

Epidemiología de la discapacidad y desarrollo de la red de rehabilitación en la última década

Gladys Cuevas L., Soledad Bungler B.

Unidad de Rehabilitación, Subsecretaría de Redes, MINSAL.

SUMMARY *Disability is a problem within the framework of human rights, that demands answers of the Chilean State in all areas of its work, and public health has had to develop strategies that enable it to assume the challenges of this growing group of our country presents.*

INTRODUCCIÓN

La discapacidad, en los términos que hoy son aceptados internacionalmente y acogidos en la Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF), no es el atributo de una persona, sino más bien una compleja colección de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente, especialmente el ambiente social y aspectos socialmente mediados del ambiente físico. En tanto ello, la persona en situación de discapacidad que demanda nuestra atención no es un paciente, es un sujeto de derecho; requiere que su proceso de rehabilitación sea integral, con una mirada biosocial, cuyo objetivo final es la inclusión familiar y/o social.

La situación de discapacidad permanente considera que el déficit estructural y/o funcional no es

revertible y, por tanto, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir el impacto que ello tenga en su independencia en actividades de la vida diaria y en su entorno familiar y social, potenciando su inclusión social. La situación de discapacidad transitoria, derivada de una patología aguda o traumática, en la que es esperable la recuperación *ad integrum*, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir los tiempos de recuperación y evitar complicaciones en su evolución. La red pública de salud debe ser capaz de dar respuestas a las necesidades de rehabilitación de ambas.

La prevalencia de personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, o en riesgo de adquirir dicha condición, requiere que el país desarrolle y fortalezca sus políticas y redes de rehabilitación que abarquen todos los niveles

de complejidad de intervención, teniendo como eje acercar a los usuarios las prestaciones de rehabilitación, con calidad, oportunidad, eficacia y equidad.

Nuestra capacidad de respuesta como país, incluyendo tanto al sector público como privado de salud, hasta el momento, es insuficiente para las personas con patologías que pueden originar o han originado una discapacidad permanente de base física y/o sensorial, situación que es crítica en el rango etáreo de 20 a 65 años. Algo mejor es en relación a las necesidades de las personas en situación de discapacidad por patología siquiátrica, en que hemos avanzando desde modelos institucionales hacia enfoques más integrales e inclusivos, que hoy en día contemplan acciones de orden comunitario y en red. Respecto de las necesidades de las personas en situación de discapacidad originada en una deficiencia intelectual pura, con la inserción del Chile Crece Contigo en los centros de Atención Primaria, estamos dando respuesta a los retrasos del desarrollo sicomotor que son frecuentes en estos niños y niñas y, después, el rol central en la rehabilitación, reside en el sector educación.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD

Según la OMS⁽¹⁾, 600 millones de personas viven con discapacidad de diversos tipos. El 80% de ellas lo hace en países de bajos ingresos, la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación. La magnitud de este problema en nuestro país se determinó por primera vez en la Encuesta de Calidad de Vida del Año 2000⁽²⁾, pero solo en la población mayor de 15 años. En el Censo del año 2002⁽³⁾ se identificó a un 2,21% de la pobla-

ción total como portadora de alguna discapacidad y, dos años después, la Encuesta Nacional de la Discapacidad (ENDISC)⁽⁴⁾, elevó esta cifra a un 12,1%. La primera y la última coinciden en que solo el 6,49% de la población afecta había accedido a prestaciones de rehabilitación en salud.

La ENDISC, además de hacer el estudio de prevalencia, determinó el perfil de esos 2.068.072 chilenos, logrando establecer la asociación de discapacidad con pobreza, exclusión educacional y laboral, menor participación en la sociedad y en la familia. En otras palabras, en Chile, las personas y ciudadanos portadores de una discapacidad tienen menores oportunidades, independientemente de sus capacidades. (Tabla 1)

La encuesta CASEN, realizada en el año 2006^(*), orientada a caracterizar a la población más vulnerable y enfocada en identificar dificultades o deficiencias, encontró que un 20,3% de los hogares encuestados tenía algún miembro portador de discapacidad, en un poco más del 50% de ellos (10,9) el afectado era el jefe de hogar y que en el 17,13% de los hogares había más de una persona con discapacidad. Además, la encuesta CASEN revela que el 13,8% de las personas discapacitadas presenta más de una deficiencia, porcentaje que se eleva a 14,5% en el caso de las mujeres.

