuperación física como objetivo principal del proceso rehabilitatorio. Al final del período, 1976-1990, la autonomía personal se convierte en meta fundamental de la rehabilitación.
12. La asistencia técnica internacional ha constituido un factor de gran peso en el desarrollo de las diferentes áreas de la rehabilitación con Costa Rica. Esta cooperación, proveniente de diversos países y organismos internacionales, ha ejercido una influencia cada vez mayor a través de todos los períodos historiados.
13. La evolución de la rehabilitación en nuestro país, tanto en el aspecto conceptual como práctico, ha estado marcada por el aporte significativo de profesionales y técnicos costarricenses especializados en diferentes campos, en centros de formación en el extranjero. Estos aportes favorecieron el mejoramiento de los servicios y, eventualmente, la formación del recurso humano nacional para la rehabilitación dentro del mismo país. Además, la confluencia de distintas orientaciones propició un enfoque más amplio y diversificado.
14. Esta investigación pone de manifiesto que a lo largo del período historiado ocurre un mejoramiento gradual y progresivo en la formación de los recursos humanos para la rehabilitación, caracterizado fundamentalmente por: a) la creciente cantidad de profesionales y técnicos formados; b) la calidad medida en grados y niveles académicos otorgados por las entidades responsables; c) la diversidad de especializaciones ofrecidas.
15. Las directrices emanadas de los organismos internacionales – resoluciones, recomendaciones, declaraciones, convenios y otros -, contempladas en reconocidos documentos, han constituido principios importantes para la reflexión, teorización y conceptualización de la rehabilitación costarricense.
16. Los ciudadanos han tenido un acceso cada vez mayor a la información sobre la discapacidad y la rehabilitación, lo que ha contribuido a mejorar el grado de conciencia al respecto.
Una demostración de esta mayor conciencia se manifiesta, entre otras, por el incremento en el número de servicios creados como respuesta a una mayor demanda; la participación de grupos organizados en los esfuerzos realizados en este campo; la demanda de cupos en carreras técnicas y profesionales en rehabilitación; las contribuciones económicas que en diversos momentos ha hecho la ciudadanía; así como la creciente apertura de los medios de comunicación colectiva con relación a esta temática.
17. Como consecuencia de la visión totalizadora de la rehabilitación que surge en el período 1965 – 1976, germinan los equipos interdisciplinarios como la opción para el abordaje integral del problema de la discapacidad. Nuevas disciplinas se incorporan a los equipos de trabajo, aportando puntos de vista que enriquecen y diversifican el proceso de la rehabilitación.

18. La legislación específica promulgada en el campo de la rehabilitación no siempre ha reflejado el avance conceptual alcanzado en el país. Aún se requiere de una mejor normativa que respalde y facilite las acciones en este campo.
19. A pesar de que en esta investigación se constata que el nivel de desarrollo y de actuación de las organizaciones de padres de personas discapacitadas, no es aún concordante con el avance teórico, práctico y conceptual de la rehabilitación, resulta innegable su contribución e influencia en el surgimiento y mejoramiento de los servicios. Puede afirmarse que la organización de los padres muestra durante el período historiado una tendencia de avance y de mayor participación en los niveles decisorios de la rehabilitación.
20. El movimiento organizativo de las personas discapacitadas en Costa Rica, guante los primeros dos períodos reseñados, manifestaba un retraso con relación a los otros actores sociales de la rehabilitación; en consecuencia, no puede pretenderse que haya tenido un influjo real sobre la expansión de los servicios.
Sin embargo, en la década de los años ochenta las personas discapacitadas adelantan significativamente en su capacidad organizativa, así como en su participación en la toma de responsabilidades propias. En este sentido, es notorio su gradual involucramiento, durante el último lustro, instancias de planificación, coordinación y toma de decisiones en rehabilitación. No obstante, el papel protagónico que las personas discapacitadas deben desempeñar en su propia rehabilitación, no se ha logrado todavía.
21. Aun cuando desde los inicios del período 1965 – 1976, y particularmente por la influencia de la asistencia técnica internacional, surgen los primeros organismos coordinadores – los que tienen una temporalidad muy corta y un efecto limitado – no es sino hasta 1973 que se crea por Ley el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, CNREE.
Los efectos de este organismo en el desarrollo de la rehabilitación del país comienzan a hacerse sentir hacia finales de este período; sin embargo, la rectoría del CNREE se potencializa y consolida en el último período historiado.
22. En el período 1976 – 1990, se evidencia una clara correlación entre algunos elementos del desarrollo económico y social, priorizados e impulsados por las varias administraciones y las tendencias centrales de la rehabilitación concurrentes en este período.
Estos elementos incluyen: planificación regional y sectorial; desconcentración de acciones y servicios; participación comunitaria activa; coordinación y cooperación interinstitucional y eficiencia del sector público. Las tendencias de la rehabilitación referidas han sido: desconcentración de servicios de rehabilitación; participación de grupos organizados de la comunidad; fortalecimiento de la planificación en rehabilitación; vigencia de la rectoría del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y formación de recursos humanos para la rehabilitación.
23. A lo largo del proceso histórico de la rehabilitación costarricense se han dado concepciones y enfoques diversos sobre la persona discapacitada.
El rechazo, el temor y la exclusión fueron características de las etapas iniciales. En fases posteriores, la persona con limitaciones físicas y mentales fue considerada sujeto de protección convirtiéndose en objeto de caridad, y más tarde de asistencia.
La atención institucionalizada, especializada y de segregación propia de los años siguientes, fomentó un cambio hacia un concepto de “sujeto-problema”, haciéndolo merecedor de estudios e intervenciones desde variados ángulos técnicos y profesionales.
El período 1976 – 1990, en especial, modela positivamente la concepción de la persona discapacitada, enfatizando su condición de “persona” con iguales derechos y deberes a los otorgados a cualquier miembro de la sociedad. El reconocimiento de la capacidad participativa y contributiva de la persona discapacitada es rasgo primordial de esta concepción.
24. A medida que se ha venido conformando y practicando los conceptos sobre las personas discapacitadas y la rehabilitación integral en Costa Rica, se ha hecho patente que la competencia

técnica individual e institucional no bastan para dar una respuesta adecuada a la problemática de la invalidez.

Esta investigación demuestra que ha sido necesaria la convergencia de una variada gama de recursos humanos y de acciones institucionales, pertenecientes a diversos sectores e instancias de nuestra sociedad, concluyéndose que hoy la rehabilitación es concebida como responsabilidad y competencia interinstitucional, plurisectorial y multidisciplinaria, en contraposición de lo que fue este proceso en sus etapas iniciales.

La participación creciente de la comunidad, la familia y las propias personas discapacitadas, constituye un elemento fundamental de esta evolución conceptual y estratégica de la rehabilitación costarricense.

25. La formulación y promulgación de las Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990 – 2000, son indicadores del grado de desarrollo alcanzado por la rehabilitación en sus aspectos filosófico-conceptuales y prácticos.

Esta investigación ha logrado comprobar que la rehabilitación en Costa Rica ha sido un proceso evolutivo, tanto en lo conceptual como en lo práctico, determinado por una serie de circunstancias y de hechos, enunciados en las hipótesis.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Demetrio, Casado, "En Busca de una Sistemática para la Discapacidad", Discapacidad e información. (Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Documentos 14/87, 1987), p. 70.
2. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Manual Básico de Rehabilitación Profesional, (Bogotá: GLARP. Serie básica, 1991) p. 34
3. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación No. 99 Sobre la Rehabilitación y el Empleo de Inválidos. (Ginebra: OIT, 1955), pág. 1.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. (Madrid: INSERSO, 1983) p.56-58.
5. Ramón Puig de la Bellacasa, "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre discapacidad", Discapacidad e Información. (Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con minusvalía. Pág. 14/87, p.p. 52-53
6. Naciones Unidas Programa de Acción Mundial para los Impedidos. (New York: División de Información Económica y Social/DPI para el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios/DIESA, 1983), p.4.
7. Organización Internacional del Trabajo. Glosario de Rehabilitación Profesional y empleo de los Incapacitados. (Ginebra; OIT, 1981), p. 174.
8. Organización Mundial de la Salud, Op. cit. p. 56-58.
9. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Op. cit., Pág. 51
10. Organización Internacional del Trabajo. Convenio 159 Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de los Inválidos. (Ginebra: OIT).
11. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Op. cit., p. 53.
12. Organización Internacional del Trabajo. Glosario de Rehabilitación Profesional y Empleo de los Incapacitados. (Ginebra: OIT, 1981), p. 174.
13. Ibid., p. 164
14. Ibid., p. 166
15. Ibid., p. 167
16. George N. Wright. Total Rehabilitation. (Boston: Little Brown and Company, 1980), p. 120
17. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Serie Básica en Rehabilitación Profesional. (Bogotá: GLARP, 1989). Manual 1, Unidad 1 p. 9
18. George N. Wright. Op. cit., p. 120.
19. Henry Kessler. The principles and practices of rehabilitation. (Philadelphia; Lea V. Fetiger, 1950), p. 17.
20. Dolores Salazar y de Agüero. El lisiado a través de la historia. (La Habana: Compañía Litográfica de la Habana, 1956), p. 1.1

21. Manuel Velásquez Clavijo. El minusválido a través de la historia. (INSERSO. Documentos técnicos INSERSO 41/85, 1982), p.2
22. Dolores Salazar y de Agüero. Op. cit., p. 17
23. Manuel Velásquez Clavijo. Op. cit., p.2.
24. Frank Hewett y Steven Formess. Education of Exceptional Learnes. (Boston: Allyn and Bacon, 1974), p. 6.
25. Otto Márquez da Silva. A epopéia Ignorada. (A Pessoa Deficiente Na Historia do mundo de Ontem e de hoje). (Sao Pablo: CESAS, 1987), p. 227
26. Obermann Esco. History of Rehabilitation. (Estados Unidos: s.n., 1965), p. 120.
27. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Op. cit., p. 11.
28. Hewett y Formess. Op. cit., p. 18.
29. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Op. cit., p. 11.
30. Hewett y Formess. Op. cit., p. 24.
31. George Wriqth. Op. cit., p. 123.
32. Otto Marques da Silva. Op. cit., p. 252.
33. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Op. cit., p. 12.
34. Manuel Velásquez Clavijo, Op. cit., p. 6.
35. Dolores Salazar y de Agüero, Op. cit., p. 29.
36. Ibid., p. 29.
37. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Op. cit., p. 14.
38. Hewett y Formess. Op. cit., p. 37 - 38.
39. George Wright. Op. cit., p. 156.
40. Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. New York: División de Información Económica y Social / D.P.I, para el Centro de Desarrollo Social y asuntos Humanitarios / DI ESA, 1983), p. 327 – 328
41. Otto Márquez Da Silva. Op. cit., p. 327-328.
42. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Plan de Desarrollo 1987-1990. (Bogotá; GLARP, octubre 1986), p. 15-16.
43. John E. Jordán, "La Rehabilitación y la Educación Especial en América Latina", Revista Mejicana de Psicología. 1 (3): 250-252, 1964.
44. Jordán. Op. cit., p. 263.
45. Organización de Estados Centroamericanos (ODECA), Informe Final. (San Salvador, El Salvador; Comisión Centroamericana de Rehabilitación de Inválidos, primera Reunión, 4-7 jun., 1969) p. 7.