En éstas prevalecen: la deficiencia visual (59,4%), psíquica o psiquiátrica (57,1%) y la física (56,6%); en los hombres la auditiva (60,4%) y la mental (53,2%).

En el 23,3% el origen de la discapacidad es congénito, el 47,9 % es adquirida por enfermedad y el 11%, por accidente⁽⁵⁾.

(*) Encuesta CASEN: aplicada en el año 2006 en 73.120 hogares, en 335 comunas, lo que representa a 268.873 personas.

Tabla 1. Resumen datos aportados por ENDISC 2004

Grado de compromiso	Leve	7,2 %
	Moderado	3,1 %
	Severo	2,5 %
Deficiencia de origen	Físico	31 %
	Visual	19 %
	Visceral	14 %
	Multidéficit	10 %
	Intelectual	9 %
	Auditiva	9 %
	Psiquiátrica	8 %
Sexo	≤ 15 años: predominio en hombres. 15 - 40 años: se equiparan. > 40 años: predominio en mujeres.	
	58, 2% es mujer (14,92% de la población femenina y 10,97 de la masculina).	
Localización geográfica	83% vive en zona urbana, el 50,9% en las Regiones de Bío Bío y Metropolitana.	
Condición socioeconómica	Baja	20,04 %
	No baja	10,49 %
Nivel educacional	E. Básica Incompleta	42,73 %
	E. Básica Completa	9,74 %
	E. Media Completa	13,18 %
Incorporación al mercado laboral	500.494 con trabajo remunerado (4,6% de la población en edad laboral).	

OTROS ELEMENTOS PARA DIMENSIONAR LA DEMANDA POTENCIAL DE REHABILITACIÓN

Las personas con dolor músculo-esquelético de origen no traumático son otra fuente de demanda potencial de prestaciones de rehabilitación. La Encuesta Nacional de Salud del año 2003⁽⁶⁾ encontró que 41,1% de la población encuestada refería haberlo presentado en los últimos 7 días y, más importante aún, el 56,4% de ellos, consultó médico por este motivo. Nuestra sociedad está evolucionando con un aumento sostenido del segmento de adultos mayores en su estructura poblacional. Un estudio multicéntrico del año 2001⁽⁷⁾ mostró la prevalencia de enfermedades crónicas con alto potencial de generar discapacidad: hipertensión arterial: 52,3%, artrosis y artritis: 31,7%, enfermedades coronarias: 18,7%, diabetes: 13,4%, EPOC: 12,6%, enfermedad cerebrovascular: 6,9%, visión de lejos mala: 32,9%,

visión de cerca mala: 43,4%, depresión moderada: 17,6 % y severa: 6,3%, trastorno cognitivo: 12,5%, demencia: 9,1%, caída: 35,3%, sobrepeso: 14,7%, obesidad: 30,2%. En todas ellas el desarrollo de un programa preventivo de rehabilitación disminuye sustancialmente las complicaciones secundarias y permite mantener la funcionalidad e integración social o retrasar su pérdida. La implementación de las Garantías Explícitas en Salud ha tensado a los sistemas de salud. Si bien la incorporación de prestaciones de rehabilitación es aún insuficiente, la revisión sistemática de las patologías incluidas ha permitido develar el impacto de la incorporación de la rehabilitación en la evolución de éstas. Según la información contenida en las Guías Clínicas respectivas y la obtenida en SIGGES (Sistema de Gestión de la Información de las Garantías Explícitas en Salud) y FONASA, a lo menos 120.000 personas nuevas por año requerirían intervención de rehabilitación.

Tabla 2. Estimado demanda potencial personas acogidas a GES / año

	N° personas	Meses vigencia	Promedio mes	Estimado personas / año
Cáncer de mamas ^(*)	36.128	46	785,4	942
Disrafia espinal	2.299	46	50,0	600
Endoprótesis de cadera	7.744	46	168,3	2.020
Ortesis adultos mayores	113.684	34	3343,6	40.124
Accidente cerebrovascular isquémico	36.720	34	1080,0	12.960
Artrosis cadera leve y moderada	27.190	22	1235,9	14.831
Artrosis de rodilla leve y moderada	49.293	22	2240,6	26.887
Accidente cerebrovascular aneurismático	1.404	22	63,8	766
Tumores del SNC	1.932	22	87,8	1.054
Hernia del núcleo pulposo	5.798	22	236,5	3.163
Politraumatizado con lesión medular	306	22	13,9	167
Politraumatizado sin lesión medular	2.313	22	105,1	1.262
Traumatismo encefalocraneano	14.718	22	669,0	8.028
Artritis reumatoide juvenil	19.700	22	895,5	10.745
Gran quemado	1.518	22	69,0	828
TOTAL ESTIMADO				124.376

Fuente: informe FONASA, SIGGES.

Período: entrada en vigencia de la garantía hasta el 30 de mayo 2009.

(*): Se consideró solo el 10% que incluye vaciamiento axilar en el tratamiento quirúrgico.

El cuadro que se presenta es parcial y solo releva las necesidades de rehabilitación de algunas patologías; en estricto rigor, la rehabilitación debe ser considerada transversalmente. Además, deja fuera otras incorporadas en períodos posteriores como Guillén Barré y esclerosis múltiple. (Tabla 2)

Finalmente, el Estudio de Carga Enfermedad del año 2007, indica que de los 128,5 años de vida saludable perdidos por muerte o discapacidad por cada 1000 habitantes (AVISA)^(*), el 54,7 es por discapacidad. Este porcentaje aumenta en las edades medias afectando, por tanto, a población laboralmente activa y haciendo aun mayor el impacto económico de la discapacidad (Tabla 3). Respecto de las causas de los años de vida saludable perdidos por discapacidad, el 73% es por enfermedades no transmisibles (Grupo II) y el 15% por lesiones (Grupo III). La demanda

Tabla 3: % AVISA por discapacidad por edad

	19 ó <	20 a 59	60 ó >
GRUPO 1			
Infecciosas y parasitarias	13,53	69,42	17,05
Infecciones respiratorias	38,57	39,25	22,18
Condiciones maternas	11,38	88,62	0,00
Perinatales	100,0	0,00	0,00
Deficiencias nutricionales	23,16	57,59	19,23
GRUPO 2			
Neoplasias malignas	5,35	54,43	40,20
Otras neoplasias	15,39	49,64	34,97
Diabetes mellitus	2,28	59,81	37,91
Tr. Endocrinos y metabólicos	27,11	56,68	16,21
Condiciones neuropsiquiátricas	17,72	63,84	18,44
Enf. órganos de los sentidos	5,22	57,28	37,50
Enf. cardiovasculares	5,17	79,19	15,64
Enf. respiratorias crónicas	16,77	54,25	28,99
Enf. digestivas	10,93	65,67	23,41
Enf. genitourinarias	4,02	70,94	25,04
Enf. de la piel	62,62	37,14	0,23
Enf. musculoesqueléticas	22,21	52,06	25,73
Anomalías congénitas	100,00	0,00	0,00
Condiciones orales	12,40	76,09	31,92
GRUPO 3			
Lesiones no intensionales	29,41	63,41	7,18
Lesiones intensionales	23,21	75,56	1,24

(*) Estudio de Carga Enfermedad y Muerte Atribuible a un Grupo Seleccionado de Factores de Riesgo, 2007. MINSAL y PUC."

potencial de intervenciones de rehabilitación, calculada según el ejercicio que se presenta en la Tabla 4, es cercana al 1.400.000 personas con necesidades de ellas.

DESARROLLO DE LA RED PÚBLICA DE REHABILITACIÓN EN CHILE

Hasta la década del 2000 los pocos recursos de rehabilitación física de la red pública estaban puestos

en los hospitales y orientados principalmente a enfrentar déficits agudos y transitorios, excepción hecha del Instituto Nacional de rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC). Precisamente, es desde este Instituto que se inicia el fomento del desarrollo de la rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) con apoyo del gobierno japonés. Recién en el presupuesto de salud del año 2007 se asignan recursos del sector para el desarrollo de estrategias

Tabla 4: Demanda estimada por datos encuesta calidad de vida.

	N° AVISA (D + M)	% x D	N° casos selección	Estimado x D
GRUPO 1				
Infecciones parasitarias	38.833	34,23	689	236
Infecciones respiratorias	20.080	13,92	1.429	199
Condiciones maternas	5.303			
Perinatales	78.249	64,33	78.249	50.334
Deficiencias nutricionales	20.853	89,31	14.836	13.250
GRUPO 2				
Neoplasias malignas	221.529	20,68	8.555	1.769
Otras neoplasias	18.564	50,34	18.564	9.345
Diabetes mellitus	74.531	68,89	74.531	51.344
Tr. Endocrinos y metabólicos	93.572	92,39	44.717	41.314
Condiciones neuropsiquiátricas	871.758	95,75	115.143	110.249
Enf. órganos de los sentidos	241.709	100,00	130.450	130.450
Enf. cardiovasculares	453.940	66,72	393.845	262.773
Enf. respiratorias crónicas	110.748	74,78	110.748	82.817
Enf. digestivas	594.067	0,00	0	0
Enf. genitourinarias	78.134	0,00	0	0
Enf. de la piel	4.753	0,00	0	0
Enf. musculoesqueléticas	291.381	80,77	260.587	210.476
Anomalías congénitas	57.213	46,37	42.577	19.743
Condiciones orales	52.305	0,00	0	0
GRUPO 3				
Lesiones no intensionales	291.438	67,93	293.602	199.444
Lesiones intensionales	142.836	56,17	142.836	80.231
TOTAL ESTIMADO				1.263.973