46. Ibid., p. 20.
47. Ibid., p. 20.
48. Ibid., p. 15-16.
49. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Manual básico en Rehabilitación Profesional. (Bogotá: GLARP. Serie Básica, 1991), p. 15.
50. Elizabeth Fonseca. Costa Rica Colonial, la Tierra y el Hombre. (San José: EDUCA, 1983), p. 38.
51. Eugenio Rodríguez Vega, Biografía de Costa Rica, (1981), p. 48.
52. Manuel Rojas Bolaños, Lucha Social en Costa Rica, 1940-1948. (San José; Alma Mater, 1986), p. 16 - 17.
53. Eugenio Rodríguez, Op. cit., p. 60.
54. Vladimir De la Cruz. Las luchas sociales en Costa Rica, 1870-1930. 2 ed. (San José: Editorial Costa Rica y Editorial Universidad de Costa Rica, 1981). p, 23.
55. Ibid., p. 25.
56. Ibid., p. 37.
57. Ibid., p. 37.
58. Ibid., p. 39-40
59. Ibid., p. 42
60. Eugenio Rodríguez. Op. cit., p. 48,
61. Vladimir De la Cruz, Op. cit., p. 50.
62. Ibid., p, 90,
63. Eugenio Rodríguez Vega, Op. cit., p. 155.
64. Vladimir de la Cruz, Op. cit., p. 135.
65. Ibid., p. 142.
66. Ibid., p. 217.
67. Ibid., p. 249-250.
68. Eugenio Rodríguez Vega. Siete Ensayos Políticos. Monseñor Sanabria un Obispo comprometido. (San José: EUNED. 1990).
69. Junta de Protección Social. Junta de Protección Social de San José, fundada en 1845. Reseca Histórica. (San José: s.n., 1989), p. 12.
70. Ibid., p.1.
71. Ibid., p.12.

72. Secretaria de Salubridad Pública y Protección Social. Memoria 1928. (San José: Imprenta Nacional, 1923). p. 12.
73. Ibid., p.12.
74. Ibid., p.12.
75. Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Doctor Raúl Blanco Cervantes, 25 años de servicio. (San José; C.C.S.S., 1983). p.11.
76. Ibid., p. 11.
77. Manuel Rodríguez Jiménez. "Reseña Histórica del Hospital Nacional "Psiquiátrico". Revista Cúpula, Año IV, NO. 6: p. 18, 1985.
78. Guillermo Jiménez López. "Algunos Aspectos Históricos del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut-Hospital Nacional Psiquiátrico". Revista Cúpula, Año IX, NS. 19, nov. 1985.
79. José Acuña Sanabria. "Panorama de Costa Rica visto desde el consultorio psiquiátrico". La psiquiatría y la psicología en Costa Rica. Varios autores (San José, C.R.: EUNED, 1979) p. 13.
80. Secretaria de Salubridad Pública y Protección Social. Memoria del año administrativo 1937. (San José, C.R.: Imprenta Nacional, 1938).
81. Ibid., p. 43.
82. Fernando Centeno Güell. La Escuela de Enseñanza Especial (su origen, finalidad, organización y funcionamiento). (San José: Publicaciones de la Secretaria de Educación Pública, Imprenta Nacional, 1941) p. 3.
83. Secretaria de Salubridad Pública y Protección Social. Memoria del año 1938. (San José: Imprenta Nacional, 1939) p. 24.
84. Vladimir De la Cruz. Las luchas sociales en Costa Rica, 1870 – 1930. 2ed. (San José: Editorial Costa Rica y Editorial Universidad de Costa Rica, 1981) p. 23.
85. Eugenio Rodríguez Vega. Biografía de Costa Rica. 2ed (San José: Editorial Costa Rica, 1981) p. 80
86. Oscar Aguilar Bulgarelli. Costa Rica y sus hechos Políticos de 1948 (Problemática de una Década). (San José: Editorial Costa Rica, 1967) p. 29.
87. Ibid., p. 37
88. Ibid., p. 53
89. Ibid., p. 58
90. Ibid., p. 39
91. Ibid., p. 39
92. Eugenio Rodríguez Vega. Siete Ensayos Políticos. Monseñor Sanabria un Obispo comprometido. (San José: EUNED. 1990). p. 41

93. Eugenio Rodríguez Vega. Biografía de Costa Rica. 2ed (San José: Editorial Costa Rica, 1981) p. 173
94. Jorge Rovira Mas. Estado y política Económica en Costa Rica 1948 – 1970. (San José: Editorial Porvenir, 1990). V.5., p. 35.
95. Manuel Solís y Francisco Esquivel. Las perspectivas del reformismo en Costa Rica. (San José: Departamento Económico de Investigaciones y Editorial Universitaria Centroamericana, 1980). P. 39.
96. Ibid., p. 11
97. Vladimir De la Cruz. Historia General de Costa Rica. (San José: Euroamericana de Ediciones, 1990). V.5., p. 11.
98. Solís y Esquivel, p. 42 – 43.
99. Vladimir De la Cruz. Historia General de Costa Rica, (San José: Euroamericana de Ediciones, 1990). V.5., p.6.
100. Ibid., p. 11
101. Solís y Esquivel, p. 42 -43.
102. Vladimir De la Cruz. Historia General de Costa Rica, Op. cit., p. 16.
103. Ibid., p.50
104. Ibid., p.70
105. Fernando Centeno Güell. Entrevista realizada el 19 de junio de 1989.
106. Fernando Centeno Güell. La Escuela de Enseñanza Especial (Su origen, finalidad, organización y funcionamiento), Op. cit., p.3
107. Decreto Ejecutivo No. 10 del 23 de julio de 1940.
108. Ibid.
109. Ibid.
110. Ibid.
111. Fernando Centeno Güell. La Escuela de Enseñanza Especial (su origen, finalidad, organización y funcionamiento), Op. cit., p.4.
112. Ibid., p. 4.
113. Ibid., p.6
114. Ley no. 161 del 15 de marzo de 1944.
115. Ibid.
116. Fernando Centeno Güell, “Escuelas de Enseñanza Especial en Centroamérica”, Periódico ANDE (San José, C.R.), 25 de mayo 1953, p. 3.

117. Fernando Centeno Güell. La Escuela de Enseñanza Especial (su origen, finalidad, organización y funcionamiento), Op. cit., p. 9 – 10 – 11- 12.
118. Fernando Centeno Güell, Entrevista realizada el 27 de junio de 1989.
119. Ibid.
120. Maria Eugenia Vargas de Baudrit (comp.) Compilación de la Legislación y otras Normas Costarricenses sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas. (San José: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y Dirección General de Estadística y Censos, 1980), p. 89.
121. Ministerio de Salubridad Pública. Memoria Año 1955. (San José, Imprenta Nacional, 1957), p. 111.
122. Ibid., p. 10.
123. Ibid., p. 125
124. Humberto Araya Rojas. Memorias de la Rehabilitación neuromusculo-esquelética en Costa Rica. (San José: s.n., 1983), p. 2 -3.
125. Rigoberto Rojas Leiva, Recuerdos razonados (s.1.: 13 de junio de 1989), (comunicación personal).
126. Ministerio de Salubridad Pública. Memoria año 1955. (San José: Imprenta Nacional, 1957), p. 70
127. Humberto Araya Rojas, Op. cit., p. 4.
128. Ibid., p. 5.
129. Ministerio de Salubridad Pública. Informe Anual año 1959. (San José: Imprenta Nacional, 1960), p. II-III.
130. Carlos Manuel Zamora Hernández. Vida y Obra del Doctor Humberto Araya Rojas. (San José: s.n., 1990), p.9.
131. Humberto Araya Rojas, Recuerdos razonados (s.1.: 22 de mayo de 1989) (comunicación personal).
132. Ministerio de Salubridad Pública. Informe de Labores 1962. (San José: Imprenta Nacional, 1963), p. 11.
133. Instituto Nacional de Seguros. Servicios de Rehabilitación brindados por el Instituto Nacional de Seguros. (San José: s.n., 1988) p.1.
134. Ibid., p.2.
135. Gastón De Mezerville y Gerardo Monge. ¿Qué Sucede? Manual Informativo sobre Rehabilitación y Educación Especial. (San José: Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación y C.C.S.S., 1980) p.12
136. María Elena Rodríguez. Informe presentado en el Seminario-Taller sobre el trabajo social en rehabilitación profesional. (San Jose: C.C.S.S., agosto de 1983), p. 3.

137. Ligia Matamoros de Barboza. El Lisiado Rehabilitado toma su lugar como un ciudadano productivo. Tesis de grado. Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social: 1971, p 41.
138. Oficina Internacional del Trabajo. Informe al Gobierno de Costa Rica sobre la Readaptación Profesional y empleo de los Inválidos. (Ginebra: OIT, 1964).
139. Ibid.
140. Matamoros, Op. cit., p. 45
141. Gastón de Mazerville Zeller. "La Universidad de Costa Rica y su papel en la Historia de la Rehabilitación y Educación Especial costarricense". Revista Educación. XIV (1): 109, 1990.
142. Casa Presidencial. Colección de Leyes y Decretos. (San José: Imprenta Nacional, 1961), Segundo semestre, T. I, p. 296 – 297
143. Jorge Rovira Mas. Costa Rica en los años 80. (San José: Editorial Porvenir, 1987), p. 17
144. Ibid., p. 18 – 19.
145. Ibid., p. 23.
146. Vladimir de la Cruz. Historia General de Costa Rica. Op. cit., p. 20.
147. Jorge Rovira Mas. Estado y Política Económica en Costa Rica 1948 – 1970. (San José: Editorial Porvenir, 1982), p. 103.
148. Jorge Rovira Mas. Costa Rica en los años 80. Op. cit., p. 29
149. Manuel Solís Avendaño. Desarrollo Rural. (San José: EUNED, 1981), p.95
150. Ibid., p. 96.
151. Jorge Rovira Mas. Estado y Política Económica en Costa Rica 1948 – 1970. Op. cit., p. 165
152. Vladimir De la Cruz. Historia General de Costa Rica. Op. cit., p. 38.
153. Ibid., p. 115.
154. Jorge Rovira Mas. Costa Rica en los a Píos 80. Op. cit. p. 38.
155. Ibid., p. 115.
156. Caja Costarricense de Seguro Social. Unidad de Planificación Médica. Estudio Integral del Centro Nacional de Rehabilitación "Doctor Humberto Araya Rojas" y Desconcentración de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación en Medicina Física y Rehabilitación en la C.C.S.S. (San José: C.C.S.S., 1985) p,2.
157. Humberto Araya Rojas. Memorias de la Rehabilitación neuromusculo-esquelética en Costa Rica. San José: s. n., 1983), p. 17.
158. Ibid. p. 15.
159. Carlos Manuel Zamora Hernández. Vida y Obra del Doctor Humberto Araya Rojas. (San José: s.n., 1990). p. 14.

160. José Acuña Sanabria y otros. La psiquiatría y la Psicología en Costa Rica. (San José. EUNED, 1979).
161. Ibid., p.117.
162. Gonzalo Adís. En: José Acuña Sanabria y otros, La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica. (San José:
163. EUNED, 1979). p. 216.
164. José Acuña Sanabria y otros, Op. cit. p. 217-218.
165. Norma Loaiza, "Suplemento Dominical", La Nación (San José, C.R.), 10 de nov. 1974, p. 26-C.
166. Ibid., p. 26-C.
167. Fernando Centeno Güell. Recuerdos razonados (s.l.: 27 de junio de 1989) (comunicación personal)
168. Marlene Rodríguez Hernández. Recuerdos razonados (s.l.; 19 de mayo, 1992) (comunicación personal).
169. "Irán a la Integración dentro de la Sociedad los Niños Excepcionales", La Nación (San José, C.R.) 12 de jun. 1968, p. 82.
170. Ibid., p. 82.
171. "Bases de un Centro de Diagnóstico", La República (San José, C.R.) 28 de set. 1969, p.l.
172. "Esfuerzos Coordinados en materia de Rehabilitación". La Nación (San José, C.R.) lunes 11 de agosto de 1969, p. 20.
173. "Instituto de Enseñanza Especial Centroamericana". La Nación (San José, C.R.) jueves 11 de junio de 1970, p. 83.
174. Marlene Rodríguez Hernández. Recuerdos razonados (s.l.; 10 de mayo de 1992) (Comunicación personal).
175. Eloísa De Lorenzo. "La Sociedad muchas veces crea retardados mentales". La República (San José, C.R.), 27 de julio de 1973 p. 7.
176. Asamblea Legislativa, Creación de una escuela de sordos en la ciudad de Cartago. Expediente No., 3644. San José: [La Asamblea], 22 de octubre de 1967, folio 21.
177. María Eugenia Vargas de Baudrit (comp). Compilación de la Legislación y otras Normas Costarricenses sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas. (San José; Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y Dirección General de Estadística y Censos, 1980), p 85.
178. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Textos Seleccionados del Primer Seminario Nacional sobre Rehabilitación Integral de Personas Inválidas. (San José; CNREE, 1980), p. 17.
179. Casa Presidencial. Decreto Ejecutivo No. 140 del 14 de agosto de 1968.

180. Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial. Libro de Actas No. 1, folio 51.
181. Profesores para sordos y terapistas del lenguaje. "Preparación en la U", La República (San José, C.R.), 10 de octubre 1972, primera página.
182. Marlene Rodríguez Hernández. Recuerdos razonados (s.l.: 19 de mayo de 1992) (Comunicación personal)
183. "Mucho cuidado con el ni Fío que le cuesta aprender" La Nación. (San Josa, C.R.), 10 de nov., 1974, p. 22 C.
184. Industrias de Buena Voluntad. Libro de Actas de Junta Directiva No. 1 del 20 de Julio de 1969, folio No. 4.
185. Ibid., folio No. 5.
186. Ibid., folio No. 26.
187. María Eugenia Vargas de Baudrid (comp.) Op. cit. p.182.
188. "Estado respalda y ayudará a Industrias de Buena Voluntad", La Nación. (San José, C.R.), 23 de Set. 1979 p.4.
189. Norma Loaiza. "Encuentro Latinoamericano de Industrias de Buena Voluntad". La Nación. (San José, C.R.) Domingo 2 de abril de 1972, p. 41.
190. Industrias de Buena Voluntad, Libro de Actas de Asamblea General No.1. Acta No.30 de Asamblea General del día 30 de agosto de 1982, folio No. 174.
191. Ibid., folio No. 200.
192. Casa Presidencia¹. Decreto Ejecutivo No.1968-SPPS del 22 de setiembre de 1971
193. Oficina Internacional de Trabajo. Programa Ampliado de Asistencia Técnica, Informe al gobierno de Costa Rica sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de los Inválido. (Ginebra: OIT, 1964), p.29.
194. Oficina Internacional del Trabajo. Memorando al gobierno de Costa Rica sobre la Rehabilitación Profesional y la Colocación laboral de los Inválidos. (San José: OIT, 1970) p.17
195. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Informe final al Ministerio de Trabajo en Rehabilitación en Rehabilitación Profesional en 1978. (San José: CNREE, 1978); p.1.
196. Casa presidencial. Decreto Ejecutivo No. 1968-SPPS del 22 de setiembre de 1971.
197. Ibid.
198. Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Libro de Actas. Acta No.1, 12 de enero, 1972, folios 11 y 19.
199. Ibid., folio No.3
200. Ibid., folio No.71
201. Ibid., folio No.190

202. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la labor desarrollada por la Institución en sus doce primeros años de funcionamiento. 1973 – 1985, (San José: CNREE, 1987) p.31
203. Ley No. 5347 de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Artículo 1.
204. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Libro de Actas No.1 Primera Sesión, 8 de noviembre de 1973, folio No. 1
205. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1986 – 1990. (San José: MIDEPLAN, 1987) V.I., p.5.
206. Ibid. p.7
207. Jorge Rovira Mas. Costa Rica en los años 80 (San José: Editorial Provenir, 1987), p.48.
208. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1986 – 1990. (San José: MIDEPLAN, 1987) V.I. p. 10 y 11.
209. Vladimir De la Cruz. Historia General de Costa Rica. Op. cit., p.153
210. Oficina de Planificación Nacional. Plan Nacional de Desarrollo 1979 – 1982. “Gregorio José Ramírez”. (San José: OFIPLAN, 1980). p. 149 – 150.
211. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1982 – 1986. “Volvamos a la tierra”. (San José: MIDEPLAN, 1983). Tomo I. Diagnóstico y Estrategia Global., p. 70.
212. Johnny Meoño Segura. Administración Pública, Teoría y Práctica. 2ed. (San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 1986), p. 237.
213. Ministerio de Planificación y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1982 – 1986 Op. cit., p.121.
214. Ibid., p. 131
215. Ibid., p.133
216. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Textos Seleccionados del Primer Seminario. Op. cit. p.1.
217. Gastón De Mazerville Séller, “La Universidad de Costa Rica y su papel en la Historia de la Rehabilitación y Educación Especial Costarricense”. Revista Educación. XIV (1): 109, 1990.
218. “Buscan crear carrera de Rehabilitación Especial”, La Nación, martes 18 de abril de 1978, p.18
219. Gastón De Mazerville Zeller, “Comprehensive Rehabilitation: A Graduate Program for the third World”, Rehabilitation World. 7 (3): 11 – 15, fall, 1983
220. Gastón De Mazerville Zeller, “La Rehabilitación Integral como experiencia Educativa”. Revista Educación. 9 (1 y 2): 151 – 156, 1985.
221. Gastón de Mazerville Zeller, Incapacidad y Rehabilitación en un área rural de Costa Rica. (San José: Organización Convenio Internacional de Rehabilitación, 1979).

222. Gastón De Mazerville y Gerardo Monge. ¿Qué Sucede? Manual Informativo sobre Rehabilitación y educación Especial. (San José: Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación y C.C.S.S., 1980).
223. Ibid., p. 109.
224. Manuel Sandí. Anteproyecto de Diseño Estructural y Operativo para el Desarrollo de un Centro de Capacitación en Rehabilitación Profesional y Social en Costa Rica. Informe final. (San José: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 1987), p.74.
225. Primer Simposio Centroamericano y del Caribe sobre Integración del Niño y del Adolescente con necesidades Especiales. Memoria. (San José: CNREE, 1989) p.7.
226. Vidal Quirós. Resolución No.102 sobre expansión de aulas diferenciadas. (San José: Ministerio de Educación Pública, 1978), p.1
227. "Aulas diferenciadas: Realidad Educativa", La Nación (San José, C.R.) Sábado 29 de marzo de 1980, sección B, p.22.
228. Luis Asís Beirute, Carlos Eduardo Monge Coto y Carlos Díaz Salgado. Estudio Integral del Centro Nacional de Rehabilitación "Doctor Humberto Araya Rojas" y Desconcentración de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación en la C.C.S.S. (San José: Unidad de Planificación Médica C.C.S.S., 1985) p.112 y 113.
229. De Mazerville y Monge Op. cit., p 180
230. Instituto Nacional de Aprendizaje. Reglamento para Uso de Atención de Población con Discapacidad Leve. (San José: Dirección de Programas Especiales, 1990), p.1
231. Conferencia Internacional del Trabajo. Convenio 159 Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. (Ginebra: OIT, 1983), p.2
232. Dirección General de Servicio Civil, Resolución DG-136-90, (San José, 9 de octubre, 1990), p.2
233. Ibid., p.1
234. Caja Costarricense del Seguro Social. Evolución y Tendencias de las Prestaciones de Seguridad Social a la Luz de la Importancia Creciente de las Medidas de Rehabilitación (San José: C.C.S.S., 1984) p.38.
235. Ibid., p.40
236. María Eugenia Vargas de Baudrit, Op. cit., p.96
237. Poder Ejecutivo "Reglamento a la Ley No. 7087". La Gaceta No. 83, Lunes 2 de mayo de 1988.
238. Poder Ejecutivo. Ley No. 7125 Sobre Pensión Vitalicia para las Personas que Padecen de Parálisis Cerebral. San José, 24 de enero de 1989.
239. Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1990) p. 73 a 75.
240. Caja Costarricense de Seguro Social. Evolución y Tendencias de las Prestaciones... Op. cit., p. 45 – 46.

241. Mario Roa. "Ministra Volio pide respeto al lisiado". La Nación. Jueves 6 de noviembre de 1980, p. 2A.
242. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación especial, "Evaluación de la Labor..." Op. cit., p.77.
243. Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para los Impedidos Op. cit., p.67.
244. Francisco Mora Protti. Análisis de Estrategias en el Desarrollo de Planes y Programas para la Accesibilidad a Edificios Públicos, de Transporte y de Acondicionamiento Urbano. Seminario de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. (San José: s.n., 1981) p.3.
245. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Programa del Seminario de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. (San José: CNREE, 1981) p.1.
246. Eugenia Solís Umaña. Proyectos y realizaciones para la Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte en Costa Rica. Seminario de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. (San José: s.n., 1981) p.21
247. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la Labor Desarrollada por la Institución. Op. cit., p.65
248. Ibid., p.78.
249. Eugenia Solís Umaña, Op. cit., p.24
250. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Informe de Labores de la Institución año 1989. (San José: CNREE, 1989).
251. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la Labor Desarrollada por la Institución. Op. cit., p.66
252. Poder Ejecutivo. Ley No. 7040. (San José: s.n., 25 de abril de 1986). Artículo 36, inciso 15
253. Club Activo 20-30 Internacional de San José. Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas. (San José: s.n., 1984) p.10.
254. Ibid., p.12
255. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Servicios Integrados Locales de Rehabilitación. Proyecto. (San José, CNREE, 1992).
256. Rafael Ángel Calderón Fournier Costa Rica. Presidente (1990 – 1994). Carta comunicando el traspaso de los Centros Regionales de Atención para Personas Minusválidas al CNREE, para los señores Ministros. (San José: Casa presidencial, 22 de mayo, 1991).
257. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Servicios Integrados Locales de Rehabilitación (SILOR) (Santa Cruz, San Carlos, San Isidro de El General y Limón). (San José: CNREE, 1991), p.3
258. Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Op. cit., p.75.
259. Rehabilitación Internacional. Carta para los años 80. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1982. p.35.

260. Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Op. cit. p.75.
261. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Diagnóstico nacional sobre la Situación de Empleo de las Personas Discapacitadas. (San José: CNREE, 1992), p. 43.
262. Oscar Rivera. Informe Especial para la Junta Directiva del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (San José: Asociación Costarricense de Lisiados, 1976). p.1.
263. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la Labor Desarrollada por la Institución. Op. cit. p.75.
264. Asociación Costarricense de Lisiados. Acta de Asamblea General Constitutiva. San José, 29 de mayo de 1976, p.2.
265. Federación Costarricense de Limitados Funcionales. Acta de Asamblea General Constitutiva. San José, trece de junio de 1987, p.1.
266. Federación Costarricense de Limitados Funcionales. Estatutos. San José, 1987 Capítulo Segundo. Artículo tercero, p.1.
267. Federación de Organizaciones de Padres y Amigos de Personas con Necesidades Especiales de Costa Rica. Acta de la Asamblea General Constitutiva. San José, 16 de abril de 1990, p. 1 y 2.
268. Gastón de Mezerville. La Universidad de Costa Rica y su papel en la historia de la rehabilitación y educación especial... Op. cit.,
269. Ley número 5347 de creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 1973, artículo 1.
270. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la labor desarrollada por la Institución. Op. cit.,
271. Ibid., p. 59.
272. Ibid., p. 59.
273. Ibid., p. 97.
274. Ibid., p. 87.
275. Ley número 5347. Op. cit., artículo 2, inciso c.
276. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la labor desarrollada por la Institución... p.107 – 108.
277. Ley No. 5347 de creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Op. cit., artículo 2.
278. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Memoria 1986. (San José: CNREE, s.f.), p.43.
279. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la labor desarrollada por la Institución... p.114.
280. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Políticas Nacionales de Rehabilitación Integral. (San José: CNREE, 1987), p. 2 y 3

281. Decreto No. 18191-S-MEP-TSS-PLAN del 31 de julio de 1989. (San José: S.L., s.f.), p.10
282. Ley No. 5347 de creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Op. cit., Artículo 2.
283. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Informe del Presidente del Consejo Sobre las Principales Actividades Desarrolladas por la Institución en 1990. (San José: CNREE, s.f. p. 2 y 3.
284. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990-2000. (San José: CNREE, s.f.), p.13 y 14.
285. Ibid., p. 9 a 12