Fuente datos: Estudio de Carga Enfermedad del año 2007. MINSAL. Pob. 2008

Método de cálculo:

De la base de datos se seleccionó el resumen de los 3 grupos diagnósticos, con un total de 160 entidades.

Se seleccionaron aquellas entidades diagnósticas que con mayor probabilidad se beneficiarían con apoyo rehabilitación. Se obtuvo un total de 59.

Se consideró la incidencia de cada una de las entidades diagnósticas y se calcularon los subtotales por subgrupo.

De cada subgrupo se calculó el porcentaje que representaba los AVISA x D y se aplicó el subtotal.

Se realizó la sumatoria por la que se obtuvo el "n" de 1.263.973 personas.

de rehabilitación. El desafío fue impulsar un desarrollo armónico sin perder de vista la inmensa brecha que teníamos que cubrir, tanto en recursos humanos como estructurales, para responder a las necesidades de rehabilitación de los beneficiarios de nuestro sistema, dando cuenta de la diversidad y especificidad de los requerimientos de éstos en los distintos nodos de la red, mejorando la eficiencia de las prestaciones de salud y entregando una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.

DESARROLLO DE LA RED DE REHABILITACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La estrategia de RBC ha sido impulsada por la OMS e implementada a través de distintos modelos que acogen las características específicas de cada país. Nuestro país tiene una extensa red pública de salud, nivel de ingresos medios, debilidad de las organizaciones sociales relacionadas con la discapacidad y un Estado con una fuerte organización a nivel comunal. La RBC se constituye en el eje del desarrollo de la rehabilitación en nuestro país y, dada las características enunciadas, es al alero de la Atención Primaria de salud, aportando profesionales de rehabilitación, que asumen un rol de efectores y promotores de rehabilitación, capaces de trabajar estrechamente con el intersector. Esto también se traduce en inversión en infraestructura y habilitación en este nivel.

El modelo de rehabilitación integral a nivel de los centros de Atención Primaria y de los hospitales comunitarios de salud familiar considera tres líneas de desarrollo que se diferencian en las competencias instaladas; todas enmarcadas en una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad: salas de artrosis en algunas comunas de costo fijo, salas de rehabilitación integral y salas y equipos rurales de RBC,^(*) (ver

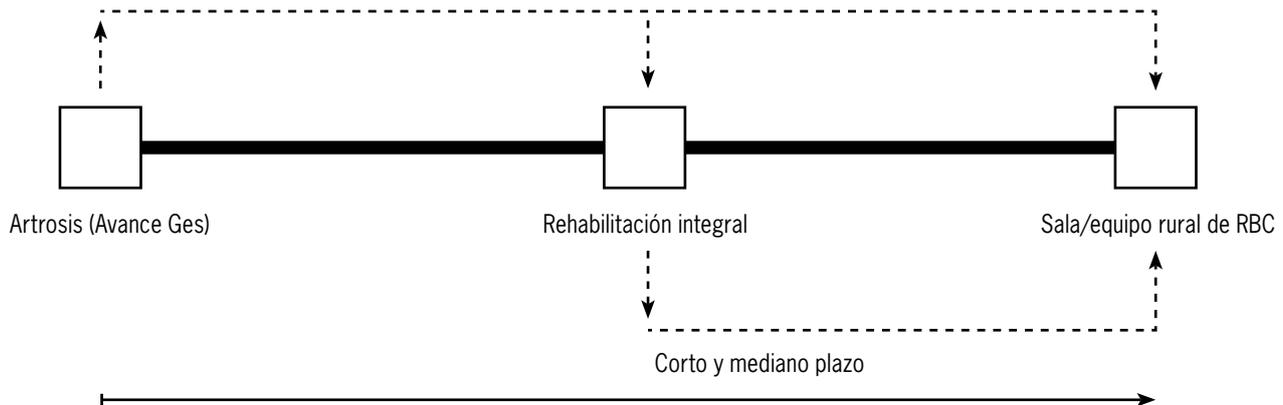
Figura 1). Ajustándose a las necesidades y recursos disponibles, hay comunas que tienen acceso a rehabilitación por una o más estrategias, teniendo como norte ir completando los equipos profesionales y con ello la oferta de servicios clínicos y comunitarios.