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña Sanabria, José. "Panorama de Costa Rica visto desde el consultorio psiquiátrico". La siquiatria y la psicología en Costa Rica; varios autores. San José: EUNED, 1979.
- Acuña Sanabria, José y otros. La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica. San José: EUNED, 1979.
- Adís, Gonzalo. En: La psiquiatría y la psicología en Costa Rica. San José: EUNED, 1979.
- Aguilar Bulgarelli, Oscar. Costa Rica y sus hechos políticos de 1948 (Problemática de una Década). Editorial Costa Rica, 1967.
- Araya Rojas, Humberto. Memorias de la Rehabilitación Neuromusculoesquelética en Costa Rica. San José: s.n., 1983,
- Araya Rojas, Humberto. Recuerdos razonados. S.1.: 22 de mayo de 1989.
- Asamblea Legislativa. Creación de una Escuela de Sordos en la ciudad de Cartago. Expediente No. 3644. San José: La Asamblea 22 de octubre de 1967, folio 21.
- Asís Beirute, Luis; Monge, Coto; Carlos Eduardo y Díaz Salgado, Carlos. Estudio Integral del Centro Nacional de Rehabilitación "Dr. Humberto Araya Rojas y Desconcentración de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación en la C.C.S.S. San José: Unidad de Planificación Médica, C.C.S.S., 1985.
- Asociación Costarricense de Lisiados. Acta de Asamblea General Constitutiva. San José, 29 de mayo de 1976.
- "Aulas Diferenciadas: Realidad Educativa. La Nación. (San José, C.R.) sábado 29 de marzo de 1980, sección B, p.22.
- "Bases de un Centro de Diagnóstico", La República (San José, C.R.) Domingo 28 de setiembre de 1969, p.1.
- "Buscar crear carrera de Rehabilitación Especial", La Nación (San José, C.R.) Martes 18 de abril de 1978, p.18.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Unidad de Planificación Médica. Estudio Integral del Centro Nacional de Rehabilitación "Doctor Humberto Araya Rojas" y Desconcentración de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación en Medicina Física y Rehabilitación en la C.C.S.S. San José: C.C.S.S., 1985.
- Caja Costarricense del Seguro Social. Evolución y Tendencias de las Prestaciones de Seguridad Social a la Luz de la Importancia Creciente de las Medidas de Rehabilitación. San José: C.C.S.S., 1984.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Doctor Raúl Blanco Cervantes, 25 años de servicio. (San José; C.C.S.S., 1983). p.11.
- Calderón Fournier, Rafael Ángel. Costa Rica. Presidente (1990 – 1994). Carta comunicando el traspaso de los Centros Regionales de Atención para Personas Minusválidas al CNREE, para los señores Ministros. San José: (Casa presidencial) 22 de mayo, 1991.

- Casado, Demetrio. "En Busca de una Sistémica para la Discapacidad", Discapacidad e información. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Documentos 14/87, 1987.
- Casa Presidencial. Colección de Leyes y Decretos. San José: Imprenta Nacional, 1961, segundo semestre, T. I
- Casa Presidencial. Decreto Ejecutivo No. 140 del 14 de agosto de 1968.
- Casa Presidencia1. Decreto Ejecutivo No.1968-SPPS del 22 de setiembre de 1971
- Centeno Güell, Fernando. La Escuela de Enseñanza Especial (su origen, finalidad, organización y funcionamiento). San José: Publicaciones de la Secretaria de Educación Pública, Imprenta Nacional, 1941.
- Fernando Centeno Güell, "Escuelas de Enseñanza Especial en Centroamérica", Periódico ANDE (San José, C.R.), 25 de mayo 1953. p.3.
- Fernando Centeno Güell. Recuerdos razonados (s.l.: 19 de junio de 1989) (comunicación personal)
- Fernando Centeno Güell. Recuerdos razonados (s.l.: 27 de junio de 1989) (comunicación personal)
- Cerdas Cruz, Rodolfo. Prólogo en Historia General de Costa Rica. San José: Euroamericana de Ediciones, 1982.
- Club Activo 20-30 Internacional de San José. Centros Regionales de Atención Integral a Personas Minusválidas. San José: s.n., 1984.
- Comisión Interministerial para el Estudio de la Educación Especial. Libro de Actas No. 1, folio 51.
- Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Libro de Actas. Acta No.1, 12 de enero, 1972, folios 11 y 19
- Conferencia Internacional del Trabajo. Convenio 159 Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. Ginebra: OIT, 1983.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Diagnóstico nacional sobre la Situación de Empleo de las Personas Discapacitadas. San José: CNREE, 1992.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Evaluación de la labor desarrollada por la Institución en sus doce primeros años de funcionamiento. 1973 – 1985, San José: CNREE, 1987.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Informe de Labores de la Institución año 1989. San José: CNREE, 1989.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Informe del Presidente del Consejo Sobre las Principales Actividades Desarrolladas por la Institución en 1990. San José: CNREE, s.f.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Informe final al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre la Asesoría en Rehabilitación Profesional. San José: CNREE, 1978.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Libro de Actas No.1 Acta No. 117 del 16 de enero de 1979 acuerdo No. 5 folio 375.

- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Libro de Actas No.1 Primera Sesión, 8 de noviembre de 1973, folio No. 1
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Memoria 1986. San José: CNREE, 1987.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral 1990-2000. San José: CNREE, s.f.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Políticas Nacionales de Rehabilitación Integral. San José: CNREE, 1987.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Programa del Seminario de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. San José: CNREE, nov. 1981.
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Servicios Integrados Locales de Rehabilitación (SILOR) (Santa Cruz, San Carlos, San Isidro de El General y Limón). San José: CNREE, 1991
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Textos Seleccionados del Primer Seminario Nacional sobre Rehabilitación Integral de Personas Inválidas. San José; CNREE, 1980.
- Cruz, Vladimir De la. Historia General de Costa Rica. San José: Euroamericana de Ediciones, 1990. V.5.
- Vladimir De la Cruz. Las luchas sociales en Costa Rica, 1870-1930. 2 ed. San José: Editorial Costa Rica y Editorial Universidad de Costa Rica, 1981.
- Decreto Número 10 del 23 de julio de 1940.
- De Lorenzo, Eloísa. "La Sociedad muchas veces crea retardados mentales". La República (San José, C.R.), 27 de julio de 1973 p. 7
- Dirección General de Servicio Civil, Resolución DG-136-90. San José, 9 de octubre, 1990.
- Obermann Esco. History of Rehabilitation. Estados Unidos: (s.e.), 1965.
- "Esfuerzos Coordinados en materia de Rehabilitación". La Nación (San José, C.R.) miércoles 23 de setiembre de 1979, p.4.
- Fonseca Fonseca. Costa Rica Colonial, la Tierra y el Hombre. San José: EDUCA, 1983.
- Federación Costarricense de Limitados Funcionales. Acta de Asamblea General Constitutiva. San José, 13 de junio de 1987, p.1
- Federación Costarricense de Limitados Funcionales. Estatutos. San José, 1987 Capítulo Segundo. Artículo tercero, 1987. 1990, p. 1 y 2.
- Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Manual Básico de Rehabilitación Profesional, Bogotá: GLARP. Serie básica, 1991.
- Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Serie Básica en Rehabilitación Profesional. Bogotá: GLARP, Manual 1, Unidad 1, 1989.
- Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, Plan de Desarrollo 1987-1990. Bogotá; GLARP, octubre 1986.
- Hewett, Frank y Formess, Steven. Education of Exceptional Learners. Bostón: Little Brown and Company 1980.

- Industrias de Buena Voluntad, Libro de Actas de Asamblea General No.1. Acta No.30 de Asamblea General del día 30 de agosto de 1982, folio No. 144.
- Industrias de Buena Voluntad. Libro de Actas de Junta Directiva No. 1 del 20 de Julio de 1969, folio No. 4
- "Instituto de Enseñanza Especial Centroamericana". La Nación (San José, C.R.) jueves 11 de junio de 1970.
- Instituto Nacional de Seguros. Servicios de Rehabilitación brindados por el Instituto Nacional de Seguros. San José: s.n., 1988
- "Irán a la Integración dentro de la Sociedad los Niños Excepcionales", La Nación (San José, C.R.) 12 de jun. 1968.
- Jiménez López, Guillermo. "Reseña histórica del Hospital Nacional Psiquiátrico". Revista Cúpula, año IV, No. 6. p. 18, 1985.
- Jordan, John., "La Rehabilitación y la Educación Especial en América latina". Revista Mexicana de Psicología. V 1 no. 3 p. 250 – 252, 1964.
- Junta de Protección Social, Junta de Protección Social de San José, fundada en 1845. Reseña histórica. San José: s.n., 1989.
- Kessler, Henry H. The Principles and Practices fo Rehabilitation. Philadelphia: 1ed. V. Fetoger, 1950.
- Ley No. 161. Del 15 de marzo de 1944
- Ley No. 5247 de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. San José Costa Rica, 1974.
- Loaiza, Norma. "Encuentro Latinoamericano de Industrias de Buena Voluntad". La Nación. (San José, C.R.) Domingo 2 de abril de 1972, p. 41.
- Loaiza, Norma. "Suplemento Dominical", La Nación (San José, C.R.), 10 de nov. 1974, p. 26-C.
- Otto Márquez da Silva. A epopéia Ignorada. (A Pessoa Deficiente Na Historia do mundo de Ontem e de Hoje). Sao Pablo: CESAS, 1987.
- Matamoros de Barboza, Ligia. El Lisiado Rehabilitado toma su lugar como un ciudadano productivo. Tesis de grado. Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social: 1971.
- Meoño Segura, Johnny. Administración Pública, Teoría y Práctica. 2ed. (San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 1986.
- Mazerville, Gastón De y Monge, Gerardo. ¿Qué Sucede? Manual Informativo sobre Rehabilitación y educación Especial. Oficina del Convenio Internacional de Rehabilitación, C.C.S.S., San José, 1983
- Mazerville Zeller, Gastón De, "Comprehensive Rehabilitation: A Graduate Program for the third World", Rehabilitation World. 7 (3): 11 – 15, fall, 1983.
- Mazerville Zeller, Gastón De. Incapacidad y Rehabilitación en un área rural de Costa Rica. (San José: Organización Convenio Internacional de Rehabilitación, 1979.

- Mazerville Zeller, Gastón De. "La Rehabilitación Integral como experiencia Educativa". Revista Educación. 9 (1 y 2): 151 – 156, 1985.
- Mazerville Zeller, Gastón de. "La Universidad de Costa Rica y su papel en la Historia de la Rehabilitación y Educación Especial costarricense". Revista Educación. XIV (1): 109, 1990
- M.F. "Escuela para Niños Sordos se inaugura hoy". La República (San José, C.R.) 17 de marzo de 1969.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1982 – 1986. "Volvamos a la tierra". San José: MIDEPLAN, 1983.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1986 – 1990. San José: MIDEPLAN, 1987.
- Ministerio de Salubridad Pública. Informe Anual año 1959. San José: Imprenta Nacional, 1960.
- Ministerio de Salubridad Pública. Informe año 1962. San José: Imprenta Nacional, 1963.
- Ministerio de Salubridad Pública. Memoria año 1955. San José: Imprenta Nacional, 1957.
- Mora Protti, Francisco. Análisis de Estrategias en el Desarrollo de Planes y Programas para la Accesibilidad a Edificios Públicos, de Transporte y de Acondicionamiento Urbano. Seminario de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. San José: s.n., 1981.
- "Mucho cuidado con el niño que le cuesta aprender". La Nación, 10 de noviembre de 1974, p. 22C.
- Naciones Unidas Programa de Acción Mundial para los Impedidos. (New York: División de Información Económica y Social/DPI para el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios/DIESA, 1983.
- Oficina Internacional del Trabajo. Informe al Gobierno de Costa Rica sobre la Readaptación Profesional y empleo de los Inválidos. Ginebra: OIT, 1964.
- Oficina Internacional del Trabajo. Memorando al gobierno de Costa Rica sobre la Rehabilitación Profesional y la Colocación laboral de los Inválidos. San José: OIT, 1970.
- Oficina de Planificación Nacional. Plan Nacional de Desarrollo 1979 – 1982. "Gregorio José Ramírez". (San José: OFIPLAN, 1980.
- Organización de Estados Centroamericanos (ODECA), Informe Final. (San Salvador, El Salvador; Comisión Centroamericana de Rehabilitación de Inválidos, Primera Reunión), p.7.
- Organización Internacional del Trabajo. Convenio 159 Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de los Inválidos. Ginebra: OIT, s.f.
- Organización Internacional del Trabajo. Glosario de Rehabilitación Profesional y empleo de los Incapacitados. Ginebra; OIT, 1981.
- Organización Internacional del Trabajo. Recomendación No. 99 Sobre la Rehabilitación y el Empleo de Inválidos. Ginebra: OIT, 1955.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid: INSERSO, 1983.
- Poder Ejecutivo. Ley No. 7125 Sobre Pensión Vitalicia para las Personas que Padecen de Parálisis Cerebral. San José, 24 de enero de 1989.

- Poder Ejecutivo. Ley número 7040. Artículo 36, inciso 15, San José, 25 de abril de 1986.
- Poder Ejecutivo "Reglamento a la Ley No. 7087". La Gaceta No. 83, Lunes 2 de mayo de 1988.
- "Preparación en la U". Profesores para sordos y terapistas del lenguaje. La República (San José, C.R.), 10 de octubre 1972, primera página.
- Primer Simposio Centroamericano y del Caribe sobre Integración del Niño y del Adolescente con necesidades Especiales. Memoria. San José: CNREE, 1989
- Puig de la Bellacasa, Ramón, "Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre discapacidad", Discapacidad e Información. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía. Documentos 14/87, 1987.
- Quirós Vida. Resolución número 102 sobre expansión de aulas diferenciadas. San José: MEP, 1978, p.1.
- Rehabilitación Internacional. Carta para los años 80. Madrid: INSERSO, 1982.
- Rivera M., Oscar G. Informe especial para la Junta Directiva del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. San José: Asociación Costarricense de Lisiados, 20 de setiembre de 1976.
- Roa, Mario. "Ministra Volio pide Respeto al Lisiado". La Nación. (San José. C.R.), jueves 6 de noviembre de 1980, p.2^a.
- Rodríguez Hernández, Marlene. Recuerdos Razonados. (s.1.: 10 de mayo de 1992) (Comulación personal).
- Rodríguez Hernández, Marlene. Recuerdos Razonados. (s.1.: 19 de mayo de 1992) (Comulación personal).
- Rodríguez, María Elena. Informe presentado en el Seminario-Taller sobre el trabajo social en rehabilitación profesional. (San Jose: C.C.S.S., agosto de 1983), p. 3.
- Rodríguez Jiménez, Manuel. "Reseña Histórica del Hospital Nacional "Psiquiátrico". Revista Cúpula, Año IX, número 19, nov. 1985.
- Rodríguez Vega, Eugenio. Biografía de Costa Rica. 2ed. San José: Editorial Costa Rica, 1981
- Rodríguez Vega, Eugenio. Siete Ensayos Políticos. Monseñor Sanabria un Obispo comprometido. San José: EUNED. 1990.
- Rojas Bolaños, Manuel. Lucha Social en Costa Rica, 1940-1948. San José; Alma Mater, 1986.
- Rojas Leiva, Rigoberto. Recuerdos razonados (s.1.: 13 de junio de 1989) (Comunicación personal).
- Rovira Mas, Jorge. Costa Rica en los años 80. San José: PORVENIR, 1987.
- Rovira Mas, Jorge. Estado y Política Económica en Costa Rica 1948 – 1970. San José: PORVENIR, 1990.
- Salazar y de Agüero, Dolores. El Lisiado a través de la Historia. Habana: Compañía litográfica de la Habana, 1956.
- Sandí, Manuel. Anteproyecto de Diseño Estructural y Operativo para el Desarrollo de un Centro de Capacitación en Rehabilitación Profesional y Social en Costa Rica. Informe final. San José: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 1987.

- Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. Memoria del año 1938. San José: Imprenta Nacional, 1939.
- Solís, Manuel y Esquivel, Francisco. Las Perspectivas del Reformismo en Costa Rica.
- Solís Avendaño, Manuel. Desarrollo Rural. San José EUNED, 1981.
- Solís Umaña, Eugenia. Proyectos y realizaciones para la Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte en Costa Rica. Seminario de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, Físicas y de Transporte. San José: s.n., noviembre de 1981.
- Vargas de Baudrit, Maria Eugenia (comp). Compilación de la Legislación y otras Normas Costarricenses sobre la Invalidez y la Rehabilitación Integral de Personas Minusválidas. San José: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Dirección General de Estadística y Censos, 1980.
- Velásquez Clavijo, Manuel. El minusválido a través de la Historia. Madrid: INSERSO. Documentos Técnicos 41/85, 1982
- Wright, George N. Total Rehabilitation. Boston: Little Brown Company, 1980.
- Zamora Hernández, Carlos Manuel. Vida y obra del Doctor Humberto Araya Rojas. San José: s.n., 1990.

ANEXOS

La inclusión de los anexos en este documento obedece, fundamentalmente, al criterio de conveniencia de respaldar y ampliar con sentido literal, algunos hechos y momentos de particular significancia en el proceso investigado. Los anexos se presentan conforme a la siguiente disposición:

Anexo No.1: Se refiere al hecho concebido como punto de partida de la rehabilitación en Costa Rica. Lo conforman los anexos No.1-a - Decreto NS. 10 del 23 de Julio de 1940, que establece la primera escuela especial-, y anexo No.1-b - Ley NO. 61 del 15 de marzo de 1944, que crea la Escuela de Enseñanza Especial-.

Anexo No.2: Contiene normas y principios de carácter internacional, de evidente autoridad para la rehabilitación costarricense. Incluye el anexo 2-a -Declaración de los Derechos de los Impedidos-, y el Anexo 2-b -Convenio 159 de la OIT. Sobre Readaptación Profesional y al Empleo a las Personas Inválidas.

Anexo No.3: Se refiere a normativas y disposiciones nacionales que representan puntos de llegada del proceso historiado. Lo integran el anexo NO. 3-a -Ley 5347 de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial-, anexo 3-b, Organigrama de Reorganización Funcional de la Educación Especial en el Ministerio de Educación Pública; y anexo 3-c -Decreto Ejecutivo 19101- S-MEP-TSS-PLAN Sobre Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral-.

ANEXO No. 1-A
DECRETO NO.10
RAFAEL A. CALDERÓN GUARDIA
Presidente de la República
Considerando:

- Primero: Que la educación de los niños que sufren de retraso mental u de trastornos auditivos o del sistema vocal no puede realizarse en las escuelas comunes en perjuicio evidente para el desarrollo de los programas ordinarios de enseñanza.
- Segundo: Que la educación de esos niños tampoco puede someterse a los horarios, normas de trabajo y reglamentos generales de las escuelas de educación común.
- Tercero: Que el estado no debe permanecer indiferente a la muerte de esos niños, sino más bien procurará su mejoramiento de acuerdo con los métodos y recursos que indican la ciencia médica y la psicopedagogía.

Decreta:

- Artículo 1º: Establécese en esta ciudad una escuela especial para niños que sufran de retraso mental o de trastornos auditivos o del sistema vocal que les impidan proseguir con éxito las enseñanzas de la escuela común.
- Artículo 2º: La enseñanza que se imparte en esa escuela tenderá ante todo a educar y desarrollar las facultades del niño con el fin de hacerlo útil para la vida social, y se adaptará, en lo que se refiere a la instrucción, a las posibilidades mentales del alumno.
- Artículo 3º: El ingreso a la escuela creada por este decreto estará condicionado al dictamen favorable en ese sentido del Médico Jefe del Departamento Sanitario Preescolar y Escolar.
- Artículo 4º: El sostenimiento de la escuela, en lo que se refiere a sueldos, se cargará a la Partida del Personal Docente de la provincia de San José.
- Artículo 5º: Este decreto regirá a partir del primero de agosto entrante.
- Dado en la Casa Presidencial – San José, a los veintitrés días del mes de julio de mil novecientos cuarenta.

R. A. CALDERÓN GUARDIA
El Secretario de Estado en el
Despacho de Educación Pública,
LUIS D. TINOCO H.

LEY CONSTITUTIVA

DE LA ESCUELA DE ENSEÑANZA ESPECIAL

(No. 61 de 15 de marzo de 1994)

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES:

- Art. 1º. - Declárese de interés público la educación de los niños que sufren de retraso mental, o de trastornos auditivos, de la vista o del sistema vocal, o de cualquier otro impedimento físico análogo que les impida proseguir con éxito las enseñanzas de la escuela común.
- Art. 2º. - Créase, bajo la supervigilancia de la Secretaría de Estado en el Despacho de Educación Pública, una institución educacional compuesta de cuatro secciones que coexistirán mancomunadamente, guardando la debida separación que imponga la naturaleza de cada una de ellas, que llevará el nombre de Escuela de Enseñanza Especial y cuya misión será la de llenar idóneamente los fines que indica el artículo anterior. Estas secciones serán:
- a).- De retrasados mentales;
 - b).- De sordomudos y defectivos del lenguaje;
 - c).- De ciegos y ambliopes profundos y
 - d).- De niños físicamente impedidos

CAPÍTULO II

DEL REGIMEN EDUCACIONAL:

- Art. 3º.- La Escuela de Enseñanza Especial gozará de autonomía técnica y, al efecto, podrá dictarse por medio de su Director, sus propios métodos y programas, y adoptar todas las medidas conducentes a ese propósito. La Secretaría de Estado en el Despacho de Educación Pública vigilará por que dichos métodos y programas sean implantados.
- Art. 4º.- El ingreso de los niños a cualesquiera de las Secciones que enumera el art. 2º estará condicionado al dictamen favorable, en ese sentido, del Director de la Institución y del médico especialista de la misma.
- Art. 5º.- La enseñanza que se imparte en la Escuela de Enseñanza Especial tenderá, ante todo, a educar y a desarrollar las facultades del niño con el fin de hacerlo útil para la vida social, mediante los procedimientos de la ciencia médica y de la pedagogía especializada y se adaptará, en lo que se refiere a la instrucción, a las posibilidades mentales de cada alumno. Con este objeto, el plan educacional de la misma contemplará, por lo menos, el establecimiento de internados, de clases para enseñanzas intelectivas y de talleres para el aprendizaje de oficios.

CAPÍTULO III

DE LA ORGANIZACIÓN:

- Art. 6º.- La Escuela de Enseñanza Especial tendrá un director, que deberá ser un técnico especializado en la educación de niños física y psíquicamente anormales, y cuyo nombramiento se hará mediante los trámites establecidos por el estatuto de Servicio Civil y su Reglamento.
- Art. 7º.- El personal de la Escuela de Enseñanza Especial será docente, médico y administrativo y su número y clasificación se determinarán por medio del Ministerio de Educación Pública.
- Art. 8º.- El Ministerio de Educación Pública hará los nombramientos de Profesores de la Escuela.
- Art. 9º.- El personal médico de dicha Escuela será nombrado por el Ministerio de Salubridad Pública.
- Art. 10º.- El personal administrativo de la Institución será designado y removido por el Ministerio de Educación Pública, siguiendo los procedimientos establecidos en el Estatuto del Servicio Civil y su Reglamento.
- Art. 11º.- La remoción del personal docente o médico la hará el Ministerio correspondiente siguiendo los trámites establecidos por el Estatuto del Servicio Civil y su Reglamento.
- Art. 12º.- Tanto el personal docente como el administrativo gozarán de la misma protección y beneficios sociales que las leyes otorguen a los trabajadores al servicio del Ministerio de Educación Pública.
- Art. 13º.- Los sueldos del personal docente, médico y administrativo, serán pagados conforme a las previsiones contenidas en el Presupuesto General de la República.
- Art. 14º.- Dentro de los tres primeros meses de cada año, el Director presentará un informe a las Secretarías de Estado en los Despachos de Educación Pública, de Salubridad Pública y Protección Social y de Trabajo y Previsión Social, el cual versará sobre todas las actividades realizadas por la Escuela de Enseñanza Especial durante el ejercicio anual anterior. Este informe se publicará en el Diario Oficial y contendrá en capítulo separado un detalle del presupuesto precedente y de los ingresos y egresos que por cualquier concepto haya tenido la Institución.