La sala de artrosis GES y la de rehabilitación integral cuenta con kinesiólogo, cuya asignación horaria varía de acuerdo a la realidad específica de cada servicio de salud y de las características de la población usuaria. Se orienta principalmente a entregar prestaciones de rehabilitación a personas portadoras de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular, incluidas las artrosis leves y moderadas de cadera y rodilla. A veces con espacio propio al interior del establecimiento de Atención Primaria, a veces ampliando y compartiendo el espacio disponible para la estrategia ERA y/o acceso a la sala de multiuso. El diagnóstico comunitario, que es parte de su quehacer, puede abrir la oportunidad de trabajar en la sede social de alguna institución u organización social (centro adulto mayor, junta de vecinos, bomberos, etc.) La interacción con las redes internas y externas entrega el soporte para una atención integral.

La sala o centro de RBC cuenta con terapeuta ocupacional y kinesiólogo. En algunos se han incorporado recursos de psicólogo, fonoaudiólogo y asistente social; en todos el trabajo es ínter y/o multidisciplinario. Desde el año 2008, los proyectos médico-arquitectónicos de los establecimientos de Atención Primaria con población asignada mayor a 15.000 usuarios, consideran una sala de RBC habilitada⁽⁸⁾. En estos nodos se concentra la mayor complejidad y diversidad del trabajo de rehabilitación: requiere del trabajo conjunto con la persona en situación de discapacidad, familia y/o cuidador,

(*) La mayoría de las salas de RI, RBC o CCR están insertas en los centros de Atención Primaria y en hospitales de baja complejidad, pero también hay algunos en una estructura independiente. Y en algunos Servicios de Salud además se han implementado horas kinésicas para la atención de personas portadoras de artrosis acogidas a GES.

**Figura 1. COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR
Estrategias Implementadas**



con otros profesionales del sector e intersector y con monitores, trabajo preventivo, curativo y paliativo, enfrentar compromisos funcionales leves a severos y, por si fuera poco, trabajo individual, grupal y comunitario.

Cada equipo rural de RBC, que cuenta con terapia ocupacional y kinesiólogo, asume las necesidades de 6 a 8 comunas. Instalados en Servicios de Salud que tienen un importante índice de ruralidad y dispersión de su población, basan su quehacer, por un lado, en la transferencia de conocimientos y habilidades a las personas en situación de discapacidad, familiares y monitores, quienes asumen la continuidad de las terapias y de las acciones preventivas y, por otro, en la activación de las redes familiares y sociales. A este equipo se incorpora un chofer que, contratado por el servicio o municipio como tal, en la experiencia ha ido asumiendo en la mayoría de los equipos un rol de colaborador terapéutico.

El desarrollo actual de esta red se ha financiado con recursos centrales, de los Servicios de Salud y municipales y aportes en implementación del FONADIS, actual SENADIS. A junio del 2010, las prestaciones de rehabilitación en el nivel primario se entregan en 8 salas de artrosis GES, 97 de rehabilitación integral y 73 de RBC (que en el primer

trimestre del 2011 llegarán a 85). A ello se suman 73 de las 99 comunas cubiertas por los 13 equipos rurales instalados a lo largo del país (26 se superponen). En total son 238 comunas las que tienen acceso a rehabilitación; sin embargo, el acceso y la oportunidad son aún muy disímiles.

DESARROLLO DE LA RED DE REHABILITACIÓN EN HOSPITALES

Los hospitales en todos los niveles de complejidad que tiene nuestra red pública de salud requieren mejorar su capacidad de respuesta a las necesidades de rehabilitación de sus usuarios. (Tabla 5)

La incorporación de la rehabilitación integral en el manejo de la persona hospitalizada requiere recursos humanos y físicos, educación y capacitación y, sobre todo, desarrollo de conciencia de la efectividad de ella: nos preocupamos de salvar vidas, pero también debemos preocuparnos de la calidad de vida que ofrecemos a nuestros usuarios.