CAPÍTULO IV

DE LOS INGRESOS:

- Art. 15º.- Para el sostenimiento de la Escuela de Enseñanza Especial se incluirán en el Presupuesto General de la República las subvenciones pertinentes.
- Art. 16º.- La Escuela puede invertir las rentas que obtenga, por concepto de subvenciones, donaciones, ayudas de particulares, etc. rindiendo cuenta de su gestión a la Contraloría General de la República, debiendo cumplir además con las regulaciones contenidas en la Ley de Administración Financiera de la República.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS

“3447 (XXX). Declaración de los Derechos de las personas Impedidas”

La Asamblea General,

Consciente del compromiso que los Estados Miembros han asumido, en virtud de la Carta de las Naciones Unidas, de tomar medidas conjunto o separadamente, en cooperación con la Organización, para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social,

Reafirmando su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta,

Recordando los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, de la Declaración de los Derechos del Niño y de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, así como las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, los convenios, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,

Recordando asimismo la resolución 1921 (LVIII) del Consejo Económico y Social, de 6 de mayo de 1975, sobre la prevención de la incapacitación y la readaptación de los minusválidos,

Subrayando que la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación,

Teniendo presente la necesidad de prevenir la incapacidad física y mental de ayudar a los impedidos a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal,

Consciente de que, dado su actual nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en situación de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados,

Proclama la presente Declaración de los Derechos de los impedidos y pide que se adopten medidas en los planos nacional e internacional para que la Declaración sirva de base y de referencia comunes para la protección de estos derechos:

1. El término “impedido” designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.
2. El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra

índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.

3. El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El minusválido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.
4. El impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o supresión de estos derechos para los impedidos mentales.
5. El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.
6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica social; a la educación; a las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.
7. El impedido tiene derecho a la seguridad económica y social y a nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.
8. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.
9. El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la substituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.
10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.
11. El impedido debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que esa asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.
12. Las organizaciones de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto de todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos,
13. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos enunciados en la presente Declaración.

2433a. Sesión plenaria
9 de diciembre de 1975

CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

CONVENIO 159

CONVENIO SOBRE LA READAPTACIÓN PROFESIONAL

Y EL EMPLEO DE PERSONAS INVÁLIDAS

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo: Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional de Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 1º de junio de 1983 en su sexagésima novena reunión;

Habiendo tomado nota de las normas internacionales existentes contenidas en la Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955, en la Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos, 1975;

Tomando nota de que, desde la adopción de la Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955, se han registrado progresos importantes en la comprensión de las necesidades en materia de readaptación, en el alcance y organización de los servicios de readaptación y en la legislación y la práctica de muchos Miembros en relación con las cuestiones abarcadas por la recomendación;

Considerando que la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el año 1981 Año Internacional de los Impedidos con el tema de “plena participación e igualdad” y que un programa mundial de acción relativo a las personas inválidas tendría que permitir la adopción de medidas eficaces a nivel nacional e internacional para el logro de las metas de la “plena participación” de las personas inválidas en la vida social y el desarrollo, así como de la “igualdad”;

Considerando que esos procesos avalan la conveniencia de adoptar normas internacionales nuevas al respecto para tener en cuenta, en especial, la necesidad de asegurar, tanto en las zonas rurales como urbanas, la igualdad de oportunidades y de trato a todas las categorías de personas inválidas en materia de empleo y de integración en la comunidad;

Después de haber decidido adoptar diversas proporciones relativas a la readaptación profesional, cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que estas proposiciones revistan la forma de un convenio, adopta, con fecha veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas), 1983.

Parte I. DEFINICIONES Y CAMPO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1º

1. A los efectos del presente Convenio, se entiende por “persona inválida” toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado y de progresar en el mismo queden substancialmente reducidas a causa de una deficiencia de carácter físico o mental debidamente reconocida.

2. A los efectos del presente Convenio, todo Miembro deberá considerar que la finalidad de la readaptación profesional es la de permitir que la persona inválida obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que se promueva así la integración o la reintegración de esta persona en la sociedad.
3. Todo Miembro aplicará las disposiciones de este convenio mediante medidas apropiadas a las condiciones nacionales y conformes con la práctica nacional.
4. Las disposiciones del presente Convenio serán aplicables a todas las categorías de personas inválidas.

Parte II. PRINCIPIOS DE POLÍTICA DE READAPTACIÓN PROFESIONAL Y DE EMPLEO PARA PERSONAS INVÁLIDAS

ARTÍCULO 2

De conformidad con las condiciones, prácticas y posibilidades nacionales, todo miembro formulará, aplicará y revisará periódicamente la política nacional sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

ARTÍCULO 3

Dicha política estará destinada a asegurar que existan medidas adecuadas de readaptación profesional al alcance de todas las categorías de personas inválidas y a promover oportunidades de empleo para las personas inválidas en el mercado regular del empleo

ARTÍCULO 4

Dicha política se basará en el principio de igualdad de oportunidades entre los trabajadores inválidos y los trabajadores en general. Deberá respetarse la igualdad de oportunidades y de trato para trabajadores inválidos y trabajadoras inválidas. Las medidas positivas especiales encaminadas a lograr la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre los trabajadores inválidos y los demás trabajadores no deberán considerarse discriminatorias respecto de estos últimos.

ARTÍCULO 5

Se consultará a las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores sobre la aplicación de dicha política y en particular, sobre las medidas que deben adoptarse para promover la cooperación y la coordinación entre los organismos públicos y privados que participan en actividades de readaptación profesional. Se consultará asimismo a las organizaciones representativas constituidas por personas inválidas o que se ocupan de dichas personas.

Parte III. MEDIDAS A NIVEL NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE READAPTACIÓN PROFESIONAL Y EMPLEO PARA PERSONAS INVÁLIDAS

ARTÍCULO 6

Todo miembro, mediante la legislación nacional y por otros métodos conformes con las condiciones y práctica nacionales, deberá adoptar las medidas necesarias para aplicar los artículos 2, 3, 4 y 5 del presente Convenio.

ARTÍCULO 7

Las autoridades competentes deberán adoptar medidas para proporcionar y evaluar los servicios de orientación y formación profesionales, colocación, empleo y otros afines, a fin de que las personas inválidas puedan lograr y conservar un empleo y progresar en el mismo; siempre que sea posible y adecuado, se utilizarán los servicios existentes para los trabajadores en general, con las adaptaciones necesarias.

ARTÍCULO 8

Se adoptarán medidas para promover el establecimiento y desarrollo de servicios de readaptación profesional y de empleo para personas inválidas en las zonas rurales y en las comunidades apartadas.

ARTÍCULO 9

Todo miembro deberá esforzarse en asegurar la formación y la disponibilidad de asesores en materia de readaptación y de otro personal calificado que se ocupe de la orientación profesional, la formación profesional, la colocación y el empleo de personas inválidas.

Parte IV. DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 10

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

ARTÍCULO 11

1. Este convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
2. Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
3. Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

ARTÍCULO 12

1. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
2. Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

ARTÍCULO 13

1. El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen lo Miembros de la Organización.
2. Al notifica a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada el director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

ARTÍCULO 14

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los precedentes.

ARTÍCULO 15

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

ARTÍCULO 16

1. En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:
 - a. La ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante, las disposiciones contenidas en el artículo 12, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;
 - b. A partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.
2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su * hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

ARTÍCULO 17

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio sean igualmente auténticas.

* = forma y contenido actuales, para los Miembros que los hayan ratificado y no ratifiquen y no ratifiquen el convenio revisor.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

DECRETA

La siguiente

LEY DE CREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

CAPÍTULO I

DE LA CREACIÓN

ARTÍCULO 1:

Créase un Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, encargado de orientar la políticas general en materia de rehabilitación y educación especial, en coordinación con los Ministerios de Salubridad Pública, Educación Pública, Trabajo y Seguridad Social, así como la planificación, promoción, organización, creación y supervisión de programas y servicios de rehabilitación y educación especial para personas física o mentalmente disminuidas, en todos los sectores del país.

CAPÍTULO II

DE LOS FINES

ARTÍCULO 2:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, tendrá las siguientes funciones:

- a) Servir de instrumento coordinador y asesor entre las organizaciones públicas y privadas que se ocupen de la Rehabilitación y Educación Especial.
- b) Coordinar un Plan Nacional de rehabilitación y educación especial que integre sus programas y servicios con los planes específicos de salud, educación y trabajo, evitando duplicaciones y utilizando los recursos económicos humanos disponibles.
- c) Promover la formación de profesionales especialistas en rehabilitación y educación especial, en conexión con las Universidades y entidades que tengan a su cargo la preparación de personal profesional, técnico y administrativo.
- d) Fomentar medidas que aseguren las máximas oportunidades de empleo para los disminuidos físicos o mentales.
- e) Organizar el Registro Estadístico Nacional de Disminuidos Físicos o Mentales para su identificación clasificación y selección.
- f) Motivar, sensibilizar e informar acerca de los problemas, necesidades y tratamiento de la población que requiere de rehabilitación y educación especial.
- g) Gestionar en coordinación con los Ministerios respectivos la supervisión anual de los fondos necesarios para la atención debida de los programas de su rehabilitación y educación especial asegurando su utilización para los fines establecidos.

- h) Coordinar con los Ministerios y organismos Nacionales e Internacionales la canalización por medio del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, el otorgamiento de las becas ofrecidas para el adiestramiento de personal en los campos de rehabilitación y educación especial y, además estimular la superación del personal solicitando becas adicionales.

CAPÍTULO III DE LA ORGANIZACIÓN

ARTÍCULO 3:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial estará integrado por:

- a) Un delegado y un suplente del Ministerio de Salubridad Pública
- b) Un delegado y un suplente del Ministerio de Educación Pública.
- c) Un delegado y un suplente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- d) Un delegado y un suplente de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- e) Un delegado y un suplente del Instituto Nacional de Seguros.
- f) Un delegado y un suplente del Instituto Nacional de Aprendizaje.
- g) Un delegado y un suplente del Instituto Mixto de Ayuda Social.
- h) Un delegado y un suplente de la Asociación Industrias de Buena Voluntad
- i) Un delegado y un suplente de la Universidad de Costa Rica.
- j) Un delegado y un suplente del Colegio de Trabajadores Sociales.
- k) Un delegado y un suplente de las Asociaciones de Padres de Familia de Niños Excepcionales, legalmente constituidas.
- l) Un delegado y un suplente de la Empresa Privada

Los delegados y sus suplentes serán nombrados en cada caso por la máxima autoridad de la entidad representada, entre las personas más facultadas para contribuir en los campos de la rehabilitación y la educación especial.

Estos nombramientos conllevarán la autoridad para tomar decisiones en nombre de la entidad representada.

ARTÍCULO 4:

Los miembros del Consejo desempeñarán sus funciones ad honorem, durarán en sus cargos cuatro años y podrán ser reelectos.

ARTÍCULO 5:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, nombrará dentro de su seno un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario, para un período de un año, pudiendo ser reelectos.

ARTÍCULO 6:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, se reunirá ordinariamente dos veces al mes y en forma extraordinaria cuando considere necesario.

ARTÍCULO 7:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, nombrará por mayoría no menos de ocho votos un Secretario Ejecutivo. El Secretario Ejecutivo será nombrado por un período de cuatro años y el Auditor por un período de dos años, pudiendo ser reelectos.

ARTÍCULO 8:

La Contraloría General de la República será la encargada de la fiscalización y liquidación de los presupuestos del Consejo, el cual estará sujeto a las leyes financieras del país.

CAPÍTULO IV

DEL REGIMEN FINANCIERO

ARTÍCULO 9:

El patrimonio del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial estará constituido:

- a) Por las subvenciones nacionales e internacionales que el Consejo reciba.
- b) Por las contribuciones de las Instituciones Autónomas del Estado de acuerdo con lo que establece la Ley Constitutiva de cada una de ellas.
- c) Por fondos provenientes de créditos y préstamos.
- d) Por legados, donativos, herencias o subvenciones que le sean asignados.
- e) En lugares donde ya están funcionando escuelas de Enseñanza Especial y Rehabilitación Física y en los lugares donde en el futuro se crearen Centros de esta índole, las Municipalidades quedan obligadas a dar una subvención anual del 0,5% de su presupuesto general.

ARTÍCULO 10:

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial estará exento de toda clase de impuestos.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 11:

Esta ley rige a partir de su publicación y el Poder Ejecutivo deberá reglamentarla dentro de un plazo no mayor de noventa días a partir de su publicación.

Comuníquese al poder Ejecutivo. Asamblea Legislativa. San José, a los veintidós días del mes de agosto de mil novecientos setenta y tres.

Luis Alberto Monge Álvarez, Presidente. Pedro Gaspar Zúñiga, Segundo Secretario. Romilio Durán Picado, Primer Prosecretario.

Casa Presidencial. San José a los tres días del mes de setiembre de mil novecientos setenta y tres.

Ejecútese y Publíquese

José Figueres Ferrer

El Ministro de la Presidencia, Gonzalo Solórzano G.

ANEXO No. 3-B
ORGANIGRAMA DE REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LA
EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL M.E.P.

Nota al lector:

Para acceder a este documento histórico, se debe contactar con la Biblioteca del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, donde se encuentra el documento original.

Si se desea conocer la estructura actual del Ministerio de Educación Pública, se deben comunicar directamente con dicho ministerio.

ANEXO No. 3-C

DECRETO No. 19101-S-MEP-TSS-PLAN

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA Y LOS MINISTROS DE SALUD, DE EDUCACIÓN PÚBLICA, DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL Y DE PLANIFICACIÓN NACIONAL Y POLÍTICA ECONÓMICA.

De conformidad con las disposiciones contenidas en los artículos 33,51,56,67,77,81,140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política; 1º, 2º, 13, 20, 342 y 343 de la Ley General de Salud; 27, 28 y 29 de la Ley General de Educación; 2º, 6º y concordantes de la Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; y en la Ley de Creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Considerando:

1º.- Que los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, establecen que la libertad, la justicia y la paz que en el mundo tiene como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana, señalándose que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2º.- Que la Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1975, establece que la persona discapacitada tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana y a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible, cualesquiera que sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias.

3º.- Que los objetivos del Año Internacional de los Impedidos 1981, propuestos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1976, son:

- a) Ayudar a los impedidos un su adaptación física y psicológica a la sociedad.
- b) Promover todos los esfuerzos nacionales o internacionales tendentes a prestar a los impedidos asistencia, atención, capacitación y orientación apropiadas, poner a su disposición oportunidades de trabajo adecuado y asegurar su integración plena a la sociedad.
- c) Estimular los proyectos de estudio e investigación destinados a facilitar la participación práctica de los impedidos en la vida cotidiana, por ejemplo, mejorando su acceso a los edificios públicos y a los sistemas de trabajo.
- d) Educar e informar al público sobre el derecho de los impedidos a participar en los diversos aspectos de la vida económica, social y política, y a aportar su contribución.
- e) Promover medidas efectivas para la prevención de la incapacidad y para la rehabilitación de los impedidos

4º.- Que las prioridades de acción contenidas en “La Carta para los Años 80”, proclamada por Rehabilitación Internacional en abril de 1980 y el Programa de Acción Mundial para los Impedidos aprobado por las Naciones Unidas el 2 de diciembre de 1982, enfatizan el derecho de toda persona discapacitada a participar de una vida social normal en la comunidad de que vive y a desfrutar de condiciones de vida semejantes a las de los demás ciudadanos, incluyendo igual participación en las mejoras de la calidad de vida que se produzcan, como consecuencia del desarrollo económico y social.

5º.- Que los principios contenidos en el Convenio 159 sobre Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la organización Internacional del Trabajo en 1983, dispone, entre otros, la necesidad de asegurar, tanto en las zonas urbanas como rurales, medidas adecuadas de readaptación profesional y empleo para todas las categorías de personas inválidas, igualdad de oportunidades entre trabajadores inválidos y trabajadores en general; y necesidad de formular, aplicar y revisar periódicamente la política nacional en este campo.

6º.- Que de acuerdo con datos emanados por la organización Mundial de la Salud, el 10% de la población de América Latina está afectada de algún tipo de discapacidad, lo que significa un estimado para Costa Rica de 300.000 habitantes.

7º.- Que la Organización Panamericana de la Salud en su informe, “Las Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984”, señala: “Se prevé que la población de la región experimentará un incremento de 1,83 en el decenio de 1990 al 2000 y por ende el número absoluto de personas discapacitadas aumentará en forma notable y constituirá una carga cada vez más pesada para los países en desarrollo...”.

8º.- Que la mayoría de los países de la región cuenta con servicios de rehabilitación, pero sólo cubren escasamente las necesidades de los grupos de población que requieren de este tipo de asistencia.

9º.- Que el impacto socioeconómico que esto trae aparejado, sobre todo en los países que tratan de emerger del subdesarrollo, sólo podrá atenuarse mediante la prevención de la discapacidad y el tratamiento integral de la persona discapacitada.

10º.- Que, a través del quehacer y el reto cotidiano, instituciones gubernamentales y privadas, y otros responsables del proceso de rehabilitación en nuestro país, han venido configurando y aplicando políticas cuya efectiva aplicación a nivel nacional ha sido objeto de parte de los mismos, de amplios análisis, planteamientos y recomendaciones.

11º.- Que los diferentes elementos y sectores responsables de la prevención de la discapacidad y de promover la rehabilitación en el país como los son el Estado, la familia, la propia persona afectada y la comunidad, requieren de una política nacional que responda a los derechos y a las expectativas de salud física, mental y social del costarricense; que oriente la rehabilitación integral de la persona discapacitada, y que contribuya al requerimiento nacional de contar con el aporte económico y social de todo habitante del país mediante el trabajo y la superación personal, para mantener la convivencia pacífica y el impulso al desarrollo.

Por lo tanto,

Decretan:

Artículo 1º.- Se declara de interés pública la prevención de la deficiencia y la discapacidad física y mental de las personas discapacitadas.

Las instituciones, organismos y servicios públicos o privados que lleven a cabo ese tipo de actividad, quedan obligados a cumplir con las políticas que establece el presente decreto y a integrar sus acciones al Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación.

Artículo 2º.- Se establecen las siguientes “Políticas Nacionales de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral”, que formarán parte de las políticas y de los planes nacionales de desarrollo, y sustentarán específicamente el Plan Nacional de Prevención de la Deficiencia y la Discapacidad y de Rehabilitación Integral.

TITULO I

Política general de prevención

Artículo 3º.- Se establecen las siguiente políticas generales de prevención

- a) Elaborar diagnósticos del origen, magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de las deficiencias, discapacidades y minusvalías a nivel nacional, regional y local.
- b) Planificar y establecer, a nivel nacional y local, servicios de atención primaria, secundaria y de rehabilitación, con fundamento en condiciones de eficiencia y perfiles de complejidad, tomando en cuenta los diagnósticos, así como las necesidades de la persona discapacitada, su familia y la comunidad.

CAPÍTULO I

Políticas de Prevención Primaria

Artículo 4º.- Son políticas de Prevención Primaria:

- a) Establecer y desarrollar servicios básicos de atención a la salud a nivel regional y local, con la participación interactiva de las instituciones locales de la comunidad y con base en núcleo familiar.
- b) Enmarcar las acciones de prevención primaria dentro del enfoque de riesgos, con particular atención y alta calidad profesional a los grupos de alto riesgo tales con: mujeres embarazadas en especial con historial de partos dificultosos, familias con antecedentes de matrimonios entre parientes, familias con cierto tipo de desórdenes sanguíneos o genéticos, embarazos en la adolescencia y después de los 40 años, trabajadores expuestos a altos riesgos por motivos del trabajo agrícola o industrial, comunidades urbanas y rurales expuestas a la contaminación industrial y a la sobreutilización de agroquímicos, familias con bajo nivel de higiene mental.
- c) Establecer e integrar las medidas de prevención primaria en todos los programas nacionales de prevención incluidos los de educación, de medio ambiente y de seguridad social.
- d) Mantener y fortalecer los programas de inmunización contra enfermedades prevenibles por vacunas y capaces de generar discapacidad.
- e) Aplicar técnicas de estimulación temprana desde el nacimiento, tendientes a favorecer el máximo desarrollo integral del niño.
- f) Establecer servicios de asesoramiento al núcleo familiar, tendientes a prevenir y a atender situaciones que constituyan riesgo para la salud mental del grupo.
- g) Establecer y aplicar de manera sistemática los reglamentos y medidas para la prevención de accidentes en el trabajo, en carreteras, en el hogar y en actividades deportivas recreativas, a través de los organismos nacionales competentes.
- h) Dotar de agua potable y alcantarillado sanitario a toda la población.
- i) Adoptar medidas tendientes a disminuir el ruido y la exposición a cualquier tipo de irradiación, potencialmente nociva, en los ambientes públicos y privados.
- j) Establecer medidas que prevengan contaminación provocada por los humos industriales, por los gases derivados de la circulación de vehículos, y por los productos químicos utilizados en los cultivos y en la industria.

- k) Establecer medidas estrictas de control sobre la producción, circulación y uso de alimentos, medicamentos y drogas.
- l) Informar a la población de manera permanente y sistemática sobre los conocimientos, actitudes, medidas, procedimientos y para que contribuyan a prevenir deficiencias y mejorar la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO II

Políticas de Prevención Secundaria

Artículo 5º.- Son Políticas de Prevención Secundaria:

- a) Difundir en forma sistemática y permanente la importancia de la detección precoz de las deficiencias y las discapacidades, para la oportuna puesta en marcha del proceso de rehabilitación correspondiente.
- b) Establecer a nivel nacional, regional y local, servicios de detección, diagnóstico temprano y tratamiento, con la participación de los sectores e instituciones responsables de la salud y la educación existentes en la comunidad, tanto públicos como privados.
- c) Mantener y fortalecer de manera sistemática y a nivel nacional, servicios y programas de asesoramiento al núcleo familiar para que participen activamente en la detección de deficiencias y discapacidades.

TÍTULO II

Políticas Generales de Rehabilitación Integral

Artículo 6º.- Se establecen las siguientes Políticas Generales de Rehabilitación Integral:

- a) Poner al alcance de las personas discapacitadas los recursos y servicios de rehabilitación, de manera que reciban atención integral e individual concebida en forma precoz, apropiada y continuada y de preferencia en su propio contexto sociocultural.
- b) Desarrollar actividades regulares de rehabilitación precoz en los programas de prevención primaria y secundaria, a nivel nacional, regional y local.
- c) Promover y desarrollar actividades programáticas de rehabilitación con base en la comunidad.
- d) Fortalecer y desarrollar servicios coordinados de rehabilitación física y mental, laboral, educativa y social a nivel nacional, regional y local.
- e) Estimular la participación interactiva de los servicios, la comunidad, la familia y las propias personas discapacitadas en el proceso de rehabilitación integral.

CAPÍTULO I

Políticas de Rehabilitación Física y Mental

Artículo 7º.- Son políticas de Rehabilitación Física y Mental:

- a) Establecer a nivel nacional, regional y local, servicios de rehabilitación física y mental, de aplicación precoz, individual, apropiada y continuada.

- b) Incrementar el desarrollo y fortalecimiento de recursos de rehabilitación física y mental, con base en la comunidad.
- c) Coordinar e integrar las actividades de rehabilitación física y mental con las de las otras áreas de la rehabilitación.
- d) Incorporar los procedimientos de estimulación precoz en las actividades programáticas de rehabilitación física y mental dirigidas a los niños, en especial a aquellos que presentan deficiencias o que están bajo riesgo de discapacidad o minusvalía.
- e) Desarrollar actividades de rehabilitación física y mental dirigidas a personas discapacitadas de la tercera edad.
- f) Fomentar la participación interactiva de la propia persona discapacitada y de la familia en las actividades programáticas de rehabilitación física y mental.
- g) Identificar y difundir conceptos, conocimientos y procedimientos de autocuidados, prescritos profesionalmente, requeridos para la rehabilitación física y mental.
- h) Desarrollar y fomentar la atención ambulatoria y domiciliaria, como parte de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.
- i) Establecer servicios de rehabilitación física y mental en los hospitales nacionales, regionales y periféricos, según niveles de complejidad, así como los mecanismos de coordinación y referencia respectivos.
- j) Promover y facilitar la fabricación de ayudas técnicas y aparatos auxiliares, así como el acceso oportuno a los mismos.
- k) Establecer medidas que permitan el acceso fácil y oportuno a los servicios de rehabilitación física y mental.