Aunque el esfuerzo ha sido modesto en relación a las necesidades, el año 2008 se entregó una implementación básica a la gran mayoría de los hospitales (159) y desde esa fecha, en forma paulatina se han estado inyectando horas profesionales tanto en hospitales de menor como

Tabla 5. Esquema roles de los distintos nodos de rehabilitación.

Intervención de alta complejidad social y diversidad en rehabilitación			Intervención de alta especialización	
APS y Hospitales comunitarios de Salud Familiar		Hospitales de mayor complejidad	Polos de desarrollo	
<ul style="list-style-type: none"> • Asumir la rehabilitación integral de personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque biosicosocial. • Tratamiento integral de rehabilitación a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente. • Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular. • Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias. • Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial. • Educación y prevención de discapacidad. Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Asumir la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad, originada en patología compleja, en la etapa aguda, disminuyendo las complicaciones prevenibles. • Asumir la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad originados en patología de mediana complejidad. • Hacer el seguimiento en patologías mediana y de alta complejidad y establecer los flujos entre los distintos nodos de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responder a las necesidades de rehabilitación de personas en situación de discapacidad, transitoria o definitiva, originada en una patología compleja, cuyo potencial de recuperación es dependiente de una terapia integral e intensiva. • Formación de profesionales. 	

de mayor complejidad: terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos en los primeros y en los segundos, además, médicos fisiatras. Paralelamente, desde el mismo año, se incorporan a los modelos médico-arquitectónicos de los hospitales, unidades de rehabilitación, con características adecuadas al nivel de complejidad de cada uno, entregando las condiciones desde la instancia física para el trabajo de rehabilitación en equipo.

La instalación progresiva en hospitales de mayor complejidad de equipos de profesionales de rehabilitación completos, multidisciplinarios, con enfoque biosicosocial, responsable de detectar y dar respuesta a las necesidades de rehabilitación de los usuarios hos-

pitalizados en las unidades de tratamiento intensivo, intermedio y básico y de coordinar los flujos entre los distintos nodos de la red, va desarrollando nuestra capacidad de dar seguimiento a lo largo del ciclo vital de las personas en situación de discapacidad. La piedra de tope en este desarrollo es la falta de médicos fisiatras, aún así, en los últimos años los hospitales que cuentan con horas fisiatra han pasado de 13 a 21.

IMPLEMENTACIÓN DE POLOS DE DESARROLLO

Finalmente, se han hecho esfuerzos por desarrollar polos de alta complejidad que den cuenta de las necesidades de rehabilitación de personas que requieren alta especialización y alta intensidad en el tratamiento. Básicamente enfocados a personas

con cuadros complejos en fase subaguda, con o sin dependencia a respirador, con potencial de logros funcionales y sociales. En esta línea se han inyectado recursos en el Instituto de rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, en el Hospital San José de Maipo y en el Hospital de Peñablanca, instalando capacidades técnicas y humanas para enfrentar pacientes más complejos.

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Parte importante de este desarrollo ha sido la implementación de un plan de capacitación a los profesionales de Atención Primaria que trabajan directa o indirectamente en rehabilitación, generando habilidades y competencias para el trabajo

en patologías específicas y, principalmente, en el ámbito comunitario.

El profesional más falente en el ámbito de la rehabilitación es el médico especialista en rehabilitación. Por ello, desde el Ministerio de Salud, se ha impulsado tanto la ampliación de los cupos de formación en la Universidad de Chile, hasta ahora el único centro formador, como la apertura de nuevos centros en otras universidades.

En resumen, la brecha en rehabilitación es muy grande, pero se ha avanzado y se espera seguir haciéndolo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 114° reunión, punto 4.2 del orden del día provisional, EB 114/4, 8 de Abril de 2004.
2. Encuesta Calidad de Vida y Salud, Chile 2000, MINSAL.
3. Censo 2002, INE.
4. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. FONADIS, 2005, Santiago, Chile.
5. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), MIDEPLAN 2006.
6. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2003, MINSAL, PUC.
7. Encuesta Multicéntrica, Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, OPS, Mayo 2001.
8. Guía Diseño CESFAM, División Presupuesto e Inversiones, MINSAL, MIDEPLAN 2007.

CORRESPONDENCIA

Sra. Soledad Bunger Betancourt
Unidad de Rehabilitación,
Subsecretaría de Redes
Ministerio de Salud, Chile.
Dirección: Mac Iver 541
Fono: 574 0350
E-mail: sbunger@minsal.cl