CAPÍTULO II

Políticas de Educación Especial

Artículo 8º.- Para los efectos de las presentes políticas, se entiende por:

- Educación Especial: El proceso integral, coordinado, flexible y dinámico que se concibe para su aplicación individualizada y comprende los deferentes niveles del Sistema Educativo Nacional. La Educación Especial está orientada desde la etapa de prevención, al logro del máximo desarrollo y realización de la persona con necesidades especiales, que implica el más alto grado posible de autoestima, independencia e integración social y laboral.
- Beneficiarios: Serán beneficiarios de la Educación Especial aquellas personas que requieran, temporal o permanentemente, de servicios especiales o de apoyo, debido a necesidades cognoscitivas, sociales, emocionales, físicas o a la combinación de estas.

SECCIÓN I

Familia y Comunidad

Artículo 9º.- La participación de los padres, la familia y la comunidad deberá ser considerada en la elaboración de directrices de la educación especial y en la organización, ejecución y evaluación de los servicios educativos. Deberá reconocerse la participación de los padres y de la familia como objeto y sujeto de la educación especial, fortalecida a través de la atención, orientación y capacitación sistemática. Al planificar y ejecutar los programas y servicios de atención integral, deberán tomarse en cuenta los recursos y estructuras de la comunidad y se fomentará el desarrollo de la capacidad de éstos, para su adecuada participación.

SECCIÓN II

Prevención

Artículo 10.- Deberá ser establecido un plan educativo nacional de prevención, diseñado de acuerdo con las necesidades nacionales, y funcionará permanentemente, en coordinación con las instituciones respectivas y basado en los lineamientos emanados de los organismos nacionales e internacionales.

SECCIÓN III

Detección, Evaluación y Diagnóstico

Artículo 11.- Se considera evaluación el proceso utilizado para determinar el nivel de funcionamiento de la persona y los servicios educativos que requiere. La evaluación deberá ser el punto de partida de la atención individualizada de las personas con necesidades especiales.

Las pruebas y otros materiales utilizados en la evaluación deberán:

- a) Ser administrados por personal capacitado y en el ambiente más familiar posible para el evaluado.
- b) Ser administrados en el lenguaje o sistema de comunicación utilizado por el evaluado.
- c) Haber sido validados para el propósito que se pretende.
- d) Evaluar el nivel de funcionamiento socioemocional y académico, además, el ritmo y estilo de aprendizaje. La evaluación no se circunscribirá sólo al cociente intelectual.
- e) Ser complementados con información de fuentes familiares y profesionales sobre condición física, cultural y social.

SECCIÓN IV

Servicios

Artículo 12.- Los servicios de Educación Especial se brindarán a todas las personas que los requieran, desde los severamente incapacitados hasta los talentosos y superdotados. Se brindarán dentro del Sistema Educativo Nacional en el ambiente menos restringido, por medio de programas formales e informales, aprovechando otros recursos comunales.

Artículo 13.- La Educación Especial es de obligatoria aplicación por parte del Estado para todas las personas que tengan necesidades especiales, de modo que ninguno quede excluido del acceso a la educación, ni reciba servicios inferiores a los que disfrutaban los demás educandos.

Deben preferirse los centros de enseñanza en régimen de externado.

Artículo 14.- Los diferentes servicios de Educación Especial, funcionarán con alternativas simples, adecuadas y funcionales, perjuicio de perder la calidad.

Artículo 15.- Existirá flexibilidad, siempre dentro de los lineamientos del Consejo Superior de Educación, en la aplicación de reglamentos respecto a edad de admisión y egreso, acorde con los servicios que se brinde: en la promoción de los alumnos dentro de la Educación Especial y de éste a otras modalidades y en la apreciación del aprovechamiento educativo, en lo que respecta a los estudiantes con impedimentos físicos y neurológicos, incluida la aplicación de pruebas.

Artículo 16.- Cuando los servicios de Educación Especial no sean totalmente accesibles, el servicio de transporte deberá proporcionarse al usuario, en coordinación y con el apoyo de los padres, la familia y la comunidad.

Artículo 17.- los servicios privados de Educación Especial se ajustarán en su totalidad a las políticas y lineamientos aprobados por el Consejo Superior de Educación.

Artículo 18.- Se promoverá la creación de bancos de equipos y materiales de apoyo técnico en todas las regiones del país, coordinando con otras instituciones y organizaciones.

SECCIÓN V

Administración

Artículo 19.- La Educación Especial se regirá por los principios universales de administración.

Artículo 20.- Dentro del Ministerio de Educación Pública, la Educación Especial tendrá su propia estructura, acorde con sus requerimientos específicos.

Cuatro áreas básicas estarán contempladas en esa estructura:

- 1) Educación Escolarizada: Abarca los servicios escolarizados de Educación Especial.
- 2) Educación no Escolarizada: La que se brinde a personas con necesidades especiales, en su hogar y comunidad, a padres de familia y a grupos organizados.
- 3) Fomento del Educando Talentoso: Abarca servicios complementarios para el máximo desarrollo del talento.
- 4) Rehabilitación Profesional: Abarca servicios prevocacionales y vocacionales para todas las excepcionalidades.

SECCIÓN VI

Currículum

Artículo 21.- El currículum del sistema educativo deberá promover el máximo desarrollo de las personas con necesidades especiales y se aplicará con las adaptaciones que requieran las diferencias individuales y socioculturales de aquellas.

Artículo 22.- La Asesoría General de Educación Especial deberá asesorar sobre los lineamientos curriculares dictados por el Consejo Superior de Educación y orientará su aplicación.

Artículo 23.- La División de Operaciones en todos sus ámbitos (Supervisión Nacional de Educación Especial, las direcciones regionales mediante sus asesores, supervisores, asesores regionales de Educación Especial, directores de instituciones y docentes) velará por la correcta aplicación del currículum.

Artículo 24.- Los planes individuales derivados del currículum deberán ser funcionales, implementados en situaciones reales y fundamentados en el principio de normalización e integración.

Artículo 25.- Todo programa formal e informal deberá incluir contenidos dirigidos a orientar a la persona, lo antes posible, hacia su real integración en el ámbito familiar, comunitario y en el mundo de trabajo.

SECCIÓN VII

Formación, capacitación y perfeccionamiento en Educación Especial.

Artículo 26.- La formación, capacitación y perfeccionamiento en Educación Especial, como acción dinámica para docentes regulares y especiales y para el resto de funcionarios y personales involucradas en el proceso educativo, es de interés primordial del Ministerio de Educación Pública.

Artículo 27.- La formación, capacitación y perfeccionamiento en Educación Especial se dará aprovechando recursos nacionales o internacionales y dentro de lo posible, en el entorno cultural donde se lleva a cabo el proceso de atención integral.

Artículo 28.- Para que la labor de la Educación Especial sea exitosa, la formación base de todos los docentes deberá incluir los aspectos relacionados con el proceso de atención integral de las personas con necesidades especiales.

Artículo 29.- La formación básica de los docentes de Educación Especial deberá ser generalista, dadas las características de heterogeneidad y dispersión geográfica de los beneficiarios, siempre con la existencia de especialistas en las diferentes excepcionalidades.

SECCIÓN VIII

Coordinación

Artículo 30.- Un sistema de directrices de coordinación intra e interinstitucional deberá ser aplicado de manera sistemática, con el objeto de aunar esfuerzos para la atención integral del beneficiario de la Educación Especial.

SECCIÓN IX

Investigación

Artículo 31.- La investigación y el estudio de las necesidades y prioridades, eficiencia y desarrollo de los servicios de educación especial, serán el fundamento para la creación, reestructuración y reglamentación de programas y servicios en este campo.

SECCIÓN X

Divulgación

Artículo 32.- La difusión sistemática de información acerca de todos los aspectos relativos a las personas con necesidades especiales deberá realizarse primordialmente, para aumentar los conocimientos y la toma de conciencia pública.

CAPÍTULO III

Políticas de Rehabilitación Profesional

Artículo 33.- Son políticas de Rehabilitación Profesional:

- a) Establecer y desarrollar servicios de rehabilitación profesional a nivel nacional, regional y local, utilizando en lo posible los recursos existentes en las comunidades.
- b) Establecer y desarrollar servicios especializados en rehabilitación profesional sólo para aquellas personas discapacitadas que, por características y necesidades especiales, así lo requieran.
- c) Adecuar los medios de rehabilitación profesional a las necesidades de las personas discapacitadas y a las condiciones del mercado nacional de empleo.
- d) Garantizar la no discriminación de las personas discapacitadas en la contratación laboral, en igualdad de condiciones.
- e) Establecer incentivos para la participación de las empresas públicas y privadas en el proceso de rehabilitación profesional de las personas discapacitadas.
- f) Desarrollar con la participación de empresas públicas y privadas, modalidades de empleo en condiciones especiales tales como: trabajo protegido, trabajo a domicilio, reserva de puestos de trabajo, talleres especiales dentro de las medianas o grandes empresas, y otras, en beneficio de personas discapacitadas cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo competitivo, se hallen realmente disminuidas.
- g) Fijar en caso necesario y por excepción, condiciones especiales relacionadas con jornadas y tipos de trabajo, salario y seguridad social para personas discapacitadas, previo acuerdo entre las entidades competentes.

CAPÍTULO IV

Políticas de Rehabilitación Social

Artículo 34.- Son políticas de Rehabilitación Social:

- a) Establecer y desarrollar servicios de asesoramiento y apoyo para personas discapacitadas y sus familias, a nivel nacional, regional y local.

- b) Establecer medidas de protección social y económica y definir criterios de aplicación, para personas discapacitadas y sus familias cuando se requiera.
- c) Poner al alcance de personas discapacitadas instalaciones y programas deportivos, recreativos, vacacionales y culturales disponibles en la comunidad y efectuar las adaptaciones que se requieran para su utilización.
- d) Poner al alcance de personas discapacitadas medios y facilidades de transporte público, colectivo o individual.
- e) Establecer y aplicar medidas para la eliminación progresiva de barreras arquitectónicas tanto en zonas urbanas como rurales, incluyendo las propias viviendas de las personas discapacitadas.
- f) Fomentar y apoyar el desarrollo de organizaciones de personas discapacitadas a nivel nacional, regional y local, y su participación en la formulación de políticas y planes nacionales de rehabilitación.
- g) Promover y apoyar la participación de las personas discapacitadas en los ámbitos político, económico y social.

CAPITULO V

Políticas relativas a la Familia

Artículo 35.- Son políticas relativas a la Familia dentro de la Rehabilitación Integral:

- a) Fortalecer y orientar la participación de los padres y de la familia en todas las acciones de rehabilitación, y proporcionarles capacitación y educación sistemática.
- b) Fomentar la responsabilidad de los padres en la prevención de la deficiencia y la discapacidad.
- c) Fomentar y apoyar el desarrollo de organizaciones de padres de familia, a nivel nacional, regional y local, y su participación en la formulación de políticas y planes nacionales de rehabilitación.
- d) Capacitar al personal involucrado en la atención de personas discapacitadas, sobre orientación a padres de familia y desarrollo de acciones de rehabilitación, programadas y ejecutadas en forma conjunta.

CAPÍTULO VI

Políticas de Formación, Capacitación y Perfeccionamiento de Personal.

Artículo 36.- Son Políticas de Formación, Capacitación y perfeccionamiento de Personal:

- a) Establecer, fortalecer y desarrollar programas de formación, capacitación, actualización y perfeccionamiento de personal, con base en las necesidades del país y aprovechando al máximo los recursos nacionales e internacionales disponibles.

Incluir en los currículos de las carreras universitarias y tecnológicas afines con la rehabilitación, contenidos de prevención de la deficiencia y la discapacidad.